

Fra Plan til Marked

- en kortlægning af anvendelsen af New Public Management inspirerede styringsmodeller i sygehusvæsenet i Danmark.

Anders Blædel Lassen

Jakob Kjellberg



DSI Institut for Sundhedsvæsen

Fra Plan til Marked

En kortlægning af anvendelsen
af New Public Management
inspirerede styringsmodeller i
sygehusvæsenet i Danmark

Anders Blædel Lassen
Jakob Kjellberg

Marts 2004



DSI Institut for Sundhedsvæsen

DSI Institut for Sundhedsvæsen er en selvejende institution oprettet i 1975 af staten, Amtsrådsforeningen i Danmark og Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune.

Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler de planlæggende og styrende myndigheder inden for sundhedsvæsenet.

Copyright © DSI Institut for Sundhedsvæsen 2004

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

DSI Institut for Sundhedsvæsen

Postboks 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: www.dsi.dk

E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 87-7488-388-7

ISSN 0904-1737

DSI rapport 2004.02

Grafisk design og tryk: Frederiksberg Bogtrykkeri A/S

Forsideillustration: Niels Poulsen

Indhold

1. Sammenfatning	6
1.1 Forskellige modeller i forskellige amter	6
1.2 Interne kontrakter og målstyring	7
1.3 Frit valg og udlicitering	7
1.4 Det patientorienterede sygehusvæsen	8
1.5 En sektor i forandring	8
2. Introduktion	11
3. Politisk tidslinie	12
4. Emnefelt og metode	13
5. Hovedaktører i den danske sygehussektor	15
6. Teoretisk baggrund for brugen af nye styringsredskaber	17
6.1 New Public Management	17
6.2 Markeder i sygehussektoren	19
6.3 Konkurrence i sygehussektoren	19
6.4 Kritik af NPM-reformer	20
6.5 Store reformer eller små skridt?	22
7. Et særligt fokus på 2003	23
8. Kontrakter, mål og resultater	24
8.1 Amternes generelle målsætninger for deres sygehusvæsen	24
8.2 Kvalitets- og servicemål	24
8.3 Mål- og resultatstyring på aftaleform	25
8.4 Monitorering	28
8.5 Styring fra sygehusledelse til afdeling	30
9. Mellem udgiftskontrol og øget aktivitet	31
9.1 Rammebudgetter og udgiftskontrol	31
9.2 Delvis takstfinansiering	31
9.3 Patientstrømme	32
9.4 Sygehusenes frihedsgrader	33

10. Redskaber til styrket konkurrence og effektivitet	34
10.1 Frit valg og udvidet frit valg	34
10.2 'Frisygehuse'	35
10.3 Amternes brug af samarbejde med den private sektor	36
11. 'Borgeren i centrum'	39
12. Status over udviklingen fra plan til marked	40
12.1 Noget for pengene?	40
12.2 Aktivitet og konkurrence?	41
12.3 Brugeren i fokus?	41
12.4 Planøkonomisk hængedynd?	42
13. Amternes igangværende og planlagte strukturændringer	45
14. Konklusion	46
Bilag	48
Referencer	80

Forord

New Public Management (NPM) inspirerede styringsmodeller har i stigende omfang vundet indpas i det danske sygehusvæsen. Skiftende regeringer har siden begyndelsen af 1990'erne søgt at øge konkurrence, effektivitet og aktivitet i sygehussektoren gennem markedsorienterede styringsredskaber, som aktivitetsbestemt finansiering og frit valg af sygehus for patienterne, mens amterne i højere grad har ladet sig inspirere af organisationsmæssige redskaber som for eksempel mål- og resultatstyring.

Formålet med denne rapport er at kortlægge de enkelte amters brug af styringsredskaber i forhold til deres sygehusvæsen, for derved at vurdere i hvilket omfang de NPM-inspirerede styringsmodeller finder anvendelse på sygehusområdet i Danmark. På baggrund af skriftlige kilder og kontakt med de forskellige amter er der udarbejdet en kort beskrivelse af de styringsmodeller, der i øjeblikket anvendes i de enkelte amter, ligesom rapporten indeholder en tematisk beskrivelse og analyse af amternes strukturelle tilpasninger set i et kontinuum fra klassisk rammebudgetstyre til takststyring.

Det er håbet, at rapporten kan bidrage til at skabe et overblik over hvad der sker i amterne, og kan anvendes som udgangspunkt for inspiration og erfaringsudveksling på sygehusene, i amterne og hos de centrale myndigheder.

Rapporten er udarbejdet af projektmedarbejder Anders Blædel Lassen og senior projektleder Jakob Kjellberg, og er gennemlæst af to eksterne reviewere, som hermed siges tak for konstruktive kommentarer.

Undersøgelsen er gennemført som led i en samarbejdsaftale mellem Amtsrådsforeningen og DSI.

Jes Søgaard

Direktør, professor

DSI Institut for Sundhedsvæsen

1. Sammenfatning

Baggrunden for denne rapport skal findes i diskussionen om amternes brug af nye styringsredskaber i forhold til deres sygehusvæsen. Den traditionelle styringsmodel har sigtet mod kontrol med udbuddet af sygehusydelser gennem udstrakt brug af *rammebudgetter*. Modellen har været et effektivt middel til at kontrollere omkostningerne, men kom under kritik i starten af 1990'erne, blandt andet efter inspiration fra reformer i udlandet. Efterfølgende har amterne, dels på eget initiativ og dels på initiativ fra skiftende regeringer, søgt at indføre nye styringsformer. Baggrunden har blandt andet været en hensigt om at øge både borgernes valgfrihed, konkurrencen mellem leverandørerne, og styrke effektiviteten og aktiviteten i sygehussektoren. Hvorvidt dette er sket i praksis tager rapporten ikke stilling til. Rapporten søger alene at kortlægge amternes anvendelse af mere *markedsinspirerede* styringsformer i deres respektive sygehusvæsener.

1.1 Forskellige modeller i forskellige amter

Rapporten er bygget op omkring den generelle udvikling mod et mere markedsorienteret sygehusvæsen, og dækker perioden fra starten af 1990'erne og frem. Dog er der lagt særlig vægt på situationen i 2003 – altså umiddelbart før implementeringen af øget takststyring samt udgivelsen af Strukturkommissionens rapport i 2004. Udviklingen analyseres gennem New Public Management (NPM) begrebet, der karakteriseres af en række forskellige forvaltningsmæssige elementer. Disse kan overordnet inddeles i to hovedkategorier, der udgøres af henholdsvis organisations- og markedsorienterede styringsredskaber. Ud fra rapporten kan det konkluderes, at amterne først og fremmest har taget de organisationsmæssige redskaber til sig. Udmøntningen er typisk en form for mål- og resultatstyring, ofte på basis af skriftlige interne kontrakter.

Med hensyn til de mere markedsprægede redskaber er implementeringen sket i et mere adstadigt tempo. Det har desuden i langt overvejende grad været statslige initiativer, der ligger til grund for et øget brug af disse. Det gælder eksempelvis lovgivningen om frit valg af sygehus, samt kravene til aktivitetsbaseret afregning af statslige puljemidler til ekstra aktivitet. Dog er eksempelvis samarbejde med den private sektor baseret på frivillige aftaler i de enkelte amter – og efterhånden temmelig udbredt på især det ikke-kliniske område.

1.2 Interne kontrakter og målstyring

Brugen af kontraktstyring på sygehusområdet var blandt de første skridt i en udvikling, sat i gang af det stigende fokus på produktion i forhold til de tilførte ressourcer. Disse aftaler bliver til stadighed mere detaljerede gennem krav til målopfyldelse og aktivitetsgrader, i visse tilfælde helt ned på afdelingsniveau. Herved forsøger mange amter at basere rammebudgetter på forventede præstationsmål, ofte med et element af aktivitetsbaseret finansiering (ABF). Målet er en vis udgiftskontrol, der samtidig kan give plads til incitamenter for øget produktion, evt. på områder af høj prioritet.

1.3 Frit valg og udlicitering

Fritvalgsordningen er blevet udvidet flere gange i perioden. Hvor der i flere amter tidligt var etableret ordninger med frit valg blandt amtets egne sygehuse, var mellemamtsligt frit valg primært et statsligt initiativ. Den statslige begrundelse var primært baseret i et ønske om både at give borgerne større valgfrihed og fremme sygehusenes effektivitet gennem etablering af et konkurrenceelement imellem sygehuse. Efter en forsigtig start har der i de senere år været tegn på, at bl.a. informationsmateriale og afregningsmetoder har øget brugen af denne mulighed.

Amterne har desuden indgået aftaler på mere lokal basis omkring brug af eksempelvis specialiserede funktioner, hvilket kan indebære 'rabatordninger' ved afregning for patienter, der kommer fra et samarbejdsamt. Langt hovedparten af det frie sygehusvalg foregår inden for amterne, og det er vanskeligt at foretage en egentlig evaluering af det frie valg på baggrund af de mellemamtslige patientvandringer, også fordi en række sygehuslukninger har betydet, at flere borgere nu må krydse amtsgrænser for at komme til nærmeste sygehus. Alene denne grund kan forventes at skabe et øget brug af fritvalgsordningerne. Denne rapport søger ikke at vurdere fritvalgsordningen, herunder heller ikke de interne og eksterne udbud af behandling af ventelistepatienter, der blev brugt før 1990. Her henvises i stedet til Vrangbæk (1) og Alban (2).

Amterne gør brug af udlicitering i forskelligt omfang, hvilket måske skyldes at 'udlicitering' har en forholdsvis ideologisk klang. Alle amter har i en årrække udliciteret en lang række ikke-kliniske opgaver, men på de kliniske områder er erfaringsgrundlaget noget mindre. Flere amter har dog efterhånden genereret en betydelig erfaring med private leverandører (her medregnes ikke de praktiserende læger og speciallæger, som i princippet også er at betragte som private leverandører af sundhedsydelser). Den langsommere udvikling på det kliniske område reflekterer de generelle problemer omkring udlicitering af offentlige kerneopgaver (problemer med at opstille klare målsætninger, definere kvalitet, udregne nøjagtige omkostninger, fastsætte indikationsgrænser mv.). Der

kan dog spores en spirende vilje til at afprøve andre konstellationer end rene leverandøraftaler – eksempelvis offentlig-private partnerskaber.

1.4 Det patientorienterede sygehusvæsen

Et stigende fokus på brugerens opfattelse af service og kvalitet i sygehusvæsenet har været et aktuelt emne i flere amter gennem de senere år. Der er stor variation i brugen af direkte målinger af dette. Udover de nationale projekter på området (patienttilfredshed mv.) har flere amter deres egen systematiske tilgang til målinger af disse parametre.

1.5 En sektor i forandring

Modsat manges indtryk udgør sygehussektoren på flere måder en meget omstillingsparat sektor. Rapporten viser, at danske sygehuse rent faktisk har implementeret en række alternative styringsredskaber indenfor de givne politiske rammer. Meget er sket på frivillig basis, og dermed ses også en stor variation i intensiteten af brugen. Generelt er overgangen til de markedsinspirerede redskaber sket senere og i mindre omfang end til de organisationsmæssige.

Sammenlignet med ændringer i andre lande, har forandringerne i den danske sygehussektor været relativt inkrementelle. Hvor især England og New Zealand har gennemgået nationale reformer i stor skala, og i Sverige på regionalt niveau, har man i Danmark set en udvikling i roligt tempo over en årrække. De politiske rammer for gennemgribende reformer har ikke været til stede, blandt andet grundet den særlige tradition for konsensus i dansk forvaltning. Således har man på amtsligt niveau manøvreret indenfor lokale muligheder og hensynet til politikernes og borgernes ønsker.

Mange amter ændrer i disse år deres organisations og ledelsesformer markant. Sammenlægninger, oprettelse af funktionsbærende enheder og slankere ledelsesstrukturer bindes sammen med de styringsredskaber, der er sammenfattet her. Der sker således en fortløbende effektivisering gennem lukninger af sygehuse og enheder, om end den er vanskelig at måle empirisk.

Samtidig indgår amterne i stigende grad i samarbejdsrelationer med de omkringliggende amters sygehusvæsener. Eksempler på dette er koordination og samarbejde i levering af undersøgelser, behandling, specialeplanlægning mv.

Med økonomiaftalen for 2004 mellem regeringen og amterne har sidstnævnte forpligtet sig til et øget brug af ABF. En væsentlig udfordring i disse år er dermed at balancere i spændingsfeltet mellem effektivitetshensyn, begrænset ressourcetilgang og voksende krav til behandling og kvalitet.

Nedenstående tabel 1 opsummerer i kort skematisk form de væsentligste sammenligningspunkter, der ligger til grund for rapportens kortlægning af amternes styringsredskaber, jf. i øvrigt bilagssamlingen.

Tabellen illustrerer på mange måder de problemer, der er forbundet med at gennemføre en kortlægning af brugen af nye styringsredskaber. For eksempel vil den på papiret massive overgang til aktivitetsbestemt finansiering i 2004 næppe opleves helt så dramatisk ude i de enkelte sygehuse. Når ABF-procenten er meget højere i 2004 skyldes det, at man nu flere steder medregner det potentielle tab sygehuset kan få, hvis aktiviteten ikke når sidste års niveau, som en del af den aktivitetsbestemte finansiering. Så selv om der på papiret vil blive brugt mange flere penge på aktivitetsbestemt finansiering i 2004, kan der i praksis meget vel være afsat færre penge til reel behandlingsaktivitet. En væsentlig grund til at alle amterne alligevel har øget andelen af aktivitetsbestemt finansiering i 2004, skal findes i det statslige krav om, at 20% af aktiviteten på sygehusene baseres på en form for aktivitetsbestemt finansiering.

Tabel 1: Opsummering af amternes brug af nye styringsredskaber.

	Organisations / ledelses- rettede redskaber		Markedsrettede redskaber (status 2003)		Omstilling til 2004 ¹
	Kontrakter m. sygehus	Andre aftaler	Delvis ABF ²	Privat samarbejde ³	
Københavns Amt	√		< 1%	√	Ca. 20%
Roskilde Amt	√		< 1%	√	Ca. 70%
Frederiksborg Amt		√	Ca. 2%	√	20+ %
Vestsjællands Amt	√		< 1%	(√)	20+ %
Storstrøms Amt	√		< 1%	(√)	Ca. 35%
Fyns Amt	√		< 1%	√	Ca. 70%
Sønderjyllands Amt	√		Ca. 1%	√	Ca. 60%
Ribe Amt	√		< 1%	√	20+ %
Vejle Amt		√	< 1%	√	Ca. 30%
Århus Amt		√	Ca. 2%	√	Ca. 60%
Ringkjøbing Amt	√		Ca. 2%	√	Ca. 20%
Viborg Amt			-	(√)	Ca. 60%
Nordjyllands Amt	√		Ca. 10%	√	Ca. 25%
Bornholms Regionskommune			-	(√)	Ca. 25%
H:S	√		√	√	Ca. 20%

¹ Amter der har vedtaget en model for kravene til øget takstfinansiering i 2004.
² Egne patienter, 2001.
³ Traditionel udlicitering af ikke-kliniske ydelser er ikke medtaget.
⁴ Baseret på amternes egne skøn indsamlet af Amtsrådsforeningen. De store udsving amterne imellem kan skyldes forskellige beregningsmetoder for andelen af aktivitetsbaseret finansiering.

Selv om der på papiret sker store ændringer, vil forskellen mellem de mere traditionelle styringsfilosofier og de mere moderne styringsfilosofier ofte være noget mindre i praksis end i den omgivende politiske retorik. I princippet kan man karakterisere mål og rammestyring som takststyring med takst på 0. Normalt vil man kun tale om takststyring, hvis taksten er højere end nul, men selv i de tilfælde vil der som takststyringen praktiseres i Danmark, normalt være et loft over den udbetaling som sygehuse kan modtage, hvorved takststyringen foregår indenfor rammestyrelsens præmisser. På den måde har man reelt fastholdt væsentlige elementer af rammestyrelsen i udmøntningen af den aktivitetsbaserede finansiering.

Også anvendelsen af begrebet kontraktstyring kan afvige meget i forhold til indholdet af kontrakterne. Således kan det ikke umiddelbart konkluderes, at sygehusene i Ribe Amt og Fyns Amt styres på samme måde, blot fordi der begge steder anvendes kontrakter. Som det ofte er tilfældet, skal forskellene findes i detaljen.

En del af de frustrationer der fra centralpolitisk side har været i forhold til tempoet med at introducere de mere markedsinspirerede reformer i amternes sygehusvæsen, skal formodentlig også henføres til den oversættelse som mange af nyere styringsfilosofier gennemgår, hvorved forskellene mellem teori og praksis bliver mindre end det, som man måske havde forestillet sig ud fra et politisk og ideologisk udgangspunkt. Hvorvidt dette har været en fordel eller ulempe i forhold til selve driften af sundhedsvæsenet, tages der ikke stilling til i denne rapport.

