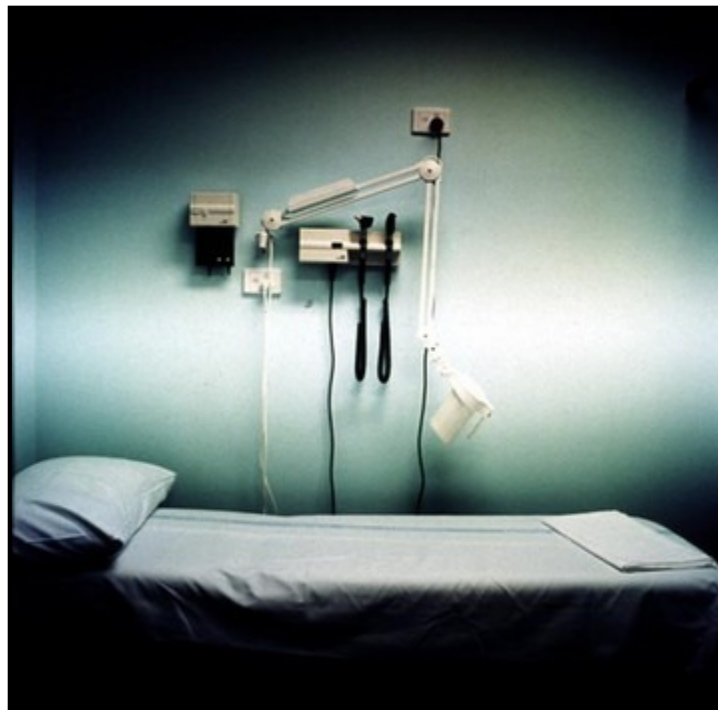


Et sygehusvæsen i forandring

- En undersøgelse af det frie sygehusvalgs opståen, udvikling og fremtid



Mette Udengaard Nors
Aalborg Universitet
2008

Titelblad

Uddannelse: Kandidat i Politik og Administration
Aalborg Universitet 2008

Specialet titel: Et sygehusvæsen i forandring - En undersøgelse af
det frie sygehusvalgs opståen, udvikling og fremtid

Vejleder: Peter Kragh Jespersen

Antal anslag: 184.390

Udarbejdet af: Mette Udengaard Nors
Studie nummer: 20033175

Forord

Dette speciale er et bidrag til den debat, der går i øjeblikket, om den nuværende politik er ved at underminere det danske sygehusvæsen. Debatten går på om det frie sygehusvalg og dermed den stigende inddragelse af private hospitaler i opgaveløsningen, er medvirkende til at skabe et todelt sundhedsvæsen i Danmark, med et A- og et B-hold.

Som et led i afdækningen af specialets problemstilling har det været interessant og inspirerende at møde og interviewe nogle af dem, som har været med til at skabe denne politik, og nogle for hvem det frie sygehusvalg har stor betydning. Jeg vil derfor gerne sige tak til Ester Larsen, Arne Rolighed og Nis Alstrup.

Endeligt vil jeg gerne sige stor tak til min vejleder, Peter Kragh Jespersen, for kyndig vejledning og for at lade mig få del i hans enorme viden om det danske sygehusvæsen og dets historie.

Mette Udengaard Nors

Aalborg Universitet 2008

Abstract

The present master thesis is about the Danish Hospital Service (DHS) and its development from the beginning of the seventies until the present day. The idea of a "free choice of hospital service" has been a symptom of this development, and has had a great impact on its future, and it seems that this influence is still going to be seen for some time. This thesis therefore focuses on the major question mark: what has caused the changes, leading to where the DHS is today. This means: appraisal of what, during the past 30-40 years, has happened within the health policy sector, which led to the "free choice of hospital service" and its retrospective development under the motto "history matters". The purpose is, apart from getting an understanding of the mechanisms and causes that have brought us where we are today, to examine which questions this development is raising for the future of the DHS. Of course, the investigation cannot cover the full development, but contributes to explaining how and why we now have the "free choice of hospital service", its retrospective development as well as the consequences and possibilities which this development may entail for the future DHS.

As mentioned, this thesis is based on the assumption that history and the past course of events play a great part in the development up to and from the first law of the "free choice of hospital service". And of course, it is natural to choose the theory of historical institutionalism. Apart from helping to understand the development of the "free choice of hospital service" this theory shows some of the tools and basic knowledge used to obtain a qualified guess as to how the development of the "free choice of hospital service" will affect the future of the DHS. Furthermore, this thesis is especially based on the study of existing documents and my own interviews with central people involved.

The thesis shows that the development within "the free choice of hospital service" may have two issues: partly some prominent problems - boundary problems and waiting lists - and partly historical institutional mechanisms.

Therefore, it appears that the "free choice of hospital service" has resulted in a change of path within the organisation of the DHS. First of all, the thoughts of the DHS have been changed, from seeing the DHS as something that should be a pure public mission, to the involvement of the private sector. The involvement of the private sector is a breach of the

original idea that hospital services must be a pure public mission. Secondly, the "free choice of hospital" makes the political control within the counties, and later on regions, difficult, which means a restriction in the political margin of manoeuvre. The transition from counties to regions has emphasized this restriction. This has therefore breached with the thought of hospital services should be decentralized into full-function units, based on the principles of proximity and economic viability.

This raises questions about the future of hospital services. Will this development result in the privatization of hospital services? Will this development affect the free and equal access to hospital services? What about health insurance policies - can they emphasize the present development? And what about the present economic situation - what impact will it have? The answers lay in the future.

Indholdsfortegnelse

Del I: Introduktion	10
Kapitel 1: Et sygehusvæsen i forandring	11
1.1 Velfærdsstat og sygehusvæsen	11
1.2 Det danske sygehusvæsen – på vej mod afvikling eller udvikling?	13
1.3 Problemformulering	15
Kapitel 2: Det teoretiske perspektiv	16
2.1 Historisk institutionalisme – Et overblik	16
2.2 Timing og sekvensering	21
2.3 Opsamling	29
Kapitel 3: Metode.....	30
3.1 Design	30
3.2 Opbygning	32
3.3 Nøglebegreber	36
3.4 Dataindsamling	40
Del II: Det frie sygehusvalg – en udviklingshistorie.....	42
Kapitel 4: Kommunalreform og nye opgaver	43
4.1 Strukturelle ændringer	43
4.2 Økonomi og byrdefordeling.....	45
4.3 Sygekasser og offentlig sygesikring	46
4.4 Konsolidering og udvidelser.....	49
4.5 Reformens årti.....	50
Kapitel 5: Amtsgrænser og andre problemer	51
5.1 Fra behandlingsobjekt til individ	51
5.2 De stavnsbundne patienter?	52
5.3 Økonomiske tømmermænd og ventelister	54
5.4 Stigende politisk interesse	55
5.5 Private hospitaler – En sidebemærkning	57
5.6 Et problematisk årti.....	57
Kapitel 6: Det frie sygehusvalg	58
6.1 Frit sygehusvalg	58
6.2 Ventelisterne der ikke ville forsvinde.....	60
6.3 Behandlingsgarantier og andre justeringer	61
6.4 DRG-takster	62
6.5 Udvidet frit sygehusvalg	64
6.6 Økonomiske betragtninger.....	65
6.7 To årtier med frit valg	66

Del III: Historiens magt	68
Kapitel 7: Det frie sygehusvalgs opståen og udvikling	69
7.1 Institutionaliseringsprocesser	70
7.2 Selvforstærkende processer og magtfulde modreaktioner	76
7.3 Timing	83
7.4 Historiske sammentræf	85
7.5 Layering	86
7.6 Historiske spor	91
Kapitel 8: Fremtidens sygehusvæsen?	93
8.1 Fri og lige adgang?	93
8.2 Kort om sundhedsforsikringer	97
8.3 Den økonomiske situation – en afsluttende bemærkning	99
Del IV: Konklusion	100
Kapitel 9: Konklusion	101
Del V: Bilag og referencer	104
Litteraturliste	105
Bilag 1: Interviewguide	112
Bilag 2: Interview med Ester Larsen	115
Bilag 3: Interview med Arne Rolighed	134
Bilag 4: Interview med Nis Alstrup	151

Del I: Introduktion

Nærværende speciale omhandler det danske sygehusvæsen og dets udvikling fra starten af halvfjerdserne og op til i dag. Det frie sygehusvalg har været et symptom på denne udvikling, ligesom det har haft stor betydning for det videre forløb, og alt tyder på at denne indvirkning vil fortsætte fremover. Specialet fokuserer derfor på det frie sygehusvalgs opståen, udvikling og fremtid.

Kapitel 1: Et sygehusvæsen i forandring

1.1 Velfærdsstat og sygehusvæsen

I Danmark lever vi i et samfund præget af velfærd og høj levestandard. Politikerne elsker at tale om velfærdsstaten, og velfærd er et dejligt positivt ladet ord, som de ofte benytter sig af. Tænk bare på Helle Thorning Smiths slogan fra valgkampen i efteråret 2007 ”*velfærd eller skattelettelse*”, eller se på regeringens nyoprettede *velfærdsministerium*. Alle kan blive enige om, at velfærd er noget vi alle gerne vil have - både regering og opposition. Men hvad betyder det? Hvad mener politikerne egentligt, når de taler om velfærdssamfundet, og hvad er det de kæmper for?

Det kan være svært at karakterisere, hvad en velfærdsstat er, da stort set alt hvad der hører under den offentlige sektor, kan siges at være en del af velfærdsstaten. Al politik, måske på nær lige udenrigspolitikken, kan derfor siges at beskæftige sig med velfærdsstaten, alt lige fra skattepolitik til alkoholpolitik. Men hvis velfærdsstaten kan være alt, er den så overhovedet noget? I og med velfærdsstaten kan være alt, kan det siges, at den konstruerer det den betegner. Det vil sige begrebet velfærdsstat ikke dækker over noget konkret produkt eller emne. Tværtimod fungerer begrebet velfærdsstat som en ramme for artikulationen af forskellige elementer til et diskursivt system, der kan betegnes som velfærdsstaten.¹ Det er altså i artikulationen af de elementer, vi siger hører ind under velfærdsstaten, at vi definerer den.

Men hvem bestemmer, hvad der hører ind under velfærdsstaten? Der kan være mange aktører, der øver indflydelse herpå, medierne, erhvervslivet, politikere osv. Især politikerne har en stor rolle i artikulationen af velfærdsstaten, da det er dem der i sidste ende bestemmer, hvilke elementer der skal gælde for den danske velfærdsstat. Det er derfor oplagt at se på, hvad de forskellige politiske partier betegner som velfærdsstaten, det som *de* mener bringer velfærd. Jeg vil her ikke komme med nogen længere udredning af de forskellige partiers syn på velfærdsstaten, men blot komme med nogle få udpluk fra de to største partier i Danmark.

Ses der på Socialdemokraternes principprogram er det tydeligt, at de mener, den økonomiske omfordelingspolitik har stor betydning for velfærdsstaten. Ifølge Socialdemokraterne bygger den danske velfærdsmodel på, at alle har fri og lige adgang til nogle grundlæggende ydelser alene i kraft af, at man er borger i samfundet. Og det er

¹ Jeg er her inspireret af Jacob Torfings artikel ”Velfærdsstatens diskursivitet” fra 2000

omfordelingspolitikken der er med til at sikrer, at alle har de samme muligheder. Muligheder som adgang til uddannelse, adgang til sundhedsvæsen og forsørgelse for de svageste.²

”Vi ønsker at fastholde dette princip i de grundlæggende velfærdsydelser som f.eks. fri og lige adgang til folkeskole, ungdomsuddannelser og sundhedsvæsenet. Det er så vitale velfærdsydelser, at vi ikke ønsker, at pengepungen skal være afgørende.”³

I Venstres principprogram står der ikke meget om velfærd, men ses der på deres hjemmeside forstår man, at velfærd har stor betydning for dem. På hjemmesiden har partiet valgt at lægge deres valgløfter fra efteråret 2007. Et af disse løfter omhandler kvalitetsreformen.

”Vi vil gennemføre Kvalitetsreformen, som skal forny og udvikle den offentlige velfærd...”⁴

I løftet kommer Venstre ind på otte områder, som de ønsker at udvikle. Områderne omhandler forbedringer for forskellige ydelser, indenfor bl.a. sygehusvæsenet, pleje- og pasningssektoren. Det kan formodes, at disse områder er nogle af dem, Venstre mener, er de væsentligste for velfærdssamfundet. Ses der på deres principprogram, er disse områder da også nogle der bliver vægtet højt.

Overordnet kan der siges at være en rimelig overensstemmelse mellem partiernes opfattelse og artikulation af, hvad der giver velfærd. Et af de områder, hvor partierne især virker enige, er omkring sygehusvæsenet. Det danske sygehusvæsen og den frie og lige adgang hertil, er en væsentlig del af det de danske politikere definerer som ”velfærdsstaten” – en velfærdsstat de alle siger, de kæmper for. Det kan derfor virke som lidt af et paradoks, når kritikere som tidl. minister Arne Rolighed⁵ og Vibeke Storm Rasmussen formand for Region Hovedstaden⁶ påpeger, at de selv samme politikere er ved at skabe en udvikling i det danske sygehusvæsen, der gør at den frie og lige adgang er ved at forsvinde. Det kan derfor være interessant at undersøge, om dette virkelig er tilfældet, at politikerne er ved at undergrave en af grundstenene i det danske velfærdssamfund.

² Socialdemokraterne 2004, s. 7-8

³ Socialdemokraterne 2004, s. 7

⁴ <http://www.venstre.dk/index.php?id=5412> (04.06.08)

⁵ <http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/print.asp?intArticleID=15956> (05.06.08)

⁶ <http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/print.asp?intArticleID=15952> (05.06.08)

1.2 Det danske sygehusvæsen – på vej mod afvikling eller udvikling?

Den første oktober 2007 blev ventetidsgarantien for behandling på de offentlige sygehuse sat ned fra en frist på 2 måneder til 1 måned. Patienter i Danmark har siden da frit kunnet vælge at få behandling på enten et alternativt offentligt, et udenlandsk eller et privat sygehus, i tilfælde af at der er mere end en måneds ventetid på behandling.

Der har i Danmark længe været debat om sygehusvæsnets udvikling. Debatten går på, om det frie sygehusvalg er medvirkende til en forringelse eller måske ligefrem afvikling af det offentlige sygehusvæsen, som vi kender det i dag. Argumenterne imod behandlingsgarantien og det frie sygehusvalg er bl.a., at reglerne for det frie sygehusvalg er med til at give en art skjult statsstøtte til de private sygehuse. Taksterne for at blive behandlet på et offentligt eller et privat sygehus er de samme. Men de private sygehuse har ikke lige så mange udgifter som de offentlige, som eksempelvis også har udgifter til uddannelse af læger. De private sygehuse får derved, ifølge kritikere, en mer-betaling, som er ren profit.

”I hovedstaden betalte vi sidste år 40-50 millioner mere for behandling, end vi egentlig behøvede, fordi vi sendte patienter videre til det private. Det skyldes, at privathospitalerne får nogle mere fordelagtige takster for at behandle patienterne end det offentlige. Det er mange penge, skatteyderne skal betale for at få gang i en privat sektor. (Vibeke Storm Rasmussen (S), formand for Region Hovedstaden)”⁷

Samtidig kan de private sygehuse vælge kun at udføre de behandlinger, der kan tilrettelægges effektivt, og overlade svære og tidskrævende behandlinger, der som oftest er forbundet med store udgifter, til de offentlige sygehuse – den såkaldte ”cream skimming” - taktik.

Derudover har de private sygehuse den fordel, at de ikke ligesom i det offentlige er bundet af et loft over lønningerne, og de kan derfor tilbyde fordelagtige lønninger. I en tid, hvor der er mangel på sundhedspersonale, kan dette være en stor fordel for de private sygehuse. Endvidere er de private sygehuse ikke forpligtet til at have et akut beredskab, og de kan derfor have en lavere bemanning end på de offentlige sygehuse, uden for de almindelige arbejdstider - til fordel for de ansatte. Alt dette gør, at det kan være nemmere for de private sygehuse at rekruttere de dygtigste læger, sygeplejersker mm. Ifølge

⁷ <http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/print.asp?intArticleID=15952> (05.06.08)

kritikkerne, kan dette være med til at skabe en negativ spiral for det offentlige sygehusvæsen, hvor de ikke kan skaffe læger nok, med øgede ventelister og stress til følge på grund af større arbejdsbyrde til den enkelte medarbejder.

Endvidere kan dette fokus på ventelister og behandlingsgarantier, have den uheldige konsekvens, at det går ud over kvaliteten på sygehusene. Sygehusene bliver i dag delvist betalt pr. behandling og ikke ud fra eksempelvis nogle succeskriterier eller antal sengedage. 80 % af sygehusenes budget kommer fra bloktilskud og puljeordninger, og de resterende 20 % kommer fra de såkaldte aktivitetsbestemte bevillinger.⁸ Finansieringsmetoderne kan dermed betyde, at der er øget risiko for, at der sker en orientering mod produktivitet frem for effektivitet, altså kvantitet over kvalitet. Dette kan få de konsekvenser, at hospitalspersonalet ser sig nødsaget til at gå på kompromis med deres egen faglighed for at opnå en bestemt kvote af behandlede patienter. Der er dog i systemet indlagt en mekanisme der skal modvirke at sygehusene "hamstrer" patienter, da sygehusene for den sidste andel af patienter, "kun" får ned mod 20 % af DRG-taksten.

Hvis fritvalgsordningen betyder, at der sker en privatisering af det danske sygehusvæsen, hvorfor er det så, så forfærdeligt? Hvis det offentlige stadig betaler for behandlingen, har det så overhovedet nogen betydning for den enkelte om det sker offentligt eller privat? Med henvisning til den indledende diskussion af velfærdsstaten, kan der siges, at hvis vi ønsker en velfærdsstat i Danmark, må det formodes at fri og lige adgang til sygehusvæsnet spiller en væsentlig rolle. Hvis sygehusvæsnet bliver fuldt privatiseret, er det sandsynligt, at det vil gå ud over både den frie og lige adgang. Både fordi det private kan udbyde tillægsydelser som bedre mad, enestuer mv. Men også fordi man kunne frygte, at hvis det skal være en rentabel forretning for de private sygehuse, kan de blive nødt til at sortere i patienterne, hvilket for alvor vil gå ud over den frie og lige adgang.

Men alt dette er jo bare hvis'er og det kan virke usandsynligt at det vil gå så galt. Fortalerne for det frie sygehusvalg argumenterer således også for, at fritvalgsordningen ikke betyder privatisering af sygehusvæsnet, men derimod at større konkurrence fra de private hospitaler vil føre til større incitamenter til effektivitet i det offentlige.

"Jeg ser først og fremmest fremrykningen som en gevinst for patienterne. Det offentlige bevarer jo serveretten og kan behandle alle de patienter, man vil. Men ligesom nu bliver

⁸ Salomonsen 2004, s 16

det offentlige sundhedsvæsen udfordret lidt fra privat side. Det mener jeg sådan set er ganske sundt.” (Lars Løkke Rasmussen tidl. indenrigs og sundhedsminister)⁹

Altså en ren vinder-situation, der giver kortere ventetider for patienterne, samtidigt med det skaber et mere effektivt og dermed billigere offentligt sygehusvæsen.

Men hvad er op og hvad er ned i denne debat? Hvor er vi egentlig på vej hen og hvilke konsekvenser har det frie sygehusvalg? Er der vitterligt tale om en afvikling af det offentlige sygehusvæsen, med en afskaffelse af principperne om lige og fri adgang som konsekvens? Eller betyder disse ændringer et bedre og mere effektivt sygehusvæsen, med større fleksibilitet, til gavn for os alle? Eller får det frie sygehusvalg måske en helt tredje betydning?

En ting er sikkert, og det er, at det danske sygehusvæsen de sidste årtier har gennemgået en del forandringer. Men hvordan er det kommet hertil og hvad kan det have af betydning for fremtidens sygehusvæsen?

1.3 Problemformulering

Fokus i dette speciale er at undersøge, hvad der har forårsaget de ændringer, der har ført det danske sygehusvæsen derhen, hvor det er nu. Det vil sige, se på hvad det er, der er sket de sidste 30-40 år på det sundhedspolitiske område, der har ført frem til det frie sygehusvalg og den efterfølgende udvikling heraf - dette ud fra devisen ”history matters”. Formålet med dette er, udover at få en forståelse for de mekanismer og årsager, der har ført os frem til i dag, at undersøge hvilke spørgsmål denne udvikling rejser for det fremtidige danske sygehusvæsen. Undersøgelsen kan selvfølgelig ikke give et fuldt billede af udviklingen, men den vil give et bidrag til at forklare, hvordan og hvorfor vi har fået det frie sygehusvalg, den videre udvikling heraf, samt hvilke konsekvenser og muligheder udviklingen kan rejse for det fremtidige danske sygehusvæsen. Problemformuleringen for dette speciale lyder derfor således:

”Hvordan kan udviklingen op til og efter det frie sygehusvalg forstås? Og hvilke spørgsmål rejser udviklingen i forhold til fremtiden?”

⁹ <http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/print.asp?intArticleID=15951> (30.06.08)

Kapitel 2: Det teoretiske perspektiv

Jeg vil i dette kapitel gøre rede for det teoretiske udgangspunkt i specialet. Jeg arbejder med en antagelse om, at historien og det forudgående begivenhedsforløb spiller en stor rolle for udviklingen op til og efter den første lov om det frie sygehusvalg. Mit valg af teori er derfor naturligt faldet på den historiske institutionalisme. Denne teori kan, ud over at hjælpe mig til at forstå udviklingen i det frie sygehusvalg, give mig nogle redskaber og et fundament til at give et kvalificeret bud på, hvordan udviklingen af det frie sygehusvalg kan have indflydelse på den videre udvikling i det danske sygehusvæsen.

I kapitlet vil jeg først give et generelt overblik over den historiske institutionalisme, samt en definition på hvordan begrebet institutioner kan forstås og hvordan de dannes. Dernæst vil jeg, på baggrund af Poul Piersons artikel ”Not Just What, but When: Timing and Sequence in Political Processes” og Kathleen Thelens tilføjelser og rettelser hertil, mere konkret vise hvad teorien kan. Endeligt vil jeg lave en opsummering, hvor jeg opsamler og konkretiserer de begreber, jeg vil bruge i min undersøgelse af problemstillingen.

2.1 Historisk institutionalisme – Et overblik

Den historiske institutionalisme (HI) beror på antagelsen om, at politiske valg har stor indflydelse på og er bestemmende for fremtidige policies. Dette beskrives oftest ud fra begrebet sporafhængighed; hvor der først er lagt et politisk spor, er der en tendens til at disse policies bevarer.¹⁰ Bag dette ligger der en overbevisning om, at institutioner er med til give den kontekst, inden for hvilken politiske aktører former deres strategier og forfølger deres interesser. Politiske aktører agerer altså inden for en kendt institutionel kontekst, og beslutninger vil derfor være præget af de institutioner aktøren kender og opererer indenfor. Der vil derfor være en tendens til at fortsætte indenfor samme spor.¹¹

Men fordi aktører agerer ud fra det de kender, betyder det ikke nødvendigvis, at de behøver at blive inden for et givent spor. Når aktører alligevel bliver ”afhængige” af et spor, kan det forklares ud fra ideen om selvforstærkende processer, hvor sandsynligheden for at der bliver fortsat af samme spor bliver højere, for hvert skridt der tages. Dette, da

¹⁰ Peters 1999, s. 63

¹¹ Nielsen 2005, s. 173

omkostningerne ved at skifte spor, bliver større for hvert skridt der tages.¹² Ifølge teoretikeren Poul Pierson er der forskellige karakteristika ved selvforstærkende spor. For det første er der en vis grad af uforudsigelighed ved et spor. Det er svært at forudsige hvor et spor ender, idet tidlige begivenheder har en stor effekt og ofte er tilfældige, hvorfor der er mange muligheder for resultatet af en begivenhed. Derudover betyder de selvforstærkende mekanismer, at selv utilsigtede begivenheder har betydning. Er der begået fejl, er det ikke muligt bare at ignorere fejlen og fortsætte som hidtil, da selv den mindste begivenhed har betydning. Endvidere betyder de selvforstærkende mekanismer, at politiske processer ofte bliver ufleksible. Jo længere man er i en proces, jo sværere er det at skifte spor. Er det for eksempel blevet bestemt, at der skal bruges et bestemt program til journalføring på sygehusene, kan det være både svært og dyrt at skifte det ud, selvom der skulle være et mere effektivt program på markedet. Dette betyder ligeledes at ethvert spor er et potentielt ineffektivt spor. På grund af de omkostninger der er ved at skifte spor, er der en tendens til, at der sker en fastlåsning af institutioner, på trods af at det muligvis genererer et dårligere resultat end alternative løsninger.¹³

Men dette betyder ikke at der sker en fuldstændig fastlåsning af institutioner. Hvis en institution viser sig at være uhensigtsmæssig for formålet, må den enten ændres og tilpasses den nye situation, eller ophøre med at eksistere.¹⁴ Institutionelle regler og strukturerer kan dermed, ved at påvirke aktørers adfærd, generere forsøg på løse institutionelt selvskabte problemer. HI kan i denne optik derfor ses som et evolutionsspor og ikke et stramt fortløbende spor uden mulighed for udvikling. Dette betyder at der inden for et givent spor vil være forandringer og udvikling, men at udviklingen er bestemt af og sker indenfor de rammer der blev givet, da institutionen først blev dannet og sporet blev lagt.

Forandringer kan altså ske ved at en institution udvikles, eller at en institution ikke længere ses som formålstjenstlig og dermed afvikles, hvorefter nye opstår. Men forandringer kan også ske ved afgørende øjeblikke eller begivenheder, der ændrer konteksten og dermed får stor indflydelse, såsom eksempelvis krig. De selvforstærkende processer gør at forandringer oftest sker gradvist over tid, og årsager og effekter er derfor

¹² Pierson 2000 (A), s. 252

¹³ Pierson 2000 (A), s. 253

¹⁴ Peters 1999, s. 65

ofte adskilt i tid.¹⁵ HI fordrer derfor en Makro-historisk tilgang, hvor det er vigtigt at se det store perspektiv, når årsager til forandringer skal findes. Det er dermed vigtigt at se på politiske beslutningsprocesser over tid, systemkarakteristika (institutioner) og hvilken indflydelse disse har på struktureringen af policies.

2.1.1 Hvad er en institution og hvordan bliver den formet?

Institutioner er, som teoriens navn indikerer, et af grundelementerne i HI og det er derfor væsentligt at kunne identificere disse, når man vil bruge HI som grundlag for at undersøge politiske handlinger. Men hvad er en institution og hvordan formes den? Institutioner kan ifølge teoretikeren Peter A. Hall, overordnet defineres som de formelle og uformelle procedurer, normer, rutiner og konventioner, som er indlejret i de organisatoriske strukturer i samfundet og den politiske styreform.¹⁶ Politologen Jacob Torfing, definerer institutioner ”(...) som en samling relative faste interaktionsmønstre, der skyldes aktørernes tillærte handling, som er formet gennem tilstedeværelsen af stabile rammer for handling.”¹⁷ Institutioner er altså en form for social praksis, som gennem gentagelser bliver taget for givet af aktørerne. Aktørerne bliver så at sige socialiseret til at agere på bestemte måder, og deres muligheder for handling bliver formet af de stabile omgivelser for deres handlinger. Med andre ord er institutioner ensbetydende med systematisk social gentagelighed, hvor aktørerne netop handler indenfor de rammer som bliver taget for givet.¹⁸ En institution er altså en relativt vedvarende reproduktion af sociale handlingsmønstre. Men hvordan opstår disse mønstre? Sagt med andre ord, på hvilken måde skabes en institution?

Dannelsen af institutioner kan ifølge Torfing forstås som et resultat af samspil mellem politik og institutioner.¹⁹ Dannelsen af institutioner er altså en tovejseffekt, hvor politiske aktører og eksisterende institutioner gensidigt påvirker hinanden. Det vil sige at dannelsen af institutioner sker gennem politiske kampe, men hvor de politiske aktørers handlinger er betinget af institutionelt indlejrede normer, rutiner og konventioner.²⁰ Dét, at de politiske aktørers handlinger er betinget af institutioner, betyder ligeledes, at der hvor den

¹⁵ Pierson 2000 (A), s. 253

¹⁶ Hall 1998, s. 17

¹⁷ Nielsen 2005, s. 45

¹⁸ Nielsen 2005, s. 45

¹⁹ Nielsen 2005, s. 167

²⁰ Nielsen 2005, s. 167

institutionelle kontekst er fuldt ud sedimenteret, er råderummet for politiske handlinger ofte stærkt begrænset. Dette betyder dog ikke, at der ikke er plads til forandringer. Men blot at forandringer først sker, når den institutionelle kontekst rystes af begivenheder, der ikke kan rummes eller forstås af eksisterende institutioner, der følgelig helt eller delvis nedbrydes.²¹

Som sagt er politiske aktørers handlingsmuligheder betinget af de institutionelle rammer. Men det betyder ikke at politiske handlinger er helt og holdent determineret af den institutionelle kontekst. Selvom aktørerne er en vigtig del af institutionsprocessen, har de altid mulighed for aktivt at gøre en forskel. Ifølge Torfing er der to forklaringer på, hvordan politik kan føre til fremkomsten af institutioner. Den første forklaring fokuserer mest på formelle institutioner, hvor politiske beslutninger fører til dannelsen af institutioner. Institutioner ses her som ”(...) som et resultat af en formel beslutning eller en serie af beslutninger, som er taget af kompetente beslutningstagere, der kan se en fordel i at oprette eller etablere en bestemt institution”.²² Den anden forklaring fokuserer mere på uformelle institutioner, hvor politisk skabte sociale relationer efterhånden præges og erstattes af regelstyret og rutineret interaktion. Dette uden at der er truffet nogen egentlig beslutning herom. Torfing eksemplificere dette med institutionaliseringen af et forhandlingsnetværk, hvor en række politiske aktører søger indflydelse på lovgivningen på et bestemt område. Gradvist institutionaliseres forhandlingsprocessen ved at der dannes normer og regler for, hvem der kan forhandle, hvad der kan tales om og hvordan der forhandles.²³

Som nævnt, ser Torfing dannelsen af institutioner som et sammenspil mellem institutioner og politiske aktører. Men også andre aktører kan have en indflydelse på en beslutningsproces, om end det muligvis er en mere indirekte indflydelse. Dette kunne eksempelvis være interesseorganisationer o. lign.

Jeg definerer institutioner som en relativt vedvarende reproduktion af sociale handlingsmønstre, der er indlejret i de organisatoriske strukturer i samfundet og den politiske styreform. En institution er altså en bestemt måde at gøre noget på, eller en bestemt forståelse af noget, der er fælles for alle aktører inden for et afgrænset felt. Dette ”noget” skal tages for givet, være ubevidst. Det vil sige, at det ikke er noget, der bliver

²¹ Nielsen 2005, s. 169-170

²² Nielsen 2005, s. 171

²³ Nielsen 2005, s. 171

anfægtet eller er til diskussion. Jeg vil dog gøre opmærksom på at intet er absolut, og det kan være svært at finde institutioner, der er 100 pct. uanfægtede. Jeg ser derfor denne definition af institutioner som et ideal, der kan tilnærmes, men er svært opnåeligt i praksis.

Der er et tidsmæssigt perspektiv, en institution opstår eller forsvinder ikke på en dag. Det vil sige, at for at der er tale om en institution, skal der være en vis grad af gentagelighed inden for et vist tidsrum, hvor institution fremstår uændret. Jeg vil ikke give nogen, nærmere definition på hvor mange gange noget skal gentages eller over hvor lang tid, da jeg mener dette må være et vurderings spørgsmål fra institution til institution.

2.2 Timing og sekvensering

I teksten ”Not Just What, but *When*: Timing and Sequence in Political Processes”, giver Poul Pierson forskellige argumenter for hvorfor sekvensering og timing er vigtig i analysen af politiske processer. Det vil sige, fastlægge og undersøge rækkefølgen i politiske processer. Endvidere viser han i teksten, hvordan distingverer mellem disse argumenter kan hjælpe med at identificere mønstre og underbygge, hvorfor systematiske undersøgelser over tid bør være centrale i politisk forskning. I teksten fremkommer Pierson med tre hovedargumenter 1) dem som handler om selvforstærkende processer, hvor bevægelser ned af et spor fremmer sandsynligheden for yderligere bevægelser i samme retning, 2) dem som handler om ikke-selvforstærkende sekvenser, hvor bevægelser i en bestemt retning fremkalder magtfulde modreaktioner, og 3) argumenter om historiske sammentræf, hvor samtidige begivenheder interagerer og har en sammenhængende effekt.²⁴ I argumenterne ligger der nogle konkrete redskaber og begreber, der kan bruges i den historisk institutionelle analyse. Jeg vil derfor her redegøre for disse argumenter, med vægt på de dele af argumenterne jeg finder interessante i forhold til at forstå udviklingen i det danske sygehusvæsen.

Jeg vil i dette afsnit redegøre for de tre argumenter. I afsnittet vil Kathleen Thelens rettelselser og tilføjelser til Piersons tekst være inkorporeret, ligesom der sidst i afsnittet specifikt vil blive redegjort for hendes tanker om begrebet ”layering”.

2.2.1 Selvforstærkende processer

Det første hovedargument omhandler som nævnt selvforstærkende processer. Ifølge Pierson kan det, at identificere selvforstærkende processer, hjælpe med til at forstå hvorfor organisatoriske og institutionelle praksisser ofte er ekstremt vedvarende. Dette er vigtigt, når politiske processer skal undersøges, da sådanne vedvarende praksisser er en markant del af det sociale liv.²⁵ Pierson pointerer dog, at sporafhængighed ikke betyder en fastfrysning af de eksisterende praksisser, men blot at forandring er begrænset af det eksisterende – i al fald indtil noget nedbryder eller tilsidesætter de mekanismer, der sikrer reproduktion af de eksisterende institutioner. Sporafhængige processer indeholder ifølge Pierson tre forskellige stadier. Det første stadie involverer det første kritiske øjeblik, hvor en begivenhed afstedkommer de første skridt ad et spor. Det andet stadie er en periode

²⁴ Thelen 2000, s. 101

²⁵ Pierson 2000 (B), s. 76

med stabilitet og reproduktion. Det sidste og tredje stadie er sporets endepunkt, hvor nye begivenheder fortrænger gamle institutioner. Som jeg vil komme ind på senere i dette kapitel, forløber sporafhængige processer dog ikke altid således.²⁶ Ind imellem vil anden periode være præget af *både* reproduktion og forandring på én og samme tid, for til slut at være forandret så meget, at der kan tales om sporskifte, uden at der har været noget decideret kritisk øjeblik, der har endt sporet.

Ved at identificere de selvforstærkende mekanismer kan der opnås nødvendig og særdeles vigtig viden om, hvilken slags begivenheder eller processer, der ved at fortrænge det gamle muligvis kan generere store forandringer ud i fremtiden. Dette betyder at HI kan bruges til andet og mere end undersøgelser af hvordan og hvorfor politiske forandringer sker. HI kan ligeledes være med til at frembringe et kvalificeret bud på, hvad fremtiden vil bringe. Således forventer jeg, i den første del af min undersøgelse, at identificere de mekanismer og årsager der har haft indflydelse på det frie sygehusvalg. Ved at gøre dette kan jeg opbygge viden om, hvad der muligvis kan skabe forandringer i fremtiden og dermed sige noget om, hvor udviklingen i det frie sygehusvalg, fører det danske sygehusvæsen hen.

Når sporafhængige processer skal analyseres, er det vigtigt at være opmærksom på, at det er identifikationen af de selvforstærkende mekanismer, der er det væsentlige. Det er nemt at komme til at undersøge, hvad der er sket, frem for hvorfor det er sket. At specificere de selvforstærkende mekanismer kan hjælpe med til at udvikle hypoteser om, hvor der muligvis ellers kan findes lignende dynamikker. Ifølge Pierson er der mange mulige årsager til selvforstærkende mekanismer, og han giver flere eksempler herpå. For det første er der ofte store startomkostninger ved oprettelsen af nye organisationer eller institutioner, som kan gøre det dyrt at skifte spor. Derudover kan koordineringseffekter være med til at skabe positiv feedback. Dette, da fordelene ved individers handlinger, organisationer eller institutioner, ofte forstærkes ved, at de koordineres med andre. Jo flere handlinger, organisationer eller institutioner der spiller sammen, jo større bliver fordelene. Jo større fordelene bliver, des flere vil blive tiltrukket til at interagere og spille sammen med en given institution, og institutionen forstærkes yderligere. Eksempelvis kunne man forestille sig, at det frie sygehusvalg har haft en stor berøringsflade som har haft fordele heraf, bl.a. patientforeninger og de private sygehuse, og at samspillet mellem

²⁶ Se afsnit 2.2.4 om layering

disse organisationer har været med til at skabe en selvforstærkende matrice. Det er altså ikke kun enkelte institutioner, der er underkastet selvforstærkende mekanismer. Også konstruktioner af komplementerende institutioner har en gensidig effekt på hinandens eksistens. Det vil sige, at gensidigt afhængige net af en institutionel matrice producerer massive selvforstærkende mekanismer.²⁷

Selvforstærkende mekanismer kan ligeledes indeholde elementer af legitimering eller standarder for, hvad der er det ”rigtige”. Jo flere aktører der accepterer bestemte praksisser som legitime eller ”rigtige”, jo større er sandsynligheden for at andre aktører ligeledes vil acceptere dem. Dette, da eksempelvis omkostningerne ved at være uenig, kan være for store for den enkelte. Endvidere er de måder, hvorpå aktører tænker om både normative emner og spørgsmål om årsager og effekter ofte stærkt sporafhængige. Når aktører opererer i en kontekst, der er meget kompleks, bliver måden hvorpå de filtrerer informationer ofte skævt fordelt. Informationer, som bekræfter det de allerede tror og mener, har det med at blive godtaget ukritisk, hvorimod informationer, der modbeviser det de tror på, bliver filtreret væk. Derfor har politiske forståelser det med at være sporafhængige hos aktører, når de en gang er blevet etableret. Jeg har en formodning om, at dette også gør sig gældende for det frie sygehusvalg, og at dele af udviklingen er et udslag af en normativ opfattelse af, hvordan tingene hænger sammen.

Der er altså flere forskellige mekanismer, der kan generere selvforstærkende processer eller sporafhængighed. Det er her vigtigt at huske på, at ovenstående forklaringsmuligheder ikke er udtømmende. I analysen af et begivenhedsforløb, er det derfor vigtigt at være opmærksom på, at der kan være andre mulige selvforstærkende mekanismer. At identificere sådanne mekanismer er særdeles vigtigt for at kunne klarlægge, hvordan forstærkningen af tidlige begivenheder i sociale processer rent faktisk sker. Ved at klarlægge sådanne mekanismer kan det dermed fastlægges, at der netop er tale om tilfælde af historiske årsagsforhold og ikke blot tilfældigheder.²⁸ Dette er netop en af de grundlæggende teser i dette speciale – at udviklingen i det frie sygehusvalg ikke er et udslag af tilfældigheder, men derimod en proces, hvor historiske årsagsforhold og begivenheder har haft stor indflydelse på udviklingen. Jeg forventer derfor, at jeg ved at undersøge og klarlægge sådanne mekanismer, kan opnå en forståelse af udviklingen i det frie sygehusvalg.

