

Redaktionelt forord

I den første artikel trækker *Kjeld Møller Pedersen* i sin analyse trådene tilbage i tiden i den danske sygehuspolitik. Målet er båd at vise stiafhængigheden i dansk sygehuspolitik og at give en idé om, hvornår sygehuspolitikken har været en succes og det modsatte. Han redegør på den baggrund for de strategiske overvejelser, som sygehuspolitikere og – administratorer står overfor med de nye regionsdannelser.

Karsten Vrangbæk og *Dorte Sindbjerg Martinsen* analyserer i den anden artikel udviklingstendenserne i de institutionelle rammer for sundhedspolitikken. Også disse to forfattere fastslår, at sti- eller sporafhængigheden spiller en vis rolle, selv om sporafhængigheden vedvarende genfortolkes og sagtens kan indeholde en overgang fra decentralisering til centralisering af de sundhedspolitiske beslutninger. De viser også, at såvel EU som kommunerne spiller en gradvis større rolle på sundhedsrådet.

Mickael Bech analyserer i sin artikel takststyringsinstrumentet i forhold til sygehusene. Han argumenterer i forlængelse heraf for en

alternativ anvendelse af takststyringsinstrumentet, som i højere grad opfylder målsætningerne om høj aktivitet og produktivitet. I stedet for at afregne sygehusene i forhold til deres faktiske omkostninger, bør de afregnes med takster per aktivitetsenhed svarende til gennemsnitsomkostningerne.

I den sidste artikel analyserer *Anders Kastrup* og *Olaf Barfoed* størrelseseffekterne i den danske sygehussektor. Det sker på baggrund af en empirisk undersøgelse. Konklusionen heri er, at der er markante stordriftslemper forbundet med driften af somatiske sygehuse i Danmark. Det hænger sammen med, at de mindre sygehuse er langt bedre til at skabe en virksomhedskultur, som fremmer produktiviteten. Konsekvensen er, at sygehuspecialerne bør spredes ud på mindre eller mellemstore sygehuse frem for at blive samlet på de store sygehuse.

Lars Bille bidrager endvidere med en politisk kronik for 2. halvår af 2004.

Peter Nedergaard
Redaktør

Sygehusstruktur: fortid, nutid og fremtid

Af Kjeld Møller Pedersen, professor,
Institut for Sundhedstjenesteforskning Syddansk Universitet

1. Indledning

Ved sygehusstruktur forstås arbejdsdelingen mellem sygehuse og dermed deres specialiseringsgrad, (lokalsygehus, hovedsygehus, lands- og landsdelssygehus) og normalt også størrelse. Sygehusstruktur vedrører endvidere den geografiske placering af sygehuse, normalt inden for rammerne af et amt eller en region. Det er normalt det sidste, der giver anledning til reaktioner fra lokalbefolkningen, når man nedlægger eller ændrer de mindre lokalsygehuse. I den forstand er sygehusstrukturen til evig debat, fordi man i de sidste mange år har nedlagt mindst ét sygehus om året. Den kommende strukturreform vil endnu en gang sætte fokus på sygehusstrukturen, nu blot i de kommende fem regioner, der afløser de 14 amter og H:S. Et af problemerne er, at der kommer en strukturreform, men den logiske parallelle reform, indholdsreformen, er ikke en formaliseret reformproces, men udformes ad hoc, bl.a. den kommende regionale sygehusstruktur.

Det er tankevækkende, at hensynet til det regionale sygehusvæsen har været afgørende både ved kommunalreformen i 1970 og 2006-strukturreformen. Spørgsmålet er hvorfor.

Søren Kirkegaard citeres for, at livet forstås baglæns – men leves forlæns. Her er det ikke livet, der er tale om, men strukturer – men de forstås også baglæns og formes forlæns med forståelse for fortiden. På dette område som

ved så mange andre samfundsområder vil der være tale om stiafhængighed. Man kan ikke bare mere eller mindre vilkårligt ændre en én gang etableret struktur. Det betyder ikke, at der er tale om determinisme, men variationsmulighederne indskrænkes af stiafhængigheden. Fortiden – nær og lidt fjernere – og fortidens valg lægger nogle naturlige begrænsninger på, hvad man kan gøre af den simple årsag, at man allerede har fx. en bygningsmasse eller politisk-administrative strukturer, der kan være kostbare at ændre eller kræver stor forandringsvillighed at ændre totalt.

I denne artikel diskuteres de forhold og den filosofi, der har ligget bag den i dag kendte sygehusstruktur. Med afsæt heri trækkes linjer til strukturreformen og en række overvejelser af principper, der kan lægges til grund for arbejdet med sygehusstrukturen i de nye regioner. Den første del af artiklen baserer sig delvist på (Pedersen 2000, Pedersen 2005).

2. Sygehusstruktur-sygehusvæsen og amtsstørrelse

Sygehusstruktur skal anskues i relation til begrebet »et sygehusvæsen«, fx et amtsligt¹ sygehusvæsen. Et amtsligt sygehusvæsen omfatter en flerhed af sygehuse med forskellig specialiseringsgrad og udgør i drifts- og planmæssig henseende en helhed, fx kan et sygehusvæsen i et typisk amt klare omkring 90-95% af de i amtet forekommende sygdomstilfælde. Resten behandles på lands- og

landsdelssygehuse. Den driftsmæssige dimension vedrører dels arbejdsdelingen mellem sygehusene, dels en række fællesfunktioner, fx IT, medikoteknik eller indkøb, ligesom der på en række kliniske områder kan være »delepersonale«, fx. en afdelings læger betjener en afdeling på et andet sygehus én eller to dage om ugen.

Såvel tanken om en sygehusstruktur som et sygehusvæsen gør, at man sjældent kan anske et sygehus isoleret. Det vil aldrig være en ø, men er en del af en større helhed. Opbygningen af en sygehusstruktur og et sygehusvæsen er i sagens natur lettest, når sygehusene ejes og drives af samme myndighed.

Kombinationen af sygehusstruktur og sygehusvæsen spiller sammen med amtsstørrelse, dvs. befolkningsunderlaget for et amt. Hvor stort et befolkningsunderlag kræves der i et amt eller en region for at have et sygehusvæsen med en rimelig grad af specialisering, og hvor effektivt kan det drives er to af de centrale spørgsmål. I gennemgangen nedenfor vises, hvorledes betydningen af befolkningsunderlaget gradvist bliver vigtigere.

Forenklet kan man sige, at sygehusstrukturen påvirkes af 3-4 forhold, der dels fungerer i samspil, dels kan have forskellig vægt i forskellige tidsperioder.

En vedvarende faktor har været den lægevidenskabelige udvikling udtrykt ved den stigende specialisering og sub-specialisering². Det rejser to spørgsmål, dels hvor specialiseret et givet sygehus kan eller bør være i lyset af beliggenhed og/eller optageområde, dels driftsøkonomiske forhold. Som eksempel kan betragtes den udelte kirurgiske afdeling.

Sidst i firserne så man, at kirurgien på en række mindre sygehuse – typisk med omkring 100 senge – blev nedlagt. Årsagen var, at kirurgien efterhånden var blevet delt i to hovedgrene (og et utal af gren-områder),

nemlig organ-og ortopædkirurgi. Den almene kirurg, dvs. en kirurg som dækkede både organ-og ortopædkirurgi og som kunne lave et kejsersnit, hvis der var fødested på lokalsygehuset, var som gruppe ved at forsvinde, fordi de ikke længere blev uddannet, og mange af de almene kirurger var ved at nå pensionsalderen. For de små sygehuse rejste det spørgsmålet, om man i stedet for en udelte kirurgisk afdeling skulle lave to, henholdsvis for organ-og ortopædkirurgi. Det gav imidlertid anledning til en lang række overvejelser, dels om afdelingerne set i lyset af befolkningsunderlaget i lokalområdet kunne få kritisk masse såvel personalemæssigt som målt ved antal patienter, dels spørgsmålet om driftsøkonomi. To afdelinger med 24-timers akutmodtagelse ville blive væsentlig dyrere end en udelte afdeling. Resultatet af disse overvejelser blev som regel, at man nedlagde kirurgien, evt. gik over til planlagt kirurgi. I en vis forstand kan man sige, at specialiseringen nedlagde de udelte kirurgiske afdelinger, og undertiden sygehuset. På den anden side kan man sige, at havde der været økonomisk vilje, kunne det have været undgået, men der ville fortsat have været problemer, fordi disse afdelinger ville have en beskedne lægebehandling, hvis den kunne skaffes, med tilsvarende beskedne muligheder for den lidt mere specialiserede og fagligt mere udfordrende kirurgi, som kunne foretages ved lidt større sygehuse. Hertil kommer, at kapacitetsudnyttelsen ville være relativt lav.

De behandlings- og undersøgelsesmæssige fremskridt kan imidlertid sjældent omsættes i klare organisationsmodeller men har alligevel konsekvenser for såvel den interne organisation på et sygehus, som arbejdsdelingen mellem sygehus typer. Fremskridtene omsættes ofte i speciale-strukturen, især grenspecialer og sub-grenspecialer. I det omfang der er sammenfald mellem grundspecialer/grenspecialer og afdelingsstruktur, har man her en direkte konsekvens af den lægevidenskabelige udvikling.

De økonomiske muligheder (samfundsøkonomien) har stedse spillet en rolle for udbygningshastighed og karakteren af udbygningen. Her er det nok vigtigt at notere, at på den ene side kan økonomien have dæmpet udbygningstakten, men på den anden side ikke altid i markant grad. Den kraftige udbygning i 30'erne vidner klart om det sidste – og modifikationerne af tankerne for sygehusstrukturen omkring 1970 og udviklingen i firserne vidner om det første. Samspillet mellem specialisering og økonomi kan i et vist omfang sammenlignes med, at specialiseringen udgør en nødvendig forudsætning og økonomien udgør en væsentlig del af de tilstrækkelige betingelser for ændringer i sygehusstrukturen.

En tredje faktor er nærhed og transportmuligheder. Ønsket om nærhed vedrører ikke alene, at et sygehus skal være så tæt på patientens hjem som muligt, men er i betydelig grad afhængig af transportteknologi. Situationen omkring århundredeskiftet, 30'erne, sidste i 60'erne og i år 2000 er markant forskellige, ikke blot i forhold til bilejerskab men også kollektiv trafik.

3. Samspillet med regionsstørrelse?

Det kunne være fristende – og det er en fristelse som især læger falder for – at anskue sygehusstruktur alene som et sundhedsfagligt spørgsmål. Så enkelt er det imidlertid ikke. Når man har et offentligt ejet og finansieret sygehusvæsen, vil hensynet til den politisk-administrative struktur spille en rolle. Hvis man – som det var tilfældet ved kommunalreformen i 1970 – ønsker en decentraliseret offentlig sektor, hvor man på det decentrale niveau har det politiske, driftsmæssige og økonomiske ansvar for eksempelvis sygehus- og sundhedsvæsen stiller det nogle krav til sygehusstrukturen, bl.a. spørgsmålet om amtsstørrelse målt ved befolkningstal.

Dette samspil kan illustreres med spørgsmålet om den mindste amtsstørrelse i forbindel-

se med kommunalreformen i 1970 og overvejelserne i Strukturkommissionen.

I tilknytning til kommunalreformen introducerede Sundhedsstyrelsen tanken om et hovedsygehus. Der var to sammenfaldende drivkræfter: den fortsatte lægefaglige udvikling og reduktionen i antal amter ved kommunalreformen i 1970 (fra 22 til 14). Hvad der er høne og æg kan diskuteres, men specialiseringen er i en vis forstand hønen.

Et centralt spørgsmål var det nødvendige befolkningsunderlag for et nogenlunde selv bærende sygehusvæsen på såkaldt udvidet basis eller normalsygehusniveau, hvor det forventedes at man lokalt i amtet kunne behandle 90-95% af de forekommende sygdomstilfælde.

»Konsekvensen heraf [... den fortsatte specialisering] er, at det i højere grad end man tidligere har været opmærksom på er nødvendigt at anvende befolkningsunderlaget som basis for planlægningen af den enkelte afdeling for at sikre det tilstrækkelige antal patienter til afdelinger af passende størrelse. Kravene til befolkningsunderlagets størrelse vil stige ved den fortsatte specialisering med oprettelse af nye specialafdelinger, som kun dækker begrænsede udsnit af sygdomsbehandlingen.«, (Kommunalreformkommissionens sekretariat og Landsplansudvalgets sekretariat), p. 83.

Sundhedsstyrelsen skelnede mellem to sygehus typer normalsygehuse (lokalsygehuse) og udvidede normalsygehuse (hovedsygehuse). Normalsygehusene skulle modtage patienter med almindeligt forekommende kirurgiske og medicinske lidelser. Befolkningsgrundlaget herfor var omkring 75.000 og sygehuset burde have mindst 3 kirurgiske afdelinger. Hovedsygehusene skulle udover normalsygehusfunktioner også have specialer, fx neurologi, pædiatri og oftalmologi, hvor det nødvendige befolkningsunderlag blev skønnet til 200-250.000 indbyggere.

Hvordan relaterer dette sig til amternes befolkningsmæssig grundlag? I diplomatisk embedsmandssprog hed det:

»Det vil være af afgørende betydning for tilrettelæggelsen af sygehusvæsenets udbygning og rationalisering efter de skitserede retningslinier, at de administrative beføjelser for sygehusfunktionerne samles i enheder, der svarer til den udvidede normalsygehusfunktion (amtsspecialfunktionen). Det ideelle vil være, at denne funktion er samlet på et sygehus i hvert område, men det er nok mest realistisk at regne med, at funktionen nogle steder må fordeles på 2 sygehuse, der imidlertid i så fald bør have fælles ledelse.«, (Kommunalreformkommissionens sekretariat og Landsplansudvalgets sekretariat), p. 85.

Med andre ord, ud fra sygehusemæssige betragtninger skulle et amt helst ikke have mindre end 200-250.000 indbyggere, hvilket da også i realiteten blev resultatet³. Således blev amternes befolkningsmæssige underlag i realiteten fastlagt ud fra hensynet til et sygehusvæsen på udvidet normal-eller basisniveau. I dag er der således fortsat 7 amter, som har omkring 225.000-275.000 indbyggere (Sønderjylland, Ribe, Viborg, Storstrøms, Vestsjællands og Roskilde Amter).

Forud for 1970-reformen var der omkring 100 sygehuskommuner – henholdsvis købstadskommunale og amtskommunale og blandinger. De var gennemgående små. Desuden fandtes hyppigt en bestyrelse for hvert sygehus. Dette tenderede mod at understrege det enkelte sygehus som en autonom enhed. Med 1970-reformen gik man således fra de omkring 100 sygehuskommuner til 14 amter og Københavns og Frederiksberg kommuner og man mindskede sygehusene autonomi, fx. ingen sygehusbestyrelser, og sygehusstrukturen forudsætte samarbejde.

Efter kommunalreformen i 1970 forfulgte amterne strategien om hoved-og lokalsygehuse, dvs. man forsøgte i et amt at udpege et hovedsygehus, som var amtets mest specialiserede og som skulle rumme de afdelinger, som der kun var grundlag for én af i amtet. Det lykkedes dog ikke alle steder. Af lokalpolitiske årsager endte man undertiden med to »hovedsygehuse« forstået på den måde, at

man så havde nogle af de specialiserede afdelinger på ét sygehus, fx. øjenafdelingen, og andre på det andet, fx. børneafdelingen. Dette mønster så man fx. i Ringkøbing Amt med henholdsvis Holstebro og Herning Sygehuse, medens man i Vejle Amt gradvist så, at Vejle Sygehus blev hovedsygehuset.

Strukturkommissionens overvejelser om regionsstørrelse i 2004 tog ligeledes afsæt i hensynet til sygehusvæsenet. Uden at det blev formuleret som eksplicit præmis var afsættet ikke hensynet til det udvidede basis-eller normalniveau, men i realiteten det meget specialiserede sygehusvæsen (=sygehuse med lands- og landsdelsfunktioner/universitetssygehuse).

Spændingsfeltet mellem hensynet til det meget specialiserede sygehusvæsen og politisk-administrative forhold⁴ m.m. ses tydeligt i følgende citat:

»Selv om hensynet til planlægningen af den specialiserede sygehusbehandling taler for forholdsvis få amter, vurderes det hensigtsmæssige antal regionale enheder ved uændret opgavefordeling som følge af amternes brede opgaveportefølje, skatteudskrivningsret og direkte valgte ledelse at ligge i den øvre ende af intervallet på 3-8 regioner, f.eks. 7-8«, (Strukturkommissionen 2004), p. 621 (ved omtalen af den såkaldte brede amtsmodel).

Skulle hensynet til det specialiserede niveau alene være udslagsgivende argumenterede kommissionen for 3-4 regioner. Argumentet var bl.a. at hvis der var flere regioner, fx. 7-8, ville de regioner, der ikke havde de højt specialiserede funktioner stræbe efter at etablere deres egne. Dette ville udtynde patientgrundlaget for de (meget) specialiserede funktioner, hvorved der kunne opstå risiko for at kvaliteten ville falde, jfr. den sundhedsfaglige argumentation, der skitseres i det følgende afsnit. Man kan kalde dette selvforsyningsmodellen, idet hver region – med universitetssygehuset i centrum – ville kunne klare omkring 99% af sygdomstilfældene i regionen og ikke kræver samarbejde mellem regi-

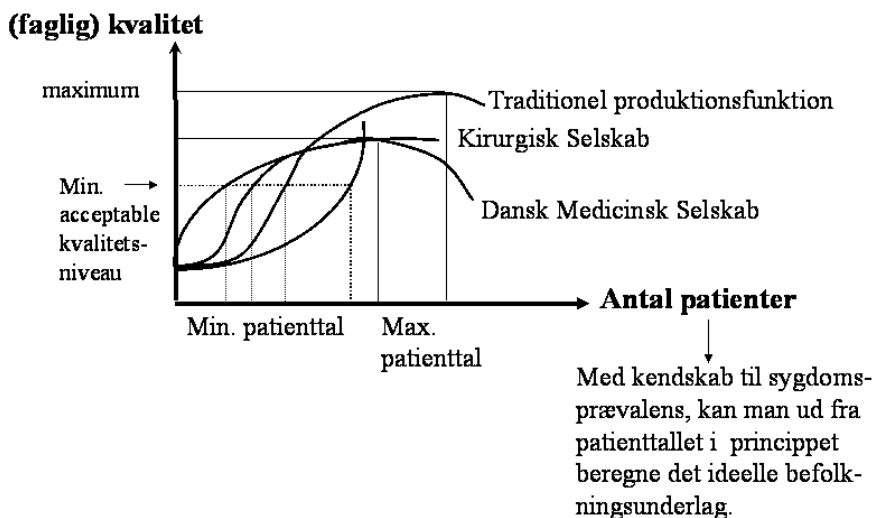
onerne, dvs. også en slags selvtilstrækkelighedsmodel, medens modellen fra kommunalreformen i 1970 tilsvarende kunne kaldes modellen for selvberenhed, dvs. man amtet var stort nok til at have sygehusvæsen, der kunne klare 90-95% af alle tilfælde. Denne model kræver omvendt samarbejde mellem regionerne, fordi de meget specialiserede funktioner kun findes i nogle af regionerne.

Det er tankevækkende, at udviklingen i sygehusvæsenet har været en stærk – hvis ikke afgørende drivkraft bag udviklingen i regionssørrelsen: fra 100 sygehuskommuner før 1970-reformen til 16 efter (de 14 amter og de to hovedstadskommuner) og så de fem regioner, som blev resultatet af strukturforliget mellem regeringen og Dansk Folkeparti sommeren 2004. Der skal derfor ses nærmere på karakteren af den sundhedsfaglige argumentation.

4. Det sundhedsfaglige argument for sygehusstruktur og centralisering af visse funktioner

Der skal nu ses mere grundigt på den sundhedsfaglige argumentation for sammenhæng mellem befolkningsunderlag og kvalitet, og dermed per implikation også for samling af funktioner – i litteraturen ofte omtalt som enten centralisering eller regionalisering af visse funktioner.

Fra først i tresserne og frem til i dag er spørgsmålet om befolkningsunderlag blevet tydeligere og tydeligere, jfr. den senere summariske historiske redegørelse. Det gælder såvel i forhold til graden af centralisering af visse specialiserede funktioner som størrelsen af den region, som sygehusvæsenet skal indplaceres i, jfr. ovenfor. I de næste afsnit redegøres i stiliseret form for de sundhedsfaglige ræsonnementer.



Figur 1. Resultat-patientvolumen-kurven

Udgangspunktet er »resultat – patientvolumen-kurven« eller »øvelse-gør-mester-kurven« (quality – volume eller outcome-volume i den lægevidenskabelige litteratur), svarende til figur 1. Den kan opfattes som gældende for fx. en enkel kirurg, en afdeling eller et sygehus.

I figuren ses en række mulige forløb. Dansk kirurgisk Selskab skitserede i en rapport fra 1996 et forløb svarende til den midterste kurve. Tankegangen er, at i takt med, at en kirurg foretager flere og flere operationer af en bestemt type bliver resultatet – målt fx. sårinfektioner, reoperationer eller dødelighed – bedre og bedre, men flader gradvist ud. Dansk Medicinsk Selskab antyder endog muligheden for et fald, »aftagende udbytte«, efter et vist niveau.

Med kendskab til sådanne forløb – enten minimums-eller maksimumstal – kan man dernæst med kendskab til forekomsten af den pågældende sygdom, fx. hofteartroser, der fører til udskiftning af hofteleddet, beregne det nødvendige befolkningstal, der vil »generere« det relevante antal patienter.

På en række områder er der en vis viden om denne sammenhæng, dog sjældent i den stiliserede form i figur 1. Det interessante er at kende maksimum og minimum og vurdere hvor stor en forskel, der kan accepteres mellem minimums-og maksimumsniveauet.

Spørgsmålet er, hvor godt kendskabet er til disse sammenhænge, hvor sikkert det er, og hvilke slutninger, der kan drages på dette grundlag.

Kendskabet er ufuldstændigt. Det er størst inden for kirurgien – og endda kun for visse former for kirurgi, oftest den mest specialiserede form for kirurgi, fx. operation af hjertets kranspulsåre og visse operationer for kræft, (Birkmeyer et al. 1999a; Birkmeyer et al. 1999b; Halm, Lee, & Chassin 2000; Ham-

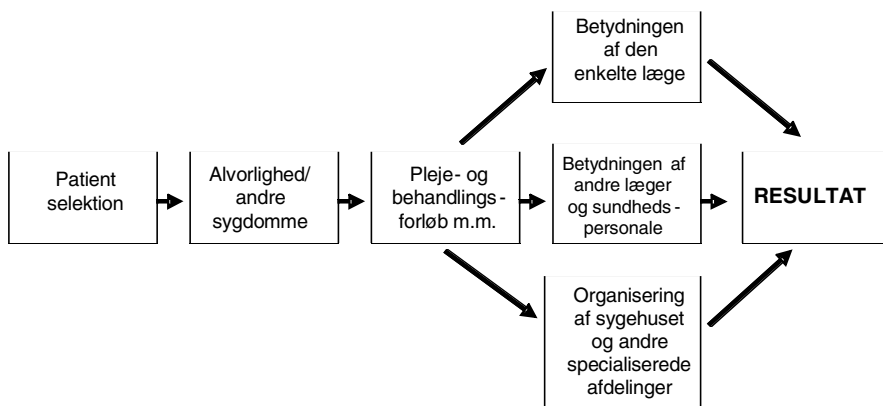
ilton & Ho 1998; Shackley et al. 2000; Urbach, Bell, & Austin 2003).

Den forskningsmæssige kvalitet af analyserne er langt fra god. Fx. er det først for nyligt blevet standard at bruge flerniveau regressionsanalyse for at udskille effekt af henholdsvis den enkelte kirurg og hospitalet. Det er også svært at finde gode mål for kvalitet. Oftest anvendes mortalitet, som for mange formål må betragtes som et utilstrækkeligt mål.

Inden for intern medicin – som dækker omkring halvdelen af alle udskrivelser på danske sygehuse⁵ – findes der kun få relevante undersøgelser, oftest for blodprop i hjertet.

Der er ikke tvivl om, at forsøg på at finde frem til et hensigtsmæssigt befolkningsgrundlag ikke alene kan afgøres ud fra den simple tankegang bag volumen-kvalitetskurven. Alene det forhold, at man kun undersøger en enkel diagnose ad gangen gør, at der ikke kan drages konklusioner vedrørende hvordan et hospital skal opbygges. Hospitalet skal jo dække de fleste sygdomme. Derfor må volumen-kvalitetskurven indplaceres i en større organisatorisk sammenhæng. Fx. kan en kirurgs antal operationer i sagens natur ikke ses uafhængigt af det team, som den pågældende indgår i, eller af andre nødvendige støttefunktioner på sygehuset, fx opvågning og intensivfunktion. Med andre ord: volumen-outcome funktionen i fig. 1 kan ikke forstås uafhængigt af en organisatorisk sammenhæng, og når det sker, kan det resultere i andre konklusioner end, hvad der følger af en simpel volumen-outcome analyse.

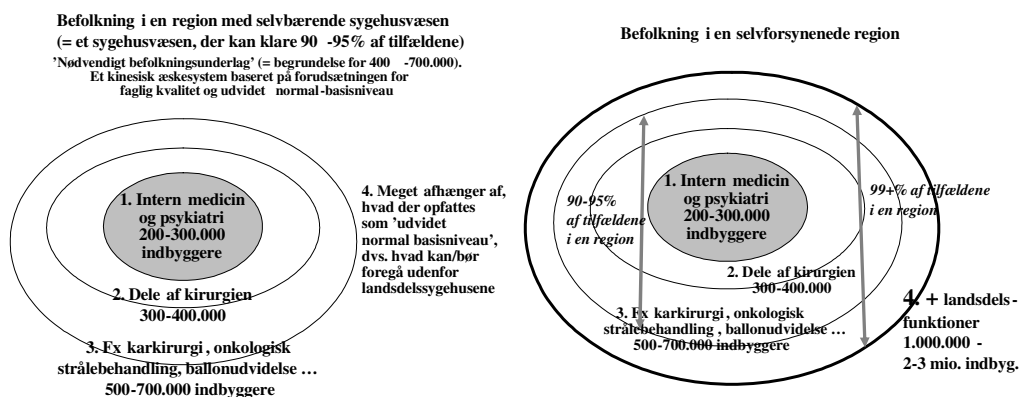
I figur 2 er der forsøgt en sådan bredere indplacering. Det er ændret udgave af figur 1 i. En langt mere kompliceret figur findes i rapporten fra Dansk Kirurgisk Selskab. Det centrale er at identificere de centrale forhold – ikke alt der i varierende grad påvirker resultatet. I figur 2 er Occams rasekniv blevet anvendt.



Figur 2. Organisatorisk ramme for indplacering af kvalitet-patientvolumen-kurven

Den simple kurve i figur 1 kan i bedste fald bruges til at argumentere for samling af visse operations- og behandlingstyper på få sygehuse, dvs. »centralisering eller regionalisering«, men kan ikke bruges til at argumentere for, at det så fx. skal ske på de forvejen sto-

re sygehuse. Det er ofte en underforstået præmis i debatten, men må tages som udtryk for at springe en række væsentlige mellemregninger over. Der findes så godt som ingen undersøgelser der viser noget om betydningen af tilstedeværelsen af bestemte kliniske



Figur 3. Begrundelse for befolkning baseret på to forskellige filosofier for et regionalt sygehusvæsen

serviceafdelinger, fx. specialiseret klinisk kemi og radiografi, eller andre specialiserede afdelinger. Det har kun været muligt at identificere en enkel undersøgelse, (Urbach & Baxter 2004a). Man undersøgte det dog kun for fem operationstyper under ét.

Alt det foregående betyder, at man ikke kan slutte nær så direkte fra kvalitets-patientvolumen-tænkning til befolkningsgrundlag i en region som figur 1 antyder. Det mest realistiske billede er vist i figur 3, hvor de to regionsfilosofier for sygehusvæsen – hhv. det selvberende og selvforsynende sygehusvæsen – er illustreret.

I den venstre del af figur 3 vises, hvordan man i Det rådgivende Udvalg for Sundhedsvæsenet i 2003 argumenterede for en halvering af antallet af amter (ud fra hensynet til sygehusvæsenet, velvidende at der også er andre amtsfunktioner, men ingen af med så direkte en kobling til befolkningsunderlaget) (Indenrigs- og sundhedsministerens Rådgivende Udvalg 2003). Udvalgets grundmodel genfindes som den brede amtsmodel i Strukturkommissionens betænkning. Med afsæt i den generelle tænknings bag figur 1 og simpel observation af de nuværende amter konkluderede udvalget, at mindstestørrelsen for et amt med et selvberende sygehusvæsen i fremtiden burde hæves fra de nuværende omkring 250.000 indbyggere til mellem 400-700.000. Det var bevidst, at der var tale om et bredt interval, idet den præcise afgrænsning afhænger af, hvilke behandlinger man helt konkret mener bør centraliseres på et landsdelssygehus. Pointen med eksemplerne nederst i venstre del af figuren er netop, at det er sådanne gråzoner der er afgørende og hvor man også må indrømme, at der ikke findes nagelfaste svar, om end lægelige aktører på feltet ofte giver et andet indtryk. Det efterfølgende nylige eksempel med ballonudvidelse illustrerer problemstillingen.

Medicinaldirektøren sammenfatter argumentationen for ikke at lade større hovedsygehuse udføre ballonudvidelser, fx. Vejle sygehus, men fortsat alene lade det være landsdelsfunktioner på følgende måde⁶:

» [det ..] fastholdes [... i et notat, se], at ballonudvidelser fortsat er landsdelsfunktion, der alene udføres på landsdelshjertecentrene, og det slås fast, at kapaciteten på de 5 hjertecentre samlet set er tilstrækkelig til at håndtere udviklingen inden for området inden for den nærmeste fremtid. .. Udgangspunktet for Sundhedsstyrelsens udmeldinger er, at patienterne skal tilbydes størst mulig sikkerhed for høj kvalitet og patientsikkerhed. Sundhedsstyrelsens varetager således patienternes tarv ved at sikre, at landsdelshjertecentrenes kapacitet udnyttes, før man diskuterer om behandlingen skal foregå andre steder end på landsdelshjertecentrene.« (Gøtrik).

Der er to lag i argumentationen. Dels spørgsmålet om faglig kvalitet, dels et argument om kapacitetsudnyttelse, dvs. et implicit argument om stordriftsfordele eller i det mindste hensynet til enten opbygget kapacitet eller behov for kapacitetsopbygning på de nuværende 5 hjertecentre. I selve notatet konkluderes,

»at Sundhedsstyrelsen vurderer om en eventuel videre udbygning efter 2004 kan ske ved yderligere udbygning af centrene (model 1) eller ved etablering af maksimalt yderligere 1-2 decentrale PCI-landsdelsenheder i formaliseret samarbejde med et landsdelshjertecenter.«, p. 27 (Sundhedsstyrelsen 2003a) .