2. Introduktion

I slutningen af firserne begyndte begrebet New Public Management (NPM) at fungere som samlet begreb, for mange af de alternative styringsmekanismer til den traditionelle rammestyring i den offentlige sektor. Kontraktstyring, udlicitering, offentlig-private partnerskaber og aktivitetsbaseret finansiering (ABF) er blot nogle eksempler på styringsmekanismer, som ofte blev kategoriseret som NPM. Dette betyder naturligvis ikke, at disse styringsformer ikke eksisterede, før NPM blev defineret som begreb. For eksempel var ambulancetjenesten i Danmark udliciteret til private selskaber lang tid inden man kendte til NPM-begrebet. Derfor er det i praksis vanskelig at udskille, hvad der er NPM, og hvad der udgør mere traditionelle styringsmekanismer. Når NPM alligevel er interessant som begreb, skyldes det blandt andet, at implementeringen af disse styringsfilosofier også havde politiske og ideologiske overtoner, da den teoretiske og akademiske interesse for NPM faldt sammen med en periode i den politiske udvikling, der ideologisk set var meget inspireret af tankerne bag NPM, og hvor implementeringen af styringsmekanismerne derfor i nogen omfang blev mål i sig selv.

Offentlige sundhedssystemer i en række lande er i forskelligt omfang blevet reformeret i overensstemmelse med NPM tankegangen. Blandt lande med offentlige integrerede sundhedssystemer gik man længst med markedstankerne i Sverige, England og New Zealand. Her introducerede man egentlige interne markeder, mens man i Norge en periode på få år radikalt omlagde finansieringen af sundhedsydelser fra rammebudget til aktivitetsbestemt finansiering. I Danmark var udviklingen knap så dramatisk. Længe var den grundlæggende styringsfilosofi ubetinget rammestyring, men fra statslig side kom der løbende krav om, at mere af aktiviteten på sygehusene skulle aflønnes i forhold til aktiviteten, og de fleste amter opstillede på eget initiativ en række målparametre for sygehusene, som ofte dannede udgangspunkt for egentlige kontrakter med sygehusene om aktivitet og finansiering.

Denne rapport søger at kortlægge, hvordan de enkelte amter har forholdt sig til de NPM-inspirerede styringsredskaber siden 1990, med særlig vægt på situationen i 2003. Rapporten søger ikke at give svar på, om de NPM inspirerede styringsredskaber er bedre eller ringere end de mere traditionelle styringsredskaber indenfor sundhedsvæsenet. Dette beskæftiger en lang andre rapporter sig med, hvor resultatet typisk er afhængig af, hvad man opstiller som sit succeskriterium. Afgrænsningen til 1990 er et pragmatisk valg, da en række reformer i sundhedsvæsenet i den sidste halvdel af firserne også ville kunne kategoriseres som NPM-inspirerede, men pga. af tids- og ressourcebegrænsninger er 1990 valgt som nedre grænse.

3. Politisk tidslinie

Udviklingen i sygehussektoren kan ses i sammenhæng med de overordnede diskussioner om reformer i Danmarks offentlige sektor gennem 1990'erne, hvor implementering af nye ledelses og styringsformer har været et gennemgående tema (3;4).

Historisk kan der trækkes en linie fra Schlüterregeringens politiske program '*Valg af velfærd*', over Nyrupregeringens '*Danmark som foregangsland*', til Foghregeringens seneste udspil, '*En mere borgernær offentlig sektor*'.

Carsten Greve påpeger, at udviklingen i den offentlige sektor siden starten af 1990'erne, kan ses som en proces, hvor ledelsesprincipperne er blevet gradvist reformeret. De første tiltag havde karakter af *forvaltningspolitiske værktøjer*, hvor redskaber som kontraktstyring og resultatbaseret ledelse blev introduceret. I slutningen af 1990'erne begyndte debatten at dreje sig om *forvaltningspolitiske visioner*, hvor man søgte at sætte velfærdssamfundets fremtid i centrum, blandt andet gennem øget brug af sammenligninger med andre lande. I sine sidste leveår blev Nyrup-regeringen mere fokuseret på *forvaltningspolitiske værdier*, hvilket blandt andet indebar en øget dialog med vælgerne om behov og ønsker til fremtidens velfærdssamfund (4).

Fogh-regeringen har fortsat den værdibaserede tilgang i forhold til reformer af den offentlige sektor omend det sker i en mere liberal tradition, hvor borgeren i stigende grad opfattes som en *forbruger* af velfærdsydelser. Programmet '*En mere borgernær offentlig sektor*' fokuserer især på øget frit valg til borgerne, regelforenkling og på at sikre kvaliteten under en øget effektivisering (5).

Som de fleste andre offentlige kerneområder har også sygehussektoren gradvist implementeret nye styringsredskaber. Eksempler er kontraktstyring, aktivitetskrav og -målinger og senest et øget fokus på frit valg, patienttilfredshed mv. Reglerne om udvidet frit valg af sygehuse, der trådte i kraft 1. juli 2002, illustrerer 3 af regeringens målsætninger for sygehussektoren: At få nedbragt ventetiderne på behandling, og i denne sammenhæng det mest interessante: at forstærke valgfriheden som værdi, og at styrke konkurrenceelementet i sygehusvæsenet (6).

4. Emnefelt og metode

Rapporten ser primært på omfanget og udformningen af danske amters aftaler med deres respektive sygehuse. Gennem kortlægning af de enkelte amtskommuners (amters)⁵ forskellige aftaleformer med deres sygehuse, er der udarbejdet en tematisk beskrivelse / analyse af amternes strukturelle tilpasninger i forhold til deres sygehuse – set i et kontinuum fra klassisk rammebudgetstyring til takststyring. Dette er gjort med specielt sigte på situationen i 2003.

I forlængelse heraf er også søgt belyst, hvordan sygehusledelserne forvalter disse aftaler i forhold til afdelingerne. I bred forstand søger rapporten at identificere og kortlægge brugen af det, der normalt betegnes som NPM redskaber i forhold til amternes styring af sygehusområdet.

Rapporten baserer sig primært på tilgængelig litteratur i hhv. DSI-Bib og PubMed om kontrakt- og takststyring i dansk forvaltning (med særlig fokus på sygehussektoren) identificeret ved søgninger på 'sygehus' kombineret med termene 'kontrakter/aftaler', 'styring', 'udlicitering', 'takstfinansiering' m.m. Derudover er der foretaget internetsøgninger på amters og sygehuses hjemmesider, samt personlige forespørgsler hos amts og sygehusadministrationer med henblik på at indsamle skriftlige aftaler mellem amt og sygehus, skriftlige aftaler mellem sygehus og afdelinger, samt dagsordener, mødereferater og notater udarbejdet af amterne.

Derudover er der indsamlet materiale i relation til nuværende og planlagte strukturændringer i amternes sygehusvæsen, samt information omkring offentlig-privat samarbejde fra alle typer aktører involveret i dette. Det er forsøgt at identificere både de 'bløde' målsætninger såvel som specifikke krav til opfyldelse af bestemte mål.

Denne måde at søge data på udgør en svaghed ved rapporten, da en overvejende litteraturbaseret kortlægning af de ændringer som det danske sundhedsvæsen har gennemgået i praksis dækker de statslige initiativer bedre end de amtslige, da litteraturen om de statslige initiativer generelt er mere righoldig og mere systematisk registreret, end den der dækker de amtslige initiativer. Mere ressourcekrævende strategier, som for eksempel en gennemgang af de amtslige arkiver, kombineret med interviews med tidligere og nuværende medarbejdere i amterne, ville formodentlig identificere en række amtslige initiativer, som ikke er dokumenteret i denne rapport. Metoden indebærer således en risiko for, at der ikke gengives et dækkende billede. Alle amter har haft deres egen

⁵ Undersøgelsen inkluderer de 13 amter samt H:S og Bornholms Regionskommune.

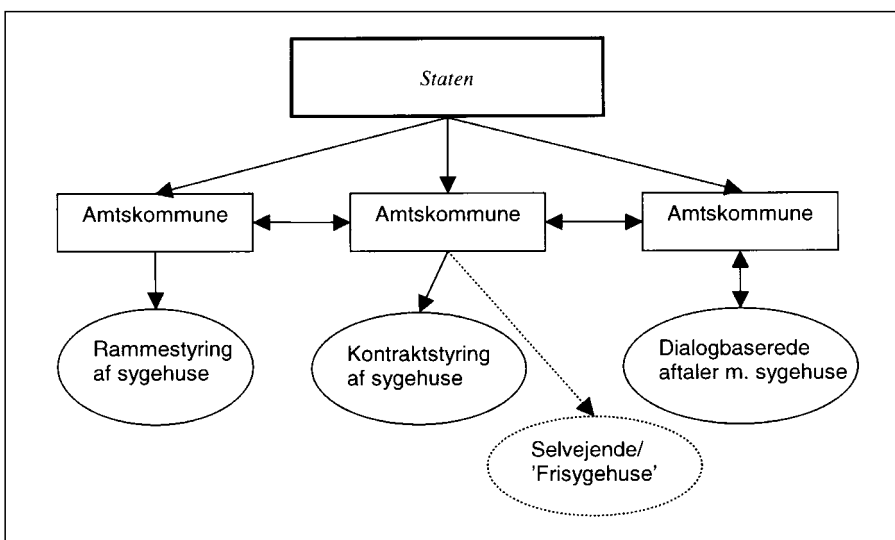
beskrivelse til gennemsyn, og alle kommentarer er blevet indarbejdet i analysen. Dog har forfatterne selv udarbejdet det første udkast til beskrivelsen af det enkelte amt på baggrund af tilgængelige skriftlige kilder, hvilket selvfølgelig indebærer, at tiltag beskrevet i disse kilder i højere grad vil være medtaget i den endelige beskrivelse, end reformtiltag som ikke er beskrevet i umiddelbar tilgængelig litteratur. Dette er naturligvis beklageligt, og er en konsekvens af de ressource- og tidsbegrænsninger, som projektet har været underlagt.

Emnefeltet for denne rapport overlapper flere typer forvaltningsmæssige funktioner. Afregning med sygehusene og udarbejdelse af kontrakter vil traditionelt ligge hos amtets økonomikontor, organisations og ledelsesændringer hos en udviklings- / planlægningsafdeling, mens ansvar for aktivitet og prioriteringer er placeret hos sundheds- / sygehusforvaltningen. I takt med ændringer i organisations og styreformer i amterne generelt, kan forvaltningen dog også være organiseret på andre måder. Den endelige vedtagelse af budgetter, ændringer mv. ligger hos et politisk organ, normalt et sundheds- / sygehusudvalg. Når der i rapporten henvises til den amtslige beslutningsproces, vil der som oftest være tale om et samspil mellem disse aktører.

5. Hovedaktører i den danske sygehussektor

Ansvar for sygehusdriften i Danmark ligger hos amtskommunerne, men der foregår i tiltagende grad national koordination på sygehusområdet via aftaler mellem stat og amter.

Amterne indgår mere eller mindre formelle aftaler med de enkelte sygehusledelser omkring finansiering og målsætninger (der kan være flere sygehuse samlet under samme ledelse). Disse kan evt. yderligere indgå aftaler på afdelingsniveau med henblik på at fremme incitamenterne for at opnå de ønskede mål.



Figur 1: Skematisk oversigt over styringsniveauerne i det danske sygehusvæsen. Niveauerne mellem amter og sygehuse er eksempler på forskellige styringsformer.

Som vist på figur 1, indgås aftaler amterne imellem. Her tænkes ikke kun på køb af ydelser hos eks. sygehuse med landsdelsfunktioner, men også på de forskellige regionale samarbejder amterne imellem samt Interamtssamarbejdet på nationalt plan og Amtsrådsforeningens Sundhedsudvalg. Som illustreret ved den stiplede linie på figur 1, har der været enkelte forsøg med at drive sygehuse som selvstændige enheder, men det har ikke været en model, amterne har taget til sig i nævneværdigt omfang.

Et 'sygehus' kan defineres på flere forskellige måder. Der kan være tale om fagligt organiserede funktionsbærende enheder, om selve den fysiske placering eller ledelsesmæssig organisering. Opgør man antallet ud fra matrikler, er der sket en reduktion fra 97 enheder i 1990 til 77 i 2003. Optælles der efter sygehusklassifikationen svarer det til 45 sygehuse, men kun 31 sygehusledelser (7). Det er således blevet almindeligt, at en enkelt sygehusledelse kan have ansvar for to eller flere sygehuse. I styringssammenhæng eksempelvis ved indgåelse af kontraktlignende aftaler – vil der som oftest være tale om en relation mellem amt og sygehusledelse.

Staten spiller en rolle i formuleringen af de overordnede målsætninger for sygehusvæsenet på nationalt plan, blandt andet med hensyn til prioritering af bestemte behandlingsydelser. Selvom ansvaret for sygehusdriften formelt ligger hos amterne, anvender staten forskellige styringsredskaber i forhold til disse. Der er mulighed for lovgivningsmæssige tiltag, men også de årlige budgetforhandlinger mellem Amtsrådsforeningen og Finansministeriet benyttes til at regulere økonomiske rammer for amternes sygehusvæsen. Dels aftales amternes niveau for udgiftsvækst med staten, dels finansierer amterne en del af deres drift gennem generelle statstilskud. Derudover har staten de senere år anvendt særlige puljer for at stimulere aktiviteten på prioriterede områder i sygehusvæsenet. En meget omtalt ordning var den såkaldte 'Løkkepose', eller 1½ mia. kr. pulje, fra 2002. I budgetaftalen for 2003 blev der bevilget ekstra 450 mil. kr. til sygehusområdet, hvilket udgjorde et 'generelt løft' til sygehusene samt en forøgelse af de statslige puljeordninger til meraktivitet (8). Det samlede puljebeløb for 2003 er siden øget til i alt 937 mil. kr. Midlerne udbetales til amterne på basis af præsteret meraktivitet, svarende til 70% af DRG-værdien (9).

Private aktører spiller desuden en vis rolle i den danske sygehussektor. Traditionel udlicitering af ikke-kliniske ydelser, såsom rengøring, transport etc., strækker sig mange år tilbage. Eksempler på offentlig-private samarbejder med rødder i det kliniske område er sygetransport (Falck), apoteker, praktiserende speciallæger og udvikling af medicinsk udstyr. Inden for denne rapports tidsmæssige spændvidde er der imidlertid primært fokuseret på fremkomsten af nye typer samarbejdsformer gennem 1990'erne samt den stigende anvendelse af forskellige former for leverandøraftaler.

6. Teoretisk baggrund for brugen af nye styringsredskaber

6.1 New Public Management

De forvaltningspolitiske tiltag, der siden slutningen af 1980'erne har ændret styringsprincipperne i Danmarks offentlige sektor, kan ses i sammenhæng med de New Public Management (NPM) strategier, der blev introduceret i mange lande fra sidste halvdel af 1980'erne og fremefter. NPM begrebet bliver ofte udlagt som en ramme omkring forskellige initiativer, der overordnet fokuserer på at introducere markedsinspirerede tiltag og nye ledelsesprincipper beregnet på at *styre* frem for at *forvalte* den offentlige sektor.

Ud fra dette kan skelnes mellem to hovedbestanddele i NPM-forståelsesrammen. Den ene del udgøres af de redskaber, der bruges til at introducere en form for markedsstyring i den offentlige sektor. Den anden udgøres af nye organisations- og ledelsesformer, ofte hentet med inspiration fra den private sektor (10).

En af de mest indflydelsesrige udlægninger af NPM-begrebets mere konkrete indhold, er forfattet af Christopher Hood. I en artikel fra 1991 identificerer han nogle grundlæggende elementer, der kan være med til at skabe en forståelsesramme for NPM (11). I forbindelse med denne rapport er nedenstående punkter særligt i fokus. Listen baserer sig endvidere på udlægninger i Klausen (12) og Greve (4).

- Fokus på output, dvs. mål og resultatorientering
- Synlig professionel og visionær ledelse
- Ledelsesprincipper med inspiration fra den private sektor
- Effektiv ressourceudnyttelse
- En større konkurrence og markedsgørelse, bl.a. via
- Mulighed for at etablere selvstændige enheder i den offentlige sektor, samt
- At ændre centraliserede planlægningsfunktioner, bl.a. ved inddragelse af den private sektor gennem udlicitering mv.