²⁷ Pierson 2000 (B), s. 77-78

²⁸ Pierson 2000 (B), s.77-79

Timing

Når politiske processer skal undersøges, er det vigtigt at se på hvornår tingene sker, da det, som følge af selvforstærkende mekanismer, har betydning for udfaldet. Til at forklare dette bruger Pierson et eksempel om vedvarende effekter af de finansieringsmetoder. Finansieringsmetoder som blev brugt af de europæiske stater, der stod over for militær rivalisering, før det moderne bureaukrati opstod. På grund af den militære rivalisering, blev disse stater på et tidligt tidspunkt i historien tvunget til at opkræve skatter. Da der på dette tidspunkt ikke var noget formelt bureaukrati til at varetage en sådan opgave, blev ansvaret for skatteopkrævningen ofte lokalt forankret. Helt op til det 18. århundrede, fik disse stater på grund af selvforstærkende mekanismer, ofte problemer. Sådanne systemer var ofte mere fordelagtige for den lokale skatteopkræver end de royale arbejdsgivere. Det var derfor svært at opnå den fornødne støtte til at ændre systemet. Stater, der først på et senere tidspunkt i historien stod over for militær rivalisering, havde den fordel, at de nu befandt sig i en helt anden verden, hvor viden om hvordan bureaukratier kunne opbygges var vidt tilgængelige. Disse stater kunne derfor opbygge deres bureaukrati baseret på en separation mellem den person der besidder embedet og embedet i sig selv.²⁹

Den historiske udvikling af sociale og politiske kapaciteter har altså betydning for udfaldet af bestemte begivenheder. Hvornår tingene sker, har dermed betydning, da repertoiret af mulige udfald for en given begivenhed er historisk determineret af de materielle, teknologiske, organisatoriske og ideologiske ressourcer, der er til rådighed. I forhold til mit speciale definerer jeg materielle ressourcer som økonomiske ressourcer. Det vil konkret sige sygehusvæsnets rådighedsbeløb, samt samfundsøkonomien generelt. Teknologiske ressourcer definerer jeg som eksempelvis nye behandlingsmuligheder, adgangen til behandlingsmæssigt udstyr eller adgangen til it-systemer osv. Jeg har valgt at definere organisatoriske ressourcer som den strukturelle organisering. Det vil sige strukturel opbygning, der har betydning for sygehusvæsnets, som for eksempel inddelingen mellem lokalsygehuse, amtssygehuse og lands- og landsdelssygehuse, opbygningen af opgave- og ansvarsfordeling eller kapaciteter i form af eksempelvis sengepladser mm. Ideologiske ressourcer definerer jeg som forskellige aktørers forståelse af, hvordan samfundet bør se ud og hvordan dette mål kan opnås.

²⁹ Pierson 2000 (B), s. 81

Sættes dette i sammenhæng med selvforstærkende processer, ses det for alvor hvor vigtig timing er, da et givent udfald, når først det er blevet implementeret, kan generere selvforstærkende processer, der herved sætter en given politik på et langvarigt spor. Jeg forventer således, at timingen har haft stor betydning for udfaldet af forskellige begivenheder. Jeg forventer således, at loven om det frie sygehusvalg er et udfald af nogle begivenheder, og at de ressourcer, der var til rådighed på det givne tidspunkt, har haft indflydelse på udfaldet.

Udover at sociale og politiske kapaciteter er vigtige for politiske processer, spiller det politiske råderum ligeledes en vigtig rolle. Ofte må aktører konkurrere om et begrænset politisk råderum. Dette betyder at timingen ofte spiller en vigtig rolle for at opnå succes. I kontekster der er fremmede for sporafhængighed, kan aktører, der formår at konsolidere tidlige fordele, muligvis opnå vedvarende overtag gennem selvforstærkende mekanismer. Aktører der først kommer på banen på et senere tidspunkt, risikerer at de tilgængelige ressourcer i samfundet allerede er optaget.³⁰ Dette betyder dog ikke, at det at komme først på banen i sig selv giver store fordele, det er nærmere det at være først til at konsolidere sin magt, der er fordelagtigt.³¹

Ovenstående argumenter om timing og selvforstærkende processer har det tilfælles, at de påstår, selvforstærkende mekanismer gør visse aspekter af sociale dynamikker vedvarende. Dette betyder ikke at det politiske landskab bliver låst fast, men blot at særlige aspekter af sociale relationer bliver dybt indlejret. Det er derfor vigtigt, hvornår i en større sekvens af udvikling, konsolidering eller institutionalisering sker. Ligesom det er vigtigt, hvordan disse indlejrede aspekter interagerer med mere flydende elementer i en større social kontekst.³² Når politiske processer skal undersøges, er det altså ikke kun et spørgsmål om hvad der sker, men ligeledes hvornår det sker.

2.2.2 Ikke-selvforstærkende processer

Ifølge Pierson er det ikke alle sekvenser, der indeholder selvforstærkende processer. Tidligere begivenheder kan godt have en indflydelse på en sekvens, uden nødvendigvis at skubbe tingene videre i samme retning. Alligevel har det forudgående spor stor

³⁰ Pierson 2000 (B), s. 81-82

³¹ Thelen 2000, s. 103

³² Pierson 2000 (B), s. 83

betydning, netop fordi det kan forårsage reaktioner, der får sporet til at ændre retning. Tidligere begivenheder er derfor vigtige, ikke kun fordi de kan skabe positiv feedback, men også fordi de kan udløse magtfulde modreaktioner. Det er her vigtigt at være opmærksom på, at disse magtfulde modreaktioner ikke skaber en slags ”negativ feedback” der trækker sporet tilbage til dets oprindelige udgangspunkt. Det er nærmere en reaktion, der skubber sporet i en ny retning, uden at forstærke det første skridt.³³

Pierson giver et eksempel på sådanne modreaktioner, ved at se på Evelyn Huber Stephens’s studier af regime udvikling i Latin Amerika. Ifølge Stephens var udsigterne til demokratisering i de latinamerikanske lande stærkt afhængig af timingen. For flere af hendes cases gjaldt det her, at fremkomsten af geografisk koncentrerede arbejderklasser - med hang til organisering og militant adfærd, sammen med en hegemonisk svag landbesiddende elite - gav grundlaget for vækst i radikale partier. Disse partier fremmede alliancer mellem arbejder- og middelklassen, og gjorde krav på politisk inkludering og omfattende sociale reformer, og var derfor stærkt truende for eliten. Dette gav en sekvens med politisk ustabilitet, med mindre demokratiske gennembrud, og endeligt magtfulde modreaktioner fra eliten og indførelsen af et diktatorisk regime til følge.³⁴ Så selvom der blev taget nogle første skridt mod et stabilt og demokratisk regime, gjorde magtfulde modreaktioner, at mulige selvforstærkende mekanismer blev sat ud af kraft.

Som det kan ses af ovenstående eksempel, kan timing spille en stor rolle for ikke-selvforstærkende processer. Generelt minder de argumenter, som blev diskuteret i afsnittet om selvforstærkende processer om dem, som kan anvendes om ikke-selvforstærkende processer. Ligeledes gør mange af de samme basale mekanismer sig gældende herfor, blot med modsat fortegn.

2.2.3 Historiske sammentræf

Begivenheder der finder sted på samme historiske tidspunkt, får ofte et andet udfald end hvis de samme begivenheder var sket på forskellige tidspunkter i historien. Et eksempel på dette er det om manden, der går en tur med samme rute hver dag. En dag falder der en tagsten ned fra en bygning på mandes rute. Afhængigt af timingen for disse to aktiviteter, vil det observerede udfald blive meget forskelligt. Dette viser, hvor stor betydning interagerende begivenheder kan have på historiske processer. Ved at undersøge sådanne

³³ Pierson 2000 (B), s. 84-85

³⁴ Pierson 2000 (B), s. 85

sammentræf kan det hjælpe med til at kunne forstå, hvordan og hvorfor bestemte politiske processer har udviklet sig på en bestemt måde. Jeg vil derfor inddrage flere forskellige perspektiver og begivenheder, end blot de rent politiske, da jeg har en forventning om at sammenspillet mellem disse begivenheder har haft betydning for udviklingen.

Men fordi sådanne sammentræf generelt er ubeslægtede begivenheder, og de kun er forbundet via tilfældig timing, er de umulige at forudse, og udfaldet er derfor først forudsigeligt efter begivenhederne er sket. Det kan selvfølgelig være givtigt at konstruere en historisk model over, hvad der er sket efter en bestemt begivenhed, men fordi de er tilfældige, kan en sådan model ikke bruges til at forudsige andre betydningsfulde begivenheder eller deres udfald.³⁵ Der er ikke desto mindre muligheder for at der kan laves generaliseringer ud fra historiske sammentræf. I igangværende sociale processer kan det gøre en stor forskel, hvornår en begivenhed indtræffer i forhold til den igangværende proces. Eksempelvis kan en økonomisk depression muligvis virke som katalysator for en reformeringsbevægelse, der miskrediterer den eksisterende regering og giver legitimering for forandringer. Hvis der derimod kommer en depression umiddelbart efter en reformbevægelse har opnået styrke, er det sandsynligt, at depressionen vil have en negativ indvirkning på lysten til at eksperimentere og reformere. Det er derfor måske alligevel muligt at generere nogle mere generelle påstande om effekter af udefrakommende begivenheder. Dette ved at se på, på hvilket stadie begivenhederne afbryder en igangværende proces og dermed skaber et afgørende øjeblik, der åbner muligheden for fundamental institutionel forandring.³⁶

Jeg definerer historiske sammentræf som sammenfaldende begivenheder, der sker inden for en kortere tidsperiode på nogle få måneder. Jeg ønsker ikke at angive nogen nærmere tidsramme, da det må være et vurderingsspørgsmål fra begivenhed til begivenhed, om der er tale om sammentræf. Jeg definerer i denne sammenhæng begivenheder som når der sker noget ”nyt” i historien. Det vil sige at en pludseligt opstået økonomisk krise ses som en begivenhed, mens generel lavkonjunktur ses som en del af den normale udvikling, og er derfor ikke nogen ”begivenhed”. Men begivenheder behøver dog ikke at være noget stort som eksempelvis en krise. Det kan også være en lov eller en debat, der egentlig ikke har noget at gøre med det spor jeg er interesseret i, men som alligevel får stor betydning herfor, fordi det på den ene eller anden måde alligevel ramler sammen. Historiske sammentræf adskiller sig derfor fra timing ved, at det er pludseligt opstående

³⁵ Pierson 2000 (B), s. 87-88

³⁶ Pierson 2000 (B), s. 88, og Thelen 2000, s. 104

begivenheder, der tilsammen giver store forandringer. Det skal nævnes, at et historisk sammentræf godt kan være én pludseligt opstået begivenhed, der spiller sammen med andre begivenheder.

2.2.4 "Layering"

Institutionel forandring sker ikke altid via afgørende øjeblikke, der omgående fører til brud med det eksisterende. Ofte sker forandringer langsomt og gradvist. Ifølge Thelen, er det muligt at kombinere elementer fra institutionel "fastlåsnings", grundet sporafhængighed, med innovation og udvikling. Thelen refererer her til Erik Schiklers undersøgelser af den amerikanske kongres. Der bliver her argumenteret for, at institutioner i kongressen har udviklet sig over tid via en tæt lagdeling af nye tiltag lagt ovenpå de allerede eksisterende strukturer. Eksempelvis kan nye politiske koalitioner have et ønske om at lave nye tiltag, der fortrænger eksisterende institutioner. Men hvis der er sket en fastlåsnings af de gamle institutioner, kan det være svært at opnå opbakning hertil. Politikerne kan forsøge at omgå denne fastlåsnings ved at bygge oven på det eksisterende frem for at nedbryde det gamle og opbygge noget helt nyt. På denne måde kan det være muligt at trække de gamle institutioner i en anden retning, frem for at skubbe udviklingen videre ned af det eksisterende spor.³⁷ Det vil sige, at det på denne måde er muligt at ændre spor uden først at have nedbrudt de gamle institutioner. Dette betyder ligeledes, at det kan være svært at fastlægge, hvornår der er tale om et brud, i og med institutionerne er under konstant forandring.

For næsten alle institutionsprocesser vil det være gældende, at reproduktionen som oftest vil være fyldt med elementer af forandring gennem eksempelvis layering. Det er derfor vigtigt, når man skal undersøge hvordan en institution er blevet formet, at se på det inden for en tidsramme, som inkluderer begivenhedsforløbet og de processer, som har formet institutionens udvikling.³⁸

³⁷ Thelen 2000, s. 106

³⁸ Thelen 2000, s. 106

2.3 Opsamling

Jeg ønsker i dette speciale at studere de historiske institutionaliseringsprocesser, som tilsammen har formet udviklingen, og dermed de historiske spor, i det danske sygehusvæsen, samt hvilke spørgsmål denne udvikling rejser. Jeg vil i det nedenstående afsnit kort lave en opsamling på de elementer af teorien, som jeg finder relevante for min undersøgelse. Jeg vil senere i metoden nærmere redegøre for anvendelsen af de nøglebegreber, jeg henter fra teorien.

Jeg ser institutioner som en relativt vedvarende reproduktion af sociale handlingsmønstre, der er indlejret i de organisatoriske strukturer i samfundet og den politiske styreform. For at undersøge institutionaliseringsprocesserne, vil jeg anvende udvalgte begreber fra Piersons ”Not Just What, but *When*: Timing and Sequence in Political Processes” og Thelens ”Timing and Temporality in the Analysis of Institutional Evolution and Change”, som jeg har redegjort for i de ovenstående afsnit.

Ved layering sker forandringer langsomt over tid, men det betyder ikke, at der ikke kan ske brud, blot at det sker langsomt, næsten umærkeligt. Et muligt udfald er, at de forandringer der har ført op til, samt videre har udviklet det frie sygehusvalg, er sket med så relativt små skridt, at der kan tales om layering. Layering er som tidligere nævnt en kombination af elementer sporafhængighed og udvikling. Jeg vil derfor ligeledes undersøge om og hvilken indflydelse selvforstærkende processer har haft på udviklingen. Det vil sige, identificere nogle af de mekanismer, der har haft indflydelse på retningen i udviklingen. Endvidere vil jeg inddrage elementer af timing, da jeg har en forventning om at tiden og konteksten har haft stor betydning for udfaldet af forskellige begivenheder. Ydermere vil jeg være opmærksom på, om der igennem begivenhedsforløbet har været nogle sammentræf, der har haft afgørende indflydelse på udviklingen. Altså om der har været nogle sammentræffende begivenheder, der har givet et andet udfald end man ellers ville have forventet, hvis de var sket forskudt. Endelig vil jeg holde in mente, at visse forandringer kan være forårsaget af magtfulde modreaktioner på et tidligere spor, såkaldte ikke-selvforstærkende mekanismer.

Kapitel 3: Metode

Formålet med dette speciale er at undersøge og belyse udviklingen i det danske sygehusvæsen. Det frie sygehusvalg som fænomen, viser tydeligt hvordan denne udvikling er blevet formet og er derfor genstandsfeltet for specialet. Det vil sige der her vil blive undersøgt, hvad der har ført frem til det frie sygehusvalg, samt den videre udvikling heraf. Endvidere vil undersøgelsen af denne udvikling blive brugt som afsæt for en diskussion af, hvordan fremtidens sygehusvæsen kunne tænkes at udvikle sig. Der vil i de nedenstående afsnit blive redegjort for specialets design, den metodiske opbygning, operationalisering, samt dataindsamling.

3.1 Design

Designet for dette speciale er et casestudie design. Jeg har valgt dette design, da jeg ønsker at undersøge et fænomen, der er svært forståeligt, hvis ikke der ses på konteksten, og et casestudie design kan hjælpe mig med at opnå en større forståelse af problemstillingen som helhed.³⁹

Valget af design har betydning for, om forudsætningerne for at kunne belyse problemstillingen gennem det teoretiske perspektiv, er opfyldt. Det vil sige en sikring af, at de indsamlede data kan belyse problemstillingen.⁴⁰ Fokus i dette speciale er udviklingen i det danske sygehusvæsen set fra den sundhedspolitiske side. Men da ”sygehusvæsenet” er et meget abstrakt og uhåndterligt begreb, har jeg valgt at bruge det frie sygehusvalg, som et symbol på udviklingen i det danske sygehusvæsen. En case er det ”objekt” der studeres og fænomenet ”det frie sygehusvalg” er derfor det objekt som vil blive undersøgt her, med loven herfor som udgangspunkt. Det frie sygehusvalg er dermed den analyseenhed, omkring hvilken der vil blive indsamlet empiri. Jeg har valgt denne case, da den kan ses som en såkaldt kritisk case, der særligt tydeligt viser de tendenser, der kendetegner udviklingen gennem de sidste mange år. For det første viser casen nogle klare ideologiske modsætninger, som for eksempel fra at se sygehusvæsenet som noget der bør være en ren offentlig opgave, til inddragelsen af private aktører i opgaveløsningen. For det andet vanskeliggør det frie sygehusvalg den politiske styring i amterne og senere regionerne, og viser dermed en indskrænkning i det politiske råderum

³⁹ Nielsen 1998, s. 48

⁴⁰ Nielsen 1998, s. 46

og for det tredje fordi det bryder med det professionelle selvstyre og øger forbrugernes indflydelse.

For at kunne belyse problemstillingen vil det frie sygehusvalg altså være hovedfokus. Der er selvfølgelig mange andre aspekter, som kunne være relevante og interessante at inddrage, når man skal undersøge udviklingen i det danske sygehusvæsen. For eksempel hele problematikken omkring de private sygesikrings indflydelse på udviklingen i sygehusvæsenet. Men problematikker som denne vil højst sandsynligt vise nogle af de samme tendenser, som det frie sygehusvalg, og jeg har derfor valgt at gå i dybden med en enkelt case, frem for at gå i bredden med flere forskellige perspektiver. Jeg har ligeledes valgt at se på det frie sygehusvalg som en enkel enhed, frem for flere enheder, ved eksempelvis at dele lov om sygehusvæsenet (lov om frit sygehusvalg) op i mindre enheder og se på de enkelte paragraffer separat. Dette, da jeg ønsker at forstå udviklingen af det frie sygehusvalg som helhed, og jeg mener ikke det er relevant for min problemstilling at se på de enkelte delkomponenters tilblivelse og udvikling.

Valget af design er som sagt afgørende for at problemstillingen kan belyses. Jeg vil, med dette in mente, i næste afsnit beskrive opbygningen af selve undersøgelsen.

3.2 Opbygning

Min problemstilling indeholder to delkomponenter. Jeg vil derfor dele min undersøgelse op i to dele; en del der undersøger de mekanismer og årsager, som har haft indvirkning på og ført frem til beslutningen om det frie sygehusvalg, samt udviklingen heraf, og en del hvor jeg vil diskutere, hvilke spørgsmål udviklingen rejser for fremtidens sygehusvæsen. Jeg vil i nedenstående afsnit gøre rede for den metodiske opbygning af de to dele.

3.2.1 Del 1 – Det frie sygehusvalg

Den første del af min problemstilling lægger op til en ”beskrivende analyserende” tilgang til studiet af min case. Dette betyder dog ikke, at jeg vil have en ren deskriptiv tilgang i min undersøgelse, hvor jeg nøgternt og objektivt beskriver udviklingen, uden nogen form for fortolkning. Min beskrivelse af udviklingen vil derimod basere sig på et teoretisk fundament. Teorien vil dermed være styrende for indsamlingen af empiri og den efterfølgende analyse, og skaber dermed grundlaget for en gyldig besvarelse af min problemstilling. Jeg har valgt den historiske institutionalisme, da denne teori giver et bredt teoretisk fundament til at undersøge de mekanismer og årsager, som kan have indvirkning på en historisk udvikling. Det er derfor igennem dette teoretiske perspektiv, jeg vil undersøge, beskrive og fortolke udviklingen i det frie sygehusvalg. Den historiske institutionalisme hviler på antagelsen om, at tidligere begivenheder har stor indflydelse på fremtidige begivenhedsforløb. Det er netop min formodning, at udviklingen i det frie sygehusvalg kan ses og forstås i den historiske kontekst det indgår i, altså at udviklingen kan være determineret af konteksten og historien.

Jeg gør opmærksom på, at de kilder jeg har valgt til at redegøre for den historiske institutionalisme, alle har en politologisk tilgang. Det betyder, at disse fokuserer på de politiske beslutningsprocesser, og at det dermed kun er politiske beslutninger, der tillægges betydning. Derved overses andre aktører og beslutningsfora nemt. Jeg vil derfor gøre opmærksom på, at selvom teorierne mest beskæftiger sig med det politiske niveau, mener jeg, det er vigtigt at være opmærksom på, at der kan være andre niveauer, der kan have indflydelse, når en udvikling skal undersøges. De begreber jeg vil bruge fra teorien, kan alle anvendes på andre niveauer i en udvikling, og jeg vil derfor inddrage flere aktører og fora i analysen, udover de rent politiske.

Empirifremstilling

Udviklingen op til og efter det frie sygehusvalg strækker sig over en lang periode, som kan virke svær at overskue. Jeg har derfor valgt at give et overblik over udviklingen, med vægt på de dele jeg senere vil undersøge nærmere i den teoretisk funderede analyse. Jeg har opdelt udviklingen i 3 sekvenser, der skal gøre det nemmere at bevare det store overblik og dermed være med til at sikre, at jeg får indfanget de begivenheder, der har haft indvirkning på udviklingen. Min undersøgelse beskriver en kronologisk udvikling, og jeg har derfor valgt at inddele sekvenserne efter denne grundlæggende kronologi, således at hver sekvens mere eller mindre beskriver et årti. Jeg startede med halvfjerdserne, så firserne, mens sidste sekvens vil gå over to årtier, fra 1990 til i dag. Endvidere vil jeg afgrænse disse dele, og jeg vil kun undersøge udvalgte dele af historien. Dette da det er umuligt at fortælle *hele* historien om udviklingen i det danske sygehusvæsen. Jeg har derfor udvalgt nogle få forhold, der har haft med det frie sygehusvalg at gøre, og som kan give et billede af udviklingen og dermed virke som repræsentanter for den samlede udvikling.

1. Den danske velfærdsstat og det de fleste forstår herved, blev for alvor opbygget og konsolideret i løbet af 1960'erne og 1970'erne. For sygehusvæsnets vedkommende var kommunal- og socialreformen i 1969/70 et af kardinalpunkterne herfor, og jeg har derfor valgt at starte første del af min redegørelse for udviklingen op til det frie sygehusvalg her. Jeg vil derfor redegøre for de delelementer af kommunalreformen, som jeg finder relevante for min problemstilling, samt tiltag der fulgte i kølvandet herpå, eksempelvis oprettelsen af den offentlige sygesikring og ændringer i retningslinjerne for visitation til uden- amtslige sygehuse.
2. Jeg vil i anden sekvens beskrive problemstillinger, som især den nye sygehusstruktur forårsagede. Derudover vil jeg redegøre for samfundsmæssige forhold, som jeg har en forventning om, både direkte og indirekte, var medvirkende til, at det frie sygehusvalg blev indført. Dette indebærer bl.a. økonomiske forhold, ændret patientbillede og stigende politisk interesse for sygehusvæsenet på nationalt niveau.
3. I tredje sekvens, vil jeg redegøre for beslutningen om det frie sygehusvalg, og hvordan denne lov efter vedtagelsen i 1992 videre udvikles op gennem 1990'erne.

Det vil sige fra det frie sygehusvalg, over det udvidede frie sygehus valg og op til den nye 1 månedes behandlingsgaranti i dag. Derudover vil jeg kort komme ind på mediernes vedvarende fokus på ventelister og den økonomiske udvikling op gennem halvfemserne.

Analyse

Første del af min problemformulering indeholder to elementer, udvikling op til det frie sygehusvalg, og udviklingen efter. Til hver del vil jeg søge at identificere nøglebegreber fra teorien, og anvende dem til at undersøge hvordan og hvorfor udviklingen har formet sig, som den har. De nøglebegreber jeg vil anvende er institutioner, selvforstærkende processer, ikke-selvforstærkende processer, timing, historiske sammentræf og layering.⁴¹ Det er ikke sikkert, at jeg kan identificere alle nøglebegreberne i udviklingen, ligesom det ikke er sikkert at jeg kan identificere alle elementerne fra de enkelte nøglebegreber. Derudover er det ikke alle, der har haft lige stor betydning. Der vil derfor være forskel på, hvor stor vægt jeg vil lægge på hver enkelt. Når jeg har identificeret begreberne, vil jeg sammenholde dem og undersøge hvilke spor, hvis nogen, de tilsammen har været med til at trække fra starten af halvfjerdserne og op til i dag, og om der i perioden eventuelt har været brud, med nye spor til følge. Ved at gøre dette, kan jeg give en forklaring på hvorfor det frie sygehusvalg opstod, og hvorfor det har udviklet sig som det har, og dermed svare på første del af min problemformulering. Jeg vil afslutte denne første del af min undersøgelse med at samle op på det, jeg finder ud af via nøglebegreberne, og tegne et billede af det eller de spor der har ført frem til i dag. Derudover vil jeg kort angive, hvad det er for en situation, der gælder nu, samt hvilke spor jeg mener det danske sygehusvæsen befinder sig på. – Idet bindingerne fra nutiden er de vigtigste for den nære fremtid. Dette leder dermed op til anden del af min undersøgelse om fremtidens sygehusvæsen.

3.2.2 Del 2 – Fremtidens sygehusvæsen

Min problemstilling indeholder som sagt to dele, hvor anden del omhandler hvilke spørgsmål den hidtidige udvikling rejser i forhold til fremtidens sygehusvæsen. Jeg vil derfor i anden del af min undersøgelse diskutere, hvilke spørgsmål den hidtidige

⁴¹ Se afsnit 4.3 for nærmere beskrivelse af hvordan jeg rent praktisk vil identificere begreberne

udvikling i sygehusvæsnet rejser. Sat på spidsen vil det sige en diskussion af, om det danske sygehusvæsen er på vej mod en omfattende privatisering, med store konsekvenser for den frie og lige adgang, eller ej.

En diskussion af hvad der kan ske i fremtiden, vil altid være hypotetisk, og det kan være svært at sige noget meningsfuldt, hvis ikke fundamentet er i orden. Jeg vil derfor, som i den første del, basere mine undersøgelser på den historiske institutionalisme og teorien vil dermed ligeledes være styrende i denne del af specialet. Jeg har, som tidligere nævnt, en antagelse om, at konteksten og tidligere begivenhedsforløb kan være determinerende for en historisk udvikling. Jeg forventer således, at udviklingen i det danske sygehusvæsen op til i dag vil have stor indflydelse på den fremtidige udvikling. Jeg vil derfor i denne del tage udgangspunkt i det tidligere begivenhedsforløb, og hvordan dette forløb kan tænkes at påvirke fremtiden. Jeg vil ligeledes se på nogle af de selvforstærkende mekanismer, jeg har identificeret i del 1 og diskutere, hvorvidt det kan tænkes, at tilsvarende mekanismer vil spille en rolle i fremtiden, samt hvilke konsekvenser det kan have. Endvidere vil jeg inddrage andre centrale aktørers meninger om, hvordan sygehusvæsnet vil udvikle sig, og diskutere disse aktørers meninger og forudsigelser, både i forhold til hinanden og i forhold til de scenarier jeg tror, er mest sandsynlige for fremtidens sygehusvæsen.

3.3 Nøglebegreber

Jeg vil i nedenstående afsnit gennemgå udvalgte teoretiske begreber, som skal anvendes i min undersøgelse af det frie sygehusvalg og fremtidens sygehusvæsen. Dette gør jeg, da flere af de teoretiske begreber er meget abstrakte og dermed svært observer- og målbare i virkeligheden. Jeg vil derfor her klarlægge, hvordan jeg vil identificere begreberne. Begreberne er tilsammen bestemmende for historiske spor, og kan dermed hjælpe mig med at forstå udviklingen op til og efter det frie sygehusvalg. Begrebet *institutioner* vil jeg anvende til at fastlægge relevante institutioner i perioden. Begreberne *selvforstærkende processer*, *ikke selvforstærkende processer*, *timing* og *historiske sammenhæng*, vil jeg anvende til at undersøge, hvorfor udviklingen har udviklet sig som den har. Endelig vil jeg anvende begrebet *layering* til at undersøge om og hvordan udviklingen har skabt institutionelle forandringer.

Dette afsnit vil primært henvende sig til den første del, da det ikke giver meget mening at forsøge at observere og måle på noget der endnu ikke er sket. Ikke desto mindre har gennemgangen relevans for anden del, både fordi delen vil bygge på den første del. Men også fordi min argumentation i den anden del vil bygge på begreberne i teorien, og definitionen heraf vil derfor have indvirkning på, hvorledes jeg tror fremtiden kan forme sig.

Institutioner

Som tidligere nævnt ønsker jeg at studere de historiske institutionaliseringsprocesser, som har gjort sig gældende i udviklingen i det danske sygehusvæsen. Begrebet institution er derfor væsentligt i forhold til min undersøgelse. Rent praktisk vil jeg undersøge de forskellige institutioner ved at se på, hvad der bliver sagt og diskuteret i aviser og folketingsdebatter, og evt. sammenholde dette med mine interviews. Jeg vil se på, hvad det er for nogle argumentationskæder, der bliver brugt, og om de bliver gentaget igen og igen. Endvidere vil jeg se på, om der er nogen, der anfægter disse argumentationer eller påstande. På denne måde kan jeg, jf. min definition af institutionsbegrebet⁴², se om der er tale om noget, der bliver taget for givet - om der er tale om en institution.

⁴² Afsnit 3.1.1

Selvforstærkende processer

Et andet af hovedbegreberne i mit teoriapparat omhandler selvforstærkende processer. Jeg ønsker i specialet at undersøge processerne op til og efter det frie sygehusvalg samt den fremtidige udvikling. Jeg har en forventning om, at store dele af denne proces kan forklares via selvforstærkende processer. Sådanne processer er rent forskningsmæssigt et spørgsmål om, hvorfor er man fortsat i samme retning, hvorfor har man ikke valgt andre muligheder? Institutionaliserede processer gør, at der ofte ikke kommer alternativer på bordet - det siger sig selv eftersom man ikke stiller spørgsmålstejn ved institutionen, jf. min definition heraf. Det kan derfor være svært at undersøge disse processer, da det ikke umiddelbart er til at se alternativet. Jeg vil derfor i min undersøgelse af udviklingen slå ned på forskellige love og tiltag og spørge mig selv, hvad kunne have været gjort anderledes og hvorfor er det ikke blevet gjort?

Som jeg har redegjort for i teorien, kan der være forskellige årsager til mekanismer, der kan skabe selvforstærkende processer. Det kan eksempelvis enten være at omkostningerne er for høje, det vil sige, det kan ikke betale sig at ændre spor, eller institutionen giver relevante aktører magt, som de ikke er villige til at afgive eller søger at forøge. Endvidere kan institutioner være meningsskabende, og informationer der kommer i konflikt hermed, kan, hvis ikke det bliver afvist, underminere en aktørs selvforståelse og verdensopfattelse. Endelig kan det være svært at afvise institutioner, da omkostningerne for at være uenig kan være store.

Rent praktisk vil jeg derfor i min undersøgelse, hvis jeg finder det relevant for forståelsen, se på, A) Hvad ville de ressourcemæssige omkostninger have været ved andre løsninger, set i forhold til den relevante løsning. B) Er der nogle relevante aktører, der ville have opgivet magt, hvis der var blevet valgt en anden løsning, eller er der relevante aktører der har opnået mere magt ved den valgte løsning. C) Ville en ændring betyde, at relevante aktører i væsentlig grad skulle ændre deres opfattelse af, hvad der er det "rigtige", det, der bliver taget "for givet", jf. definition af institutionaliseringsbegrebet. D) Er der generel enighed om eksempelvis en måde at organisere noget på, hvor det kan være svært for enkeltpersoner at være uenig.

Endelig kan udefrakommende begivenheder være med til at forstærke en proces, men det vil jeg komme nærmere ind på i nedenstående afsnit om timing.

Det er i identifikationen af sådanne årsager og mekanismer, jeg forventer at kunne se om der er tale om selvforstærkende processer.

Timing

Timing spiller ifølge teorien en stor rolle for politiske processers udvikling, da repertoire af mulige udfald for en given begivenhed er historisk determineret af de materielle, teknologiske, organisatoriske og ideologiske ressourcer, der er til rådighed.⁴³ Jeg vil derfor undersøge relevante ressourcers indflydelse på begivenhedsforløbet i de valgte sekvenser. Materielle ressourcer vil jeg undersøge ved at se på eksempelvis betalingssystemet til sygehusvæsnet. Endvidere vil jeg undersøge samfundsøkonomien generelt ud fra relevante parametre som betalingsbalance, arbejdsløshed og inflation. Jeg vil undersøge teknologiske ressourcer ved at se på, om der eksempelvis er kommet nye behandlingsmuligheder, adgangen til behandlingsmæssigt udstyr eller adgangen til it-systemer mm. I praksis vil jeg undersøge organisatoriske ressourcer, ved at se på strukturelle opbygninger, der har betydning for sygehusvæsnet og dermed patienter. Dette vil jeg gøre ved at se på eksempelvis retningslinjer for visitering af patienter, patienters muligheder for at få behandling og selv vælge behandlingssted osv. Jeg vil undersøge ideologiske ressourcer ved at se på relevante aktørers argumenter for, hvordan samfundet bør se ud, samt hvordan de mener, dette mål kan opnås. Endvidere vil jeg se på relevante tiltag og se på de argumenter, der ligger bag disse, eksempelvis ved at se på bemærkningerne til love og lovforslag.

Ikke selvforstærkende processer

Ikke selvforstærkende processer er processer, hvor tidligere begivenheder og spor skaber magtfulde modreaktioner, der skubber sporet i en ny retning uden at forstærke de første skridt. Jeg vil undersøge sådanne magtfulde modreaktioner ved at se på, om der er tidspunkter i udviklingen, hvor der bliver lavet tiltag, der helt eller delvist står i modsætning til den hidtidige udvikling. Tiltag som over tid, via selvforstærkende mekanismer, trækker sporet i en anden retning.

Historiske sammentræf

Historiske sammentræf er ifølge teorien ligeledes vigtige for, hvordan politiske processer udvikler sig. Dette, da sammenfaldende begivenheder ofte får et andet udfald, end hvis de

⁴³ Se kapitel 2

var sket på forskellige tidspunkter.⁴⁴ Jeg vil undersøge, om der har været historiske sammentræf, ved at se på om der er sket noget uforudset, der i sammenspil med andre begivenheder eller ressourcer, jf. timing, har indflydelse på relevante tiltag i perioden. Jeg kan ikke nærmere definere, hvordan jeg vil undersøge dette, da historiske sammentræf er tilfældige, og det vil derfor også være tilfældigt, hvad jeg vil se på.

Layering

Et sidste vigtigt begreb fra mit teoriapparat er begrebet layering. Layering kombinere elementer af institutionel fastlåsnings med udvikling, for på denne måde at vise at institutionel forandring kan ske gradvist og ikke nødvendigvis behøver at ske på baggrund af et ”afgørende øjeblik”.⁴⁵ Jeg vil undersøge dette, ved at se på den oprindelige plan eller mening om, hvordan sygehusvæsenet skulle se ud og forme sig, og se det i forhold til hvordan det faktisk udviklede sig. Det vil sige se på, hvad centrale aktører ville med sygehusvæsenet i starten af halvfjerdserne, og se det i forhold til nye tiltag på området. Tiltag som bygger oven på det eksisterende, men som alligevel, mere eller mindre, står i modsætning til det oprindelige, definerer jeg derfor som værende elementer af layering.

Spor

Det, jeg ønsker at undersøge i dette speciale, er som beskrevet det frie sygehusvalg som en kritisk case på sygehusvæsenets udvikling. Når jeg vil undersøge det eller de spor, det frie sygehusvalg har fulgt, vil jeg derfor se sporene i forhold til sygehusvæsenets udvikling generelt. Sporene vil jeg undersøge, ved at sammenholde det jeg finder ud af via ovenstående seks begreber.

⁴⁴ Se kapitel 2

⁴⁵ Se kapitel 2

3.4 Dataindsamling

For at kunne belyse min problemstilling, har jeg valgt både at lave dokumentstudier og interviews, samt se på andres undersøgelser af området. Ved at inddrage flere forskellige datakilder kan jeg således opbygge et mere fuldstændigt mønster af udviklingen, og dermed minimere jeg risikoen for fejlslutninger.

I del 1 vil jeg således undersøge og klarlægge forskellige årsager til udviklingen i sygehusvæsnet, ved bl.a. at se på, hvad der er blevet sagt om emnet i forskellige avisartikler, fra Berlingske Tidende, Ekstra Bladet, Jyllandsposten og Politiken. Derudover vil jeg inddrage forskellige redegørelser og undersøgelser omhandlende emner, der er centrale for udviklingen, fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet, samt Amtsrådsforeningen.

Endvidere vil jeg se på behandlinger af lovforslag og lovene i sig selv, og jeg gør opmærksom på, at jeg kun vil beskæftige mig med de dele heraf, jeg finder relevante for min problemstilling. Det vil eksempelvis sige, at når jeg vil se på den lov der ”indførte” frit sygehusvalg, vil jeg kun se på de dele af loven og handlingerne heraf, der beskæftiger sig med disse dele. Af tidsmæssige årsager har jeg som udgangspunkt valgt kun at se på fremsættelsen og første behandling af et lovforslag samt fremsættelsen. Jeg vil kun se på andre behandlinger, hvis der er noget i første behandling eller i sammenligningen, der giver anledning hertil. Jeg er opmærksom på, at jeg derved risikerer at overse informationer, men jeg mener, at de overordnede linjer vil være trukket op i første behandling og fremsættelsen af forslaget. Jeg formoder derfor, at der ikke vil opstå nogen helt ny vinkel på diskussionen.

Desuden vil jeg inddrage elementer af andre forskeres undersøgelser af sygehusvæsnet, der hvor deres forskning krydser med min undersøgelse. Dette gælder bl.a. Signild Vallgård, Keld Møller Pedersen, Eva Zeuthen Bentsen og Karsten Vrangbæk.

Endeligt vil jeg trække på egne interviews med centrale aktører - tidl. Sundhedsminister Esther Larsen (V), formand for Kræftens Bekæmpelse og tidl. Sundhedsminister Arne Rolighed (S), samt Centerchef for Esbjerg Privathospital og formand for SPPD⁴⁶ Nis Alstrup. Jeg har valgt disse ud fra en forventning om, at de ved noget og har en mening om emnet, samtidigt med at de kan se problemstillingen fra forskellige vinkler – fra hhv. højre og venstrefløjen og fra de private hospitalers synsvinkel. I en undersøgelse af en historisk udvikling udgør historiske dokumenter mere troværdige kilder end interviews.

⁴⁶ Sammenslutningen af privathospitaler og privatklinikker i Danmark

Dels fordi det kan være svært for de interviewede at huske præcist, hvordan tingene hang sammen på et givent tidspunkt, og dels fordi folk har det med at efterrationalisere og dermed ændre på facts. Men ved at krydstjekke udtalelser med historiske dokumenter og andres undersøgelser, mener jeg alligevel at interviewene kan give en fuldt troværdig kilde. Endvidere kan interviews belyse områder, der er svære at få informationer om via de historiske dokumenter, og som andre ikke har belyst fyldestgørende.

Anden del vil bygge på interviews med de samme centrale aktører som i første del, samt informationer fra første. Jeg ønsker at få et bredt perspektiv på problemstillingen, og har derfor valgt aktører der ser problemstillingen fra hver deres vinkel. I interviewene vil jeg spørge ind til deres syn på udviklingen i sygehusvæsenet, i hvilken retning de tror det bevæger sig og hvorfor, samt hvilke konsekvenser de tror det vil have.⁴⁷ I og med jeg har valgt at anden del skal bygge på resultaterne fra første del, vil dele af de dokumenter, der blev brugt i den første del, ligeledes blive inddraget her.

⁴⁷ For mere udførlig beskrivelse, se spørgeguiden i bilag 1

Del II: Det frie sygehusvalg – en udviklingshistorie

Jeg vil i denne del redegøre for udviklingen op til og efter det frie sygehusvalg. Det vil sige en redegørelse af det danske sygehusvæsens udvikling fra starten af halvfjerdserne og op til i dag. Jeg vil i denne del ikke give nogle forklaringer på, hvorfor tingene har udviklet sig som de har, men blot redegøre herfor. Som beskrevet i kapitlet om metode, har jeg inddelt udviklingen i tre dele, som jeg her vil beskrive i kronologisk rækkefølge.