Formuleringen i citatet kan danne afsæt for en supplerende betragtning, hvorved problemstillingen gøres mere generel. Vælger man i dette tilfælde at fortsætte udbygningen på landsdelssygehuse, svækker man samtidig den faglige udvikling på de store hovedsygehuse, hvorved de også bliver mindre attraktive arbejdspladser for læger⁷. Da landet sygehusemæssigt skal være dækket af mere end landsdelssygehuse, skal man også medtænke denne dimension i forbindelse med spørgsmålet om centralisering/decentralisering af en række funktioner. Herved ud-

strækkes problemstillingen ikke alene til et spørgsmål om »optimal befolkningsunderlag eller optimal enhedsstørrelse« men også til værdien af at skabe selv bærende og fagligt attraktive sygehusvæsen. Pointen er, at det i en række tilfælde kan det gøres uden i dokumenterbar grad at gå på kompromis med den faglige kvalitet.

Indenfor disse mulige regiontyper skal der så være en strategi for sygehusstruktur. I det efterfølgende afsnit skitseres forløbet fra omkring 1930 til tiden her før strukturreformen.

5. Fire udviklingsetaper for sygehusstrukturer

5.1 Frem til ca. 1930: det udelte sygehus

I 1927 var der 165 somatiske sygehuse med i gennemsnit 93 senge – sammenlignet med 60 år senere, hvor der var 97 sygehuse med i gennemsnit 285 senge. I 1997 var der 82 somatiske sygehuse med i gennemsnit 272 senge⁸.

Sygehusene i forrige århundredes første fjerdedel var ikke præget af stor specialisering af den enkle grund, at de lægevidenskabelige fremskridt ikke nødvendiggjorde det. Mange af de mindre sygehuse var udelte, dvs. der skelnedes ikke mellem medicinske og kirurgiske afdelinger, og ofte var der kun én overlæge, som var kirurg. Men samtidig var der en kraftig udvikling i gang i intern medicin, på røntgenområdet og laboratorieområdet, og man begyndte at se en gradvis ændring af det typiske sygehus i retning af et mere specialiseret sygehus – det såkaldte central-sygehus.

5.2 Ca. 1930 – 1970:

centralsygehus og specialisering

I en menneskealder, 1927-1961, hed medicinaldirektøren Johannes Frandsen. Han forvaltede opgaven med en eminent forståelse af balancen mellem inddragelse af lægefaglige, forvaltningsmæssige og politiske hensyn. Han introducerede tanken om central-

sygehus hurtigt efter sin tiltræden. Anledningen var en forespørgsel Sundhedsstyrelsen modtog i 1929 fra Hjørring Amt i forbindelse med en udvidelse af Hjørring Sygehus, der allerede i 1926 var blevet delt med en selvstændig medicinsk og kirurgisk afdeling.

Baggrunden var bl.a., at den medicinske overlæge på Hjørring Sygehus havde foreslået en udvidelse og modernisering af røntgenafdelingen og ansættelse af en røntgenspecialist.

Sundhedsstyrelsen introducerede i sin svarskrivelsen fra 1929 ideen om et centralsygehus (med min understregning):

»i almindelighed gælder det efter sundhedsstyrelsens formening om, at man ved planlægning af den fremtidige ordning af sygehusudviklingen i et amt maa tilstræbe, at der saavidt muligt centralt beliggende i amtsraadskredsen ... udvikles et sygehus, hvor der kan ydes sygebehandling paa specialiserede omraader af særligt uddannede læger. Grundstammen i et saadant *centralsygehus* maa være en afdeling for behandling af rene kirurgiske lidelser og dels en afdeling for behandling af medicinske sygdomme. I tilslutning hertil kan man da, eftersom kravene melder sig, og de økonomiske forhold tillader det, skabe muligheder for særbehandling af andre grupper af sygdomme, som falder udenfor de to nævnte«, (Frandsen Johannes 1963), p. 34-35.

Med hensyn til det sidste pegedes der på ansættelse af en røntgenspecialist, der samtidig kunne være rådgiver for amtets øvrige sygehuse. I næste række henstillede man, at der ligeledes blev knyttet speciallæger i øjensygdomme og øre-næse-halssygdomme.

Med andre ord: Centralsygehuset skulle været amtets mest udspecialiserede sygehus. Altid med de tre grundspecialer: medicin, kirurgi og radiologi og dernæst andre specialer, især øjen- og øre-næsespecialer. Det var første gang, at man systematisk forsøgte at opbygge et sygehus og en sygehusstruktur ud fra spørgsmålet om de lægevidenskabelige

landvindinger⁹, men man bemærker også respekten for økonomien og Sundhedsstyrelsens klare prioritering af specialeudbygningen.

I løbet af 30'erne skete der en kraftig vækst i antallet af centralsygehuse med ikke mindre end 14, , og allerede i 1945 kunne medicinaldirektøren konstatere, at »centralsygehuse er gennemført overalt«.

I 1963 skelnede Sundhedsstyrelsen mellem centralsygehuses barndom, jfr. foranstående, ungdom, hvor anæstesiologien som særskilt speciale kom til, og i 1963 talte man om manddomsperioden, hvor det især var de tværgående specialer, der blev udbygget. Fx havde 18 af de 24 centralsygehuse fået eget centrallaboratorium.

I Sundhedsstyrelsens 1963-redegørelse for udbygningen af den daværende sygehusstruktur introduceres tanken om en sammenhæng mellem befolkningsunderlag og oprettholdelse af den fornødne kliniske ekspertise eksplicit – det der er blevet til »volumen-kvalitets-sammenhængen«, jfr. ovenfor. Igen er det bedre og mere illustrativt at citere kilden end sammenfatte:

»For at et centralsygehus skal kunne udfylde sin mission som et specialiseret sygehus, må det opfylde to fordringer. For det første må det have en så tilpas størrelse, at det sikrer erfaring og rutine for dets specialafdelinger. Det kan kun ske ved, at centralsygehuset har et passende stort opland, hvorfra det får alle både almene og komplicerede tilfælde, samt at det får det overvejende antal komplicerede tilfælde fra et større område. Derved sikrer man sig et både stort og repræsentativt materiale med for erfaring og yderlige uddannelse nødvendige bredde.«(ibid p. 89).

Det er tydeligt, at det er den stigende specialisering, der driver tænkningen omkring det nødvendige befolkningsunderlag.

5.3 1968 – 2000: hovedsygehus

Slutningen af tresserne var præget af debat-

ten om kommunalreformen. I sygehussammenhæng var det bl.a. et spørgsmål om en hensigtsmæssig amtsstørrelse for, at befolkningsunderlaget kunne understøtte et nogenlunde selvstående og specialiseret sygehusvæsen. Debatten herom kan ikke ses uafhængig af et udspil fra Sundhedsstyrelsen i 1968 om sygehusvæsenets planlægning, (Sundhedsstyrelsen 1968).

Specialiseringen var om noget, accelereret fra først i tresserne, og Sundhedsstyrelsen begyndte nu at se på begrebet »specialafdelingernes optimale størrelse«, (Sundhedsstyrelsen 1968). Indgangen til spørgsmålet var, at et specialområde som minimum burde have 2 faste speciallæger af hensyn til den nødvendige kontinuerlige drift ligesom , at den

»funktionelt (skulle) være så stor, at den kan få tilstrækkeligt kvalitativt arbejde for mindst 2 speciallæger og deres stab, dvs. så stort et materiale, at det kan sikre dem nødvendig erfaring med hensyn til specialets almindelig sygdomme«, (ibid. p. 424).

Et særskilt afsnit drejer sig om »de fremtidige sygehus typer og befolkningsunderlaget herfor«, dvs. befolkningsunderlaget introduceres nu som rutineargument – og langt før der begyndte at fremkomme videnskabelige undersøgelser a la, hvad er ligger bag figur 1¹⁰.

I 1970-1971 var der en heftig debat i de nye amter om Sundhedsstyrelsens udspil. Slutresultatet blev Indenrigsministeriets Vejledende retningslinier, hvori :

- befolkningsunderlag-tænkningen nedskrives og bruges, inkl. argumentationen omkring det nødvendige patienttal for at opretholde og udvikle den lægefaglige rutine¹¹
- tanken om et tredelt sygehusvæsen med tre sygehus typer: normalsygehuset (lokalsygehuset), det udvidede normalsygehus, der kom til at hedde hovedsygehuset, og landsdelssygehuse med det befolk-

ningsunderlag, som blev skitseret af Sundhedsstyrelsen allerede i 1968

der blev dog sat alvorligt spørgsmålstegn ved lokalsygehuset. Baseret på bidrag fra de lægelige specialselskaber pegedes der på en yderligere centralisering, således at der ikke i det fremtidige sygehusvæsen bør opbygges selvstændige sygehusenheder med mindre befolkningsmæssigt grundlag end ca. 200-300.000 – svarende præcist til befolkningsgrundlaget i hovedparten af amterne.

Fra 1970 til 2000 blev sygehusstrukturen i amterne baseret på tænkningen bag hovedsygehuse. Mere konkret kan man i Sundhedsstyrelsens klassifikation se hovedsygehuse af type 1 (lands- og landsdelssygehuse) og type 2, svarende til hovedsygehuset i et typisk amt, fx. Sønderborg Sygehus. Endvidere skelnes der mellem tre typer af lokalsygehuse: lokalsygehuse med mindst tre kliniske afdelinger, fx. Horsens Sygehus, delte lokalsygehuse (dvs. med en medicinsk og en kirurgisk afdeling, fx. Ringkøbing Sygehus) og blandede lokalsygehuse, som der i realiteten ikke længere findes. Udviklingen fra 1970 til i dag har især medført, at det er de delte lokalsygehuse, der er blevet lukket eller drives sammen med et større sygehus.

5.4 Den funktionsbærende enhed – 2000-

I 1999/2000 blev den funktionsbærende enhed modellen for sygehusstrukturen i landets amter. Nogle amter har gennemført væsentlige dele af ideen, fx. Vestsjællands Amt, hvor man i medfør af denne tænkning har dannet Sygehus Vestsjælland, som én organisatorisk enhed. Sygehuset som traditionelt matrikelbundet begreb udviskes og erstattes af funktionsbærende enheder, fx. den funktionsbærende enhed for ortopædkirurgi, som ledelsesmæssigt omfatter alle amtets ortopædkirurgiske afdelinger på tværs af de nuværende matrikler. Flere funktionsbærende enheder, fx. de kirurgiske, samles i centre, Kirur-

gisk Center. Sådanne modeller findes i dag også i Storstrøms Amt og Ringkøbing Amt.

Begrundelsen for filosofien bag den funktionsbærende enhed skal direkte findes i tænkningen bag figur 1 og kommer til udtryk i to rapporter fra lægevidenskabelige selskaber, (Dansk Kirurgisk Selskab 1996; Dansk Medicinsk Selskab 1998), som Sundhedsstyrelsen stort set overtog i sit udspil, (Sundhedsstyrelsen 1999). Selve titlen på Sundhedsstyrelsens publikation er i sig selv sigende: »Kvalitet i sygehusvæsenet. Befolkningsunderlagets betydning for kvalitet i patientbehandling, uddannelse og forskning«.

Den funktionsbærende enhed defineres som en faglig organisatorisk enhed, som med høj professionel standard kan varetage hovedparten af grundspecialets opgaver vedrørende diagnostik, behandling, pleje, lægelig videre- og efteruddannelse. Den funktionsbærende enhed er ikke nødvendigvis en fysisk enhed, men alene en organisatorisk enhed, der danner rammen om et lægeligt grundspeciales samlede ydelser, fx. en funktionsbærende enhed defineret ved alle de ortopædkirurgiske afdelinger i et amt. Det betones, at det forudsættes, at den funktionsbærende enhed i sin planlægning og varetagelse af ambulante og stationære akutte og elektive funktioner tilrettelægger disse med udgangspunkt i det pågældende amts eksisterende fysiske bygningsmæssige rammer for sygehusdrift, (Dansk Medicinsk Selskab 1998), p. 34-35).

Arbejdsgruppen bag den funktionsbærende enhed valgte et befolkningsunderlag på omkring 250.000 indbyggere for en funktionsbærende enhed. Tallet er valgt på baggrund af de enkelte grund- og grenspecialers indmeldinger til Dansk Medicinsk Selskabs arbejdsgrupper – og det anføres, at der ud over volume-kvalitet også indgik overvejelser om rational drift, herunder specialets grenspeciale-dækning, akutfunktioners organisation og ik-

ke mindst de tværgående specialers døgnfunktion.(ibid, p. 35) p. 35

Ved at centralisere de akutte funktioner i den funktionsbærende enhed vil man kunne sikre en sufficient vagtdækning inden for de relevante specialer og på det billediagnostiske område. De diagnostiske muligheder må udbygges, så der døgnnet rundt er mulighed for at anvende undersøgelsesmetoder som ultralyd, CT og MR-skanning, angiografi, skintigrافي, ekkokardiografi og forskellige former for endoskopi ... det nødvendige befolkningsunderlag for optimal varetagelse af de akutte funktioner i sygehusvæsenet udgør ca. 250.000 personer,ibid. p. 80, dvs. at man kan i princippet nøjes én akut modtageenhed per 250.000 indbyggere. De fleste steder har man dog i praksis valgt at sidde denne del af anbefalingen bag den funktionsbærende enhed overhørig.

6. Sygehusstrukturen efter strukturreformen?

Som nævnt i indledningen er strukturreformen med de kommende 5 regioner med et befolkningsunderlag fra 700.000 i Nordjylland til 1,6 mio. i Hovedstadsregionen ikke en reform, hvor der er taget stilling til indholdet. Der savnes en indholdsreform. Fx. findes der hverken i rapporten fra Det Rådgivende Udvalg for Sundhedsvæsenet eller i Strukturkommissionens betænkning så meget som en antydning af, hvilken filosofi, der kan lægges til grund for sygehusstrukturen i de nye regioner, fx. svarende til tankerne bag hovedsygehuse, der var ledende for amterne efter kommunalreformen i 1970. Det kompliceres yderligere af, at med fem regioner, har man i forhold til det tidligere diskuterede tema om selvstående contra selvforsynende regioner grundigt sat sig mellem to stole, idet man ikke ubetinget kan forlade sig på den ene af disse to stiliserede tankemodeller. I tre af regionerne har man universitetssygehuse, i én (den nordjyske) er der tilløb til ét, og endelig har Sjællandsregionen ikke noget uni-

versitetssygehus. Denne konstruktion kan i sig selv blive en kilde til ustabilitet.

Alene ved at sammenholde sygehusplaceringerne i de nuværende amter med det nye Danmarks kort med de fem regioner henleder man umiddelbart opmærksomheden på det indlysende, nemlig at hvert amt hidtil har optimeret sin egen sygehusstruktur, stort set uden hensyntagen til naboamterne. Det er ikke en bebrejdelse, blot en observation. Det ville være helt usandsynligt, at tre amters optimerede sygehusstruktur tilfældigvis også ville være, hvad der er optimalt i en ny region. Alene dette tilsiger, at der vil og må ske ændringer, men forhåbentlig ud fra en sygehusfilosofi, som er en videreudvikling af de fire faser, som er omtalt ovenfor, men nu tillige tilpasset filosofien bag regionsdannelsen.

Som eksempel på problemkredsen kan man betragte den midtjyske region, der består af 2 ½ amter, idet Viborg amt blev delt. Århus Amt har opbygget en god vestbastion i Silkeborg for at sikre den vestlige del af amtet en god sygehusbetjening. Viborg Amt har satset på Viborg Sygehus, som hovedsygehuset, men det område, man nu skal være hovedsygehus for, er blevet mere end halveret. I Ringkøbing Amt har man hovedsygehuse i henholdsvis Holstebro og Herning. De her nævnte fire sygehuse ligger med omkring 40 km. afstand i det midtjyske. Det forekommer åbenbart, at der skal ske noget i den midterste del af den nye region, men præcist hvad, skal der ikke gisnes om her. Man ser det samme i trekantområdet i den syddanske region, hvor der inden for kort afstand ligger 5 sygehuse – tidligere i tre amter: nemlig sygehuse i Middelfart, Fredericia, Vejle, Kolding og Haderslev samtidig med, at Sønderjyllands Amt har valgt at satse på Aabenraa Sygehus i den seneste sygehusplan. Det er ligeledes åbenbart, at i Hovedstadsregionen vil samtænkningen af H:S og Københavns Amt også give anledning til overvejelser om betydelige ændringer.

Ideelt set kunne man forestille sig en diskussion af to forskellige strategier – som kun med modifikation vil kunne gælde for Sjællandsregionen. Enten en strategi, hvor universitetssygehuset står i centrum eller en strategi, hvor man satser på, at regionerne skal udspændes af lidt større hovedsygehuse med en rimelig grad af specialisering. (hovedsygehusstrategien). De to strategier kan opstilles lidt sort-hvidt, vel vidende, at der er mange nuancer.

I hovedsygehusstrategien (eller måske snare-re »regions-sygehus-strategien«) kan man forestille sig, at der satses på at styrke en række af de nuværende hovedsygehuse, fx. Roskilde, Næstved, Vejle, Sønderborg, Esbjerg, Randers, Viborg osv. Ideen er dobbelt: dels at der er tale om sygehuse med en rimelig til betydelig grad af specialisering – ofte lidt overlappende med landsdelssygehusene, jfr. det tidligere citat vedrørende ballonudvidelse, dels at man forsøger at 'udspænde' landet, dvs. også tænker på en rimelig geografisk dækning. Når der samtidig er tale om relativt specialiserede sygehuse, vil der også kunne skabes attraktive arbejdspladser, især for læger, som lægger betydelig vægt på at kunne udnytte specialiseret viden, ligesom der også vil rimelig gode muligheder for forskning, især klinisk forskning. Hertil kommer, at disse sygehuse vil have en størrelse, der også er driftsøkonomisk hensigtsmæssigt. Det er næppe nogen tilfældighed, at nogle af de mest veldrevne sygehuse findes i denne klasse (Roskilde, Vejle, Randers) – og ikke blandt de noget større sygehuse, fx. Rigshospitalet, Gentofte Amtssygehus eller Odense Universitetshospital. Loven om economies of scale gælder også for sygehuse, omend kvaliteten af de empiriske undersøgelser lader en del tilbage at ønske.

Som en (lidt fortegnet) modsætning kan man forestille sig en universitetssygehusstrategi, hvor regionens sygehusstruktur forstås ud fra hensynet til universitetssygehuset, dvs. re-

sten af regionens sygehusvæsen i en vis forstand opfattes som residualt i forhold til behovene på universitetssygehuset. Ved en sådan strategi kan man let basere sig på misforståelser omkring volume-outcome og de uklare organisatoriske implikationer heraf, jfr. den tidligere diskussion, ligesom geografiske hensyn kan glide i baggrunden, vel at mærke ikke geografiske hensyn i betydningen »sognerådspolitik«, men i betydningen at alle dele af landet med en vis befolkningskoncentration også skal være afdækket.

Dette er i sagens natur ikke et fuldt gennemarbejdet forslag, men er et rids af en mulig strategi – en strategi, som burde udarbejdes på landsplan, og som på mange måder kan ses i logisk forlængelse af de tidligere faser, idet tanker om de funktionsbærende enheder enten kan betragtes som et mellemstap eller kan integreres, især i »regionssygehusstrategien«. Strategien skal ikke svinebinde de nye regioner, men fungere som et pejlemærke for overvejelserne om sygehusstruktur. Det er overvejelser, som vil være på deres højeste i 2007-2008, efter at 2006 har fungeret som overgangså.

7. Afslutning: er det hele ikke bare sognerådspolitik?

Når der diskuteres sygehuslukninger, som jo blot er et udtryk for en tilpasning af sygehusstrukturen, taler mange lidt nedladende om »sognerådspolitik«, især læger, som i virkeligheden ofte fører an i denne politik for at fastholde egne positioner. Med udtrykket menes normalt, at der tages urimelige og fagligt ubegrundede beslutninger. I sagens natur er det politiske beslutninger, men jo ofte baseret på lægefaglige rådgivninger. Hyppigheden af »sognerådspolitik« er en delvis misvisende opfattelse, når man studerer, hvad der i praksis er sket. Enhver kan blot se på fx. Århus Amt. På den anden side må man også medgive, at fx. hovedsygehusstrategien fra 1970 ikke er blevet gennemført lige konsekvent i alle amter, fx. Ringkøbing, Storstrøms og Ve-

stsjællandss Amter, hvor man de facto har en to-hovedsygehus-struktur. Det har næppe været fagligt uforsvarligt, men på den anden side næppe heller optimalt (økonomisk og fagligt).

Med omveje og svinkekærinder – ofte over en række år – kan man alligevel se, at sygehusstrukturen i Danmark er baseret på to hovedkræfter: en konsekvens af specialiseringen, jfr. fokus i den foregående, og de økonomiske muligheder og krav, hvor det sidste ofte har være udløsende for ændringer. Det er de grundlæggende drivkræfter, som man politisk kan sætte ud af kraft i en periode, men som dukker op senere og er med til at sætte nye ændringsprocesser i gang.

I lyset af den forestående strukturreform er det mere end bekymrende, at der ikke findes ansatser til en national strategi på området. Med eller uden dette, vil debatten under alle omstændigheder vinde ved en mere kritisk stillingtagen til policy-implikationerne af volume-kvalitet-tænkningen, fx. hvad man finder hos pioneren Luft eller nogle af de seneste bidrag, (Luft 2003; Sheikh 2003; Urbach 2004; Urbach & Baxter 2004b). Det er også vigtigt at forstå, at det samlede problemkompleks fordrer en flerfaglig tilgang. Fordi en kirurg ved meget om volumen-outcome, er det langt fra sikkert, at den pågældende kan drage holdbare organisatoriske konklusioner.

Referencer

Birkmeyer, J.D., Finlayson, S.R., Tosteson, A.N., Sharp, S.M., Warshaw, A.L., & Fisher, E.S. (1999a). Effect of hospital volume on in-hospital mortality with pancreaticoduodenectomy, *Surgery*, vol. 125, no. 3, pp. 250-256.

Birkmeyer, J.D., Finlayson, S.R., Tosteson, A.N., Sharp, S.M., Warshaw, A.L., & Fisher, E.S. (1999b). Effect of hospital volume on in-hospital mortality with pancreaticoduodenectomy [see comments], *Surgery*, vol. 125, no. 3, pp. 250-256.

Dansk Kirurgisk Selskab (1996). Kirurgisk organisa-

tion, udvikling og kvalitet Dansk Kirurgisk Selskab, København.

- Dansk Medicinsk Selskab (1998). Lægefaglig basis for sygehusvæsenets struktur. Kvalitet, organisation, uddannelse og forskning i den funktionsbærende enhed. Dansk Medicinsk Selskab, København.
- Frandsen Johannes (1963). Sundhedsvæsenet 1927-1961. Oplevelser og erfaringer. København.
- Gøtrik, J. Vil ikke bremse men styre udviklingen – til gavn for patienterne. Morgenavisen JyllandsPosten d.16.september, 2003 (findes på www.sst.dk/upload/jkg_ballonudv_indl%C3%A6g_jp_sep03_001.pdf).
- Halm, E., Lee, C., & Chassin, M. (2000). *How is volume related to quality in health care? A systematic review of the research literature (appendiks C i Interpreting the Volume-Outcome Relationship in the Context of Health Care Quality: Workshop Summary)* Institut of Medicine, Washington DC.
- Hamilton, B. H. & Ho, V. (1998). Does practice make perfect? Examining the relationship between hospital surgical volume and outcomes for hip fracture patients in Quebec, *Med.Care*, vol. 36, no. 6, pp. 892-903.
- Hughes, R., Garnick, D., Luft, H., McPhee SJ, & Hunt SS (2005). Hospital volume and patient outcomes. The case of hip fracture patients., *Medical Care*, vol. 26, no. 11, pp. 1057-1067.
- Indenrigs-og sundhedsministerens Rådgivende Udvalg (2003). *Sundhedsvæsenets organisering - sygehuse, incitament, amter og alternativer* Indenrigs-og sundhedsministeriet, København.
- Indenrigsministeriet (1971). Vejledende retningslinier for planlægningen af sygehusvæsenets fremtidige udbygning. København.
- Indenrigsministeriet (1977). *Prioritering i sundhedsvæsenet. Betænkning fra sundhedsprioriteringsudvalget. Betænkning nr. 809* Indenrigsministeriet, København.
- Kommunalreformkommissionens sekretariat og Landsplansudvalgets sekretariat (1968). *Amtskommuner – befolkning, opgaver, økonomi, oplande*. København.
- Luft, H. (2003). From observing the relationship between volume and outcome to making policy recommendations: comments on Sheikh., *Medical Care*, vol. 41, no. 10, pp. 1118-1122.
- Luft, H., Garnick, D., & McPhee, S. (1987). Changes in patient characteristics and surgical outcomes

- for coronary artery bypass surgery 1972-82., *American Journal of Public Health*, vol. 77, no. 4, pp. 498-500.
- Luft, H., Hunt, S., & Maerki SC (2005). The volume-outcome relationship: practice-makes-perfect or selective-referral patterns?, *Health Services Research*, vol. 22, no. 2, pp. 157-182.
- Pedersen, K. (2004). Behovet for strukturændringer i sundhedssektoren, p. 275-303 i Groes, N og Olsen, L (red): Brudstykker eller sammenhæng? En antologi om forudsætningerne for en offentlig strukturreform, FOKUS, København.
- Pedersen, K. (2005). *Sundhedspolitik* Syddansk Universitetsforlag (juni 2005), Odense.
- Shackley, P., Slack, R., Booth, A., & Michaels, J. (2000). Review Article: is there a positive volume-outcome relationship in peripheral vascular Surgery? results of a systematic review, *Eur.J.Vasc.Endovasc.Surg.*, vol. 20, no. 4, pp. 326-335.
- Sheikh, K. (2003). Reliability of provider volume and outcome associations for healthcare policy, *Medical Care*, vol. 41, no. 10, pp. 1111-1117.
- Strukturkommissionen (2004). *Strukturkommissionens betænkning nr. 1437, bind I. Hovedbetænkningen (bind II: bilag med baggrundskapitler, bind III: bilag med sektorkapitler)* Indenrigs-og sundhedsministeriet, København.
- Sundhedsstyrelsen. Medicinsk-kirurgiske sygehuse og tuberkuosestationer i Danmark. Tidsskrift for danske sygehuse 15[24], 158-165. 1939.
- Sundhedsstyrelsen. Sygehusvæsenets Planlægning. Fra Sundhedsstyrelsen (normalt publiceret i Ugeskrift for Læger) 1968.
- Sundhedsstyrelsen (1999). *Kvalitet i sygehusvæsenet. Befolkningsunderlagets betydning for kvalitet i patientbehandling, uddannelse og forskning* Sundhedsstyrelsen, København.
- Sundhedsstyrelsen (2003a). Det fremtidige behov for revaskulariserende behandling af iskæmisk hjertesygdom – herunder PCI behandling, *Notat.Sundhedsstyrelsen (notatet findes på www.sst.dk/publ/Publ2003/Hjerteplan2003.pdf)*.
- Sundhedsstyrelsen (2003b). *Virksomheden ved sygehuse 2001* Sundhedsstyrelsen, København.
- Urbach, D.R. (2004). Volume and outcome in healthcare: implications for health policy, *Healthc.Q.*, vol. 7, no. 4, pp. 22-23.
- Urbach, D.R. & Baxter, N.N. (2004b). Does it matter what a hospital is high volume for? Specificity of hospital volume-outcome associations for surgical procedures: analysis of administrative data, *Qual.Saf Health Care*, vol. 13, no. 5, pp. 379-383.
- Urbach, D.R. & Baxter, N.N. (2004a). Does it matter what a hospital is »high volume« for? Specificity of hospital volume-outcome associations for surgical procedures: analysis of administrative data, *BMJ*, vol. 328, pp. 737-740.
- Urbach, D.R., Bell, C.M., & Austin, P.C. (2003). Differences in operative mortality between high- and low-volume hospitals in Ontario for 5 major surgical procedures: estimating the number of lives potentially saved through regionalization, *CMAJ* vol. 168, no. 11, pp. 1409-1414.
- Vallgård, S. (1992). *Sygehuse og sygehuspolitik i Danmark. Et bidrag til det specialiserede sygehusvæsenes historie 1930-1987*. Jurist-og Økonomforbundets Forlag, København.
- Wilsford, D. (1994). Path dependency, or why history makes it difficult but not impossible to reform health care systems in a big way, *Journal of Public Policy*, vol. 14, no. 3, pp. 251-283.

Noter

1. For praktiske formål kan »amtsligt« normalt erstattes med »regionalt«. Stilistisk vil udtrykkene blive brugt som synonymer med mindre sammenhængen tilsiger andet. Efter strukturreformen forsvinder amtsbegrebet dog.
2. Se Valgårdas bidrag til det specialiserede sygehusvæsenes historie 1930-1987 . Se også afsnittet om sundhedsvæsenets udvikling fra 1915 til medio halvfjserne i betænkningen fra sundhedsprioriteringsudvalget .
3. I sammenfatningen hed det: »gennemgangen af de større lokale opgaver har ikke peget mod en entydig befolkningsstørrelse, men synes dog at have vist, at en udbygning af sygehusvæsenet efter de skitserede retningslinier og administrationen af en række andre lokale opgaver inden for sundhedsvæsenet, undervisning, biblioteksvæsenet, en række sociale opgaver m.m. ville kunne tilrettelægges og administreres rationelt af enheder med et befolkningsgrundlag på 200-250.000 indbyggere.«, , p. 19-20
4. Allerede i 1977 formulerede Prioriteringsudvalget problemstillingen klart: »Begge disse forhold [.. øget befolkningsunderlag på grund af specialisering og behovet for samarbejde mellem sygehustyper)] medfører, at der i løbet af perioden op-

står et spændingsforhold mellem sygehusvæsenets rent funktionelle behov for udvidelse af befolkningsunderlaget og indbyrdes samarbejde og den administrativt-politiske struktur, der danner rammerne for sygehusvæsenet», p. 202.

5. Af de omkring 1,1 mio. udskrivninger, der var i 2001, var 434.000 fra medicinske afdelinger, svarende til knap 40%, .
6. Særligt interesserede bør læse grundnotatet, , der indeholder en klassisk argumentation, som typisk ligger bag figur 1.
7. Kombineret med, at denne kapacitetsudbygning på landsdelssygehusene samtidig kan blive et argument mod decentralisering («samlet kapacitetsudnyttelse«).
8. Det er i stigende grad vanskeligt at opgøre antal sygehuse, idet man er gået fra »matrikel-sygehuse«, fx. Svendborg Sygehus, til sygehuse, der ledelsesmæssigt drives på tværs af matrikler, fx. Sygehus Fyn (Svendborg, Nyborg og Fårborg sygehuse). Spørgsmålet er, om sådanne nye konstruktioner optræder i statistikken som ét eller flere sygehuse. Derfor stoppes der her ved 1997. Ifølge Sundhedsstyrelsens seneste tal er der nu 57 somatiske sygehuse med den nævnte reservation in mente.
9. Johannes Frandsen skriver om situationen i 20'erne: »krav om en nyorientering i vurdering af sygehusets stilling og opgaver var ikke blevet fremført saa lidt som konkrete forslag til nyordning med lægevidenskabens nye landvindinger for øje«, , p. 31. Senere noterer han i forlængelse af den heldige rådgivning af Hjørring Amtsråd, at det var begyndelsen til et nært samarbejde ikke alene med Hjørrings Amtsråd men med landets øvrige sygehusmyndigheder.
10. Historisk kan noteres, at en sundhedsøkonom, HS Luft var blandt de første til at studere fænomenet mere systematisk – en interesse, der har var ved i næsten 20 år
11. Det kan ikke sige tydeligere end i følgende citat, hvor tænkningen bag strukturen med normal- og hovedsygehuse beskrives: »De anførte sygestørrelser fremkom ved en vurdering af, hvor store de enkelte specialafdelinger burde være, så lægerne kunne opretholde og videreudvikle deres viden og kunnen, og befolkningsunderlagene var beregnet på grund af nogle indenlandske og udenlandske erfaringer ...« , , p. 295

Sporskifte i dansk sundhedspolitik?