I de senere år er brugen og forståelsen af NPM blevet mere teoretisk og empirisk velfunderet. Hvor Hoods artikel kan ses som en formulering af en generel tendens, har eksempelvis Carsten Greve identificeret en række nyere tendenser i anvendelsen af begrebet i mere konkrete sammenhænge (4). Det er dog uden for denne rapports formål at komme ind på yderligere diskussion af NPM

som teorikompleks. I det følgende vil ovenstående liste derfor finde anvendelse som en ramme der kan identificere brugen af NPM-inspirerede tiltag i det danske sygehusvæsen, og som dermed kan danne grundlag for en vis grad af sammenlignelighed amterne imellem.

I en dansk kontekst har brugen af nye organisations- og ledelsesredskaber været dominerende indenfor NPM-inspirerede tiltag i den offentlige sektor. I sygehusvæsenet ses dette konkret som en stadig større brug af virksomhedslignende kontrakter mellem eksempelvis et amt og et sygehus. Disse kontrakter eller aftaler bruges i mange amter til at formulere forventede mål og resultater med hensyn til præstation. Det kan være med hensyn til aktivitet etc., men i stigende grad også med hensyn til borgernes opfattelse af behandling og service.

Ledelsesmæssigt omstrukturerer mange amter i disse år deres sygehusvæsen. Som nævnt i afsnit 5 er der dels sket en reduktion i antallet af sygehusmatrikler men i høj grad også i antallet af sygehusledelser. Dermed er der tegn på, at ledelsesstrukturerne bliver slankere og mere professionaliseret.

Givet sundhedsvæsenets generelle vilkår, hvor efterspørgsel og ressourcetilgang ikke altid stemmer overens, er det oplagt, at der i denne sektor vil være et fokus på tilførte midler i forhold til output. I den forbindelse kan det være relevant at se på elementer som aktivitetskrav og takstfinansiering. Mange amter bruger førstnævnte til at opstille produktionsmål indenfor et rammebudget. Sidstnævnte kan i amterne ses anvendt til at øge aktiviteten på prioriterede områder men i de senere år også som incitament fra statens side.

I relation til de mere markedsinspirerede NPM-tiltag har der i Danmark været en mere forsigtig tilgang. Større valgfrihed for den enkelte borger har været på den politiske agenda i mange år, og princippet har fået fornyet opmærksomhed af den siddende regering (5). Det kan dog diskuteres, om frit sygehusvalg har en konkurrenceforstærkende effekt i det danske sygehusvæsen (13), eller primært må ses som en værdi i sig selv. Offentlig-privat samarbejde finder sted på mange områder i sygehusvæsenet, og kan udgøre et centralt element i markedsførelsen af især ikke-kliniske ydelser.

I lande der har været 'frontløbere' med hensyn til NPM-inspirerede tiltag, har der været et større fokus på konkurrenceelementet. I sygehussektoren er det især kommet til udtryk gennem de såkaldte *køber-sælger modeller*, hvilket ikke har vundet indpas i dansk sammenhæng (jf. afsnit 6.3).

Da NPM-rammens mere markedsorienterede tiltag har særlige konsekvenser

for sundheds- og sygehussektoren, opridses i de følgende afsnit en kort diskussion omkring vilkår for markedsdannelse og konkurrence. Afslutningsvis diskuteres relevante kritikpunkter, der har været fremstillet omkring implementeringen af NPM-tiltag.

6.2 Markeder i sygehussektoren

I sundhedsøkonomisk sammenhæng kan man argumentere for en række indbyggede markeds'fejl' på sundhedsområdet (14). Disse ville være uforenelige med centrale danske værdier, som lighed i finansiering og adgang, såfremt frie markedsvilkår skulle tilstræbes. Karsten Vrangbæk påpeger, at man derfor er nødt til at se på NPM-inspirerede reformer som 'delvis markedsdannelse' (1). Graden af denne markedsdannelse kan ses i et kontinuum, der vil afhænge af hvordan politiske målsætninger, finansiering og institutionel organisering implementeres og afvejes mod hinanden.

I Danmark anses den solidariske finansiering af sygehusvæsenet, via almindelig skatteoprævnning, som en central værdi i velfærdssamfundet, og man har valgt at beholde både drift og ejerskab af sygehuse hos de offentlige myndigheder. Denne sammenkobling af særlige hensyn på sundheds- og sygehusområdet, med NPM-redskabernes fokus på effektiv ressourceudnyttelse, skaber visse modsætninger i forhold til styring og aktivitet i sygehusvæsenet. Amterne har til en vis grad søgt at imødegå denne ubalance ved at implementere nye tiltag indenfor sygehusvæsenets bestående rammer.

Denne rapport fokuserer på amternes indbyrdes såvel som overordnede placering i et 'markedsfelt', men der kan ud fra ovenstående betragtninger forventes en relativ lav grad af markedsdannelse sammenlignet med andre lande, der har reformeret sygehussektoren med inspiration fra New Public Management.

6.3 Konkurrence i sygehussektoren

Som udgangspunkt kan der identificeres tre typer af konkurrenceudsættelse i sundhedsvæsenet: Leverandør-, sammenlignings- og udbudskonkurrence (13).

Udbudskonkurrence er blandt andet set i England, New Zealand og Sverige, hvor der er erfaringer med at indrette sygehussektoren efter de såkaldte *købersælger modeller*. Denne formelle adskillelse mellem køberen (eks. en offentlig myndighed) og sælgeren af ydelser (eks. et sygehus) foretages med henblik på at skabe en klar ansvarsdeling i forhold til det politiske system og skabe en vis konkurrence mellem leverandører af sygehusydelser (15). Selvom der fra politisk hold har været interesse for noget lignende i Danmark, er det endnu ikke

implementeret (16). De her nævnte lande er da også karakteriseret ved, at NPM-redskaberne har været benyttet i langt højere grad end i de fleste andre vestlige samfund, og deres erfaringer er temmelig blandede.

I dansk sammenhæng har heller ikke de to andre konkurrenceformer været implementeret. Dog var en del af begrundelsen for at indføre frit valg på nationalt plan i starten af 1990'erne at opnå en form for konkurrence som effektivitetsfremmende element. Det giver amterne en produktionsrolle, der potentielt set medfører en vis konkurrence, idet amterne køber og sælger ydelser på tværs af amtsgrænserne. Der er tegn på, at det er bestemte amter, der tiltrækker de voksende patientstrømme – en tendens der er blevet forstærket gennem udmøntningen af 1½ mia. kr. puljen i 2002 og efterfølgende udvidelser af denne (17). Derudover har Amtsrådsforeningen indgået aftaler med en række private leverandører som led i ordningen om udvidet frit valg.

Der er imidlertid begrænset erfaring omkring mulighederne for at opnå gevinster ved øget konkurrence i sygehussektoren. Hvad enten det drejer sig om konkurrence på 'interne markeder' eller udbud til eksempelvis private leverandører, kræver det grundig planlægning og forsigtig implementering (18). En evt. styrket konkurrencesituation vil derfor primært være relevant i forbindelse med elektive frem for akutte ydelser.

6.4 Kritik af NPM-reformer

Der findes en række forskellige kritikpunkter i forhold til brugen af NPM-redskaber i den offentlige sektor. I forbindelse med offentlige kerneydelser som sundhedsvæsenet, kan der være en vis risiko for, at de fælles / offentlige værdier, der historisk ligger til grund for den danske velfærdsmodel, bliver trængt i baggrunden. Denne problemstilling er især aktuel i forbindelse med de seneste tiltag omkring skattefordele ved køb af private tillægssikringer og udvidet frit valg. På længere sigt må dette forventes at stimulere markedet for private sundhedsydelser i form af flere / større private hospitaler og klinikker, hvilket personale- og ressourcemæssigt kan tænkes at underminere den integrerede model med offentligt ejerskab og drift af sygehusvæsenet.

Sammenhængen mellem ejerskab af sygehuse, udgiftsniveau og behandlingskvalitet er relativt udforsket i europæisk sammenhæng. Der findes imidlertid en del undersøgelser baseret på data fra USA. Sygehussektoren i USA består overordnet af private *for-profit* og *not-for-profit* leverandører, mens der er relativt få offentligt ejede sygehuse, og sammenligninger ses således primært mellem *for-profit* og *not-for-profit* institutioner. Sidstnævnte kan i nogen grad siges at minde om de offentligt integrerede modeller i Europa.

Flere undersøgelser peger på, at private *for-profit* leverandører fakturerer større beløb per behandling til patienten eller 3. partsbetaleren end *not-for-profit* leverandører, blandt andet grundet incitamenter for *upcoding* ved DRG-registrering (19;20). I december 2003 har der i dansk sammenhæng været en diskussion i medierne omkring omkostningerne ved privat vs. offentlig behandling, hvor der var visse tegn på, at private sygehuse udnyttede afregningssystemet på en uhensigtsmæssig måde (21).

Det er imidlertid ikke nødvendigvis ensbetydende med forskelle i produktiviteten, hvor eksempelvis Sloan finder, at de to sektorer ligger meget tæt (22). Hvad angår behandlingskvaliteten, er der tegn på, at den kan være ringere i forbindelse med *for-profit* behandling (23), og nogle undersøgelser har fundet signifikant forhøjet dødelighed for visse patientgrupper, der har modtaget behandling på *for-profit* hospitaler (24;26).

En væsentlig grund til offentligt samarbejde med den private sektor er, at sidstnævnte har bedre erfaring med konkurrencedygtig virksomhedsdrift – og dermed er langt mere omkostningsorienteret end en tilsvarende offentlig virksomhed / organisation. Veldefinerede områder, som eksempelvis ikke-kliniske driftsopgaver i sygehusvæsenet, kan derfor være egnede til udlicitering. Der er dog usikkerhed omkring muligheden for besparelser. Undersøgelser, overvejende baseret på erfaring fra USA, estimerer et besparelеспотентiale på mellem 6% og 30% (27;29). Det kan i øvrigt udmærket være selve processen, mere end selve den private aktør, der er udslagsgivende for besparelser. Med andre ord kan en offentlig virksomhed godt være konkurrencedygtig, hvis der sættes fokus på omkostninger, eksempelvis gennem en udbudsproces. Fremkosten af partnerskaber er en anden form for offentlig-privat samarbejde, og trækker i princippet på 'det bedste' fra hver sin sektor. Der er ikke mange erfaringer i dansk sammenhæng, men en væsentlig faldgrube i forbindelse med sygehusvæsenet kan være risikoen for uklare ansvarsområder parterne imellem. Desuden kan der være forskellige 'skjulte dagsordener', da sådanne samarbejder finder sted mellem to sektorer, der principielt er henholdsvis indtjeningsorienteret og serviceorienteret.

NPM-inspirerede tiltag øger ofte fokus på effektivitet og konkurrenceforhold. Det kan medføre et øget bureaukrati grundet monitorerings- og registreringsopgaver mv., og dermed kan systemet fremstå som tillukket og trægt set fra den enkelte borgers synspunkt. Dette forstærkes af udviklingen mod centraliserede enheder. Antallet af sygehuse i Danmark har været støt faldende i mange år, blandt andet på baggrund af ønsker om etablering af større sygehusenheder og samling af specialiseret ekspertise. Dette har naturligvis ført til en mindre grad af nærhed for den enkelte patient, og i sidste ende kan kon-

sekvensen være mindre gennemsigthed og ringere muligheder for brugerinddragelse i sygehussektoren (4).

6.5 Store reformer eller små skridt?

Reformer i den offentlige sektor vil ofte være afhængige af en afvejning af politiske, institutionelle, økonomiske – og til tider geografiske – faktorer. Det kan udtrykkes som forskellige *politiske strømninger*, der skal mødes på et gunstigt tidspunkt, såfremt en reform skal have mulighed for at blive gennemført (30). Sygehusfeltet er et område med mange aktører, meninger og holdninger, og selv mindre ændringer kan opnå stor opmærksomhed blandt befolkning, politikere og fagfolk. I det danske sygehusvæsen har de seneste 10-15 års udvikling været karakteriseret af en række mindre forandringer og nyskabelser snarere end store reformer. En af grundene til dette kan findes i sektorens decentral struktur, hvor de enkelte amter har en høj grad af frihed til at ændre på styringsmekanismerne i forhold til egne sygehuse, hvilket har svækket grundlaget for større reformer. En anden væsentlig faktor kan tilskrives den lange tradition for forhandling og konsensusdannelse i dansk politik generelt.

7. Et særligt fokus på 2003

Indenrigs- og sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen nedsatte i 2002 et *Rådgivende Udvalg*, med det formål at analysere sygehusvæsenets struktur, finansiering og styring. Rapporten udkom primo 2003, og var oprindeligt ment som baggrundsrapport for Strukturkommissionens arbejde (31). I relation til denne rapports emnefelt konkluderer udvalget, at et øget brug af visse NPM-relaterede redskaber er anbefalelsesværdigt. Følgende punkter kan trækkes ud som væsentlige elementer:

- Øget *konkurrence* sygehusene imellem. Dette kan blandt andet opnås gennem øget brug af ABF.
- Mere *frihed* til sygehusene mht. planlægning mv. Dette indebærer mindre politisk indblanding i den daglige drift, og vil også være påvirket af øget brug af ABF.
- Der anbefales en '*mangfoldighedsmodel*' hvor forskellige ejerkonstruktioner af sygehusene sameksisterer (eks. private, selvejende eller offentligt selvstyrende).

Aktivitetsbaseret finansiering ses altså som et centralt redskab i udviklingen af sygehusvæsenet i de kommende år. Det er kun ét af flere instrumenter, mange amter allerede nu er begyndt at anvende for at forbedre effektivitet, service og kvalitet. Nye redskaber som kontraktlige aftaler om aktivitet, alternative afregningsformer og privat samspil har vundet stigende indpas i styringen af sygehussektoren. Amternes muligheder for selvbestemmelse betyder, at anvendelsen og udbredelsen af disse redskaber er forskellig fra amt til amt. Generelt ses, at omstillingen til de kommende års forventede pres på ressourcer og øgede krav fra patienter mv., er en proces, der allerede er i gang på amternes eget initiativ. Med hensyn til udvalgets fokus på tilstrækkeligt befolkningsgrundlag for sygehusvæsenet, søger mange amter desuden at løse dette gennem frivillige interamtslige samarbejder.

I de følgende afsnit kortlægges denne udvikling med særligt fokus på situationen i 2003. Der trækkes på eksempler fra udvalgte amter, hvor det skønnes relevant. Strukturen er søgt bygget tematisk op, således at det er de overordnede tendenser, der kommer frem, og ikke en minutøs sammenligning amterne imellem. Der er derfor udarbejdet enkelte opsummerende skemaer, der giver en oversigt på så komparativ basis som muligt.

I øvrigt henvises til bilagsmaterialet for en mere detaljeret gennemgang af de enkelte amters nuværende styringsredskaber. Her gøres også kort rede for evt. igangværende strukturelle reformer i amternes sygehusvæsen.

8. Kontrakter, mål og resultater

Dette afsnit gør rede for udviklingen af de forskellige styrings- og budgetmæssige reformer og nyskabelser, der har fundet sted i perioden fra starten af 1990'erne frem til 2003, med udviklingen sat i forhold til traditionel rammestyring af sygehusenes budgetter. Udover de løbende tiltag kan det nævnes, at ændringen i *Den kommunale styrelseslov* i 1995 havde en væsentlig betydning. Inden da havde flere amter udgivet serviceinformation overfor borgerne på frivillig basis, men med lovændringen blev det en pligt for alle, for derved at opnå en mere præcis definition af offentlige ydelser.

8.1 Amternes generelle målsætninger for deres sygehusvæsen

Stort set alle amter har formuleret en eller flere visioner for deres sygehusvæsen. De kan være integreret i det øvrige sundhedsvæsens målsætninger om at fremme borgernes helbred, livskvalitet mv., eller udgøre en særskilt målsætning for selve sygehusfunktionen. Disse *generelle mål* for sygehussektoren afspejler ofte overordnede nationale værdier såsom lighed i adgang, fokus på kvalitet i behandlingen, at stræbe efter *det gode patientforløb* etc. Nogle amter skeler dog også til udgiftssiden i formuleringen af deres målsætninger. Nordjyllands Amt fastslår, at sygehusene skal levere '...kvalitet til konkurrencedygtige priser' (32). I Århus Amt er målet for den økonomiske styring af sygehusvæsenet budgetsikkerhed, kombineret med et fokus på at opretholde et vist niveau af aktivitet og service (33). Frederiksborg Amt søger i sine målsætninger blandt andet at tage højde for et øget pres på sektoren grundet et stigende antal ældre borgere (34).

8.2 Kvalitets og servicemål

Ofte er der formuleret krav til leveringen af sygehusydelser, der går ud over de mere overordnede målsætninger. Det kan antage forskellige former, men almindeligvis ses en model med opstilling af 5-10 konkrete kvalitets- og servicemål, som amtet ønsker opfyldt på sygehusområdet.