Kapitel 4: Kommunalreform og nye opgaver

I dette afsnit vil jeg undersøge enkelte delelementer fra opbygningsfasen af det danske sygehusvæsen, som vi kender det i dag. Kommunalreformen, også kaldet strukturreformen, lagde grundstenene til den struktur vi har for styringen af sygehusvæsenet i dag, og eftervirkningerne af den var medvirkende til beslutningen om det frie sygehusvalg. Jeg vil derfor i dette afsnit redegøre for de ændringer, som kom op gennem halvfjerdserne som følge af strukturreformen i 1970. Reformen blev til som et led i et samlet kompleks af flere reformer, en opgave- og fordelingsreform, en finansieringsreform, og en styringsreform. Herunder blev der også lavet en sygehusreform, som bl.a. indebar at der blev vedtaget og implementeret en ny sygehuslov. Loven indeholdt store forandringer og havde som sådan væsentlig indflydelse på sygehusvæsenet fremover. Jeg vil derfor redegøre for udvalgte delelementer af reformen og tiltag, der fulgte i kølvandet herpå.

4.1 Strukturelle ændringer

Kommunalreformen fra 1970 indebar bl.a. en inddelingsreform, hvis formål var at skabe bæredygtige kommunale og amtskommunale enheder, der skulle have egentlige kompetencer til at løse diverse lokale og regionale offentlige opgaver.⁴⁸ Det bestemmede kriterium for minimumstørrelsen på en amtskommune var, at de skulle være af en sådan størrelse, at befolkningsgrundlaget kunne opretholde driften af et sygehusvæsen, der kunne varetage såkaldte udvidede normalsygehusfunktioner. Sygehusvæsenet var på dette tidspunkt en stort set ren offentlig opgave, og det var den generelle opfattelse, at sådan skulle det også være. Før reformen var der 100 sygehuskommuner, og hvert sygehus havde sin egen bestyrelse bestående af politikere.⁴⁹ Sygehusene konkurrerede indbyrdes, og der var ingen decideret kontrol eller koordinering af planlægningen og udviklingen af de enkelte sygehuse. Dette betød at området var svært at kontrollere, samtidigt med at de finansielle omkostninger blev set som højere, end de kunne have været. Den nye inddeling af amtskommunerne blev derfor set som en mulighed for at få en mere funktionel samordning af sygehusvæsenet. Der var altså fra starten en ide om, at opgavevaretagelsen af sygehusvæsenet skulle ligge hos amterne. Dette selvom inddelingsreformen blev lavet uden at der forelå faste planer for den fremtidige offentlige

⁴⁸ Indenrigsministeriet 1998, kap. 2

⁴⁹ Pedersen 2003, s. 26

opgavefordeling. Det kan siges, at inddelingsreformen som sådan ikke havde den store indflydelse på fremtidens sygehusvæsen. Men den var alligevel betydende for den ydre struktur og lagde således de første sten på vejen til den nye struktur for det offentlige sygehusvæsen.

Kommunalreformen var som sagt ikke blot en inddelingsreform. Der skulle også laves en ny fordeling af opgaverne og byrderne i det offentlige regi. Arbejdet med fordelingen af opgaverne og byrderne startede for alvor i starten af halvfjerdserne. Men det skulle vise sig ikke at være så lige til, og processen kom derfor til at vare i ti år.⁵⁰ Principperne for kommunalreformen, og hermed også opgave- og byrdereformerne, byggede på nærhed og bæredygtighed. Det vil sige opgaveløsningen skulle være så tæt på borgerne som muligt, ligesom de politikere, der fik ansvaret for opgaveløsningen, skulle være tæt på borgerne. Dette da politikerne skulle have mulighed for at tilpasse opgaverne til de lokale ønsker og behov, samtidigt med at de kunne udnytte de tilgængelige ressourcer bedst muligt.⁵¹ Derudover ønskede man fra politisk hold, at opgavefordelingen skulle være så "ren" som muligt. Med dette mentes, at der så vidt muligt kun skulle være én offentlig myndighed, der formelt og reelt havde ansvaret for planlægningen og udførelsen af en opgave.⁵²

De 14 nye amtskommuner fik således, i henhold til den nye sygehuslov der trådte i kraft med kommunalreformen, overdraget ansvaret for driften af de kommunale sygehuse. Hvert amt skulle, udover at have ansvaret for de såkaldte normalsygehuse, også etablere et hovedsygehus, der kunne varetage udvidede normalfunktioner, hvis ikke der allerede var et i amtet. Ansvaret for lands- og landsdelssygehuse lå stadig hos staten, ligesom der var særregler for København og Frederiksberg Kommune. Denne struktur, med normal- og hovedsygehuse hos hvert amt og nogle få lands- og landsdelssygehuse, med højt specialiserede afdelinger, skulle senere vise sig at være medvirkende til problemer.

Amterne blev pålagt at oprette et udvalg, der skulle stå for den umiddelbare forvaltning af det pågældende amts sygehus, ligesom det blev pålagt dem at udarbejde en plan for løsningen af sygehusopgaverne og at revidere planen i løbende i forhold til udviklingen.⁵³

Sygehusvæsnet blev på denne måde i høj grad decentraliseret, og amterne fik relativt stor frihed og magt til at drive de somatiske sygehuse. Amterne havde dog ikke helt frie

⁵⁰ Indenrigsministeriet 1998, kap. 2.2.2

⁵¹ Indenrigsministeriet 1998, kap. 3.1

⁵² Andersen 1980, s. 32

⁵³ Lov om sygehusvæsnet 1969, § 2 og § 4

hænder til at drive sygehusene, da det blev indlagt i loven at planerne for sygehusene skulle godkendes af indenrigsministeren.

4.2 Økonomi og byrdefordeling

Med de nye opgaver der blev overgivet til amtskommunerne fulgte selvfølgelig nye udgifter. Amterne fik mulighed for at opkræve skatter, der skulle finansiere en stor del af disse udgifter, og resten blev finansieret via tilskud fra staten. Før reformen blev en stor del af sygehusenes udgifter finansieret via refusioner fra staten, men med kommunalreformen ønskede man, at amterne skulle stå for en større del af finansieringen og statstilskuddet blev som en start sænket fra 65 % til 35 % af amternes samlede nettoudgifter til sygehusvæsenet. De 35 % af amtskommunernes samlede nettoudgifter, som refusionen lød på, blev beregnet og derefter fordelt ud fra kriterier som udgifter til drift, antallet af indbyggere i amtet og antallet af tilskudsberettigede sygedage.

I 1975 blev refusionsordningen vedrørende sygehus- og sygesikringsudgifter fjernet helt, til fordel for generelle tilskud hvor amterne fik den fulde råderet over forvaltningen af pengene.⁵⁴ Dette gjorde politikerne som en del af en decentraliseringsstrategi, fordi man mente at amterne ville blive mere økonomisk effektive, hvis de selv skulle betale for en større del af udgifterne.

"Den højere egenudgift for kommunerne skulle kunne give dem et stærkere incitament til rationel anvendelse af midlerne." (Niels Helveg Petersen (R), medlem af regeringen (med V og KF))⁵⁵

En relativ stor del af driftsudgifterne skulle altså finansieres over amtsskatterne. Dette betød, at sammen med de lokale politikeres relative vide rammer for planlægningen, blev sygehusvæsenet stærkt decentraliseret, og der var stærke incitamenter til, at amterne oprettede sammenhængende sygehusvæsen, der skulle betjene borgerne i de enkelte amtskommuner. Dette ligeledes på grund af de aftaler, der blev lavet for betaling for behandling over amtsgrænserne, som den nye lov om sygehusvæsenet krævede⁵⁶. Visitationsretten lå på dette tidspunkt hos det modtagende sygehus, og da betalingen for patientbehandling over amtsgrænserne var relativt lav, kunne det ikke betale sig at forsøge at tiltrække patienter fra andre amter, hvilket var med til at skabe en vis træghed i

⁵⁴ Indenrigsministeriet 1998, kap. 2.3

⁵⁵ 1. Behandling af Lov om sygehusvæsenet, Folketingstidende bind II, spalte 4111

⁵⁶ Lov om sygehusvæsenet 1969, § 6

systemet. Som jeg senere vil komme ind på, var dette en af årsagerne til det på dette tidspunkt, fremtidige frie sygehusvalg. Tilsyneladende blev det aldrig rigtig diskuteret i forhandlingerne, om grænserne kunne skabe problemer. Jeg mener derfor, det er rimeligt at sige, at der var relativt konsensus omkring, at sygehusene skulle virke inden for afgrænsede områder, nemlig amterne, da denne organiseringsform blev set som mest hensigtsmæssigt efter nærheds- og bæredygtighedsprincippet.

Der var dog en enkelt folketingspolitiker, der satte spørgsmålstegn ved hensigtsmæssigheden af at begrænse patienternes muligheder for behandling på sygehuse udenfor eget amt.

”Der foreslås således ændrede bestemmelser vedrørende sygehusplanlægning og om indlæggelse på fremmede sygehuse; der fastsættes bestemmelser om at hjemstedsamtskommunen skal betale for ophold på fremmede sygehuse (...) Jeg kunne ønske mig at man havde foreslået (...) indført fri indlæggelsesret over amtsgrænserne” (A. Chr. Andersen, MF)⁵⁷

På trods af der var én enkelt politiker der satte spørgsmålstegn ved hensigtsmæssigheden af begrænsninger på indlæggelsesretten, blev dette aldrig rigtigt debatteret.

4.3 Sygekasser og offentlig sygesikring

Samtidigt med den strukturelle styring af sygehusvæsenet blev ændret, blev der politisk enighed om at nedlægge sygekasserne og overgive opgaverne herfra til den offentlige sygesikring. Dette med udgangspunkt i anbefalinger fra socialreformkommissionen, der arbejdede i forlængelse af og delvist parallelt med strukturkommissionen. Det blev bestemt allerede i 1970 med loven om styrelse af sociale og visse sundhedsmæssige anliggender, at sygekasserne skulle nedlægges til fordel for en offentlig sygesikring. Men den offentlige sygesikring, som vi kender den i dag, trådte først formelt set i kraft i 1973 med Lov om offentlig sygesikring fra 1971. Baggrunden for oprettelsen af den offentlige sygesikring var, på den ene side ligesom ved resten af kommunalreformen, at den daværende regering og flertallet af folketinget ønskede bedre koordinering af opgaverne på det lokale plan.

⁵⁷ 1. Behandling af Lov om sygehusvæsenet, Folketingstidende bind II, spalte 4098-4099

”Herigennem skulle opnås en bedre koordinering på det lokale plan inden for den offentlige forvaltning, større effektivitet og bedre muligheder for afvejning af forskellige lokale behov mod hinanden og mod de disponible ressourcer. Dernæst opnås, at den lokale befolkning gennem sine valgte repræsentanter får større indflydelse og kontrol med, hvordan de forskellige opgaver løses.” (Natalie Lind (V) Socialminister – Om hele lovforslaget)⁵⁸

På den anden side ønskede politikerne at gøre op med det ensartede kontingent, der var hård ved de befolkningsgrupper, der havde den laveste indkomst. Således indførtes den skattefinansierede offentlige sygesikring, som dermed blev indkomstgraderet, og hermed blev der for alvor fri og lige adgang til sundhedsvæsenet – en grundsten i det danske velfærdssamfund.

Det blev af regeringen set som formålstjenstligt, at amterne fik overdraget ansvaret for den offentlige sygesikring, da koordinering og økonomisk ansvar på denne måde kunne følges ad.⁵⁹ Hermed kom de praktiserede læger også under amternes ansvarsområde og amternes ansvar blev således yderligere udvidet. Der blev ikke sat spørgsmålstejn ved den megen magtovergivelse til amterne. Umiddelbart var der ingen der mente, at dette kunne give problemer. I al fald var det ikke noget der blev diskuteret i folketinget i debatterne om sygehusvæsenet og dens struktur.⁶⁰ Det der derimod blev diskuteret i forbindelse med nedlæggelsen af sygekasserne, var bl.a. fremtiden for sygekassernes funktionærer og lovens ikrafttrædelses tidspunkt.

”Spørgsmålet er så, om kommunerne på nuværende tidspunkt orker at tage en så gevaldig mundfuld oven i alle de andre økonomiske byrder. Jeg tror det ikke. Vil man gennemføre lovforslagene som forslået fra 1. april, er jeg alvorligt bange for, at det vil medføre kaos både i amterne og kommunerne.” (Niels Mørk (s) MF)⁶¹

Kun en enkelt politiker fra Venstresocialisterne stillede spørgsmål til, hvem der kunne få glæde af de strukturmæssige sammenlægninger. Men han tilkendegav alligevel, at den offentlige sygesikring uden tvivl ville komme forbrugerne til gode.

⁵⁸ Fremsættelse af lovforslag om styrelse af sociale og visse sundhedsmæssige anliggender, spalte 2428

⁵⁹ Rapport om finansiering 1981, s. 4

⁶⁰ Dette baserer jeg på gennemlæsninger af fremlæggelser og første behandlinger af Lov om sygehusvæsenet (1969), Lov om styrelse af sociale og visse sundhedsmæssige anliggender (1970), Lov om offentlig sygesikring (1971)

⁶¹ 1. Behandling af forslag til lov om styrelse af sociale anliggender mm. 1970, sp. 3175

Det var altså konsensus omkring, at amterne skulle kunne arbejde som relativt selvstændige enheder, der hver især skulle kunne betjene og tilpasse opgaveløsningen til deres egne borgere inden for amtsgrænserne. Dette krævede selvfølgelig en høj grad af decentralisering og deraf magtovergivelse fra staten til amterne.

4.4 Konsolidering og udvidelser.

Mit indtryk er, ud fra læsningen af diverse folketingsforhandlinger og andre kilder, at der var relativ bred enighed om, hvordan samfundet overordnet skulle se ud, og hvordan den deraf følgende offentlige struktur burde være. Ud fra principperne om nærhed og bæredygtighed, sammen med ideerne om ”en opgave – en myndighed”, var det derfor naturligt at forsøge at samle alle sygehusfunktioner hos samme myndighed, nemlig amterne. I 1976 overgik de psykiatriske sygehuse derfor til amterne og i 1978 blev de ortopædiske afdelinger ligeledes overført til amterne. De havde nu ansvaret for alle sygehusopgaver, på nær dem det statsdrevne rigshospital varetog.

4.4.1 Visitationsretten

Amterne fik, som beskrevet, udvidet deres ansvar og magt på sygehusområdet op gennem halvfjerdserne, og i 1981 blev det sidste logiske skridt taget til at konsolidere amternes magt som selvstændige enheder. I 1981 blev der indført et nyt betalingsystem for behandling på sygehuse uden for hjemamtet, og nogenlunde samtidig hermed blev visitationsretten ændret. Før dette havde der ikke været nogen egentlig betalingsordning for benyttelse af lands- og landsdelssygehuse mv., og betalingen foregik via diverse aftaler sygehuse og amterne imellem, ligesom der var visse tilskudsordninger der udgjorde det for en del af betalingen. Betalingen blev nu opgjort efter den såkaldte sengedagstakst, hvor antallet af en patients sengedage afgjorde ydelsen, beregnet ud fra den pågældende sygehusafdelings gennemsnitlige sengedagsudgift i sygehusåret.⁶²

Endvidere havde visitationsretten hidtil lagt hos det modtagende sygehus. Nu var det hjemamtet, der fik retten. Det vil sige, at det før havde været det modtagende sygehus, der kunne bestemme om en patient kunne modtage behandling på det pågældende sygehus. Nu var det en patients hjemamt, der bestemte, hvor den pågældende patient kunne blive behandlet. For at undgå at patienter af økonomiske grunde ikke blev henvist til den rette specialiserede sygehusbehandling, blev det pålagt hvert enkelt amt at lave visitationsretningslinjer, der skulle indgå som en del af deres sygehusplan, som skulle godkendes af indenrigsministeren.⁶³

Den nye betalingsordning og den ændrede visitationsret var, om end ikke *en del* af decentraliseringsprocessen, så med til at forstærke den. Ved at ændre på noget der kunne

⁶² 1980 - Cirkulære om beregning af betalingen for sygehusbehandling

⁶³ 1981 - Vejledende retningslinjer for visitation af patienter til lands- og landsdelssygehuse m. v.

virke som en mindre teknisk detalje, understregede man for alvor amternes magt som decentrale, selvstændige enheder. De havde nu fuld kontrol over alle aspekterne ved deres ”eget” sygehusvæsen.

4.5 Reformens årti

Halvfjerdserne var således præget af kommunalreformen og de forandringer, der fulgte i kølvandet på den. Bl.a. blev de somatiske og psykiatriske sygehuse overført til amterne som en del af en decentraliseringsstrategi, og amterne brugte dette årti på at udvide og konsolidere deres magt og ansvar på området. Disse forandringer skulle senere vise sig at have stor betydning for nutidens sygehusvæsen, bl.a. på grund af de nye problemstillinger den ændrede struktur afstedkom.

Kapitel 5: Amtsgrænser og andre problemer

Firserne skulle således blive det årti, hvor halvfjerdsernes omfattende reformer begyndte at vise bagsiden af medaljen. Jeg vil i dette kapitel nærmere redegøre for nogle af de forhold, der både direkte og indirekte har været medvirkende til, at politikerne i start halvfemserne indførte det frie sygehusvalg. Jeg vil bl.a. redegøre for effekterne af amternes nye territoriale struktur, visitationsret, firsernes økonomiske forhold, ventelister og endelig den stigende politiske interesse for sygehusvæsenet på nationalt niveau. Endvidere vil jeg komme ind på nogle begivenheder, som ikke decideret havde betydning for vedtagelsen af det frie sygehusvalg i 1992, men som til gengæld senere fik betydning for den videre udvikling heraf.

5.1 Fra behandlingsobjekt til individ

Tresserne og halvfjerdserne havde været præget af '68- generationens ideologiske strømninger med fokus på velfærdssamfundets muligheder. Disse strømninger aftog i firserne til fordel for en mere liberal tankegang med fokus på individet og den enkeltes rettigheder.⁶⁴ Synet på sygehusene, lægerne og patienterne ændredes, og dette afspejlede sig i hele diskursen omkring sygehusvæsenet og dermed også lovgivningen og det politiske spil. Tidligere var der en meget naturvidenskabelig tilgang til hele sygehusvæsenet, og dette smittede af i synet på patienterne, der blev opfattet som biologiske væsener, der kunne gives en lægelig behandling. I halvfjerdserne begyndte dette syn så småt at blive anfægtet⁶⁵, men det tog først for alvor fart i firserne, hvor der blev fokuseret mere på individet og den enkelte patients rettigheder og behov.

”Tidligere var sygehusene personalets, og jeg kan huske en overlæge på rigshospitalet der sagde til mig engang, åh, jeg er begyndt at øve mig på at sige: i den afdeling jeg er ansat på, i stedet for at sige min afdeling. Og det er et meget godt billede på, at patienterne (tidligere red.) fyldte meget lidt som individer. Det var det brækkede ben på stue seks og blindtarmen på stue to, det var ikke fru Hansen med alt det der hørte til fru Hansen.”
(Ester Larsen (V), tidl. Sundhedsminister)⁶⁶

⁶⁴ Bendtsen 2000, kap. 3

⁶⁵ Vallgård 1992, s. 288-289

⁶⁶ Bilag 2

Lægernes autoritet blev i denne periode svækket. Dermed ikke sagt at der ikke længere var tillid til lægerne, men blot at både politikere og borgere ikke længere blindt stolede på alt, hvad de sagde. De var bl.a. ikke længere selvskrevne til at komme med i diverse politiske udvalg, og deres position som enevidende eksperter inden for sygehusvæsnet blev udfordret.⁶⁷

”Tidligere var det sådan, at lægen sagde, du fejler det der, du skal opereres. Ikke noget med, har du lyst til eller vil du opereres, og hvad er risikoen ved det og så videre.” (Ester Larsen (V), tidl. Sundhedsminister)⁶⁸

Denne svækkelse af lægernes autoritet, sammen med det ændrede menneskesyn, var med til at fremme en rettighedstænkning for patienterne, ligesom det blev legitimt for borgerne at gå op imod systemet og fortælle, når de var utilfredse med systemet.⁶⁹ Patienter fik derfor i denne periode flere rettigheder. De fik bl.a. ret til at se deres egen journal⁷⁰, og i 1987 blev der oprettet et egentligt patientklagenævn, der sikrede en fair og uafhængig behandling af klager. Kort sagt en patient var ikke længere bare et behandlingsobjekt men et helt menneske - et individ.

5.2 De stavnsbundne patienter?

I begyndelsen af firserne startede en kraftig debat om de nye amtsgrænser, der sammen med den nye visitations- og betalingsordning for patientbehandling over amtsgrænserne, skabte problemer for borgere, der ønskede behandling uden for hjemamtet.⁷¹ Problemerne var ikke af en sådan art, at de betød forringede behandlingsmuligheder. Her var loven klar: patienter havde krav på at få behandling i et andet amt, såfremt det var nødvendigt. Endvidere viste to undersøgelser fra hhv. Amtsrådsforeningen i 1984⁷² og Indenrigsministeriet 1986⁷³, at den nye visitations- og betalingsordning ikke gav et nævneværdigt fald i patientbehandlingen over amtsgrænserne. Der var et fald, men det konkluderes i undersøgelsen fra '84, at dette tilsyneladende skyldtes effektivisering i

⁶⁷ Vallgård, 1992, kap. 6

⁶⁸ Bilag 2

⁶⁹ Interview med Arne Rolighed, bilag 3

⁷⁰ Dette med Lov om offentlighed i forvaltningen fra 1985 – med virkning fra 1987

⁷¹ Pedersen 2005, kap. 10

⁷² Amtsrådsforeningen 1984

⁷³ Indenrigsministeriet 1986

sygehusvæsenet. Denne undersøgelse kan dog have været en smule partisk, i og med den er lavet af Amtsrådsforeningen.

Problemerne med patientbehandling over amtsgrænserne opstod derfor nærmere, når en borger ønskede behandling uden for hjemamtet, uden at der var nogen behandlingsmæssig begrundelse herfor. I den førnævnte undersøgelse fra Indenrigsministeriet, bliver der da også peget på sådanne problemer og givet forslag til hvordan dette kunne ændres.

”Rent konkret har jeg også i sygehuspolitikken, som amtsrådsmedlem og som sygehusudvalgsformand, oplevet hvordan enkeltmennesket stødte imod systemet. Jeg har siddet med en ansøgning fra en kvinde i fyrrerne, som var meget syg af kræft og vidste hun skulle dø. Hun var ugift og hun boede i en storby, og det var meget naturligt for hende at ønske sig hjem til det sygehus hvor hendes forældre boede i nærheden, så de kunne tage hånd om hende. Men de boede i hvert sit amt, og så kunne det ikke lade sig gøre. Da vi fik amterne, ved den forrige kommunalreform, opstod der en hel masse hertugdømmer i landet. Man var meget optaget af, endelig ikke at komme til at bruge penge på patienter, der kom fra et andet amt.” (Ester Larsen (V), tidl. Sundhedsminister)⁷⁴

Kritikken gik på, som det kan ses af ovenstående citat, at amterne stavnbandt deres egne borgere for at undgå at skulle betale penge ud af amtet.

⁷⁴ Bilag 2

5.3 Økonomiske tømmermænd og ventelister

Den danske økonomi var i halvfjerdserne kendetegnet ved stagflation og en ekspansiv finanspolitik, der tilsammen styrede Danmark mod afgrunden. Allerede i 1979 bekendtgjorde den daværende finansminister Knud Heinesen, i programmet TV-Akuelt, at Danmark var på vej mod afgrunden. Der var et gabende hul på betalingsbalancen, arbejdsløsheden steg⁷⁵, de offentlige udgifter steg og inflationen fløj mod himlen. I firserne vågnede politikerne således op, med gevaldige finanspolitiske tømmermænd og med den borgerlige firkløverregering fra 1982, blev der sat en stopper for den ekspansive finanspolitik. Politikerne forsøgte nu at skabe budgetbalance, kontrol over inflationen og nedbringe udlandsgælden. Der blev derfor indført generelle besparelser i den offentlige sektor, og en stram fastkurspolitik over for den tyske D-mark. De økonomiske ressourcer var knappe – også for amterne og sygehusvæsenet.

” (Der blev ført en) knaldhård udgiftspolitik, hvor man hen over ministerierne fik lagt en ramme,(...) det er det der er sat af ude på sygehusene og amterne og den ramme den skal holdes. Som et af de eneste sektorområder, der løste vi faktisk på sygehusområdet, at køre en effektiv sygehuspolitik, således at vi kan sige at fra 82 til 92, der var der stort set ingen vækst, overhovedet i økonomien på sygehusene, til trods for de der 4 % årlige patienttilgang.” (Arne Rolighed (S), dir. I Kræftens Bekæmpelse og tidl. Sundhedsminister)⁷⁶

Patienttilgangen steg i firserne, ifølge Signild Vallgård med 15 %, samtidigt med at man fik bremsset op i udgifterne til sygehusvæsenet. En af årsagerne til den store patienttilgang var bl.a., at man var blevet bedre til at behandle især den ældre generation, hvilket betød de ældres andel af indlæggelser steg markant, samtidigt med at de generelle medicinske og kirurgiske muligheder blev markant udbygget.⁷⁷

”Så pludselig, så kunne man noget og (...) de (ting) var utrolig nyttige og derfor blev de efterspurgt i en forrygende hast. Altså, jeg kan huske de første der fik en hofteoperation, de var nærmest udvalgte og de var omgivet med meget stor bekymring om de nu overlevede. Så rent teknologisk kirurgisk kan man pludselig en hel masse ting. Så kommer dertil også, at man får en bedre anæstesi, tidligere kunne man godt bedøve gamle mennesker, man

⁷⁵ På bare to år steg arbejdsløsheden fra 2,4 % i 1973 til 11,1 % i 1975!

⁷⁶ Bilag 3

⁷⁷ Vallgård 1992, s. 214-215

kunne bare ikke vække dem igen. Det vil sige, nu kan man både bedøve og vække 100-årige.” (Ester Larsen (V), tidl. Sundhedsminister)⁷⁸

Så samtidigt med at de økonomiske ressourcer svandt ind, steg de teknologiske ressourcer til gengæld, med øget patienttilgang til følge. Dette var nogle af de medvirkende årsager til, at man i firserne begyndte at se lange ventelister på visse behandlingsområder.

5.4 Stigende politisk interesse

I firserne begynder der gradvist at komme en stadig større interesse for sundhedspolitikken på nationalt plan. Selvom folketinget havde givet hovedansvaret for sygehusvæsenet til amterne, blev det nu diskuteret mere end nogensinde før i selv samme folketing og der blev nedsat flere kommissioner og udvalg til at undersøge og redegøre for spørgsmål på området.⁷⁹ Som jeg ser det, kan der have været to hovedårsager til denne stigende interesse. For det første betød lægernes svækkede autoritet, som jeg beskrev i afsnit 6.1, at politikerne ikke længere stiltiende accepterede lægernes ekspertise og derfor kunne begynde at stille spørgsmål. Dermed blev der åbnet op for muligheden for diskussioner.⁸⁰ Den anden årsag var store fokusering i medierne på bl.a. problemerne med grænsepatienter og ventelister.

”På sygehusområdet er jerntæppet ved at gå ned mellem de danske amter, og det tidspunkt nærmer sig, (...) at der oprettedes egentlig grænsekontrol med, hvem der bevæger sig fra det ene amt til det andet, eventuelt forbundet med visumtvang.” (Jyllandsposten 1982)⁸¹

”Hvert amt har ansvar for sygehusvæsenet i amtet. Det betyder at amtsgrænser kan rejse problemer, når patienter ønsker eller har behov for behandling på udenamts sygehus. Men amtsgrænserne skal ikke være mure...” (Amtsborgmester Erling Tiedemann i Jyllandsposten 1985)⁸²

”Politiken bringer et portræt / interview med den 74 årige folkepensionist Erik Madsen, der har ventet på hofteoperation i otte måneder. I september i fjor blev Erik Madsen skrevet op på ventelisten på Bispebjerg Hospital i København, og blev dermed en af de 3.000 danskere der venter på en hofteoperation.” (Politiken 1990)

⁷⁸ Bilag 2

⁷⁹ Vallgård 1992, s. 216

⁸⁰ Jeg er her enig med Vallgårdas betragtninger på samme område, Vallgård 1992, s. 283

⁸¹ Jyllandsposten 1982

⁸² Jyllandsposten 1985

Dette er blot nogle få eksempler på de mange artikler, der var op gennem firserne om grænse- og ventelisteproblematikkerne. Denne fokus vakte selvfølgelig politikernes opmærksomhed. Således tilkendegav Indenrigsministeriet da også i en redegørelse om patientbehandling over amtsgrænser fra 1986, at denne var et udslag af den offentlige debat om patienters muligheder for behandling på sygehuse uden for amtskommunen.⁸³

”Der var jo fandeme ikke en dag, hvor der (ikke red.) var ti kritiske artikler om det danske sygehusvæsen, det var en hård periode.” (Arne Rolighed (S), formand for Kræftens Bekæmpelse og tidl. Sundhedsminister - Om tiden op til beslutningen om det frie sygehusvalg)⁸⁴

I 86/87 begyndte Sundhedsstyrelsen at offentliggøre statistikker over ventelisterne til de forskellige sygehuse. Om den kritiske fokusering på sygehusvæsenet var medvirkede til dette, eller afledt heraf, kan jeg ikke svare på. Men det er sandsynligt at offentliggørelsen havde indvirkning på, at politikerne for alvor begyndte at interessere sig ventelisterne.⁸⁵

” ... og dermed stiger ventelisterne. Så man får det som et stigende problem at man ikke kan komme til, og det optager selvfølgelig politikerne.” (Ester Larsen (V), tidl. Sundhedsminister – Om den stigende politiske interesse op gennem 80’erne)⁸⁶

I 1987 bliver sundhedsområdet udskilt fra Indenrigsministeriet og Danmarks første Sundhedsministerium bliver oprettet. Det er nærliggende at konkludere, at oprettelsen heraf, er et udfald af den stigende politiske interesse for området. Alt i alt stiger politiseringen af sygehus- og sundhedsvæsenet op gennem firserne, og selvom ansvaret, formelt set, lå hos amterne, begyndte politikerne på nationalt plan i stigende grad at diskutere og interessere sig for problemstillinger, som egentligt var amternes ansvarsområde.

⁸³ Indenrigsministeriet 1986, s. 3

⁸⁴ Bilag 3

⁸⁵ Pedersen 2005, s. 235

⁸⁶ Bilag 2

5.5 Private hospitaler – En sidebemærkning

I 1990 blev privathospitalet Mermaid, som det første egentlige privathospital i Danmark, åbnet. Der har før i historien været flere privat hospitaler, eksempelvis tuberkulosehospitalerne. Men disse var ikke deciderede betalingshospitaler og var ofte statsstøttede. De nye privathospitaler, der skød op i halvfemserne, var derimod 100 % betalingshospitaler. Men det var svært for de nye hospitaler, og de fleste kørte med underskud eller kunne kun lige løbe rundt, og flere måtte hurtigt dreje nøglen om. Ikke desto mindre lykkedes det for nogle få at bide sig fast og ifølge Kurt Jacobsen og Klaus Larsen i bogen "Ve og velfærd", skyldes dette bl.a. deres beskedne størrelse og skarpe fokusering på specialer, sammen med udbredelsen af private sygeforsikringen og privatpersoner, der ønskede at komme uden om ventelisterne.⁸⁷

Danskerne havde nu et alternativ til det offentlige sygehusvæsen, om end det kun var på udvalgte behandlingsområder, og hvis patienterne vel og mærke havde råd til det.

5.6 Et problematisk årti

I firserne begyndte der således at komme kritik af den nye amtsstruktur, der skabte problemer for patienter der, uden at have behandlingsmæssige argumenter herfor, ønskede behandling uden for hjemamtet. Ligesom der begyndte at komme kritik af, at strukturen var medvirkende til, at sygehusvæsenets kapaciteter ikke blev udnyttet godt nok, med lange ventelister i enkelte amter til følge.

⁸⁷ Jacobsen 2007, 485

Kapitel 6: Det frie sygehusvalg

På baggrund af den massive kritik af bl.a. ventelister, der havde været op gennem firserne, begyndte politikerne at diskutere mulighederne for at lette problemerne med ventelister og patientbehandling over amtsgrænserne. Det der blev løsningen, var vedtagelsen af det frie sygehusvalg i 1992. Halvfemserne var præget af mange små justeringer i forhold til det frie sygehusvalg, og efter et regeringsskifte, munder dette ud i det udvidede frie sygehusvalg fra 2002. I dette kapitel vil jeg derfor redegøre for den politiske behandling op til vedtagelsen af den første lov om det frie sygehusvalg. Derudover vil jeg beskrive nogle af de ændringer, der blev lavet til loven op gennem halvfemserne, samt tiltag som havde indflydelse på det frie sygehusvalg. Derudover vil jeg for en kort bemærkning komme ind på ændringer i betalingssystemet for behandlinger. Endelig vil jeg redegøre for arbejdet med det udvidede frie sygehusvalg, samt de ændringer der fulgte i kølvandet herpå.

6.1 Frit sygehusvalg

Det første forslag til at indføre et friere sygehusvalg blev fremsat af daværende Sundhedsminister Esther Larsen først i 1990. Forslaget var, som nævnt, et udslag af den øgede fokus på ventelister og oplevede problemer med patientbehandling over amtsgrænserne. Både Arne Rolighed og Ester Larsen husker det sådan, at størstedelen af ventelisteproblemerne blev set som et spørgsmål om at få en bedre kapacitetsudnyttelse. Ved at indføre et friere sygehusvalg kunne man udjævne en stor del af de forskelle der var, samtidigt med man kunne løse nogle store problemer for nogle få borgere.⁸⁸

Det, at indføre et friere sygehusvalg, var som sådan ikke noget nyt. Flere amter havde allerede indført frit sygehusvalg inden for amtsgrænsen, og en del af dem havde desuden indgået aftaler og frit sygehusvalg på tværs af amterne.⁸⁹

”Allerede i 90/91 åbnede vi op for amtsgrænserne i Århus Amt, Viborg Amt og Nordjyllands Amt. Så forløberen for den nationale fritvalgspolitik og lov om det i 93, der var forspillet faktisk, at vi i Midt- og Nordjylland havde lavet vores egen lov.” (Arne Rolighed (S), dir. I Kræftens Bekæmpelse og tidl. Sundhedsminister)⁹⁰

⁸⁸ Bilag 2 og 3

⁸⁹ Lov nr. 1024 - L 74 1991

⁹⁰ Bilag 3

Forslaget om friere sygehusvalg var en del af en samlet revision af størstedelen af lovgivningen for det kommunale og amtskommunale sundhedsvæsen, og var som sådan ikke det primære i det første forslag. Men ikke desto mindre var det en af de dele, der blev diskuteret mest. Forslaget indeholdt elementer af selvbetaling, noget der ikke var populært, og det var især dette, som gjorde at forslaget ikke blev vedtaget i første omgang men derimod henvist til Sundhedsudvalget.

”Så må jeg sige at min første overvejelse gik på, at hvis man nu valgte sådan, uden for amtet og man ligesom opnåede et gode, som man ikke kunne få hjemme, så kunne man godt give et lille skærv selv. Sådan at man sagde det skal koste lidt, også fordi det kunne være at tilbuddet var bedre i et andet amt, hvor de havde en højere skatteprocent.” (Ester Larsen (V), tidl. Sundhedsminister)⁹¹

Efter flere forhandlinger og modifikationer blev det sidste og endelige forslag fremsat og vedtaget i slutningen af 1992 - godt tre år efter det blev fremsat. Danskerne havde nu formelt frit valg til landet sygehuse. Det frie valg til lands- og landsdelssygehusene uden for bopælsamtskommunen var dog begrænset til kun at gælde for patienter, der vurderedes til at have behov for at få behandling på en sådan afdeling.⁹²

Betalingen for patientbehandling over amtsgrænserne lå stadig hos hjemamtet. Men der var forskel i betalingen for hhv. henviste lands- og landsdelspatienterne og ”fritvalgspatienterne”. Patienter på lands- og landsdelsniveau blev som hidtil afregnet efter omkostningsdækkende takster. Incitamenterne til at forsøge at tiltrække fritvalgspatienter var derimod ikke store, da betalingen var baseret på den såkaldte sengedagstakst, der var relativt lille. Amterne ville derfor helst undgå for mange fritvalgspatienter af hensyn til deres budgetter.⁹³

⁹¹ Bilag 2

⁹² Lov nr. 1024 1992

⁹³ Pedersen 2003, s. 30

6.2 Ventelisterne der ikke ville forsvinde

På trods af politikerne havde forsøgt at udjævne ventelisterne og få fjernet de værste problemer ved hjælp af det frie sygehusvalg, forblev ventelisterne på visse behandlingsområder. Som man kan se af nedenstående tabel, blev ventelisterne ved med at stige de næste par år.

Gennemsnitlig ventetid for elektive kirurgiske heldøgnspatienter (dage)⁹⁴

	1991	1993	1995	1997	1998	1999	2000	2001	Gennemsnit 1991 - 2001
H:S	100	94	95	92	92	82	84	85	90
Kbh.	75	72	128	117	115	101	97	97	100
Frederiksberg	84	110	108	95	114	97	86	89	98
Roskilde	118	135	120	108	102	102	90	93	113
Vestsjælland	98	102	99	79	90	88	94	80	108
Storstrøm	72	105	138	117	100	102	98	106	108
Bomholm	153	68	111	93	107	87	60	63	95
Fyn	86	85	93	112	114	93	106	100	96
Sønderjylland	97	102	122	144	126	128	125	123	118
Ribe	71	87	88	96	80	126	150	160	102
Vejle	84	90	97	112	94	78	72	72	90
Ringkøbing	82	98	81	156	148	139	143	161	119
Århus	99	87	105	111	134	135	98	106	107
Viborg	76	97	99	86	101	92	97	118	93
Nordjylland	74	85	112	108	115	97	96	102	97
Hele landet	88	93	105	110	110	105	100	103	101
Andel med over 60 dages ventetid i pct.	37	42	46	47	49	47	46	46	44,45

Ventelisterne var derfor et problem der stadigt blev, og stadig bliver, taget op i medierne med jævne mellemrum, efter det frie sygehusvalg blev indført.⁹⁵

”Nej, Birthe har ikke været alene på ventelisten. Der står flere tusinde hjertepatienter, og hvert år dør omkring 80, mens de venter. Endnu har man dog ikke hørt om politikere, der er døde på ventelisten.” (Ekstra Bladet 1993 - Om hjertepatienten Birthe Petersen, der måtte vente på behandling)

”Det frie sygehusudvalg er en illusion for mennesker med epilepsi, fordi der generelt er 'uacceptable' lange ventetider overalt, siger Dansk Epilepsi-forening i en udtalelse fra foreningens landsmøde.” (Politiken 1996)

Mediernes indflydelse på det politiske system er ikke noget, jeg vil komme videre ind på. Men det er tydeligt at ventelisteproblematikken var noget, der var og er bred interesse for

⁹⁴ Pedersen 2003, s. 33

⁹⁵ En hurtig søgning på ”venteliste” sammen med ”behandling”, på Infomedia, på de fire store aviser, giver ca. 2000 artikler i perioden 1990-1999

i samfundet generelt. De seneste par år har debatten om ventelisterne endvidere været krydret med, at der er mangel på personale på sygehusene, og dette er med til at gøre det sværere at nedbringe ventelisterne.

I regionerne er man positiv over for målet om nul ventetid, men mangel på læger og sygeplejersker betyder, at det i første omgang kun er realistisk at indføre for de alvorligste typer kræft, siger formand Bent Hansen (S).” (Politiken 2007)

Som det bl.a. kan ses af de ændringer der blev lavet vedrørende det frie sygehusvalg, blev problemerne med nu især ventelisterne også ved med at være på den politiske dagsorden.

6.3 Behandlingsgarantier og andre justeringer

Efter loven fra 1992 blev der lavet flere justeringer og ændringer hertil, og kendetegnende for disse ændringer var, at der var generel politisk enighed herom.