Af Karsten Vrangbæk og Dorte Sindbjerg Martinsen
Københavns Universitet, Institut for Statskundskab

1. Indledning

Sundhedspolitikken i Danmark har siden 1970'ernes kommunalreform været præget af en formel decentralisering af ansvar til det amtslige niveau kombineret med national rammelovgivning. Hertil kommer det mere eller mindre formaliserede samspil mellem nationale og amtslige myndigheder via økonomiaftaler, specialeplanlægning, uddannelse mv. Dette decentrale velfærdsspor i sundhedspolitikken er i det seneste tiår blevet udfordret af en stigende statslig aktivisme. Nationale regeringer og folketinget har vist en stigende interesse for sundhedspolitik, og vi har set flere forsøg på national styring end tidligere. Denne udvikling er kulmineret med aftalen om strukturreform, som blev indgået i sommeren 2004 mellem regeringen og Dansk Folkeparti. Aftalen om strukturreform indebærer en afvikling af amterne til fordel for fem nye regionale myndigheder og en overflytning af en række kompetencer til henholdsvis kommunalt og statsligt niveau.

Den nationalstatslige autonomi på sundhedsområdet er dog heller ikke uanfægtet. En anden form for ændring i de institutionelle rammer for sundhedspolitikken finder vi i forhold til EU samarbejdet. Hidtil har kompetence til at bestemme udformning af de nationale sundhedssystemer suverænt været placeret hos nationalstaterne. Der har ikke været en egentlig sundhedspolitik i EU, og heller

ikke en institutionel arena til at håndtere sundhedsspørgsmål. Dette ændrer sig i disse år som følge af to typer forandringspres. For det første udviklingen af det indre marked, og særligt udviklingen af domstolspraksis relateret hertil, og for det andet udviklingen af initiativer til imødegåelse af tværnationale sundhedsudfordringer så som Creutzfeldt-Jacob og SARS samt folkesundhedsproblemer så som fedme, rygning mv.

Spørgsmålet er nu, hvordan vi skal vurdere omfanget af disse forskellige institutionelle ændringer? Hvad bliver konsekvensen for den sundhedspolitiske dynamik i tiden fremover? Står vi i et sporskifte i forhold til den hidtidige politikdannelse, eller er der blot tale om en gradvis justering, hvor stort set de samme arenaer og aktører bliver bestemmende for den sundhedspolitiske udvikling? Vil vi se nye typer sundhedspolitiske spil i tiden fremover?

Vi vil vurdere udviklingen i forhold til en tidsmæssig dimension, som strækker sig fra 1970 til 2005. Indholdsmæssigt vil vi se på udviklingen i formelle kompetencer og i samspillet mellem forskellige governance niveauer. Analysen struktureres om tre typer forskydninger: fra regionalt (amtsligt) niveau og til henholdsvis kommunalt og statsligt niveau og fra nationalstater til EU niveau. Vi tager udgangspunkt i historisk institutionel teori (Immergut 1992, Steinmo, Thelen

and Longstreth 1992, Thelen 1999, North 1990, Pierson 2000). Indenfor den historisk institutionelle tradition ses udviklingsforløb, som resultat af løbende politiske spil, hvor spillebanen og spillereglerne i nogen grad bestemmes af tidligere historiske valg, som sætter begrænsninger for deltagelse og for valg af policy alternativer. Institutioner er formelle og uformelle regler som definerer handlingsrum og kompetencer for individuelle og kollektive aktører. Interaktionsdynamikker og forståelsesmønstre påvirker aktørernes opfattelse af strategiske muligheder indenfor de regulative rammer.

Policyudvikling vil dermed være præget af en vis inert i indenfor givne regulative og forståelsesmæssige spor, men da der er tale om gentagne spil kan ændringer i styrkeforhold mellem aktører, nye fordelinger af ressourcer, ændrede politiske konstellationer eller introduktion af nye ideer give anledning til gradvise ændringer. Fra tid til anden kan der opstå pres for mere radikal forandring. Der kan med andre ord blive tale om sporskifte, hvor både policy indhold, program og struktur forandres.

Vi vil i denne artikel nøjes med at analysere og karakterisere forandringstendenser. Dermed afgrænser vi os fra yderligere diskussion af teoretisk baserede forklaringer på udviklingstendenserne. Artiklen er dermed primært deskriptiv i sin intention om at analysere udviklingstendenser i de institutionelle rammer for sundhedspolitikken set i lyset af de historisk institutionelle begreber. Der er en selvstændig værdi heri, da der ikke tidligere er lavet systematiske analyser, som beskriver udviklingen i sundhedspolitiske rammer med inddragelse af både nationale, regionale, lokale og internationale dimensioner. En sådan systematisk analyse af udviklingstendenser er en forudsætning for vurdering af fremtidige udviklingsmuligheder.

Vi vil analysere kompetencefordelingen mellem de forskellige styringsniveauer, EU, nati-

onalstat, amter/regioner og kommuner sådan som den kommer til udtryk i formelle regler og i den løbende fortolkning og udvikling af praksis. I forholdet mellem nationalstat, amt/region og kommune anvendes begrebet autonomi til at definere udviklingstendenser. Autonomi kan operationaliseres med delelementerne territorium, organisation, opgaver, styringsformer og kontrol (jf. Lundquist 1972 og 1998).

Udviklingen i disse dimensioner aflæses via analyse af lovgivning (primært Sygehusloven), økonomiaftaler og finanslovsaftaler. Dermed gives et billede af den historiske udvikling frem til aftalen om strukturreform fra juni 2004 (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2004). Konsekvenserne af aftalen om strukturreform vurderes særskilt og det diskuteres om den indebærer et væsentligt brud med hidtidig udvikling. Analysen af forskydning mellem nationalstat og EU sker primært gennem vurdering af retspraksis på EU området.

2. Relationer mellem regionale myndigheder og stat¹

Det primære *regelgrundlag* for amternes kompetence på sundhedsområdet er »Sygehusloven« (LBK nr 766 af 28/08/2003). Den sygehuslov, som trådte i kraft i 1970 havde til formål at tilpasse sundhedslovgivningen til kommunalreformen ved at samle ansvaret for sygehusvæsenet i de nye og større amter. Den efterfølgende udvikling i Sygehusloven kan groft opdeles i to perioder baseret på omfanget og indholdet af lovændringer.

Perioden 1970-1991 repræsenterer en konsolidering af det amtslige selvstyre på sygehusområdet. Der sker en omfattende udvidelse af amternes opgaveportefølje, som medfører, at amterne ved indgangen til 1980'erne står med det samlede ansvar for det somatiske og psykiatriske sundhedsvæsen.

Finansieringssystemet udviklede sig fra refusion af specifikke aktiviteter til generelle

bloktilskud kombineret med amtslige skatter. Hensigten var at skabe en stærk ansvarlighed på det amtslige niveau, som således fik ansvar for både drift og økonomi i sygehusvæsenet.

Med Planloven fra 1969 fik amterne pligt til at udarbejde en plan for løsningen af amtets sygehusopgaver. Denne plan skulle indtil 1985 godkendes af Indenrigsministeren. Fra 1985 afløses godkendelse af en rådgivningsfunktion hvor ministeren kun i særlige tilfælde kunne forlange fornyet behandling af planen. En del af planlægningen vedrører højt specialiserede funktioner. Her har amterne et ansvar for at indgå indbyrdes aftaler om benyttelse. Ministeren kan gribe ind i tilfælde af uenighed.

Generelt ændres planlægningens fokus i perioden fra detaljeret styring på substans og til koordination af økonomiske rammer. De årlige økonomiaftaler bliver det centrale omdrejningspunkt i denne bestræbelse (jf. nedenfor).

Perioden fra 1992 til 2003 karakteriseres ved, at det statslige hierarki begynder at kaste en længere skygge over amterne. Der kommer flere og mere indgribende lovgivningstiltag, og amternes styringsautonomi udfordres i stigende grad. Første eksempel er vedtagelsen af »frit sygehusvalg« i 1992. Amterne forsøgte at undgå lovgivning ved at indgå frivillige aftaler, men et flertal i Folketinget valgte lovgivning. Dermed blev amternes planlægningsmuligheder svækket og koblingen mellem amternes territoriale styring og dens befolkning blev løsnet. Fritvalsordningen er efterfølgende udbygget og styrket med bestemmelser om oplysningspligt og forskellige informationsmæssige tiltag. Endvidere er taksterne omlagt, så fritvalgspatienter fra 2000 afregnes til DRG priser (Vrangbæk og Bech 2004). Man bryder dermed muligheden for decentralt aftalte takster.

Andre lovgivningsmæssige tiltag i perioden vedrører ventetider til sygehusbehandling. I

1994 ændres lovgivningen så ministeren kan iværksætte en forsøgsordning med ventetidsgaranti på højst tre måneder kombineret med et aktivitetsbaseret betalingsprincip (penge følger patienten). Dette følges op af behandlingsgarantien for livstruende sygdomme (1999) og den generelle to måneders garanti fra 2002 kombineret med et »udvidet frit sygehusvalg«, som giver adgang til behandlingstilbud på private og udenlandske sygehuse, som har indgået aftale med amterne.

Ventetidsgarantier og frit valg har som fællestræk, at de svækker amternes mulighed for selv at prioritere mellem forskellige behandlingstyper. Dermed repræsenterer de opbrud i den decentrale territoriale kontrol, og er i sig selv udtryk for øget statslig styring.

Tilsvarende tendens ses i forhold til finansiering, hvor ministeren i 2002 får lov hjemmel til at fastsætte regler om vilkår, fordeling og udbetaling af statslige tilskud til sygehusbehandling. Denne hjemmel anvendes ved tildeling af »Løkkeposen« på 1,5 mia. i 2002, som knyttes til krav om dokumenteret meraktivitet over en »baseline« baseret på historiske data. Amterne skulle endvidere på baggrund af centralt udarbejdede retningslinier indsende en model for hvorledes de ville udmønte en merproduktion. Modellen skulle godkendes i Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Igen betyder dette en centralt styret drejning af amternes initiativer hen imod de aktiviteter, som omfattes af puljeordningen.

I 2003 ændres bestemmelserne for visitering, således at praktiserende læger, speciallæger og andre amters sygehuse kan henvise særlige patientgrupper direkte til behandling på lands- og landsdelsafdelinger. Dermed fjernes amternes direkte kontrol over henvisninger for disse grupper.

Planlægningsmæssigt sker der en ændring i 1992. En centralt udarbejdet redegørelse for

sundhedsområdet skal nu lægges til grund for kommunernes og amternes planlægningsudspil. Dette er i modsætning til tidligere, hvor processen i højere grad udgik fra amterne. Ministeren har endvidere mulighed for at gribe ind i amternes planlægning.

I 1998 oprettes evalueringscentret for sygehuse, som en uafhængig instans, der skulle kontrollere aktiviteten på landets sygehuse. Centret får en kort levetid som selvstændig institution og lægges i 2001 sammen med MTV instituttet i regi af Sundhedsstyrelsen. Både evalueringscentret og senere Center for Evaluering og Medicinsk Teknologi Vurdering (CEMTV) kan ses som eksempler på stærkere centralt styret adgang til information om amternes varetagelsen af sygehusopgaven.

Økonomiaftalerne har udviklet sig til et vigtigt koordinationsredskab i dansk sundhedspolitik. De udgør en gråzone mellem formelle regler og uformelle henstillinger til amterne. En nærlæsning af aftalerne viser samme tendens til øget statslig styring som i den formelle lovgivning. Aftalerne bliver især efter 1990 stadig mere omfattende og de bliver i stigende grad brugt til at stille detaljerede krav til amternes virksomhed.

Før forhandlingsåret 1986 var budgetsamarbejdet udelukkende af udgiftspolitisk karakter. Henstillinger og aftaler fra 1980 til 1986 koncentrerer sig om udgiftsdæmpende foranstaltninger rettet mod den amtslige økonomi. I "fælleserklæringen" for 1987 og 1988 nævnes ventetidsnedbringelse for første gang som et overordnet mål i økonomiaftalerne. Dette er en forløber for den stigende indholdsmæssige styring via aftaler, som man kan se op gennem 1990'erne. Indholdsmæssigt omfatter disse aftaler emner som ventetider (fra 1987), psykiatri (fra 1992) patientforløb (fra 1992), hjertekirurgi (fra 1994), information til patienter og pårørende (fra 1995), IT og elektroniske patient journaler

(fra 1996), organisering og arbejdstilrettelæggelse (fra 1999), kvalitet (fra 1999), kræftbehandling (fra 1999) og palliativ behandling (fra 2001). Dermed afspejles, at en række vigtige sundhedspolitiske temaer formidles gennem aftaleredsindet. Da aftalerne løbende følger op på de enkelte temaer, som eksempelvis ventetider, bliver det samlede antal temaer stadig større over tid. Denne kvantitative udvidelse kan suppleres af en kvalitativ vurdering, som viser en tendens til, at aftalerne bliver mere indgribende i amternes råderum op gennem 1990'erne. I forhold til arbejdstilrettelæggelse ser vi initiativer vedrørende øget anvendelse af IT (EPJ, kliniske databaser og elektronisk booking), forbedret og systematisk aktivitetsregistrering og sammenhængende patientforløb og samarbejde i sundhedsvæsenet.

I forhold til organisationsstrukturen ser vi introduktionen af »funktionsbærende enheder«. Herudover krav om etablering af patientvejlederfunktioner, sundhedsfaglige kontaktpersoner, palliative teams, patientkontorer, centralisering af vagtberedskab, kræftbehandling og alarmcentraler.

I forhold til økonomistyring ser vi satsninger på nye incitamentssystemer, hvor pengene skal følge patienterne ved frit sygehusvalg og ved forsøg med takststyring mere generelt. Begge dele styrker potentielt sygehusledernes position i forhold til amterne, som mister noget af kontrollen med budgetterne på de enkelte behandlingssteder. Samtidigt indebærer det centralt udviklede DRG system et potentielt stærkt redskab til statslig styring af de decentrale myndigheders prioritering af sundhedsindsatsen. DRG priser fastsættes på baggrund af opgørelser over gennemsnitlige omkostninger på flere og flere sygehuse, men man kunne teoretisk forestille sig en centralt bestemt justering af priserne på de enkelte behandlingsydelser.

Fra 1995 til 1998 stilles i aftalerne krav om at amterne skal opstille servicemål for deres

drift, eksempelvis om information til patienter. Fra 1999 og fremefter sker der en løbende centralisering og ensretning af indholdsbestemmelsen af disse servicemål.

Kvalitet er et andet eksempel på et indsatsområde, der starter som decentrale og lokale initiativer, men løftes til en central plads i økonomaftalerne fra 1998 og især i treårsaftalen for 2000-2002. Kvalitetsforbedringer bliver det samlende begreb for en række anbefalinger om organisationsændringer. Der etableres et landsdækkende sekretariat for »Den Danske Kvalitetsmodel« i regi af Sundhedsstyrelsen, om end udviklingen fortsat sker i et samspil mellem centrale og decentrale aktører.

Formen af de styringsmæssige redskaber i aftalerne udvikler sig også i perioden 1980-2004. Der sker en bevægelse fra bred og upræcis målstyring til stigende grad af programstyring med præcise resultatmål og præstationskrav. Den finansielle styring ændres fra generelle bestemmelser om indtægts- og udgiftsniveau til i stigende grad også at omfatte specifikke puljer knyttet til bestemte indsatsområder og betingelser. Fastlæggelsen af generelle rammer og etableringen af specifikke puljeordninger binder amternes handlemuligheder på det økonomiske område. Ambitionen om stigende andel aktivitetsbaseret finansiering, sådan som den eksempelvis udtrykkes i aftalen for 2004, påvirker yderligere amternes muligheder for selvstændig prioritering.

I forhold til sanktionsmuligheder ser vi en udvikling fra kollektivt orienteret kontrol og sanktionering mod etablering af muligheder for sanktioner mod individuelle amter i 2003 og 2004 aftalen. Individualiseringen indebærer et brud med den underliggende kollektive logik (Blom-Hansen 2000).

Finanslovsaftalerne er det tredje vigtige ben i styringsrelationerne mellem amt og stat. Fi-

nansloven konfirmerer økonomaftalerne via fastlæggelse af generelle bloktilskud. Herudover er finanslovene i stigende grad blevet anvendt til sektorpolitiske tiltag på sundhedsområdet via puljeordninger rettet mod bestemte typer aktiviteter. Både antallet og størrelsen af særlige bevillinger på sundhedsområdet er således steget i perioden 1991-2003. Puljeordninger er blevet brugt til at understøtte bestemte politiske prioriteringer, og har blandt andet vedrørt frit valg, omstilling og organisationsændring, IT, psykiatri, MTV og evaluering, influenzavaccination, eksperimentel behandling ved livstruende sygdomme, hospicer mv. Den største enkeltstående pulje er de 1,5 mia som i 2003 blev givet til dokumenterede aktivitetsstigninger med henblik på nedbringelse af ventetider (»løkkeposen«). Ordningen blev fulgt med 937 millioner kr i 2003 og 1,1 mia i 2004. Samlet set må puljeordninger vurderes som forsøg på stærkere statslig styring af aktiviteten på sundhedsområdet og en reduktion i amternes prioriteringsmuligheder.

Aftalen om strukturreform indebærer, at de nuværende amter samt H:S og Bornholms regionskommune erstattes af 5 regioner, hvis hovedopgave bliver at drive sundhedsvæsenet. Finansieringsmulighederne via beskatning på regionalt niveau afskaffes og der indføres et system med øremærkede nationale sundhedsskatter kombineret med bidrag fra kommunerne. De statslige midler skal tildeles som en kombination af bloktilskud og aktivitetsbaseret betaling (samlet ca. 80% af amternes sundhedsudgifter). De kommunale midler tildeles via grundtilskud per indbygger og aktivitetsbaseret betaling (samlet ca. 20% af regionernes sundhedsudgifter). Regionerne skal ledes af folkevalgte råd. Det forudsættes at økonomaftalerne fortsætter, men aftalen siger ikke noget nærmere om form og indhold. Kommunerne får større ansvar for forebyggelse og sundhedsfremme end i dag, og skal i det hele taget have en mere aktiv rolle. Samtidig skal Sundhedsstyrelsen styr-

kes i forhold til specialeplanlægning, kontrol og overvågning.

Strukturreformen bevarer ganske vist den institutionelle struktur med tre myndighedsniveauer, men samtidigt kan man se klare forskydninger af kompetence fra det regionale niveau og til kommuner og stat i forhold til finansiering, tværgående prioritering, koordination, kontrol og organisering af specialiserede aktiviteter.

Nedlæggelsen af amterne og dannelsen af regioner er i sig selv en radikal ændring af den territoriale dimension.

3. Forskydninger fra regionalt til kommunalt niveau?

Lovgivningsmæssigt indførtes i løbet af 1990'erne en række bestemmelser i sygehusloven, som regulerer grænsefladen mellem de to myndighedsniveauer. Den første bestemmelse fra 1992 gav amterne mulighed for at opkræve betaling fra kommunerne for færdigbehandlede patienter, som ikke kunne hjemsendes på grund af manglende tilbud i kommunerne. Ideen var at fjerne kommunernes incitament til at spekulere i at lade især ældre patienter blive på sygehus for amtets regning. I 1997 blev der etableret lov hjemmel til at kommunerne på linie med private udbydere kunne stå for dele af produktionen af sygehusydelser efter betaling fra amterne. En yderligere lovændring i 2002 berettigede kommunerne til i særlige tilfælde at købe sygehusydelser til borgerne. Begge dele kan ses som eksempler på, at kommuner tiltænkes en stærkere rolle på sundhedsområdet.

Aftalen om strukturreform viderefører tendensen til styrkelse af kommunernes rolle på sundhedsområdet, særligt i forhold til forebyggelse, sundhedsfremme, pleje og genoptræning. Kommunerne gives et medansvar for finansiering af sundhedsydelser i form af et grundbeløb per indbygger kombineret med et aktivitetsafhængigt bidrag koblet til antal

udskrivninger fra sygehuse. Ideen er at give kommunerne incitament til at iværksætte forebyggelses- og sundhedsfremmende initiativer, således at de ikke behøver at sende borgere til behandling på regionernes sygehuse.

Kommunerne forpligtes endvidere til at samarbejde med regionerne om sammenhæng i behandling, træning, forebyggelse og pleje. Der skal etableres obligatoriske sundhedsaftaler om udskrivningsforløb, forebyggelse og genoptræning.

Samlet repræsenterer aftalen en styrkelse af kommunernes rolle, og et forsøg på at etablere nye samarbejdsrelationer mellem kommunerne og det behandlende sundhedsvæsen.

4. Samlet vurdering af kompetence-forskydninger mellem de nationale myndighedsniveauer

Hvordan skal vi vurdere de ovenfor beskrevne ændringer? For det første fastholdes strukturen med tre myndighedsniveauer, som alle har folkevalgte ledere. De territoriale grænser ændres ganske vist, og der skabes større enheder både på regionalt og kommunalt niveau, men set i bredt perspektiv opretholdes de decentraliserede elementer. Det decentrale spor har dog som beskrevet ovenfor været under pres i de seneste tiår. Amternes styringskapacitet og autonomi er svækket. Dels af frit valg og behandlingsgaranti, og dels af tendensen til stadig flere og stadig mere indgribende statslige initiativer. Aftalen om strukturreform ligger i forlængelse af denne udviklingstendens, og der er ingen grund til at forvente at tendensen vil aftage. Underliggende drivkræfter i form af frit valg og takststyring ser ud til at forstærkes. Det samme gælder den politiske dynamik, som giver større nationalt fokus på sundhedspolitikken.

Aftaler og forhandling vil nok også i tiden fremover være en del af sundhedspolitikken, men det ser ud til at styrkeforholdet i for-

handlingssituationen er skiftet til fordel for de centrale myndigheder. Samlet peger dette mod en langstrakt trend mod (re)centralisering af sundhedspolitikken. Det nationale politikforum bliver stadig mere vigtigt, og styrkepositionen hos de regionale myndigheder er svækket. Det kan hænde, at regionerne kun bliver et overgangsfænomen.

5. Sundhedsydelser udover Nationalstaten? EU og Grænseoverskridende Sundhedsrettigheder

Dansk sundhedspolitik har som grundprincip været territorielt afgrænset.² Traditionelt har grænserne for sundhedspolitikken rækkevidde således været klare; personer med bopæl i Danmark har ret til sundhedsydelser, udbudt i Danmark. I modsætning til socialpolitikken, hvor indfødsret traditionelt har været grundkriteriet for sociale ydelser, har sundhedspolitikken ikke baseret sig på statsborgerskabet som rettighedsudløser. Enhver person med 6 ugers ophold i Danmark har ret til sundhedsbehandling - indenfor landets grænser. Og det er netop på det andet afgrænsningskriterium »indenfor landets grænser«, at sundhedspolitikken de seneste år er blevet udfordret. EU og særligt EU domstolens aktivisme har her spillet en hovedrolle.

I forholdet til EU er sundhedspolitik formelt set en national kompetence. EU har ikke nogen egentlig sundhedspolitik, og selv i en globaliseret og europæiseret tidsalder er der fortsat ingen konsensus mellem medlemsstaterne om egentlige overnationale tiltag på sundhedsområdet.

Imidlertid mener vi at kunne argumentere for, at hvis man sammenstykker de enkelte domstolsaktiverede hændelsesforløb, har vi bevæget os et afgørende stykke hen i mod etableringen af et europæisk sundhedsmarked. Den nationalpolitiske konsekvens af denne udvikling er, at den udfordrer medlemsstaternes sundhedspolitiske autonomi og betyder et opbrud i den territoriale afgræns-

ning af nationale sundhedsydelser.

Den Europæiske Unions traktatgrundlag underbygger i sig selv, at feltet for EU's sundhedspolitik er fragmenteret og modsætningsfyldt (Mossialos et. al. 2001, p. 11). På den ene side understreger traktaten, at sundhedspolitik er national kompetence. På den anden side grundfæster samme traktat retten til fri bevægelighed for personer, altså også for patienter, læger, sygeplejersker, samt retten til fri bevægelighed for varer og tjenesteydelser, hvilket som følge af EU domstolens fortolkning også omfatter sundhedsvarer og sundhedsydelser.

I det følgende vil vi se på, hvordan EU domstolens fortolkninger har kompromitteret den nationale sundhedspolitiske autonomi, og hvilke konsekvenser de mere ekspansive fortolkninger af EU-retten har haft for den territoriale afgrænsning af danske sundhedsydelser.

6. Domstols aktivisme frem mod etableringen af et EU Sundhedsmarked

Gennem mere end fire årtier har det Europæiske Fællesskab sikret, at arbejdstageren kan modtage sundhedsbehandling i et andet medlemsland. Særligt forordning 1408/71's regelkompleks har reguleret vandrende arbejdstageres ret til social sikring på tværs af nationale grænser, først i EF og siden i EU. Personkredsen for forordningen har ligeledes udviklet sig fra kun at omfatte arbejdstageren, forstået snævert som »markeds borgeren« altså de med en egentlig arbejdskontrakt, til at omfatte EU-borgeren i generel betydning³, de være sig arbejdstagere, familiedømmede, studerende, pensionister og ikke-erhvervsaktive (Martinsen 2005a). Udviklingen er således en præcis sektorpolitisk afspejling af den generelle udvikling fra økonomisk fællesskab til politisk union, med borgerskabsbaserede rettigheder. Forordning 1408/71 har udstyret sin personkreds med to sæt af rettigheder; 1) en ret til akut sundhedshjælp i et andet medlemsland

og 2) en mulighed for at ansøge den kompetente nationale myndighed om sundhedsbehandling i en anden EU stat, og med en bevilliget forhåndsgodkendelse ved hånden modtage behandling betalt af den nationale sygesikring.

Selvom EU borgeren således er blevet udstyret med visse overnationale rettigheder til at være patient udover den nationale grænse, står det klart, at EU-retten som udtrykt gennem forordning 1408/71 er et kompromis mellem på den ene side en vis åbning udadtil og på den anden side en bevaring af national medicinsk og administrativ kontrol over, hvornår den enkelte har ret til grænseoverskridende behandling.⁴

Dette kompromis, etableret et sted i gråzonen mellem ret og politik, bliver imidlertid fundamentalt udfordret med EU domstolens afgørelser i sagerne Kohll⁵ og Decker⁶ fra 1998 og ikke mindst af den følgende retspraksis. Med startskuddet i 1998 påbegyndes inkrementelle skridt frem mod et indre sundhedsmarked, og centralt for dommene bliver afklaringen af, hvornår den nationale forhåndsgodkendelse strider mod EU principperne om fri bevægelighed for varer og tjenesteydelser.

Kohll og Decker dommene fremstår i særdeleshed som nybrud for forholdet mellem det indre marked og national sundhedspolitik. Før Kohll og Decker var den dominerende politiske og administrative antagelse i de enkelte medlemsstater⁷, at de frie bevægelighedsprincipper for varer og tjenesteydelser ikke indvirker på det sundhedspolitiske område. EU domstolen fastslår imidlertid, at det modsatte gør sig gældende. Såvel sundhedsvarer og sundhedsydelser er omfattet af de grundlæggende principper om fri bevægelighed (Kohll, 20-21; Decker, 24-25). Desuden afviser Domstolen, at det nationale krav om forhåndsgodkendelse er et nødvendigt middel for at kunne opretholde den budgetmæssige balance og opretholde kvalitetssikringen

i de nationale sundhedssystemer (Kohll, 42 & 48; Decker, 40 & 43).

Kohll og Decker dommene omhandler henholdsvis køb af tandpleje og briller i en anden medlemsstat i forhold til det Luxembourgiske sundhedssystem, der baserer sig på et kontaktydelsesprincip. Med dommene følger en række uafklarede spørgsmål af politisk, retlig og administrativ betydning. Har dommene generel betydning eller gælder de genererede principper kun for sundhedssystemer baseret på et kontaktydelsesprincip som i Luxembourg, Belgien og Frankrig? Hvad med et system som det danske, der grundlæggende er organiseret ved naturalydelser? Er konklusionerne alene møntet på sundhedsydelser udenfor hospitalssektoren eller udstrakt til også at gælde behandling på sygehuse?

På den baggrund indgiver ikke mindre end 10 medlemsstater, inklusiv Danmark, indlæg i den efterfølgende sag for Domstolen, Smits og Peerbooms⁸. Medlemsstaterne argumenterer bl.a. for, at hospitalsydelser ikke falder ind under Traktatens tjenesteydelsesbegreb og derfor ikke er omfattet af princippet om fri bevægelighed. EU domstolen er imidlertid af en anden holdning. Smits og Peerbooms sagen omhandler sygehusbehandling udført i udlandet uden en udstedt forhåndsgodkendelse, hvor de hollandske kompetente myndigheder efterfølgende afviser at godtgøre omkostningerne for behandlingerne. Domstolen fastslår imidlertid, at også hospitalsydelser er tjenesteydelser i Traktatens forstand og derfor også er omfattet af princippet om fri bevægelighed. Men Domstolen erkender også, at i visse situationer er forhåndsgodkendelsen et nødvendigt instrument for at opretholde balancen i de nationale sundhedssystemer, deres økonomiske ligevægt og muligheden for planlægning og styring. Hermed indbefatter dommen et klart politisk hensyn, men fastlægger videre, at for at et sådant brud på det grundlæggende princip skal kunne retfærdiggøres, må afgørelser om, hvor-

vidt en autorisation til behandling i udlandet skal bevilliges eller ej, basere sig på »international lægevidenskab« og ikke alene på »national«. Desuden må forhåndsgodkendelsen bevilliges, hvis en tilsvarende behandling ikke kan ydes »rettidigt« nationalt (Smits og Peerbooms 108). Samlet set afklarer dommen også, at selvom et system som her det hollandske er organiseret ved naturalydelser kan EU rettens princip om fri bevægelighed for tjenesteydelser ikke tilsidesættes. På den måde bliver medlemsstaternes sagsindlæg ikke tilgodeset af Domstolen.