Kvalitetsmål består i reglen af kriterier og standarder for den sundhedsfaglige præstation, mens *servicemålene* er mere brugerorienterede. De udgør en ramme for, hvad patienter kan forvente sig af et behandlingsforløb, og skaber samtidig et pejlemærke for sygehusledelsens indsats. Et eksempel kan være, at patienterne skal have klar besked om behandlingens sted og tidspunkt indenfor et bestemt tidsrum, samt krav om kort ventetid. Der vil ofte være knyttet en ønsket opfyldelsesgrad til hver målsætning – eksempelvis at 90% af pati-

enter, der har en aftale til behandling i ambulatorium, højst må vente 30 minutter. Nogle amter har søgt at implementere målsætninger med større krav til service end de nationale standarder. Århus Amt indførte i slutningen af 1990'erne gradvist projektet '*klar besked og behandlingsgaranti*,' der med enkelte undtagelser garanterer behandling på et af amtets sygehuse indenfor 2 måneder efter afsluttede forundersøgelser. Vejle og Nordjyllands amter har fra andet halvår 2002 kørt med lignende ordninger. Desuden er flere amter som nævnt begyndt at inkludere patienternes positive opfattelse af forløbet som et mål, der skal opnås.

8.3 Mål- og resultatstyring på aftaleform

Næsten alle amter har kombineret kvalitets- og servicemålene for deres sygehusvæsen med en form for aftalestyring, der også kan inkludere krav til økonomi, aktivitet mv. Man kan tolke amternes brug og udformning af aftaler som et kontinuum, hvor et rammebudget, med overordnede aktivitetsmål, er den klassiske model. Dermed kan man se en gradvis udvikling mod mere og mere kravsspecifikke og detaljerede aftaleformer. I de senere år har en udvidet brug af takststyring fundet sted, blandt andet med henblik på at øge mulighederne for økonomiske incitamenter / sanktioner i disse aftaler.

Det har også betydning, at indhold og resultater i højere grad bliver genstand for politisk fokus. Det skaber et behov for at definere, hvilke værdier og resultater amterne ønsker sygehusene særligt skal fokusere på. I interne aftaler, eller *virksomhedskontrakter*, har det enkelte amt mulighed for at udspecificere mere nøjagtigt, hvilke ydelser der ønskes leveret indenfor en bestemt finansiell ramme. Formålet er, udover en konkretisering af indgåede aftaler, at sikre gennemskuelighed i systemet samt skabe bedre muligheder for at overvåge produktionen. I forbindelse med sygehussektoren er det ikke almindeligt med økonomiske sanktioner i tilfælde af, at et sygehus ikke leverer ydelserne i aftalt mængde og kvalitet. Derimod er der en vis sandsynlighed for indirekte konsekvenser i form af skrappe krav i efterfølgende kontrakter og tab af tillid (35).

Flere amter bruger en særlig model med *relationelle kontrakter*, hvor et mål i sig selv er at opnå en *dialogbaseret* konstruktion. Her lægges stor vægt på udviklingsprocessen – og ikke udelukkende på resultatet (36) – med henblik på at opnå bedre mulighed for løbende justering af mål og ydelser i samarbejde mellem beslutningstagere, forvaltning og sygehus. Disse aftalemodeller kan også indgå som styringsredskaber mellem ledelsen og de respektive afdelinger på de enkelte sygehuse. Dialogsystemet udgør hos nogle amter en mindre del af kontraktaftalerne, mens det eksempelvis i Århus Amt er et bærende princip i amtets 'virksomhedsmodel'.

Brugen af aftaler baseret på kontrakter er blevet gradvist indført over en årrække. Fyns Amt var blandt de første, der gjorde sig erfaringer med kontraktstyring (jf. boks 1), og har sammen med Nordjyllands og Sønderjyllands amter gjort brug af sådanne aftaler i mere end 10 år. Inden for de seneste år har blandt andet Vestsjællands Amt på relativ kort tid søgt at skabe en større sammenhæng mellem aktivitet og budgetter gennem brug af skriftlige aftaler.

Bornholms Regionskommune samt Viborg, Vejle og Århus amter indgår ikke virksomhedskontrakter med deres sygehus(e), men kan i visse tilfælde have andre aftaleformer. Eksempelvis anvender Århus Amt som nævnt dialogbaserede aftaler, mens der i Vejle Amt årligt forhandles en aftale om den aktivitetsbaserede del af budgettet på plads mellem amt og sygehusledelse. En særlig aftalemodel bruges i Frederiksborg Amt, hvor der udarbejdes detaljerede kontrakter direkte med de enkelte *Funktionsenheder* (37).

Kontraktstyring kan altså forstås som en form for formaliseret eller nedskrevet mål- og rammestyring. Selv om der umiddelbart ikke er en grundlæggende forskel på mål- og rammestyring med og uden kontraktindgåelse, kan kontrakterne, når de virker efter hensigten, være medvirkende til en bedre informationsindsamling og kommunikation mellem sygehus og amt (38). Såfremt kontrakterne står i vejen for udvikling ved at fastholde et stift system, kan det skyldes, at de har fået en u hensigtsmæssig udformning, blandt andet ved uheldige incitament omkring effektivitet mv. (35). Dette er et generelt problem i forbindelse med stram offentlig målstyring – man risikerer at 'sortere det ukendte fra', og derved låse organisationen fast (39). Det skal nævnes, at begrebet kontraktstyring kan afvige meget i forhold til indholdet af kontrakterne. Således kan to amter, der begge anvender dette redskab ikke nødvendigvis sammenlignes umiddelbart. Dette vil kræve et mere detaljeret studie af det nærmere indhold i kontrakterne.

Der er en tendens til, at amter med udstrakt brug af servicemål og økonomiske incitamentstrukturer ofte har udviklet disse aftalesystemer sideløbende med reorganisering af ledelsesstrukturen, eks. ved implementering af større sygehusområder med flere enheder under samme ledelse – eller ved at danne funktionsbærende enheder.

Boks 1: Fyns Amt og kontraktstyring af Odense Universitetshospital (OUH)

Fyns Amt var blandt de første amter, der gjorde sig erfaringer med virksomhedskontrakter i sygehusdriften. Kontrakterne er med tiden kommet til at indeholde flere og mere detaljerede målsætninger for aktivitet og service. For budgetåret 2003 omfattede kontrakten mellem Fyns Amt og OUH bindende aftaler omkring økonomi, aktivitet og kvalitet.

OUH er forpligtet til at efterleve en række *generelle mål*, som dækker hele det fynske sygehusvæsen. Disse tager udgangspunkt i patientens situation, og omhandler kriterier som hurtig og lige adgang, kvalitet og patienttilfredshed – leveret med fokus på effektiv udnyttelse af ressourcer. Det er desuden nedskrevet i kontrakten, hvordan den enkelte patient bør prioriteres i behandlingssituationen.

Den *økonomiske* ramme fastlægges på baggrund af den forventede aktivitet. Der er særligt fokus på at fastholde aktiviteten indenfor de økonomiske rammer, da Fyns Amt i de foregående år havde en relativ dårlig placering i nationale sammenligninger af produktivitet i sygehusvæsenet. Meraktivitet udløser kun ekstra midler, såfremt den finder sted indenfor særligt prioriterede behandlingsområder.

Fyns Amt opererer med egen *kvalitetsstrategi*. Det indebærer, at der, udover de nationale standarder, findes en række amtslige kvalitetsmål. Det drejer sig primært om patientrettede krav til sygehusets håndtering af bl.a. kvitteringsskrivelser, ventetider, fast kontaktperson, informationsproces mv. Der er et vist incitament til budgetoverholdelse via mulighed for overførsel af underskud/overskud. For OUHs vedkommende blev et underskud på ca. 25 mio. kroner overført fra 2002 til 2003.

Kontraktopfølgingsrapporter for udvikling i aktivitet og økonomi skal forelægges amtets Sygehusudvalg hvert kvartal.

Handleplaner for implementering af en ny sygehusstruktur er desuden med som en bindende del af aftalen. Dette er en del af en effektiviseringsproces, og amtet kræver, at sygehuset udarbejder konkrete planer for budgetoverholdelse.

Derudover har OUH særlige forpligtelser som universitetshospital, men ressourcer til forskning og uddannelse indgår i afdelingernes ressourcegrundlag.

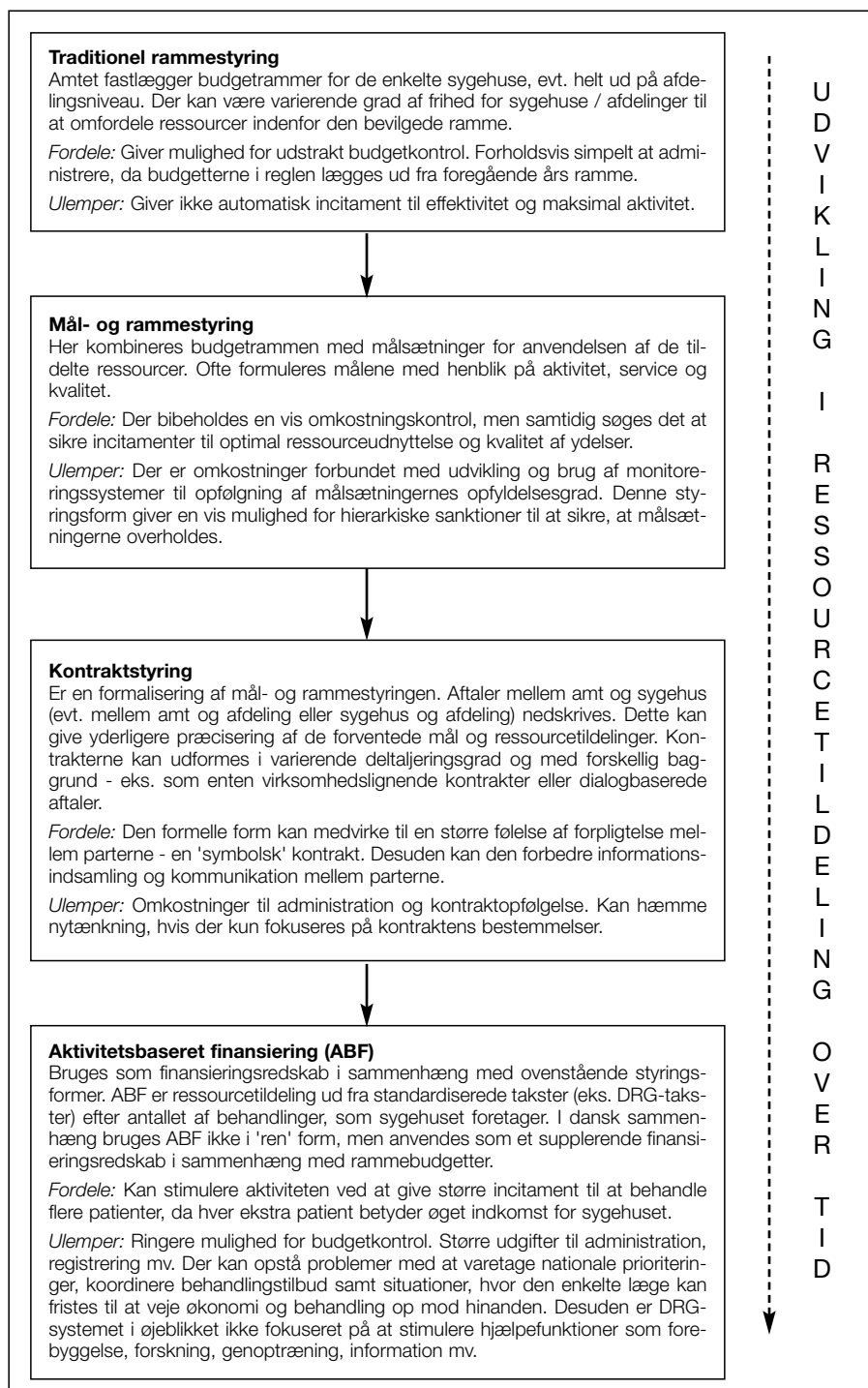
Kilde: Fyns Amt (jvf. bilag)

8.4 Monitorering

Da vilkårene for sygehusdrift er relativt forandringsprægede, kan der opstå problemer med rettidig justering af målsætninger og forventet aktivitet. Der ligger en vis udfordring i at konstruere relevante monitoreringssystemer, der kan bruges til at overvåge behovet for justeringer, forbedringer og nytænkning af målsætninger. Sådanne systemer er under udvikling, eller allerede udarbejdet, i mange amter. Nordjyllands Amt opgør for eksempel opfyldelsesgraden på månedsbasis med offentliggørelse på Internettet (40), og Fyns Amt udgiver en omfattende kvartalsrapport med kommentarer (41). De fleste måler på objektive indikatorer som aktivitet, ventetid mv., men stadig flere amter er i færd med udvikle målesystemer for patienttilfredshed, kvalitet etc. Disse skal dog ses i sammenhæng med de '4 store' nationalt dækkende projekter.⁶

Figur 2 er en skematisk fremstilling af udviklingen væk fra ren rammestyring af sygehusenes økonomi. Det kan ses som en udvikling, der har fundet sted over en årrække, hvor nye redskaber til styring og kontrol af ressourcestrømmene er udviklet. Dog skal det bemærkes, at de fleste amter i varierende grad anvender elementer fra flere bokse i skemaet, og at implementeringen af disse ikke nødvendigvis er foretaget i samme kronologiske rækkefølge som figuren illustrerer. Brugen af ABF skal desuden ses i sammenhæng med de øvrige modeller og ikke som et isoleret styringsredskab.

⁶ Det Nationale Indikatorprojekt, Den Landsdækkende Patienttilfredshedsundersøgelse, Den Gode Medicinske Afdeling samt Udvikling af Nationale Databaser for Klinisk Kvalitet.



Figur 2: Udviklingen i forskellige styringsformer af ressourcefordeling i den danske sygehussektor.

8.5 Styring fra sygehusledelse til afdeling

Generelt er der forskel på, hvordan selve sygehusafdelingerne styres. Hovedparten af amterne har stadig en relativ fast styring fra sygehusledelse til afdeling. Det kan give sig udtryk i de forskellige niveaurs egen vurdering af effekten af nye styringstiltag. Eksempelvis er det i forbindelse med fritvalgsordningerne primært forvaltnings og ledelsesniveauerne, der giver udtryk for en opfattelse af øget konkurrence, mens afdelingsniveauerne er mindre overbevisende om effekten (42).

Selv om der i mange tilfælde ikke er tale om egentlige kontrakter mellem sygehusledelse og de enkelte afdelinger, tyder en undersøgelse fra Nordjyllands Amt på, at afdelingens budgetter og deraf følgende forventninger til en bestemt aktivitet opfattes som en kontrakt (43).

Der er dog en tendens til, at amterne i stigende grad giver sygehusene frihed til at disponere indenfor det aftalte budget. De økonomiske bindinger ligger som regel i selve budgetdelen, men kan også indgå i de skriftlige aftaler – ofte formuleret som muligheden for et 'mindre omfang' af aktivitetsmæssige omrokeringer mellem afdelingerne. Se endvidere afsnit 9.4 omkring sygehusenes frihedsgrader.

9. Mellem udgiftskontrol og øget aktivitet

Aftaleformerne mellem amterne og deres sygehuse / enheder indebærer som regel et fokus på at kontrollere både aktivitet og udgifter. Princippet i dette skal balanceres mod både amtslige og statslige ønsker om at øge aktiviteten på visse behandlingsområder. Ingen amter anvender således ren aktivitetsbaseret finansiering af offentlige sygehuse, men gør i stedet brug af forskellige kombinationsmodeller.

9.1 Rammebudgetter og udgiftskontrol

Anvendelsen af detaljerede aktivitetsaftaler samt behandlinger på tværs af amtsgrænser har været medvirkende til en stigende anvendelse af takststyringsmodeller de seneste år – om end primært i forbindelse med marginal produktion. Takstfinansieringen medfører dog en ringere kontrol af udgifterne til behandling set i forhold til økonomisk rammestyring. Dette hænger sammen med de særlige forhold på markedet for sundhedsydelser, hvor man risikerer *indikationsskred* gennem en udbudspåvirket efterspørgsel. Det er vanskeligt at måle tilstedeværelsen af dette problem i det danske sygehusvæsen, men flere mener, at det vil være et reelt problem, når aktiviteten øges, uden at efterspørgslen er underlagt nogen form for kontrol (44;45).

De klassiske rammebudgetter har den fordel, at udgifterne kan følges tæt, da udbuddet af sygehusydelser reguleres af samme myndighed, som bevilger pengene. Amterne har derfor i vid udstrækning bibeholdt en vis brug af ramme- eller basisbudgetter samtidig med introduktionen af ABF.