I 1997 ændrede politikerne det fri sygehusvalg til også at gælde nogle højt specialiserede sygehusafdelinger. Derudover fik sygehusene pligt til at informere om det frie sygehusvalg og henvise til sygehuse med kortere ventetid, hvis ventetiden på det pågældende sygehus væsentligt oversteg ventetiden på et andet sygehus.⁹⁶ Formålet med dette var at styrke det frie sygehusvalg og patienternes stilling, så de kunne sikres den kortest mulige ventetid.⁹⁷ I 1998 blev patienters ret til frit at vælge sygehus udvidet. Patienter kunne nu frit vælge at blive behandlet på lands- og landsdelssygehuse. Desuden blev sygehusenes forpligtigelse til at informere om ventetider skærpet.⁹⁸ Disse ændringer havde ikke den store indvirkning på ventelisterne, som for eksempelvis kirurgiske patienter, der dog nåede deres max i 1997/1998, men som stadig var urimeligt høje.

Der blev altså ved med at være problemer med ventelister i sygehussektoren, og dette var især et problem for patienter med livstruende sygdomme. I 1999 blev loven derfor ændret, så patienter der led af livstruende sygdomme nu kunne vælge at blive behandlet på et andet offentligt sygehus, eller et privat eller udenlandsk sygehus, hvis sygehuset i bopælskommunen ikke kunne opfylde behandlingsgarantien. Dette var dog kun gældende

⁹⁶ Lov om ændring af lov om sygehusvæsenet 1997, nr. 464, og Orientering af Folketingets Sundhedsudvalg – August 1997

⁹⁷ Fremsættelse af lov om ændring af lov om sygehusvæsenet 1997, nr. 464

⁹⁸ Lov om ændring af lov om sygehusvæsenet 1998, nr. 1044

hvis Sundhedsstyrelsen skønnede, at behandlingstaksten ikke var urimeligt høj, eller at udgifterne til befording og ophold var uforholdsmæssigt høje.⁹⁹

”Men muligheden for at vælge det private var også udsprunget af at der stadig var venteproblemer i det offentlige. Så derfor startede det jo med, at hvis man ikke inden for en rimelig tid, (...) kunne få behandling i det offentlige, når man led af en alvorlig sygdom, så kunne man overgå til de private.” (Ester Larsen(V), tidl. Sundhedsminister)¹⁰⁰

En sidste mindre justering til det oprindelige frie sygehusvalg blev lavet i 2000, hvor det blev udvidet til at omfatte fire selvejende hospicer.¹⁰¹ Jeg vil kort nævne, at denne justering blev til som følge af en periode op gennem halvfemserne, hvor staten mere og mere blande sig i enkeltsager og lave lovgivning, der underminerede amternes autoritet. Denne sidste justering var eksempelvis et udslag af en sag, hvor et par ønskede behandling for barnløshed, men fik afslag fra amtet, helt ifølge loven. Parret gik selv til det private og betalte 50.000 kr., som de efterfølgende søgte at få refunderet hos amtet, uden held. Sagen endte i højesteretten, der afviste parret. Regeringen gik derefter ind og ændrede i loven til fordel for parret.¹⁰²

6.4 DRG-takster

Ifølge den daværende regering led betalingsordningen for behandling på fremmede sygehuse - der var baseret på sengedagstakster - af den svaghed, at de sygehuse, der havde de længste liggetider, og dermed var mindst produktive, fik flest penge. Endvidere dækkede sengedagstaksten ofte ikke de faktiske omkostninger ved at behandle patienter på fritvalgsordningen. Regeringen mente derfor ikke, at amterne havde tilstrækkeligt incitament til at tilpasse kapaciteten og at det frie sygehusvalg dermed blev begrænset.¹⁰³ På finansloven for 1998 blev det derfor bestemt, at takstsystemet for behandling på fritvalgsordningen skulle ændres, og sengedagstaksterne skulle afløses af såkaldte DRG-takster¹⁰⁴. Det var dog først i foråret 1999, at DRG-afregningstaksterne for fritvalgspatienter på basisniveau blev fastlagte, og de kunne derfor først tages i brug

⁹⁹ Denne lov ændring tog udgangspunkt i finanslovsforhandlingerne for 1999, hvor det allerede var bestemt at der skulle indføres behandlingsgaranti. (SF og EL stemte dog imod loven, med 13 stemmer)

¹⁰⁰ Bilag 2

¹⁰¹ Lov om ændring af lov om sygehusvæsenet 2000, nr. 470

¹⁰² Pedersen 2006, s. 238

¹⁰³ Finansloven for 1998 - Forhandlingsresultater

¹⁰⁴ DRG står for diagnose relaterede grupper

herefter. Det var derfor først fra år 2000, at amterne skulle afregne fritvalgspatienter efter disse priser.¹⁰⁵ DRG-taksterne blev beregnet efter gennemsnitstakster for ressourcetrækket ved behandling af patienterne i de forskellige DRG-grupper¹⁰⁶ - og blev dermed højere end de relativt lave sengedagstakster.

¹⁰⁵ Finansloven for 1999

¹⁰⁶ Sundhedsstyrelsens "Mere information om Dansk Casemix-system"

6.5 Udvidet frit sygehusvalg

I 2001 fik danskerne en borgerlig regering efter næsten et årti med en socialdemokratisk ledet regering. I medierne rullede debatten om ventetiderne til behandling stadig, Politiken havde i tiden op til valget en hel artikelserie om ventelister, og det var klart et tema i valgkampen. I Valgundersøgelsen 2001 peger flest af de adspurgte danskere på sundheds- og sygehussektoren som det område, der er det vigtigste politikerne skulle tage sig af.¹⁰⁷ Men argumenterne havde ændret sig. Det mest dominerende løsningsforslag var nu, om man skulle inddrage private hospitaler til at nedbringe ventelisterne sammen med en behandlingsgaranti for alle patienter. Rationalet var, og er, at de private hospitaler skulle inddrages både for at lette presset og for at skabe konkurrence til de offentlige sygehuse, som dermed ville blive mere effektive.

”For det andet foreslås et udvidet frit valg for patienterne til private sygehuse og udenlandske sygehuse i tilfælde, hvor det offentlige sygehusvæsen ikke inden 2 måneder kan tilbyde en behandling, som en patient er henvist til. Ud over at det giver en ny og væsentlig rettighed for den enkelte patient og umiddelbart vil medvirke til at nedbringe urimelige ventetider, er også dette forslag et skridt i retning af en ændret styring af sygehusvæsenet, som i højere grad giver de udførende enheder hensigtsmæssige økonomiske tilskyndelser.” (Bemærkninger til forslag om udvidet frit sygehusvalg – af Indenrigs- og Sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen (V))¹⁰⁸

I 2002 blev ordningen om det frie sygehusvalg derfor yderligere udvidet (”det udvidede frie sygehusvalg”), og alle patienter kunne nu frit vælge behandling på private eller udenlandske sygehuse, hvis det offentlige ikke kunne behandle inden for to måneder. Der blev derudover tilført et engangsbeløb på 1,5 mia. til sygehusvæsenet, som ”saltvandsindsprøjtning” og til finansiering.

Som en sidebemærkning kan det nævnes, at omtrent samtidigt hermed blev det muligt for virksomheder at tegne fradragsberettigede sundhedsforsikringer for medarbejderne. Det var - og er - dog et krav at alle medarbejderne skulle have tilbuddet om forsikring.¹⁰⁹

I 2004 blev patienternes frie sygehusvalg styrket ved, at der blev indført pligt til, at patienterne skulle have hurtig og klar besked om dato, sted for undersøgelse og behandling på sygehuset, om behandling kunne tilbydes indenfor 2 måneder, samt om

¹⁰⁷ Valgundersøgelsen 2001

¹⁰⁸ Lov nr. 143 2002

¹⁰⁹ Lov nr. 389 2002

muligheden for at benytte det frie og udvidede frie sygehusvalg. Med indkaldelsesbrevet, der nu skulle sendes til patienten inden 8 hverdage efter modtagelsen af henvisningen, skulle også være medsendt oplysninger om ventetider på andre sygehuse m.v.¹¹⁰

Helt op til i dag blev dette ved med at være et tilbagevendende tema for politikere og medier.

”Regeringen ønsker at gøre et godt dansk sundhedsvæsen endnu bedre ved at nedbringe ventetiderne på sygehusbehandling gennem en yderligere styrkelse af patienternes frie sygehusvalg, og ved at effektivisere og kvalificere behandlingen gennem en stærk og visionær udvikling af fundamentet for det fremtidige sundhedsvæsen i de 5 nye regioner.”
(Bemærkninger til forslag om 1 måneds behandlingsfrist – af Indenrigs- og Sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen (V))¹¹¹

I 2006 blev det således vedtaget at nedsætte fristen til sygehusbehandling efter den udvidede fritvalgsordning fra 2 måneder til 1 måned, med virkning fra 1. oktober 2007.

Jeg vil kort bemærke at samme år, 2007, blev amterne nedlagt og ansvaret for sygehusvæsenet overgik til de nye og større regioner. Ved overdragelsen blev der ikke ændret væsentligt ved strukturen og organiseringen af sygehusvæsenet. Men regionernes magt blev væsentligt indskrænket, bl.a. fordi de ikke længere kan opkræve skatter og dermed kun kan prioritere og fordele inden for de givne rammer. Bevæggrundene og principperne bag reformen var dog mere eller mindre enslydende med dem fra reformen fra 1970. Det handlede også i 2007 om bæredygtighed og nærhed.¹¹²

6.6 Økonomiske betragtninger

I halvfemserne begynder et økonomisk opsving i Danmark. Op gennem dette årti og godt ind i det næste, bliver der overskud på betalingsbalancen, overskud på de offentlige finanser og ledigheden falder drastisk fra ca. 12 pct. af arbejdsstyrken i 1993-94 til 5,2 i 2002.¹¹³ Alt i alt har det gået ganske godt i Danmark. Faktisk så godt at en optimistisk finansminister, Thor Pedersen, i 2007 bedyrende ved præsentationen af finansloven for 2008, at Danmark kunne købe hele verden¹¹⁴ - en udtalelse han dog senere fortrød. Det kunne se ud som om Danmark nu er på vej ind i en periode med økonomisk nedtur. Den

¹¹⁰ Lov nr. 441 2004

¹¹¹ Lov nr. 1556 2006

¹¹² Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2004, kap. 2

¹¹³ Johansen 2007

¹¹⁴ Citeret fra Berlingske Tidende 2008

lave arbejdsløshed har skabt flaskehalsproblemer, boligpriserne er begyndt at falde efter de seneste års himmelflugt, og vigtigst, finanskrisen, der har medført, at flere mindre danske banker har måttet fusionere for at undgå krak, og endeligt de katastrofale fald på aktiemarkedet.

6.7 To årtier med frit valg

Halvfemserne og frem til nu, har således været en periode hvor politikerne ved hjælp af stramninger og udvidelser af det frie sygehusvalg, forsøgte at løse problemerne med ventelisterne. Der blev derfor indført DRG-takster, og det frie sygehusvalg blev udvidet til også at gælde private hospitaler.

Del III: Historiens magt

Jeg vil i denne del undersøge nogle af de processer og mekanismer, der har været med til at påvirke udviklingen op til og efter det frie sygehusvalg. Desuden vil jeg diskutere, hvordan det danske sygehusvæsen kunne tænkes at udvikles i fremtiden, bl.a. på baggrund af den forudgående undersøgelse af udviklingen i det frie sygehusvalg. Dette så jeg i fjerde og sidste del af specialet kan svare på, hvordan udviklingen op til og efter det frie sygehusvalg kan forstås, og samt hvilke spørgsmål udviklingen rejser.

Kapitel 7: Det frie sygehusvalgs opståen og udvikling

Dette kapitel indeholder min analyse af det frie sygehusvalgs opståen og udvikling. Jeg vil her, som beskrevet i kapitlet om metode, ved hjælp af mine nøglebegreber undersøge om og hvilke spor, der har været med til at forme udviklingen i det frie sygehusvalg. Dette for at jeg i min konklusion kan svare på, hvordan udviklingen op til og efter det frie sygehusvalg kan forstås.

I den foregående del af specialet har jeg redegjort for udviklingen op til og efter det frie sygehusvalg. Grænsepatientproblematikken og ventelister er det der træder frem, som de årsager alle mine kilder henviser til, når de skal forklare, hvorfor det frie sygehusvalg og senere det udvidede frie sygehusvalg opstod.

Men ud fra en rationel forklaringsmodel kan disse årsager ikke forklare, hvorfor politikerne valgte præcist de løsninger de gjorde. Jeg mener dog, at grænseproblematikken og ventelister var katalysatorerne for det frie- og det udvidede frie sygehusvalg men ikke selve forklaringen. Den mener jeg skal findes i historiske institutionalistiske processer. Jeg vil derfor holde katalysatorerne in mente, når jeg skal undersøge de historiske institutionalistiske processer, da jeg ikke mener, man kan undersøge det ene uden det andet.

7.1 Institutionaliseringsprocesser

Jeg vil i dette afsnit undersøge og give et billede nogle af de institutionaliseringsprocesser, der har været i forbindelse med det frie sygehusvalg opståen og udvikling.

7.1.1 Decentraliseret ansvar

Op gennem tresserne og halvfjerdserne blev den måde man hidtil havde set sygehusvæsnet på ændret, bl.a. fordi strukturen ikke længere passede til de udfordringer der var. Det er realistisk at sige, at den hidtidige institutionalisering af opfattelsen af sygehusvæsnet og dets struktur ikke længere passede til forholdene og de ydre rammer. De forskellige reformer i begyndelsen af halvfjerdserne har derfor sikkert været et brud med tidligere tiders institutioner. Dette er ikke noget jeg vil gå videre i dybden med her, da det er en anden problemstilling. Men jeg arbejder ikke desto mindre videre med den antagelse, at her blev kimen til et nyt sæt af institutioner lagt.

Amterne som selvstændige enheder

Op gennem halvfjerdserne er der relativ konsensus omkring, at amterne skulle have det fulde ansvar for sygehusvæsenet - som derved blev en ren offentlig opgave - samt at hvert amt skulle kunne varetage borgernes behov for behandling inden for normal og ”udvidet” normal-områderne.

Det, at sygehusvæsenet skal være decentraliseret, er en overbevisning, der ikke for alvor bliver udfordret i perioden op til beslutningen om det frie sygehusvalg i 1992. I halvfjerdserne samles stort set alle af sygehusvæsenets opgaver hos amterne, og der var bred enighed om, jf. kapitel 5, at den bedste måde at organisere den offentlige sektor på, var ved at samle alle aspekter ved en opgave hos én myndighed, og gerne decentralt, efter nærheds- og bæredygtighedsprincippet. Endvidere var der ingen, der satte spørgsmålstegn ved, at sygehusvæsenet skulle være en ren offentlig opgave. Det blev altså taget for givet, at sygehusvæsenet skulle være offentligt, og det var dermed en institutionaliseret opfattelse.

Således fik amterne op gennem halvfjerdserne ansvaret for både de somatiske og senere også de psykiatriske sygehuse, ligesom de fik ansvaret for den offentlige sygesikring og dermed i praksis også de praktiserede læger. Indførslen af den offentlige sygesikring

betød, at der nu blev fri og lige adgang til sygehusvæsenet. Over de næste mange år blev det en institutionaliseret opfattelse, at der skulle være fri og lige adgang. Således er der, selv den dag i dag, ingen der sætter spørgsmålstegn ved dette princip.

Som jeg har beskrevet i afsnittet om kommunalreformen og de nye opgaver, var der relativt bred konsensus om denne ”nye” struktur og den heraf følgende konsekvens, at sygehusvæsenet kom til at virke inden for nogle afgrænsede områder. Selvom en enkelt politiker ytrede ønske om fri indlæggelsesret over amtsgrænserne, ”*Jeg kunne ønske mig at man havde foreslået (...) indført fri indlæggelsesret over amtsgrænserne*” (A. Chr. Andersen (v), MF)¹¹⁵, var det ikke noget der blev kommenteret af de andre politikere. Dette viser, at amtsgrænserne generelt ikke blev anset for noget stort problem, og understøtter den fælles forståelse af, at amterne skulle kunne virke som decentrale og selvstændige enheder – underforstået at barrierer mellem amterne var et nødvendigt onde af hensyn til amternes planlægning.¹¹⁶

Alle disse ændringer kan ses som et led i en proces, hvor det blev mere og mere indarbejdet og indforstået, at organiseringen af sygehusvæsenet var bedst tjent med at være organiseret decentralt, og at det var amterne, der var dem, der skulle varetage opgaven. Det kan så diskuteres om denne forståelse nåede at blive institutionaliseret, for op gennem firserne begyndte der, som beskrevet i kapitel 6, at blive stillet spørgsmålstegn ved denne organisering og hensigtsmæssigheden af amtsgrænserne. Dette kunne have været et tegn på et opbrud med den hidtidige opfattelse af hvordan sygehusvæsenet bedst kunne organiseres, og have givet udslag i væsentlige forandringer for sygehusvæsenet, med konsekvenser for amterne til følge. Jeg vil alligevel argumentere for, at amternes ”monopol” på området samt organiseringen af amtsstrukturen var institutionaliseret. For selv i firserne, hvor der begyndte at opstå problemer med borgernes muligheder for behandling uden for amtsgrænserne, blev der ikke ændret på, at det var amterne, der skulle varetage og havde ansvaret for sygehusopgaverne, ligesom ændringerne i organiseringen, samlet set, var minimal.

Amternes eneret på området blev taget for givet. Godt nok siger Ester Larsen i mit interview¹¹⁷, at de Konservative altid har været imod amterne, ligesom Arne Rolighed nævner, at det fra nogen partiers side lå i luften, at der var en mulighed for at nedlægge

¹¹⁵ 1. Behandling af Lov om sygehusvæsenet 1969, Folketingstidende bind II, spalte 4098-4099

¹¹⁶ Ester Larsen – bilag 2

¹¹⁷ Bilag 2

amterne, hvis de ”ikke leverede varen”¹¹⁸. Men i behandlingerne osv. af de love jeg har gennemgået til specialet, fremgår det, at det ikke var noget der blev diskuteret voldsomt, selv når det kunne have været relevant. Jeg mener derfor, det var en institutionaliseret opfattelse, at sygehusvæsenet var bedst organiseret i selvstændige, decentrale enheder – nemlig amterne.

Dette, at amternes eneret blev taget for givet, har ganske givet haft indflydelse på den løsning politikerne valgte på problemerne med behandling over amtsgrænserne og ventelisterne.

7.1.2 Ventelister som et problem

I slutningen af firserne begynder der at komme fokus på ventelister til behandling på sygehusene. Ventelisterne har ganske givet altid været der i større eller mindre omfang, men det var først nu det begyndte at blive artikulert som et problem, der kunne og skulle gøres noget ved.

”I den strøm der ligger der i ændringerne i folketendenserne, folkekulturen, det tror jeg har haft en stor indflydelse, at det lige præcis blev i 92/93 og ikke i 88/89 eller 84/85, for problemet (ventelister mm. red) var der fandme også for ti år siden. Men det blev pludselig mere synligt, netop fordi borgerne ville til orde i den her debat. Så det er nok også krydret med at det er legitimt at blande sig i debatten og vi ikke bare følger os for overlægen.” (Arne Rolighed (S), dir. I Kræftens Bekæmpelse og tidl. Sundhedsminister)¹¹⁹

Denne fokus på ventelisterne vedbliver op gennem halvfemserne og helt op til i dag. Ventelisterne anses dermed stadig som et problem, der skal løses. Det er således gennem de sidste 20-25 år blevet en institutionaliseret opfattelse, at ventelisterne skal nedbringes og om muligt helt fjernes. Der er ingen der eksempelvis taler om, at en vis grad af ventetider kunne sikre maksimal udnyttelse af kapaciteterne og dermed være gavnligt. Alle er enige om, at det er et problem, og denne opfattelse har både politikere og medier haft ganske længe, uden at der er nogen, der har sagt dem imod. Det er med andre ord blevet institutionaliseret.

¹¹⁸ Bilag 3

¹¹⁹ Bilag 3

7.1.3 Frit sygehusvalg og nye institutioner

Op gennem halvfemserne kom der flere ændringer og justeringer, der havde til formål at styrke det frie sygehusvalg og nedbringe ventetiderne.¹²⁰ Der var generelt politisk enighed om, at det frie sygehusvalg var et gode, og ændringerne blev alle vedtaget med store flertal.¹²¹ Disse ændringer ser jeg derfor som et led i en institutionaliseringsproces, hvor det frie sygehusvalg mere og mere bliver set som måden, hvorpå problemerne med ventelisterne bedst løses. Det frie sygehusvalg går i denne proces over til at være et ”fænomen”, der diskursivt dækker over en bestemt måde at tænke organiseringen af sygehusvæsenet på, frem for blot at være et begreb, der henviser til nogle helt konkrete dele af en lov.

Da det frie sygehusvalg bliver kædet sammen med behandlingsgaranti og muligheden for behandling på privathospital, begynder det især at blive en institutionaliseret opfattelse, fra magthavernes side, at det frie sygehusvalg er måden at slippe af med ventelisterne på. For ventelisterne bliver i starten af det nye årtusind italesat som hovedsageligt et effektivitetsproblem i det offentlige sygehusvæsen, der skal løses ved at presse de offentlige sygehuse til at blive mere effektive via konkurrence fra det private – frem for blot et kapacitetsudnyttelsesproblem.

”Ventetiderne afspejler dels, at der er en pukkel af ventende patienter, (...), dels formentlig en mere grundlæggende ubalance i sygehusvæsenet – en ubalance mellem behandlingsmulighederne og befolkningens berettigede forventninger på den ene side og sygehusvæsenets kapacitet med (...) den nuværende struktur, styring og arbejdstilrettelæggelse på den anden side.” (Bemærkninger til forslag om udvidet frit sygehusvalg – af Indenrigs- og Sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen (V))¹²²

Derved sker der således en de-institutionalisering af opfattelsen om at sygehusvæsenet, og dermed af behandlingen af patienter, skal være en ren offentlig opgave. Samtidigt med denne proces begynder der at ske en italesættelse af det offentlige sygehusvæsen som en stor træg mastodont, der kun modvilligt kan og vil lave forandringer, der kan effektivisere behandlingsgangene. I samme åndedrag italesættes den private sektor som højeffektiv, der kan tage det værste pres på ventelisterne, hvis de får lov, samtidigt med de kan skabe gavnlig konkurrence. Denne konkurrence skal opnås bl.a. ved hjælp af DRG-taksterne,

¹²⁰ Se afsnit 6.3

¹²¹ Lov nr. 464 - 1997, L 210, Lov nr. 395 - 1999, L 134 og Lov nr. 470 - 2000, L 234

¹²² Lov nr. 143 2002

der sørger for at ”pengene følger med patienten”. DRG-taksterne repræsenterer derfor en tankegang der ”markedsliggøre” sygehusvæsenet, og som bliver skærpet, da det frie sygehusvalg udvides. Denne ”markedstænkning” står i skarp kontrast til decentraliseringsinstitutionen, der netop var baseret på muligheden for politisk bestemte prioriteringer, frem for markedskræfternes råden. Jeg vil dog pointere, at der altid har været et element af konkurrence i de bagvedliggende tanker til det frie sygehusvalg, men de var stærkt begrænsede og nedtonede – indtil indførslen af DRG-taksterne, jeg ser derfor bort fra dette element i tiden før DRG-taksterne.

”... vi bider dem i knæhaserne, vi er den lille arrige terrier der sørger for de ikke går i stå.” (Nis Alstrup, formand for SPPD – Om privathospitalerne i forhold til det offentlige sygehusvæsen)¹²³

”... så vil vi gerne bruge de private som stødepude og som en hveps i halen på det offentlige, som viser at man kan tilrettelægge arbejdet mere hensigtsmæssigt.” (Ester Larsen(V), tidl. Sundhedsminister)¹²⁴

Denne opfattelse er ikke fuldt ud institutionaliseret i hele samfundet, i og med at netop inddragelsen af de private sygehuse er under skarp kritik, jf. indledningen til specialet. Men jeg mener der er stærke tegn på at den muligvis er på vej dertil.

”Hvis man sikrer at den der er mest syg bliver behandlet først og der ikke er penge mellem patient og læge og vi fastholder det der hedder fri og lige adgang, så ser jeg ingen problemer i at man har et offentligt og privat sygehusvæsen. For mig kunne det hele være privat, hvis bare den enkelte borger var sikker, at er der et behov, så bliver det dækket med fri og lige adgang.” (Arne Rolighed (S), dir. I Kræftens Bekæmpelse og tidl. Sundhedsminister)¹²⁵

For selv skarpe kritikere begynder nu at sige, at problemet ikke så meget er et spørgsmål om inddragelsen af de private, men mere et spørgsmål om at sikre den frie og lige adgang til sygehusvæsenet.

¹²³ Bilag 4

¹²⁴ Bilag 2

¹²⁵ Bilag 3

Men ikke desto mindre er ovenstående opfattelse af gavnligheden af inddragelsen af den private sektor klart institutionaliseret hos magthaverne, og har derfor en stor betydning for organiseringen af samfundet.

7.2 Selvforstærkende processer og magtfulde modreaktioner

På baggrund af gennemgangen af mine kilder mener jeg, der er tydelige tegn på, at selvforstærkende mekanismer har haft en væsentlig indvirkning på udviklingen. Disse mekanismer kan hjælpe med at forstå hvorfor tingene har udviklet sig. Jeg vil derfor her give nogle billeder på, hvordan og hvorfor det frie sygehusvalg er opstået og videre blevet udviklet.

7.2.1 Halvfjerdser-reformen som selvforstærkende proces

Initiativet til at reformere den offentlige sektor i halvfjerdserne satte gang i en selvforstærkende proces. Overdragelsen af opgaver til amterne op gennem dette årti er et af tegnene på dette. Der er forskellige mekanismer der gør, at ”noget” kan virke selvforstærkende. I mit materiale fremstår idéers og institutioners betydning, i sammenspil med et magtperspektiv, som et klart eksempel på en selvforstærkende mekanisme, der havde stor indflydelse på de forandringer, der blev lavet op gennem halvfjerdserne. Eksempelvis var overførslen af de psykiatriske sygehuse og ortopædiske afdelinger til amterne, en naturlig del af decentraliseringsinstitutionen. Overførslen af de to specialer harmonerede ganske godt med politikernes opfattelse af, hvordan samfundet burde se ud. Jeg vil derfor argumentere for, at de oprindelige ideer om decentralisering har virket selvforstærkende.

Arbejdet med organiseringen af den offentlige sektor stod i decentraliseringens tegn. Som jeg har beskrevet tidligere, var der en enkelt folketingspolitiker der satte spørgsmålstejn ved hensigtsmæssigheden af at begrænse patienternes muligheder for behandling på sygehuse udenfor eget amt.

”Der foreslås således ændrede bestemmelser vedrørende sygehusplanlægning og om indlæggelse på fremmede sygehuse; der fastsættes bestemmelser om at hjemstedsamtskommunen skal betale for ophold på fremmede sygehuse (...) Jeg kunne ønske mig at man havde foreslået (...) indført fri indlæggelsesret over amtsgrænserne” (A. Chr. Andersen, MF)¹²⁶

Han satte dermed spørgsmålstejn ved dele af decentraliseringsstrategien. Men hans ønske blev nærmest ignoreret og han insisterende heller ikke selv. Dette er en stærk indikation på at ”informationer”, eller som i dette tilfælde ønsker, der gik imod decentraliserings-

¹²⁶ 1. Behandling af Lov om sygehusvæsenet, Folketingstidende bind II, spalte 4098-4099

institutionen, blev filtreret væk og tiet ihjel. Ligesom det indikerer at det var omkostningsfuldt for den enkelte at være uenig med majoriteten, og eventuelle uenigheder derfor hurtigt blev gemt væk.

Der var ingen der stillede spørgsmål til hensigtsmæssigheden af decentralisering – enten fordi de havde skyklapper på, eller fordi det var for omkostningsfuldt. Overdragelserne op gennem halvfjerdserne er et tydeligt tegn på, at institutionen kom til at virke selvforstærkende. Ingen satte sig imod, og der var kræfter i samfundet, der ønskede disse overdragelser. Dette gjaldt bl.a. Amtsrådsforeningen¹²⁷. Amtsrådsforeningen ønskede at hele sygehusvæsenet skulle samles under amtsrådene og allerede i 1973, begyndte forhandlinger med staten om overførsel af statshospitalerne (de psykiatriske sygehuse), de ortopædiske hospitaler, samt afdelinger der blev drevet af Samfundet og Hjemmet for Vanføre.

”Sygehusdriften er en stor økonomisk byrde for amtskommunerne. Til gengæld var der idé i at samle landets sygehusvæsen under amtsrådene – en idé der så småt begynder at bære frugt.” (Amtsrådsforeningen)¹²⁸

Amterne havde på dette tidspunkt opnået magt nok til at kunne gøre det nationalt politiske niveau opmærksom på deres ønsker. Jo flere opgaver de fik ansvar for, jo mere havde de at forhandle med, og jo større vægt lå der bag deres ord. Decentraliseringsinstitutionen gjorde det svært for politikerne at argumentere imod disse ønsker, og mine kilder viser at der var bred enighed om at overdragelserne var en god idé.¹²⁹ Fordi amterne ønskede en sådan udvikling, og fordi deres magt og muligheder for indflydelse blev større, ved hver overdragelse, mener jeg at decentraliseringsinstitutionen kom til at virke selvforstærkende. Dette samtidigt med at decentraliseringsinstitutionen, når den først havde understøttet et tiltag - et skridt ad sporet - gjorde det svært at argumentere mod det næste - og ud fra rationalet, den der tier, samtykker, kom det derved til at virke selvforstærkende.

I en betænkning om fordelingen af opgaver i den offentlige sektor fra 1998, angiver indenrigsministeriet således også at...

¹²⁷ En fælles organisation for amterne, der varetog amternes interesser i forbindelse med ny lovgivning, ligesom den på vegne af amterne, forhandlede med regeringen om økonomiaftalerne.

¹²⁸ Danmarks Amtsråd Dec. 1973, s. 15

¹²⁹ Afsnit 4.4

”... decentraliseringen (efter kommunalreformen i 1970 red.) kom til at gå langt videre, end det oprindeligt var planlagt.”¹³⁰

De selvforstærkende kræfter var dermed medvirkende til, at amterne fik stor magt og kom til at virke som selvstændige ”hertugdømmer”, som Esther Larsen har udtrykt det. De selvforstærkende kræfter var derved medvirkende til de problemer der igangsatte processen om det frie sygehusvalg.¹³¹

Overførslen af opgaver op gennem halvfjerdserne, kan dermed forklares ud fra selvforstærkende processer, hvis der ses på de idéer der lå bag institutionerne. Men halvfjerdsernes idéer harmonerer ikke med de bagvedliggende tanker om det frie sygehusvalg. Det kan derfor undre, at vi fik det frie sygehusvalg – der netop bremsede amternes muligheder for selvstyre, og dermed gik imod dele af idéerne bag decentraliseringsinstitutionen.

Jeg tolker mine kilder således, at det frie sygehusvalg skal ses som en modreaktion på effekterne af ovenstående udvikling. Der kan derfor argumenteres for, at det var en magtfuld modreaktion på struktureringen af amterne og sygehusvæsenet, der førte til det frie sygehusvalg. Altså, at der var tale om en ikke-selvforstærkende proces. Dermed ikke sagt at det frie sygehusvalg var et direkte brud med det hidtidige spor, men blot at reaktionerne på amtsgrænseproblematikken og ventelisterne, gjorde at det hidtidige spor blev trukket i en lidt anden retning. Det frie sygehusvalg begrænsede amternes råderum for politisk selvbestemmelse. Men samtidigt forudsatte det, at sygehusvæsenet vedblev at være decentralt, med de selvstændige amter som ansvarshaver. Dette ikke nødvendigvis fordi amterne blev anset for at være de bedste til at varetage opgaven, men fordi det var en institutionaliseret opfattelse, at sygehusvæsenet skulle være decentraliseret, og amterne var dem, der skulle have ansvaret. Ligesom det var en institutionaliseret opfattelse, at behandlingen af patienter var en offentlig opgave.

Organiseringen af sygehusvæsenet blev problematiseret, men grundlæggende blev der ikke ændret meget ved strukturen. De hidtidige institutioner var dermed stærke nok til at bevirke, at man bevarede den overordnede hidtidige struktur. Det frie sygehusvalg ændrede således ikke væsentligt ved organiseringen af sygehusvæsenet eller amterne, men det forstærkede bestemt ikke de tidligere institutioner og begivenheder.

¹³⁰ Indenrigsministeriet 1998, kap. 2.2.2

¹³¹ Bilag 2

Som jeg vil argumentere for senere i kapitlet, har det frie sygehusvalg, derimod den konsekvens at sporet, via selvforstærkende mekanismer og layering, bevæger sig væk fra den oprindelige idé med organiseringen af sygehusvæsenet og amterne. Det er med udgangspunkt i dette, jeg mener, at det frie sygehusvalg skal ses som en magtfuld modreaktion på struktureringen af amterne og sygehusvæsenet. – Fordi det er et kardinalpunkt, der er opstået som modreaktion på effekterne af tidligere institutioner, og som over tid får den virkning at sporet drejer.

7.2.2 Frit sygehusvalg som selvforstærkende proces

Hovedårsagerne til indførselen af det frie sygehusvalg var problemer med ventelister og amtsgrænseproblemer. Det frie sygehusvalg løste stort set de problemer, der var med amtsgrænserne, og det var derfor ikke længere et tema i halvfemserne. Ventelisterne blev i starten af halvfemserne anset for hovedsageligt at være et kapacitetsudnyttelsesproblem, og der var generel enighed om, at man ved at styrke det frie sygehusvalg kunne minimere problemerne. Jeg vil argumentere for at disse opfattelser kom til at virke selvforstærkende. Dette vil jeg gøre, fordi de særligt tydeligt giver et billede af den selvforstærkende proces, der blev sat i gang ved beslutningen om det frie sygehusvalg.

Den generelle enighed kan have gjort det svært for enkeltpersoner at sige majoriteten imod, i så fald de havde andre ideer og meninger.¹³² I behandlingerne af de forskellige justeringer op gennem halvfemserne, bliver der ikke som sådan sat spørgsmålstejn ved om det frie sygehusvalg virkede efter hensigten, og om det derfor burde styrkes. Selv ikke da der blev indført behandlingsgaranti for patienter med livstruende sygdomme, hvor SF og EL stemte imod, blev effekterne diskuteret. SF's hovedanke var eksempelvis her, at det var uretfærdigt, at der kun var behandlingsgaranti for udvalgte patientgrupper, og at der skulle mere til at nedbringe ventelisterne end bare det frie sygehusvalg.

”Mindretallet er tilhænger af, at alle patienter skal behandles inden for en klinisk forsvarlig ventetid. Inden for de forskellige typer behandling skal Sundhedsstyrelsen i dialog med patientforeninger, læge- og sygeplejefaglige selskaber m.v. fastlægge retningslinjer for den maksimale klinisk forsvarlige ventetid for de enkelte diagnoser og behandlingstyper. Men hvis Folketinget uden at sikre den fornødne økonomi og personaleressourcer fastsætter maksimale ventetider for en begrænset gruppe sygdomme, vil resultatet næsten uundgåeligt blive en skævvridning af den samlede sundhedspolitiske

¹³² Jf. afsnit 3.3 om selvforstærkende processer

prioritering, og taberne må forventes at blive bl.a. de langtidsmedicinske ældre patienter. Det ønsker mindretallet ikke at medvirke til.” (SF’s betænkninger til lovforslaget)¹³³

SF gav altså ikke udtryk for, at de var imod det frie sygehusvalg, eller at det skulle styrkes. Det de derimod gav udtryk for, var at de var imod måden, det blev gjort på. Jeg mener at den brede enighed om det frie sygehusvalg, har gjort det vanskeligt for enkelt personer at være uenig hermed, og dette gav udslag i, at ingen rigtigt gik imod denne praksis. I og med ingen udtrykte, at de var imod det frie sygehusvalg, kan det udledes, at de bekræftede, at det frie sygehusvalg var det rigtige. Jeg vil derfor argumentere for, at institutionen om det frie sygehusvalg virkede selvforstærkende – ingen udfordrede den for alvor, og rigtigheden heraf blev konstant bekræftet. Mine kilder viser, at selvom det frie sygehusvalg ikke levede 100 pct. op til forventningerne og reducerede ventelisterne væsentligt, blev politikerne ved med at reproducere de antagelser der lå bag institutionen. Jeg mener derfor, det er rimeligt at antage at politikerne har filtreret informationer, der ”kritiserede” det frie sygehusvalg, fra. Det giver i dette lys mening, at politikerne valgte at bygge videre på ideen om det frie sygehusvalg. Rationalet var og er, at ved at skabe frit valg opnås en bedre udnyttelse af kapaciteterne og ventelisterne blev anset som et kapacitetsudnyttelsesproblem. Med denne logik lå det lige for at inddrage alle kapaciteter og dermed også de private sygehuse. For selvom inddragelsen af det private har været stærkt omdiskuteret, har der fra magthavernes side ikke været nogen tvivl om at det frie sygehusvalg var, og er, måden hvorpå ventelisterne bedst nedbringes. Derved kom institutionen til at virke selvforstærkende. 1) Der var en konkret problemstilling, der skulle løses – ventelister, 2) Der var en forudindtaget opfattelse af, hvorfor der var et problem – kapacitetsudnyttelsesproblemer og 3) Der var en helt bestemt opfattelse af hvordan disse problemer bedst kunne løses – frit sygehusvalg.

Sat på spidsen, mener jeg, det frie sygehusvalg hovedsageligt kom til at virke selvforstærkende, fordi det ikke virkede 100 pct. efter hensigten, samtidigt med det var en fastlåst opfattelse, at det burde virke. Derfor, når politikerne ikke kunne se den ønskede effekt på ventelisterne, valgte de at styrke det frie sygehusvalg – og dette gjorde de så igen og igen og igen...

Denne selvforstærkende mekanisme, som jeg har beskrevet, bliver yderligere styrket, da logikken bag det frie sygehusvalg bliver koblet sammen med tankegangen om, at det

¹³³ Betænkning til L 132 1999

offentlige system er trægt og bør have konkurrence fra de private. Da ovenstående tankegang bliver koblet til det frie sygehusvalg, bliver inddragelsen af de private, ikke blot et spørgsmål om at udnytte alle kapaciteter, det bliver ligeledes et spørgsmål om effektivisering. Som jeg vil argumentere for i nedenstående, er dette med til at fastholde og styrke institutionen om det frie sygehusvalg. Fordelene ved det frie sygehusvalg bliver større ved at inddrage denne tankegang - denne institution. Det frie sygehusvalg har ikke bare effekt på at kapaciteterne bliver udnyttet bedst muligt, det har tilmed den effekt at det offentlige sygehusvæsen bliver mere effektivt. Jeg mener dette er starten på en institutionel matrice, hvor flere institutioner spiller sammen og gensidigt bekræfter hinanden. Jo flere institutioner der spiller sammen, jo større bliver fordelene, og desto sværere bliver det at argumentere imod. Dette ligeledes fordi jo flere ting der spiller sammen, jo mere kompleks bliver konteksten, og jo større vil tendensen være til at aktører frasorterer informationer, der går imod deres overbevisninger. Samspejlet af institutioner betød at fordelene ved det frie sygehusvalg blev større, og det gjorde det endnu mere svært at argumentere imod. Det var på dette tidspunkt begyndt at gå ganske godt i Danmark, og det var derfor ikke økonomien, der forhindrede massive investeringer i det offentlige sygehusvæsen, der kunne nedbringe ventelisterne.¹³⁴ Vedtagelsen af det udvidede sygehusvalg og de styrkende tiltag herefter, peger derved i retningen af at der må have været andre årsager til disse beslutninger. De argumentationskæder der blev brugt i forbindelse med vedtagelsen af eksempelvis det frie sygehusvalg, viser at de forskellige institutioner blev koblet sammen.