Den efterfølgende sag Müller-Fauré og Van Riet⁹ bliver ligeledes indbragt af en hollandsk domstol, som ønsker en yderligere afklaring af, hvornår og overfor hvilke ydelser forhåndsgodkendelsen er berettiget. I Müller-Fauré og Van Riet dommen sonder Domstolen eksplicit mellem hospitalsydelser og ikke hospitalsydelser. Konklusionen er, at for hospitalsydelser kan forhåndsgodkendelsen være et berettiget instrument til at begrænse adgangen til behandling i udlandet. Imidlertid er et sådant brud på princippet om fri bevægelighed kun berettiget såfremt en tilsvarende behandling kan ydes rettidigt på et hospital som den nationale sygesikring har indgået overenskomst med. Vurderingen af om en national behandling kan ydes rettidigt skal endvidere tage hensyn til patientens lægelige situation i sin helhed.

Hvad angår behandling udenfor hospitalssektoren i et system baseret på naturalydelser, konkluderer Domstolen, at det nationale krav om forhåndsgodkendelsen strider mod EU's fundamentale princip om fri bevægelighed for tjenesteydelser. Som om henvendelsen adresserer politisk, indbefatter Domstolens argumentation bag konklusionen kontekstuelle overvejelser om patient mobilitet:

»Det fremgår imidlertid ikke af sagen, som den foreligger oplyst for Domstolen, at afskaffelsen af kravet om forhåndstilladelse for denne type behandling

ville resultere i, at patienter på trods af sproglige barrierer, den geografiske afstand, udgifter til ophold i udlandet og manglen på oplysninger om karakteren af de behandlinger, der ydes dér, ville krydse grænsen i så stort et antal, at det ville indebære et alvorligt indgreb i den nederlandske sociale sikringsordnings økonomiske ligevægt, og at det overordnede niveau for beskyttelsen af folkesundheden dermed ville lide skade [...]« (Müller-Fauré og Van Riet, 95).

Med sin senere retspraksis har Domstolen bragt EU et afgørende stykke mod etableringen af et indre sundhedsmarked og samtidigt gennem sin retlige aktivisme udviklet substantielle sundhedsrettigheder for den enkelte EU borger. Imidlertid er fraværet af politisk respons til den retsaktivistiske udvikling bemærkelsesværdig. Politikerne har endnu ikke besvaret retspraksis, enten gennem en konsolidering heraf eller ved at samles om en politisk tilbagevisning¹⁰ af Domstolens fortolkninger. I mellemtiden har enkelte medlemsstater forholdt sig til domspraksis. Herunder Danmark.

7. Territoriale opbrud i Dansk Sundhedspolitik

Danmark står som foregangsland i sin respons til Decker og Kohl dommene (Martinsen 2005b). Som opfølgning på dommene nedsætter den danske regering en tværministeriel embedsmandsgruppe, som skal vurdere konsekvenserne af dommene for dansk sundhedslovgivning. Rapporten¹¹, som bliver skrevet på den baggrund, vurderer først og fremmest, at Traktatens tjenesteydelsesbegreb omfatter visse danske ydelser, men kun de som har et element af selvfinansiering. Konklusionerne fra embedsmandsgruppen betyder en ændring af loven om offentlig sygesikring (lov nr. 467, 31 maj 2000). Lovændringen betyder, at man i dag kan få tilskud fra sygesikringen til visse behandlinger og varer i udlandet, som f.eks. briller til børn under 16 år, tandeftersyn og tandbehandling, samt fysioterapi og kiropraktisk behandling. Desuden er gruppe 2 sikrede berettigede til tilskud til læge og speciallægebehandling i

en anden medlemsstat.

En anden effekt af EU domstolens retspraksis for dansk sundhedspolitik kommer efter Smits og Peerbooms dommen og hænger sammen med den ovenfor beskrevne udbygning af fritvalgsordningen til sygehusbehandling og den indførte behandlingsgaranti på to måneder. I den ministerielle behandling af lovforslaget bliver det vurderet, at Smits og Peerbooms domsafsigelsen betyder, at når en patient er berettiget til behandling på et hospital udenfor overenskomststrukturen, som følge af, at behandling ikke kan opnås rettidigt på et offentligt hospital, ja, så påligger EU retten, at udenlandske hospitaler lige-stilles med private indenlandske hospitaler (se lovforslag L 64, foreslået 29. januar 2002 og lov nr. 143, vedtaget 25. marts 2002). Dette udstrakte frit valg til sygehus i udlandet er dog fortsat betinget af, at amtet har indgået en aftale med det pågældende sygehus.

De to ovenstående ændringer af dansk sundhedspolitik vidner om, at EU retten udfordrer – og i visse tilfælde ændrer – den traditionelle territorialisering af sundhedsydelserne. EU rettens dynamiske udvikling betyder endvidere, at den i stigende grad må medtænkes i nationale politiske reformer – også hvad angår sundhedspolitikken. Det sidste punktum er på ingen måde sat i føljetonen om EU-rettens indvirkning på nationale sundhedssystemer. Sundhedsområdet er inkluderet i det tjenesteydelsesdirektiv som forhandles pt., og hvor en konsolidering af Domstolens konklusioner i Müller-Fauré og Van Riet dommen er foreslået som en del af et indre marked for tjenesteydelser.¹² EU borgeren er fra 1. juni 2004 blevet udstyret med et EU sygesikringskort. Samtidigt kan de nationale regeringer forberede sig på en ny dom, der vil behandle det engelske naturalydelsessystem¹³ – der som bekendt har en del fælles træk med det danske.

8. Diskussion

Hvordan kan man vurdere de ovenfor beskrevne ændringer ud fra institutionelle per-

spektiver? For det første spiller begrebet sporafhængighed en vis rolle. Vi kan se det i forhold til den nationale sundhedspolitik, hvor de valgte løsninger ud fra en overordnet betragtning og ud fra formelt strukturelle vurderinger ligger i forlængelse af det decentrale velfærdsspor, som blev institutionaliseret med kommunalreformen i 1970, men som har aner længere tilbage i tiden. (Vallgård, Krasnik, Vrangbæk 2001, Vrangbæk og Christiansen: 2005). Dette decentrale spor genfortolkes og udfordres dog til stadighed, som følge af løbende politiske spil om sundhedspolitikken, og man kan tale om et konkurrerende beslutningsspor, der især siden 1990 har peget mod stigende centralisering af sundhedspolitiske beslutninger. Følger vi den historiske institutionalismes forestilling om rationelle spil indenfor historiske spor kan man forstå dette som en kæde af beslutningsanledninger, hvor tilnærmet rationelle aktører under indflydelse af tidligere beslutninger søger at fremme deres egne interesser. Dette sker i folketingspolitikken og det sker ved de institutionaliserede anledninger i form af økonomiforhandlinger og finanslovsaftaler. I forhold til disse spil er der tilsyneladende en del centrale aktører, som trækker i retning af stærkere statslig kontrol. Det kan være folketingspolitikere, som med henblik på genvalg reagerer på medie- og vælgersignaler. Det kan også være bureaukrater, som ønsker at skabe sig en stærkere position og bedre karrieremuligheder, og som frustreres over deres manglende kontrolmuligheder i forhold til decentrale niveauer. Decentrale aktørers styrkeposition er til gengæld gradvist blevet svækket. Både reguleringsmæssige og aftalemæssige initiativer har gradvist svækket det politiske bevægelsesrum på regionalt niveau, og udviklingen er kulmineret med aftalen om strukturreform. Dette på trods af, at den hidtidige institutionelle struktur tilsyneladende har udgjort en fleksibel ramme, som har givet mulighed for løbende at forholde sig til nye krav og udfordringer, og at amterne på de fleste målbare parametre

har gjort det ganske godt (Søgård 2004, Indenrigs- og Sundhedsministerens Rådgivende Udvalg 2003).

I forhold til EU kan man tale om en sporbundethed knyttet til det indre marked. Udviklingen af det indre marked har en egendynamik, som slår igennem i domstolens retspraksis også på sundhedsområdet. Mangelen på institutionelle fora vanskeliggør et politisk modsvar på denne udvikling, særligt da dette efter udvidelsen vil kræve enstemmighed. Udover sporbundethed knyttet til det indre marked kan man fortolke udviklingen som institutionelle aktørers forfølgelse af egeninteresse. Såvel domstol som kommission kan have interesser i at udvide EUs kompetencer på sundhedsområdet, idet dette vil give disse institutioner en stærkere rolle i forhold til medlemsstaterne.

Samlet kan man dermed tale om både vertikale og horisontale forskydninger i governance relationer på sundhedsområdet (Van Keersbergen og van Waarden 2004). Vertikale i relationen mellem amter/regioner, kommuner, stat og EU. Horisontale i relationen mellem politik og domstol på EU niveau.

Hvilke konsekvenser får ændringer så for de sundhedspolitiske spil i fremtiden? Hvilke aktører styrkes og hvilke svækkes? Ændres de vigtige arenaer og ændres spillenes indhold? Et første bud er som beskrevet ovenfor at de statslige aktørers styrkeposition øges. Det gælder både politikere og bureaukrater. Udviklingen af centralt fastsatte standarder og guidelines peger endvidere mod en horisontal forskydning til mere teknokratisk styring indenfor politisk udstukne rammer. Offentliggørelse af kvalitetsmålinger vil i kombination med frit valg forstærke denne tendens til svækkelse af direkte politisk styring.

Dernæst styrkes også kommunale aktørers rolle. Kommunerne får større indflydelse på finansieringen og de får flere opgaver relate-

ret til forebyggelse og rehabilitering.

Taberne er de regionale politikere, som får en mere begrænset portefølje og dermed mere begrænsede prioriteringsmuligheder. Samtidig underlægges de stærkere bindinger i forhold til udarbejdelse af nationale standarder, retningslinier, informationssystemer mv. Ambitionen om offentliggørelse af sammenlignelige kvalitetsdata sigter mod at styrke konkurrenceelementerne. I samspil med frit valg vil dette svække regionernes muligheder for differentiering af udbud.

Vi forventer endvidere at EU's rolle styrkes. Det gælder EU domstolen, som allerede begynder at sætte bindinger på nationalstaterne og det gælder Kommissionens rolle som policy entreprenør i forhold til udvidelse af rummet for sundhedspolitiske beslutninger i EU. Vi forventer, at der opstår stærkere sundhedspolitiske fora på europæisk niveau, og dermed at både politiske, administrative og eksterne organisations- og erhvervsmæssige aktørers rolle styrkes på sundhedsområdet. Endelig forventer vi at private forretningsaktørers rolle vil styrkes. Dels i form af internationale virksomheder og dels i form af danske privathospitaler, forsikringsselskaber mv. Både danske og udenlandske private aktører kan med den nuværende politiske kurs, de større regionale enheder og med opbakning i EU retspraksis imødesee en lettere adgang til nationale markeder for sundhedsydelser, forsikring mv. Dette kan åbne et nyt spor for den nationale sundhedspolitik. Et spor der peger væk fra integrerede offentlige sundhedssystemer, og hen imod et mere pluralistisk og differentieret system.

Referencer

Blom-Hansen, Jens (2000). »Budgetsamarbejdet mellem staten og kommunerne – en samfunds-

- kontrakt i opløsning?», pp. 51-63 i Peter Dahler-Larsen & Kurt Klaudi Klausen (red.), *Festfyrværkeri eller gravøl? En debatbog om den danske kommune ved årtusindeskiftet*, Odense: Odense Universitetsforlag.
- Immergut, Ellen (1992). »The rules of the game: the logic of health policy making in France, Switzerland and Sweden«. In Steinmo, Thelen and Longstreth (eds.) *Structuring Politics. Historical Institutionalism in Comparative Politics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Indenrigs- og sundhedsministeriet (2004). *Aftale om strukturreform. Juni 2004*.
- Kathleen Thelen (1999). »Historical Institutionalism in Comparative politics«. Pp 369-404 in: *Annual Review of Political Science Vol 2*.
- Lundquist, Lennart (1972). *Means and Goals of Political Decentralization*. Studentlitteratur. Lund.
- Lundquist, Lennart (1998). *Förvaltning, stat och samhälle*. Studentlitteratur. Lund.
- Martinsen 2005a »Social Security in the EU: the de-Territorialisation of Welfare?« (Forthcoming) in de Búrca, G. (ed.) *EU Law and the Welfare State*, Oxford University Press.
- Martinsen 2005b »The Europeanisation of Welfare – the Domestic Impact of Intra-European Social Security« (forthcoming) in *Journal of Common Market Studies*, 33 pages.
- Mossialos, E., McKee, M., Palm., W., Beatrix, K., & Marhold, F. (2001) *The influence of EU law on the social character of health care systems in the European Union*, Report submitted to the Belgian Presidency of the European Union (Brussels).
- North, D. 1990. *Institutions, institutional change and economic performance*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pierson, P. 2000. Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *American Political Science Review* 94: 251-267.
- Indenrigs- og Sundhedsministerens rådgivende udvalg (2003). Sundhedsvæsenets organisering - sygehuse, incitament, amter og alternativer. Januar 2003.
- Steinmo, Thelen and Longstreth (eds.) (1992). *Structuring Politics. Historical Institutionalism in Comparative Politics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Søgaard, Jes (2004). »Om sundhedsvæsenet« i Bakke, J.f. og Petersen, U.H. *Hvorhen Danmark? Perspektiver på Kommunalreformen*. Nyt fra samfundsvidenskaberne. København.
- Van Keersbergen, K. and van Waarden, F. (2004). »Governance as a bridge between disciplines: Cross-disciplinary inspiration regarding shifts in governance and problems of governability, accountability and legitimacy«. *European Journal of Political Research* 43: 143-171, 2004.
- Vallgård, Signild, Krasnik, Allan and Vrangbæk, Karsten (2001). *Denmark. Health Care Systems in Transition*. WHO. Copenhagen.
- Vrangbæk, K og Bech, M. (2004). »County level responses to the introduction of DRG rates for »extended choice« hospital patients in Denmark«. *Health Policy* 67 (2004) 25-37.
- Vrangbæk, K. and Christiansen, T (2005). Health policy in Denmark. Leaving the decentralized welfare path? JHPPL Special issue: »Legacies and Latitude in European Health Policy«. Forthcoming spring 2005.

Noter

1. Dette afsnit bygger blandt andet på speciale afleveret januar 2004 ved Institut for Statskundskab med titlen »Spillet om sygehusene - (re)centralisering af et decentralt velfærdsområde?« af Sara Dam Jensen og Signe Kristina Hansen.
2. Se f.eks. Sygesikringslovens § 1 og Sygehuslovens § 5.
3. Ministerrådet vedtog pr. 29. april 2004 en simplificeret og moderniseret version af forordning 1408/71; forordning 883/2004. Denne gennemgribende reform af forordningen har været under forhandling siden december 1998.
4. EF Domstolen udfordrer tidligt medlemsstaternes autonomi til territorielt at afgrænse deres sundhedsydelser ved dommene 117/77 Pierik, 16. marts 1978 og 182/78 Pierik, 31 maj 1979. Medlemsstaterne ændrer efterfølgende forordning 1408/71 ved forordning 2793/81 af 17. september 1981 og udvider herved den kompetente myndigheds mulighed for at skønne, hvornår en situation kræver, at en forhåndsgodkendelse til behandling i en anden medlemsstat bliver bevilliget.
5. Dom nr. C-158/96 Kohll, 28. april 1998.
6. Dom nr. C-120/95 Decker, 28. april 1998.
7. Som bl.a. udtrykt i de skriftlige og mundtlige indlæg medlemsstaterne kommer med i forbindelse med sagerne Kohll og Decker.

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 8. Dom nr. C-157/99 Geraets-Smits og Peerbooms, 12. juli 2001. 9. Dom nr. C-385/99 Müller-Fauré og Van Riet, 13. maj 2003. 10. En sådan vil imidlertid efter alt at dømme kræve en præcisering i Traktaten af tjenesteydelsesbegrebets forhold til sundhedsområdet, og således kræve enstemmighed samt efterfølgende ratificering. De institutionelle barrierer for en sådan politisk korrektion af den retlige fortolkning er således meget høje. 11. »Redegørelse fra Embedsmandsgruppen til vurdering af konsekvenserne af EF-domstolens af- | <p>gørelser i Decker/Kohl-sagerne«. September 1999.</p> <p>12. Se artikel 23 af COM (2004) 2, 5 marts 2004.</p> <p>13. I den forestående sag nr. C-372/04 Watts.</p> |
|--|--|

Takststyring af sygehuse – kan marginalomkostnings-takster bruges og hvad er alternativet?

Af Mickael Bech, adjunkt, Institut for Sundhedstjenesteforskning
Syddansk Universitet

1. Indledning

Rammebudgetter har i mange år været den mest anvendte afregningsordning i det danske sygehusvæsen, hvilket har sikret en stram styring af sygehusudgifterne. Problemet med rammebudgetter er, at de ikke giver sygehusene økonomiske incitamenter til at øge aktiviteten og produktiviteten, hvilket eksempelvis kan begrænse mulighederne for at nedbringe ventelisterne. I de seneste år er aktivitetsbestemt afregning blevet introduceret i sygehusvæsenet med anvendelsen af DRG (Diagnose Relaterede Grupper) takster. Der er dog ikke tale om helt at gå bort fra rammebudgettering, men snarere om at anvende en kombination af de to principper, hvor den aktivitetsbestemte afregning er en overbygning på rammebudgettet. Indførelsen af højere grad af aktivitetsbestemt afregning forventes at motivere sygehusene til at øge deres aktivitet og produktivitet. Implementeringen af aktivitetsbestemt afregning af sygehusene med DRG systemet blev for alvor trukket i gang i 2002 med udlodningen af en pulje på 1,5 mia. til belønning af ekstraaktivitet på amternes sygehuse (den såkaldte »Løkkepose«). Amternes incitament til at øge aktivite-

ten blev i varierende grad delegeret videre til sygehusene med implementering af delvis aktivitetsbestemt afregning af sygehusene.

Afregningsordningen bestemmer hvordan midler overføres til sygehusene, hvad sygehusene får betaling for, samt hvad der bestemmer beløbets størrelse. Afregningsordningen for sygehusene er bestemmende for sygehusenes økonomiske incitamenter. Den valgte afregningsordning skal så vidt muligt understøtte sygehusejernes målsætninger for sygehusvæsenet, men der findes ofte ikke én afregningsordning, som giver sygehusene alle de ønskelige incitamenter samtidigt. Den valgte afregningsordning vil derfor bero på en konkret afvejning af målsætningerne for sygehusvæsenet (Bech 2003). Målsætningerne for sygehusene er, som de bl.a. er beskrevet i den seneste rapport om takststyring (Indenrigs- og Sundhedsministeriet et al. 2003):

- Høj aktivitet og imødekommelse af efterspørgsel
- Høj grad af udgiftskontrol
- Høj produktivitet
- Høj kvalitet

- Hensigtsmæssig lægefaglig prioritering på sygehusene

Problemet er at indrette en afregningsordning som bedst muligt tilgodeser disse indbyrdes modstridende målsætninger. I den seneste rapport om takststyring gives et bud på, hvordan rammebudget kombineres med aktivitetsbestemt afregning, hvor taksterne i den aktivitetsbestemte del skal dække de marginale omkostninger (Indenrigs- og Sundhedsministeriet m.fl. 2003). Fordelen ved den foreslåede afregningsordning skulle være at sygehusene får incitament til at øge aktiviteten, deres produktivitet samt til en vis grad tilgodeser hensynet til udgiftskontrol. Spørgsmålet for denne artikel er, om der er alternativer til dette forslag, som i højere grad opfylder de opstillede målsætninger.

Nærværende artikel vil beskæftige sig med den økonomiske styring af sygehusene og specielt anvendelsen af takststyring. Artiklen argumenterer for en alternativ anvendelse af takststyring, som i højere grad opfylder målsætningerne samt kræver mindre information om omkostningsstrukturen på sygehusene i forhold til den foreslåede afregningsordning. Den alternative afregningsordning kaldes her relativ DRG afregning og går kort fortalt ud på, at sygehusene afregnes for ekstraaktivitet med en andel af en fast pulje for alle sygehuse svarende til deres andel af den samlede ekstra aktivitet. Taksten for ekstraaktivitet kendes dermed ikke med sikkerhed på forhånd, men er bestemt af den samlede ekstraaktivitet for alle sygehusene.

Artiklens pointe er ikke at argumentere for indførelsen af aktivitetsbestemt afregning. Formålet er at diskutere den mest hensigtsmæssige indførelse af aktivitetsbestemt afregning givet, at politikerne ønsker at indføre aktivitetsbestemt afregning. Der kan være en række generelle argumenter mod indførelsen af aktivitetsbestemt afregning, såsom øgede administrative omkostninger, kvalitetsforrin-

gelser, 'cream skimming' etc. (Bech 2003), og enkelte af disse argumenter vil kun blive berørt overfladisk.

I afsnit 2 introduceres det teoretiske grundlag, 'yardstick competition', som baggrund for diskussionen om takststyring i sygehusvæsenet. Indenrigs- og Sundhedsministeriets forslag om afregning med takster svarende til marginalomkostninger diskuteres i afsnit 3, mens en alternativ afregningsordning foreslås og diskuteres i afsnit 4. Afsnit 5 giver nogle få afrundende kommentarer om implementeringen af aktivitetsbestemte afregningsordninger.

2. Yardstick competition

Regulering af offentlige producenter har længe været et debatteret emne i den økonomiske litteratur (Baron & Myerson 1982; Laffont & Tirole 1993; Shleifer 1985). Litteraturen har indenfor de seneste årtier hovedsageligt taget udgangspunkt i principal-agent paradigmet, hvor det antages, at den regulerende og finansierende tredjepart¹ har mindre information om den sande omkostningsstruktur end producenterne (sygehusene). Tredjeparten vil i mange tilfælde have adgang til sygehusenes regnskaber, som giver et vist indblik i sygehusenes omkostningsstruktur på et aggregeret niveau. Regnskaberne giver dog kun et begrænset indblik i de sande gennemsnits- og marginalomkostninger ved de enkelte ydelser. Alt andet lige, så har kun producenterne bedre information om den sande omkostningsstruktur end tredjeparten, og dette kan medføre, at producenterne har en informationsfordel i forhandling om budgetter og produktionens størrelse. Den asymmetriske fordeling af information mellem parterne betyder, at tredjeparten er nødsaget til at finde mekanismer, som giver producenterne incitament til ikke at overdrive deres omkostninger (og om muligt at give incitament til at omkostningsminimere) eller sekundært at afskære deres sande omkostningsstruktur.

I den klassiske artikel 'A theory of yardstick competition' argumenteres for, hvordan takststyring kan give producenterne incitament til at omkostningsminimere, uden at tredjeparten har detaljeret information om den enkelte producents omkostningsstruktur (Shleifer 1985). I teorien antages tredjeparten at have information om gennemsnitomkostningerne på tværs af sammenlignelige producenter. I stedet for at afregne producenterne i forhold til deres faktiske omkostninger, så foreslår Shleifer, at producenterne udelukkende afregnes med takster per aktivitetseenhed svarende til gennemsnitso mkostningerne.

For sygehusene betyder denne afregningsordning, at sygehusenes indtægt udelukkende afhænger af deres aktivitet, eksempelvis målt som antal udskrevne patienter. For hver udskrevet patient øges sygehusets indtægt. Ekstraindtægten i form af en takst per udskrevet patient svarer til gennemsnitso mkostningerne per udskrevet patient for alle sygehuse. For at justere for forskelle i patientgruppernes ressource træk bruges et patientklassifikationssystem, som eksempelvis DRG systemet. I DRG systemet inddeles udskrivelserne i ca. 550 grupper, og hver gruppe får en vægt svarende til patientgruppens relative gennemsnitlige omkostningstygde, se beskrivelse af DRG systemet i (Sundhedsministeriet 2001).

Sygehuse med lave omkostninger (under gennemsnittet) får kun et svagt incitament til at reducere deres omkostninger, da deres indtægter fra taksterne overstiger deres omkostninger, og de får således et overskud. Sygehuse med omkostninger over gennemsnittet vil derimod være tvunget til at reducere deres omkostninger for at undgå et underskud. På disse sygehuse vil gennemsnitso mkostningerne per patient overstige indtægten per udskrevet patient, og sygehusene er tvunget til at foretage produktivetsforbedringer. Teorien antager, at sygehusene selv skal dække et underskud, og de har derfor stærke incita-

menter til at reducere deres omkostninger per udskrivelse, så de ligger på eller under gennemsnitso mkostningerne.

I beregningen af den gennemsnitlige omkostning i den anden afregningsperiode, så vil nogle sygehuse have reduceret deres omkostninger, hvilket betyder, at den nye gennemsnitso mkostning for alle sygehusene er reduceret. Med reduktionen i gennemsnitso mkostningen og dermed reduktion i taksten per udskrivelse vil der nødvendigvis igen være nogle sygehuse, hvis omkostninger ligger over gennemsnittet. Disse sygehuse er tvunget til at øge deres produktivitet (dvs. mindske deres omkostninger per udskrivelse) for at undgå et underskud. Næste år fortsætter beregningen af taksten på samme måde med fortsatte reduktioner i gennemsnitso mkostningen per aktivitetseenhed. Mekanismen fortsætter indtil alle sygehusenes omkostninger er reduceret ned til de mindst mulige gennemsnitso mkostninger (som i princippet er lig med de langsigtede marginalomkostninger), hvorefter det ikke er muligt at øge produktiviteten mere.

Teorien er opbygget omkring en række antagelser, og det er ikke muligt at omtale alle og langt fra nødvendigt for at være bekendt med det grundlæggende incitament til at øge produktiviteten, som er indbygget i takststyring. Fire centrale antagelser skal dog fremhæves. For det første betinger mekanismen, at der er tale om fuld aktivitetsbestemt afregning med takster, dvs. at sygehusenes indtægt udelukkende er bestemt af deres aktivitet. For det andet kræver afregningsordningen, at gennemsnitso mkostningen er beregnet på grundlag af omkostningerne ved sammenlignelige sygehuse, dvs. at sygehusene er sammenlignelige mht. deres grundlæggende betingelser. Hvis sygehusene ikke er sammenlignelige, og der ikke findes nogen anerkendt måde at justere for deres forskellighed, så vil nogle sygehuse implicit blive favoriseret, og andre vil uretmæssigt blive diskrimineret. For det

tredje kræver mekanismen for at virke efter hensigten, at sygehusene selv dækker et eventuelt underskud. Hvis sygehusene på forhånd forventer, at deres underskud blev dækket af en ekstrabevilling fra den finansierende tredjepart, så er incitamentet til at øge produktiviteten mindsket eller helt fraværende (Kornai 1986). Mekanismen kræver, at tredjeparten holder fast på den generelle udformning af afregningsordningen og ikke afviger for at afhjælpe finansielle problemer for nødstedte sygehuse. Endelig kræver mekanismen implicit, at patienterne frit kan vælge hvilket sygehus de vil behandles på, hvilket vil sige, at sygehusene kan tiltrække patienter med eksempelvis lave ventetider.

Teorien ovenfor beskriver hvordan fuld aktivitetsbestemt afregning med takster per udskrivelser får sygehusene til at øge deres produktivitet. Der er en række specifikke ulemper ved ovenstående afregningsordning hvoraf den vigtigste er, at tredjeparten ikke har nogen kontrol med de samlede udgifter. Udgiftskontrol er centralt i et skattefinansieret system, og derfor vil Shleifer's foreslåede afregningsordning med udelukkende takststyring have væsentlige ulemper. Afregningsordningen beskrevet nedenfor vil i nogen grad afhjælpe dette problem.

3. Marginalomkostningstakster

Traditionen i Danmark med rammebudgettering har sikret en stram styring af de samlede udgifter, men denne afregningsordning er i stigende grad blevet kritiseret for kun i begrænset grad at motivere sygehusene til at øge aktiviteten og produktiviteten. I værste fald kan der argumenteres for at sygehuse med høj aktivitet nærmest er blevet straffet i de tilfælde, hvor den øgede aktivitet har medført budgetoverskridelser.

Som løsning på det manglende incitament til at øge aktiviteten har sygehusene i stigende grad fået muligheden for at få en ekstraind-

tægt ved aktivitet ud over en på forhånd fastlagt baseline. Det enkelte sygehus' baseline fastlægger minimumsniveauet for aktiviteten (baseret på tidligere års aktivitet), som sygehuset skal producere inden den aktivitetsbestemte afregning træder i kraft. Ekstraaktivitet i form af flere udskrivelser afregnes med DRG takster eller en andel af DRG taksterne.

Sygehusets ekstraaktivitet involverer ekstraomkostninger til personale, udstyr, medicin og materialer, også kaldet marginalomkostningerne. Marginalomkostningerne til udstyr vil være begrænsede eller lig med nul ved marginale forøgelser af aktiviteten. Omkostningerne til medicin og materialer afhænger af den specifikke aktivitet, hvor nogle typer af indlæggelser vil være meget omkostningskrævende (fx dyrt medicin og dyre implantater). Marginalomkostningerne til personale afhænger af den aktuelle kapacitetsudnyttelse. Hvis personalets tid er fuldt udnyttet, så kan aktiviteten kun forøges ved overarbejde eller ved at øge personalet. De marginale personaleomkostninger kan være betragtelige, hvis det drejer sig om overtidbetaling og brug af vikarpersonale. De marginale omkostninger er summen af de variable omkostninger på marginalen, hvoraf nogle af omkostningskomponenterne afhænger af den aktuelle kapacitetsudnyttelse.

Afregning af sygehusenes ekstraaktivitet med den fulde DRG takst betyder, at sygehusene får et overskud, når marginalomkostningerne er mindre end DRG taksten (som svarer til gennemsnitsomkostningen i patientgruppen). En ulempe ved at sygehusene genererer et overskud af den marginale aktivitet er, at sygehusene kun har begrænset tilskyndelse til at øge produktiviteten, samt at deres tilskyndelse til at øge aktiviteten bliver uforholdsmæssig stor. Tilskyndelsen til at øge aktiviteten falder dog med den stigende kapacitetsudnyttelse af personalet, da dette vil få marginalomkostningerne til at stige, således at marginalomkostningerne til sidst oversti-

ger de gennemsnitlige omkostninger, og dermed overstiger sygehusets ekstraindtægt.

I rapporten om takststyring (Indenrigs- og Sundhedsministeriet m.fl. 2003) foreslås i lyset af ovenstående ulemper ved de normale DRG takster gennemsnitsomkostningstakster), at sygehusene afregnes for ekstraaktivitet med marginalomkostningstakster. Dette forslag følger ideerne i 'marginal cost pricing', (Rees 1984). Marginalomkostningstakster skal dække variable omkostninger såsom implantat- og medicinomkostninger, men skal kun i meget begrænset omfang dække lønomkostninger. Formålet med at begrænse dækningen af lønomkostninger er at presse sygehusene effektivt at udnytte af deres kapacitet samt at begrænse incitamentet til kapacitetsudvidelser.