9.2 Delvis takstfinansiering

Brugen af delvis aktivitetsafhængig ressourceallokering giver amtspolitikerne mulighed for at lave målrettede opprioriteringer af bestemte behandlingsområder. Det kan være gennem specifikke krav til aktiviteten på en bestemt afdeling, eller gennem etablering af økonomiske puljer, der giver incitament til at producere mere på bestemte områder. Sidstnævnte model er de senere år blevet benyttet fra statens side til at få bugt med uønskede ventelister. Udviklingen mod delvis ABF har været forbundet med reglerne om frit sygehusvalg, der blev vedtaget af Folketinget i 1992, og er justeret flere gange siden.

90/10-ordningen fra finanslovsaftalen i 1999 søgte at kombinere en fast rammebevilling (90% af den forventede samlede bevilling) med en vis aktivitetsafhængig finansiering. Kun få steder kom aktivitetsbaseret finansiering til at

udgøre 10% af det planlagte budget – gennemsnittet var snarere 3% (46), med Århus og Nordjyllands amter som de mest implementeringsvillige (47). Aftalen om amternes økonomi for 2004 medfører, at der i amternes bevillinger til egne sygehuse, skal indgå 20% aktivitetsbaseret afregning. Alle amter har udarbejdet en model, der opfylder dette (jf. tabel 4). Selv om der på papiret sker store ændringer ved overgangen fra 2003 til 2004, vil forskellen mellem de mere traditionelle styringsfilosofier og de mere moderne styringsfilosofier ofte være noget mindre i praksis, end i den politiske retorik der omgiver denne. Reelt fastholdes væsentlige elementer af rammestyringen i udmøntningen af ABF også i 2004.

Da afregning sker fra amt til amt, har der været mulighed for at afregne med forskellige takster for hhv. indenamts- og udenamtspatienter i forhold til det enkelte sygehus. De fleste amter har hidtil afregnet med 100% af DRG-taksten for udenamtspatienter over for sygehusene, og der har derfor været incitament til at prioritere disse i forhold til indenamtspatienter. Fra 2004 søges dette ændret ved at harmonisere afregningen af indenamts- og udenamtspatienter (48). H:S afregner dog fortsat til fuld DRG-takst for udenamtspatienter, hvilket dermed kan tænkes at favorisere disse.

Implementeringen af takststyringsredskaber har været en relativ langsom proces. En af de største barrierer for udbredelsen af det frie valg har fra start været afregning mellem amterne på basis af sengedage. Denne afregningsform afspejler ikke nødvendigvis de faktiske omkostninger (42), og kan give uhenigtsmæssige incitamenter, eksempelvis i form af unødvendigt lange indlæggelser.

9.3 Patientstrømme

Øget konkurrence gennem bedre definition af omkostninger og mere præcis afregning var således en del af grundlaget for at øge brugen af DRG-takster. En undersøgelse fra 2002 viser, at der stort set kun bruges ABF i forbindelse med patientstrømme mellem amterne (frit valg og højt specialiserede behandlinger). Gennemsnittet af ABF for alle patienttyper var i 2001 på ca. 15%, mens det for indenamtspatienter alene var på 1,3% (47). En del af denne tøven skyldes decideret modstand mod systemet, der er blevet anklaget for at skabe uheldige incitamenter – eksempelvis spekulation i registrering af patienter under diagnoser, der udløser den højeste DRG-takst (49). Dermed kan systemet hæmme overordnet koordination og fælles kvalitetsudvikling. Med 1½ mia. kr. puljen fra 2002 må det dog antages, at der er sket en vis forøgelse i brugen af ABF også for afregning af indenamtslige patienter, en udvikling der styrkes fra 2004 med aftalen om øget anvendelse af ABF i forhold til egne sygehuse.

9.4 Sygehusenes frihedsgrader

Der er en potentiel modsætning i brugen af målstyring og en samtidig forøgelse af sygehusenes frihedsgrader. Detaljerede målsætninger stiller krav til resourceallokering, og dermed er det spørgsmålet, hvor store muligheder det enkelte sygehus reelt har for at foretage selv mindre budgetjusteringer. De økonomiske incitamenter ved brugen af ABF bør i princippet nå ud på sygehus- og afdelingsniveau, hvis man vil tiltrække patienter i en konkurrencelignende situation (42). Sygehuset / afdelingen skal ideelt stå med ansvar for udgifter og indtægter – og tilrettelægge produktionen derefter. Men samtidig er sygehusene stadig underlagt politisk styring, hvilket indebærer, at der skal tages hensyn til målsætninger og prioriteringer fastsat fra både national og amtslig side. Kontraktstyring kan dermed give muligheder for øget autonomi for sygehuset / afdelingen, men samtidig giver kontrakterne mulighed for kontrol over enhedernes aktivitet og ressourceforbrug. Oven i dette kan der så tilføjes et konkurrenceelement mellem sygehusene, omkring at få tiltrukket både patienter og personale (50).

Horsens / Brædstrup i Vejle Amt er et eksempel på et sygehus, der har udarbejdet egen handleplan omkring mål for kvalitet, resourceudnyttelse mv. på ledelses- og afdelingsniveau (51), og i Nordjyllands og Fyns amter har sygehusledelserne kompetence til at foretage justeringer af afdelingernes aktivitetsmål indenfor visse grænser. De overordnede mål, inklusive prioritering af ventelister, skal overholdes, og antallet af behandlinger skal stå mål med ressourcetilgangen. Desuden er det planlagt, at sygehusledelserne skal begynde at anvende takststyringsprincippet på afdelingerne i 'hensigtsmæssigt omfang' (52;53).

Som opfølgning på rapporten fra Indenrigs- og Sundhedsministerens Rådgivende Udvalg, har Amtsrådsforeningen udarbejdet en statusrapport i slutningen af 2003. Her har alle amter mulighed for at overføre overskud til efterfølgende budgetår⁷ (for de flestes vedkommende også underskud), og de evt. overskydende midler kan disponeres relativt frit. Derudover har sygehusene i de fleste amter en vid udstrækning af frihed til at beslutte in- og outsourcing aktiviteter samt forhandle løn og ansættelsesvilkår. Frihed i form af mulighed for individuel lånoptagning på sygehusene har dog ikke vundet indpas i nogen amter (54).

⁷ For 2004 dog ikke Storstrøms Amt, ifølge amtets egne oplysninger.

10. Redskaber til styrket konkurrence og effektivitet

Fra NPM-rammen kan identificeres forskellige redskaber, der kan anvendes til at implementere mere markedsinspirerede initiativer. Selve konkurrenceelementet har ikke været så stærk en drivkraft i dansk sammenhæng, men der er alligevel introduceret visse initiativer, som er forbundet med både øget konkurrence og effektivitet.

10.1 Frit valg og udvidet frit valg

Et meget omtalt NPM-relateret initiativ i dansk sammenhæng er reglerne om frit sygehusvalg. Den første lov på området trådte i kraft 1. januar 1993, men flere amter havde i årene forinden implementeret valgmuligheder i sygehusvæsenet.

En del af rationale var at øge konkurrencen mellem de offentlige sygehuse, og derved fremme effektiviteten. Derudover var intentionen, at ordningen skulle fremme kvaliteten og afkorte ventetiderne på behandling (1;38;43). Anslået blev 25% af ikke-akutte behandlinger foretaget under fritvalgsordningen i slutningen af 1990'erne. Det relativt lave tal skyldes blandt andet informationsproblemer og vanetænkning hos praksissektoren, samt sygehusenes ret til at afvise patienter ved lang ventetid (1). Det er også sandsynligt, at afregningsmetoden for udenamtpatienter ('fritvalgspatienter' + 'aftalepatienter') har påvirket strømmen af disse.

I 2002 var andelen af ikke-akutte patienter behandlet uden for hjemamtet steget til knap 11% (7).⁸ Dermed ses over ganske få år en markant stigning i brugen af det frie valg. Hvor flere amter har faste samarbejdsaftaler omkring behandlinger og sygehusvalg, indgår patientstrømmene som regel i den indenamtsslige planlægning, og har således været afregnet efter andre principper (17). Om DRG-afregningen af fritvalgspatienter reelt har øget konkurrencen er usikkert, og i givet fald er det sket i samspil med andre udviklingstendenser i sygehusvæsenet (42).

Grundlaget for frit valg af sygehus søges løbende forbedret. Som nævnt harmoniseres afregningen for henholdsvis inden- og udenamtpatienter fra 2004.

⁸ Ekskl. patienter der har modtaget højt specialiseret behandling i et andet amt. Antallet af patienter der vælger indenfor eget amt er i øvrigt vanskeligt at opgøre på landsplan, om end nogle amter har forsøgt at undersøge dette.

Samtidig styrkes den enkelte borgers informationsgrundlag i disse år gennem øget digitalisering af sygehussektoren samt udviklingen af nationale kvalitetsstandarder (7).

I 2002 blev ordningen omkring udvidet frit valg indført. Den giver visse muligheder for privat behandling, såfremt ventetiden på de offentlige sygehuse overstiger 2 måneder. En høj grad af frit valg kan ses som en værdi i sig selv, men det er endnu uvidst, om det har formået at øge konkurrencen mellem sygehuse. Der har dog været en moderat stigning i antallet af private behandlinger (55). Grundet det beskedne omfang af privatklinikker i Danmark, har det ikke haft væsentlig betydning for den samlede sygehussektor – om end det kan hævdes, at udviklingen er medvirkende til at styrke det private marked for sygehusydelser. De første tal fra Storstrøms Amt fra 2. halvår af 2002 viser, at der her er en tendens til, at det udvidede frie valg anvendes bredere og over større geografiske afstande end de 'gamle' regler om frit sygehusvalg (56).

For yderligere diskussion omkring frit valg af sygehus, samt de interne og eksterne udbud af behandling af ventelistepatienter, der blev brugt før 1990 henvises til Vrangbæk (1) og Alban (2).

10.2 'Frisygehuse'

De såkaldte *bestiller-udfører* modeller har i begrænset omfang været afprøvet af danske amter, og har en mere moderat adskillelse af de politiske og driftsmæssige niveauer end *køber-sælger* modellerne. Danske eksempler er etableringen af 'frisygehuse', hvor tidligere offentligt drevne sygehuse får status af selvstændige institutioner. I Sønderjyllands Amt har Aabenraa Sygehus været underlagt en sådan ordning, men overgår til offentlig drift fra 2004 (57). Grindsted-Brørup Sygehus har været tæt på at blive udlagt som selvstændig, men Ribe Amt prioriterede i stedet én samlet sygehusledelse i amtet.

Selvstyrende strukturer stiller store krav til forhandlingerne af de kontraktlige aftaler med amtet for at sikre kvalitet mv. af de købte ydelser, og det kan være en af årsagerne til at opmærksomheden i øjeblikket ser ud til være at rettet mod andre typer af organisering. I stedet for at oprette selvstændige decentrale enheder, opretholdes offentligt integreret ejerskab og drift af sygehuse, men mange steder med ændringer i ledelsesstrukturen (jf. afsnit 13).

Kun Hørsholm Sygehus i Frederiksborg Amt fungerer ved udgangen af 2003 som et offentligt ejet selvstyrende sygehus. Ydermere har Friklinikken på Brædstrup Sygehus en særlig konstruktion, der søger at kombinere en vis økonomisk frihed med en høj grad af fleksibilitet. Personaleforbruget er aktivitetsafhængigt, og dermed søges at opnå en vis tilpasningsevne til udsving i Vejle Amts ventetider på operationer (31).

Denne rapport kommer ikke ind på de nærmere omstændigheder omkring effektivitetsforholdene ved 'frisygehus' modeller i forhold til traditionel offentlig styring, blandt andet fordi andre organiseringsformer, som nævnt, aktuelt er mere i fokus hos amterne.

10.3 Amternes brug af samarbejde med den private sektor

De fleste amter har gennem mange år samarbejdet med den private sektor på sygehusområdet, enkelte siden starten af 1980'erne. Omfanget er størst på ikke-kliniske områder, ofte med henblik på besparelser eller for at bedre kapacitetsudnyttelsen. Typisk vil der være tale om leverandøraftaler, eks. udlicitering af rengøring mv., der kan indgås med eller uden en udbudsrunde.

Kontraktindgåelse med private leverandører er i sagens natur af en anden karakter end de interne aftaler, der indgås mellem amt og offentligt sygehus. Hvor sygehuset ved intern kontraktstyring ikke nødvendigvis kan takke nej til at underskrive kontrakten, er der ved privat samarbejde tale om ligeværdige partnere, der indgår aftalen frivilligt. Ved traditionel udlicitering er det derfor nødvendigt at opstille meget specifikke krav til det, der skal leveres, hvorefter den politiske dialog så at sige trækkes væk fra selve produktionen. Dermed er sundheds / sygehusforvaltningen nødt til at være velinformeret og i stand til at opstille den nødvendige kontrol med mængde, kvalitet etc. (58). Det kan være vanskeligt, især på det kliniske område, men også manglen på leverandører af sygehusrelaterede ydelser, holdninger og traditioner for offentlig varetagelse af den type opgaver, ses som en barriere (59). Tabel 2 giver oversigt over de væsentligste typer af offentlig-privat interaktion på området.

Da Fyns Amt i midten af 1990'erne for alvor satte fokus på offentlig-privat samarbejde i sygehusvæsenet, var det i første omgang uden nogen konkrete forventninger til besparelser (60). Erfaringer på Fyn og i andre amter har siden hen demonstreret et effektiviseringspotentiale på visse områder. Efterhånden som erfaringer og sammenligningsgrundlag med amternes egne omkostninger er blevet forbedret, er opmærksomheden omkring privat samarbejde taget til.

En udbudspolitik formuleret specielt med henblik på sygehusområdet ses eksempelvis i H:S (61), mens andre amter lader området indgå i deres generelle strategi for privat samarbejde. I H:S har man ydermere søgt at opregne besparelser opnået gennem udliciteringspolitikken. Trods vanskeligheder med direkte sammenligninger mellem egen og udliciteret drift over tid, konkluderes det, at der er opnået væsentlige besparelser på de fleste ikke-kliniske områder. Det bemærkes dog, at det er udbudsprocessen, og ikke selve de private aktører, der har genereret besparelser – på visse områder har H:S selv været den mest effektive leverandør (62).

Tabel 2: Oversigt over de væsentligste former for offentlig-privat samarbejde i den danske sygehussektor. Kilder: (4;59)

Leverandør-aftaler	Dækker over forskellige typer af aftaler om køb af varer / ydelser, oftest gennem indgåelse af kontrakter.
	– Mest hyppigt forekommer <i>indkøb af varer og materialer</i> til sygehuse-nes drift. I forhold til kliniske ydelser kan der eks. være tale om køb af en vis mængde operationskapacitet til nedbringelse af ventetider. – <i>Driftsaftaler</i> kan indgås som længerevarende aftaler, eks. servicering af teknisk udstyr mv. – <i>Udlicitering</i> vil, såfremt opgaven er af en vis størrelse, ske gennem en udbudsrunde. Det offentlige køber en aftalt ydelse af en privat aktør, og det politiske niveau trækkes dermed tilbage fra den daglige drift.
Offentlig-private partnerskaber	Er et område der ses en stigende interesse for. Begrebet anvendes i en lang række sammenhænge i forbindelse med offentlig-privat interaktion. Det spænder således over formel offentlig-privat organisationsdannelse til mere løse samarbejdsaftaler. Centrale elementer indenfor disse partnerskaber er fælles økonomiske incitamenter, risikodeling, fælles mål og fælles beslutningstagning.

Private klinikker benyttes mange steder som venteliste'knusere'. Oftest er der tale om privatpraktiserende speciallæger, eksempelvis øjen- og høreklinikker. Nogle amter har dog også indgået aftaler med privathospitaler om et bestemt antal årlige behandlinger (63).

Udover serviceopgaver i forbindelse med drift samt aftaler med privatpraktise- rende speciallæger, bevæger offentlig-private samarbejder sig i disse år ind på nye felter. Det seneste eksempel er fra Sønderjyllands Amt, hvor man på Tønder Sygehus har indgået aftale med et tysk privathospital omkring driften af en ortopædkirurgisk afdeling. Offentligt-privat samarbejde omkring kliniske ydelser er derudover stadig relativt uudforsket i dansk sammenhæng, men anses for at have et vist potentiale i de kommende år (64).

I bilagene ses eksempler på, at flere af de mere omfattende samarbejder har karakter af partnerskaber, hvor offentlig myndighed og privat institution deler ansvaret for ledelse og drift (5;59). Sådanne samarbejder stiller krav til et vist sammenfald af parternes fælles mål og risikovillighed, hvilket kan være et problem på områder med et meget reguleret 'marked'.

Tabel 3 giver en oversigt over de væsentligste offentlig-private samarbejder i amterne. Leverandøraftaler omkring ikke-kliniske ydelser er ikke medtaget i tabellen, da alle amter i varierende grad gør brug af dette.