*”Ventetiderne afspejler (...) dels formentlig en mere grundlæggende **ubalance i sygehusvæsenet** – (...) (i red.) **sygehusvæsenets kapacitet** med (...) den nuværende struktur, styring og arbejdstilrettelæggelse på den anden side. (...) Ud over at det (udvidede sygehusvalg red.) giver en ny og væsentlig rettighed for den enkelte patient og umiddelbart vil medvirke til at **nedbringe urimelige ventetider**, er også dette forslag et skridt i retning af en ændret styring af sygehusvæsenet, som i højere grad giver de udførende enheder hensigtsmæssige **økonomiske tilskyndelser**.” (Bemærkninger til forslag om udvidet frit sygehusvalg – af Indenrigs- og Sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen (V))¹³⁵*

¹³⁴ Med det udvidede frie sygehusvalg blev der dog tilført sygehusvæsenet et engangsbetrag, men jeg mener ikke dette kan kvalificere som en massiv investering, der kunne eller skulle fjerne ventelisterne.

¹³⁵ Lov nr. 143 2002

Jeg antager derfor, at institutionerne spillede sammen i en selvforstærkende institutionel matrice, og at dette var årsagen til, politikerne blev ved med at dreje på den knap der hed ”frit sygehusvalg”.

7.3 Timing

Timing spiller ifølge mit teoretiske apparat en stor rolle for udviklingsforløb. Jeg vil her undersøge og beskrive udvalgte ”begivenheder” der særligt tydeligt viser, hvordan timingen har haft en indflydelse på det samlede begivenhedsforløb. I perioden efter det frie sygehusvalg kan jeg ikke pege på noget, der især træder frem som et eksempel på et element af timing. Timing har selvfølgelig i perioden spillet en rolle, eksempelvis de idéer der opstod i starten af det nye årtusind, om at det offentlige system er trægt og bør have konkurrence fra de private. Men disse ideer har jeg allerede beskrevet, og jeg vil derfor i høj grad komme til at gentage mig selv. De elementer af timing jeg ser, efter det frie sygehusvalgs indførelse i 1992, finder jeg derfor ikke væsentlige at belyse. Dette både fordi jeg vil komme til at gentage mig selv, og på grund af begrænsninger på specialets omfang.

7.3.1 De stavnsbundne patienter - timing

I firserne begynder der som sagt at komme kritik af struktureringen af amterne og at denne gjorde, at patienter følte sig stavnsbundne. Jeg vil argumentere for at den ideologiske timing i midten og slutningen af firserne, var medvirkende til at denne kritik opstod, og dermed fik indflydelse på beslutningen om det frie sygehusvalg.

Som jeg har beskrevet i det historiske kapitel, kunne alle patienter få den behandling, de havde krav på.¹³⁶ Det der blev problematiseret var altså behandling, uden for hjemamtet uden behandlingsmæssig begrundelse. Men hvorfor var det først i midten af firserne der begyndte at komme opmærksomhed omkring problemet? Problemet må jo have eksisteret i al fald siden oprettelsen af amterne i 1970, for patienter havde, før det frie sygehusvalg, aldrig haft mulighed for selv at vælge behandlingssted. De ændrede retningslinjer i visitationen, fra 1981, ændrede ikke væsentlig ved patientstrømmen over amtsgrænserne. Opmærksomheden kan derfor ikke forklares ved en ændring i mulighederne for behandling over amtsgrænserne.

Når jeg læser mine kilder, får jeg derimod et billede af, at folk i halvfjerdserne og ind i firserne var mere autoritetstro, og det var derfor selvfølgelig, at der var der var andre der bestemte hvor og hvordan det skulle foregå. Men som beskrevet kom der i firserne nye strømninger, hvor der blev større fokus på det enkelte individ, ligesom der kom større

¹³⁶ Afsnit 5.2

fokus på den enkeltes ret til selvbestemmelse.¹³⁷ Der blev derfor nu en åbning for at anse det som et problem, at borgere ikke selv kunne bestemme, hvor de ville behandles. Dette fordi et øget fokus på den enkeltes ret til selvbestemmelse, naturligt betød en øget fokus på de områder hvor den enkelte ikke havde mulighed for selvbestemmelse. De ideologiske strømninger og ressourcer, der var til stede i firserne, skabte dermed en åbning for at amtsgrænserne kunne blive, og blev, problematiseret. Timingen spillede således en stor rolle for denne del af udviklingen, og dermed det frie sygehusvalg, der sammen med ventelisterne, netop var et udslag af denne problematisering.

7.3.2 Økonomi og teknologi

Op gennem halvfjerdserne og firserne voksede de medicinske og kirurgiske muligheder, og dette gav udslag i øget patienttilgang til det danske sygehusvæsen. Samtidig var de økonomiske ressourcer i firserne knappe, både generelt i hele samfundet og som følge deraf også på de offentlige finanser. Som tidligere nævnt havde dette den virkning, at der blev sparet på de offentlige udgifter, og skåret ned på de offentlige investeringer. Udbygningen af kapaciteterne fulgte derfor ikke med den øgede patienttilgang, og dette var en af årsagerne til at ventelisterne begyndte at stige i perioden.¹³⁸ De teknologiske og økonomiske ressourcer i firserne var altså medvirkende til at ventelisterne begyndte at stige, og dermed indirekte til det frie sygehusvalg.

¹³⁷ Afsnit 5.3

¹³⁸ Afsnit 5.3

7.4 Historiske sammentræf

I gennemgangen af udviklingen op til og efter det frie sygehusvalg er der ikke noget der tyder på, at tilfældigt og pludseligt opståede begivenheder i sammenspil med den øvrige udvikling, har haft væsentlig indflydelse på udviklingen i det frie sygehusvalg. Jeg mener dermed ikke, at historiske sammentræf har spillet en rolle i udviklingen, og ”begrebet” kan derfor ikke være behjælpeligt med at forstå udviklingen op til og efter det frie sygehusvalg.

7.5 Layering

Jeg mener det frie sygehusvalg og de efterfølgende tiltag, har ændret sporet. Jeg mener ikke sporet er ændret på grund af et kritisk øjeblik, hvor institutioner er brudt sammen til fordel for nogle nye. Jeg mener derimod at der gradvist er blevet bygget oven på det eksisterende på en måde, som har forandret organiseringen af sygehusvæsenet. Jeg vil derfor i dette afsnit vise hvordan udviklingen i det frie sygehusvalg via elementer af layering, gradvist har, eller er ved, at bevæge sig væk fra det oprindelige spor.

Begrebet layering omhandler institutionelle forandringer, og for at kunne sige om noget er en forandring, må man vide, hvad der kom før. Udviklingen af sygehusvæsenet, fra den første kommunalreform og op til umiddelbart før det frie sygehusvalg, var relativt homogen, og perioden var ikke præget af de store institutionelle forandringer. Dermed ikke sagt at der ikke skete institutionelle forandringer i perioden, men blot at jeg beskæftiger mig med sygehusvæsenet. Jeg har derfor ingen forudsætninger for at udtale mig om, om eksempelvis den økonomiske udvikling – der som sagt havde indflydelse på det indførslen af det frie sygehusvalg - var et udslag af layering. Da jeg har afgrænset mig fra at undersøge tiden før den første kommunal reform, kan jeg ikke undersøge, om udviklingen op gennem halvfjerdserne og firserne, via layering, har skabt brud med tidligere institutioner og spor. Jeg vil derfor ikke nærmere undersøge, om udviklingen op til det frie sygehusvalg kan forstås ud fra mekanismer af layering.

Den oprindelige organisering af sygehusvæsenet var baseret på decentralisering ud fra principperne om nærhed og bæredygtighed. Ligesom det var baseret på institutionen om, at sygehusvæsenet var og skulle være en ren offentlig opgave.

Jeg ser ikke det frie sygehusvalg fra 1992 som et brud med de tidligere institutioner og dermed det tidligere spor. Jeg ser det nærmere som et knudepunkt i udviklingen der, via andre mekanismer, langsomt skubber sporet i en anden retning. For, som beskrevet i afsnittet om institutionaliseringsprocesser, var det frie sygehusvalg bygget op ud fra den præmis, at sygehusvæsenet var decentralt struktureret ud fra principperne om nærhed og bæredygtighed – og dermed barrierer mellem amterne. Beslutningen om at indføre frit sygehusvalg i 1992, byggede således ovenpå de eksisterende institutioner. Men det begrænsede amternes selvbestemmelse, idet de ikke længere havde fuld kontrol over deres planlægning. På denne måde kom det frie sygehusvalg delvist til at stå i

modsatning til den del af sygehusvæsenets organisering, der byggede på decentraliseret selvstyre. Denne modsætning var dog relativt ”svag”, og havde derfor i starten kun mindre indflydelse på amternes muligheder for selvbestemmelse. Men ikke desto mindre var det en modsætning og det hidtidige spor blev derved drejet en anelse væk. Det vil sige væk fra den oprindelige institution om decentralisering, og dermed også væk fra den mere grundlæggende ide om sygehusvæsenets organisering.

I årene efter indførelsen af det frie sygehusvalg blev der lavet en del ændringer og tiltag, der havde til formål at styrke det frie sygehusvalg. Der blev dermed langsomt bygget ovenpå den oprindelige lov om det frie sygehusvalg. Først blev det frie sygehusvalg udvidet til at gælde flere afdelinger og sygehuse, ligesom der blev indført pligt til at informere om ventetider og muligheder. Ved at udvide ordningen blev amternes muligheder for at planlægge yderligere svækket, og ordningen gik derved udover deres selvbestemmelse. Endvidere betød pligten til at informere, at det frie sygehusvalg kom til at stå stærkere, og dermed stærkere overfor den oprindelige institution om sygehusvæsenets organisering. På denne måde blev sporet drejet endnu en grad væk fra det oprindelige spor, hvor

Ændringer til frit sygehusvalg¹³⁹	
1997	Inddragelse af højt specialiserede sygehusafdelinger. Sygehuse fik pligt til at informere om det frie sygehusvalg og henvise til sygehuse med kortere ventetid.
1998	Frit sygehusvalg udvidet til at gælde lands- og landsdelssygehuse. Skærpet pligt til at informere om ventetider.
1999	Behandlingsgaranti og frit sygehusvalg udvidet for patienter med livstruende sygdomme til også at gælde private eller udenlandsk sygehuse.
2000	Frit sygehusvalg udvidet til at omfatte fire selvejende hospicer. Der blev indført DRG-takster for fritvalgspatienter.
2002	Udvidet frit sygehusvalg for alle (2 måneders behandlingsgaranti.)
2004	Skærpet pligt til hurtig og klar information om ventetider og frit sygehusvalg.
2006	1 månedsbehandlingsgaranti
(2007)	(Amterne bliver nedlagt til fordel for Regionerne)

decentralisering og selvbestemmelse spillede en væsentlig rolle. Dette fordi dele af det frie sygehusvalg stod i modsætning til institutionen om decentralisering, og derfor når det frie sygehusvalg blev styrket, svækkede det automatisk amternes (og senere regionernes) selvbestemmelse. Men jeg vil dog pointere, at der var tale om små gradvise forandringer, og der er derfor ikke tale om store konsekvenser for amternes selvbestemmelse på dette tidspunkt i udviklingen.

¹³⁹ Kapitel 6

Behandlingsgarantien for patienter med livstruende sygdomme betød, at private sygehuse nu blev inddraget i løsningen af det danske sygehusvæsens opgaver. Derved kom den oprindelige institution, om at sygehusvæsenet skulle være en ren offentlig opgave, under pres. Den oprindelige institution overlevede i den forstand, at sygehusvæsenet stadig blev set som noget, der burde være en offentlig opgave. Men af hensyn til patienters overlevelse, blev det set som nødvendigt at udnytte alle kapaciteter og dermed inddrage de private i opgaveløsningen. Der blev dermed, igen, bygget videre på det frie sygehusvalg. Fordi dette tiltag betød at løsningen af sygehusvæsenets opgaver ikke længere var en ren offentlig opgave, og dermed gik imod institutionen herom, blev udviklingssporet yderligere drejet i en anden retning - længere væk fra de oprindelige institutioner. Det var nu ikke kun bevægelsen væk fra institutionen om decentralisering, der trak sporet i en anden retning.

I 2000 blev det frie sygehusvalg endnu engang styrket ved at udvide ordningen til at omfatte flere sygehuse. Dette gik, igen, ud over amternes selvbestemmelse og dermed den oprindelige institution om decentraliseret selvstyre. Endvidere blev der, med virkning fra år 2000, indført DRG-takster, med henblik på at styrke det frie sygehusvalg. DRG-taksterne repræsenterede en markedstankegang, som stod i kontrast til tankegangen om decentralisering og selvbestemmelse. DRG-taksterne var med til at dreje sporet yderligere væk, fordi det var med til at ændre tankegangen om, hvordan sygehusvæsenet bedst blev organiseret.

Med det udvidede frie sygehusvalg og den dertilhørende 2 måneders behandlingsgaranti, bliver institutionen om, at sygehusvæsenet skal være en ren offentlig opgave for alvor brudt. For bag denne lov ligger der en opfattelse om at inddragelsen af private sygehuse i opgaveløsningen, kan lette presset på de offentlige sygehuse. Men vigtigst – de private kan skabe en ”nødvendig konkurrence til et ineffektivt og trægt offentligt sygehusvæsen”. Det, at de private ikke bare bliver inddraget som en nødløsning, som da der blev indført behandlingsgaranti for patienter med livstruende sygdomme, viser et politisk ønske om rent faktisk at bryde med det offentlige sygehusvæsens monopol. Og dermed kommer der et brud med en oprindelig institution, der dækker over en bestemt måde at anse hvordan organiseringen af sygehusvæsenet bedst løses: fra at se det som noget, der bør være en ren offentlig opgave, til at se det som en opgave, der bedst løses ved at have konkurrerende offentlige og private sygehusvæsener. Dette brud skubber for alvor sporet over i en anden retning, fordi det, udover at ændre sygehusvæsenet fra en ren offentlig opgave til et

mikset system, også markerer, at markedstænkningen for alvor har slået an. Det skal dog nævnes, at selv om der er brudt med institutionen, så har fragmenter af den overlevet. Det er stadig en institutionaliseret opfattelse, at det offentlige sygehusvæsen bør være det dominerende – selvom der er tegn på, at denne institution ligeledes er ved at blive nedbrudt, jf. afsnit 7.1.3.¹⁴⁰

Endvidere betyder det udvidede frie sygehusvalg at den oprindelige institution, om at sygehusvæsenet skulle være decentralt styret ud fra principperne om nærhed og bæredygtighed, kom yderligere under pres. Behandlingsgarantien sammen med det ”nye” betalingsystem (DRG) betyder, at amterne bliver økonomisk pressede til at prioritere de områder, hvor de har ventelister, for at undgå at ”miste” penge. Dette betyder, at amternes, og senere regionernes, råderum for selvbestemmelse reelt bliver mindre, og gør det sværere at lave forskelle amterne imellem. Endnu engang - markedskræfterne skærpes og sporet bliver drejet endnu længere væk fra det oprindelige.

Den skærpede pligt til at informere om ventetider og frit sygehusvalg fra 2004 betød igen, at amternes selvbestemmelse, og dermed den oprindelige institution om decentraliseret selvstyre, blev svækket. Ligesom nedsættelsen af behandlingsgarantien til én måned yderligere pressede de oprindelige institutioner via samme mekanismer, som argumenteret for ved indførslen af 2 måneders behandlingsgarantien. Atter bliver sporet trukket i den nye retning, væk fra decentralisering og et rent offentligt sygehusvæsen.

Jeg vil til slut kort vise, hvordan oprettelsen af regionerne har understreget den drejning af udviklingen, der er sket efter indførslen af det frie sygehusvalg. Overgangen fra amter til regioner i 2007 har betydet en væsentlig indskrænkning i det decentrale selvstyre. Principperne bag dem er mere eller mindre de samme. Strukturen i sygehusvæsenet er derfor ikke blevet ændret væsentligt som følge heraf – i hvert fald ikke formelt. Dette kan være, fordi politikerne har fastholdt institutionen om, at sygehusvæsenet skal være organiseret i decentrale selvstændige enheder. Men selvom politikerne har opretholdt organiseringen af sygehusvæsenet i decentrale enheder, *er* regionernes magt mindre, i og med de ikke kan opkræve skatter. Det betyder at regionernes plads til at agere selvstændigt *er* blevet mindre. Dette viser igen, hvordan sporet er blevet drejet væk.

¹⁴⁰ Om, at selv skarpe kritikere nu begynder at acceptere inddragelsen af de private, så længe det ikke går ud over den fri og lige adgang til sygehusvæsenet.

Med det frie sygehusvalg er måden hvorpå opfattelsen af hvordan sygehusvæsenet bedst organiseres blevet ændret. De mange tiltag siden indførslen i 1992 har langsomt drejet sporet i en anden retning end den oprindelige. Der er således en omvendt proportional sammenhæng mellem det frie sygehusvalg og de oprindelige institutioner – hver gang det frie sygehusvalg styrkes, bliver de oprindelige institutioner tilsvarende svagere.

7.6 Historiske spor

Jeg vil nu samle de informationer, jeg har fra gennemgangen af den historiske udvikling og analysen heraf, der er lavet på baggrund af de teoretiske nøglebegreber. Dette vil jeg gøre, for at få et samlet overblik over det eller de spor det danske sygehusvæsen har fulgt, med fokus på det frie sygehusvalg.

Som beskrevet, ser jeg udviklingen op til umiddelbart før det frie sygehusvalg som relativt homogen. Der blev fulgt et forholdsvist fast spor, hvor institutionerne om, at sygehusvæsenet skulle være en ren offentlig opgave, og ansvaret herfor skulle være decentraliseret i selvstændige enheder (amterne) efter principperne om nærhed og bæredygtighed, stod stærkt. I firserne begyndte der, som skildret, at komme kritik af amtsgrænserne, en kritik som var medført af den ideologiske, organisatoriske, økonomiske og teknologiske timing. Kritikken ”ryster” sporet og de daværende institutioner, og fører til det frie sygehusvalg. Men det frie sygehusvalg medfører ikke en de-institutionalisering af de hidtidige institutioner, og bygger som sådan videre på samme spor, men med nogle få modifikationer. Det frie sygehusvalg forudsætter netop, at sygehusvæsenet skal være decentralt og at amterne, som selvstændige enheder, er dem, der skal have ansvaret. Derved opretholdes institutionen herom – i hvert fald formelt.

Jeg ser altså ikke indførslen af det frie sygehusvalg i 1992, som noget der skabte et brud med det hidtidige spor. Hvis det frie sygehusvalg havde brudt med principperne om nærhed og bæredygtighed, og sygehusvæsenet som en ren offentlig opgave, ville der have været et brud med det hidtidige spor. - Men det gjorde det ikke.

Det frie sygehusvalg får dog den konsekvens, at det via layering og selvforstærkende mekanismer, trækker sporet i en anden retning, end det oprindelige spor der blev lagt med kommunalreformen i halvfjerdserne.

At sporet har drejet sig i en anden retning, op gennem halvfemserne og ind i det nye årtusind, kan især ses ved indførslen af det udvidede frie sygehusvalg. For her bliver der for alvor gjort op med institutionen om, at det danske sygehusvæsen skal være en ren offentlig opgave, ligesom det yderligere begrænser mulighederne for politisk styring i amterne og senere regionerne, og dermed udfordrer institutionen om decentralisering.

Tiltagene efter indførslen af det udvidede fri sygehusvalg i 2002 viser, at denne drejning er mere eller mindre stabil, og det kan derfor diskuteres, om udviklingen har medført et sporskifte i organiseringen af det danske sygehusvæsen?

Jeg mener, det frie sygehusvalg har ført til et brud med nogle væsentlige dele af organiseringen af det danske sygehusvæsen. Fordi disse dele er så centrale for organiseringen af sygehusvæsenet, mener jeg, der kan tales om et sporskifte. For det første er der gået fra at se sygehusvæsenet som noget, der bør være en ren offentlig opgave, til inddragelsen af private aktører i opgaveløsningen. Inddragelsen af private aktører er et brud med den oprindelige opfattelse af, at sygehusvæsenet skal være en ren offentlig opgave. For det andet vanskeliggør det frie sygehusvalg den politiske styring i amterne og senere regionerne, og bevirker dermed en indskrænkning i det politiske råderum. Ligesom overgangen til regionerne har forstærket denne indskrænkning. Derved er der blevet brudt med tankegangen om, at sygehusvæsenet skal være decentraliseret i selvstændigt virkende enheder efter principperne om nærhed og bæredygtighed.

Jeg har dog nogle forbehold til ovenstående forståelse. Organiseringen bygger stadig på et dominerende offentligt sygehusvæsen, decentral styring (om end det er væsentligt indskrænket), samt fri og lige adgang. Det kan derfor være svært at afgøre, om der er tale om et komplet brud, fordi de historiske aftryk stadig er tydelige. Spørgsmålet er dog om sygehusvæsenet nogen sinde slipper af med de historiske aftryk? Jeg tror, at der i lang tid fremover, vil være fragmenter af de tidligere institutioner og spor. Jeg mener derfor, det er svært entydigt at sige, hvornår der præcist er tale om et komplet brud og om det nogensinde sker. Hvis sporskiftet skulle have været et mere komplet brud, mener jeg dog, at det private skulle løse en meget større andel af sygehusvæsenets opgaver, leddet mellem sygehusene og staten skulle være nedlagt, og den frie og lige adgang skulle have været ændret.

Kapitel 8: Fremtidens sygehusvæsen?

I de foregående kapitler har jeg redegjort for og analyseret udviklingen i det danske sygehusvæsen, med fokus på det frie sygehusvalg. Jeg ønsker nu at diskutere denne udvikling i forhold til, hvilken betydning den kan have for det fremtidige danske sygehusvæsen. Hvilke spørgsmål rejser udviklingen? Set i forhold til den indledende diskussion af, hvad politikerne siger de vil med den danske velfærdsstat, er det så den ”rigtige” retning udviklingen går i?

8.1 Fri og lige adgang?

Den seneste udvikling i sygehusvæsenet har vist, at dele af den hidtidige opfattelse af det danske sygehusvæsen, og hvordan det skal organiseres, er blevet ændret. Denne ændring kan i yderste konsekvens betyde fundamentale forandringer for det sundheds- og sygehusvæsen. Men betyder dette, at den frie og lige adgang til sundhedsvæsenet, som er en af grundstenene i det danske velfærdssamfund, ligeledes er kommet under pres?

Umiddelbart er det intet, der indikerer, at det frie sygehusvalg i sig selv presser institutionen om fri og lige adgang. For det frie sygehusvalg, sammen med behandlingsgarantien, bygger netop på, at der er *fri* adgang til både det private og offentlige sygehusvæsen, for *alle*.

Men så længe der er ventelister, og der går penge fra det offentlige over i det private, er det spørgsmålet, om ikke det frie sygehusvalg fører til ulighed mellem akutte og planlagte opgaver? Mit ræsonnement er her: for det første er ventelisterne årsagen til, at patienter har mulighed for at blive behandlet i det private. De er derfor årsagen til at penge, der ellers ville have gået til de offentlige sygehuse, i stedet går til de private. For det andet udfører de private sygehuse altovervejende planlagte opgaver. Det vil sige, for de offentlige, er incitamentene til at investere i planlagte opgaver og her nedbringe ventelister, langt større end til at investere i de akutte opgaver. Der kan dermed ske en ressourceforskydning mellem de akutte og de planlagte opgaver. Derudover har det, at de private altovervejende udfører planlagte opgaver, den betydning, at det frie sygehusvalg har en meget større effekt for planlagte end akutte opgaver.

Jeg mener derfor, at der er meget stor sandsynlighed for, at det frie sygehusvalg fører til ulighed mellem patientgrupperne – og der er indikationer på at dette allerede er sket.

”Desværre har det udviklet sig sådan i dagens Danmark, at vi kan se at dem der har en livstruende sygdom, eksempelvis kræft, de venter i gennemsnit 85 dage, fra henvisning, til behandlingsstart, hvorimod lettere behandlingsting, som åreknuder, de bliver klarer inden for to måneder.” (Arne Rolighed (S), dir. I Kræftens Bekæmpelse og tidl. Sundhedsminister)¹⁴¹

Hvis det frie sygehusvalg, som jeg tror, får den virkning at de private sygehuses andel i løsningen af opgaver, via selvforstærkende mekanismer bliver større og større, tror jeg, uligheden mellem patient grupperne bliver endnu større. Serviceniveauet vil derfor blive forringet for de akutte patienter.

Men er der vitterligt basis for, at det frie sygehusvalg vil få den konsekvens, at de private sygehuse over tid vil få en større og større andel i løsningen af opgaver? Jeg tror, som nævnt, at dette er meget sandsynligt, og jeg vil i de nedenstående afsnit argumentere for, hvorfor jeg mener dette.

Det udvidede frie sygehusvalg har betydet, at der er blevet brudt med institutionen, og at sygehusvæsenet skal være en ren offentlig opgave. Dette kunne i realiteten være det første skridt på vejen til en privatisering, fordi det skaber den første åbning for de private sygehuse. Men dette gør det ikke alene.

Den nuværende udvikling viser, at det politiske selvstyre er kommet under pres, bl.a. på baggrund af det frie sygehusvalg. Jeg mener, det er sandsynligt, at de selvforstærkende mekanismer, der allerede eksisterer, vil betyde, at denne udvikling vil fortsætte. Det politiske råderum i regionerne vil derfor blive mindre og mindre. Konsekvensen af dette vil være, at regionerne til sidst vil blive en ren administrativ myndighed, der muligvis vil være overflødig. Hvis der ikke er et lokalt politisk element i organiseringen af sygehusvæsenet, og alt bliver bestemt af staten, kan staten lige så godt ”give ordre” til et privat ejet sygehusvæsen, som til et offentligt. Der vil derfor være endnu en åbning for, at overdrage opgaveløsningen til de private - men det kræver dog, at der er nogen, der ønsker det sådan. Det frie sygehusvalg kan derfor ud i fremtiden, ud over at få indflydelse på det decentrale selvstyre, som længe har været et centralt element i den danske samfundsopbygning, få den betydning, at det ikke længere ses som nødvendigt, at sygehusvæsenet skal være offentligt ejet og administreret.

¹⁴¹ Bilag 3

Sættes dette i sammenhæng med andre udviklingstendenser, der peger i retningen af, at de private sygehuse vil få flere og flere opgaver, er det sandsynligt at timingen på et tidspunkt vil være til at nedlægge eller sælge de offentligt ejede sygehuse. Hvis tankegangen om at de private er mere effektive holder ved, er det spørgsmålet, om politikerne på et tidspunkt vil spørge sig selv: de private løser mange opgaver, styringsmæssigt er der ikke den store forskel på private og offentlige sygehuse, i og med det lokale politiske aspekt er forsvundet, og de private er mere effektive. Hvorfor så ikke privatisere så meget det kan lade sig gøre?

En anden tendens, der kunne pege i retningen af et privatiseret sygehusvæsen, kunne være effekterne af DRG-taksterne. Både Ester Larsen og Arne Rolighed mener, at DRG-taksterne betyder, at de private får for meget i forhold til det offentlige, og at dette kan være med til, at de kan tilbyde deres ansatte en løn og nogle vilkår, som det offentlige ikke kan konkurrere med. I en tid hvor der er mangel på sundhedspersonale kan det betyde, at der bliver taget vigtige personaleressourcer fra de offentlige sygehuse, med øgede ventelister til følge. Dette kan derfor have en selvforstærkende virkning, hvor flere og flere patienter bliver behandlet på de private sygehuse og klinikker.

”Det (”trafikken” af personale fra offentlig til privat, red.) kan jo sætte en spiral i gang, der siger at ventetiden herovre (i det offentlige, red.) bliver endnu længere, samtidig med at man løser dem hurtigere herovre (i det private, red.). (...) Kjeld Møller Pedersen, vil sige, det betyder ingenting, det er én til to pct., det siger jeg, det er for naivt, om nogle få år vil det formentlig være fire pct., så otte pct. om 16 år er det 16 pct. og så er det pludselig en faktor i dansk sundhedsvæsen, som vi skal regne med.” (Arne Rolighed (S), dir. I Kræftens Bekæmpelse og tidl. Sundhedsminister)¹⁴²

”Jeg ser det som et problem i dag, at man betaler gennemgående for meget til de private. (...) Men hvis det er rigtigt - hvad jeg nu ikke er sikker på, men som det har været fremme i pressen - at man kan få 10.000 kr. mere månedlig som sygeplejerske ved at arbejde på et privathospital, så tyder det på, at de private får for mange penge. De bør ikke kunne generere et overskud, der gør dem i stand til massivt at overbyde de offentlige lønninger.” (Ester Larsen (V), tidl. Sundhedsminister)¹⁴³

¹⁴² Bilag 3

¹⁴³ Bilag 2

Derudover kan DRG-taksterne have den virkning, at det på enkelte (planlagte!) områder vil få den betydning, at de private får en større og større andel. For eksempel hvis der er ventetider på knæoperationer i det offentlige, vil nogle patienter vælge at blive opereret i det private. Derved går der penge til det private, som ellers vil have gået til det offentlige. Derved får de private penge til at kunne investere, så de kan operere endnu flere patienter og få endnu flere penge. Det offentlige får derimod færre penge end de ellers vil have fået, og de har dermed færre ressourcer. Det kan have den selvforstærkende virkning, at det private kan behandle flere og flere patienter, mens det offentlige aldrig får muligheden for selv at nedbringe ventelisterne, og muligvis vil de ligefrem stige som følge af færre ressourcer.

Men spørgsmålet er om DRG-taksterne virkelig betyder, at privathospitalerne får for meget? De private sygehuse mener ikke, at DRG-taksten er konkurrenceforvridende til deres fordel. Ifølge Nis Alstrup, får de for det første kun 95 % af DRG-taksten, og for det andet dækker det af taksten, de skulle få for meget, over omkostninger som det offentlige ikke har.

”... men punkt to, og det er allervigtigst, de ting som jeg nævnte, som uddannelse, forskning og vagtberedskab, hvad dét koster af DRG-taksten, det er der ingen der ved. Det koster måske en 15-20 % af det samlede, så lad os sige så får vi 15-20 % for meget. Ja, og så var der det Bent Hansen skulle have fortalt, at vi får ikke nogen rammebevillinger, i DRG-taksten er der ikke indregnet nogen dækning af husleje, det får regionerne ved siden af. Der er ikke indregnet afskrivninger på udstyr, vi har udstyr i denne her bygning for 30-40 millioner, scannere til en 5-7 millioner kr. og alt muligt andet udstyr, afskrivninger på det er ikke indregnet, det får de andre dækket ved siden af. Moms kan vi ikke løfte, vi betaler moms af alle vores ting, lønsumsafgift betaler vi også, det gør det offentlige ikke. (Nis Alstrup, formand for SPPD)¹⁴⁴

Derudover kan der argumenteres for, at det private sygehusvæsen kun udgør omkring 2 % af det samlede sygehusvæsen, og det er derfor marginalt, hvor mange de kan ansætte, i forhold til hvor meget personale der mangler i det offentlige.

”Ja, det er ren klynkerri, ren klynkerri og undskyldning for ikke at løse de opgaver man er blevet pålagt. Altså, det er marginalt, det kan man sige sig selv, med fem-seks millioner ud af 50 milliarder, det udhuler ikke noget som helst. Lige så lidt som det udhuler at vi

¹⁴⁴ Bilag 4

ansætter 15 sygeplejersker, når der mangler 1500. (...) der er 60.000 sygeplejersker der arbejder og man regner med at det er 20 %, det er 12.000, der arbejder i andre erhverv (udland mm. red.). De 1000 vi har ansat, de fylder ingenting. (Nis Alstrup, formand for SPPD. Om DRG-taksterne udhuler det offentlige sygehusvæsen)¹⁴⁵

Der er altså stor uenighed om, om DRG-taksterne betyder en udhulning af de offentlige sygehuse, og dermed en øget privatisering af sygehusvæsenet. Jeg mener dog, at Ester Larsen og Arne Rolighed har ret, når de siger, de private får en profit ud af DRG-taksterne. For nøgternt set er det usandsynligt, at de private sygehuse ville løse opgaver for det offentlige, hvis ikke det kunne betale sig. For hvem vil investere i en forrentning, der ikke giver noget overskud? Der er jo ikke tale om store udenlandske investorer, der har besluttet sig for at investere massivt i sygehuse i Danmark, i håbet om at der vil komme overskud på lang sigt. De private sygehuse og klinikker, der er i Danmark, er små selvstændige enheder, der ikke har haft råd til en sådan investering.

Jeg mener derfor, det er sandsynligt, at de private sygehuse vil få en større og større betydning for det danske sygehusvæsen. Men vil det gå ud over den frie adgang? Og vil det gå ud over den lige adgang, i den forstand at det går ud over folks muligheder for at få behandling, og få den samme behandling for enslydende symptomer?

Det er spørgsmålet, om ikke det er så indlejret en institution i det danske samfund, at der skal være fri og lige adgang til sygehusvæsenet i det danske samfund? Så selv hvis sygehusvæsenets opgaver blev fuldt privatiserede, vil der altid være fri og (delvist!) lige adgang til behandling.

”Vi har ikke amerikanske tilstande og der er ingen der ønsker amerikanske tilstande. Det vil vi (privathospitalerne red.) heller ikke, hvis amerikanske tilstande skal forstås på den måde, at der er nogen der ikke har en offentlig finansiering af behandling af sygdom.” (Nis Alstrup, formand for SPPD)¹⁴⁶

8.2 Kort om sundhedsforsikringer

Der er i de senere år sket en kraftig vækst i antallet af personer med sundhedsforsikringer. Således var der 141.000 personer, der havde en sundhedsforsikring i 2002, mod 612.000 i

¹⁴⁵ Bilag 4

¹⁴⁶ Bilag 4

2006!¹⁴⁷ Sundhedsforsikringer burde i et land som Danmark være overflødige og unødvendige. Havde det ikke været for ventelister og et gunstigt fradrag på arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer, er det derfor også usandsynligt, at antallet af sundhedsforsikrede ville have vokset så markant, som det har gjort inden for de seneste år. Men hvilke konsekvenser kan denne vækst i private sundhedsforsikringer få for fremtiden? Vil det overhovedet have nogen? Så længe der er ventelister på behandling, tror jeg denne vækst vil fortsætte, og det er jeg ikke ene om at mene.

Og så kan du stille det spørgsmål, hvorfor er det lige jeg tegner den her forsikring? (...) det er for at tage røven på den fattige, (...). Så vil nogen sige, hvis det offentlige fungerer, så ville vi aldrig tegne en forsikring. Nej, men sagen er den at det offentlige ikke fungerer, og derfor er vi i en situation, hvor de der patientforsikringer er med til at skævvride, sådan at dem der har forsikringerne(...) de har mulighed for at komme til først. Og så må de andre fattige, de syge, må vente til sidst. (Arne Rolighed (S), dir. I Kræftens Bekæmpelse og tidl. Sundhedsminister)¹⁴⁸

Ses der på den nuværende udvikling, er der intet der tyder på at ventelisterne er ved at forsvinde. Jeg mener derfor, det er sandsynligt, at væksten i sundhedsforsikringerne vil fortsætte. Om det vil finde et naturligt leje, eller om det på et tidspunkt vil have bredt sig, så stort set alle danskere har en sådan forsikring, er behæftet med stor usikkerhed. I tilfælde af en situation, hvor en meget stor andel af danskere har en privat sundhedsforsikring, kan konsekvensen være, at den offentlige sygesikring begrænses eller afskaffes. Set i sammenhæng med den nuværende udvikling, hvor der er gået fra en demokratisk ”decentraliserings-” tankegang over til en markedstænkning, er det ikke usandsynligt, at den offentlige sygesikring vil blive afskaffet eller stærkt begrænset. Dette forudsætter dog at det private sygehusvæsen har kapaciteterne til at behandle så mange mennesker. Men igen, med den nuværende udvikling er det ikke usandsynligt, at det private sygehusvæsen kan, og vil, vokse sig meget stort.

¹⁴⁷ http://www.forsikringogpension.dk/om_os/Documents/Aarsmoede_liv_2007_web%5B2%5D.pdf – d. 31/09 2008

¹⁴⁸ Bilag 3

8.3 Den økonomiske situation – en afsluttende bemærkning

Endelig er der i øjeblikket udsigt til økonomisk recession, og spørgsmålet er, hvilken indvirkning dette vil have for udviklingen? Jeg kunne forestille mig, at folk hellere vil investere i det offentlige i dårlige tider, da risikoen for ”at jeg selv får brug for det offentlige” bliver større. Men vil det få den betydning, at den nuværende udvikling bliver bremset? Eller vil det betyde, at politikerne ser sig nødsaget til at skære ned på de offentlige udgifter, med forringelser i sygehusvæsenet og øgede ventelister til følge? Og vil dette være en udvikling, der vil forstærke de nuværende spor? Dette og meget andet kan kun fremtiden vise.

Del IV: Konklusion

”Hvordan kan udviklingen op til og efter det frie sygehusvalg forstås? Og hvilke spørgsmål rejser udviklingen i forhold til fremtiden?”

Kapitel 9: Konklusion

Formålet med dette speciale har været at undersøge, hvad der er sket de sidste 30-40 år på det sundhedspolitiske område, der har ført frem til det frie sygehusvalg og den efterfølgende udvikling, samt undersøge hvilke spørgsmål denne udvikling rejser for det danske sygehusvæsen fremover.

Specialet viser, at der har været nogle tydelige problemer, der har været med til at føre frem til det frie sygehusvalg og den senere udvikling heraf. Disse problemer var grænsepatientproblemer og ventelister. Men problemstillingerne giver ikke noget præcist billede af, hvorfor det frie sygehusvalg blev løsningen, eller hvorfor politikerne blev ved med at videreudvikle på dette ”koncept”. Den historiske institutionalisme kan, som vist i specialet, hjælpe med til at opnå en større forståelse for udviklingen.

For det første viser analysen af udviklingen i det historisk institutionelle perspektiv, at institutionaliseringen af bestemte måder at tænke organiseringen af sygehusvæsenet har haft en markant indflydelse på udviklingen. Dette gælder institutionerne om decentralisering, sygehusvæsenet som ren offentlig opgave, ventelister, det frie sygehusvalg og de tankegange der knytter sig hertil. Flere af disse institutioner har virket selvforstærkende, og afklaringen af disse selvforstærkende mekanismer har dermed været med til at vise, hvorfor politikerne har ageret, som de har. Enkelte har dog skabt magtfulde modreaktioner, og over tid skabt store forandringer. Dette gælder eksempelvis institutionen om decentralisering, som var med til at skabe amtsgrænserne.

Timing har ligeledes spillet en vis rolle for udviklingsforløbet. De ideologiske, teknologiske og økonomiske ressourcer der var til stede på bestemte tidspunkter i begivenhedsforløbet, var med til at bestemme de (løsnings)muligheder politikerne havde. Timingen har således givet endnu et billede, der kan hjælpe med til at forstå udviklingen. Endelig har begrebet layering været med til at vise, hvordan sygehusvæsenet er blevet forandret. For der *er* sket store forandringer på det sundhedspolitiske område i de sidste 30-40 år – forandringer som har haft konsekvenser for organiseringen af sygehusvæsenet. Men det har været en langsom proces, der gradvist har drejet udviklingssporet væk fra udgangspunktet, og her har begrebet layering været med til at vise, hvordan dette kan lade sig gøre.

Begreberne fra teorien har dermed hjulpet med til at sammenstykke udviklingsbilledet – sporet – og dermed vist, hvordan udviklingen kan forstås. Men selvom den teoretiske tilgang på mange måder understøtter casen, har den også haft sine begrænsninger og vanskeligheder.

En meget klassisk kritik af den historiske institutionalisme er, at teorien er meget hængt op på stabilitet, og har dermed svært ved at gøre rede for forandringer. Dette er en kritik, jeg er meget enig i. Min forudsætning for at undersøge udviklingen i det frie sygehusvalg var både en formodning om at tidligere begivenheder har haft stor indflydelse på, hvor sygehusvæsenet er i dag, men også en formodning om at noget væsentligt har, eller var ved at forandre sig. Begrebet layering vejer delvist op for denne kritik, fordi den netop viser, hvordan et spor langsom kan drejes, og dermed medføre store forandringer længere ud i fremtiden. Men ikke desto mindre er det selv via layering svært at bedømme, hvornår der er tale om en forandring, og derved også *om* noget har forandret sig.