Der er to væsentlige problemer med at afregne sygehusenes aktivitet med marginalomkostningstakster. Det første problem er, at ordningen kræver detaljeret viden om de variable omkostninger til implantater og medicin. Det er omkostningskrævende at indsamle denne information, og informationen skal indsamles kontinuerligt, da der løbende sker ændringer i valg af materiale og medicin, priser på materialerne samt ændringer i behandlingsforløb. Derudover kan en enkelt DRG gruppe indeholde forskellige kliniske forløb, som har vidt forskellige omkostninger til materialer og medicin, hvilket gør det svært at beregne de marginale omkostninger til materiale og medicin indenfor bestemte diagnosegrupper. Det andet problem er, at sygehusenes incitament til at øge aktiviteten kan blive meget begrænset. Ikke blot får de kun dækket deres marginale omkostninger til materiale og medicin, men sygehusene vil hurtigt lære, at de implicit bliver straffet for deres forøgelse i produktivitet, da det foregående års produktivitetsstigning bliver indregnet i næste års rammebudget og baseline (en såkaldt 'ratchet effect', se (Freixas et al. 1985)).

Brugen af marginalomkostningstakster byder

på både fordele og ulemper. Fordelen er sygehusene umiddelbart bliver afregnet for de variable omkostninger til materialer og medicin, som de uundgåeligt har ved en marginal forøgelse af deres aktivitet. Den begrænsede dækning af personaleomkostninger fører til en bedre kapacitetsudnyttelse af personalet, hvilket fører til produktivitetsgevinster. Samtidigt har den finansierende tredjepart en rimelig god udgiftskontrol pga. sygehusenes begrænsede incitament til store aktivitetsforøgelser. Ulempen er, at informationen om disse marginale omkostninger er krævende at indsamle, samt at sygehusene vil indse at deres produktivitetsforøgelse i en periode indhenter dem i de efterfølgende perioder i beregningen af rammebudget og baseline.

4. Relativ DRG afregning

Der findes alternativer til marginalomkostningstakster, som giver de samme fordele som ovenstående afregningsordning og imødekommer nogle af ulemperne. Nedenfor præsenteres et alternativ, som tager udgangspunkt i ideer fra Informationsøkonomi, se eksempelvis (Green & Stokey 1983; Lazear & Rosen 1981; Nalebuff & Stiglitz 1983; Stiglitz 2002). Informationsøkonomi antager, at der er asymmetrisk information mht. viden om omkostningsstrukturen mellem den finansierende tredjepart og producenterne, hvilket adskiller sig fra teorien om 'marginal cost pricing', hvor det antages, at tredjeparten har fuld information om producenternes omkostningsstruktur. Det foreslåede alternativ er følgende:

Lad hvert sygehuse få et rammebudget, som dækker de faste omkostninger og en andel af de variable omkostninger bestemt ud fra en række objektive kriterier for det enkelte sygehuse som eksempelvis antal senge, specialisering, geografiske placering, historiske aktivitet osv. Rammebudgettet er suppleret med en baseline for sygehusenes forventede minimumsaktivitet. Udover rammebudgettet har sygehusene mulighed for at få indtægter ved at producere aktivitet ud over deres baseline,

dvs. øge deres aktivitet ud over et bestemt niveau.

Puljen for ekstraaktivitet dækkende for alle sygehuse (i regionen eller samlet på national plan) er et fast budget fastsat af den finansierende tredjepart. Puljen uddeles til sygehuse således, at sygehusernes ekstraindtægter afhænger af deres andel af den samlede ekstraaktivitet (opgjort med DRG systemet) for alle sygehuse. Jo større andel af ekstraaktiviteten et sygehus producerer, jo større andel af ekstraindtægterne vil sygehuset få. Da ekstraindtægtspuljen er et fast budget, så vil prisen per DRG point afhænge af summen af sygehusernes ekstraaktivitet. Når summen af ekstraaktivitet målt i DRG stiger, så vil prisen per DRG point falde. Puljen for ekstraaktivitet er fast på makroniveau, mens de enkelte sygehuses indtægter afhænger af deres egen ekstraaktivitet samt af summen af ekstraaktivitet ved alle sygehuse. Afregningsordningen kaldes her relativ DRG afregning.

Med relativ DRG afregning af ekstraaktivitet vil sygehuse fortsætte med at producere ekstraaktivitet indtil deres marginale omkostninger er lig med de forventede marginale indtægter. De mindst produktive sygehuse vil erkende, at deres marginale omkostninger hurtigt kommer til at overstige deres marginale indtægter. Disse sygehuse vil derfor stoppe med at øge deres aktivitet og/eller vil forsøge at øge deres produktivitet, således at deres marginalomkostninger falder. De mest produktive sygehuse vil øge deres aktivitet relativt mere, da deres marginale omkostninger forbliver mindre end deres forventede indtægt for selv relativt store forøgelser af deres aktivitet. De mest produktive sygehuse vil dog på samme måde som de mindre produktive sygehuse komme til at punkte, hvor deres marginale omkostninger er lig med eller overstiger deres forventede marginale indtægter.

Der er en række betingelser, som skal være

opfyldt for at den relative afregningsordning skal virke efter hensigten (de samme betingelser gælder i øvrigt også for marginalomkostningstakster). For det første skal sygehuse selv dække et underskud, men de skal tilsvarende også have retten til overføre et eventuelt overskud til næste års budget uden at blive skåret tilsvarende i deres tildelte rammebudget. For det andet skal sygehuse have adgang til opdaterede opgørelser af deres aktivitet for at kunne foretage den nødvendige vurdering af aktivitetsniveauet. For det tredje skal sygehuse selv kende til deres egen omkostningsstruktur. Det sidste punkt er måske nok så vigtigt at understrege, da sygehusernes beslutninger kun kan træffes økonomisk rationelt, hvis de selv har pålidelige informationer om deres marginalomkostninger. Endelig skal patienterne have frit valg, således at sygehuse har mulighed for at tiltrække patienter.

Fordelen ved den relative DRG afregning er, at selv de initialt mest produktive sygehuse vil have incitament til at øge deres produktivitet, da sygehuse implicit er i konkurrence med hinanden om at få del i ekstraaktivitetspuljen. De mest produktive sygehuse får den største relative andel af ekstraaktivitetspuljen, og de sygehuse som ikke forsøger at være produktive får kun en lille andel af puljen. Alle sygehuse vil forøge deres produktivitet indtil de vurderer, at deres indsats i produktivitetsforbedringerne ikke længere står mål med den forventede ekstraindtægt.

Hvis et sygehus initialt er blandt de mest produktive, men det ikke fortsat forsøger at øge deres produktivitet, så vil det indebære, at de for hvert år der går får en mindre og mindre andel af ekstraaktivitetspuljen, da de øvrige sygehuse vil tage en større og større andel af puljen. Konkurrencen om at få en andel af ekstraaktivitetspuljen giver alle sygehuse et incitament til at øge deres produktivitet, og det bedste er at incitamentet er indbygget i afregningsordningen på en sådan måde, at

den finansierende tredjepart ikke behøver at kende det enkelte sygehus' omkostningsstruktur på marginalen. Sygehusene vil så at sige, i deres egen interesse, selv afsløre deres marginale omkostninger og vil ud fra deres egen interesse konkurrere prisen per DRG point ned til de lavest mulige marginalomkostninger. Ideelt bliver prisen konkurreret ned til det mest effektive sygehus' marginalomkostninger.

Relativ DRG afregning resulterer i, at midlerne bliver fordelt mellem sygehusene på en samfundsøkonomisk optimal måde. Da alle sygehusene står overfor den samme marginale indtægt, så bliver deres marginale omkostninger også ens, da de alle vil øge deres aktivitet indtil marginalomkostningerne overstiger de forventede marginale indtægter. Når deres marginalomkostninger er ens, så kan aktiviteten mellem sygehusene ikke omfordeles uden at øge de samlede omkostninger. Ekstraaktiviteten er blevet produceret på billigste måde, og den optimale fordeling af midler er sket uden, at tredjeparten behøver at kende noget til sygehusenes marginale omkostningsstruktur.

Fordelene ved den relative DRG afregning i form af tredjepartens fulde kontrol med de samlede udgifter til sygehusvæsenet samt sygehusenes incitament til at øge produktiviteten kommer dog ikke uden en række ulemper. Ingen afregningsordning er uden ulemper, og det gælder også i dette tilfælde.

En betydelig ulempe ved den relative DRG afregning er at et sygehus' ekstraintægt ikke kun afhænger af sygehusets egen ekstraaktivitet, men den afhænger også af de øvrige sygehusers ekstraaktivitet, da den endelige pris per DRG point afhænger af den samlede ekstraaktivitet. Da puljen for ekstraaktivitet er fast, så vil prisen per DRG point falde med stigende ekstraaktivitet. I afregningsordningen med faste DRG takster, beskrevet i ovenstående afsnit, vil sygehusenes finansi-

elle usikkerhed alene knytte sig til deres egen omkostningsstruktur. I en afregningsordning med fast DRG takster risikerer et sygehus, at den marginale forøgelse af aktiviteten bliver dyrere end forventet, og at de marginale indtægter derfor ikke dækker de marginale omkostninger. I den relative DRG afregningsordning vil sygehusene oveni bære den finansielle risiko af, at prisen per DRG point varierer.

Denne finansielle risiko for sygehusene hænger uundværligt sammen med sygehusenes incitament til at øge produktiviteten. Jo større finansiell risiko, jo større incitament vil sygehusene have til at øge deres produktivitet. Størrelsen af den finansielle risiko kan dog reguleres ved forholdet mellem sygehusenes rammebudget og størrelsen af ekstraaktivitetspuljen. Hvis rammebudgetterne udgør 95% af de samlede udgifter til sygehusene, så vil sygehusenes finansielle risiko være begrænset, men tilsvarende vil deres incitament til produktivitetsforbedringer også være mindre. Hvis rammebudgetterne derimod udgør 50% af de samlede udgifter, og de resterende 50% uddeles efter sygehusenes aktivitet, så vil sygehusenes finansielle risiko tilsvarende være større. Sygehusets incitament til produktivitetsforbedringer er tilsvarende større i ordningen med 50% rammebudget i forhold til ordningen med 95% rammebudget. Hensynet til sygehusenes finansielle risiko og deres incitament til at øge produktiviteten skal afvejes, da disse er omvendt proportionale.

En anden måde at begrænse sygehusenes risiko på er at fastsætte en minimumspris per DRG point, hvilket sikrer et nedre loft for sygehusenes indtægtsgrundlag. Dette strider dog mod tredjepartens udgiftskontrol, da der er risiko for at det samlede sygehusbudget overskrides ved ekstraordinære store stigninger i aktiviteten.

Et eksempel fra Australien viser, at oven-

stående afregningsordning med en kombination af rammebudget og relativ DRG afregning af ekstraaktivitet er indført i Victoria, Australien, se beskrivelsen i (Dockett 1995). Afregningssystemet blev indført sammen med en række ændringer af budgetteringen for sygehusene, og det er derfor vanskeligt at adskille effekterne fra de enkelte ændringer. De foreløbige resultater tyder på, at produktiviteten er steget. En stor del af disse stigninger skal dog formodentlig tilskrives til de generelle budgetreduktioner, som der blev foretaget i samme periode.

5. Afrunding

Ovenstående diskussion af indretningen af afregningssystemet for sygehuset har fokuseret på tre målsætninger; aktivitet, produktivitet og budgetsikkerhed. Ud fra disse tre målsætninger argumenteres der for, at relativ DRG afregning er et bedre instrument end den foreslåede ordning med marginalomkostningstakster, som er foreslået i takststyringsrapporten (Indenrigs- og Sundhedsministeriet m.fl. 2003). Den relative DRG afregning giver fuld kontrol over de samlede udgifter til sygehusvæsenet, samtidigt med at denne afregningsordning ikke kræver, at den regulerende og finansierende tredjepart har en meget detaljeret indsigt i sygehusenes omkostningsstruktur. Den relative DRG afregning giver en konkurrencesituation, hvor sygehusene konkurrerer om at få en andel af ekstraaktivitetspuljen. Konkurrencen fører til at sygehusene, i deres egen interesse, selv afslører deres omkostningsstruktur og får incitament til at øge deres produktivitet. Den relative afregningsordning giver samlet en bedre målopfyldelse end den foreslåede ordning med marginalomkostningstakster.

Det er værd at knytte nogle få kommentarer til målsætningen om 'høj kvalitet'. Litteraturen understreger, at incitamentet til øge produktiviteten er i konflikt med målsætningen om høj kvalitet, hvis produktiviteten øges ved at sænke kvaliteten, se review af littera-

turen i (Bech 2004, kapitel 3). Selv om det i princippet er muligt, at sygehusene laver omkostningsbesparelser, som går ud over kvaliteten, så er der en række forhold, der taler mod, at dette rent faktisk sker. Den vigtigste sikkerhed er formodentlig den stærkt institutionaliserede faglige interesse og stolthed blandt personalet for at opretholde en høj kvalitet. Den anden garanti er patienterne, som har ret til frit at vælge sygehus, og dårlig kvalitet kan få patienterne til at fravælge et sygehus. Endelig kan tredjeparten forsøge at sikre kvaliteten i kontrakter med sygehusene indeholdende kvalitetsmålsætninger.

Ovenstående diskussion af indretningen af afregningsordningen for sygehuse kan forekomme teknisk og abstrakt, og diskussionen kan med rette kritiseres for at være løsrevet fra den praktiske virkelighed på sygehusene. I praktisk har sygehuse ikke fuld kontrol over størrelsen af deres produktion bl.a. på grund af en stor andel akutpatienter. Det er heller ikke nødvendigvis sådan, at sygehuse kan op- og nedjustere deres aktivitet på kort sigt, hvis kapaciteten er fuldt udnyttet. Endelig er den finansielle risiko involveret i både afregning med marginalomkostningstakster og relativ DRG afregning formodentlig af større betydning end beskrevet ovenfor. Selv små udsving i sygehusenes indtægter kan formodentlig have stor betydning for sygehusenes daglige drift. Usikkerheden om indtægternes størrelse i et givet år kan give store vanskeligheder for planlægningen af aktiviteten og for ansættelsesforhold på sygehusene, hvilket kan være til daglig frustration. Pointen med denne artikel er dog, at denne finansielle usikkerhed både vil være indlejret i afregning med marginalomkostningstakster samt i den relative DRG afregning, så hvorfor ikke bruge relativ DRG afregning, som giver en bedre målopfyldelse end brugen af marginalomkostningstakster.

Referencer

- Baron, D.P. & Myerson, R.M. 1982, »Regulating a Monopolist with Unknown Costs«, *Econometrica*, vol. 50, no. 4, pp. 911-930.
- Bech, M. 2003, »County council politicians' choice of hospital payment scheme: a discrete choice study«, *Applied Health Economics and Health Policy*, vol. 2, no. 4, pp. 225-232.
- Bech, M. 2004, *Choice of Hospital Reimbursement Scheme: Incentives and Tradeoffs*, Ph.D. thesis edn, University Press of Southern Denmark, Odense.
- Duckett, S.J. 1995, »Hospital Payment Arrangements to Encourage Efficiency – the Case of Victoria, Australia«, *Health Policy*, vol. 34, no. 2, pp. 113-134.
- Freixas, X., Guesnerie, R., & Tirole, J. 1985, »Planning under Incomplete Information and the Ratchet Effect«, *Review of Economic Studies*, vol. 52, no. 2, pp. 173-191.
- Green, J.R. & Stokey, N. L. 1983, »A Comparison of Tournaments and Contracts«, *Journal of Political Economy*, vol. 91, no. 3, pp. 349-364.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Økonomi- og Erhvervsministeriet, & Finansministeriet 2003, *Takststyring på sygehusområdet* Schultz Information, Albertslund.
- Kornai, J. 1986, »The Soft Budget Constraint«, *Kyklos*, vol. 39, no. 1, pp. 3-30.
- Laffont, J.J. & Tirole, J. 1993, *A Theory of Incentives in Procurement and Regulation* MIT Press, Cambridge and London.
- Lazear, E.P. & Rosen, S. 1981, »Rank-Order Tournaments as Optimum Labor Contracts«, *Journal of Political Economy*, vol. 89, no. 5, pp. 841-864.
- Nalebuff, B.J. & Stiglitz, J. E. 1983, »Prizes and Incentives: Towards a General Theory of Compensation and Competition«, *Bell Journal of Economics*, vol. 14, no. 1, pp. 21-43.
- Rees, R. 1984, *Public enterprise economics*, Second edn, Weidenfeld and Nicolson Ltd, London.
- Shleifer, A. 1985, »A Theory of Yardstick Competition«, *Rand Journal of Economics*, vol. 16, pp. 319-327.
- Stiglitz, J.E. 2002, »Information and the Change in the Paradigm in Economics«, *American Economic Review*, vol. 92, no. 3, pp. 460-501.
- Sundhedsministeriet 2001, *Status for udvikling af DRG-metoden 2000-2001* Sundhedsministeriet, København.

Note

1. Begrebet tredje part bruges som en generel betegnelse for den offentlige myndighed, som er ansvarlig for afregning og regulering af sygehusene (på nuværende tidspunkt amterne og efter 1. januar 2007 de fem regioner).

Størrelseeffekter i den danske sygehussektor – og mulige forklaringer herpå

Af Anders Kastrup, cand.scient.pol. og Olaf Barfoed, cand.scient.pol.
Aarhus Universitet

1. Indledning

I forbindelse med nyere reformer af det danske sygehusvæsen har specielt sammenhængen mellem sygestørrelse og produktivitet påkaldt sig stor interesse blandt de politiske beslutningstagere. Bag interessen har der ofte ligget en forventning om, at man gennem en koncentration af produktionen på færre, større og samtidig mere specialiserede sygehuse kan opnå gevinster med hensyn til den økonomiske efficiens (Ankjær-Jensen & Christensen, 2003: 4). Interessen har allerede udmøntet sig i, at antallet af især de små sygehuse er faldet betragteligt over de seneste 20 år.

I denne artikel stilles der imidlertid spørgsmål ved antagelsen om stordriftsfordele i sygehussektoren ud fra såvel teoretiske som empiriske betragtninger. Dermed stiller artiklen sig kritisk over for rationalet om at kunne opnå en mere effektiv ressourceudnyttelse ved i høj grad at fokusere på at nedlægge og sammenlægge de mindre/mindste af landets offentlige somatiske sygehuse.

Ud fra generel økonomisk teori vedrørende størrelseeffekter er det ikke umiddelbart

indlysende, hvorfor den danske offentlige sygehussektor skulle være præget af skalafordele. Mere specifikt kan stordriftsfordele forventes at gøre sig gældende på markeder, der er karakteriseret ved at kræve store kapitalinvesteringer, og som giver mulighed for at standardisere produktionsforløbet (Pickering, 1974: 47). Sygehussektoren er imidlertid karakteriseret ved ikke at være særlig kapitalintensiv, idet ca. 70% af de samlede sygehusudgifter udgøres af lønudgifter (Finansministeriet, 2002: 213), og dens kerneydelse i form af patientbehandling er meget kompleks. Organisationsteoretikeren Richard Scott fremhæver desuden, at de traditionelle markedsmekanismer ikke gør sig gældende i sundhedssektoren. Eksempelvis fungerer de praktiserende læger ofte som »gate-keepers« i forhold til forbrugernes adgang til sundhedsydelserne på sygehuse, og efterspørgslen efter sundhedsydelser er ikke priselastisk, da det er tredjepart – i form af det offentlige – der betaler. Når det offentlige betaler har den enkelte borger ingen selvstændig interesse i at skele til prisen ved en behandling, og dermed sættes en væsentlig markedsmekanisme (efterspørgsel som funktion af pris) ud af kraft. I stedet for at betragte tendensen i ret-

ning af større sygehuse i lyset af økonomiske stordriftsfordele og omkostningsminimering kæder Scott derfor store sygehuse sammen med monopolaspekter og deraf følgende inefficiens (Scott et. al., 2000: 125-127).

En række danske og internationale empiriske produktivetsundersøgelser¹ tegner et generelt billede, der ikke giver megen støtte til tanken om entydige stordriftsfordele i sygehussektoren (Aletras, 1997; Jones, 2000; Juhl, 2000; Kjekshus & Hagen, 2003; Olesen 2004). I det omfang eksistensen af stordriftsfordele i det hele taget kan dokumenteres, er disse efter alt at dømme realiseret ved relativt små sygehusstørrelser (Gaynor & Vogt, 2000: 1451-1453).

2. Produktivetsanalyse

Flere af de ovenfor refererede produktivetsundersøgelser gør brug af et såkaldt case-mix-system. Systemet behandler i lighed med traditionelle produktivetsmål også forholdet mellem omkostninger og producerede ydelser. Ved vurdering af ydelsessiden (output) er der dog sket en væsentlig nuancering og forbedring, idet tidligere mål – eksempelvis antal indlæggelser – er blevet erstattet af omkring 600 forskellige output-grupper. Herved tages der højde for patienternes forskellighed, hvad angår diagnose, behandling, alder og udskrivningsmåde. Det tilstræbes, at patienterne inden for hver gruppe har nogenlunde samme ressourcetræk på sygehusvæsenet, således at der kan foretages produktivitetssammenligninger mellem sygehuse (Sygehuskommissionen, 1997: 63-64; Olesen & Petersen, 1999: 15-41).

På trods af at der allerede eksisterer en række undersøgelser, er det alligevel interessant at foretage en selvstændig og ny produktivetsundersøgelse af de danske offentlige somatiske sygehuse. Det skyldes, at resultaterne af de internationale undersøgelser skal tages med det forbehold, at den danske sygehussektor på flere områder adskiller sig mar-

kant fra de lande, hvori analyserne er foretaget. Ses der nærmere på de refererede danske undersøgelser gør der sig det forhold gældende, at det anvendte datamateriale (case-mix-system) efterfølgende er blevet markant forbedret og tilpasset danske forhold. Der foreligger endnu ikke nogen offentliggjorte resultater ved anvendelse af det forbedrede datamateriale, hvorfor en ny produktivetsanalyse ved anvendelse af det væsentligt forbedrede casemix-system vil kunne give et mere validt billede af forholdene.

Som led i produktivetsanalysen er der foretaget en inddeling af alle danske offentlige somatiske sygehuse i 5 grupper, der afspejler sygehusenes varierende størrelser², gående fra gruppe 1, der indbefatter de største sygehuse, til gruppe 5 vedrørende landets mindste sygehuse. Ved inddelingen, der følger Sundhedsstyrelsens sygehusgruppering, er der lagt vægt på aktivitets- og kapacitetsmål samt en konkret vurdering af det enkelte sygehus (Sundhedsstyrelsen, 2003: 189-193). Tabel 1 nedenfor viser, hvordan de i alt 54 sygehuse fordeler sig på de 5 sygehusgrupper.

Tabel 1. Antal sygehuse i år 2002 fordelt på sygehusgrupper

Tabel 2 nedenfor viser sammenhængen mel-

Sygehusgruppe	1	2	3	4	5
Antal sygehuse	8	18	11	14	3

lem produktivitet og sygehusstørrelse for alle landets offentlige somatiske sygehuse i 20023, udtrykt ved en lineær regressionsanalyse.

Den specificerede model er stærkt signifikant og har desuden en høj forklaringskraft (juste-

Tabel 2. Bivariat lineær regressionsanalyse: produktivitet som afhængig variabel.

Uafhængig variabel	Konstant	Ustandardiserede beta-koefficient	Standardiserede beta-koefficient	R ² justeret	Signifikans-niveau
Sygehusstørrelse N=54	1,025	-4,423*10 ⁻²	-0,539	0,277	0,000

ret R²). Således kan 27,7 % af variationen i sygehusenes produktivitet forudsiges alene ud fra størrelse. Modellen viser, at der er en negativ sammenhæng mellem sygehusstørrelse og produktivitet. Mere konkret forudsiger modellen, at der er omkring 5 % forskel i produktiviteten mellem de enkelte sygehusgrupper⁴. Dvs. de mindste sygehuse er 20 % mere produktive end landets største sygehuse. Med andre ord er der tale om betydelige stordriftsulemper i det danske sygehusvæsen. Det er værd at bemærke, at siden år 2002, som produktivitetsundersøgelsen omfatter, er alle de mindste af de offentlige somatiske sygehuse imidlertid blevet fusioneret med større sygehuse. Der eksisterer således ikke længere nogle selvstændige hospitaler i sygehusgruppe 4 og 5.

3. Diskussion af casemix-systemet

Casemix-systemet tager ikke højde for de ekstra udgifter, der er forbundet med at have et vagtberedskab, hvor en effektiv arbejdstilrettelæggelse ikke altid er mulig. Ved at foretage en spørgeskemaundersøgelse vedrørende vagtberedskabet blandt alle landets offentligt somatiske sygehuse, kan det imidlertid konstateres, at stort set alle sygehuse har et fuldt beredskab i det år produktivitetsanalysen omhandler (2002) – forstået som en skadestue, et medicinsk og kirurgisk akut beredskab, der alle har døgnåbent alle ugens dage. Produktivitetsforskellene mellem store og små sygehuse kan derfor ikke forklares med baggrund i vagtberedskabet på sygehusene. Produktivitetsanalyser ser udelukkende på

forholdet mellem input og output, og der bliver derfor ikke taget højde for eventuelle forskelle i behandlingskvalitet. Hvis de små sygehuse blot på grund af en lavere behandlingskvalitet kan udføre behandlinger billigere end de store sygehuse, og det samtidig antages, at højere kvalitet koster ekstra, vil de små sygehuse blive begunstiget i produktivitetsanalysen. Hvis kvaliteten er højere på de store sygehuse, kan det således være en forklaring på, hvorfor de store sygehuse er mindre produktive. Sammenhængen mellem kvalitet og volumen kan dog ikke sikkert og entydigt dokumenteres. Når der ses bort fra sjældnere tilstande, højrisikoprocedurer og særligt teknologikrævende forhold, kan der ikke i litteraturen findes belæg for, at centralisering på store enheder er kvalitetsfremmende (Christensen, 2003: 178; Dansk Medicinsk Selskab, 1998; Posnett, 1999). Endvidere i de få tilfælde, hvor man har fulgt et ekspanderende sygehus over tid, har det ikke været muligt at påvise nogle forbedringer i den kliniske kvalitet (Sowden et. al., 1997; Ferguson et. al., 1997: 3-12).

Hvis store sygehuse som nævnt er kvalitetsfremmende ved sjældnere tilstande, højrisikoprocedurer og specielt teknologikrævende forhold, kan udgifterne ved disse typer af behandlinger forståeligt nok være højere på de store sygehuse end på de mindre. Imidlertid behandler de danske mindre sygehuse slet ikke en række af de tungeste patienter. Hvis de mindre sygehuse ikke behandler de tungeste patienter og dermed ikke tildeles produkti-

onsværdi for denne type patienter, har de af gode grunde ikke mulighed for ved en lavere kvalitetsudførelse at blive begunstiget i case-mix-systemet.

4. Virksomhedskultur

Til trods for de omfattende studier af størrelseseffekterne inden for sygehusvæsenet er der ikke i samme grad forsket i årsagerne til disse produktivitetsforskelle (Juhl, 2000: 29-30; Winter, 1998: 150-153; Edwards & Harrison, 1999; Pedersen, 2003: 99).

Sygehusvæsenet er som nævnt et meget personaletungt arbejdsområde, og kerneydelsen på sygehusene i form af patientbehandling er karakteriseret ved, at det samlede patientforløb (undersøgelse, behandling og pleje) kræver et koordineret samarbejde blandt mange faglige grupper. Medarbejdernes arbejdsindsats generelt og særligt deres evne til at samarbejde kan derfor tænkes at have stor indflydelse på sygehusenes produktivitet. Kombinationen af et personaletungt arbejdsområde samt konstateringen af, at der eksisterer betydelige stordriftsulempen ved driften af de danske offentlige sygehuse, gør det nærliggende at undersøge, hvorvidt disse produktivitetsforskelle kan forklares under henvisning til variationer i sygehusenes organisationskultur. Tilstedeværelsen af en virksomhedskultur kan virke effektivitetsfremmende, da der vil være bred enighed i organisationen om, hvordan forskellige opgaver skal løses (Scharpf, 1997: 65).

Som analytisk redskab til forståelse af flere af pointerne i artiklens belysning af virksomhedskultur anvendes spilteori – særligt spillet »fangernes dilemma«. Dette spil beskriver, hvordan aktører kan have en dominerende strategi for ikke at samarbejde, selvom gensidigt samarbejde ville være pareto-optimalt i forhold til gensidig unddragelse (free-riding). Hvis en spiller vælger at samarbejde, vil den/de andre spillere være fristet til at unddrage sig samarbejde for derved at inkas-

sere spillets største nytteværdi, mens den samarbejdende spiller står tilbage med spillets mindste nytteværdi. På grund af denne fristelse tør spillerne ikke stole på hinanden, og den manglende tillid bevirker således, at begge spillere ender med det suboptimale valg i form af gensidig unddragelse. Aktørernes dominerende strategi i fangernes dilemma udtrykker et socialt dilemma, idet de enkelte spilleres rationelle valg fører til et kollektivt irrationelt resultat (Scharpf, 1997).

Aktiviteten i en organisation kan med spilteoretiske termer betragtes som *gentagne* fangernes dilemma spil blandt medarbejderne. Ved gentagne spil øges chancerne for et produktivt samarbejde mellem de ansatte. I aktørernes overvejelser indgår nu tillige de mulige fremtidige gevinster ved et gensidigt samarbejde. Afgørende for etableringen af samarbejde bliver forventningen om, at andre aktører i organisationen også er indstillet på at gengælde samarbejde med samarbejde (Axelrod, 1984: 14; Kreps 1990: 100-106). Virksomhedskulturens betydning for organisationens produktivitet får dermed stor betydning. Både forholdet mellem medarbejderne indbyrdes – den horisontale relation – samt forholdet mellem medarbejdere og ledelse – den vertikale relation – er i denne henseende essentiel. Samarbejde baseres således ikke på altruistiske hensigter, men på en fælles forventning om og tillid til, at den enkelte aktørs samarbejde vil blive gengældt samt en viden om, at hver enkelt aktør i organisationen kan sanktionere aktører, der ikke samarbejder, ved efterfølgende ikke at samarbejde med vedkommende (Miller, 1992: 207).

En produktiv virksomhedskultur som følge af medarbejdernes interne relationer kan fremkomme, hvis deres indbyrdes forhold er præget af gensidige forventninger om samarbejde, samt hvis de anvender gensidighedsnormer, der belønner og straffer. Med hensyn til det sidste skal det bemærkes, at afstraffelsesbegrebet dækker over et bredt spektrum af

sanktioner gående fra den milde påtale af og dialog om en medarbejders arbejdsindsats til en hård sanktionering. Social interaktion og ansigt-til-ansigt kommunikation gør det muligt at skabe og vise tillid til hinanden. Tilliden er afgørende for at samarbejdet kan lykkes. Resultatet bliver, at det kan betale sig at have et omdømme for at være tillidsfuld (Miller, 1992; Ostrom, 1998; 2003).