Tabel 3: Oversigt over de væsentligste former for privat samarbejde & virksomhedsliggende tiltag i sygehusvæsenet. Kilder: Information fra amterne, Bornholms Regionskommune og H:S samt (59;63)

	Udlisitering / leverandøraftaler, kliniske ydelser	Offentlig-privat partnerskab
Københavns Amt	Benytter praktiserende speciallæger indenfor bl.a. kirurgi, intern medicin, diagnostiske ydelser	Forskningssamarbejde med medicinalindustrien
Frederiksborg Amt	Sygeplejevikarer Søvnapnø behandling (Scansleep) Operationer (Hamlet)	ISS på Hørsholm Sygehus Frederiksborg Linnedservice
Roskilde Amt	Aftaler med private klinikker mht. visse kirurgiske behandlinger	
Vestsjællands Amt	Anvender Hamlet og enkelte praktiserende speciallæger	
Storstrøms Amt	Benytter enkelte praktiserende speciallæger	
Fyns Amt	Sygeplejevikarer Benytter enkelte praktiserende speciallæger	Patienthotel
Sønderjyllands Amt	Ortopædkirurgi (Ostsee Damp) MR-scanninger	
Ribe Amt	Rehabilitering / genoptræning Bypass operationer mv. (Hjertecenter Varde) Ortopædkirurgi	
Vejle Amt	Lægeseekretærer Elektroniske patientjournaler Hjerteoperationer (Hjertecenter Varde)	
Århus Amt	Lægeseekretærer Søvnapnø behandling (Scansleep) Benytter praktiserende speciallæger indenfor bl.a. øjenoperationer, ortopædkirurgi og diagnostiske ydelser	
Ringkjøbing Amt	Hjerteoperationer (Hjertecenter Varde) Ortopædkirurgi Nyrestensknuser Iltleverancer	Sygehusvaskeri
Viborg Amt	Benytter enkelte praktiserende speciallæger	Sygehusvaskeri
Nordjyllands Amt	Ortopædkirurgi (Ostsee Damp) Benytter enkelte praktiserende speciallæger	Samarbejde om produktudvikling af doseringssprøjter
Bornholms Regionskommune	Operationer på Hamlet	
H:S	Ikke oplyst	Familiehotel på Rigshospitalet ⁹

⁹ Dette eksempel har mere karakter af en 'foræring' end egentligt udviklingssamarbejde

11. 'Borgeren i centrum'

Ud fra målsætninger og strategier på området virker mange amter bevidste omkring patienters krav til øget kvalitet og valgfrihed til ydelser, der skal leveres med hensyn til de begrænsede muligheder for at tilføre nye ressourcer.

Oplevet kvalitet samt patienttilfredshed kan ses i sammenhæng med den offentlige og politiske debat fra midten af 1990'erne, hvor det blev klart, at velfærdsstatens kerneydelser fortsat skulle være et offentligt ansvar. Sådan tolkede den daværende regering i hvert fald selv budskabet fra den række *folkehøringer*, der blev afholdt omkring år 2000 (65). Debatten var medvirkende til et generelt øget fokus på brugerinddragelse og kvalitet i velfærdsstaten (4). I de senere år har flere amter således inkluderet en *borgeren i centrum* målsætning, der blandt andet anvender brugerundersøgelser,¹⁰ brugerråd, fokusgrupper og inddragelse af patientforeninger.

Kortlægningen af brugernes præferencer kan muligvis også ses i sammenhæng med den forventede udvikling i de kommende år. I oplægget fra Indenrigs- og Sundhedsministerens Rådgivende Udvalg pointeres det, at den demografiske vækst vil begrænse muligheden for realvækst i den offentlige sektor. Dette forhold må nødvendigvis balanceres mod en stigende efterspørgsel på sundhedsydelser som følge af teknologisk udvikling og patienter, der i stigende grad er bevidste omkring egne krav (31). Det kan dermed blive vigtigt for politikerne, at identificere de ydelser borgerne prioriterer højest i det offentlige sundhedsvæsen.

Samlet set er tendensen i hvert fald, at mange amter i de senere år er begyndt at formulere målsætninger for deres sygehussektor, hvor der indgår krav til brugerfokus og tilfredshed. Dog har dette mange steder stadig karakter af gode hensigter mere end af praktiske tiltag. Det er tids og omkostningskrævende at udvikle systemer, der kan registrere og sammenholde effektivitet, kvalitet og brugertilfredshed på sygehuse og afdelinger, og nogle amter er længere fremme i denne proces end andre.

¹⁰ De fleste amter udfører egne patienttilfredshedsundersøgelser, og anvender disse til identifikation af lokale problemstillinger. Derudover er der landsdækkende initiativer på området, blandt andet for at skabe et sammenligningsgrundlag.

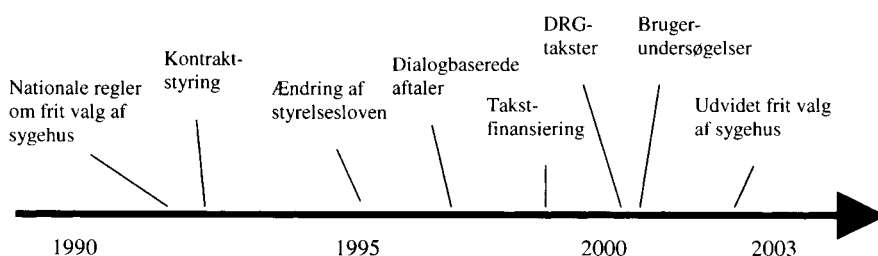
12. Status over udviklingen fra plan til marked

Som nævnt kan det være nyttigt at se udviklingen væk fra ren rammestyring som en delvis markedsdannelse. I Danmark har den politiske vilje til meget gennemgribende markedsdannende reformer været begrænset i forhold til de reformer, der har været gennemført i andre nordeuropæiske sygehusvæsen. Det kan skyldes ideologiske og værdimæssige faktorer, men også at mulighederne for forbedringer og besparelser har været anset som usikre op gennem 1990'erne. Debatten om øget frit valg har desuden aldrig udfordret *gatekeeper* systemet, hvilket igen kan ses som et ønske om at bevare en vis kontrol med efterspørgslen og dermed sygehusudgifterne. Karsten Vrangbæk betegner det som en politisk og administrativ *konsensusdannelse*, baseret på opfattelsen af, at det eksisterende system har formået at klare de forhåndenværende udfordringer godt (1).

Udviklingen i det danske sygehusvæsen fra 1990 til 2003 har således været præget af inkrementelle ændringer snarere end store reformer. Dette kan sættes i sammenhæng med landets øvrige forvaltningspolitiske ændringsprocesser omend sygehusvæsenet har en mere regional variation. En oversigt over de væsentligste begivenheder i denne udvikling skitseres i figur 3.

12.1 Noget for pengene?

Et af de væsentligste problemer med at implementere en effektiv mål- og resultatstyring, er det medfølgende behov for at identificere målbare indikatorer og indhente informationer omkring opfyldelsesgrad. Flere amter har indført systemer, der med jævne mellemrum afreporterer status på opfyldelsen af kvali-



Figur 3: Skitse over introduktionen af nye styringsmekanismer i sygehusvæsenet, i kronologisk orden. Offentlig-privat samarbejde er ikke medtaget, da udviklingen i dette strækker sig længere tilbage end 1990, og har fundet sted løbende gennem årene.

tets- og servicemål. Således kan både afdelinger, ledelse, amt og patientgrupper løbende følge udviklingen. Dette kan ideelt set kompensere for manglen på direkte sanktioner ved de interne kontraktformer. Løbende målinger giver mulighed for løbende justeringer, der kan være mere eller mindre formaliserede. De dialogbaserede aftaler har eksempelvis indbyggede 'alarmer', der udløser en dialogproces imellem politikere, administration og sygehusledelse, når den løbende monitorering af målopfyldelsen viser optræk til større udsving.

De nogle steder relativt omfattende monitoreringssystemer er en effekt afledt af kontraktstyringen, og har styrket brugen af DRG-baserede værdier. Langt de fleste amter inddrager nu DRG-takster i den økonomiske ramme, med henblik på at regulere budgetterne i forhold til forventet aktivitet samt udføre sammenlignende målinger mv.

12.2 Aktivitet og konkurrence?

Økonomiske incitamenter er i højere grad forbundet med brugen af delvis aktivitetsbestemt finansiering, som frem til 2003 har været benyttet primært til afregning i forhold til andre amter og statslige puljer. Der er da også i flere undersøgelser en opfattelse af, at udviklingen mod større brug af ABF, i høj grad er drevet af statslige initiativer og ønsker – mere end af amternes selvstændige initiativer (43;59).

Da takster baseret på DRG-værdier blev indført, var de kun i begrænset omfang baseret på danske data. Systemet bliver løbende udviklet,¹¹ og alle amter, på nær Frederiksborg Amt, arbejder med DRG-baserede takster fra 2004. Systemet kan ses som et værktøj, der kan hjælpe med at skabe en mere konkurrencepræget situation mellem sygehusene, men uens registreringspraksis mv. kan give problemer (44). DRG-systemet øger desuden den administrative byrde i sygehusvæsenet – blandt andet forudser Frederiksborg Amt store udgifter til registrering, administration og løbende opfølgning af deres planlagte DRG-baserede takststyringsmodel (67).

Med hensyn til konkurrenceelementet, er spørgsmålet, hvor meget konkurrence, strukturen og samarbejdet i den danske sygehussektor tillader. Internt i amterne er sygehusene mange steder blevet specialespecifikke eller opbygget som funktionsbærende enheder, der betjener et helt amt, hvilket stort set udelukker konkurrenceelementet. De forskellige interamtslige samarbejder søger ligeledes at udnytte kapaciteten gennem koordination, snarere end gennem investeringskrævende konkurrence.

12.3 Brugerne i fokus?

Man kan argumentere for, at mulighederne for frit sygehusvalg udgør en indi-

¹¹ Blandt andet blev danske takster for ambulant behandling (DAGS) først introduceret i 2003 (66).

rette brugerindflydelse på sygehusvæsenet (1;7). Derudover gør flere amter efterhånden brug af patienttilfredshedsundersøgelser, enten som et mål i sig selv eller som en del af kvalitetsudviklingsstrategier. Problemet med sådanne undersøgelser er, udover høje omkostninger, blandt andet risikoen for subjektive og generelle besvarelser – og dermed et dårligt sammenligningsgrundlag. Det kan med andre ord være vanskeligt at opnå svar, der både er sammenlignelige afdelinger og sygehuse imellem, men også brugbare som grundlag for konkret udvikling af kvalitet og service (68).

Der er tegn på, at prioriteringer ud fra brugerundersøgelser og tilfredshedsmaal opnår stadig større indflydelse hos beslutningstagere og sygehusadministratorer. Dels er mange projekter, både nationalt og lokalt, allerede i gang. Dels har den siddende regering som erklæret mål, at få klarlagt borgernes præferencer i forhold til offentlige serviceydelser (69). Her er H:S gået et skridt længere, og har oprettet et brugerpanel, med henblik på at skærpe dialogen med brugerne (70).

12.4 Planøkonomisk hægedynd?

Karsten Vrangbæk har analyseret datamateriale indhentet i forbindelse med *'Magtudredningen'* og konkluderer, at sygehussektoren hører til blandt de mest omstillingsparate organisationsstrukturer i den offentlige sektor. Samtidig bekræftes de her viste tendenser til, at forandringer primært sker i organisationsfeltet frem for det økonomiske felt.

En af årsagerne til den tøvende implementering af ABF kan være, at ledere og beslutningstagere i sygehussektoren har foretrukket at implementere dette indenfor de bestående styringsmodeller. Der er med andre ord en vis sikkerhed i de årlige budgetforhandlinger, hvor budgettet kun ændres marginalt fra år til år. Budgetkontrol har stor betydning i sundhedssektoren, og erfaringen med ustyrbare medicinudgifter har givetvis ikke været et scenarie, amterne har ønsket at gentage i sygehussektoren. Regeringens skattestop har desuden skabt et krydspres på amterne, og forstærket nødvendigheden af at kontrollere udgifterne.

Som nævnt i de indledende afsnit er forskellige ideologisk og politisk influerede faktorer afgørende for, i hvor høj grad der finder markedsdannelse sted i sygehusvæsenet. Således er det i dansk sammenhæng begrænset, hvor meget 'marked' man fra politisk hold har ønsket at implementere i denne sektor. Stat og amter søger at tage hensyn til både effektiv ressourceudnyttelse, kvalitetskriterier og lighed i finansiering samt adgang. Ud fra dette kan der argumenteres for, at danske amter anvender NPM-inspirerede tiltag i relativt stort omfang – givet de politiske rammer.

Nogle af de mere markeds lignende tiltag, såsom *køber-sælger modellen*, har ikke vundet indpas i Danmark. Modellen kunne være en vigtigt element, såfremt man måtte ønske yderligere markedsdannelse i den danske sygehussektor. Erfaringerne fra udlandet tyder dog på, at det kan være meget svært at håndtere de markeds'fejl', der kan opstå som følge af mindre politisk kontrol over udbuddet af sundhedsydelser. Det drejer sig især om problemer med koordination af behandlinger sygehusene imellem samt væsentlige budget-overskridelser (71). Set i det lys har danske amters fokus på udgiftskontrol været med til at inddæmme nogle af de uheldige følger, der kan opstå som følge af markedsinspirerede tiltag på sundhedsområdet.

Trods regionale forskelle, er styringsmekanismen i sygehussektoren generelt blevet *delvist markedsgjorte*, primært i form af kontraktstyring med vægt på resultater i forhold til ressourceforbrug, men også med hensyn til øget brug af samarbejde med den private sektor. Den nuværende tendens til sygehussektorens interesse for brugertilfredshed og kvalitet kan ses i sammenhæng med *borgeren i centrum* bølgen. Hele den offentlige sektor må omstille sig til nye generationer af *bevidste forbrugere*, der ønsker maksimal nytte af deres skattekrone. Således kommer et stigende pres på sygehussektoren 'nedefra' – det vil sige fra efterspørgselssiden. Disse nye krav er flere amter begyndt at være opmærksomme på, som eksempelvis Frederiksborg Amt beskriver det i deres '*Sundhedsvision*' fra 2003 (72).

Afslutningsvis skal det fremhæves, at den her beskrevne status over udviklingen af NPM-inspirerede tiltag i det danske sygehusvæsen er tegnet på baggrund af materiale, der primært kortlægger amternes hensigter og formelle tiltag, fremfor hvad de konkrete konsekvenser er i forhold til den enkelte afdeling eller patient.

I tabel 4 opsummeres de forskellige amters implementering af nye styringsmodeller med henblik på 2003. Den bygger på oplysninger, der kan genfindes i bilagssamlingen, og er således udelukkende et billede af de ændringer der er sket på papiret. Der er således ikke nødvendigvis direkte sammenlignelighed mellem de enkelte amter. Især den anslåede brug af ABF i 2004 skal sammenlignes med forsigtighed, da der er individuelle forskelle i beregningsmetoder. Den markant højere andel af ABF skyldes, at man flere steder fra 2004 medregner det potentielle tab sygehuset kan få, hvis aktiviteten ikke når sidste års niveau, som en del af den aktivitetsbestemte finansiering. Problemstillingen omhandles ikke nærmere, da yderligere kortlægning af forskellige modeller for implementering af øget takstfinansiering fra 2004 og frem, ligger uden for rammerne af denne rapport.

Tabel 4: Opsummering af styringsredskaber i amterne 2003.