Det har således været svært at vurdere, om og hvornår det frie sygehusvalg har medført forandringer.

Fordi det frie sygehusvalg netop bygger på nogle gamle institutioner, kan der stadig ses fragmenter af disse i dag, om end de med tiden er blevet mindre og mindre. Problemet har været at fastslå hvornår disse fragmenter var/er små nok til, at de ikke spiller nogen rolle, og der dermed er sket en forandring. I det hele taget lægger mange af elementerne i teorien op til vurderingsspørgsmål, og det har gjort det besværligt at definere, hvornår noget kan ses, eksempelvis, som et udslag af timing.

Men alt andet lige, har den historiske institutionalisme givet nogle værktøjer til at hjælpe med at forstå udviklingen – en udvikling som i dette perspektiv rejser flere spørgsmål i forhold til fremtidens sygehusvæsen.

Udviklingen viser, at de private er blevet inddraget mere og mere i løsningen af sygehusvæsenets opgave. Men vil dette betyde privatisering af sygehusvæsenet? Vil udviklingen gå ud over den fri og lige adgang til sygehusvæsenet, eksempelvis som følge af ressourceforskydninger mellem akutte og planlagte opgaver, eller som følge af en øget privatisering? Hvad med sundhedsforsikringer, kan de forstærke den nuværende udvikling? Og hvad med den nuværende økonomiske situation, hvilken indflydelse vil den få? Dette er nogle af de spørgsmål, politikerne bør forholde sig til nu og i fremtiden, hvis de vil bibeholde den frie og lige adgang til sundhedsvæsenet – en grundsten i det danske velfærdssamfund.

Del V: Bilag og referencer

Litteraturliste

- Amdsrådsforeningen (1984): *Patientbehandling over amtsgrænserne*, ARF. Journal Nr. 3-01-1132/1984
- Andersen, Bent Rold m.fl. (1980): *Kommunerne, det offentlige og samfundsudviklingen – En debatbog i anledning af kommunalreformens 10-års jubilæum*, Amtskommunernes og Kommunernes Forskningsinstitut
- Bentsen, Eva Zeuthen (2000): *Sygehusledelse i Danmark: trojkamodellens opståen, spredning og funktion*, Forlaget Samfundslitteratur
- Danmarks Amtsråd (1973): *Sygehusene*, Amtsrådsforeningens tidsskrift, 4. årgang, december (særnummer)
- Peters, B. Guy (1999): *Institutional Theory in Political Science – The "New Institutionalism"*, Pinter, London
- Hall, Peter A. i Soitan, Karol E., Uslander, Eric M. og Haufler, Virginia (1998): *Institutions and Social Order*, University of Michigan Press
- Hansen, Helle Juhl (1998): *Ventelister til sygehusbehandling – mekanismer med betydning for ventetidsdannelsen*, Odense Universitet, Centre for Health and Social Policy, Working Paper 1998:5
- Indenrigsministeriet og sundhedsstyrelsen (1981): *Sygehusvæsnets 1979-1984*, Sektorredegørelse 1981
- Indenrigsministeriet og sundhedsstyrelsen (1984): *Sygehusvæsnets 1982-1987*, Sektorredegørelse 1984
- Indenrigsministeriet (1986): *Redegørelse om patientbehandling over amtsgrænserne*
- Indenrigsministeriet – Opgavekommissionen (1998): *Fordelingen af opgaver i den offentlige sektor*, Betænkning 1, nr. 1366
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2004): *Strukturkommissionens betænkning*, Hovedbetænkningen, nr. 1434
- Jacobsen, Kurt og Larsen, Klaus (2007): *Ve og velfærd – Læger, sundhed og samfund gennem 200 år*, Forlaget Lindhart og Ringhof
- Johansen, Per Ulstrup og Trier, Mikael (2007): *Danmarks økonomi siden 1980 – en oversigt*, Handelshøjskolens Forlag

- Nielsen, Klaus (2005): *Institutionel teori – en tværfaglig introduktion*, Roskilde Universitetsforlag
- Nielsen, Peter (1998): *Produktion af viden – en praktisk metode bog*, Teknisk Forlag
- Pedersen, Kjeld Møller (2003): *Sundhedsvæsnets organisering – sygehuse, incitamenter, amter og alternativer*, rapport fra indenrigs- og sundhedsministeriets rådgivende udvalg
- Pedersen, Kjeld Møller (2005): *Sundhedspolitik – Beslutningsgrundlag, beslutningstagen og beslutninger i sundhedsvæsnets*, Syddansk universitetsforlag
- Pierson, Poul (2000) (A): *Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics*, American Political Science Review Vol. 94, No. 2
- Pierson, Poul (2000) (B): “*Not Just What but When: Timing and Sequence in Political Processes*”, Studies in American Political Development Vol. 14, side 72-92
- Salomonsen, Heidi Houlberg (2004): *Udviklingen i den statslige styring af sygehusvæsenet: Økonomiaftaler og ministeriets rolle*, rapport udarbejdet i forbindelse med forskningsadjunktur, finansieret af FLOS, (<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&lr=cluster=13064323853464740288>)
- Socialdemokraterne (2004): *Principprogram 2004: Hånden på hjertet*, Socialdemokraterne
- Socialministeriet – Socialreformkommissionen (1969): *Det sociale trykkesystem*, Bind 1 - Struktur og dagpenge, Betænkning nr. 543
- Socialministeriet (1981): *Rapport om finansiering*, Arbejdsgruppen til Undersøgelse af Finansieringsforholdene i den Sociale Sektor og Tilgrænsede Områder, Betænkning nr. 940
- Sundhedsministeriet (1997): *Orientering af Folketingets Sundhedsudvalg*, Statusrapport, August
- Sundhedsministeriet (1999): *Sygehusvæsenet – en dansk og international sammenligning*, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck
- Thelen, Kathleen (2000): *Timing and Temporality in the Analysis of Institutional Evolution and Change*, Studies in American Political Development Vol. 14, side 101-108
- Torfing, Jacob (2000): *Velfærdsstatens diskursivitet*, Roskilde Universitet – Institut for Samfundsvidenskab og Erhvervsøkonomi, Research Paper no. 13/00
- Ugeskrift for læger (1971), vol. 133, bind 1

- Valgundersøgelsen 2001 – Hovedundersøgelsen, Primære undersøgere: Jørgen Goul Andersen, Ole Borre, Hans Jørgen Nielsen, Johannes Andersen, Søren Risbjerg Thomsen og Jørgen Elklit
- Vallgård, Signild (1992): *Sygehuse og sygehuspolitik*, Jurist- og Økonomiforbundets Forlag
- Vrangbæk, Karsten (2001): *Ingeniørarbejde, hundeslagsmål eller hovedløs høne? – Ventetidsgarantier til sygehusbehandling*, Magtudredningen, Aarhus Universitet – Institut for Statskundskab

Avisartikler

- Berlingske Tidende: *Fogh garanterer akut kræftbehandling*, d.10/08 2007
- Berlingske Tidende: *Uambitiøs finanslov*, d. 26/08 2008
- Ekstrabladet: *Endelig indlagt*, d. 18/09 1993
- Jyllandsposten: *Stavnsbånd på de syge*, d. 26/01 1982
- Jyllandsposten: *Amtsgrænser skal være led – ikke mure*, d. 20/11 1985
- Politiken: *Livsglæden blev væk i smerte og ventetid*, d. 07/06 1990
- Politiken: *Frit sygehusvalg er en illusion*, d. 10/06 1996
- Politiken: *Kræftpatienter på venteliste dør*, d. 15/05 2007
- Politiken: *Personaleflugt rammer patienter*, d. 20/08 2008

Love, forhandlinger, cirkulærer mm. (kronologisk rækkefølge)

- 1969 - Lov om sygehusvæsenet
 - Fremsættelse af forslag til lov om sygehusvæsenet d. 22/01-1969, Folketingstidende bind II, spalte 3062-3063
 - Første behandling af forslag til lov om sygehusvæsenet, d. 18/02 – 1969, Folketingstidende 68/69, bind II, spalte 4061 - 4151
- 1970 - Lov om styrelse af sociale og visse sundhedsmæssige anliggender
 - Fremsættelse af forslag til lov om styrelse af sociale og visse sundhedsmæssige anliggender, d. 14/01-1970, Folketingstidende bind II, spalte 2416-2432
 - Første behandling af forslag til lov om styrelse af sociale anliggender, d. 03/02 – 1970, Folketingstidende 69/70, bind II, spalte 3171- 3227
- 1971 - Lov om offentlig sygesikring, nr. 311

- Fremsættelse af forslag til lov om offentlig sygesikring, d. 13/01-1971, Folketingstidende, bind II, spalte 2786- 2796
- Første behandling af forslag til lov om offentlig sygesikring, d. 28/01-1971, Folketingstidende bind II, spalte 3412-3452
- 1980 - Lov om ændring af Lov om sygehusvæsenet – d. 10/06
- 1980 - Cirkulære om amtskommunernes betaling for benyttelse af statslige sygehuse, d. 22/12, nr. 223
- 1980 - Cirkulære om beregning af betalingen for sygehusbehandling, d. 22/12, nr. 224
- 1981 - Cirkulære om aftaler om benyttelse af sygehusvæsnets lands- og landsdelsafdelinger, d. 16/01, nr. 8
- 1981 - Vejledende retningslinjer for visitation af patienter til lands- og landsdelssygehuse m. v., d. 16/01, nr. 9
- 1985 - Lov om offentlighed i forvaltningen, nr. 572
- 1985 - Lov om ændring af lov om sygehusvæsenet mm., nr. 113
- 1987 - Lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v., nr. 397
- 1992 - Lov om ændring af lov om sygehusvæsenet og offentlig sygesikring mv. (Friere sygehusvalg, behandling på private sygehuse mm.), nr. 1024
 - Fremsættelse af forslag til lov om det offentlige sundhedsvæsen (L 118) d. 17/01 - 1990, Folketingstidende bind III, spalte 4596- 4598
 - Første behandling af forslag til lov om det offentlige sundhedsvæsen, (L118) d. 23/01 - 1990, Folketingstidende, bind IV, spalte 4922- 4968
 - Fremsættelse af forslag til lov om det offentlige sundhedsvæsen (L 37) d. 10/10 1990, Folketingstidende bind I, spalte 478- 480
 - Første behandling af forslag til lov om det offentlige sundhedsvæsen, (L 37) d. 24/10 1990, Folketingstidende, bind I, spalte 943 - 971
 - Fremsættelse af forslag til lov om det offentlige sundhedsvæsen (L 74) d. 30/10 1991, Folketingstidende bind I, spalte 1174 - 1176
 - Første behandling af forslag til lov om det offentlige sundhedsvæsen, (L 74) d. 30/10 1991, Folketingstidende, bind I, spalte 1506 - 1536
 - Fremsættelse af forslag til lov om det offentlige sundhedsvæsen (L 49) d. 21/10 1992, Folketingstidende bind I, spalte 419 - 420

- Første behandling af forslag til lov om det offentlige sundhedsvæsen, (L 49) d. 28/10 1992, Folketingstidende, bind I, spalte 907 - 922
- 1997 - Lov om ændring af lov om sygehusvæsenet, nr. 464
 - Fremsættelse af forslag til lov om ændring af lov om sygehusvæsenet, (L 210) d. 02/04 – 1997. Folketingstidende, Tillæg A – bind VI, spalte 4437 + 4443 - 4444
 - Første behandling af forslag til lov om ændring af lov om sygehusvæsenet, (L 210) d. 09/04 1997. Folketingstidende, bind VII, spalte 5535 – 5543
 - Tredje behandling af forslag til lov om ændring af lov om sygehusvæsenet, (L 210) d. 15/07 1997
- 1998 - Lov om ændring af lov om sygehusvæsenet, nr. 1044
 - Fremsættelse af forslag til lov om ændring af lov om sygehusvæsenet (L 84) d. 31/12 1998
- Finansloven for 1998 – Forhandlingsresultater
- Finansloven for 1999
- 1999 - Lov om ændring af lov om sygehusvæsenet og Lov om patientforsikring, nr. 395
 - Betænkning til L 132 D. 14/04 1999
 - Tredje behandling af forslag til lov om ændring af lov om sygehusvæsenet og lov om patientforsikring, (L 132) d. 20/05 1999
- 2000 - Lov om ændring af lov om sygehusvæsenet, nr. 470
 - Tredje behandling af forslag til lov om ændring af lov om sygehusvæsenet (L 234) d. 26/05 2000
- 2002 – Lov om ændring af lov om sygehusvæsenet (Forhøjede frit valg-rammer, statslige tilskud til sygehusformål og frit valg til private sygehuse), nr. 143
 - Bemærkninger til lovforslag om lov om ændring af lov om sygehusvæsenet
- 2002 – Lov om ændring af ligningsloven (Skattefrihed for arbejdsgiverbetalte sundhedsbehandlinger), nr. 389
- 2004 - Lov om ændring af lov om sygehusvæsenet og lov om offentlig sygesikring (Styrkelse af det frie sygehusvalg m.v.), nr. 441
- 2006 - Lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (1 måneds behandlingsfrist, IT-anvendelse i

sundhedsvæsenet, elektroniske helbredsoplysninger, adgang til Medicinprofilen m.v.), nr.1556

Bilag 1: Interviewguide

Spørgeguiden er ment som en hjælp til mig som interviewer, for at sikre at jeg får de oplysninger jeg skal have og jeg kommer omkring alle de områder, jeg gerne vil vide mere om, samt dokumentation for interviewet.

Spørgsmålene vil være meget åbne, og interviewet vil derfor være semistruktureret. Spørgsmålene bliver derfor ikke alle stillet ordret som de står her, ligesom der vil blive stillet uddybende spørgsmål afhængigt af den interviewedes svar. (Underspørgsmålene er uddybende spørgsmål, som jeg kan stille, hvis jeg ikke føler jeg får nok ud af deres svar.)

Interviewteknisk

- Få dem til at eksemplificere. Hvis de fx siger ”det private er mere effektivt end det offentlige”, så få dem til at give et eksempel.
- Vær opmærksom på at de ikke køre ud af en tangent der er irrelevant for projektet – sørg for at ”hive” dem tilbage. (Men ikke for hurtigt, de kan jo have en pointe med det de har gang i...)

Indledende spørgsmål og oplysninger:

1. Hvad er formålet med interviewet
 - a. *”Hvordan kan udviklingen op til og efter det frie sygehusvalg forstås? Og hvilke konsekvenser kan denne udvikling have for det fremtidige danske sygehusvæsen?”*
2. Navn og beskæftigelse
3. Muligheder for opfølgning (Tlf., Mail osv.)
4. Husk at lave aftale om hvordan interviewet bliver brugt – send transskriberingen, er der noget de ikke vil citeres for, plus de kan komme med kommentarer hvis de synes noget mangler. Sæt deadline på hvornår de skal svare – ellers kan jeg bruge det hele.

Supplerende spørgsmål til første analysedel:

5. Som en del af mit speciale har jeg lavet en undersøgelse af udviklingen op til og efter det frie sygehusvalg. Denne undersøgelse har bygget på dokumentstudier,

men der har her været nogle ting som jeg vil have belyst bedre og eventuelt bekræftet eller afkræftet og jeg vil derfor gerne starte interviewet med at spørge ind til de ting.

6. Hvad var grunden til vi fik ”det frie sygehusvalg” i 1992/93?
 - a. Kan du uddybe?
 - b. Jeg har fundet frem til at det hovedsageligt var nogle strukturmæssige problemer, altså de skarpe grænser der var mellem amterne, sammen med en øget fokusering på ventelister, der gjorde at politikerne indførte det frie sygehusvalg. Tror du der kan være andre forklaringer? (eksemplificer)
 - c. Op til beslutningen om det frie sygehusvalg, kan man se en stigende politisk interesse for sundhedsvæsenet. Tror du det har haft en betydning?
 - d. Hvad med økonomien? I firserne der blev der jo bremset gevaldigt op i de offentlige udgifter, har det spillet nogen rolle?
7. Hvorfor tror du folketinget valgte lige præcis den løsning på problemet?
 - a. Kunne de ikke ligeså godt have valgt en anden løsning, eksempelvis at tilføre flere penge til sygehusene så de hver især kunne udvide deres kapacitet. Især når man ser det i forhold til at en af grundideerne med amterne var at de skulle kunne betjene deres egne borgere?
 - b. Var der andre løsningsmuligheder eller synspunkter der aldrig rigtigt kom frem?
 - c. Tror du der var nogle relevante aktører der havde fordel af denne løsning? (Eksempelvis politikere eller interesseorganisationer?)
8. Hvis nu du skulle pege på nogle aktører der var vigtigst i processen op til det frie sygehusvalg, hvem skulle det så være og hvorfor.
 - a. Var der nogle af aktørerne som i særlig grad tog initiativ til at starte denne proces?
9. Hvis du ser tilbage på udviklingen op til beslutningen om det frie sygehusvalg i 1992, ser du så beslutningen som en fortsættelse af den hidtidige politik?
10. Hvis du så skal se på udviklingen *efter* det frie sygehusvalg blev indført i 1993, ser du så nogle afgørende beslutninger eller forhold som har ændret udviklingen? (Altså i forhold til før det frie sygehusvalg blev indført. (critical junkture??))
11. Tror du der var nogen af de centrale aktører i begyndelsen af 90’erne der havde forudset udviklingen af det frie sygehusvalg – og i givet fald hvem?

Det fremtidige sygehusvæsen:

12. Hvilken betydning tror du det frie sygehusvalg vil få for det offentlige sygehusvæsen i fremtiden?
 - a. Hvad med internt mellem de offentlige sygehuse, hvad tror du det har af betydning her?
 - b. Hvad med det private, hvilken betydning tror du det frie sygehusvalg vil få herfor?
13. Ser man på udviklingen i det danske sygehusvæsen gennem de sidste 10-20 år, kan man se at de private sygehuse er blevet mere og mere inddraget i opgaveløsningen, bl.a. pga. det frie sygehusvalg. Er det en udvikling du tror, vil fortsætte?
 - a. Hvorfor / hvorfor ikke?
 - b. Hvis ja - Hvilken betydning tror du det vil det få?
 - c. Opstil evt. alternativ til hhv. positive eller negative konsekvenser, alt efter hvilken vinkel de vælger og spørg til om dette ikke også er sandsynligt.
14. Hvis du nu skulle se ud i fremtiden tror du så den nuværende udvikling, med et dominerende offentligt ejet og finansieret sygehusvæsen, vil fortsætte eller kunne du forestille dig et helt andet scenarie?

Til Nis specifikt:

15. Mit speciale udspringer blandt andet af den debat der har været omkring DRG-taksterne, at de er konkurrenceforvridende og er med til at udhule den offentlige sektor. Det jeg godt kunne tænke mig at vide det er, om du tror at de private sygehuse og klinikker ville være interesseret i om denne ordning blev ændret? Eksempelvis så der blev fri konkurrence mellem de private hospitaler, så regionerne kunne sige ”vi regner med vi får 100 hofteoperationer, som vi ikke kan nå inden for garantien i år” og så lægge disse operationer i udbud, og så kunne de private sygehuse så komme med tilbud?

Afslutning

Bilag 2: Interview med Ester Larsen

- Tidl. Sundhedsminister d. 20. aug. 2008

Jeg gør opmærksom på at alle fyldord som øh osv., er blevet bortredigeret, ligesom påbegyndte, men ikke fuldendte sætninger, ikke er medtaget i transskriberingen af interviewet, medmindre det er nødvendigt for forståelsen.

Interviewer: Mette U. Nors (MN)

Interviewet: Ester Larsen (EL)

MN: Først så vil jeg godt starte med at snakke om udviklingen op til det frie sygehusvalg og efter det frie sygehusvalg.

Har du nogen ide om hvad det var der gjorde, der i '92, med virkning fra '93 at vi fik det frie sygehusvalg?

EL: Ja. Man skal altid prøve at forstå en udvikling som en del af udviklingen i det samfund man befinder sig i. Og den periode i 80'erne, og 90'erne, den var meget præget af individualisering, individets egen ret til selv at tage hånd om sit liv og sin situation. Og det vil sige at det afspejler sig jo i sygehusenes holdning til deres patienter. Tidligere var sygehusene *personalets*, og jeg kan huske en overlæge på rigshospitalet der sagde til mig engang, *åh, jeg er begyndt at øve mig på at sige: i den afdeling jeg er ansat på, i stedet for at sige min afdeling*. Og det er et meget godt billede på at patienterne fyldte meget lidt som individer. Det var det brækkede ben på stue seks og blindtarmen på stue to, det var ikke fru Hansen med alt det der hørte til fru Hansen.

Så vi havde været igennem en periode hvor det enkelte individ har fået større frihed til at selv at bestemme, selv at vælge skole, selv at vælge plejehjem. Og alle de her frihedsrettigheder på en række samfundsområder, de blev mødt med protest fra Socialdemokratiet, som altid har sagt ensretning, og det er så det der afspejler sig i udviklingen på sundhedsvæsnet.

Og rent konkret har jeg også i sygehuspolitikken, som amtsrådsmedlem og som sygehusudvalgsformand, og jeg har jo oplevet hvordan enkeltmennesket stødte imod systemet. Så jeg har siddet med en ansøgning fra en kvinde i fyrrerne, som var meget syg af kræft og vidste hun skulle dø. Hun var ugift og hun boede i en storby, og det var meget naturligt for hende at ønske sig hjem til det sygehus hvor hendes forældre boede i nærheden, så de kunne tage hånd om hende. Men de boede i hvert sit amt, og så kunne det ikke lade sig gøre.

Altså, da vi fik amterne, ved den forrige kommunalreform, der opstod der en hel masse hertugdømmer i landet. Man var meget optaget af endelig ikke at komme til at bruge penge på patienter der kom fra et andet amt. Jeg kan sige, det havde den groteske konsekvens, at gravide fik besked på, at de måtte, ikke rejse ud af amtet en vis periode før de havde termin.

MN: Ja, det har jeg godt hørt om.

EL: Og det fik en ende, da en amtsborgmester oplevede at hans datter sendte afbud til familie julen, fordi hun stod foran at skulle føde. Så kunne han pludselig se, der var måske noget, der var lidt firkantet.

MN: Ja, det var godt nok meget firkantet, jeg var ikke klar over det var så grelt. Jeg har godt i nogle af de dokumenter og artikler jeg har set på stødt på nogen af de der sager.

EL: Ja, som minister fik jeg efter hver højtid, breve fra familier der var kommet i klemme. Og det er meget almindeligt at forældre rejser til børn, specielt når forældrene er blevet alene, og så sker det hvert år at så bliver en gammel ældre syg og bliver indlagt i nærheden af børnene, men bliver ikke behandlet. Men bliver gjort transportklar og bliver puttet ind i en ambulance og kørt hjem, for man måtte endelig ikke komme til at skulle betale penge ud af amterne, de skulle ligge på amternes egne sygehuse.

Jeg fortæller det her, for at give et billede af, hvor rigid holdningen var og hvor selvfølgelig det forekom politikere og administratorer, at sådan var det

bare. Man kunne næsten tale om at man havde sådan en fangeudveksling på Lillebæltsbroen. Ha ha.

MN: Det er egentligt et meget godt billede. Ha ha.

El: Så, jeg synes det af menneskelige grunde vil være helt oplagt, at man selv kunne bestemme hvor man ville behandles. Også fordi, det er jo ikke nogen naturlov, at et sygehus, nyde respekt. Jeg kan nævne der har været provinssygehuse, hvor det i folkemunde hed sig, at hvis man kom derind med et brækket ben, så var man helt sikker på, at man kom derfra med et ben der sad skævt. Hvis et sygehus har det omdømme, med rette eller ikke rette, så er det svært frivilligt at gå derhen med et brækket ben. Omvendt har vi haft sygehuse der havde ry for at de var særligt gode til, vi havde et sygehus der var særligt gode til at lave åreknudeoperationer. Det ry bredte sig og der ville folk frygteligt gerne hen, også længe efter ham der var god til det var rejst, men ryet blev hængende. Så hvis man skal overlade sit helbred til professionelle, så er det en mægtig god forudsætning at der er tillid.

Så det at høre til et sygehus, fordi det var administratorernes ønskedrøm og det gjorde man under amterne, man slog en cirkel rundt om hvert lille lokalt sygehus og så hørte man til der og måtte kun komme der, medmindre man fejlede noget der lå uden for deres kompetence. Så de første øvelser gik på at få brudt op på det mønster.

Så er der også mennesker, som der arbejdsmæssigt var meget afhængigt af, for du skal også huske på at et af problemerne for sundhedsvæsenet, var nogle ventelister, som var helt anderledes dramatiske end det vi kender i dag. Og jeg har mødt mennesker som har været ude for et uheld eller blevet syge, og deres eksistens brød sammen, hvis ikke de hurtigt blev raske. Altså for eksempel små selvstændige håndværkere, men også mange andre mistede job. Jeg kan huske en tømrer der trådte forkert på et trin på stigen og faldt og fik en ventetid på otte måneder

MN: Det lyder godt nok lidt grotesk.

EL: Det er fuldstændigt grotesk, ja. Især hvis man ved at der er et andet sygehus der kan tage en. Så i dén situation, så vil man jo rejse tværs igennem landet for at blive behandlet. Men hvis man lider af noget som kan vente og man gerne vil have sine børn eller ægtefælle på besøg, ja så vil man hellere vente en måned eller to og tage det stille og roligt.

Så da jeg fremsatte forslaget, så blev der et ramaskrig. Altså jeg huske stadig mit møde i amtsrådsforeningen, som næsten ville myrde mig, fordi der var ingen ende på de ulykker som et frit sygehusvalg ville afstedkomme.

MN: Hvad var de egentlig bange for?

EL: Ja, deres planlægning. Deres planlægning gik i stå. Og jeg er overbevist om, at vi ville jo ikke se sådan, patienthorder vandre gennem landet. Det ville være en håndsrækning til dem der virkelig havde brug for det. Dels så, så man (amterne så red.) at det ville fuldstændigt underminere systemet, og den anden indvending var at der var ikke ret mange der ville bruge det, så det var lige meget. Så den der tanke at man godt kunne tage hensyn til nogen som ikke var så mange, den lå ikke lige for.

Så må jeg sige at min første overvejelse gik på, at hvis man nu valgte sådan, uden for amtet og man ligesom opnåede et gode, som man ikke kunne få hjemme, så kunne man godt give et lille skærv selv. Sådan at man sagde det skal koste lidt, også fordi det kunne være at tilbuddet var bedre i et andet amt, hvor de havde en højere skatteprocent. Men der kunne jeg godt se, at hvis jeg skulle samle et flertal, så kunne jeg ikke fastholde. Så lavede vi det kompromis, at man skulle betale for transporten, fra amtsgrænsen og hen til det. Og så var det ved planlagte operationer, man kunne ikke sige, når man kom til skade på gaden, at jeg har aldrig været på Bornholm, jeg vil gerne indlægges på Bornholm sygehus. Så det var det planlagte. Det var så begyndelsen og begrundelsen.

MN: Ja.

EL: Nu skal jeg passe på at jeg ikke bare snakker.

MN: Det er helt fint, du bekræfter bare det jeg allerede ved, du går bare videre til mine næste spørgsmål. Mit næste var for eksempel at der var nogle strukturmæssige problemer, men har du jo allerede svaret på.

Noget andet det er, at jeg har fundet frem til at op til beslutningen om det frie sygehusvalg, der kan man sådan ligesom se, at der er flere og flere der begynder at skrive sundhedspolitik ind i deres partiprogrammer og der sker ligesom en stigende interesse, altså både fra politikerne, men også i medierne og sådan. Er det noget du også...

EL: Du skal prøve om du kan se perioden, med den tids øjne. Fordi da jeg begyndte at interessere mig for sundhedspolitik, så var det ikke noget hot emne. Så. Jeg kan huske der var en der lavede en undersøgelse af, hvor meget fylder sundhedsstoffet i medierne. Og det fyldte ganske få procent og det der stod i medierne det var læger der skrev artikler om behandlinger og medicin, der var ikke den der optagethed.

Men så er det, det begynder at dukke op, det er ligesom man begynder at få øjnene op for, at det er måske for patienterne skyld, vi har det her system. Derfor kommer der sådan et slogan som "patienten i centrum" og det er en ny tænkemåde som vi i dag kan undre os over, men der er utallige eksempler på at det var systemets tænkning der dominerede. For eksempel oplevede jeg at der var afdelinger, når de indkaldte patienter til undersøgelse, så indkaldte de dem alle sammen til kl. 8 om morgenen. Og så gik de ud i venteværelset og hentede dem efterhånden som det passede dem. Og det at man sådan skulle prøve at tilrettelægge systemerne for brugerne, det var en lidt ny tankegang. Så derfor dukker sundhedspolitikken op, der er også en anden forklaring, nemlig den at man kan pludseligt så meget. Altså når jeg ser tilbage på mine forældres generation og dem der gik forud; hvis ikke man kunne se, så fik man en lup og hvis man havde brok, så fik man et brokbind og hvis man havde gigt, så fik man en stok. Så pludselig, så kunne man noget og de ting man kunne, de der nye ting, de var utrolig nyttige og derfor blev de efterspurgt i en forrygende hast. Altså, jeg kan huske de første der fik en hofteoperation, de var nærmest udvalgte og de var omgivet med meget stor bekymring om de nu overlevede.

Så rent teknologisk kirurgisk kan man pludselig en hel masse ting. Så kommer dertil også at man får en bedre anæstesi, tidligere kunne man godt bedøve gamle mennesker, man kunne bare ikke vække dem igen. Det vil sige, nu kan man både bedøve og vække 100-årige. Og det er jo den ældre del af befolkningen der bruger sundhedsvæsenet. Nu kan jeg ikke procenterne helt, men det er noget med at det er 60 % af de 65-plus der bruger det hele. Og når det præcis er den aldersgruppe man kan noget mere for, så stiger interessen og dermed stiger ventelisterne. Så man får det som et stigende problem at man ikke kan komme til, og det optager selvfølgelig politikerne. Og hvordan får man så det system til at klare de ventelister? Så prøver man jo på at indføre forskellige produktivitsfremmende systemer, tidligere så gav man jo sygehusene en pose penge og så kom der det ud af det, der nu kunne komme – forenklet ik'. Så har man jo så prøvet forskellige styringssystemer, man har lavet mål og rammestyring, man har lavet kontraktstyring og så er man jo nu gået over til at man styrer meget efter DRG-takster. Og de systemer har hver deres fordele og hver deres ulemper og DRG systemet er på ingen måde fuldkomment.

MN: Jeg forstår ikke helt, hvordan man kan styre efter DRG-takster, er det ikke bare en måde at betale på?

EL: Jo, men det er jo også en styring af produktiviteten, hvis ikke du laver noget, så får du ikke noget.

MN: Nå, nej det er selvfølgelig rigtigt, det havde jeg ikke lige tænkt på.

EL: Og hvis du vil have noget mere, må du lave noget mere. Det var den store udfordring, at få sygehusene gjort mere effektive. Og det er jo stadig det man... og de er jo blevet utrolig meget effektiviseret.

Så skal du også være opmærksom på at meget er kulturbestemt. Så hvis man går ind og laver sammenligninger afdelinger imellem, på forskellige sygehuse, så er de utrolig forskellige. Den måde de arbejder på og det der kommer ud af det. Altså, da man begyndte at interessere sig mere og mere

for at få produktionen i gang, så konsulterede man jo konsulentfirmaer, der kom og lavede tidsstudier og effektiviserede. Jeg kan huske en meget fin og dyr undersøgelse af et af de store amerikanske firmaer, de regnede ud hvor meget kniv-tid der var på en operationsgang, og de fandt jo ud af at der var for lidt kniv-tid. Men så sagde man jo bare *nå* , og så gjorde man som man plejede. Altså det at få nye ideer, nye metoder, ny tilrettelæggelse, det forløber utrolig forskelligt fra sted til sted. Så man kan lave en undersøgelse af hvordan man behandler, hvor lang tid tager en behandling, det begyndte man at interessere sig for efterhånden.

MN: Kan det frie sygehusvalg så være en måde at skubbe til nogen, så de ændre nogle kutyper og noget? Er det det du siger?

EL: Ja, fordi, det jo først for alvor får indflydelse, da det frie sygehusvalg kom til at omfatte det private også. Og det er jo der, der virkelig sker noget.

MN: Ja, det kommer vi tilbage til senere.

EL: Ja, nu skal du jo styre det.

MN: Ja, men det er helt i orden, det er bare rart at du snakker. Noget andet det er jo økonomien. I 70'erne var der jo lavkonjunktur og også op i 80'erne, der blev der jo strammet gevaldigt op på de offentlige udgifter, og det er noget af det, jeg tror, har været med til at skabe det frie sygehusvalg, bl.a. fordi det har været med til at skabe ventelister. Er det noget, du tror, er rigtigt?

EL: Jamen, altså, landet stod jo i en utrolig vanskelig situation i 80'erne, vi var faktisk under trussel af at blive sat under administration. Det vil sige, at der var ikke økonomi til ekspansion og der var ventelister. Og derfor gik bestræbelserne så på, at så må vi jo tilrettelægge det her arbejde så effektivt som muligt og effektivisere. Og det var jo fy-ord på mange afdelinger og man var vant til sin egen arbejdstilrettelæggelse og man var vant til sin egen rytme, hvor man forskede og behandlede som det nu passede ind. Og

forskningen er jo nok blevet presset i dag, fordi nu bliver man pludselig mere interesseret i at få behandlet og ventelisterne forkortet.

MN: Ja, det er jo også der pengene er.

EL: Jamen det er jo derfor, det er jo derfor DRG-taksten er en måde til at fremme produktiviteten.

MN: Det hænger også lidt sammen med det næste spørgsmål jeg har. Hvorfor tror du egentligt at folketinget i sin tid tog den her beslutning? Hvorfor tror du de valgte den her løsning, med frit sygehusvalg, kunne man ikke have valgt noget andet, som for eksempel at tilføre nogle flere penge til sygehusene?

EL: Jo, men det er jo ikke sådan at det kun er en ting man kan gøre. Du skal også prøve at se det som et led i rettighedstænkningen. Hvis du ser på den lovgivning der blev lavet i 80'erne og 90'erne. Det var en rettighedslovgivning, man fik eksempelvis *ret* til at se sin egen journal. Der var stor modstand, stor kritik blandt lægerne.

MN: Så det var ikke bare en løsning på et problem, det var også

EL: Jamen, det var en rettighed, det var et skift i synet på, hvad er en patient, om man er andet end et behandlingsobjekt, man er også et menneske der skal have ret til at se, hvad er det de skriver om mig, hvad er det de vil gøre ved mig, hvad er det jeg fejler. Det var der meget modstand mod. Så fik man patient klagenævn. Så fik man nogle klager som var meget ulykkelige, fordi tidligere havde man ikke nogen særlige patientrettigheder, man havde det almindelige erstatningssystem. Og hvis du lider en skade, så for at du kan få en erstatning, så skal du bevise at du har lidt og at det ikke var et hændeligt uheld. Du skal bevise at det nærmest var forsætligt, du har bevisbyrden. Og det kan du ikke løfte som patient.

Mediernes betydning skal du også have med i dine overvejelser. Jeg kan huske en fjernsynsudsendelse, hvor der kom en kvinde, hun havde været til noget så banalt som en udskrabning, så havde de skrabet for hårdt og

skrabet hul på hende, så hun forlod sygehuset med et stativ med drop, og det skulle hun gå med resten af sine dage. Og hun kunne ikke bevise at hun havde lidt skade af det, at det var andet end hændeligt uheld. Det var med til at åbne øjnene for at, som patienter må man kunne få en erstatning, hvis man kommer ringere ud derfra, end da man kom ind. Så patient forsikring, patient klagenævn og informeret samtykke, det blev lovkrav at man skulle give samtykke til behandlinger. Tidligere var det sådan, at lægen sagde, du fejler det der, du skal opereres. Ikke noget med, har du lyst til eller vil du opereres, og hvad er risikoen ved det og så videre. Så der kom lovgivning om forsøg på mennesker, om informeret samtykke og så videre, og så videre. Så det at man også selv skulle kunne vælge sit sygehus, falder helt naturligt i den rettighedsudvikling der var.

MN: Så det var en del af tiden.

EL: Det var en del af tiden trend. Og i dag vil du heller ikke kunne forestille dig, et sundhedsvæsen hvor du kun kunne blive behandlet et sted.

MN: Det er sjovt jeg har tænkt det mere sådan som, at det var en løsning på nogle reelle problemer der var, jeg havde ikke tænkt på, at det faktisk var en del af tiden.

EL: Dertil skal jeg lige sige, jeg har aldrig betragtet det som en problemløsning, på anden måde end det selvfølgelig også kunne give lidt udjævning på ventelisterne. Vi havde en operationstype med 60 års ventetid på Fyn, det kunne godt være at man kunne komme hurtigere til et andet sted. Det er jo også en del af billedet at man kan manipulere lidt med sine ventelister. Altså da man bevilligede penge efter hvem der råbte højest, og hvem der kunne fremvise de længste ventelister, så var der ikke noget incitament for de der afdelinger til at komme af med de der ventelister. Og toppen det var altså de der 60 år, nu var det heller ikke noget livstruende, men det var på at få formindsket for store bryster.

MN: Så det var bare ærgerligt hvis man boede i det amt, så var man nødt til at flytte hvis man ville have det gjort?

EL: Ja.

MN: Men det jeg hører er, at der ligesom var sket et skifte i tankegangen, også set i forhold til den tidligere kommunalreform, hvor en af grundideerne, de var jo at amterne skulle kunne betjene egne borgere og det var *de* her grænser der var og der skete ligesom et skifte eller hvad i hele tankegangen?

EL: Ja, der skete sådan et trinvist skifte, at når amterne præsterede at de holdt så fast på deres budgetter, så kommer der naturligt en kritik, er det rimeligt at man er så fastholdende. Så det indgår i det også.

MN: Ved du om der var andre løsningsmuligheder eller synspunkter, ting der bare aldrig kom frem?

EL: Nej, det kan jeg ikke sige fordi, det med at få flere penge, det vil jo alle sammen gerne, men der satte landets situation jo ligesom nogle grænser for det. Og så udelukker denne her beslutning jo ikke at man fortsat maser på over for amterne for at få gjort strukturen bedre, for at få produktiviteten øget. Der sker jo i de her år jo også en centralisering af sundhedsvæsenet, der har jo været 120 sygehuse i Danmark, og der begynder man så at interessere sig for, hvad er effektiviteten og hvad er økonomien. Jeg kan huske at jeg på et tidspunkt interesserede mig for, hvad koster det egentlig at lave mad på vores sygehuse, og så regner man jo ud, hvor mange mad portioner bliver der produceret pr ansat. Og der var et sted hvor man producerede mellem fem og seks pr ansat, og så tænkte jeg, det er jo sådan noget hvad rask husmoder klarer, at fodre fem seks mennesker, samtidig med hun har erhvervsarbejde. Så når økonomien strammer, så bliver man nødt til at gå ind og se hvor er det vi kan... så der skete jo, både behandlingsmæssigt og driftsmæssigt, en række opstramninger.

MN: Men der var ikke nogen der kom og sagde... amterne skal nedlægges eller...

EL: Jo, altså. At amterne skulle nedlægges, det har de Konservative sagt altid, så. Når nu man effektiviserer i et amt og man centraliserer, man lukker, så sker der samtidig en udvikling af, hvad man rent faktisk kan, det vil sige flere og flere har brug for højt specialiserede afdelinger, flere og flere har brug for behandlinger som man ikke kan lave i det enkelte amt. Og som tiden gik, så blev det klart at amterne var ved at være for små i det. De var passende i det sådan nogenlunde, Ribe har altid været for lille, men det var en rimelig naturlig (?), men du kan nok se når vi stiller større krav til alting (afbrud pga. tlf.). Noget af det der også kommer et vældigt pres på, det er den teknologiske udvikling, og de små sygehuse mister deres berettigelse lidt efterhånden, fordi de ikke kan det samme som de store. Ud over at man at man kan behandle, så kan man også undersøge bedre, og det er de nye undersøgelsesmetoder der også skaber de ny behandlingsmuligheder. Men de er jo dyre, scannere er dyre, og man kan ikke have en scanner stående i hver provinsby. Så der kom CT-scanning som man, som man fik spredt nogenlunde, så kom der MR-scanning som var endnu dyrere, og så kom der PET-scanning, som er rasende dyr og som kræver opbakning af protoner, fremstillet, ja, jeg skal ikke gøre mig klog på det. Men alt det taler også for en centralisering og de helt dyre ting, de kan ikke engang stå i fjorten amter, de kan stå på universitetssygehuse. Så der er en centraliseringstendens som det er umuligt at komme udenom.