Af især tre grunde er det dog lettere at skabe et produktivt samarbejde mellem medarbejderne i en lille end i en stor organisation. For det første er det lettere at håndhæve regler og sanktionere i mindre end i store grupper. Dels kan det være vanskeligere i store end i små organisationer at udpege aktører, der nyder fordelene af andres indsats, men som ikke selv yder noget. Dels har afstraffelse karakter af et offentligt gode. Da aktøren, der sanktionerer, bærer de fulde omkostninger derved, men skal dele nytten ved at genoprette samarbejdet med alle de andre i gruppen, vil den marginale nytte for vedkommende ved at afstraffe alt andet lige falde i takt med, at antallet af personer i organisationen øges. For det andet er tilstedeværelsen af en norm om lighed og ligebehandling den oftest forekommende sociale norm i små grupper, hvilket kan betyde, at medarbejderne i mindre organisationer i højere grad føler et ansvar for at hjælpe deres kolleger, som arbejder, men som af forskellige årsager ikke når deres fastsatte arbejdsopgaver. Endelig er det lettere for mennesker at kommunikere ansigt-til-ansigt med de fleste eller ligefrem med alle i en lille end i en stor gruppe (Miller, 1992; Ostrom, 1998; 2003).

I forhold til skabelsen af en fælles forventning om gensidigt samarbejde i organisationens vertikale relation står ledelsen umiddelbart i en mere central rolle end ved den horizontale relation. Samarbejdet i den vertikale relation er som udgangspunkt hæmmet af det asymmetriske magtforhold, der eksisterer mellem medarbejderne og ledelsen. En pro-

duktiv virksomhedskultur som følge af gode relationer mellem medarbejderne og ledelsen kan dog opstå, hvis ledelsen skaber en forventning om at ville handle i overensstemmelse med nogle handlingsprincipper. Ansigt-til-ansigt kommunikation mellem ledere og medarbejdere kan være med til at understøtte dette. Forventningen skal suppleres med langsigtede troværdige forpligtelser om samarbejde fra ledelsens side i form af nogle konstitutionelle begrænsninger. Herved forstås permanente restriktioner på ledelsens muligheder for at forfølge egeninteresser. Medarbejderne vil kunne handle i tillid til, at ledelsen reagerer i overensstemmelse med organisationens kultur. Opretholdelse af et efficient samarbejde afhænger dog også af ledelsens villighed og evne til at gribe ind over for free-riders i organisationen. Her er det endvidere vigtigt, at afstraffelsen står i et rimeligt forhold til unddragelsens karakter og omfang (Kreps, 1990; Miller, 1992).

Af flere grunde er det lettere for ledelsen i mindre end i større organisationer at skabe en produktiv virksomhedskultur. I enhver organisation er kulturens produktivitsfremmende effekt betinget af, at det bagvedliggende handlingsprincip er simpelt og alment kendt i organisationen, samt at det anvendes konsistent. I takt med, at en organisation bliver større og skal varetage flere forskellige typer af opgaver, vil det handlingsprincip, der ligger til grund for organisationens kultur, i stigende grad komme i anvendelse i situationer, hvor princippet virker malplaceret og inefficent. Herudover vil ansigt-til-ansigt kommunikation mellem ledere og medarbejdere være nemmere i mindre end i store organisationer. Desuden er det lettere for ledelsen i mindre organisationer at identificere og dermed foretage en individuel og situationsbestemt sanktionering af unddragende medarbejdere. Herved kan ledelsen bevare sit omdømme for at ville samarbejde, fastholde samarbejdet på et højt niveau og gøre det lettere at genskabe fuldt samarbejde. Endelig

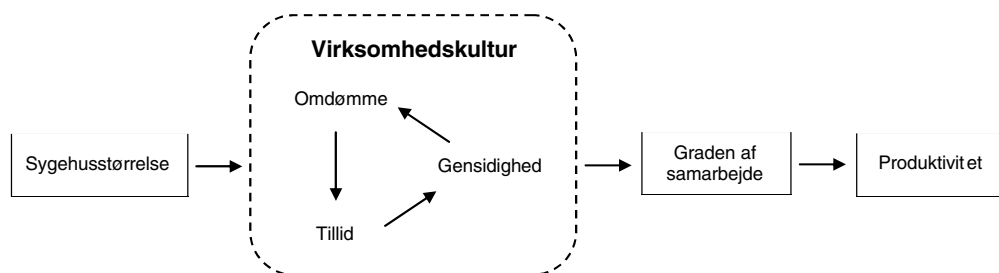
gælder for de konstitutionelle begrænsninger, at de er nemmere for ledelsen at implementere i mindre organisationer - eksempelvis muligheden for at komme i dialog med ledelsen (Kreps, 1990; Miller, 1992).

Til trods for den teoretiske opdeling mellem den horisontale og vertikale relation er det de samme grundlæggende relationer mellem organisationsstørrelse, virksomhedskultur og produktivitet, der gør sig gældende. Begreberne tillid, gensidighed og omdømme, der alle indvirker på hinanden, er således kernebegreber i forståelsen og beskrivelsen af virksomhedskultur. Kulturen får sin produktivitsfremmende rolle ved at influere på graden af samarbejde i organisationen. Nedenstående figur 1, der er inspireret af Ostrom (1998; 2003), sammenfatter den overordnede relation mellem sygehusstørrelse, virksomhedskultur og produktivitet.

form resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen. De nævnte teoretiske betragtninger vedrørende virksomhedskulturen og dens størrelsesbetingede karakteristika bevirker, at det bliver interessant at sammenholde de to grupper af sygehuse overfor hinanden. De rapporterede procentuelle forskelle refererer således til differencen i de gennemsnitlige værdier for de to grupperinger af sygehuse overfor hinanden⁵

Vedrørende den horisontale relation mellem medarbejderne er tilstedeværelsen af en gensidighedsnorm samt graden af social interaktion/ansigt-til-ansigt kommunikation de vigtigste dimensioner i en produktiv organisationskultur. For alle disse dimensioner og tilhørende aspekter forventes det, at de små hospitaler vil klare sig bedre end de store hospitaler. Analyseresultaterne bekræfter delvist denne forventning. For de to aspekter af

Figur 1. Sammenhængen mellem sygehusstørrelse, virksomhedskultur og produktivitet.



5. Resultater

Til den empiriske belysning af virksomhedskulturen er der foretaget en komparativ spørgeskemaundersøgelse blandt 600 sundhedsfaglige medarbejdere på 4 udvalgte sygehuse – 2 små og 2 store. De to store sygehuse tilhører sygehusgruppe 1, mens de to mindre sygehuse tilhører sygehusgruppe 3 og 4. Nedenstående tabel 3 og 4 viser i komprimeret

gensidighedsnormen samt lighedsnormen er der tale om en stærk signifikant forskel i den forventede retning mellem de to grupper af sygehuse. Forskellene varierer mellem 7,0 og 9,9 procentpoint. Vedrørende den sociale interaktion kan der ikke konstateres nogen statistisk signifikant forskel mellem de to sygehusgrupperinger. Forskellene mellem de små og store sygehuse i den horisontale relation er dog samlet set generelt robuste og af en ik-

Tabel 3. Den horisontale relation

Dimension	Små vs. Store (procentpoint)
Lighedsnorm	+ 7,0 ***
Gensidighedsnormen	
– hjælpeaspekt	+ 9,9 ***
Gensidighedsnormen	
– afstraffelsesaspekt	+ 9,3 ***
Social interaktion	+ 3,3

***: Signifikant på et 1 procents niveau

ke ubetydelig størrelse.

Det kan således konstateres, at gensidighedsnormen generelt er mere udbredt på de mindre sygehuse. Personalet på de mindre hospitaler er i højere grad i stand til at hjælpe kolleger, der samarbejder, samt sanktionere aktører, der unddrager sig samarbejde på bekostning af organisationens overordnede produktivitet. Med hensyn til det sidste er det nærmere bestemt den milde form af afstraffelsesaspektet i form af konstruktiv dialog om kollegers arbejdsindsats, der varierer mellem sygehuse. De fundne forskelle i udbredelsen af hjælpeaspektet kan ud fra teorien forklares med, at det sundhedsfaglige personale på de små hospitaler i højere grad end på de store føler et ansvar for at hjælpe deres kolleger, som uforskyldt er havnet i en arbejdssituation, der er forbundet med ekstra arbejde. Analysen af aspektet viser, at det er viljen til at hjælpe kolleger i arbejdsmæssige vanskeligheder frem for påskønnelsen af andres flid, der varierer mellem sykehusgrupperne.

Afstraffelsesaspektets påviste forskelle kan på baggrund af teorien forklares med, at der til afstraffelse er knyttet et selvstændigt socialt dilemma, hvis mulige håndtering blandt andet afhænger af sygehusets størrelse. I mindre organisationer vil det således være

nemmere at identificere enkeltpersoner, der unddrager sig arbejde, samt være forbundet med større marginal nytte for den, der påtager sig sanktioneringen. Analysen viser, at det er den milde form af afstraffelsesaspektet, der varierer mellem sykehusgrupperne frem for eksempelvis den mere aktive og konfronterende reaktion i forhold til kolleger, der ikke udfører en god arbejdsindsats. De fundne forskelle i lighedsnormen afspejler den teoretiske forventning om, at en lighedsnorm er den oftest forekommende sociale norm i små grupper. Heri ligger en antagelse om, at lighedsnormen er mere fremherskende blandt medarbejderne på de små sygehuse. Følelsen af ligeværdighed bevirker, at personalet føler et ansvar for, at samarbejdet fungerer, og at eventuelle free-riders i sidste ende sanktioneres – også selv om dette medfører kortsigtede omkostninger for den enkelte aktør.

En høj grad af social interaktion / ansigt-til-ansigt kommunikation mellem de ansatte kan være med til at skabe en fælles forventning blandt personalet i organisationen om, at de andre aktører også ønsker at samarbejde. Dette kan være en medvirkende faktor til at sikre et udbredt samarbejde i organisationen som helhed. I forhold til de kolleger, som respondenterne arbejder sammen med dagligt eller jævnligt, kan der ikke konstateres nogen forskelle i udbredelsen af social interaktion / ansigt-til-ansigt kommunikation. Dette kan skyldes den forholdsvise konservative afgrænsning af begrebet kolleger. Når der anlægges en mindre restriktiv afgrænsning af begrebet kolleger, kan der imidlertid konstateres en signifikant forskel på 9,1 procentpoint i den forventede retning mellem de to grupper af sygehuse. Det sidste kan ud fra teorien forklares med, at det alt andet lige er lettere for mennesker at kommunikere ansigt-til-ansigt med de fleste eller ligefrem med alle i en mindre end i en større organisation.

I den vertikale relation mellem ledelsen og medarbejderne er tilstedeværelsen af konsti-

tutionelle begrænsninger, ledelse efter et ensartet handlingsprincip samt ledelsens evne til konflikthåndtering nøgledimensioner i relation til en produktiv organisationskultur. For alle dimensioner forventes det, at de mindre hospitaler vil klare sig bedre end de større hospitaler. Analyseresultaterne bekræfter denne forventning. For alle dimensioner er der tale om en stærk signifikant forskel i den forventede retning mellem de to grupper af sygehuse. Forskellene varierer mellem 15,1 og 16,5 procentpoint. Forskellene mellem de små og store sygehuse i den vertikale relation er således robuste og af en betydelig størrelse.

Forskellene i udbredelsen af de konstitutionelle begrænsninger vedrører nærmere bestemt, at medarbejderne på de mindre sygehuse oplever at have en større indflydelse på beslutninger i organisationen. Denne opfattelse genfindes vedrørende ledelsens hensyntagen til den enkelte medarbejder i forbindelse med en konkret ledelses- og planlægningsopgave, nemlig fordelingen af vagter blandt personalet. Desuden har personalet på de mindre sygehuse markant lettere ved at komme i dialog med de forskellige ledelsesni-

Analysen viser, som forventet, at handlingsprincipperne vurderes højere på de små end på de store sygehuse. Sygehusledelsens udstukne værdier er således mere kendte, klare og meningsfyldte i relation til personalets dagligdag på de små end på de store hospitaler. Desuden håndterer sygehusledelsen enkeltsager på en mere konsistent måde på de små hospitaler. Den større udbredelse af handlingsprincipper på de små sygehuse understreges af, at ledelsen her oftere taler med personalet. Forskellene kan ud fra teorien forklares med, at der eksisterer et trade-off mellem en organisations opgavemæssige kompleksitet (det vil sige størrelse) og handlingsprincippernes produktivitetsfremmende egenskaber. De produktivitetsfremmende effekter er betinget af, at handlingsprincippet er simpelt og alment kendt i organisationen, samt at det anvendes konsistent. I takt med, at en organisation bliver større og skal varetage flere forskellige typer af opgaver, vil det handlingsprincip, der ligger til grund for organisationens kultur, i stigende grad komme i anvendelse i situationer, hvor princippet virker malplaceret og inefficent.

Det kan konstateres, at ledelsen er bedre til konflikthåndtering på de små end på de store sygehuse. Ledelsen på de mindre sygehuse er bedre i stand til at gribe ind overfor unddragelse blandt personalet og spiller generelt en mere aktiv rolle i konflikthåndtering end på de store hospitaler. Når der reageres overfor free-riding sker det samtidig på en mere passende og afmålt facon på de mindre hospitaler. De påviste forskelle kan på baggrund af teorien forklares med, at det alt andet lige vil være nemmere for ledelsen at identificere unddragende medarbejdere i mindre organisationer og dermed være bedre i stand til at håndtere og sanktionere personale, der free-rides.

6. Sygefravær som udtryk for virksomhedskultur

Tabel 4. Den vertikale relation

Dimension	Små vs. Store (procentpoint)
Konstitutionelle begrænsninger	+ 15,1 ***
Handlingsprincipper	+ 16,3 ***
Konflikthåndtering	+ 16,5 ***

***: Signifikant på et 1 procents niveau

veauer i organisationen. Medarbejderne på de små hospitaler føler sig tillige dels mindre udsat for unødigt kontrol, dels at de i højere grad bliver informeret om beslutninger, der har betydning for deres arbejde. Endelig er ledelsen på de små hospitaler bedre til at tage imod kritik fra medarbejderne.

Den komparative spørgeskemaundersøgelse suppleres med en statistisk analyse af alle landets offentlige somatiske sygehuse med sygefravær som udtryk for virksomhedskultur. Forventningen er, at mindre sygehuse har et lavere sygefravær end de større sygehuse, og at et lavt sygefravær er forbundet med en høj produktivitet. Der viser sig at være en signifikant sammenhæng mellem sygehusstørrelse og sygefravær. Mindre sygehuse har mindre fravær blandt deres personale end de store sygehuse ($r = -0,7$). Sammenhængen mellem sygefravær og produktivitet er ligeledes signifikant og peger i den forventede retning. Lavt sygefravær medfører høj produktivitet ($r = -0,4$). Sygefraværets selvstændige effekt på sammenhængen mellem størrelse og produktivitet kan dog ikke endeligt påvises⁶. Meget tyder dog på, at sygehusstørrelse indvirker på virksomhedskulturen operationaliseret teoretisk som graden af samarbejde, der afhænger af begreberne tillid, gensidighed og omdømme, og at kulturen får sin produktivitsfremmende rolle ved at influere på graden af samarbejde i organisationen.

7. Økonomi & ledelse som alternative forklaringsfaktorer

Det statistiske forskningsdesign danner rammerne for en videre analyse, hvor to alternative forklaringsfaktorer på stordriftsulempene inddrages. Disse vedrører nogle af de nyere styrings- og reformtiltag inden for sygehussektoren, nærmere bestemt økonomiske frihedsgrader samt ledelses- og organisationsstruktur.

Amterne har dels på eget initiativ og dels på initiativ fra skiftende regeringer blandt andet søgt at give sygehusene øgede økonomiske frihedsgrader (Kjellberg & Lassen, 2004: 6). Hensigten har været at sikre en mere smidig anvendelse af ressourcerne og give mulighed for i højere grad at disponere i overensstemmelse med egne vurderinger af behovene, hvilket gerne skulle gavne produktiviteten (Christensen, 1990: 430-431). Gennem de

seneste årtier er der ligeledes blevet argumenteret for nye ledelses- og organisationsstrukturer som et middel til realisering af effektiviseringsgevinster i sygehussektoren. Opfordringerne har blandt andet gået på at eksperimentere med nye organisationsformer som eksempelvis centerstruktur samt nye ledelsesmodeller med en mere »entydig« ledelse (Borum, 2003; Sygehuskommissionen, 1997). På baggrund af at have foretaget en spørgeskemaundersøgelse blandt alle landets offentligt somatiske sygehuse viser en samlet analyse med kontrolvariablene økonomiske frihedsgrader og ledelses- og organisationsstruktur samt sygehusstørrelse som uafhængige variable og produktivitet som afhængig variabel, at kun sygehusstørrelse indvirker signifikant på produktiviteten. Tendenserne til stordriftsulempen kan således ikke blot tilskrives de to undersøgte kontrolvariable. Da de to kontrolvariable kun er blevet undersøgt for år 2002, kan disse analyseresultater dog ikke bruges til at afklare, hvorvidt sygehuse der har foretaget ændringer med hensyn til økonomiske frihedsgrader og ledelses- og organisationsstruktur er blevet mere produktive. En panelanalyse, hvor udviklingen i de offentlige sygehusers produktivitet over tid kunne sammenholdes med brugen af disse styringsredskaber, ville muligvis kunne belyse denne særskilte problemstilling.

8. Konklusion

Artiklen har vist, at der er tale om markante stordriftsulempen ved driften af de danske offentlige somatiske sygehuse, og at en størrelsesbetinget virksomhedskultur kan være en betydelig forklaringsfaktor i den henseende. Med andre ord ser de mindre hospitaler ud til at være bedre stillet med hensyn til at skabe en produktiv virksomhedskultur. Disse resultater står i skarp kontrast til de senere års reformtiltag, der har resulteret i en særdeles kraftig reduktion blandt landets mindre sygehuse. Resultaterne bør fordre nytænkning i forbindelse med indretningen af fremtidens sundhedsvæsen. Det bør eksempelvis over-

vejes, om kravene til stadig mere specialiserede funktioner kan honoreres ved at sprede specialerne ud på de mindre og mellemstore sygehuse frem for at samle alle aktiviteter på de store sygehuse.

Litteratur

- Aletras, Vassilis (1997). *The Relationship Between Volume and Scope of Activity and Hospital Costs*, York: York Publishing Services Ltd.
- Ankjær-Jensen & Majbritt Christensen (2003). *Nogle scenarier for den fremtidige sygehusstruktur for de somatiske sygehuse i Danmark*, 2. udg., København: DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- Axelrod, Robert (1984). *The Evolution of Cooperation*, Harmondsworth: Penguin.
- Borum, Finn (2003). »Sygehusledelse under forandring«, s. 15-25 i Finn Borum (red.), *Ledelse i sygehusvæsenet*, København: Handelshøjskolens Forlag.
- Christensen, Jørgen Grønnegård (1990). »Budgetreformer og udgiftsadfærd: Om embedsmænds og politikeres manipulationer og muligheden for at manipulere dem«, *Politica*, vol. 22, nr. 4, s. 422-441.
- Christensen, Jørgen Grønnegård (2003). *Velfærdsstatens institutioner*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Dansk Medicinsk Selskab (1998). *Lægefaglig basis for sygehusvæsenets struktur*, Lægeforeningens forlag.
- Edwards, Nigel & Anthony Harrison (1999). »The hospital of the future. Planning hospitals with limited evidence: a research and policy problem«, *British Medical Journal*, Vol. 319, pp. 1361-1363.
- Ferguson, Brian et al. (1997). *Concentration and Choice in the Provision of Hospital Services*, CRD Report 8 (Summary), NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York.
- Finansministeriet (2002). *Udfordringer og muligheder – den kommunale økonomi frem mod 2010*, Albertslund: Schultz Grafisk.
- Gaynor, Martin & William B. Vogt (2000). »Antitrust and Competition in Health Care Markets«, in A.J. Culyer & J.P. Newhouse (Eds.), *Handbook of Health Economics*, Vol. 1B, pp. 1405-1487. Amsterdam: North-Holland/Elsevier.
- Jones, Andrew M. (2000). »Health econometrics«, in A.J. Culyer & J.P. Newhouse (Eds.): *Handbook of Health Economics*, Vol. 1A, pp. 264-344, Amsterdam: North-Holland/Elsevier.
- Juhl, Allan (2000). *Små eller store sygehuse. Kvalitet og økonomi – Tro eller viden*, København, Evalueringsscenter for Sygehuse.
- Kjekshus, Lars Erik & Terje P. Hagen (2003). »Gammenslåinger av sykehus høyere Effektivitet? Erfaringer fra Norge i 1990-årene«, *Tidsskrift for Velferdsforskning*, Vol. 6, No. 1, 2003, pp. 3-16.
- Kjellberg, Jakob & Anders Blædel Lassen (2004). *Fra Plan til Marked. En kortlægning af anvendelsen af New Public Management inspirerede styringsmodeller i sygehusvæsenet i Danmark*, København: DSI Institut for Sundhedsvæsen (2004).
- Kreps, David M. (1990). »Corporate Culture and Economic Theory«, in Alt and Shepsle (eds.) *Perspectives on Positive Political Economy* pp. 90-133.
- Lomborg, Bjørn (1997). *Forudsætningstest for regression*, internt paper, Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet.
- Miller, Gary J. (1992). *Managerial Dilemmas. The political economy of hierarchy*, Cambridge University Press.
- Olesen, Ole Bent & Niels Christian Petersen (1999). *Måling af sygehusets produktivitet. En anvendelse af DEA-metoden og DRG-systemet*, København, Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Olesen, Ole B. (2004). *Anvendelse af Data Envelopment Analysis til produktivitetsevaluering af danske sygehuse for perioden 2000-2002*, version 1.4.04, hentet på <http://www.sdu.dk/Adm/Nyheder/Andre/DEArappor/DRGDEArap.pdf>
- Ostrom, Elinor (1998). »A Behavioral Approach to the Rational Choice Theory of Collective Action: Presidential Address, American Political Science Association, 1997«, *The American Political Science Review*, Vol. 92, No. 1, pp. 1-22.
- Ostrom, Elinor (2003). »Toward a Behavioral Theory Linking Trust, Reciprocity, and Reputation«, pp.19-79 i Ostrom, Elinor & James Walker (red.), *Trust and Reciprocity. Interdisciplinary Lessons from Experimental Research*, New York: Russell Sage Foundation.
- Pedersen, Kjeld Møller (2003). »Sygehusets fremtidige organisation – muligheder og tendenser«, pp. 99- 111 i Hildebrandt, Klausen & Nielsen (red.),

Sygehusledelse: Temaer, Perspektiver, Udfordringer, København: Munksgaard.

Pickering, J. F. (1974). *Industrial Structure & Market Conduct*. London, Martin Robertson & Co.

Posnett, John (1999). »The hospital of the future. Is bigger better? Concentration in the provision of secondary care«. *British Medical Journal*, Vol. 319, 16. oktober, pp. 1063-1065.

Scharpf, Fritz W. (1997). *Games Real Actors Play. Actor-Centered Institutionalism in Policy Research*. Boulder: Westview Press.

Scott, Richard W.; Martin Ruef; Peter J. Mendel & Carol A. Caronna (2000). *Institutional Change and Healthcare Organisations*, Chicago: The University of Chicago Press.

Sowden, Amanda J. et al. (1997). *Concentration and Choice in the Provision of Hospital Services. The Relationship Between Hospital Volume and Quality of Health Outcomes*, CRD Report 8, Part I, NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York.

Sundhedsstyrelsen (2003). *Virksomheden ved sygehuse 2001*, København: Sundhedsstyrelsen.

Sygehuskommissionen (1997). *Udfordringer i Sygehusvæsenet*, Betænkning fra Sygehuskommissionen. København: Betænkning nr. 1329.

Winter, Søren (1998). *Implementering og effektivitet*. Herning: Systime.

Noter

1. Produktivitet vedrører forholdet mellem produktionsfaktorer (input) og præstationer (output) (Winter, 1998: 127). Frem for at se på allokering og ressourceforbrug i sundhedssektoren som helhed omhandler produktivitetsanalyser således effektivitet på mikroniveau i form af de enkelte somatiske sygehuses produktivitet (Christensen, 2003: 153).
2. Særlige sygehuse (sygehusgruppe 111) for blandt andet efterbehandling, gig, ortopædkirurgi og sukkersyge er udeladt af undersøgelsen, idet der er tale om sygehuse, som ikke lader sig entydigt rubricere efter aktivitets- og kapacitetsmål.
3. DKDRG- og DAGS-data for 2002 hentet fra Sundhedsstyrelsens database eSundhed (opdateret den 25. marts 2004).
4. Den ustandardiserede beta-koefficient for sygehusgruppe divideret med simpelt gennemsnit for produktivitet: 0,04423/0,90.

5. Det er de aggregerede individholdninger, der sammen udgør det enkelte sygehus' virksomhedskultur, og der gennemføres en T-test af forskellen mellem de gennemsnitlige værdier for de to grupperinger af sygehuse:

$$\frac{\bar{x}_a + \bar{x}_b}{2} - \frac{\bar{x}_c + \bar{x}_d}{2} \quad \text{Det tilhørende konfidens interval udregnes da som}$$

$$\left(\frac{\bar{x}_a + \bar{x}_b}{2} - \frac{\bar{x}_c + \bar{x}_d}{2} \right) \pm z_{\alpha/2} \sqrt{\frac{s_a^2}{n_a} + \frac{s_b^2}{n_b} + \frac{s_c^2}{n_c} + \frac{s_d^2}{n_d}}$$

Der er anvendt 7-punkts Likert-skalerede spørgsmål og de procentuelle forskelle udtrykker, hvor meget differencen mellem de store (*c* og *d*) og små (*a* og *b*) sygehuse udgør af den underliggende skalas spændvidde (7-1 = 6). De gennemførte hypotese-tests relaterer sig til populationen af personale på de 4 sygehuse.

6. Grundet en høj grad af lineær korrelation mellem de to uafhængige variable opstår der multikollinearitet, når disse to variables samlede effekt på produktiviteten søges testet gennem en multipel regression (Lomborg, 1997).

Politisk kronik

2. halvår 2004

Lektor Lars Bille, Institut for Statskundskab, Københavns Universitet

Den politiske sommerføljeton kom til at handle om Danmarks overholdelse af de internationale konventioner vedrørende menneskerettigheder. På baggrund af en rapport om menneskerettighedssituationen i Danmark udarbejdet af Europarådet fremførte dette råds menneskerettighedskommissær Alvaro Gil-Robles i et interview i Politiken den 14. juli, at de stramme danske regler om familiesammenføring ubetinget overtrådte Den Europæiske Menneskerettighedskonventions bestemmelser om, at alle har ret til et familieliv. Kritikken blev afvist af flygtninge- og integrationsminister Bertel Haarder og Socialdemokratiets politiske ordfører Frank Jensen fandt, at det var regeringens ansvar at sørge for at lovgivningen overholdt konventionerne. Partiet havde støttet lovgivningen for at sikre, at der ikke blev gennemført tvangsægteskaber, og den holdning havde partiet stadig.

Dette fik den radikale leder Marianne Jelved til den 17. juli nok så bastant at erklære, at hvis Socialdemokraterne ikke efter et valg gik med til at ændre reglerne om familiesammenføring, så de respekterede menneskerettighederne, blev der intet regeringssamarbejde mellem de to partier. Dermed var sagen om 24-års reglen blevet løftet op på et andet og ganske interessant politisk niveau. Det blev ikke mindre interessant af, at hendes

svar på spørgsmålet, om de radikale ville pege på Mogens Lykketoft som ny statsminister, bestod i en henvisning til, at det ville en udvidet hovedbestyrelse i partiet tage stilling til, når den tid kom. Det var ikke en afvisning, men det var heller ikke et tilsagn.

Sagen genoplivede i et vist omfang den interne debat i Socialdemokratiet. Nogle amtsformænd og medlemmer af partiets hovedbestyrelse ønskede enten helt at fjerne 24-årsreglen eller i hvert fald at lempe reglerne for familiesammenføring, medens flere socialdemokratiske borgmestre fra kommuner med mange indvandrere var kategoriske modstandere af lempelser. De fandt støtte hos Karen Jespersen, mens de andre fandt støtte hos blandt andet den tidligere partiformand Svend Auken.

Da partiformand Mogens Lykketoft vendte hjem fra sommerferie – nu uden fipskæg – fastslog han i TV-Avisen den 1. august, at han ikke kunne se noget bedre bud end en fastholdelse af 24-års reglen. Partiet havde i maj 2003 fastlagt dets udlændinge- og integrationspolitik. Den var med varierende glæde accepteret af alle folketings- og hovedbestyrelsesmedlemmer. Partiet kunne ikke – med den forhistorie præget af uklarhed og uenighed i dette spørgsmål som partiet havde – leve med en fornyet uklarhed. Politikken lå fast. Om konsekvenserne af dette standpunkt

med hensyn til et regeringssamarbejde med Det Radikale Venstre, var det hans opfattelse, at hvis der var områder, hvor de ikke kunne blive enige om at ændre noget, så måtte de lade være med at ændre noget.

Den opfattelse delte Marianne Jelved langt fra. Det var hjerteblod for Det Radikale Venstre, at udvikle et internationalt retssamfund med stærke internationale organisationer. Derfor skulle en dansk regering rette sig ind efter en kritik, der kom fra en sådan organisation. Efter et hovedbestyrelsesmøde i Socialdemokratiet den 13.-14. august søgte Mogens Lykketoft at bløde en anelse op i forholdet til de radikale ved at sige, at socialdemokraterne under ingen omstændigheder kunne stå inde for en lovgivning, der stred mod menneskerettighedskonventionerne. De mente blot ikke, at 24-års reglen var i strid med konventionerne. Og i øvrigt var det en sag for domstolene at afgøre. Der var på mødet kun et par enkelte, der ønskede en ny debat om udlændingepolitikken. Det var stadig et socialdemokratisk ønske at danne regering med de radikale, men en ren socialdemokratisk regering blev dog ikke udelukket. Det sidste blev et par dage senere kraftigt støttet af den tidligere indenrigsminister Karen Jespersen. Hun var af den overbevisning, at hensynet til en stram udlændingepolitik klart burde sættes over hensynet til muligheden for et regeringssamarbejde med de radikale. Socialdemokraternes garanti for, at konventionerne skulle holdes, blev noteret med tilfredshed af de radikale efter deres sommergruppemøde 18. august. Men partiet fastholdt, at det var et ultimativt krav for regeringsdeltagelse.

Europarådets kritik af de danske regler havde ført til, at regeringen havde bedt embedsmændene i Flygtninge-, Justits- og Udenrigsministeriet om at gennemgå reglerne. Den 22. september offentliggjorde regeringen notatet, som afviste kritikken fra Europarådet. Regeringen konkluderede, at de danske regler var i fuld overensstemmelse med menne-

skerettighederne. Det var ikke helt den samme konklusion det danske Institut for Menneskerettigheder var nået frem til i den rapport, instituttet offentliggjorde den 4. oktober. Det hed heri, at 24-års reglen ikke i sig selv var en overtrædelse af de internationale konventioner, men at den blev administreret i strid med konventionerne i de tilfælde, hvor reglen ramte skævt og gik ud over mennesker, som ikke var involveret i tvangsægteskaber, eller hvor danske statsborgere blev tvunget til at flytte til udlandet med deres udenlandske ægtefælle. Dermed var fokus flyttet fra selve loven til administrationen af den, og da 24-års reglen isoleret set ifølge instituttet ikke var i strid med internationale konventioner, så var dens afskaffelse ikke længere et ultimativt krav fra de radikale.