	Styringsredskaber 2003	Monitorering	Budgetstruktur 2003	Budget-overførsler ¹²	ABF 2001 ¹³	ABF 2004 ¹⁴
Københavns Amt	Dialogbaserede aftaler	Kvartalsvis afrapportering på økonomi, aktivitet, servicemål	Basisbudget med aktivitetskrav	Ja	0,5%	Ca. 20%
Roskilde Amt	Driftsaftaler med mål og resultatstyring	Løbende	Basisbudget suppleret med brug af ABF-puljer	Ja	0,3%	Ca. 70%
Frederiksborg Amt	Virksomhedskontrakter ml. amtet og den enkelte sygehusafdeling	Under udvikling	Basisbudget suppleret med brug af ABF-puljer (Hørsholm ren ABF)	Ja	1,9%	20+ %
Vestsjællands Amt	Virksomhedsaftale ml. amtet og de 5 centre (dialogbaseret)	½ årlig rapportering	Basisbudget suppleret med brug af ABF-puljer	Ja	0,3%	20+ %
Storstrøms Amt	Kontraktstyring	Løbende	Basisbudget suppleret med brug af ABF-puljer målrettet mod ventelister	Nej	0,4%	35%
Fyns Amt	Kontraktstyring med bindende handleplaner	Detaljeret opfølgning gennem kvartals-rapporter	Basisbudget med aktivitetskrav. Derudover aktivitetspuljer	Bevilges af Amtsrådet	0,5%	70%
Sønderjyllands Amt	Kontraktstyring	Der udvælges konkrete projekter	Basisbudget med aktivitetskrav	Ja	1,0%	60%
Ribe Amt	Kontraktstyring	Aftales på 'dialogmøder'	Basisbudget med aktivitetskrav. Derudover aktivitetspuljer	Ja	0,2%	20+ %
Vejle Amt	Der anvendes ikke kontrakter, men aftales model for delvis ABF	Løbende	Basisbudget med meraktivitets og 'bonus' ordninger	Ja	0,7%	30%
Århus Amt	Virksomhedsmodel / dialogbaserede aftaler	Løbende afrapportering	Basisbudget med marginale takster for meraktivitet	Ja	1,7%	60%
Ringkjøbing Amt	Kontraktstyring	Under udvikling	Basisbudget med aktivitetskrav	Ja	2,1%	22%
Viborg Amt	Aftaler ml. sygehusledelse (kun Sygehus NORD) og afdelinger	N/A	Rammebudget	N/A	0%	60%
Nordjyllands Amt	Kontraktstyring	Resultater følges op på månedsbasis	Basisbudget m. tillægsaftaler (ABF)	Ja	Ca. 10%	Ca. 25%
Bornholms Regionskommune	N/A	N/A	Rammebudget	N/A	0%	25%
H:S	Resultatkontrakter ml. H:S Direktion og hospitaler	Kvartalsvis afrapportering	Basisbudget med aktivitetskrav	Ja	1,2%	20%

¹²Med budgetoverførsler menes om amtet giver sygehusenes mulighed for at overføre evt. merforbrug/min-dreforbrug til det følgende års budget. Dette er medtaget for at illustrere et forholdsvis sammenligneligt økonomisk incitament, men andre faktorer som muligheder for at overføre midler mellem løn og drift mv., ville være andre eksempler på en vis frihed til at omrokere ressourcer på sygehusniveau.

¹³Amternes brug af ABF for indenamtspatienter i 2001 (47).

¹⁴ Planlagt andel ABF af sygehusbehandling af egne borgere fra 2004, ud fra amternes egne skøn.

13. Amternes igangværende og planlagte strukturændringer

Som det fremgår af gennemgangen i bilagene, er mange af amterne i gang med større eller mindre omstillingsprocesser. Ofte er det planer, der strækker sig over flere år, og som løbende må indrette sig efter omgivelsernes krav – aktuelt aftalen om øget takststyring.

På det organisatoriske / ledelsesmæssige plan ses et skift mod større sygehuse og fokus på tværgående funktioner (eks. funktionsbærende enheder). Der er en klar bevægelse væk fra brugen af mindre sygehuse som egentlige hospitalsenheder, der 'kan alt', hvilket kan skyldes amternes erfarede behov for at danne større enheder med koncentrerede specialer og et relevant befolkningsgrundlag. Ydermere slankes ledelsesstrukturerne mange steder, således at en sygehusledelse får ansvar for flere sygehuse / enheder, og der sker en gradvis lukning af små sygehuse i tyndt befolkede områder – eller evt. omlægning til en lavere grad af sundhedsfaglig specialisering.

Der ses en høj grad af koordination og samarbejde på tværs af amter, hvilket igen er forbundet med nødvendigheden af større optageområder for visse behandlingstyper.

Omstruktureringerne skal også ses i lyset af et faldende udbud af sundhedsfagligt personale – et problem der i stigende grad viser sig i yderamterne. Derudover har mange amter, som nævnt, sat fokus på effektivisering af sygehusydelserne i forhold til de omkostninger, der er forbundet med driften.

Med hensyn til de mere markedsinspirerede ændringer er disse ofte forbundet med regeringens nationale tiltag på sundhedsområdet. Selv om de første initiativer oprindelig opstod hos amterne, var det staten, der 'overtog' initiativet til at indføre eksempelvis fritvalgsordninger på nationalt plan. Det samme kan ses med hensyn til aftalen om brugen af ABF fra 2004. Her har alle amter som nævnt udarbejdet en model, der på papiret opfylder kravene fra økonomiaftalen med regeringen.

De aktivitets- og budgetmæssige udfordringer falder i mange amter sammen med organisationsændringer, som beskrevet ovenfor. Dermed tegnes et billede, hvor sygehusvæsenets styringsmæssige udvikling til stadighed påvirkes af interaktion mellem nationale og amtslige initiativer på området. Dette kommer blandt andet til udtryk i amternes strategier og handlingsplaner for fremtidige mål og prioriteringer.

14. Konklusion

Det kan udledes af denne rapport, at amterne – ofte af egen drift – har ændret de metoder og redskaber, der indgår i styringen af sygehussektoren. Den klassiske rammestyring er i varierende grad blevet suppleret med en række nye styringsredskaber. Set fra et New Public Management perspektiv har stort set alle amter i en vis grad implementeret nye styringsredskaber, der udnytter organisations- og ledelselementer. Indenfor de senere år har flere og flere ligeledes taget nogle af de mere markedsrettede elementer i brug, men her ligger statslige initiativer til grund for en del af forklaringen.

I modsætning til de lande der har været frontløbere indenfor NPM-reformer, har den danske udvikling været langt mere inkrementel. Ændringerne har fundet sted gradvist og over en længere årrække. Blandt forklaringerne til dette kan være, at der i Danmark er særligt fokus på værdierne omkring det frie og lige behandlingssystem, samt at amternes fleksibilitet og decentrale styringsmuligheder har medført, at ændringer er blevet foretaget på basis af mere lokale hensyn. Muligheden for institutionelle tilpasninger indenfor eget amt, de budgetmæssige kontrolmuligheder der kan hentes fra rammestyring, samt stærke nærhedsprincipper omkring lokale sygehuse, kan dermed have dæmpet de politiske strømninger, der leder til gennemgribende reformer.

Trods de ikke helt ideelle metodiske forhold denne rapport har måttet basere sig på, kan det konkluderes at amterne generelt, i hvert fald på papiret, har gjort meget for at omstille deres sygehusvæsen til omgivelsernes krav om effektivitet og kvalitet. Den amtslige selvbestemmelse giver forskelle på den intensitet, med hvilken de enkelte amter anvender nye styringsværktøjer, og økonomisk rammestyring er fortsat et af de bærende elementer i styringen af sygehusvæsenet. Nationale tiltag med betydning for styringen af sygehussektoren er således blevet indarbejdet i de enkelte amters allerede bestående styringsmetoder.

Rapporten har ikke beskæftiget sig med den faktiske virkning, disse ændringer har haft, ligesom rapporten ikke søger at vurdere forskellige styringsformers relative fordele / ulemper. Men generelt kan det konstateres, at måden de anvendes på, har karakter af udviklingsmæssige, samarbejdende relationer mellem parterne, mere end de er baseret på bagudrettede sanktioner.

De ændringer, der er beskrevet i denne rapport, har fundet sted i en fortløbende proces gennem 1990'erne. En proces der fortsætter i disse år. De seneste 2-3 år har således været præget af en debat om *værdier* – hvad borgeren kan forvente i forhold til offentlig service. Ændringerne i sygehusvæsenet afspejler denne tendens, senest med øget opmærksomhed på patientens situation i form af konkrete målsætninger for kvalitet, tilfredshed mv.

Regeringen har fastlagt en strategi for de kommende år, der lægger vægt på at styrke patientens vilkår og sygehusenes effektivitet. Det opsummeres i '*Strategi for det behandlende sundhedsvæsen*' (73), hvor blandt andet sygehusenes frihedsgrader, kvalitetsudvikling og frit valg prioriteres. En af sygehusvæsenets væsentligste udfordringer i en stadig større grad af markedsdannelse, bliver dermed at balancere i spændingsfeltet mellem øget decentral selvbestemmelse, øget konkurrence og behovet for national koordinering og kvalitetssikring.

Fra Plan til Marked

*En kortlægning af anvendelsen
af New Public Management
inspirerede styringsmodeller
i sygehusvæsenet i Danmark*

Forord til bilag

Denne rapport er bygget op omkring en kortlægning af de enkelte amters brug af New Public Management (NPM) inspirerede styringsredskaber i sygehusvæsenet. Hoveddokumentet indeholder en beskrivelse af de generelle hovedtendenser, mens en kort fremstilling for hvert enkelt amt er henlagt til denne bilagssamling.

Med henblik på at opnå en vis grad af sammenlignelighed er bilagene søgt struktureret nogenlunde ens og med hovedvægten lagt på at identificere brugen af NPM-relaterede tiltag. Der har været særligt fokus på at kortlægge situationen for 2003, men derudover er der perspektiveret til igangværende og kommende reformer – blandt andet i forhold til implementeringen af øget takstfinansiering i 2004.

For hvert amt, samt Bornholms Regionskommune og H:S, er udarbejdet en 'faktaboks', der giver et hurtigt overblik over indbyggertal, sygehusbudget, styringsmodel, anvendelsesgrad af aktivitetsbaseret finansiering (ABF) mv. Hvad angår niveauet af ABF i 2001, dækker tallet kun afregning af behandlinger af egne patienter i eget amt. Med hensyn til det planlagte niveau af ABF i 2004 er der tale om amternes egne skøn, og således kan der ligge forskellige beregningsmetoder til grund for den relativt store variation i den forventede brug af ABF. Tallene er dermed ikke umiddelbart sammenlignelige.

Hver beskrivelse har været til gennemsyn og godkendelse i amterne / Bornholms Regionskommune / H:S, men indholdet skal naturligvis sættes i sammenhæng med denne rapports emnefelt, tidsmæssige afgrænsning og metodiske begrænsninger.

Kilder til oplysningerne i faktaboksene er: Amtsrådsforeningens Vidensbank, Indenrigs- og Sundhedsministeriets rapport fra 2002: Aktivitetsbestemt finansiering: Foreløbige erfaringer, samt Amtsrådsforeningens opgørelse over amternes planlagte modeller for takstfinansiering i 2004.

Indbyggertal 2003	618.016
Amtsborgmesterens parti	Socialdemokraterne
Antal somatiske sygehuse	3 sygehuse + samarbejde med H:S om Amager Hospital
Driftsudgifter, somatiske sygehuse 2002	4,3 mia. kr.
Sygehusudgifter pr. indbygger 2002	7.832 kr.
Styringsmodel	Dialogbaserede aftaler
% ABF af budget 2001	0,5%
Planlagt % ABF af budget 2004	Ca. 20%

Styringsredskaber

Københavns Amt indgår årligt dialogbaserede aftaler med amtssygehusene i Gentofte, Glostrup og Herlev (74-76). Tilsvarende indgås aftaler mellem den enkelte sygehusdirektion og hver enkelt afdelingsledelse.

Aftalerne indeholder overordnede forudsætninger, ledelsesmæssige indsatsområder, beskrivelse af det enkelte amtssygehus, overordnede målsætninger for det enkelte amtssygehus, konkrete mål med hensyn til aktivitet, service, ventelister og -tider, kvalitet, forskning, uddannelsesforpligtelser, personaleudvikling og ressourcer.

Da hver af amtets sygehuse har specialiserede lands- og landsdelsfunktioner samt fungerer som universitetshospitaler, er aftalerne relativt omfangsrige med hensyn til forventet aktivitet på både det kliniske, forsknings- og uddannelsesmæssige område. Alle amtets sygehuse inddrager brugerundersøgelser i arbejdet med kvalitetsudvikling.

Afrapportering om økonomi, aktivitet og servicemål sker kvartalsvis, mens der på kvalitets-, forsknings- og uddannelsesområdet sker en opfølgning to gange om året.

På Amager Hospital, der drives i fællesskab mellem Københavns Amt og H:S, indgås der også årligt en dialogbaseret aftale.

Aktivitet og budgetter

Til amtssygehusenes nettodriftsrammer er fastsat en række aktivitetsmål, der som udgangspunkt indeholder produktivitetsstigninger i forhold til tidligere år. Der rapporteres fra alle amtets sygehuse problemer med at overholde driftsbudgettet for 2003, og selv med en stram økonomisk styring, forventes det, at der bliver et vist merforbrug. Til grund for dette ligger blandt andet et højt forbrug af sygeplejevikarer og stigende udgifter til behandlinger på andre sygehuse. Sygehusdirektionerne disponerer selv over indtægter og udgifter indenfor aftalens udstukne rammer, og kan overføre evt. overskud (dog max. 6 mio. kr.) til næste budgetår, såfremt det aftalte aktivitetsniveau er opnået.

Samarbejde med den private sektor

Københavns Amts sygehuse indgår i forskellige forskningsmæssige samarbejder med medicinalindustrien (77). Desuden er der indgået samarbejdsaftaler med en række praktiserende speciallæger (63).

Nuværende og planlagte strukturændringer

I forbindelse med indførelsen af takststyring i Københavns Amts Sygehusvæsen i 2004 er der vedtaget en model for alle amtssygehuse med en grundbevilling til basisaktivitet. Modellen er også gældende på afdelingsniveau. Der er fastsat et aktivitetsmæssigt udsvingsbånd (med henholdsvis et aktivitetsgulv og -loft), i hvilket aktivitetsændringerne takstafregnes. Aktivitetsgulvet er fastsat til 70% af basisaktiviteten. Aktivitetsloftet er fastsat til 101,5% af basisaktiviteten. Aktivitetsstigninger ud over basisaktiviteten afregnes med 50% DRG-takst, mens aktivitetsreduktioner i forhold til basisaktiviteten tilbagebetales med 70% DRG-takst.

Indførelsen af takststyring på Amager Hospital vil følge H:S's model for implementering af ordningen.

Desuden implementerer amtet løbende en *'Sygehusplan 2003'*, hvor en række funktioner centraliseres på ét af amtets sygehuse og / eller flyttes fra et sygehus til et andet (77).

Status for Københavns Amts brug af markedsinspirerede tiltag:

- Der arbejdes med dialogbaserede aftaler, der inkluderer mål- og resultatstyring.
- Fokus på patientforløb og -tilfredshed for hvert enkelt sygehus.
- Der benyttes økonomiske incitament overfor sygehuse i form af budgetoverførsler og krav til aktivitetsforbedringer samt en vis decentral kompetence til justering af aktivitetsmål.
- Der er fokus på at udnytte mulighederne for offentligt-privat samarbejde i forskningsøjemed.

Indbyggertal 2003	372.276
Amtsborgmesterens parti	Venstre
Antal somatiske sygehuse	4 sygehuse + Hørsholm Sygehus
Driftsudgifter, somatiske sygehuse 2002	2,4 mia. kr.
Sygehusudgifter pr. indbygger 2002	7.720 kr.
Styringsmodel	Afdelingskontrakter / Funktionsenheds-kontrakter i 2004
% ABF af budget 2001	1,9%
Planlagt % ABF af budget 2004	20 + %

Styringsredskaber

Frederiksborg Amt opererer med en udstrakt kontraktstyring i forhold til deres sygehusafdelinger. Amtet driver selv 4 somatiske sygehuse samlet under én ledelse. Der udarbejdes individuelle kontrakter med de 34 sygehusafdelinger, blandt andet for at styrke 'det samarbejdende sundhedsvæsen' (37). Fra 2004 omlægges organisatorisk til 14 *Funktionsenheder* (heraf 11 kliniske). Det giver en helt ny ledelses og administrationsstruktur, hvor hver enhed refererer direkte til amtets sygehusdirektion. Indhold og udformning af kontrakter med Funktionsenhederne er endnu ikke fastlagt. Tanken er, at enhederne får tildelt mere selvstændig kompetence, både mht. økonomistyring, organisation og underliggende ledelsesstruktur (78).

Amtet har 3 overordnede målsætninger for sygehusenes funktion: At drive sygehusene som en sammenhængende virksomhed, at understøtte patienters ønsker om behandling i hjemmet samt at styrke patientens egen oplevelse af lighed og gode tilbud i behandlingssystemet. Disse suppleres af en række konkrete servicemål (13 i alt), som dækker undersøgelser og behandling på skadestue, ambulatorium og sygehus. Afrapportering sker i vid udstrækning gennem brugerundersøgelser / patienttilfredshedsundersøgelser, men rapporteringssystemer til brug for analyse af ventetider, aflysninger etc. er under udvikling (34).

Aktivitet og budgetter

Amtet har en konkret målsætning om stram styring af sygehusenes økonomi under en klar prioritering og målfastsættelse. Der er i de senere år benyttet basisbudgetter suppleret med brug af ABF-puljer målrettet mod ventelister. Amtet forudser desuden betydelige udgifter til registrering, administration og løbende opfølgning af deres planlagte DRG-baserede takststyringsmodel (67).