MN: Hvis nu du skulle pege på nogen aktører som er vigtigst i den her proces omkring beslutningen om det frie sygehusvalg, hvem skulle det så være og hvorfor?

EL: Ja, det var også en politisk beslutning, politisk på den måde, at for mig og mit parti, der er det enkelte menneskes selvbestemmelse vigtig. Så der var et politisk, hvis man sige ideologisk sigte, så siger man næsten et fy-ord i dag. Men altså et menneskesyn som gør at for os er det vigtigt at man selv har

indflydelse på sit liv. Men ikke nogen overbevisning om at det var løsningen som nogen har villet skildre det.

MN: Så i var med til at starte hele den her proces?

EL: Ja.

MN: Hvis nu du skal se tilbage på udviklingen, fra omkring den første kommunalreform og op til beslutningen om det frie sygehusvalg. Ser du så beslutningen der kommer der i 92, ser du så den som en fortsættelse af den hidtidige politik der var eller er den et brud?

EL: Det er en udvikling. Men altså, når jeg ser tilbage på hvad jeg har beskæftiget mig med i mit liv, så synes jeg det er den vigtigste jeg har været med til i mit liv. Det er den jeg er mest glad for, ej det er måske så meget... men jeg er meget glad for den. Fordi jeg synes den, den lagde et nyt spor ud, som udviklingen så også har fulgt. Som jeg sagde før, så er der jo ingen mennesker, der kan tænke sig at rulle det tilbage.

MN: Nej. Hvad mener du med et nyt spor?

EL: En ny måde at tilrettelægge tingene på, altså, man skal tage hensyn til hovedpersonen, nemlig patienten. Det er som at lægge et nyt spor frem, for institutionerne når de tænker, så skal de altså opfatte sig selv som serviceinstitutioner for patienterne, de er ikke nogle små kongeriger som lever deres eget liv og så har de nogle patienter.

MN: Så det var et brud med tankegangen.

EL: Ja.

MN: Hvis nu du så skal se på udviklingen efter det frie sygehusvalg, der i 92-93, ser du så nogle afgørende beslutninger eller forhold som der har ændret udviklingen?

EL: Der er sket den store ændring at der er sket en udvidelse af det frie sygehusvalg, til at omfatte det private. Og det er jo en stor ændring og det er også den der virkelig har sat, ja hvad skal vi sige, sat skub i effektiviseringen. Fordi det at patienterne ikke bare kan gå til naboen. Fordi så havde vi jo også lavet en lille sikkerhedsventil i lovgivningen, som sagde at en afdeling skulle kunne sige nej til en fritvalgspatient, i to tilfælde, den ene, hvis man kom med en fodvorte og ville indlægges på en højtspecialiseret afdeling. Altså, man kunne vælge på det niveau man hørte til, jeg var ikke interesseret i banaliteter der skulle løftes op. Så det var den ene begrænsning og den anden var, at hvis en afdeling en afdeling havde nok i sine egne patienter, så skulle de ikke være forpligtet, de skulle kunne sige nej, af hensyn til deres egne borgeres ventelister. Og det var ud fra det, at når amterne finansierede deres sygehusvæsen selv, så kunne det ikke nytte noget, at hvis man i et amt siger, vi vil ikke have hoftepatienter til at vente her, vi sætter skatten op og udvider kapaciteten. Så skulle man ikke kunne komme fra naboamtet og sige, hov det var smart, så kan vi lukrere på dem. Så det var de begrænsninger der blev lagt i dengang.

Men som sagt, det store skifte sker da man kan vælge sig udenfor. Ja, og hvordan starter det... der har altid været en bestemmelse i sygehusloven at man kunne komme til udlandet, hvis behandlingsmuligheden ikke var tilgængelig herhjemme. Og det kom der også et pres på, og kræftpatienter som fik af man ikke kunne gøre noget for, de prøvede lykken i udlandet og nogle af dem blev hjulpet. Og det gav et problem for statsbudgettet, for reglen var sådan, at tilhørte man den kategori, så var det staten der betalte i udlandet. Og jeg kan ikke helt skelne, hvor meget indflydelse det havde på det andet, det kan godt være jeg skal holde det udenfor.

Men muligheden for at vælge det private var også udsprunget af at der stadig var venteproblemer i det offentlige. Så derfor startede det jo med, at hvis man ikke inden for en rimelig tid, som jo så blev ændret, kunne få behandling i det offentlige, når man led af en alvorlig sygdom, så kunne man overgå til de private. Og det synes jeg også er en tiltalende tanke. Og da det så blev kædet sammen med at det er hjemstedet der skal betale for

behandlingen, så er der pludselig en stigende interesse for at undgå at folk vælger sig ud af amtet. Så muligheden for at man kan gå et andet sted hen har været til stor inspiration for arbejdstilrettelæggelsen på sygehusene. Og jeg synes også at det man fik chancen først, man kunne ikke bare sige nu går jeg direkte til de private sygehuse. Der er denne blokering.

MN: Tror du der var nogen der i starten af 90'erne, da man traf beslutningen om det frie sygehusvalg, at det var retningen man ville gå i, at det ville udvikle sig på den måde?

EL: Nu er det jo svært at udtale sig om profetiske evner, men udvikling sker jo trinvist.

MN: Men der var ikke nogen der allerede dengang snakkede om at måske engang så kan vi udvikle det.

EL: Nej. Altså da det blev lanceret så var det udelukkende med sigte på at man valgte mellem det offentlige, også fordi det private havde jo nogen eksistens sådan stort set.

MN: Nej, det havde det vel ikke.
Det var den første del af interviewet, så vil jeg gerne gå over til at vi snakker lidt om den fremtidige udvikling, hvor du skal være lidt profetisk.

EL: Ja, det er jo straks værre.

MN: Nej, jeg vil bare gerne høre sådan lidt om hvad du tror, hvilken betydning det frie sygehusvalg vil få for det fremtidige sygehusvæsen.

EL: Det kommer an på hvor dygtig man er til at fastsætte den rigtige afregning. Jeg ser det som et problem i dag, at man betaler gennemgående for meget til de private.

MN: Ja, med DRG-taksten

EL: Ja, og kritikken af de private sygehuse går på at de opererer mennesker og hvis det mislykkedes, eller får tilbagefald, komplikationer, så ryger patienterne ind på det offentlige. Og det synes jeg i og for sig også er i orden, men så synes jeg så man skal regulere betalingen, så man ikke kan køre frihjul og kun tage de vellykkede og så skal det offentlige få den samme betaling for reparation. Jeg tror at betalingen i øjeblikket er for lukrativ, et privathospital skal selvfølgelig beregne sine omkostninger og sine fortjenstmuligheder, og derfor er der jo nogen behandlingsmuligheder de går udenom fordi fortjenesten er for ringe, hvorimod jeg har indtryk af at de der fedmeoperationer er meget givtige. Man kan så diskutere om det er en opgave at operere de fede i stedet for at slanke dem, med det er så en anden diskussion. Men jeg tror der er et stort behov for at man får raffineret beregningen. Der er jo ikke noget system der er perfekt og uden fejl, og da man gik over til DRG afregningen, så var det fordi man vidste ikke helt hvad man fik for pengene, når man bevilligede mere an blok. Så der er noget sundt i at man afregner efter hvad der er præsteret, men det er utrolig svært at sætte den rigtige pris, også fordi én operationstype, kan jo falde forskelligt ud, så kan man sige hvis der er tale om et stort antal, så er det jo de store tals lov, og så går det nok lige op. Men da man indførte DRG, så skulle sygehusene jo til at redegøre for hvad de havde lavet ved patienten. Og så fandt de jo ret hurtigt ud af at hvis nu man, ud over den behandling som man havde lavet, også lavede en lille smule mere eller talte meget med, det der hedder DRG- crep, jeg ved ikke om det er et begreb du kender?

MN: Nej, det har jeg ikke hørt om.

EL: Nej, men der er sådan at det har sin tilbøjelighed til at vokse lidt. Og det har man så hele tiden skulle justere lidt for, og jeg tror man er nødt til at rejustere, ikke bare for de der komplikationer, men også for uddannelse og vagtberedskab, som det offentlige skal have. Der er ingen grund til at det skal være begge steder, men finansieringen skal fordeles. Så hvis man når dertil at man konkurrere om patienterne på lige vilkår, så tror jeg det er en

fordel for borgerne at der er to eller flere udbydere der holder hinanden i skak.

MN: Så du tror at hvis man kan få det på plads så kan man få en slags ligevægt.

EL: Ja, et naturligt forhold mellem dem. Altså det private har i øjeblikket 2 % eller sådan noget.

MN: Ja, det er jo ikke meget.

EL: Men hvis det er rigtigt, det er jeg nu ikke sikker på, men som det har været fremme i pressen, at man kan få 10.000 mere som sygeplejerske, ved at arbejde på et privathospital, så får de private for mange penge. De må ikke have sådan et overskud at de er i stand til at overbyde de offentlige på den måde.

MN: Så du tror ikke.

EL: Det kan godt være det er ønsketænkning.

MN: Ja, det er jo ikke til at vide. Men er der ikke noget med, hvad hedder han sundhedsministeren.

EL: Hedder han ikke Jacob Aksel

MN: Jo, lige præcis, men kan det ikke passe at han har nedsat et udvalg til at kigge på de der DRG-takster?

EL: Jo, og det er noget man er nød til at gøre hele tiden.

MN: Ja, så der er en rimelig sandsynlighed for at det bliver lavet om det system?

- EL: Ja, jeg kan godt have en fornemmelse af at man måske i sin iver i at komme i gang, så bruger vi DRG-taksterne, fordi, man kunne jo godt sige sig selv, at det ville blive skævt. Men nu ser de på det.
- MN: Altså, ikke for at lægge ordrerne i munden på dig eller noget, men mener du som en lidt opstarts skjult statsstøtte?
- EL: Nej, det vil jeg ikke sige, for at komme i gang. Fordi tilbage i tide, der havde vi jo stort set ikke private hospitaler. Ja, både og, for går man længere tilbage i tiden så startede det jo på frivillig og humanitær baggrund, ligesom børnehaver, børnehjem og alt muligt andet. Så det gjorde sygehusene jo også, men så blev det overtaget, driften blev overtaget af det offentlige. Så havde man kosmetiske klinikker, der har alle dage været nogen der har betalt for at få pyntet på deres ydre og det har så udviklet sig. Men de første, det første det lå oppe ved Aarhus, Mermaid, og så et par stykker mere, de måtte jo lukke, fordi, det kunne ikke løbe rundt, og der var ingen der ville betale for det. Og det er jo klart at når vi betaler over vores skat, så vil vi jo ikke betale en gang til.
- MN: Ja. Det har vi vist snakket om, men jeg stiller lige spørgsmålet alligevel. Hvis nu man ser på udviklingen der har været her gennem de sidste ti tyve år, så kan man se at det private er blevet inddraget mere og mere i opgaveløsningen, tror du det er en udvikling der vil fortsætte, altså tror det noget man vil udvide eller tror du det er ved at have fundet et naturligt leje?
- EL: Det er jo svært sådan rigtigt at være spåkone. Jeg tror at vi altid vil holde os på at det private vil være under 10 %. Vi er som befolkning indstillet på at vi skal have et ordentligt fælles sundhedsvæsen og så vil vi gerne bruge de private som stødepude og som en hveps i halen på det offentlige som viser at man kan tilrettelægge arbejdet mere hensigtsmæssigt. De private har jo haft stor indflydelse, fordi arbejdstilrettelæggelsen, er jo meget enklere på et privat hospital, det er jo også meget enklere når det ikke er så omfattende. Men faggrænserne betyder heller ikke så meget der, man kan blive modtaget af lægen der skal operere en, og han kører en ind på stuen, hvor der i det

offentlige kommer en anden type medarbejder og skubber til sengen. Og som en læge sagde til mig, hvis man på et privat hospital bliver færdig i lidt god tid, så tager man en patient ekstra, mens man i det offentlige tager sig en kop kaffe i stedet for. Der har været lidt kulturforskelle.

MN: Så det du mener det er at de er lidt mere effektive i det private?

EL: Ja, altså, de har en enklere arbejdstilrettelæggelse og faggrænserne er ikke sådan nogen snubletråde som man af og til oplever det i det offentlige.

MN: Hvorfor tror du det er sådan?

EL: Jamen fordi sådan fungerer den private sektor, man har nogle andre vilkår, man har en fælles interesse i at det her lykkes og firmaet overlever. Så en privat virksomhed fungerer jo ikke, hvis ikke der er overskud, så er der ikke nogen virksomhed. Alle har jo ligesom en interesse i at det her er et sted hvor folk gerne vil komme igen. Og hvor man føler sig godt behandlet. Det er det jeg mener med at der er lidt kulturforskelle, man kan opleve på det offentlige en rørende omsorg, især vores kræftafdelinger har jo gennemgående et meget fint renommé, men man kan også få en over næsen af en medarbejder, som har en dårlig dag. Og det accepterer man nok ikke på samme måde i en privat virksomhed, at man bider af kunderne. Så på serviceområdet der har den private sektor haft en meget fin afsmitning på det offentlige.

MN: Nu sagde ud selv, du tror at vi altid vil have et sygehusvæsen, hvor det privat aldrig vil komme til at fylde mere end cirka 10 %. Kunne du forestille dig et helt andet scenarie, at det kunne tage en helt anden retning?

EL: Hvordan tænker du?

MN: Jamen, det ved jeg ikke, noget med at der er nogen der finder på, for eksempel nu hvor flere for private sygeforsikringer, at de her forsikringsselskaber finder på at oprette non-profit sygehuse, hvor de sender

deres patienter hen i stedet for andre private sygehuse fordi det kan bedre betale sig. Jeg ved det ikke, et eller andet.

EL: Altså, jeg tror at meget patient behandling kræver så meget apparatur, teknologi-investeringer, at det vil være på det offentlige. Altså jeg kan ikke forestille mig at avanceret kræftbehandling kan fungere, det kan det i andre lande, men der har man så et elendigt offentligt sygehus. Og der har man nogle andre finansieringer, i tyskland, der betaler man over disse forskellige forsikringsselskaber og foreninger, som man bidrager til, i stedet for at betale skat, betaler man jo arbejdsmarkedsbidrag dertil. Så de har en helt anden finansiel konstruktion.

Men jeg tror det private vil bevæge sig på kanten, det vil sige, de vil tage det enkle og der vil de kunne være med til at presse det offentlige. For eksempel stæroperationer, det tager jo 20 minutter, men inden sygehusene fandt ud af at de også kunne nøjes med 20 minutter, der gik der jo lang tid.

Jeg kan nævne sådan en ting som, vi har jo private speciallæger, de har for længe siden fundet ud af at man kan godt have to undersøgelsesstuer, så mens patienten tager tøjet af og på, så behandler man i den anden stue. Der har vi haft oceaner af spildtid i det offentlige system, hvor så skulle stuen gøres ren og så gik lægen hen på afdelingen og lavede noget andet og kom så tilbage og så videre. Så hele den der optimering, den er blevet inspireret af privat virksomhed. Men store komplicerede transplantationer, har ingen private lyst til at gå i gang med. Det er masseproduktion, når man har fået indarbejdet en ny og fast operationstype for hofter og knæ, og sådan noget, så er det noget man kan afvikle rimelig hurtigt. Men alle de medicinske patienter, og dem er der jo mange af, ældre menneske hvor der er problemer med sukkersyge, der er problemer med kirtler, de kan fejle fem syv forskellige ting, det er ikke noget der frister. Det er mest det kirurgiske, det overskuelige. Så derfor tror jeg ikke de vil overtage hele billedet.

MN. Det var det. Det var hvad jeg havde at spørge om.

Bilag 3: Interview med Arne Rolighed

- Tidl. Sundhedsminister og nuværende adm. direktør for Kræftens Bekæmpelse
- d. 09.09.08

Jeg gør opmærksom på, at alle fyldord som øh osv., er blevet bortredigeret, ligesom påbegyndte men ikke fuldendte sætninger, ikke er medtaget i transskriberingen af interviewet, medmindre det er nødvendigt for forståelsen.

Interviewer: Mette U. Nors (MN)

Interviewet: Arne Rolighed (AR)

AR: Jeg vil gerne sige til båndet at det jeg siger, det må du bruge som du vil.

MN: Jeg ved ikke hvor meget du ved, men hvis nu du skal se tilbage, hvad tror du så grunden var til, at vi fik det fri sygehusvalg i 92/93?

AN: I 92/93? Jeg var selv direktør i den periode, i Århus Amt. Allerede i 90/91 åbnede vi op for amtsgrænserne i Århus Amt, Viborg Amt og Nordjyllands Amt. Så forløber den nationale fritvalgspolitik og lov om det i 93, der var forspillet faktisk at vi i Midt- og Nordjylland, havde lavet vores egen lov. Det kunne man jo faktisk, det var amtsrådene der suverænt bestemte hvordan man lagde tingene tilrette. Forhistorien er at der havde været lavet nogle aftaler hen over amtsgrænserne. Hvis man boede i nærheden af Hobro sygehus, kunne dem i det nordlige Århus amt så søge derop, og hvordan finansierede man det. Tilsvarende har der været i det Københavnske område nogle aftaler som på tværs af de der regionale grænser der var dengang.

MN: Var der ikke noget med at nogle af de der aftaler forsvandt? Så vidt jeg har forstået så var der nogle mere formaliserede aftalesystemer på et tidspunkt, som forsvandt?

AN: Ja, hos os der var de aftaler som vi selv lavede amt og amt imellem, dem lavede vi jo mange af. Det her var jo faktisk, aktivitetsmæssigt et meget lille område i forhold til de store aftaler vi lavede, for vi lavede jo også andre aftaler, der gik på at hvis mange var landsdelspatient, altså havde en specialsygdom, så kunne man jo ikke blive behandlet i Viborg eller Ringkøbing, så skulle man jo til Århus, på specialsygehus. Aktivitetsmæssigt så fyldte det jo meget mere. Aktivitetsmæssigt, så viste det sig jo at de her aftaler der gik over amtsgrænserne, de fyldte relativt lidt, men i medierne. Så faktisk, når du spørger til hvorfor det kom op, så var en af hovedgrundene, at der tit og ofte var nogle patienter der var kommet i klemme. F.eks. nogle der var blevet henvist til et sygehus med seks måneders ventetid, men hvor man de kunne komme til på den anden side af amtsgrænsen, efter seks dage. Eller hvorfor skal man køre 50 km til et sygehus, når der kun er 10 km til det nærmesteovre på den anden side og min moster og min familie bor på den anden side af grænsen og vil støtte mig under min sygehusindlæggelse, når jeg er på det og det sygehus. Hele tiden rejste der sig en masse spørgsmål om det ubehag mange patienter oplevede, i de der grænseområder, og det var noget journalisterne godt kunne lide i den lokale presse, og de fylder jo tæt i den lokale presse, derfor påvirker det altid det politiske system, når der kom sager dengang af den karakter. Og det var så grunden til at vi sagde, de der små debatter gider vi ikke have om de der småproblemer, og vi troede ikke på at når man lukkede grænserne op at det ville flytte nogle aktiviteter af betydning. Så derfor var vores hovedforventning, at det ville løse nogle kæmpe problemer, for relativt få patienter. Og det prøvede vi så af, og vi lavede nogle aftaler der hvor de tre regioner de stode sammen og åbnede amtsgrænserne.

MN: Hvornår var det sådan cirka?

AR: Det kan jeg ikke huske, om det var i 91 eller 92

MN: Så det var relativt kort for det frie sygehusvalg

AR: Ja, 91 vil jeg tro vi lukkede grænserne op, det var et år eller to og det var med til at inspirere. Men den debat der begynder at køre i min region, den begynder jo også i Sønderjylland og på Sjælland, hvor det var generende at bo tæt på et sygehus man ikke kunne komme på. Så patient kritikken, patient debatten, var jo nok med til at påvirke lokalpolitikkerne i midterregionen, og når der er noget der er kommet op lokalt, så er det tit og ofte også blevet taget op af politikerne på landsplan. Så derfor blev det også drøftet generelt med regeringen og folketingets partier, at vi får det her problem løst. Og den anden store grund var, at hvis der var plads i sygehusvæsenet, som der har været igennem den første del af det her århundrede, så er der formentlig ikke de store kritikpunkter og problemer, fordi hvis man kan komme til, selvom der var en 10-20 km mere, men problemet var at vi løb ind i nogle kapacitetsproblemer, nogle kæmpe ventelister, der i 80'erne og ind i 90'erne. Så det hører jo med til baggrunden også, at vores sygehusvæsen var under pres i 80'erne. Fra 82-92, der var der stort set en vandret økonomi, til trods for at aktivitetsniveauet steg 4 %. Det betød at stort set alle områder røg ud i tovene, psykiatrien, hjerte, kræft og medicin, vi fik etableret ventelister. Man slog ind i 80'erne på en styringsprincip, der hed udgiftsstyring, vi styrer efter de penge vi har, og ikke efter hvor mange patienter der gerne vil behandles. Det førte til to store konsekvenser, den ene ting, vi fik stoppet udviklingen på de danske sygehuse, vi fik (ud?) sygehusene og klinikkerne og lægerne, de røg ud i tovene. Det andet der skete det var at der opstod en kolossal kritik og pres fra borgerne, der oplevede servicesvigt, dårlig behandling, lange, lange ventelister. Så den anden hovedgrund skal du finde i det kæmpe pres der var på hospitalsvæsenet, og den deraf dårlige service, lange ventetider, og det betød at du kunne sidde på den ene side af en amtsgrænse med lange, lange ventetider på sygehusene, samtidig med at naboen kunne tage en. Og når naboen kunne tage en, så hang det jo sammen med, at når nogen kom over amtsgrænsen for at blive behandlet så fulgte der jo penge med, så det betalingssystem der var, det var med.

MN: Det betalingssystem der var, var det fordelagtigt for det modtagende sygehus?

AR: De fleste afregningssystemer, de kørte på 50-50, man fik halvtreds pct. af sengedagstaksten, men det var en fordel, for de blev kørt knaldhård i den periode. Der var rammestyring på, og ved at der kom en patient ind til halv pris, det var en fordel, fordi de fik lagt penge til budgettet, det betød jo så at en af de lokale så måtte vente længere. Men de fik pengene med, så der var et økonomisk incitament til at tage dem. En tredje grund, det var, at nogle kunne jo se, at i et presset væsen, kunne man få en mere rationel anvendelse af den samlede sygehusaktivitet, ved at vi arbejdede sammen og hjalp hinanden. Der var jo ingen grund til at man udvidede et aktivitetsområde i et amt, hvor der var ventelisteproblemer, hvis der var rigeligt plads i naboamtet. Så det kunne i et vist omfang være med til at udligne og få en bedre kapacitetsudnyttelse.

Så, store problemer via pressen, et knaldhårdt styret sygehusvæsen gennem 80'erne, og så også en vis rationaliserings forventning om at man kunne udnytte kapaciteten bedre, det tror jeg var de tre hovedgrunde.

Der opstår så en kultur i kølvandet på det, hos patienterne og borgerne, at vi skal tages med på råd og vi skal involveres og vi vil selv have lov til at bestemme over vores eget liv. Noget der slår meget ind i halvfemserne og ind idet her århundrede, hvor det er patienten nu der er kongen, går du 25 år tilbage, der var det lægerne der bestemte, ikke engang politikerne havde noget at sige dengang. I dag er det drejet rundt til at det er borgerne, patienten, efterspørgeren der har teten.

MN: Jeg har også fundet frem til at der sker noget med synet på lægerne og folk bliver knap så autoritetstro. Hvis nu man ser på tresserne og halvfjerdserne der handlede det meget om velfærdssamfundet, dets kapacitet osv. Og så op i firserne, der sker der ligesom en liberalisering og individualisering af samfundet, tror du det er rigtigt og har haft nogen indflydelse?

AR: Altså, du har ret i at gennem tresserne og halvfjerdserne, du kan læse Signild Valgårdas doktordisputats, hvor hun tager fra år 1900 og så op til i dag. Og der beskriver hun jo nærmest sundhedsområdet, som du arbejder med, at der nærmest var uafhængig vækst, der var ikke megen styring på

det, det var de enkelte læger der suverænt bestemte. Og det blev understøttet af ikke mindst Anker Jørgensens syn på velfærdsstatsudviklingen, om at det der er behov for, det skal også gives. Han havde et syn på at gå ud og støtte det sundhedsmæssige, det sociale og de områder hvor folk led nød. Så der var medvind til lægernes dominans om at få alt det de pegede på, og hvis det endelig skulle gå helt galt, så kom de med: ud fra en lægefaglig vurdering, er det altså vigtigt at vi får de og de millioner. Der har Signild Vallgård nogle gode betragtninger på, hvad det er for nogle mekanismer der virkede i den periode. Og det er de faglige ambitioner hos det professionelle personale, sammen med statens generelle politik om en ekspansiv velfærdsudvikling. Og det slår jo over i 1982, hvor Heinesen smider håndklædet i ringen, og siger vi har ikke råd til det mere, vi er nødt til at finde en anden kurs i økonomien i det her land. Så den skifte, der var der fra Anker Jørgensen, til Poul Schlüter i 82, den førte jo til, jeg synes nu ikke særlig meget liberalisering, men tværtimod en knaldhård udgiftspolitik, hvor man hen over ministerierne fik lagt en ramme, her er en ramme, det er det der er sat af på finansloven, det er det der er sat af ude på sygehusene og amterne og den ramme den skal holdes. Som et af de eneste sektorområder, der løste vi faktisk på sygehusområdet, at køre en effektiv sygehuspolitik, således at vi kan sige at fra 82 til 92, der var der stort set ingen vækst, overhovedet i økonomien på sygehusene, til trods for de der 4 % årlige patienttilgang. Så den der patienttilgang der er fra 82 til 92, den finansieres ved rationalisering, besparelser og strukturomlægninger, plus serviceforringelser, de for simpelthen ikke den behandling de har krav på. Så i stedet for en liberal, hvor man slipper alle kræfterne løs, der blev det faktisk modsat kørt en kæmpe knaldhård udgiftspolitik. Det mener jeg så til gengæld, som jeg sagde før, er en af forklaringerne på at kritikken kom til at fylde meget, herunder også den kritik der knytter sig til de der åndssvage amtsgrænser. Enhver kunne jo se at det var fuldstændigt tåbeligt, man havde delt landet op i 14 eller 15 regioner, men man kunne ikke blive behandlet på begge sider. Så det var jo uholdbart især i den der kritiske periode, hvor alt blev kritiseret inden for sygehusvæsenet. Der var jo fandeme ikke en dag, hvor der var ti kritiske artikler om det danske sygehusvæsen, det var en hård periode.

Den liberalisering, som jeg godt kan forstå du spørger til, den begynder så småt at komme igennem 90'erne, hvor det frie valg bliver understøttet af nogle liberale kræfter, det ser du på forskellige områder, på skole og sociale områder, hvor kæden er ved at hoppe fuldstændigt af, hvor der er stor fart på at lægge opgaverne væk fra det offentlige over til det private.

MN: Det vender vi tilbage til. ... Hvis nu problemet var ventelister osv., hvorfor tror du så man valgte præcis denne løsning, med at åbne amtsgrænserne. Kunne man ikke ligeså godt have tilført nogle flere penge til sygehusvæsenet, f.eks., så man kunne komme af med ventelisterne?

AR: Jo, altså at åbne amtsgrænserne, der er jo ingen løsning på de servicesvigt og de kapacitetsproblemer og de lange ventelister der var i det danske sygehusvæsen. Så der er ingen reel, seriøs sammenhæng imellem venteliste og kapacitetsproblemer og servicesvigt inde på sygehusene og så til at åbne amtsgrænserne. Det at åbne amtsgrænserne, det var efter min mening, kun et forsøg på at luk for de skrig og skrål, der kom fra patienter der følte de var i klemme i de der grænseområder. Kvantitativt flyttede de ikke meget i det danske sygehusvæsen, med de der grænseproblemer. Med undtagelse af København, i Københavnsområdet har de jo en mærkelig sygehusstruktur, hvor de har sygehuse hos hinanden, der kunne de flytte temmelig meget. Men hen over landet som helhed, der fyldte grænseproblematikken, kvantitativt ikke ret meget og man kunne ikke bruge grænseåbningen til at løse væsentlige problemer, ud over de få problemer, der knyttede sig til de få der var kommet i klemme.

MN: Ved du om der var andre løsningsmuligheder, der var oppe og vende, altså andet end bare at åbne grænserne.

AR: Ja, de årlige ting der var oppe og vende, det var, kan vi få flere penge. Men der skal du huske på, man kommer fra en tid i tresserne og halvfjerdserne, hvor de var uhæmmet vækst og man havde nogle forventninger i finansministeriet, jeg var selv i finansministeriet fra 1980 til 84, vi havde jo nogle forventninger til, at ad åre, så ville den opdrift, den vækst der var i

sygehusvæsenet, den ville æde det meste af bruttonationalproduktet, sådan så det jo ud, man troede ikke det kunne styres. Men pludselig, da Schlüter træder til og siger NU skal budgetterne overholdes, nu kører vi rammestyring, som det hed, den udgiftspolitik vi har, den skal saft susme holde, i har den at gøre godt med og i bruger ikke mere. Det viste sig jo at virke, man fik for første gang i danmarkshistorien, en udgiftspolitik på sygehusområdet, der havde effekt, man holdt budgetterne, man holdt væksten i ro. Den begejstring det gav, det var jo første gang politikkerne på det amtskommunale område træder i karakter, tager et ansvar for at styre og lede, hen over hovederne på overlægerne, det var første gang vi fik en markering af at der var en politisk ledelse der tager ansvar, ellers havde det været overlægerne der bestemte vækstudviklingen. Men den begejstring det giver i amtsrådssalene og i ledelsessystemerne, ikke mindst på Christiansborg og omegn, den gør jo at man har svært ved at slippe den udgiftspolitik. I den begejstring, der glemmer man så at lytte, hvad er det der sker ude hos borgerne, hvad er det der sker hos patienterne, hvad er det de oplever, hvordan er de oplever at skal vente og vente og nogle dør på ventelisterne og alle de debatter der. Så den udgiftspolitiske succes, den kom til at ske på bekostning af, at de ikke udviklede et sundhedsvæsen der tog hensyn til borgernes synspunkter og borgenes forventninger. Rent udbud og ingen inddragelse af efterspørgerforventninger.

MN: Tror du der var nogen af de relevante aktører der havde fordel af at man valgte at åbne amtsgrænserne og ikke valgte andre løsninger?

AR: Det er jo meget skægt, der kommer jo til ske det at vi kommer ind i en periode, hvor det er en socialdemokratisk regering der går i front, der sker det, der i overgangsårene fra Schlüter regeringen og indtil Nyrup regeringen, fordi nogle af hovedaktørerne på det område, det var folketinget, det var dem der begyndte at lave lovændringerne, og det er klart at de liberale kræfter i folketinget, har jo et ønske om at gøre kræfterne så frie og i den forstand, har du jo nok ret i at der var en liberal strømning, at give kræfterne fri, eller borgere fri, det ville gøre at vi fik en bedre tilfredshed, men også en bedre ressourceallokering på sygehussiden. Ja, du kan helt

sikkert finde folketalingstalere og du kan finde avisdebatter af den karakter, det er der ingen tvivl om, om ideen var jo så at holde det op mod de der grimme socialdemokrater der ville styre tingene, men ikke løse tingene for borgerne. Men jeg tror det var overskygget af den debat der knyttede sig til de enkeltpatienter der var kommet i klemme ved at have de amtsgrænser, det var dem der fyldte. Som jeg husker det så var det patienthistorierne i medierne der fyldte, fyldte i debatten, det var ikke den stalinistiske styringsmodel, kontra den liberalistiske. Aktører der havde glæde af det her, det er der ingen tvivl om at det var patientaktørerne, hvis du tager patienterne som grupper, der var ingen tvivl om at de kunne se en kæmpe fordel i at bryde murene ned, så der var frit valg til det ene og det andet sygehus.

MN: Tror du de var med til at påvirke processen?

AR: Ja, jeg tror de der patienthistorier, de fyldte 60-70 % af den indflydelses sum der skabte det.

MN: Jeg tænkte nu mere på, om der var nogen patient interesseorganisationer der direkte gik ind og forsøgte at påvirke processen?

AR: Jeg kan ikke huske, at der var patientforeninger der var på banen, det var mest den lokale journalist, der havde støvet op en patienthistorie, dem var der sku mange af. Jeg tror de der enkelthistorier, der kommer fra græsrodderne, var det der tegnede billedet. Jeg husker ikke Kræftens Bekæmpelse eller andre foreninger der satte en dagsorden på det tidspunkt. Også fordi vi havde ikke rigtig, og vi har stadig ikke, nogen patientforening, der tegner alle patienter i Danmark. Det er jo kræftpatienter, hjertepatienter, diabetespatienter, der er man jo lagt forbi det tidspunkt hvor man sidder ved amtsgrænsen og skal undersøges på et sygehus, der er man jo langt inde i systemet, når man er specialpatient. Jeg vil ikke udelukke der kunne have været nogen, jeg erindrer det bare ikke. Da jeg selv var meget central i den der amtsgrænse problematik, ved at vi selv gik forrest i Århus og Viborg og Nordjylland. Nej det var lokalhistorierne, det var patienter der henvendte sig til lokalpolitikere. Så egentlig har du her at gøre med et fænomen, hvor

man kan sige, en lovændring og en politikændring, der presses frem, fra egentlige græsrodder og enkeltindivider, ved at kontakte lokalpolitikere og medierne. Den præparering gennem en årrække, var nok det der gav forandringen og det var så skubbet godt af sted af det pres der var på sygehusvæsenet.

I dagens Danmark har du den samme problematik med de domme der er kommet i EU og direktivet om at åbne landegrænserne. Det er de samme argumenter. Men fakta er, det vil løse nogle kæmpe problemer for relativt få.

MN: Hvis nu du så skal se tilbage på beslutningen op til det frie sygehusvalg. Ser du så beslutningen som en fortsættelse af den hidtidige politik der havde været op gennem halvfjerdserne og firserne, eller er den et brud med den politik der blev ført på sygehusområdet?

AR: Der var en tendens til i firserne, hvor man kunne råbe og skrike om at service niveauet var for ringe, men man overhørte det. Der var kilometer lange ventelister til hjertepatienter, dårlig psykiatri og flerlandstuer, der var masser af kritiske ting. Men udgiftspolitikken havde så stor en betydning og betydede så meget i den politiske kultur, at der var ikke tid til at lytte. Det der ske ind i halvfemserne, det er et brud med den der meget fundamentalistiske udgiftspolitiske linje, til at vi lukkede en lille smule op for at lytte til efterspørgerne. Altså der hvor jeg ser et brud, det er et skift måske er kommet i hele den vestlige kultur, om at borgerne skal mere med, borgerne skal mere involveres, vi skal lytte mere til patienterne. I den strøm der ligger der i ændringerne i folketendenserne, folkekulturen, det tror jeg har haft en stor indflydelse, at det lige præcis blev i 92/93 og ikke i 88/89 eller 84/85, for problemet var der fandme også for ti år siden. Men det blev pludselig mere synligt, netop fordi borgerne ville til orde i den her debat. Så det er nok også krydret med at det er legitimt at blande sig i debatten og vi ikke bare følger os for overlægen. Og den udvikling er så igen skubbet af sted af at vi havde massive kapacitetsproblemer og serviceforringelser, så der var noget at kritisere, for det var fandme ikke i orden med de lange ventetider, serviceniveauet var ikke i orden. Så det at man pludselig åbner munden mod

lægerne, mod sygehusvæsenet, var noget nyt, det havde man jo ikke gjort i et helt århundrede. Så man kan sige at det udgiftspres der lå på sygehusvæsenet i firserne, det fik patienten til at vågne op og tage bladet fra munden. Og den kritiske røst kom så også til at gælde grænsepatienterne. Og så tror jeg det hørte med til billedet, at det var noget man kunne se konsekvenserne af, at lukke amtsgrænserne op, det har ikke den store betydning, dels var der nogen de ville gå den vej, dels nogen der ville gå den vej, og det var en fælles opgave. Og så lå det lidt i luften, at hvis ikke de der amter de opførte sig ordentligt, så blev de nedlagt, de konservative havde meget med det at gøre og fremskridtspatiet og senere dansk folkeparti, kan i ikke levere varen så lukker vi jer. Og her var jo et område hvor amterne ikke leverede varen, fordi de ikke arbejdede sammen, derfor sagde folkettinget, kære amter, hvis i vil have en fortsat eksistens på den her klode, så må i lære at løse jeres problemer. Så jeg tror også det hører med til billedet at der var et politisk pres, ned på amterne, om at, søg nu for at få løst jeres problemer eller lukker vi jer.

MN: Tror du der var nogle af de centrale aktører der i begyndelsen af halvfemserne, der havde forudset udviklingen i det frie sygehusvalg, jeg tænker på det udvidede frie sygehusvalg og så videre.

AR: Nej, jeg tror ikke at frygten for det private var meget fremme. (...) det var så nemt at argumenterer for at åbne amtsgrænserne og dem der skulle forsvare det de havde ingen argumenter.

MN: Så vil jeg gerne gå over til at snakke lidt om det fremtidige sygehusvæsen. Hvilken betydning tror du det frie sygehusvalg, og også det udvidede, vil få for det fremtidige sygehusvæsen?

AR: Ja, se det er skide spændende, det der starter med at løse nogle kæmpe problemer for nogle få patienter, den filosofi, den ideologi, den ligger jo lige til de der liberale kræfter om at det er den enkelte borger der skal have frihed til selv at vælge det sted man ønsker at blive behandlet. Det tror jeg har kolossal betydning, for lige at tage mellemspillet her og nu. Da jeg var

sundhedsminister i 2001, der lagde jeg op til på kræft området at lave en behandlingsgaranti, der hedder 2 uger til forundersøgelse, 2 uger til efterbehandling og så fire uger til efterbehandling, og kunne man ikke levere varen i det offentlige, så havde man mulighed for at vælge det private eller udlandet. For det er jo vigtigere at patienten bliver behandlet, end at de bliver modtaget på de offentlige sygehuse. Så allerede i min, socialdemokratiske ministertid, der lukkede vi op for de private sygehuse, jeg tror det var første gang man lukkede op for at bruge de private sygehuse. Den har Lars Løkke så fuldt op på, ved at lave behandlingsgaranti på to og så en måned. Det har sat skub i en masse ting. Samtidig med at man holder igen med budgetterne, der er ikke kapacitet nok, der er ikke læger og sygeplejersker nok og der er lange ventelister, og man har mulighed for at gå til det private, så vil der jo ske en udvikling i retning af, at flere klinikker vil skyde op, og lægerne og sygeplejerskerne, fra de hårdt belastede områder, de vil flytte over i privat klinikkerne. Det kan jo sætte en spiral i gang, der siger at ventetiden herovre bliver endnu længere, samtidig med at man løser dem hurtigere herovre. Så det er nok en af konsekvenserne i øjeblikket, at vi er på vej til at lave et tostrengt hospitalsvæsen. Kjeld Møller Pedersen, vil sige, det betyder ingenting, det er en til to pct., det siger jeg, det er for naivt, om nogle få år vil det formentlig være fire pct., så otte pct. om 16 år er det 16 pct. og så er det pludselig en faktor i dansk sundhedsvæsen, som vi skal regne med. Derfor synes jeg du ser ret i, at det der blev skabt som grundfundament for den enkelte borger, nemlig friheden til at vælge, som der først i halvfemserne var fuld enighed om, var nok den værdiplatform, der i dag har gjort det muligt at udvide det til det private, så vi har en privat og et offentligt sygehusvæsen. Det kan du så spørge om, er der da noget galt i det? Så siger jeg, det er sgu ikke sikkert, hvis det er sådan at det der bygges op i det private, i lige grad tager fat i de alvorligt syge som de mindre syge, så ser jeg ingen problemer i det. Hvis man sikrer at den der er mest syg bliver behandlet først og der ikke er penge mellem patient og læge og vi fastholder det der hedder fri og lige adgang, så ser jeg ingen problemer i at man har et offentligt og privat sygehusvæsen. For mig kunne det hele være privat, hvis bare den enkelte borger var sikker, at er der et behov så bliver det dækket med fri og lige adgang. Så det ikke er den

fattigste der kommer til sidst, det er ikke den mest syge der bliver behandlet sidst. Desværre har det udviklet sig sådan i dagens Danmark, at vi kan se at dem der har en livstruende sygdom, eksempelvis kræft, de venter i gennemsnit 85 dage, fra henvisning, til behandlingsstart, hvorimod lettere behandlingsting, som åreknuder, de bliver klaret inden for to måneder. Så vi har udviklet et sygehusvæsen inden for de sidste syv år, der helt i strid med det grundprincip, at den der er mest syg skal behandles først. Sådan er det ikke, i dag er der udviklet et sygehusvæsen, der gør at den der er mest rask kommer til først og den der er mest syg skal vente længe. Det var derfor at kræftens bekæmpelse gik ud sidste år og sagde, nu er det nok.