Her sluttede føljetonen med en fornyet tilnærmelse mellem de radikale og Socialdemokraterne. Men den havde demonstreret, at der på det udlændingepolitiske område var en flanke i regeringsalternativet, som kunne åbnes igen, et forhold som regeringspartierne ganske givet ville vide at udnytte maksimalt, når folketingsvalget skulle afholdes en gang i løbet af 2005.

Socialdemokratiet holder kongres hvert år, men hvert fjerde år er kongressen af længere varighed, og der kan vedtages politiske programmer, partiets love kan behandles og tilidsfolk kan vælges. Det var en sådan kongres, der afholdtes i Ålborg den 9.-12. september. En af de vigtigste sager, der skulle behandles, var vedtagelsen af et nyt principprogram »Hånden på hjertet«. Udkast til indholdet havde i et par år været til debat blandt medlemmerne i de lokale partiforeninger. I det oprindelige udkast var ordet socialisme ikke medtaget, men modstanden mod, at det ikke indgik i teksten, var så stor hos medlemmerne, at det i den endelige version forblev i programmet. Det hed således, at et af partiets mål var »at udbrede demokrati, demokratisk socialisme, global lighed, international soli-

daritet og sikkerhed«. Den øgede betoning, som allerede var blevet indarbejdet i programmet fra 1992, af at skabe større rum for individuelle løsninger og for at indrette fællesskabet så den enkelte i højere grad fik medindflydelse og valgmuligheder, forstærkedes yderligere i det nye program. Dog ikke mere end at det stadig fastholdtes, at friheden kun var ægte, hvis den var for alle, og at friheden skulle sikres gennem fællesskabet. Men 1977-programmets marxistisk inspirerede samfundsanalyse og vokabularium var der ikke noget tilbage af.

Partiformand Mogens Lykketofts kongrestale var selvfølgelig et langt skarpt angreb på regeringen og en gentagelse af de syv punkter om, hvad Socialdemokraterne ville gøre, når – og ikke hvis – de generobrede regeringsmagten. Talen, som ikke indeholdt nye politiske meldinger, blev pænt modtaget af de godt 700 kongresdeltagere, heraf 485 stemmeberettigede. Trods flere indlæg under debatten om partiets problemsager, som for eksempel efterløn og udlændingepolitik, lykkedes det for ledelsen af få afviklet kongressen, så den udadtil demonstrerede enighed og en vis portion optimisme. Det kneb mere med begejstringen. Den blev til gengæld tildelt Poul Nyrup Rasmussen på baggrund af resultatet til europaparlamentsvalget i juni. Socialdemokraternes veneration for formænd, der ikke længere var formænd, fornægtede sig ikke.

På kongressen advarede tidligere indenrigsminister Karen Jespersen stærkt imod, at EU gav Tyrkiet en dato for, hvornår optagelsesforhandlingerne skulle påbegyndes. Hun foreslog, at der skulle afholdes en folkeafstemning i Danmark om optagelsen. Det vandt ikke genklang blandt de delegerede og slet ikke i partiledelsen. Det var dråben der fik bægeret til at flyde over. Afstanden mellem hendes holdninger til udlændingepolitikken og den linie ledelsen fulgte var blevet for stor, en afstand der efter hendes vurdering ikke ville blive mindre, når Socialdemokrater-

ne stræbte efter et regeringssamarbejde med Det Radikale Venstre. Den stramme udlændingepolitik ville så ikke kunne opretholdes, snarere tværtimod, til skade for sammenhængskraften i det danske samfund. Den 9. oktober drog hun derfor konsekvensen og meddelte sin kredsformand, at hun trådte ud af Folketinget. Det var ikke mange i den socialdemokratiske inderkreds, der beklagede hendes beslutning, men en meningsmåling viste, at en meget stor del af de socialdemokratiske vælgere sympatiserede med hendes synspunkter. De mente tillige, at partiet nu havde mistet et populært aktiv. Trods bestræbelserne for at forhindre det, forvoldte udlændingepolitikken altså stadig problemer.

Det voldte også problemer for Socialdemokraterne, at de skulle finde en ny kandidat til overborgmesterposten i København, efter Jens Kramer Mikkelsen den 7. juni havde meddelt, at han ikke søgte genvalg. Den 16. august erklærede Ritt Bjerregaard, at hun gerne ville lade sig opstille. Hun flyttede derfor med det samme folkeregisteradresse. Hendes melding delte omgående de 16 københavnske opstillingskredse. En del mente, at hun ganske enkelt var for gammel og uden de visioner, som byen behøvede, og desuden vidste hun for lidt om Københavns problemer. Andre fandt, at hun simpelthen var det stærkeste kort, partiet kunne spille ud med i den tætte kamp, alle forventede, der ville blive om overborgmesterposten, et embede Socialdemokratiet havde haft uafbrudt siden 1903. De andre kandidater var partiets politiske ordfører i Borgerrepræsentationen Karen Hækkerup, folketingsmedlem Claus Larsen-Jensen, miljøborgmester Winnie Berndtson, kredsformand Kim Christensen og medlem af borgerrepræsentationen Finn Rudaizky.

For første gang i partiets historie skulle de 3.141 stemmeberettigede partimedlemmer i København gennem en urafstemning afgøre, hvem der skulle være spidskandidat. Da Jens

Kramer Mikkelsen den 27. september overraskende meddelte, at han allerede nu trådte tilbage som overborgmester for at blive administrerende direktør i Ørestadsselskabet, stod socialdemokraterne med et nyt problem. Den socialdemokratiske gruppe var dermed tvunget til at finde en midlertidig afløser til posten. Den ville være en stærk platform for en af kandidaterne, og da Ritt Bjerregaard ikke var medlem af Borgerrepræsentationen, var hun på forhånd udelukket fra at få den fordel. Netop det forhold, at alle skulle stilles lige i valgkampen, var afgørende for, at den socialdemokratiske gruppe på Københavns Rådhus besluttede, at vikaren først skulle udpeges efter urafstemningen den 18. oktober.

Resultatet blev, at Ritt Bjerregaard havde fået 50,4 procent af de afgivne gyldige stemmer, lige akkurat nok til at der ikke skulle holdes en ny afstemning mellem de to højest placerede. Karen Hækkerup fik 19,4 procent og Claus Larsen-Jensen 13,8 procent. Som midlertidig overborgmester valgtes efterfølgende formanden for Hovedstadens Sygehusfællesskab Lars Engberg, en stilling som han derfor måtte forlade. I det hele taget efterlod Jens Kramer Mikkelsens en lang række ledige poster i bestyrelser, råd og nævn, – heraf nogle særdeles økonomisk attraktive og politisk indflydelsesrige. Derfor udspillede der sig en magtkamp om fordelingen af dem, en fordeling som et konsultationsudvalg skulle tage sig af. Det kaldtes også Benudvalget. Bølgerne gik højt, og formanden for Socialdemokratiet i København smækkede kraftigt med døren, da han forlod sin post. I hans sted valgtes den 21. november Jan Salling Kristensen. Partiformand Mogens Lykketoft mente det nødvendigt offentligt at bede kombatanterne om at klappe i.

Mogens Lykketofts utvetydige opfordring skal også ses på baggrund af, at partiet ifølge meningsmålingerne igen var stærkt på vej ned ad, og da han regnede med, at statsministeren ville udskrive valg i begyndelsen af

2005, fik folketingsgruppen den 7. december en opsang om at være mindre defaitistiske og mere engagerede og arbejdsomme. Medierne undlod ikke at pege på – og givetvis ikke uden grund, da de flittigt kunne øse af anonyme kilder – at de politiske forskelle mellem de velkendte fløje i partiet stadigvæk blokerede for en udvikling af partiets politik. Et nyt principprogram havde ikke røkket ved den kendsgerning. Kan hende, at nogle havde blikket mere rettet mod, hvad der skulle ske, når det næste valg blev tabt fremfor at arbejde for, at det blev vundet.

Også Socialistisk Folkeparti besluttede at lægge et væsentligt spørgsmål ud til partimedlemmernes afgørelse. På et hovedbestyrelsesmøde den 5. september besluttedes det med 34 stemmer for, 2 imod og tre der undlod at stemme at afholde en urafstemning blandt medlemmerne, om partiet skulle anbefale et ja eller et nej ved en kommende folkeafstemning om EU's nye forfatningstraktat. De fleste hovedbestyrelsesmedlemmer ville ikke allerede nu melde ud, hvorledes de stillede sig. De ville afvente de forhandlinger, der pågik under statsministerens ledelse med de EU positive partier med henblik på at undersøge mulighederne for, om der kunne indgås et nationalt kompromis.

Efter Venstres sommergruppemøde i begyndelsen af august havde statsminister Anders Fogh Rasmussen nemlig tilkendegivet, at han ønskede, at der blev indgået en national aftale, der foruden Socialdemokratiet, Det Radikale Venstre og regeringspartierne også omfattede Socialistisk Folkeparti. Da Kristendemokraternes hovedbestyrelse med stemmerne 24-23 havde besluttet at anbefale et nej til forfatningstraktaten, deltog de ikke i forhandlingerne. Sidste gang, der blev indgået et nationalt kompromis, var umiddelbart efter, at danskerne i 1992 – blandt andet på anbefaling af Socialistisk Folkeparti – havde stemt nej til Maastricht-traktaten. Vurderingen dengang var, at netop Socialistisk Folkeparti

medvirken i dette kompromis var en af de væsentlige årsager til, at det ved den efterfølgende folkeafstemning i 1993 om Edinburgh-aftalen, som indeholdt de fire danske forbehold, blev et ja. Ved afstemningen om Amsterdam-traktaten havde Socialistisk Folkeparti anbefalet et nej – uden held – men ved afstemningen om Danmarks tilslutning til Euroen i 2000 anbefalede partiet et nej, og det blev et nej. Vurderingen i 2004 var derfor, at det kunne være ganske afgørende for udfaldet af en kommende folkeafstemning, hvorledes Socialistisk Folkeparti valgte at stille sig.

Forfatningstraktaten åbnede op for i den såkaldte passerelleklausul, at det fremover blev muligt for de europæiske stats- og regeringschefer at gå fra at vedtage en beslutning med enstemmighed til at træffe den med kvalificeret flertal i Ministerrådet. Forhandlingerne koncentrerede sig derfor om at opstille en positivliste over de områder, hvor Danmark uden særlige hjemlige procedurer og eventuelle folkeafstemninger fremover kunne gå med til flertalsafgørelser og en negativliste dækkende de områder, hvor dette ikke kunne ske. Socialdemokraterne og Det Radikale Venstre var enige i betydningen af at have Socialistisk Folkeparti med i en aftale, men de udtrykte også bekymring for, at det kunne føre til, at der atter en gang blev lagt for mange bindinger på dansk EU-politik. Sporene med de fire forbehold skræmte, og især de radikale advarede mod at give de enkelte partier en vetoret.

Den 2. november indgik Venstre, De Konservative, Socialdemokraterne, Det Radikale Venstre og Socialistisk Folkeparti et forlig om »Danmark i det udvidede EU«. Aftalen skulle være gældende lige så længe, som den nye forfatningstraktat gjaldt, og den kunne kun ændres, hvis forligspartierne var enige om det. Det havde Socialistisk Folkeparti insisteret på, så aftalen ikke kunne ændres efter et folketingsvalg. De områder, hvor forligs-

partierne gerne så, at EU blev i stand til at træffe beslutning med flertalsafgørelser, var minimumssatser for miljø- og energiafgifter, bekæmpelse af forskellige former for diskrimination, minimumssatser for indirekte afgifter, beslutninger om EU's flerårige finansplanlægning, samarbejde om skatte- og afgiftsunddragelse og afgiftsundgåelse samt administrativt samarbejde herom.

Det havde været et stærkt krav fra Socialistisk Folkeparti, at der blev indarbejdet en slags vetoret. Det var blevet accepteret. Partierne bag aftalen skulle derfor være enige, før Danmark på en række områder kunne acceptere, at EU blev i stand til at træffe beslutninger med flertalsafgørelser. Det gjaldt: arbejdstagerernes sociale sikring og sociale beskyttelse, ophævelse af arbejdskontrakt, repræsentation af kollektivt forsvar for arbejdstagerne og arbejdsgivernes interesser, beskæftigelsesvilkår for tredjelandes statsborgere, handelsaftaler om levering af sociale, sundhedsmæssige og uddannelsesmæssige ydelser, handelsaftaler på de kulturelle og audiovisuelle område, direkte personskatter, samt harmonisering af indirekte afgifter, bortset fra minimumsharmonisering.

Desuden var partierne, også efter pres fra Socialistisk Folkeparti, blevet enige om, at forfatningstraktaten skulle sendes til folkeafstemning alene og først derefter kunne de fire danske forbehold eventuelt sendes til en afstemning. At negativlisten var blevet noget længere end positivlisten skyldtes ønsket om at værne om den danske aftalemodel på arbejdsmarkedet. Også på det punkt havde Socialistisk Folkeparti været aktiv i forhandlingerne. Alt i alt havde de andre partier strakt sig langt for at imødekomme store og væsentlige dele af folkesocialisternes ønsker.

Kritikken af kompromisset fra JuniBevægelsen, Enhedslisten og Dansk Folkeparti var ikke uventet skarp. Kun et rent nej til forfatningstraktaten kunne efter deres vurdering

forhindre tab af dansk suverænitet og mere union. Pia Kjærsgaard rettede især skytset mod Socialistisk Folkeparti, som hun mente nu havde blåstemplet en EU-præsident, en EU-udenrigsminister, fælles EU-flag, nationalmelodi og et farvel til en dansk kommissær.

Men en vigtig brik manglede endnu, nemlig om Socialistisk Folkepartis hovedbestyrelse ville anbefale et ja og efterfølgende, om partiets medlemmer ville følge hovedbestyrelsens anbefaling ved urafstemningen. Partiets EF/EU-historie taget i betragtning var udfaldet heraf, nationalt kompromis eller ej, nemlig langt fra givet på forhånd.

Efter en lang debat på hovedbestyrelsesmødet den 6. november endte afstemningen om et ja eller et nej til forfatningstraktaten med, at 21 sagde ja og 17 sagde nej. Et tema i debatten – såvel forud for mødet som under mødet – var spekulationer om, hvorvidt parti-formand Holger K. Nielsen ville træde tilbage eller ej, såfremt afstemningerne gik ham imod. Selv var han totalt tavs om det spørgsmål. Den EU-skeptiske fløj frygtede derfor, at en usikkerhed herom kunne få de usikre og tvivlende medlemmer til at stemme ja for at undgå den situation, at partiet skulle igennem et formandsopgør. Derfor fremsatte den fløj et forslag til udtalelse, hvori det hed, at hovedbestyrelsen klart afviste, at en nej ved urafstemningen skulle betyde, at Holger K. Nielsen måtte gå af som formand. Det forslag mødte så stærk modstand, at det end ikke kom til afstemning. Usikkerheden om formandens forbliven eksisterede fortsat.

Udskrivningen af urafstemningen havde ført til, at partiet fik mange nye medlemmer. Det blev af flere iagttagere tolket som en fordel for nej-fløjen. Det skulle vise sig at være en forkert vurdering. Den 21. december blev resultatet offentliggjort. 3.130 havde stemt ja til traktaten og 1.774 havde stemt imod. Et overraskende stort flertal for ja-siden. Endnu

en etape på den lange vej fra den totale afvisning af et dansk medlemskab af EF i 1972 var tilbagelagt.

Nøgternt vurderet kan forligsaftalen og resultatet af afstemningerne i Socialistisk Folkeparti godt berettigede til betegnelsen historisk. Rammerne for den danske EU-debat var blevet flyttet fra primært at handle om et ja eller et nej til i højere grad at handle om, hvad EU kunne bruges til ud fra de forskellige ideologiske og politiske positioner de enkelte partier havde med hensyn til retningen i og indholdet af den europæiske udvikling og Danmarks hele placering heri.

Danmark skulle stille med en ny EU-kommissær i forbindelse med sammensætningen af den nye EU-kommission. En ministerudskiftning var derfor ventet. Den fandt sted den 2. august og blev større end blot en enkelt udskiftning. Statsministeren benyttede lejligheden til i god tid at sætte det ministerhold, som skulle stå i spidsen for regeringens valgkamp i 2005. Mod manges forventning blev det ikke Bertel Haarder, der blev regeringens kandidat til at blive EU-kommissær. Han kunne ikke undværes i regeringen. Det blev i stedet fødevareminister Mariann Fischer Boel fra Venstre. Den nye formand for EU-kommissionen José Manuel Barroso havde nemlig ladet statsministeren vide, at han gerne så kvindelige kandidater. Da Bertel Haarder, som han selv udtrykte det, nægtede at gennemgå en kønsskifteoperation, fortsatte han derfor som integrationsminister, men fik udvidet sin portefølje som minister for udviklingsbistand og fik sæde i regeringens magtfulde koordinationsudvalg.

Regeringsrokadens store overraskelse var, at den tidligere konservative politiske ordfører Connie Hedegaard efter 14 år som journalist vendte tilbage som aktiv politiker, idet hun blev udnævnt til miljøminister. De konservative havde store forventninger til hendes come back og i månederne umiddelbart efter

hendes udnævnelse var der da også fremgang i tilslutningen til partiet i meningsmålingerne, en fremgang som blev benævnt Connie-effekten. Den tidligere miljøminister Hans Christian Schmidt fra Venstre blev ny fødevareminister. Den konservative Henriette Kjær flyttede fra Socialministeriet til det nyoprettede Ministerium for Familie- og Forbrugeranliggender. I hendes sted blev venstrekvinden Eva Kjer Hansen ny social- og ligestillingsminister. Skatteminister Svend Erik Hovmand fra Venstre udtrådte af regeringen og erstattedes af partifællen Kristian Jensen. Balancen mellem regeringspartierne var opretholdt, og det var selvfølgelig heller ikke en tilfældighed, at ministeriet var blevet forynget og spindesiden styrket.

Den 12. august præsenterede EU-kommissionens formand José Manuel Barroso kommissionens sammensætning og opgavefordeling. Danmark havde sikret sig, at en af de tungeste poster, landbrugskommissær, gik til Mariann Fischer Boel, som dermed fik ansvaret for cirka halvdelen af EU's budget. Inden udnævnelsen kunne endelig effektueres, skulle hun og de andre kommissærer gennem en habilitetstest i EU og en høring i Europaparlamentet før det endeligt godkendte kommissionen. I den forbindelse blev det et problem for Mariann Fischer Boel, at hun og hendes mand ejede et gods og modtog landbrugsstøtte fra EU, at de sammen med andre havde investeret i en svinefarm i Rusland, og at hun ejede aktier i Danisco, som også modtog landbrugsstøtte. Efter mange europaparlamentarikeres mening havde hun også været for vag og svag under høringen.

Inden den endelige godkendelse af hende skete der imidlertid det helt usædvanlige, at modstanden i Europaparlamentet mod udnævnelse af to andre kommissærer var så voldsom, at Barroso den 27. oktober valgte at trække opstillingen af de 24 nye kommissærer tilbage. Parlamentet havde demonstreret sin øgede magt og kommissionsforman-

den måtte igennem en ny og besværlig forhandlingsproces med de 25 medlemslande, en proces som godt kunne bringe den danske kommissærpost i spil igen. Det endelige resultat af forhandlingerne ændrede dog ikke ved, at Mariann Fischer Boel blev udnævnt.

Den 26. august fremlagde regeringen finanslovsforslaget for 2005. Mod sædvane var det omfangsrige værk ikke uddelt i forvejen til finansudvalgets medlemmer, så de kunne sætte sig ind i stoffet og forberede deres kommentarer til forslaget ved dets fremsættelse. Det var en konsekvens af, at forslaget i august 2004 var blevet lækket til pressen i utide, og dermed havde tvunget finansministeren til at fremsætte det tidligere, end han egentlig havde planlagt. Kampen om hvem der kunne kontrollere og/eller erobre dagsordenen i den politiske debat satte sine spor.

Det var i mangt og meget et pragmatisk og ukontroversielt forslag til den sidste finanslov inden valget i 2005. Forslaget opererede med indtægter på 476,5 milliarder kroner og udgifter på 456,1 milliarder kroner. Overskuddet på 20 milliarder kroner, hvilede på den forudsætning, at det ville lykkes at få 20.000 flere i beskæftigelse, hvilket oppositionen til venstre for regeringen karakteriserede som ganske urealistisk og en gennemgående svaghed ved regeringens hele økonomiske politik.

Regeringen lagde op til nye initiativer på omkring 5 milliarder. Den største satsning var på forskning og uddannelse, hvor regeringen blandt andet ville indskyde tre milliarder kroner i den nye Højteknologifond og tilføre de statslige forskningsbevillinger knap tre milliarder over de næste fire år. Det var renterne fra fondens formue, der skulle bruges til forskning. Uddannelsesområdet, herunder især naturvidenskaberne, skulle over en fireårig periode styrkes med 875 millioner kroner og 400 millioner skulle bruges til efteruddannelse af de kortuddannede. Desuden

afsattes der en række mere beskedne beløb til blandt andet miljøet, børnefamilier, fødevareresikkerhed, bekæmpelse af fedme, integration og kultur.

Der var ikke indarbejdet nogen ekstraordinære besparelser eller finanspolitiske stramninger i forslaget. Indtægterne til de nye initiativer skulle primært komme fra ministerierne og de statslige institutioner, som skulle spare omkring tre procent på deres budgetter. Eller udtrykt på en anden måde, så skulle de budgetforbedre gennem effektiviseringer. Desuden forventedes skatter og afgifter at stige som følge af den økonomiske vækst, samt at udgifterne til dagpenge ville falde i takt med den forventede øgede beskæftigelse. Regeringen forventede også at spare 1,3 milliarder kroner, fordi det faldende antal asylsøgere ville betyde lavere udgifter til integrationen.

Alt i alt var det en særdeles tilfreds og optimistisk finansminister, der fremlagde forslaget. Det var tydeligt, at det ikke i sig selv var på dette »videreførelsesforslag«, at regeringen satsede på at vinde det valg, der måtte komme en gang i 2005. Det var snarere på de allerede gennemførte skattelettelser, på skattestoppet, på den stramme udlændingepolitik og på at dansk økonomi faktisk stod i en stærk position sammenlignet med de øvrige lande i EU. At netop skatteløftet var og ville blive et centralt tema i opgøret mellem regeringen og oppositionen fremgik af, at Socialdemokraterne og Det Radikale Venstre i nogle måneder havde forhandlet om et fælles udspil til et skatteloft. Den 1. september fremlagde de resultatet.

Hovedelementerne i deres skatteloft var, at indkomstskatten og skatten på den sidst tjente krone skulle sættes ned, at den offentlige gæld skulle afdrages, at der ikke måtte ske en forhøjelse af skatte- og afgiftstrykket på den enkelte familie, at hvis en skat blev sat op, skulle en anden skat sættes tilsvarende ned,

så skattereformen ikke øgede de samlede skatter og afgifter, at boligskatterne for den enkelte boligejer ikke måtte stige ud over de almindelige lønstigninger og endelig, at en del af skattenedsættelsen skulle finansieres ved at fjerne særordninger fra erhvervslivet, skattehuller og sort arbejde samt en forbedret skatteindkrævning fra internationale virksomheder. Hermed stod skattestop over for skatteloft. Det skulle så senere vise sig, hvilken af de to modeller der var nemmest at forklare for vælgerne.

Forud for finanslovsdebatten i Folketinget fremsatte Socialdemokraterne og Det radikale Venstre den 6. september deres finanslovsforslag. Socialdemokraterne ville bruge 8,7 milliarder kroner ekstra, primært på uddannelse, forskning, børnefamilier ved at nedsætte betaling for børnepasning til maksimalt 1.000 kroner, ulandsbistand, miljø og ældre. Pengene skulle skaffes ved blandt andet at skære i en række tilskud til erhvervslivet, lukning af erhvervslivets skattehuller, og stoppe for skattespekulation. De radikale ville bruge ca. 12 milliarder kroner primært til gældsafvikling, uddannelse og forskning, ulandshjælp og målrettede forbedringer for folkepensionister. De radikale ville finansiere dette ved blandt andet at afvikle støtteordninger for erhvervslivet, afskaffe ældrechecken og tilskud til kommunerne til frit valg af hjemmehjælp og særordninger til pensionister, afskaffelse af atp-tilskud til efterlønnere samt salg af statslige aktiver. Desuden foreslog de radikale en afskaffelse af efterlønnen fra 2015.

Forskellen i de to oppositionspartiets udspil lå først og fremmest i størrelsen af den statslige gældsafvikling, i at de radikale ikke havde afsat midler til den socialdemokratiske mærkesag om max. 1.000 kroner i institutionstakst og ikke mindst i de radikales ønske om at begynde en afviklingen af efterlønnen. Efterlønnen var ikke til diskussion i en kommende valgperiode, hed det fra Mogens Lyk-

ketoft. Her var endnu et par områder, hvor regeringspartierne kunne så tvivl om, hvorvidt de to partier udgjorde et realistisk regeringsalternativ.

Debatten den 7. september om finanslovsforslagene såvel som debatten om statsministrens åbningstale den 7. oktober rykkede ikke ved de allerede kendte uenigheder og konstellationer. Det stod fortsat klart, at regeringen skulle gennemføre finansloven med støtte fra Dansk Folkeparti. Allerede på sommergruppemødet den 5. august havde partiet præsenteret en afgørende betingelse for endnu en gang at støtte regeringen, nemlig at den skulle opfylde aftalen fra finansloven for 2004 om at prioritere hjemsendelsen af afviste asylsøgere højt og samtidig sikre, at hjemsendelserne faktisk skete. Det var efter partiets mening nemlig ikke sket, og det grænsede til aftalebrud. Derudover var en forhøjelse af ældrechecken også et krav.

Den 28. oktober fastholdt Dansk Folkeparti, at det ikke ville indlede realitetsforhandlinger med regeringen, før der var aftalt en egentlig hjemsendelsesplan for de omkring 2.200 personer, der havde fået afslag på asyl eller humanitær opholdstilladelse. Hvor detaljeret en sådan plan skulle være, sagde partiet ikke noget om til offentligheden, så det kunne skrue op og ned for kravene under forhandlingerne bag de lukkede døre. Først den 8. november blev parterne enige om en aftale. Den bestod hovedsagelig i en nedskrevet tekst, som præciserede og uddybede den politik regeringen allerede førte, nemlig at regeringen var parat til at sløjfe ulandsbistanden fra lande, som ikke ville modtage egne afviste asylsøgere. Der aftales også en repatrieringsordning, som tilbød afviste asylsøgere fra Irak 17.000 kroner, hvis de frivilligt rejste hjem inden den 1. februar 2005. Efter den dato ville beløbet falde. Aftalen indeholdt intet om, i hvilken hastighed hjemsendelserne skulle ske, men regeringen og Dansk Folkeparti skulle mødes fire gange

årligt for at drøfte udviklingen på området.

Herefter gik det hurtigt med at få den samlede finanslov forhandlet på plads. Forliget blev indgået den 10. november. Dansk Folkeparti fik løftet beløbet til ældrechecken betragteligt. Fra at være indført første gang i finansloven for 2003 som en engangsydelse, blev den i den næste finanslov gjort permanent, og nu var det samlede beløb kommet op på 1,2 milliarder kroner, der skulle fordels til 204.000 pensionister, der kunne få op til 6.200 skattepligtige kroner. Der blev også afsat flere penge til sundhedsområdet med specielt fokus på kræftbehandling og medicinske patienter, til fængselsvæsenet, samt yderligere en milliard kroner til grundforskning indskudt i Højteknologifonden. Afgifterne på øl og vin sattes ned, mens afgifterne på tobak og alkoholsodavand sattes op, hvilket straks fik oppositionen til at beskyldte regeringen for at bryde dens eget skattestop, hvad den selvfølgelig afviste.

Kristendemokraterne deltog i et delforlig (214 millioner kroner) om en familiepakke som blandt andet afsatte 60 millioner kroner til hospicepladser og 62 millioner kroner til børn og børnefamilier, og Socialistisk Folkeparti og Det Radikale Venstre indgik i et andet delforlig på kulturområdet (156 millioner kroner), et forlig som hverken Socialdemokraterne eller Enhedslisten havde været inviteret til forhandling om, men som de efterfølgende tilsluttede sig. Men delforligene var så afgjort i småpengeafdelingen. Alt væsentligt var aftalt med Dansk Folkeparti, som nu for tredje gang tog sig godt betalt for at støtte regeringens finanslov, hvis hovedsigte var ikke at provokere ret mange, men at skabe størst mulig tryghed for de flest mulige forud for et valgår. Finansloven blev uden problemer vedtaget den 15. december.

Andet halvåret 2004 var – når der ses bort fra det nationale kompromis – uden større lov-

komplekser eller nye initiativer. Regeringen fik den 24. november tilslutning fra Socialdemokraterne og Det Radikale Venstre til en yderligere forlængelse på seks måneder af den danske indsats i Irak, men det skete ikke uden en vis betænkelighed fra deres side. Den 24. september aftalte regeringen med Dansk Folkeparti, hvorledes de omkring 14.000 offentlige arbejdspladser som efter amternes nedlæggelse og regionernes oprettelse skulle fordeles ud over landet. De endelige regionsgrænser og den fremtidige opgaveplacering inden for miljø og kultur blev også fastlagt.

Regeringen fremsatte den 1. december 48 lovforslag, der skulle indholdsudfylde det forlig, den havde indgået med Dansk Folkeparti om Strukturreformen. Indenrigsminister Lars Løkke Rasmussen opfordrede atter Socialdemokratiet og Det Radikale Venstre til at gå aktivt ind i forhandlinger, men de fandt ikke, at der var ændret afgørende på de forhold, herunder især de økonomiske konsekvenser af reformen, der for et halvt år siden havde bevirket, at de havde besluttet sig for ikke at indgå forlig med regeringen. De ønskede en høring om konsekvenserne af reformen.

Kirkeminister Tove Fergo, som til fleres overraskelse ikke blev inddraget i regerings-

rokaden, blev i realiteten sat under administration. En ny departementchef i Kirkeministeriet blev udnævnt. Ombudsmanden konkluderede, at ministeriet var inhabilt i en sag om lønforhøjelse til Tove Fergo's mand, og Rigsrevisionen fastslog, at ministeriet ikke havde bevillingsmæssig hjemmel til at give lønforhøjelsen. Selv Dansk Folkeparti var begyndt at miste tålmodigheden med kirkeministeren.

Det partipolitiske samarbejdsmonster var ikke blevet ændret i løbet af efteråret. Den politiske debat og partiernes meldinger var tydeligt præget af, at et folketingsvalg skulle afholdes inden for et års tid. Luften på Christiansborg var således tyk af valgrygter forud for Folketingets åbning, og de blev gentaget i forbindelse med finanslovsforhandlingerne og blev gentaget endnu en gang op til årsskiftet. Forventningen var nu, at statsministeren ville trykke på knappen i forbindelse med nytårstalen til nationen. Gentages den slags profetier ofte nok, må de jo nødvendigvis blive sande på et tidspunkt.

Manuskriptet afsluttet den 15. marts 2005.

Anmeldelser

**Peter Munk Christiansen,
Asbjørn Sonne Nørgaard & Niels Chr. Sidenius:
Hvem skriver lovene? Interesseorganisationer og
politiske beslutninger.**

Århus: Aarhus Universitetsforlag, 2004, 318 s.

På et tidspunkt var der en heftig debat om magtudredningen. Et af kritikpunkterne var, at der var alt for få case-studier, som i dybden analyserede, hvordan det egentlig var. Det kan diskuteres, hvor væsentlig en kritik, det er, men nærværende bog imødegår den. Det gælder så meget mere, som bogen akkompagnerer en anden af Magtudredningens mange udgivelser, nemlig Munk Christiansens og Nørgaards *Faste forhold – flygtige forbindelser*¹, der netop var en generel analyse af udviklingen i interesseorganisationernes placering i dansk politik og forvaltning.

I *Hvem skriver lovene?* indgår i alt ni case-studier. De spænder over tre ressortområder og dækker perioden fra begyndelsen af 1970'erne til slutningen af 1990'erne. Der er således tre studier inden for det gamle arbejdsministeriums område, tre inden for Handels-, senere Industri- og Erhvervsministeriets område og endelig tre fra Forurenings-, senere Miljøministeriets område. Det er på alle måder velvalgt. For med dette udvalg af sager, er der taget afsæt i den velkendte teori om, at interessekonstellationen på et område sandsynligvis har konsekvenser for graden af organisering og for den politiske proces, hvori også regering og forvaltning, partier og parlament indgår. Det er en god og fornuftig analysestrategi, der hermed er lagt.

Lad det være sagt straks. Der er tale om et solidt og omfattende arbejde. De tre forfattere har haft adgang til de ministerielle arkiver, som ud over ministeriernes og regeringens dokumenter i betydeligt omfang også indeholder materiale fra interesseorganisationer-

ne. Selv om de skrevne kilder på ingen måde indeholder al relevant information, er der god grund til at antage, at forfatterne med deres omfattende og efter alt at dømme omhyggelige arkivstudier, kommer rigtigt tæt på at kunne afdække lige netop, hvordan det egentlig var – i de ni cases.

De tre forfattere har valgt en metode, som fremstår som narrativ. Umiddelbart har det meget for sig, for ved at lade kilderne tale maksimerer de den information, som de kan få ud af deres cases. De er imidlertid ikke historikere, men politologer, og det rejser to rigtigt gode spørgsmål. Det første er ligetil og simpelt: Hvad kan deres grundige gennemgang af førstehåndskilderne fortælle om interesseorganisationernes deltagelse i forberedelsen af ny lovgivning, og hvad kan den specielt føje til det billede, som ikke mindst deres egen generelle analyse har tegnet? Det andet er lidt mere tricky: I hvilket omfang og på hvilken måde, skal en case-studie, som er lagt narrativt op, forankres teoretisk? Og hvad hvilket teoretisk bidrag giver den narrative analyse?

Svaret på det første spørgsmål er umiddelbart enkelt og falder i to led. På et meget generelt plan er der således ikke tvivl om, at *Hvem skriver lovene?* understøtter den generelle viden, der er indsamlet ved hjælp af spørgeskema- og håndbogsdata: Der er tæt samspil mellem organisationerne, regeringen og centraladministrationen, og der er yderligere siden 1970'erne sket et vist skifte i den måde, hvorpå samspillet mellem forvaltning og organisationer finder sted. På et lidt mere specifikt og måske også mere sigende plan tilføjer case-studierne imidlertid information, som korrigerer det etablerede billede. 1970'ernes folketing og ministre var ikke afskåret handlings- og indflydelsesmuligheder. Og den fordums så stærke korporatisme var ikke afgået ved døden, da man nåede ind i 1990'erne. En tredje iagttagelse er, at den

wilson'ske logik, som ligger bag udvælgelsen af cases, og som andre også har brugt, er simpel og derfor appellerer den umiddelbart. Alligevel er spørgsmålet, hvor frugtbar den i længden er. To overvejelser illustrerer det. Kilderne synes således at antyde, at Mancur Olsons kollektive handlingslogik har langt mere for sig: Organisationer med snævre og velafgrænsede sager har væsentligt nemmere ved at formulere sig under lovforberedelsen end store og bredtfavnende organisationer som Industrirådet/dansk Industri og LO. Og miljø- og forureningsmyndighederne er ikke så meget ramt af interessekonstellationen på området, som af den omstændighed, at det tager tid at bygge en organisation og en strategisk praksis op, selv om det nye ministerium rider på en ny og stærk politisk bevidsthed om, at der er gamle problemer, som kræver politisk indgreb.

Det er ikke en kritik, snarere en konstatering af det stærke potentiale, der ligger i serien af grundige og efter ét kriterium omhyggeligt udvalgte cases. Potentialet er imidlertid større end som så. Det kommer klart frem, når man overvejer analysens teoretiske forankring og mulighederne for med udgangspunkt i den meget narrative case-analyse at yde et teoretisk bidrag. Det er i den sammenhæng iøjnefaldende, at forfatterne i bogens kapitel 2 kun giver en meget kort teoretisk præsentation, og at denne præsentation er ganske rund og åben. Fordelen er, at det er kort og let tilgængeligt, men der er en pris at betale. Det er endnu mere iøjnefaldende, at de ni empiriske kapitler kun er svagt styret af teorien. Det gælder også for den implicite teorianvendelse og -styring. Det er virkelig kilderne, der taler – somme tider sufleret af forfatternes gisninger. Konsekvensen kan være, at den læser, der undervejs måtte forsøge at styrke sit eget overblik ved at tegne kasser og pile, risikerer at ende i en analytisk labyrint.

Det er lidt ærgerligt. For der er virkelig tale om et arbejde af ikke bare stor grundighed, men også med et betragteligt analytisk potentiale. Det bidrager betydeligt til forståelsen af politik og forvaltning. Det kunne dog bringe den langt videre. Enkelte eksempler kan illustrere, hvad jeg tænker på: Det er i en del af teorien blevet almindeligt at tale om aktører og deres præferencer, og en almindelig antagelse er, at de er eksogene, dvs. givet på forhånd. Ofte er det en lidt tåget diskussion, men politologer kan afhængigt af egen observans bruge den til at slå andre i hovedet med. Sådan som hændelsesforløbet tegner sig i de ni cases, er det imidlertid temmelig åbenbart, at politi-

ske interesser og mål, undskyld præferencer, ikke er noget aktørerne har, men derimod noget de får, efterhånden som en forhandlingsproces skrider fremad. De finder deres form i et strategisk samspil med andre aktører, som viser sig at have andre eller måske sammenfaldende interesser, og som de møder i netværk, der kan være ganske faste, men som tit er ad hoc strukturerede. Hvis jeg har ret i den læsning, har det konsekvenser, og forfatterne kunne med fordel have studeret og draget nytte af Fritz Scharpfs teori om de politiske spil, som rigtige aktører engagerer sig i.² Han forudsiger intet, men kan forklare en del for ikke at sige meget.

Mit andet eksempel ligger i forlængelse heraf. Det er i case efter case tankevækkende, hvor stor vægt aktørerne, specielt organisationerne, lægger på organisatoriske og institutionelle spørgsmål. De ser ind i mellem ud til at veje lige så tungt som substansen, som det vel dog til syvende og sidst drejer sig om. Forfatterne nøjes med at konstatere, at sådan er det. Det gælder også i det sammenfattende kapitel 12. Men antag nu, at det forholder sig som just hævdet, at aktørerne ikke har klare langsigtede forestillinger om, hvad de vil, og hvordan de vil blive påvirket af dette eller hint lovtillag. Så bliver organisationen ikke bare afgørende. Det bliver også afgørende, at den er indrettet på en måde, som sikrer medindflydelse, men som ikke afskærer andre strategier, hvis f.eks. en organisation skulle blive klemmt i en situation, som den ikke i dag er til at forudse.

Der er som sagt tale om en velskrevet og grundig analyse af samspillet mellem organisationerne og andre politiske aktører. Som den ligger, er mine anker få, for man bliver under læsningen meget klogere på dansk politik og forvaltning. Dens ekstraprojekt er imidlertid, at den burde få forfatternes politologiske fæller til at opvurdere case-studiet. Der bliver rynket på næsen af det, når man sammenligner med kvantitative analyser baseret på store n eller på helt formelle analyser efter økonom-forbillede. Det er der ingen grund til, for det har en plads ved siden af dem.

Mulighederne er samtidig væsentligt større end *Hvem skriver lovene?* tør gøre gældende. Ovenfor har jeg refereret til Fritz Scharpf og hans aktørbaserede institutionalisme. Det er fristende at supplere med en henvisning til Robert Bates' og andres *Analytic Narratives*³, som hviler på et andet delvis andet grundlag, men som har samme ambition. Det kan imidlertid nås

endnu. For fordelene ved at lade kilderne tale i en ret ren beretning (narrativ), som Christiansen, Nørgaard og Sidenius har gjort det, er, at materialet til en kort, præcis og aktørfokuseret artikel ligger på deres flade hænder.

Jørgen Grønnegård Christensen
Institut for Statskundskab
Aarhus Universitet

John L. Campbell:
Institutionel forandring og globalisering
København:
Akademisk Forlag, 2004, 293 sider, 349 kr.

En entreprenør er en aktør, der »...er ansvarlig for den innovative nykombinering af institutionelle elementer« (Campbell 2004: 95-96). Det vil sige, at aktøren trækker på eksisterende viden og erfaringer, men samtidig formår at koble denne viden på nye måder, således at der opstår nyskabelser. Denne form for innovation er helt central for bogen »Institutionel forandring og globalisering« – fordi forfatteren netop forsøger at samle eksisterende viden om den meget brede gren »institutionel teori« inden for samfundsvidenskaberne og tilføje den nye tanker ved at rekombinere eksisterende elementer. Formålet er at løse de problemer, som de eksisterende institutionelle teorier kæmper med. John Campbell er altså en entreprenør, hvis succes afhænger dels af hans viden om det eksisterende og dels af hans evne til at tænke nyt. Succesen med det eksisterende er indiskutabel og aldeles overbevisende, mens succesen med det nye kan diskuteres. Det vender vi tilbage til.

»Institutionel forandring og globalisering« kan ses som en forlængelse af John Campbells og Ove Kaj Pedersens fælles redigerede bog »The Rise of Neoliberalism and Institutional Analysis« fra 2001. Her præsenteres ideen om en »second movement in institutional theory«, som refererer til en fælles platform for de forskellige institutionelle teori-retninger. John Campbell konkretiserer nu, hvad denne fælles platform er ved at udfolde bogen som en tretrinsrakat. For det første identificerer han vigtige spørgsmål på tværs af hovedretningerne inden for den institutionelle teori – rational choice institutionalisme, organisatorisk institutionalisme og historisk institutionalisme. Disse spørgsmål er de problemer, som hovedretningerne har til fælles og som må løses, hvis teoriretningen skal

udvikle sin analytiske styrke – særligt gældende forandring. For det andet giver John Campbell en række begrebsmæssige, metodiske og teoretiske værktøjer til løsning af de vigtige spørgsmål, og for det tredje anvender han værktøjerne på fænomenet globalisering for derigennem at vise, hvordan de identificerede løsninger kan forbedre den institutionelle analyse af empiriske fænomener.

Problemer i institutionel teori

John Campbell peger på tre områder, hvor den institutionelle teori savner forklaringskraft. Han fokuserer på spørgsmålet om forståelsen af og forklaringer på *forandring*, kritiserer den manglende evne til at *specificere kausale mekanismer*, og diskuterer den diffuse og svævende brug af *idéers betydning*.

Diskussionen om *forandring* byder på en gennemgang af de forskellige mønstre for forandring, som oftest finder vej til de institutionelle tekster – som f.eks. om udviklingen i Østeuropa efter kollapset af de kommunistiske regimer var udtryk for revolutionær eller evolutionær forandring. I forlængelse af dette diskuterer John Campbell institutionsbegrebet, altså den afhængige variabel i institutionelle undersøgelser og spørgsmålet om, hvordan vi kan genkende forandring, når vi ser den. Diskussionen munder ud i en erkendelse af, at institutionsbegrebet fortrinsvis er egnet til at forklare *stabilitet* og ikke forandring og er krydret med interessante og illuminerende henvisninger til konkrete analyser, som eksempelvis den nævnte om den økonomiske udvikling i Østeuropa.

Diskussionen om *kausale mekanismer* skærer ind til benet af den institutionelle analyse. Institutionister hævder, at »institutions matter«, men *hvordan* gør det egentlig det? John Campbell kritiserer her to centrale og meget brugte mekanismer. For det første *sporaafhængighed* – som i parentes bemærket underligt nok ikke er oversat til »stiafhængighed«, hvilket ellers er den gængse oversættelse i litteraturen. Bortset fra denne detalje er oversættelsen dog god og flydende og rammer fint stilen i den engelske version af bogen. Sporaafhængighedsbegrebet kritiseres af John Campbell for at være for deterministisk og for derigennem at fastholde den institutionelle analyse i et fokus på stabilitet frem for forandring. For det andet *isomorfisme*, der kritiseres for at være unuanceret og strukturalistisk i troen på, at en given praksis kan overføres til andre sammenhænge uden aktørindblanding og uden at tilpasse sig den nye kontekst.

Sidst men ikke mindst diskuterer John Campbell *ideers betydning*. Han peger på, at vi ved for lidt om, *hvornår* ideer har indflydelse, *hvordan* de har indflydelse og hvilken *metodologi*, vi skal benytte til at studere ideers indflydelse. I diskussionen af ideer gør John Campbell rede for den udvikling, der har fundet sted inden for de forskellige institutionelle retninger og viser eksempler på, hvordan selv rational choice institutionalisterne har måttet erkende ideers betydning og har søgt at inkorporere dem i deres analyse. Som Douglas North eksempelvis gør det i sin analyse af ejendomsret, hvor han viser, at normer og ideer ændrer sig langsomt, hvorfor forandring som oftest vil være evolutionær og ikke revolutionær.

Diskussionerne af de fælles udfordringer for de tre institutionelle retninger formidler klart relevante problemstillinger for teorifeltet, eksemplificerer problemerne med et overflødhedshorn af empiriske analyser og giver dermed læseren appetit på mere uden at man mister overblikket. Entreprenørens succes med det eksisterende er efter vores mening uomtvistelig.

Løsninger

John Campbell nøjes ikke med at påpege spørgsmål og udfordringer, men giver også et bud på mulige svar og løsninger. For at kunne analysere forandring er det afgørende at specificere den afhængige variabel, og det gøres ifølge John Campbell bedst, hvis man opdeler institutionen i dimensioner (formelle, normative og kognitive efter Richard Scotts forbillede). Kun på den måde er det muligt at fastslå, hvilken form for forandring, der har fundet sted. I sit svar på denne udfordring for institutionalismen peger Campbell altså på en løsning, der allerede er tilgængelig i litteraturen.

I spørgsmålet om at specificere kausale mekanismer bringer John Campbell mere sine egne svar på banen ved at introducere to begreber til den institutionelle teori: »bricolage« (hentet fra Lévi-Strauss) og »entreprenør« (hentet fra Schumpeter). Bricolage er udtryk for nykombinering af institutionelle elementer, og entreprenør er de aktører, der foretager disse nykombinationer. Disse begreber tilfører den institutionelle analyse (i hvert fald) to ting: For det første, at forandring ikke kun sker på baggrund af udefrakommende chok, men også kan komme inde fra institutionen, ved at forskellige normer og regler kan afstedkomme spændinger og nykombineres. For det andet, at forandringen bliver aktørdreven, hvilket imøde-

kommer den strukturelle og deterministiske kritik af teoriretningen.

John Campbells bud på en løsning af problemet omkring den diffuse brug af ideer er at nuancere og klargøre begrebet ideer ved at inddelle dem efter to begrebsmæssige distinktioner: forgrunds- og baggrunds-ideer, og normative og kognitive ideer. Sådanne firfastabeller øger oftest overskueligheden og hjælper til at operationalisere begreber, men det er desværre ikke tilfældet her. Distinktionerne er uklare, da de er svære at gennemskue teoretisk og mindst ligeså svære at operationalisere i praksis. Uklarheden går endda igen i John Campbells egne forklaringer, hvor ét empirisk eksempel, nemlig Frank Dobbins undersøgelse af statsbaner i Frankrig og USA, bruges til at forklare først det ene og dernæst det andet fænomen.

Globalisering

I afsnittet om globalisering applicerer John Campbell bogens institutionelle teoriapparat på et konkret empirisk fænomen. Hovedpointen er en kritik af globaliseringsteoretikernes tese om »a race to the bottom« – altså at velfærdstater udhules fordi de, i deres forsøg på at fastholde finansiell kapital, sænker skatten. John Campbell forlænger den almindeligt brugte tidsramme og gør analysen flerdimensionel, dernæst ser han på, hvordan globaliseringens neoliberale ideer påvirker de nationale kontekster. Den empiriske analyse konkluderer, at velfærdsstaterne ikke konvergerer mod laveste fællesnævner og at globaliseringstesens ikke holder. Den egentlige konklusion går selvfølgelig på teoriapparatets brugbarhed og gyldighed. I dette tilfælde virker John Campbells analysemetode både relevant og hensigtsmæssig, men en simplificering af globaliseringstesens gør det da også nemmere at argumentere imod den.

Opsummering

John Campbells ønske om at vise, at de tre grene inden for institutionel teori har fælles udfordringer, er lykkedes. Forfatteren har et imponerende overblik over det institutionelle felt og forstår at videreføre det i et klart sprog, hvor det er tydeligt, at der ikke er behov for at sminke på formen for at få indholdet til at se bedre ud – det kan stå for sig selv! John Campbells evne til at trække lige præcis den interessante pointe ud af det ene værk efter det andet gør, at det er en sand luksus at læse bogen og betyder samtidig, at den er fortræffelig som »tekstbog« og indføring i det institutionelle univers.

John Campbells egne løsningsforslag kommer ikke på niveau med resten af bogen, dertil har han simpelthen opridset for mange problemer og har for lidt plads. Samtidig er evnen til »innovativ nykombinering« ikke helt overbevisende, hvilket især afsnittet om ideer bærer præg af. Det er en stor ambition at løse et helt teorifelts problemer i én omgang. Retfærdigvis må det siges, at forfatteren selv er klar over dette og er tilfreds med, at bogen stiller flere spørgsmål, end den giver svar. Bogens forsøg på bricolage er succesfuldt så langt, at den identificerer en arena, som institutionelle forskere på tværs af hovedretningerne kan arbejde med at udfylde. Tiden vil vise, om de institutionelle forskere tager udfordringen op.

Jeff Salter

Cand.scient.pol.

Management konsulent

Ementor Danmark

Maja Møller Sousa,

Cand.scient.pol., ph.d.-stipendiat

Institut for Statskundskab

Københavns Universitet

Peter Gundelach (red.),

Danskernes Særpræg

København: Hans Reitzels Forlag,

2004, 368 sider, kr. 275,-

Hvem skulle have troet at de velfærdsstatsglade danskere er den Europæiske befolkning som er *mindst* tilbøjelig til synes at samfundet bør sørge for at udjævne store indkomstforskelle i befolkningen, eller at alle får dækket basale behov for mad og bolig? Eller at det ikke så meget er ægteskabets fællesskab der gør os lykkelige, som vores evne til at være lykkelige der anbringer os i ægteskabets havn? Eller samfundsforskere overhovedet beflitter sig med at fastslå at danskere er mere lykkelige og tilfredse (eller siger at de er det) end andre folk og i særdeleshed sørgmodige finner og traumatiserede tyskere? Disse og en lang række andre mere og undertiden mindre slående karakteristika ved danskernes værdier – i forhold til andre lande – kan man få rede på ved at læse den interessante bog om *Danskernes særpræg*. Bogen er ét af resultaterne af en enestående undersøgelse af en række europæiske landes befolkningers værdier. Mens tidligere udgivelser ved Peter Gundelach og Ole Riis handlede om ændringer over tid i Danmark (inter-

view-spørgsmålene blev gentaget i 1981, 1990 og 1999), er formålet med denne bog komparativt. Selv om Danmark er i centrum, bruges der også plads på bredere europæiske ligheder og forskelle.

Bogen demonstrerer en bestemt type kvantitativ komparativ forsknings styrker, og i noget mindre grad dens begrænsninger. Den er frem for alt båret af et massivt nyt datamateriale, der analyseres af bidragsydere med særlig forskningskompetence indenfor bestemte »værdiområder«. De bedste kapitler er hypotesestyrede, kumulative kommentarer på eksisterende forskning, der både er systematisk komparative og reflekterede omkring de uundgåelige validitetsovervejelser, der rejser sig når man ikke blot sammenligner over tid, men mellem nationale kulturer. Gundelach har i indledningskapitlet fornuftige ting at sige både om komparativ metode og om vanskelighederne ved at landene i undersøgelsen både er variabler og fortolkningskontekst, og hans egne kapitler (om »lykke og tilfredshed« (med Svend Kreiner) og om »det moralske klima«) eksemplificerer stort set den metodiske påpasselighed. Problemet er dog ikke kun at bestemte begreber kan betyde lidt forskellige ting, men også bredere at den (politiserede) kulturelle betydning af at tilslutte sig den ene eller anden værdi kan variere betragteligt. Gundelach rejser selv spørgsmålet (s. 41) om danskerne har en kulturelt bestemt tendens til at erklære sig mere lykkelige end andre (måske er nogle lande mere »københavnske« og frembrusende, andre mere »jyske« og tilbageholdende. Han prøver at måle dette spørgsmål ved at se på nationale respondents generelle tendens til at give »ekstreme« svar, hvilket nok er en temmelig tynd og indirekte indikator – baseret på de forhåndenværende søms (datas) princip.

De undersøgelser som bogen eksemplificerer rejser i sagens – og spørgsmålsformuleringernes – natur nye spørgsmål, som skriger på kvalitativ fortolkning. De bedste kapitler leverer bud på disse fortolkninger, men der er for lidt og usystematisk vilje til, i kapitler der i øvrigt ellers er velskrevne og informative, at inddrage for eksempel antropologisk, historisk og begrebshistorisk viden om dansk lighedskultur (Torben Fidberg om »Velfærdsstaten«), demokratitraditioner (Palle Svensson om »Demokrati«) eller lutheransk religion i Danmark (Peter B. Andersen og Peter Lühau om »Tro og religiøst tilhørsforhold i Europa«).

Fidberg har givetvist ret i (s. 141-42) at danskernes begrænsede tilslutning til indkomstfordeling *må* have noget at gøre med at vi tager velfærdsstaten for givet, synes den er gået langt nok (eller for langt), og at omfordelingen i Danmark rent faktisk er ret effektiv. Men mere kunne siges – eller i hvert fald diskuteres i lyset af den eksisterende litteratur – om hvorfor fx svenskerne på dette område som på en række andre er så interessant forskellige fra os. Søren Juul har i kapitlet om »Solidaritet« nogle betragtninger over det relaterede undersøgelsesspørgsmål, der specifikt handler om vægtingen af frihed og lighed. Måske er pointen ikke (kun) at danskerne synes ligheden er gået for langt, men a) at vi som reflektivt moderne individer (s. 154) interesserer os for en form for frihed-som-selvbestemmelse, der *ikke* står i modsætning til, men er muliggjort af, omfordeling, og b) at den danske lighedsideologi i virkeligheden mere handler om, ja altid har handlet om, *anerkendelse* og statuslighed end om økonomisk omfordeling og tryghed (s. 158). Det er nok for stærkt stillet op, og Juuls forslag er mere baseret på teoretisk litteratur (Dean, Honneth) end på kvalitative studier af den særligt danske måde at diskutere lighed.

Palle Svenssons artikel om demokrati rejser eksplicit et spørgsmål (s. 49), som de anvendte data næppe kan besvare: »Har danskerne en anden opfattelse af demokrati end andre europæere?« Undersøgelsen ser på tilslutning til demokrati som styreform, grad af afstandtagen til ikke-demokratiske styreformers og til »en stærk leder« og opfattelser af om demokrati i praksis medfører ulemper med hensyn til økonomi, beslutningsdygtighed eller lov og orden. Men spørgsmålene kan ikke afgøre hvorvidt danskerne har en *anden* opfattelse af hvad demokrati betyder, end man har i andre lande. Anmelderens (kvalitative) fornemmelse er at danskerne næppe mener helt det samme som grækerne, et folk der er interessante ved at udvise endnu større begejstring for demokratiske principper end lande som Island og Danmark. Uden at klikke grækerne endsige insinuere at dansk konsensusideologi er særligt demokratisk, kunne man også her savne mere kontekstuel indramning. Måske er demokrati et endnu større *hurra-ord* i Grækenland, hvor to partier på hver sin fløj rummer begrebet i deres navn, og hvor overvindelsen af juntaen endnu er i frisk erindring. Fænomener som »demokratisk kultur« og »demokratiske holdninger« (s. 49-50) kan næppe indfanges (eller en kvantitativ ligestilling af Grækenland og Danmark begrundes) med under-

søgelsens få items. Holdninger til »demokrati« er ikke det samme som demokratiske holdninger; og demokratisk kultur er mere end bare holdninger. Svenssons artikel har i øvrigt en glimrende diskussion af forskellige forklaringer på at nogle lande scorer bedre på demokratiseringsindikatorerne end andre. Selv om økonomisk udvikling er vigtig, er den hverken en nødvendig eller tilstrækkelig forudsætning (s. 83). Den må suppleres med faktorer som politisk socialisering og mobilisering af det civile samfund

Peter B. Andersen og Peter Lüchaus informative kapitel om religiøsitet (danskere er ikke ortodokst religiøse; mener ikke kirken har betydning i forhold til moralske, familiære eller sociale problemer, men nok i forhold til »åndelige behov«; men anser en folkekirke for vigtig i forbindelse med ceremonier som fødsel og bryllup) har også nogle svagheder. Et tema om dansk/nordisk civilreligion udmøntes i hypoteser (s. 252), hvis empiriske validering er så alment kendt, at en stor del af tabelgennemgangen bliver ørkesløs. Læseren trættes med oplysninger om at personer der ikke er medlem af et trossamfund ikke mener religiøse ceremonier er vigtige (s. 263), mens højreorienterede mener det mere end venstreorienterede (s. 262), ligesom ikke-medlemmer af trossamfund er mindre tilbøjelige til at mene kirken giver svar på åndelige behov (s. 265). Den teoretiske diskussion af civilreligion er mere styret af de eksisterende data (= det velkendte faktum at danskerne er medlemmer af folkekirken, men uden at praktisere religion i en dogmatisk forstand), end af overvejelser om hvad en civil religion egentlig *er* i Danmark i forhold til de amerikanske og franske kontekster, hvor teorierne blev formuleret.

Ikke alle kapitler kan kommenteres i detaljer her. Klaus Levinsen fastslår i kapitlet om 'Tillid' at danskere i europæisk sammenligning er overordentligt tillidsfulde; at Robert Putnams tese om sammenhængen mellem foreningsmedlemskab og social tillid står stærkt i Norden; og at sammenhængen mellem social tillid og kvaliteten af statslige institutioner er vigtig. Inger Koch-Nielsen og Jakob Dalsgaard Clausen diskuterer det faktiske omfang af det frivillige arbejde, som er en del af Putnams begreb om social kapital, herunder at såvel det sociale som det politiske frivillige arbejde i forhold til andre lande har et langt lavere niveau end det sportslige og kulturelle, hvor danskerne scorer højt. Geert Laier Christensen og Patrizia Venturelli Christensens kapitel om »Kvinder og

arbejde« undersøger holdninger til traditionelle kvinderoller og til vigtigheden af arbejde udenfor hjemmet i lyset af typer af velfærdsstatsregime. Mens danske kvinder både er kritiske overfor traditionerne og positive overfor udearbejde, er kvinder i Tyskland og Italien karakteristisk splittede. På den ene side accepterer de kønstraditionerne, men på den anden side vil de også i stigende grad ud på arbejdsmarkedet. Esther Nørregård-Nielsen og Anette Østergaards kapitel om »Unge og arbejde« beskriver hvordan tilslutningen til arbejdets nødvendighed fortsat er høj i Europa, omend lavere i Østeuropa, og endda særlig høj i Danmark. Man korrumpes ikke af velfærdsstaten, men socialiseres måske snarere ind i en social kontrakt om arbejde-for-medborgerskab, ligesom det gode arbejde i Danmark vægtes højere end økonomiske vinding. Peter Gundelachs gode artikel om »Det moralske klima« diskuterer en interessant og robust dansk blanding af hvad forfatteren kalder offentlig *aftalemoral* (man må ikke snyde med sociale ydelser og skat), og privat, individualistisk *frisindsmoral* (om hash, utroskab, skilsmisse, homoseksualitet – hvor man må leve som man vil, når man blot ikke skader andre). Hans Jørgen Nielsen demonstrerer (i »De etniske minoriteter«) veloplagt og i forlængelse af eget og andres tidligere arbejde de mest firkantede fremstillinger om danskerne som særligt fremmedfjendske eller racistiske, og påpeger at alt afhænger af hvad man spørger om. Både med hensyn til vilje til naboskab og holdning til job-diskrimination er danskerne mindre fremmedfjendske end andre – især østeuropæere – og mindre end de var tidligere. Men ligesom svenskerne er vi mere til kulturel assimilation end multikulturel pluralisme. Nielsen kunne nok have diskuteret denne karakteristiske *spænding* mellem principiel tolerance og assimilationsivrighed – igen – i forhold til den

kvalitative forskning om dansk identitet og nationsforståelse, i stedet for noget unuanceret (p. 296) at rette bager for smed ved at slå sidstnævnte i hartkorn med diverse vage »os«-»dem« diagnoser fra det diskursteoretiske overdrev, hvis inflatoriske udsagn om kulturel racisme han med rette kritiserer. Sara Binzer Hobolt og Ole Borre runder bogen af med kompetente bidrag om henholdsvis forholdet mellem lokal og national dansk identitet og »Politiske værdier«.

Danskernes særpræg er velredigeret, velskrevet og fyldt med viden, hvoraf en del er ny. Den kunne have været endnu bedre, hvis flere kapitler havde vovet lidt mere med hensyn til fortolkninger og referencer til andre typer af undersøgelser og data.

Per Mouritsen

lektor, PhD

Institut for Statskundskab

Aarhus Universitet.

Noter til første anmeldelse

1. Peter Munk Christiansen & Asbjørn Sonne Nørsgaard (2003). *Faste forhold – flygtige forbindelser*, Århus: Aarhus Universitetsforlag.
2. Fritz W. Scharpf (1997). *Games Real Actors Play. Actor-Centered Institutionalism in Policy Research*. Boulder: Westview Press.
3. Robert Bates et al. (1998). *Analytic Narratives*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.