MN: Hvorfor tror du det er blevet sådan?

AR: Det er blevet sådan, ikke fordi vi mangler penge, men fordi vi mangler læger og sygeplejersker, så hvis der er mangel på det ressourcemandskab der skal behandle, og man gør det lettere at få behandlet dem der er raske, så vil lægerne søge over til dem der er raske, fordi her er pengene. Hvorimod en medicinsk patient der kan tage uger og måneder at få diagnose på, det vil være en ren underskudsforretning. Derimod de kliniker der an laves en hofteoperation, eller hvad de nu laver, de kan jo køre gadagong gadagong, og få en god økonomi ud af det. En anden konsekvens af at vi får private hospitaler, det er blevet krydret med at vi får private forsikringer eller virksomhedsforsikring, der kan betale for at blive undersøgt. Og det betyder, at patienter fra Nordsjælland, de fiser så over på Hamlet og får taget en CT-scanning eller Mølholm og får lavet en MR-scanning og finder ud af at de har en knude i hjernen. Dem der ikke har forsikring, ældre, dem uden for arbejdsmarkedet børn og handicappede, de må så vente 5-6 uger eller hvor længe det nu tager i det offentlige at få diagnosen, det vil sige at de rige, dem med forsikringer, de kan komme foran ved at de selv får lavet scanningerne, og herved skaber du det, at dem der har forsikringer, de tager røven på de fattige.

- MN: Jamen, kan man ikke også se det på en anden måde, så dem du karakteriserer som de rige, de netop letter presset på det offentlige, så de andre hurtigere kan komme til?
- AR: Jo, sådan ville det være, hvis der var læger og sygeplejersker nok, så hvis du kunne sende dem et andet sted hed hvor de trak på nogle andre, for der er jo nogle kapacitetsproblemer qua vi mangler læger i de offentlige sygehuse. Og det bliver ikke bedre af at vi sender nogle af dem over i det private, så bliver det faktisk værre, så skal man vente endnu længere. Så jeg er enig med dig i at hvis det var sådan, at dem der havde penge eller forsikringer, de gik herover og betalte selv, så ville det lette den økonomiske byrde, ja. Men det er ikke økonomien der er problemet i sygehusvæsenet, det er lægemanglen, på kræftområdet har vi skønnet at vi kommer til at mangle 25 % speciallæger om en fire fem år, for at få alle kræftpatienter diagnosticeret. Og hvis de få læger der er tilbage også rykker over, så ryger vi jo fuldstændigt på røven. Det betyder at vi har lavet en politik de senere syv år, der tilgodeser de raske patienter, dem der har mindst behandlingsbehov, hvorimod dem der har mest behov for behandling, dem har vi ladet i stikken. Så det der starter som en uskyldig grænseproblematik, hvis man skal prøve at trække en linje op, har været med til at skubbe til en udvikling der er på vej imod et amerikansk sundhedsvæsen, med et a og et b-hold, hvor dem der har pengene kommer til foran dem der ikke har pengene.
- MN: Så vidt jeg ved, er der procentvis ikke ret mange ansat i det private i forhold til det offentlige, så gør det vel ikke den store forskel. Så er det ikke nærmere et uddannelsespolitiks spørgsmål, frem for et spørgsmål om de private?
- AR: Ja, det er jo et rigtig godt argument, og sådan har det jo ligget fra 1988/89 op til i dag, aktiviteten har ligget der på en halv til halvanden procent. Men vi ser nogle tendenser i øjeblikket der går meget stærkt og jeg tror vi ender med noget der er meget værre, om fire år fire procent om otte år otte procent osv., og så er det pludselig ikke uskyldigt længere. Du kan prøve at gå en tur i Århus for eksempel og du kan fandme ikke finde et gadehjørne hvor der

ikke er en privat sygehus, en privat klinik. Og sender du lægerne over i det private system bliver ventelisterne jo endnu længere.

MN: Men så har patienterne jo en, en månedsfrist

AR: Ja, og så ryger de her over. Det vil sætte yderligere fart i at, både patienterne, pengene og lægerne, de flytter over i det her regi. Det der bliver tilbage, det bliver en længere og længere venteliste. Problemet er bare, det er de raske, der kan gå med i det cirkus, de syge, de medicinske patienter, påtager de i øjeblikket ikke på klinikkerne. Kræftpatienter påtager de jo ikke i væsentlig omfang på privatklinikkerne. Så taberne bliver de mest syge, de ressourcetsvageste.

MN: Umiddelbart så giver jeg dig ret, men jeg synes bare... kunne man ikke godt forestille sig, at hvis nu det er en udvikling der accelererer, så man på et tidspunkt valgte at sige, alt det planlagte, det giver vi til de private, så kan de ordne det, og så frigives nogle ressourcer, nogle kapaciteter, til at tage sig af de medicinske, til at specialisere os?

AR: Jo, hvis der var læger nok. Men en af de værdier, jeg synes der er godt, det er at den der har mest behov, skal behandles først. Hvis du bygger en flot privat sektor op, eller sektor B op, med super-specialister, dygtige folk, gadagong, gadagong, gadagong og pengene de strømmer ind, så vil der være en stigende interesse i at komme over i det system.

MN: Tror du ikke man fagligt hellere vil arbejde med det der...

AR: Med vores målestok hvor man kan dø af kræft inden for, du skal se nogle billeder jeg har, hvor man på 19 dage kan udvikle en kræft fra ingenting, til en fjerdedel af kæben er ædt op af kræftceller. Så en måned kan være lang tid, det kan man dø af i mit system. Hvorimod hvis der går 15 år med at udvikle grå stær, så sker der jo ikke så meget ved at vente et par dage mere. Men det der sker lige i øjeblikket, dem der har mindst behov for at blive behandlet, de bliver behandlet først og dem der har mest behov for at

overleve, de bliver behandlet sidst. Det er den udvikling vi har set de sidste par år. Så ja hvis du kan sikre mig at den der har mest behov kommer til først, og der er fri og lige adgang, så kan du for mig lukke op for de... jeg skrev en kronik om det engang i politikken sidste år. Der foreslog jeg faktisk som gammel sundhedsminister, at man lukkede op for fri og lige adgang, til både private og offentlige sygehuse i ind og udland. Og det er jo for at undgå den skævvridning jeg ser i dag, at dem der har pengene, patientforsikringerne, de snyder sig uden om. De bruger jo deres kraft til at klare egne problemer, på bekostning af de svage. Går du op på Aalborg forsamlingshus, eller et eller andet, og siger vi skal have frie og lige adgang... JA, vi skal have fri og lige adgang, det sagde Helle Thorning også fra talerstolen her i weekenden, hele Danmark er enig. Men de er jo ikke engang ude af kongressalen, de samme socialdemokrater eller også andre i det her land, før de er henne og tegne den her forsikring. Og så kan du stille det spørgsmål, hvorfor er det lige jeg tegne den her forsikring? Og det kan jeg godt svare på, det er for at tage røven på den fattige, det er for at tage røven på naboen. Så vil nogen sige, hvis det offentlige fungerede, så ville vi aldrig tegne en forsikring. Nej, men sagen er den at det offentlige ikke fungerer, og derfor er vi i en situation hvor de der patientforsikringer er med til at skævvride, sådan at dem der har forsikringerne, dem der har pengene, de har mulighed for at komme til først. Og så må de andre fattige, de syge må vente til sidst. Så igen, kunne man lukke op for en politik i det her land, hvor der var fri og lige adgang, både for den fattige og den rige, både til det offentlige og til det private, og princippet om at den der er mest syg skal behandles først, så kunne de for mig lukke op for alle private og offentlige sygehuse i hele Europa. Der tror jeg så også at det her løb *er kørt*, de private *er* kommen, de private klinikker er en del af det private sygehusvæsen nu, det kan ikke betale sig at kæmpe imod. Men vi kan kæmpe med dem og så skabe et nyt værdifundament, for et fælles sundhedsvæsen, med fri og lige adgang, den der har mest behov skal til først, ingen penge mellem patienter og læger, så vi ikke får skævvridning pga. pengene. Det ser man mange gange, når der går penge imellem patienter og læger, så ske der nogle ting inden på behandlingsbordet der ikke behøvede at ske, så det er bedst der ikke er penge imellem, så det ikke er pengene der bestemmer kniven.

MN: Hvis nu du skulle se ud i fremtiden, og ser på den nuværende udvikling, med et dominerende offentligt sygehusvæsen og et meget lille privat sygehusvæsen. Er det en udvikling, du tror, vil fortsætte...

AN: Jeg ser to scenarier. Den ene scenarie er at vi nærmer os det amerikanske sundhedsvæsen, med et A og et B system, hvor de rige og de stærke tager lægerne og teten, foran de fattige. Med den konsekvens at de rige bliver overbehandlet og de fattige bliver underbehandlet. Det er den ene scenarie, hvis den aktuelle sundhedspolitik der bliver ført i øjeblikket fortsætter, så vil det ske. Det vil blive imødegået i de næste 15 år ved at vi får flere speciallæger, så vi får besat speciallæger stillingerne, så den tempo det sker med i øjeblikket, den vil blive en lille smule langsommere.

Den anden scenarie jeg ser, der kan jeg ikke engang få mit eget parti med endnu, det er at sige, vi må acceptere at de private klinikker der er her, og derfor arbejde for en politik hvor der er fri og lige adgang til både offentlige og private, med faglig visitering, det skal være en læge der visiterer til behandling. Ikke bare i Danmark, men til hele Europa, det var det der kunne sikre at det ikke er de rå markeds kræfter der bestemmer behandlingen, det er behandlingsbehovene, det er det politiske demokratiske system, og endelig det er den lægefaglige vurdering der afgør hvilke undersøgelser og behandling du skal have, og kan lægen eller sygehuset ikke klare den behandling du skal have, så sender vi dem til udlandet. Sådan at der er tillid mellem patient og sundhedsvæsenet, der siger at hele verden er til rådighed, hvis man har en sygdom der kræver det. Det ville være flot.

Det er det jeg står for. De siger det samme nu alle steder, men de gør bare noget andet. Du kan få vores nuværende sundhedsminister, som for øvrigt er en fremragende mand fra Aalborg, til at sige det sammen, men der sker bare noget andet.

MN: Hvordan det?

AR: Du kan sagtens få Axel til at sige det samme jeg lige har sagt, men gå du ud i virkeligheden og ser hvad der sker, det er at der kommer en susende forbi her om et kvarter på vej til hamlet, og tager røven på de fattige fra Vanløse

og Valby. Fordi de har penge i lommen eller en forsikring, eller virksomhedsordning. Virksomhedsordning, det betyder at virksomheder kan sende deres medarbejdere til behandling, foran dem som er udenfor arbejdsmarkedet, kronikerne, børnene. Og det er jo skævt, fordi vi betaler 50 %, fordi de kan trække det fra i skat. Så... vi er i et meget ømt sted lige i øjeblikket, hvor der er brug for en kursændring. Jeg siger ikke vi har haft en dårlig regering, jeg siger bare der sker noget ude på lægterne, som er skævt i forhold til det værdisæt vi er enige om. Da Lars Løkke lavede den der politik om at hvis du har ventet mere end en måned, så kan du komme på privat hospital, der gjorde han det af godt hjerte. Og egentlig kan man også se det som et opgør mod patientforsikringerne, for hvis man kan komme hurtigt til, hvorfor så tegne en forsikring. Men konsekvensen er bare, at man tager lægerne væk fra de syge.

MN: Hvis nu, man siger at de private får en større profit, end de offentlige, med DRG-taksterne, hvis nu man fik ændret taksterne, så profitten for de private blev mindre, tror du det kunne bremse den her udvikling?

AR: Jo, det tror jeg, for det ville give de offentlige sygehuse en mulighed for at kunne give deres læger en bedre løn, så de bedre kunne fastholde dem. For det hører med til det billede her at det er privat klinikkerne der tjener mange penge lige i øjeblikket, de kan jo fandme give op til en 30-40.000 om dagen for en specialist. Den mulighed vil de offentlige aldrig få. Så hvis man udlignede de økonomiske rammevilkår, så man fik mere ligeværdige konkurrencevilkår. Så ville man bremse den flugt. En anden ting man kunne gøre, man kunne jo lede i retningen af, at man arbejdede noget mere sammen, så når man kom til praktiserende læge, så var der én indgang, og så var det ligegyldigt om det var det offentlige eller det private. Jeg er ikke imod privathospitaler, det var jeg selv med til at lave en bekendtgørelse i sin tid om, men det jeg er imod, er som det kører i øjeblikket, hvor det er med til at forhindre at den der er mest syg kommer til først. Det er med til at forstærke en tendens til at de stærke de kommer før de resourcesvage. Og det er en gal udvikling. en gal samfundsmæssig udvikling, fordi det skaber spændinger i vores samfund.

Bilag 4: Interview med Nis Alstrup

- Centerchef for Esbjerg Privathospital og formand for SPPD¹⁴⁹
- d. 25. aug. 2008

Jeg gør opmærksom på at alle fyldord som øh osv., er blevet bortredigeret, ligesom påbegyndte, men ikke fuldendte sætninger, ikke er medtaget i transskriberingen af interviewet, medmindre det er nødvendigt for forståelsen. Jeg gør endvidere opmærksom på, grundet uforudsete hændelser, er der blevet afvejet en del fra spørgeguiden, samt, at en del spørgsmål var irrelevante og blev derfor ikke stillet.

Interviewer: Mette U. Nors (MN)

Interviewet: Nis Alstrup (NA)

MN: Ja. Jeg laver den her undersøgelse af udviklingen op til og efter det frie sygehusvalg. Jeg vil gerne hvis vi starter med at snakke lidt om grunden til at vi fik det frie sygehusvalg i 92/93.

NA: 2002, nej det frie sygehusvalg.

MN: Frie sygehusvalg, ikke det udvidede, det kommer vi til at snakke lidt om lidt senere. Jeg ved ikke hvor meget du ved om det, men har du nogen mening om hvad grunden var til at vi fik det frie sygehusvalg?

NA: Nej, jeg vil sige, jeg ved ikke så meget om det frie sygehusvalg. Jeg tror det var et ønske om at ressourcerne blev udnyttet bedre, amterne imellem. At der blev en større mulighed for, at hvis der var et amt der havde en kapacitet, at man så kunne flytte patienterne, gav dem en mulighed for at vælge mellem de offentlige sygehuse. Sådan har jeg opfattet det, men det er af gode grunde, jo ikke noget jeg ved så meget om, for jeg har ikke beskæftiget mig med det. Det blev først interessant for mig, da det udvidede frie sygehusvalg kom.

¹⁴⁹ Sammenslutningen af privathospitaler og privatklinikker i Danmark

MN: Ok. Ved du hvad, så tror jeg egentlig bare at jeg springer lidt frem i interviewet, for vi har jo ikke så meget tid. Så bliver det altså et ret kort interview, så kan jeg spørge om resten over telefonen.

NA: Ja, det kan du gøre, ja. Jeg synes det er fint, du prioriterer det der er vigtigt mens vi ser på hinanden, mens vi snakker.

MN: Ja. Det udvidede frie sygehusvalg, har du nogen ide om hvad det var der gjorde vi fik det?

NA: Ja, det har jeg så mange flere ideer om, end det andet. Fordi det har jeg jo selv beskæftiget mig meget med, og vi var faktisk de første henede der indgik aftaler, overhovedet, i landet om, og arbejdede efter det udvidede frie sygehusvalg. Og det er helt klart, at ønsket med det var, selvfølgelig, at lægge et pres på amternes ikke fungerende logistik på afviklingen af hospitalsydelser.

Altså, man havde i mange år opereret med lange ventelister inden for alle mulige ting, både inden for ganske alvorlige sygdomme, hvor man har tabt menneskeliv og værdier kan man sige, altså både øget dødelighed, mortalitet og morbiditet, øget sygelighed, på grund af dårlig planlægning.

Så der har man simpelthen ønsket at lægge et pres på de offentlige sygehuse. Og det har selvfølgelig været ud fra et ønske om at få flere patienter igennem, men det har også været ud fra et ønske om at etablere en egentlig konkurrence, ud fra et ønske om at bevæge sig over mod en takststyring, og ud fra et ønske om at etablere noget der ligner markedsvilkår. Og den afprøvning der ligger i det, har man set, har været smartere at gøre på den her måde, altså få det private ind, hvor man kan sige, der har man så kunnet afprøve nogle vilkår for at styre det mere over takster, i stedet for rammebevillinger. Altså, sikre sig at folk de levere noget for de penge som de nu fik. Og det er det jo udpræget for os, vi få jo ikke noget, hvis vi ikke opererer, vi får ikke nogen dækning af vores basisomkostninger. Det hele skal være indeholdt i de takster vi får.

Men det er helt klart at det både har været et økonomisk incitament og det også har været et ønske om at afvikle pukler. Og man kan sige, i hvert fald hvad puklerne har angået, der har man jo fået gjort noget ved det. Altså, det er helt klart, der blev opereret i løbet af de første få år en 60.000 patienter, efter det udvidede frie sygehusvalg. Og der blev så opereret ligeså mange flere i de offentlige sygehuse, alene på grund af den konkurrencesituation der var, nu kunne man pludselig ikke bare sige, du må vente, for du har ikke nogen valgmulighed, så sagde folk, det er fint, så tager vi et andet sted hen. Alene det gjorde, at man blev skarpere i sin afvikling af ventelister på de offentlige sygehuse.

MN: Dengang, man udvidede sygehusvalget, har du nogen ide om, om det private sygehusvæsen spillede en rolle i den proces der var omkring det?

NA: Altså, hvad tænker du på, i den politiske beslutningsproces?

MN: Ja, i den politiske beslutningsproces, har de været med til at påvirke, har de ønsket at påvirke processen.

NA: Altså, jeg er ikke i tvivl om at man har tænkt en liberalisering af ydelser ind i det, det er netop det jeg også sagde med at markedsliggøre det her. Altså prøve at liberalisere, også sige, ligesom inden for andre ting, hvorfor lade det offentlige lave, det viser sig indenfor mange områder at man kan få tingene lavet lige så godt, og, måske billigere, ikke måske, men billigere af det private. Så hvorfor ikke. Lad os prøve at gøre det. Det tror jeg er et væsentligt incitament til det her.

MN: Det er vel ikke billigere, det er da den samme takst man får i det private?

NA: Det er da billigere. Det er 95 % af den offentlige DRG-takst i gennemsnit, det har regionerne selv indrømmet på et tidspunkt, det får du dem ikke til at indrømme mere.

MN: Ok, jeg troede faktisk at man fik samme takst.

NA: Det gør man ikke, nej. Vi ligger i gennemsnit på 95 % af DRG-taksten. Og det er en meget meget kompliceret og kedelig snak, fordi den bliver meget teknisk og også kedelig, fordi når du taler med repræsentanter for de offentlige sygehuse og for regionerne, så må man bare sige at de fremsætter det ikke på en redelig facon, man nøjes med at tale om de forskelle der er til fordel for de offentlige. Fordi man siger, du har en DRG-takst, og der er det så dokumenteret at vi i snit har aftalt, at vi ligger på ca. 95 %. Så siger det offentlige, det er stadig alt, alt for meget, fordi når du går ud på en fri-klinik og bliver opereret, så får fri-klinikken jo kun 60 %. Men det er jo marginal produktion, de skal ikke have så mange penge og i har jo ikke udgifter til uddannelse og forskning og vagter, og det koster jo mange, mange penge, så derfor skal i slet ikke have så meget. Det kan du høre, du kan bare åbne radioen, hvis Bent Hansen er der så siger han det, det er næsten ligegyldig hvad han bliver interviewet om.

MN: Jeg har faktisk et spørgsmål, til noget der minder meget om det.

NA: Og det er jo desværre ikke i overensstemmelse med sandheden, når man fremstiller det på den måde. Det er skide godt, men det er jo lykkedes at overbevise en masse om at det hænger sådan sammen. Det er *ikke* rigtigt. Punkt et, man er enig om at vi ligger på de der 95 %, men punkt to, og det er allervigtigst, de ting som jeg nævnte, som uddannelse, forskning og vagtberedskab, hvad dét koster af DRG-taksten, det er der ingen der ved. Det koster måske en 15-20 % af det samlede, så lad os sige så får vi 15-20 % for meget. Ja, og så var der det Bent Hansen skulle have fortalt, at vi får ikke nogen rammebevillinger, i DRG-taksten er der ikke indregnet nogen dækning af husleje, det får regionerne ved siden af. Der er ikke indregnet afskrivninger på udstyr, vi har udstyr i denne her bygning for 30-40 millioner, scannere til en 5-7 millioner kr. og alt muligt andet udstyr, afskrivninger på det er ikke indregnet, det får de andre dækket ved siden af. Moms kan vi ikke løfte, vi betaler moms af alle vores ting, lønsumsafgift betaler vi også, det gør det offentlige ikke.

MN: Hvad er det, undskyld jeg afbryder?

NA: Lønsumsafgift, det er når man har ansatte, det er en slags form for skat kan man sige, og det betaler man ikke i det offentlige, det skal vi betale til vores medarbejderes løn. Alle de her ting til sammen det er lige så stort, eller måske endda større. Om det er større eller lige så stort, det har vi siddet i et udvalg sammen, sidste år ved denne her tid, udkom sundhedsministeriet med en rapport fra det udvalg jeg selv sad i, regionerne var repræsenteret, sundhedsministeriet var repræsenteret, og vi blev enige om at det faktisk er svært det her at, det kan vi ikke sige. Det er så svært at vi bliver nødt til at nedsætte et udvalg til, som skal tage sig af det her, det er vist nok tit det, det ender med i sådan nogle udvalg. Det udvalg er så ikke nedsat, men det skulle prøve at kigge på at få tilpasset en sektorkorrigeret DRG. Sektorkorrigeret forstået på den måde, at det korrigerer for de særlige vilkår der er i den private sektor, nemlig det med moms og alle de andre ting, og det at vi ikke har vagtforpligtigelse, vi tager jo ikke hjertestop herind midt om natten, og sådan noget. Og det er enerverende, at man evig og altid hører på den fremstilling, hvis du høre mig i nogle offentlige medier, så prøver jeg ærligt at sige begge dele. Fordi jeg tror på at folk som bare er en smule begavet, kan godt gennemskue at der er altså nogle forhold her der er anderledes. Men det er ikke alle der prøver at gøre det, tro mig, prøv at interviewe nogle af de offentlige og de vil kun fortælle dig den ene halvdel af historien. Men den har altså to sider. Og det er store beløb, husleje, afskrivninger, det er store beløb det er ikke småpenge vi snakker om.

MN: Det er lidt sjovt, fordi, jeg har lige hørt nøjagtigt det modsatte i et interview her ikke for så længe siden.

NA: Hvor du fik hvad at vide?

MN: Jamen at de der DRG-takster de er skævt fordelt, og det var faktisk af en konservativ, en tidligere konservativ sundhedsminister. Ester Larsen.

NA: Men fortalte hun dig så om de forhold, de udgifter vi har?

- MN: Nej, det gjorde hun ikke.
- NA: Nej. Det er det sædvanlige, fordi nogle ved det ikke. De har hørt Bent Hansen sige det andet så mange gange, så de ved de simpelthen ikke, de er ikke klar over det. Og jeg synes det er interessant at lige netop hende.
- MN: Ja, det synes jeg også.
- NA: Hvordan har du fundet frem til hende?
- MN: Hun har været tidligere sundhedsminister omkring 92, da det frie sygehusvalg det blev vedtaget, og det er jo en stor del af min opgave.
- NA: Ja, det er selvfølgelig rigtigt. Ja. Det næste trin, det er jo så, jamen hvad så? Hvis man nu sammenligner os med fri-klinikkerne, hvor så måske kun får 60 % af DRG-taksten. Og igen er sammenligningen ikke retfærdig, igen fordi, det er jo tit en afdeling i afdelingen, hvor igen alle de der udenoms-omkostninger ikke er der. Derfor kan man ikke direkte sammenligne, det er pærer og bananer man sammenligner. Og så skal man jo heller ikke tage fejl af, alene det at vi eksistere gør at de er effektive. Så selvom vi i virkeligheden kostede mere, hvad jeg vil påstå vi ikke gør, så kan man sige, bare det vi er der, gør at, vi bider dem i knæhaserne, vi er den lille arrige terrier der sørger for de ikke går i stå.
- MN: Nu du siger det, tro du det frie sygehusvalg, især det udvidede, hvad tror du det vil få af betydning for det fremtidige sygehusvæsen, altså det offentlige?
- NA: Det ved jeg ikke, nu suspenderer man jo det udvidede frie sygehusvalg.
- MN: Ja, men det er midlertidigt.
- NA: Ja, det hedder det, det hedder indtil 1. juli næste år. Men vi kender da mange ting der er midlertidige, der er blevet forlænget og det ene og det andet, så

det ved vi ikke noget om. Om det bliver for et halvt år eller et helt, eller hvad, det er der ingen der aner. Og så kommer der formentlig nogle udbudsrunder i stedet, for jeg tror i fremtiden, der vil den private aktivitet meget mere være baseret på udbud. Altså hvor man har budt ind på et eller andet antal dit og et eller andet antal datten.

MN: Altså mere markedslignede, hvor der er mere fri konkurrence.

NA: Præcis. Det tror jeg bestemt ja. Og det kan man sige, det kan man ikke bebrejde det offentlige, det er en god måde at få fastsat prisen, man skal selvfølgelig huske at definere nogle kvalitetskrav. Det er svært og det er de ikke gode til.

MN: Er det noget som i er interesseret i, eller vil i hellere beholde den nuværende betalingsordning.

NA: Jeg ved det egentlig ikke, altså uanset om nogen vil synes det var mere trygt at man havde en fast pris. Så kan man sige, det bagvedliggende ønske om en liberalisering, tilsiger jo, at det må gå den vej, det er nok det rigtige at gøre. Hvis jeg selv sad på den anden side af bordet, så ville jeg nok også selv gøre det på den måde. Så derfor tror jeg, at uanset om man kunne have en eller anden drøm om at det kunne være trygt og man havde nogle helt faste aftaler, det er naivt. Jeg mener det er den vej det vil gå, uanset hvad vi mener om det.

MN: Hvor stor en indvirkning, tror du egentlig den betalingsordning, der har været for udliciterede opgaver, hvad tror du egentlig den har haft for det private sygehusvæsen?

NA: På udliciterede opgaver, hvad tænker du på der?

MN: Altså, jeg tænker på de opgaver i har fået via det frie sygehusvalg.

NA: Via det udvidede frie sygehusvalg? De er ikke udliciterede.

- MN: Nej det var måske også et forkert ord.
- NA: Ja. De er jo netop baseret på et frit valg, hvor en licitation jo mere er noget hvor du går ind og byder på et eller andet antal ydelser. Men hvilken økonomisk betydning det har - ingen som helst.
- MN: Ingen som helst?
- NA: Nej, det er småpenge. Altså tænker du på betydningen for det offentlige?
- MN: Nej, jeg tænker på betydningen for det private sygehusvæsen, altså hvilken betydning det har haft at man har valgt den her...
- NA: Nå, ok på den måde, jeg troede du mente for det offentlige. Fordi på et offentlige der er det så en marginal en udgift, at, der mener jeg ikke det har nogen betydning. Nej, for det private, der har det selvfølgelig en betydning, fordi det for nogen udgør en meget stor del af deres omsætning. For eksempel hjertecenteret som ligger herude i varde, ikke så lang herfra, der er det måske 75 % af deres omsætning, der er offentlige patienter. Os andre har måske i gennemsnit 30 % af omsætningen fra offentlige patienter. Og det tror jeg det vil blive ved med at ligge på det lag, men måske endda lidt lavere. Altså, jeg forventer at sundhedsforsikringerne vil spille en større rolle fremover.
- MN: Tror du, at det at de private er blevet inddraget mere og mere i opgaveløsningen på grund af det frie sygehusvalg, tror du det er en udvikling der vil fortsætte, tror du man vil gå videre at det vil udvides, at det vil blive mere og mere eller tror du det vil beholde det niveau det har nu?
- NA: Altså jeg tror andelen af patienter der bliver behandlet af det private vil blive større. Jeg kunne godt forestille mig at man så det hensigtsmæssigt økonomisk, at man udlagde, ligesom i Frankrig, måske 60-70 % af alle planlagte operationer til det private. Jeg tror det ville vi være bedre til at

håndtere. Men hvordan økonomien i det så er og om det er efter det udvidede frie sygehusvalg, det tror jeg ikke. Jeg tror det bliver mere efter udbudsordninger eller aftaler indgået efter en eller anden form for udbud eller licitation. Jeg tror i mindre grad det bliver efter det udvidede frie sygehusvalg, det tror mere fremover vil blive forbeholdt nicheområder, hvor det er svært at lave udbudsrunder, hvor det kan være lidt mere marginalt, hvor mange der er og det er ikke så tit og det er en lille patientgruppe, der tror jeg stadig man vil have det udvidede frie sygehusvalg. Men på større områder der tror jeg helt klart det vil blive efter udbud. Og der tror jeg at det vil komme til at fylde mere.

MN: Ok. Så du tror det private sygehusvæsen det vil blive inddraget mere i hele opgaveløsningen?

NA: Ja, det tror jeg bestemt det vil.

MN: Hvad betydning tror du så det vil få for det offentlige?

NA: Jamen, jeg tror, nu er det jo fem, snart seks år det udvidede frie sygehusvalg begyndte, og der er der sket en holdningsændring, altså der er stadig nogen som er indædte modstandere, men der er også mange som vi har et rigtig godt samarbejde med og god vekselvirkning, til patienternes fordel. Og det tror jeg da vi vil opleve vil blive i større grad. På den måde så tror jeg, at det private og det offentlige vil blive mere integreret i hinanden, mere infiltreret. Jeg tror man også vil se at vi vil løfte opgaver med uddannelse og hvad forskning angår.

MN: Tror du man kunne forestille sig at det på et tidspunkt vil blive sådan, hvor det offentlige og det private kunne finde på at ligge sammen, med eksempelvis private wings og sådan noget?

NA: Det kunne man da godt forestille sig. Jeg vil sige, det vil jeg personligt ikke bryde mig så meget om, jeg synes mere man skal sørge for at have nogle opdelinger, hvor man kan sige, her er der et offentligt sygehus, her er der et

privat sygehus. Så har man en måde at gøre det ene på det ene sted og en anden på det andet. Jeg synes det er ubehageligt, hvis man på en institution har flere forskellige måder at gøre tingene på. Det svarer egentlig til at vi på de private sygehuse lavede en public wing. For vi laver jo også behandlinger af offentlige patienter, men det er jo ikke sådan at vores offentlige patienter, bliver prioriteret anderledes på nogen måde. Det er jo det man lægger op til, ved at sige private wing på et offentligt sygehus, der er det nok lidt at der forestiller man sig, at det er nok lidt mere eksklusivt, lidt flere enestuer og lidt bedre tid for lægen og en lidt bedre normering og sådan nogle ting og at man ikke venter så meget. Det synes jeg egentlig er ubehageligt at det foregår inden for den samme bygning, af de samme mennesker. På samme måde som vi ikke her har public wings, men giver alle folk den samme gode behandling, og det skal man også gøre på de offentlige sygehuse.

MN: Der har været meget snak om, bl.a. på grund af de her DRG-takster, at det udhuler det offentlige sygehusvæsen, flere og flere penge går til det private. Hvad mener du om det?

NA: Ja, det er ren klynkerri, ren klynkerri og udskylning for ikke at løse de opgaver man er blevet pålagt. Altså, det er marginalt, det kan man sige sig selv, med fem-seks millioner ud af 50 milliarder, det udhuler ikke noget som helst. Lige så lidt som det udhuler at vi ansætter 15 sygeplejersker, når der mangler 1500. 20 % af alle sygeplejersker arbejder i Sverige og Norge eller helt uden for sygeplejebranchen. Så at vi tager 10-20-30 eller 100, ind i mellem, det fylder intet i forhold til, at, hvad er det, der er 60.000 sygeplejersker der arbejder og man regner med at det er 20 %, det er 12.000, der arbejder i andre erhverv. De 1000 vi har ansat, de fylder ingenting.

MN: Så du mener ikke det har sådan en, hvad hedder det, en creping-effekt, hvor det langsomt udvikler sig.

NA: Nej, altså jeg mener man skal være sig bevidst om at det er et valg man tager. Og jeg synes det er rigtigt, måske dem der siger, prøv at hør her, at vi skal ikke lade tingene bare ske uden at vi vælger det. Jeg synes man skal

gøre det som et bevidst valg, og sige det er det vi ønsker, vi kan se en fordel i at vi for de her ting ud, og vi får dem prøvet og vi får, og det er jo det det drejer sig om, vi får mest muligt for mindst mulige penge. Og der tror jeg man har brug for det private, for at få det. Altså, de offentlige mastodonter som vi kender, er jo ikke effektive. De er mere effektive end i mange andre lande vi sammenligner os med, men det kan stadigvæk gøres meget bedre. Og der skal man passe på at man ikke siger, nu er vi effektive nok, nu kan vi ikke blive bedre. Det kan man bedst ved hele tiden at blive målt op mod noget andet. Og den monopoltilstand der har været har jo været en hindring for det. Jeg mener ikke at monopol er af det gode i nogen sammenhænge, overhovedet.

MN: Så tror jeg, jeg vil stille dig et sidste spørgsmål, altså jeg gør det lidt hurtigt.

NA: Ja, men det er jeg glad for, eftersom at jeg har en patient der ligger og venter på mig, ej det passer ikke.

MN: Hvis nu at du skulle se ud i fremtiden, og se på den nuværende udvikling, med et dominerende offentligt sygehusvæsen og et lille privat sygehusvæsen, tror du det er en udvikling der vil fortsætte eller kunne du forestille dig at der vil ske noget helt andet?

NA: Altså, den nuværende udvikling den er at det private fylder lidt mere år for år?

MN: Ja.

NA: Der kunne jeg håbe og ønske, hvor man aktivt tager beslutninger om at sige, man synes det private skal fylde mere. At man indtænker det mere på lige fod med det offentlige, stadigvæk forstået sådan, at hovedparten af det her, det skal være offentligt finansieret. Vi har ikke amerikanske tilstande og der er ingen der ønsker amerikanske tilstande. Det vil vi heller ikke, hvis amerikanske tilstande skal forstås på den måde, at der er nogen der ikke har en offentlig finansiering af behandling af sygdom. Og det er jo det der er

tilfældet i USA, hvor der måske er en 25-30 millioner mennesker der ikke har en offentlig finansiering, så de kan ikke blive behandlet. Og det er der ikke nogen der ønsker, og sådan er det jo heller ikke nu. Og derfor er det også meget forkert, når man ustandseligt hører, og det har Bent Hansen sagt og andre, at opdelingen i a- og b-hold, det passer ikke. Alle i Danmark er et a-hold, alle har fuld offentlig finansiering, oven i købet har det udvidede frie sygehusvalg gjort at alle uanset egen økonomisk formåen, hvis de skulle gå mere end en måned kunne gå til et privathospital, med pengene i hånden. Sådan er det jo ikke i USA, så derfor er det rent retorik når man påstår det er et a- og et b-hold. Og der mener jeg man skal lade være med at tegne de her skræmmebilleder. Så længe vi har fuld offentlig finansiering, mener jeg sagtens det private kan fylde meget mere. Så det vil sige fuld offentlig finansiering, men ikke fuld offentlig drift.

MN: Hvad med de der private sygesikringer, kunne de ikke gå ind og rykke ved det?

NA: Nej, som det er nu så, de private sygesikringer, de er så et ekstra gode, ikke noget der opdeler i et a- og et b-hold, men man kan sige, b-holdet det var det der havde ret til at vælge privathospital efter en måned, det er altså ikke et b-hold der har det, det er et a-hold. Så kan man sige private sundhedsforsikringer, så er det a-plus. Så vi taler altså om første klasse eller business klasse, og der må man så sige, at der er nogen der har sagt, at selv en måneds ventetid, kan i vores erhvervssituation være u hensigtsmæssigt for vores medarbejdere, vi vil gerne have vores medarbejdere endnu hurtigere tilbage. Og der er det sådan at det oven i købet, at hvis man har tegnet en forsikring, så skal den gælde for alle medarbejdere, ikke kun for eksekutives, men også for dem på gulvet, ellers kan du ikke få fradrag. Så det vil sige det er både høj og lav, så inden for det enkelte firma, er der ikke nogen social slagside. Men det er da klart, hvis man så siger, ok så er det dem på arbejdsmarkedet der har det, hvad så med pensionisten eller kronikeren, jamen prøv at hør her, han havde altså stadigvæk det udvidede frie sygehusvalg, med offentlige penge til at komme på et privat hospital inden for en måned. Hvad socialdemokraterne tit har sagt, det er alt for

hurtigt, så hurtigt skal man slet ikke have lov til at vælge. Så jeg ser det her, igen, som et ønske om laveste fællesnævner, ikke noget med at der er nogen der har det bedre end andre. Så længe de dårligste har det rigtig, rigtig godt, så har jeg ikke noget problem i, at ham der skal ud og tjene penge for at forsørge de andre, kan komme ind og få lavet sit knæ, så han kan komme på arbejde efter en uge. Hvis han kommer på arbejde efter en uge, så betaler han også skat efter en uge, han skal ikke have sygedagpenge mere end en uge, det vil sige det fradrag hans sygeforsikring gav, de er tjent ind mange gange.

MN: Men kunne man ikke forestille sig, hvis nu det gik hen og blev normen at man havde de her sundhedsforsikringer, at folk de ville begynde at tænke, hvorfor skal jeg betale til det to gange?

NA: Har du nogensinde oplevet nogen skatter vi kunne slippe for fordi de var urimelige eller uretfærdige.

MN: Nej.

NA: Det har jeg heller ikke. Den eneste jeg kender det er kirkeskatten.

MN: Men altså, jeg vil sige pensionen har vel ændret sig en del.

NA: Ja, altså du kan sige, man har udhulet folkepensionen. Det ved jeg ikke jeg kender ikke tallene. Det er selvfølgelig klart at alle i dag har noget privat. Men jeg ved ikke om man kan sige at pensionisten i dag har det dårligere end pensionisten for ti år siden.

MN: Jeg tror nok at folkepensionisten i dag relativt set har færre end de havde før, at pensionen var bedre før hen.

NA: Altså, jeg kender ikke tallene på det, men jeg stadigvæk at man selvfølgelig skal være opmærksom på, at man stadigvæk har, også til det man i gåseøjne kalder b-holdet, en god dækning. Så jeg mener ikke man skal udhule noget,

men selvfølgelig kunne man godt forestille sig at over år, nu har alle det næsten, at det så var fristende at ændre på et eller andet. Men der går jeg også ind for den fulde offentlige dækning.

MN: Ok, så siger jeg mange tak.