Samarbejde med den private sektor

Frederiksborg Amt forsøgte i 2002-2003 at sælge Hørsholm Sygehus til en pri-

vat køber (79). Fire virksomheder blev prækvalificeret, men ingen af de indsendte købstilbud var komplette / opfyldte amtets betingelser. I stedet drives sygehuset nu som en selvstændig virksomhed, hvorfra amtet køber ydelser. Der var en vis interesse i at starte et offentligt-privat samarbejde med amtet omkring drift af sygehuset. I den forbindelse er der indgået aftaler med private leverandører på områderne, sygehusvaskeri, serviceopgaver, sygeplejerskevikarer og kørsel med laboratorieprøver (80;81). Derudover driver amtet Frederiksborg Linnedservice i partnerskab med en privat virksomhed (81). Amtet køber ydelser hos Hamlet og en række andre private klinikker. Det drejer sig primært om ortopædkirurgiske operationer, behandling for grå stær og tilpasning af høreapparater (63). I 2003 havde Sundhedsvæsenet i Frederiksborg Amt indgået aftaler med private virksomheder for i alt 193,9 mio. kr. En grovmasket kvalitetsmåling af amtets samlede udbudsforretninger viser ingen tegn på, at kvaliteten af ydelserne skulle være forringet ved overgangen til private leverandører (82;83).

Nuværende og planlagte strukturændringer

Sundhedsudvalget i Frederiksborg Amt har besluttet at gå forsigtigt frem med implementeringen af takststyring. Således er det vedtaget, at man i 2004 implementerer en 80/20-model, der er den 'mindst vidtrækkende' af 3 mulige scenarier (67). I 2005 er det målet at implementere pilotforsøg med andre modeller (basisomkostningsmodel og 100%-model), for i 2006 at vedtage en endelig takststyringsmodel for amtet. Frederiksborg er desuden det eneste amt, der har valgt ikke at benytte DRG-baserede takster.¹⁵

Amtet har gennem '*Sundhedsvision Nordsjælland*' styrket sit fokus på omkostningskontrol. Man ønsker blandt andet at indrette sundhedsvæsenets struktur således, at kontakt og behandling sker på lavest mulige omkostningsniveau i forhold til nødvendig effektivitet og kvalitet. Det betyder i praksis, at man vil søge at flytte opgaver fra sygehusene over til andre, mindre omkostningstunge, behandlingsmåder. Samtidig ønskes en øget specialisering og samling af sygehusfunktioner (72).

Status for Frederiksborg Amts brug af markedsinspirerede tiltag:

- Der arbejdes med kontraktbaseret mål- og resultatstyring mellem amtet og de enkelte Funktionsenheder.
- Fokus på patienten som en kunde der efterspørger ydelser.
- Sygehusene skal kunne levere varen, til priser der er konkurrencedygtige.
- Amtet har en høj grad af samarbejde med den private sektor omkring ikke-kliniske ydelser, men benytter også private sygeplejevikarbureauer mv.
- Et af sygehusene drives som en selvstændig virksomhed.
- Der eksperimenteres med nye former for ledelse og organisering, blandt andet i form af tværgående enheder og en høj grad af decentralisering.

¹⁵ Ifølge Amtsrådsforeningens status, foretaget i slutningen af 2003, over de enkelte amters planlagte modeller.

Indbyggertal 2003	236.151
Amtsborgmesterens parti	Venstre
Antal somatiske sygehuse	1 enhed / 2 sygehuse
Driftsudgifter, somatiske sygehuse 2002	1,4 mia. kr.
Sygehusudgifter pr. indbygger 2002	7.673 kr.
Styringsmodel	Kontraktstyring
% ABF af budget 2001	0,3%
Planlagt % ABF af budget 2004	Ca. 70%

Styringsredskaber

Roskilde Amt indgår driftsaftaler med sygehusene omkring forventet aktivitet. Der anvendes en relativt omfattende mål- og resultatstyring, med henblik på at indkapsle alle aspekter af et udviklingsforløb lige fra strategi til resultatmåling og opfølgning.

Kontrakterne med amtets 2 sygehuse fastlægger værdigrundlaget og de overordnede mål for amtets sygehussektor samt fælles servicemål. Der er for hver enkelt afdeling udarbejdet servicemål, aktivitetsmål, forsknings- og uddannelsesmål mv. (84;85).

Amtet har som et led i styringen af sygehusene stor fokus på kvaliteten. I driftsaftalerne indgår udviklingen af optimale patientforløb og faglige standarder som et centralt punkt i kvalitetsstrategien.

Et internt ledelsessystem, SIS, samler systematisk op på opfyldelsen af de forskellige mål (86), og der har desuden været jævnlige patienttilfredshedsundersøgelser på sygehusafdelingerne, især med hensyn til brugernes indtryk af information og behandlingsforløb (84).

Aktivitet og budgetter

Hver afdeling har i 2003 haft tildelt et budget baseret på forventet aktivitet. Grundlaget har været opjusterede tal fra 2002, baseret på DRG-værdier. Derudover har amtet udnyttet muligheden for meraktivitet gennem de statslige puljeordninger (87).

Samarbejde med den private sektor

Amtet indgår aftaler med forskellige private klinikker på det kirurgiske område (63), men herudover har det ikke været muligt at kortlægge brugen af amtets samarbejde med den private sektor.

Nuværende og planlagte strukturændringer

Roskilde Amt implementerer fra 2004 en model med et relativt højt niveau af aktivitetsbaseret finansiering, som har effekt fra afregningen af første patient. Derudover indgår amtet i det såkaldte 3-amtssamarbejde med Storstrøms og Vestsjællands amter – et samarbejde der løbende bliver udvidet (88).

Status for Roskilde Amts brug af markedsinspirerede tiltag:

- Amtet anvender detaljeret mål- og resultatstyring.
- Der er stort fokus på patienttilfredshed samt servicemål.
- Amtet indgår i et formaliseret samarbejde med naboamterne.

Indbyggertal 2003	300.729
Amtsborgmesterens parti	Venstre
Antal somatiske sygehuse	1 enhed / 7 sygehuse
Driftsudgifter, somatiske sygehuse 2002	2,1 mia. kr.
Sygehusudgifter pr. indbygger 2002	8.468 kr.
Styringsmodel	Kontraktstyring
% ABF af budget 2001	0,3%
Planlagt % ABF af budget 2004	20+ %

Styringsredskaber

Sygehus Vestsjælland er resultatet af en proces, der startede med en evaluering af ledelsesstrukturen i 1998. Processen udmøntede sig i en struktur med 5 tværgående centre, der består af et antal funktionsbærende enheder. Der er tilstræbt en *bestiller-udfører* model, hvor en amtslig sygehusdirektør på vegne af sundhedsudvalget har ansvaret for at 'bestille' ydelser hos centerledelserne (89). Centrene styres gennem virksomhedsaftaler med amtet. Disse havde oprindeligt form af dialogbaserede aftaler, men er med tiden blevet skærpet i forhold til krav om mål og resultater (90).

De overordnede mål for amtets sundhedssystem omfatter fokus på kvalitet, sammenhængende service og pris. Herudover er der for sygehusvæsenet opstillet forskellige mål- og resultatkrav omkring effektivitet og brugertilfredshed. For 2003 har *patientforløb* i bred forstand været udnævnt til særligt politisk indsatsområde (91;92).

Derudover indgår Vestsjællands Amt i et formaliseret samarbejde med Storstrøms og Roskilde amter – 3-amtssamarbejdet. Dette indebærer fælles specialeplanlægning samt fri patientbevægelighed indenfor alle 3 amter.

Aktivitet og budgetter

Amtets aftalemodel indebærer, at der indgås aftale om rammerne for næste års forventede aktivitet gennem kontrakterne. Aktiviteten udregnes på basis af DRG-værdier, men centrene er i princippet fortsat underlagt økonomisk rammestyring. Således var der i 2003 både krav til en aktivitetsudvidelse på 1% samt en beskæring af budgetrammen på 1,75% i forhold til 2002 (92). Amtet lægger altså vægt på en stram styring af sygehuscentrenes økonomi.

Samarbejde med den private sektor

Der anvendes ikke privat samarbejde i nævneværdig grad. Dog har amtet på et tidspunkt benyttet sig af Privathospitalet Hamlet, i en situation hvor H:S havde for lang ventetid på visse ydelser (90).

Nuværende og planlagte strukturændringer

Fra 2004 har Vestsjællands Amt planlagt at opfylde regeringens krav til aktivitetsbaseret finansiering. Derudover skal der findes besparelser på driften i de kommende år, blandt andet gennem sygehuslukninger og effektivisering af afdelingsstrukturen (93). Amtet søger gennem udvikling af kvalitets- og servicemål at sætte patienten i fokus, blandt andet gennem styrket kommunikation og personlig rådgivning. Amtet har desuden formuleret en politik omkring brugerrettigheder, der supplerer lovgivningen omkring patientrettigheder (92).

Status for Vestsjællands Amts brug af markedsinspirerede tiltag:

- Der arbejdes med kontraktbaseret mål og resultatstyring mellem amt og de enkelte afdelinger.
- Der eksperimenteres med nye former for ledelse og organisering, blandt andet i form af tværgående enheder og en vis grad af decentralisering.
- Amtet indgår i formaliseret koordination og planlægning med naboamterne.
- Amtets sundhedsplan for de kommende år lægger vægt på styrket brugerorientering samt en amtslig politik omkring brugerrettigheder.

Indbyggertal 2003	261.188
Amtsborgmesterens parti	Socialdemokraterne
Antal somatiske sygehuse	1 enhed / 5 sygehuse
Driftsudgifter, somatiske sygehuse 2002	1,9 mia. kr.
Sygehusudgifter pr. indbygger 2002	8.259 kr.
Styringsmodel	Kontraktstyring ¹⁶
% ABF af budget 2001	0,4%
Planlagt % ABF af budget 2004	35%

Styringsredskaber

Amtets 5 sygehuse er samlet under én ledelse, kaldet Storstrømmens Sygehus, med effekt fra 1. januar 2003. Dette er led i en strukturel reform, 'Plan 2000,' og indebærer desuden effektiviseringer i form af sygehuslukninger og sammenlægning af afdelinger. Sygehusene i amtet er i princippet kontraktstyrede. I forbindelse med omlægning til funktionsbærende enheder, samling af sygehusledelse mv., har der i 2003 ikke været udarbejdet en egentlig aftale omkring mål og resultater, men en aftale for 2004 er under forberedelse (94). Storstrøms Amt indgår desuden i 3-amtssamarbejdet med Roskilde og Vestsjællands amter.

Aktivitet og budgetter

Storstrøms amt har gradvist øget brugen af ABF. Der blev i 2000 brugt en marginal model, hvor ikke-akut meraktivitet udløste budgetforhøjelser (46). Aktiviteten blev fastsat på grundlag af udskrivninger / ambulante behandlinger, men amtet gik i 2002 over til takster beregnet efter DRG-værdier. I 2003 benyttes en model med grundbudgetter for egne og udenamtslige patienter, med en DRG-baseret afregning for meraktivitet (50% for akut og 70% for ikke-akut meraktivitet) (95).

Samarbejde med den private sektor

Amtet har formuleret en generel udbudspolitik, hvor blandt andet ventelisteoperationer forventes udbudt i perioden frem til 2005 (96).

Udover ganske få aftaler med privatpraktiserende øjenlæger (63), har det ikke været muligt at kortlægge brug af offentlig-privat samarbejde i amtet.

Nuværende og planlagte strukturændringer

Fra 2004 øges brugen af ABF, således at al basisaktivitet bliver afregnet via takstfinansiering (35% af DRG-værdien).

¹⁶ Der blev undtagelsesvis ikke indgået driftsaftale for 2003

Der er udarbejdet en udviklingsplan '*Storstrømmens Sygehus 2005+*,' der lægger op til besparelser gennem yderligere effektiviseringer af driften, blandt andet gennem omlægning til øget ambulant behandling (97;98).

Status for Storstrøms Amts brug af markedsinspirerede tiltag:

- Der arbejdes med kontraktbaseret mål- og resultatstyring.
- Der anvendes delvis ABF som et middel til at forhøje aktivitetsniveauet.
- Der udmøntes løbende reformer af sygehusenes ledelse og organisation, blandt andet med henblik på serviceforbedringer og effektivisering.
- Amtet indgår i et formaliseret samarbejde med naboamterne.

Indbyggertal 2003	473.471
Amtsborgmesterens parti	Det Konservative Folkeparti
Antal somatiske sygehuse	2 sygehusområder / 8 sygehuse
Driftsudgifter, somatiske sygehuse 2002	3,6 mia. kr.
Sygehusudgifter pr. indbygger 2002 og 2003	Ca. 7.600 kr. ¹⁷
Styringsmodel	Kontraktstyring
% ABF af budget 2001	0,5%
Planlagt % ABF af budget 2004	70%

Styringsredskaber

Fyns Amt indgår kontrakter med amtets to sygehusområder. Kontrakterne indeholder bindende aftaler om årets budget og aktivitetsniveau, krav til kvalitet og service samt en handleplan for fremtidig udvikling af sygehusområdet. Kontrakterne er delt op i en bindende del, med mål, rammer og planer, samt en informativ del, der sætter aftalen i perspektiv i forhold til den øvrige udvikling i amtets sundhedsvæsen. Desuden informerer kontrakterne generelt om sygehusets funktioner. Der er opstillet 8 konkrete mål, der skal opfyldes i forbindelse med sygehusenes behandlingstilbud (53). Der følges op på udviklingen i opfyldelsen af årets mål gennem udarbejdelsen af kvartalsvise rapporter for sygehusområdet. Kvartalsrapporterne monitorerer løbende udviklingen på områderne 'økonomi og aktivitet', 'ventelister og ventetider' samt 'øvrige kvalitets- og servicemål'. Det er således en temmelig omfattende statusrapport, der bruges som redskab til opfølgning på de indgåede sygehuskontrakter (99). Fyns Amt opgør selv, at amtets sygehusvæsen i 2002 har haft en produktivitet, der lå 4,5% lavere end landsgennemsnittet, når tallet er justeret for forskelle i regnskabs og DRG-opgørelser (100). På den baggrund har amtet formuleret en central målsætning om, at der skal opnås produktivetsforbedringer (101).

Aktivitet og budgetter

Økonomien er baseret på et rammebudget med specifikke aktivitetskrav, hvor der er mulighed for en vis aktivitetsudvidelse afregnet efter DRG-baserede takster.

Der er i kontrakterne for 2003 fastsat en basisaktivitet, på baggrund af aktiviteten i 2002 tillagt en produktivetsstigning på 1,5%. I overensstemmelse med økonomiaftalen med staten vil takstfinansieringen i 2004 i princippet omfatte hele det somatiske område, og afvigelser fra basisaktiviteten medfører budgettilførsler efter nærmere fastsatte retningslinier (53;102).

Samarbejde med den private sektor

Fyns Amt indgik i 1996 i et partnerskab med et svensk firma, Partena AB. Selskabet Completa A/S blev dannet, og havde til formål at udføre service-

¹⁷ Fyns Amts egen opgørelse.

funktioner som rengøring, portør- og teknisk service mv. på visse af amtets sygehuse. Amtet har solgt sin aktieandel fra, men anvender fortsat Completa A/S som leverandør af udliciterede opgaver (59).

Amtet åbnede i 1997 et patienthotel i samarbejde med den private virksomhed, Skandinaviske Patienthotell AB. Den offentlige partner er Odense Universitetshospital, der har ansvar for bygninger og plejepersonale, mens partner-virksomheden har ansvar for ledelsen af patienthotellet. Et af resultaterne har været, at amtet har fået frigjort nogle ressourcer på de kliniske afdelinger (59). Derudover har amtet aftaler med enkelte privatpraktiserende speciallæger, og det er en erklæret målsætning, at amtet stiller sig positiv overfor private virksomheder, der ønsker at benytte udfordringsretten til at indlevere et tilbud på driften af offentlige serviceydelser (103).

Nuværende og planlagte strukturændringer

Fyns amtsråd vedtog i oktober 2003 den kommende model for takststyring i amtet. Den lægger op til at overholde kravene fra økonomiaftalen mellem Amtsrådsforeningen og staten men ønskes videreudviklet. En revideret model for 2005 bliver udarbejdet i løbet af 2004 (53).

Derudover har Fyns Amt en række indsatsområder, der er højt prioriteret i perioden 2002-2006. I relation til denne rapport kan nævnes: Øget brugerinddragelse / patientindflydelse samt åbenhed og vidensformidling.

Amtet ønsker endvidere at styrke aktiviteten på visse områder via afsatte puljemidler. Det drejer sig blandt andet om kræft og hjerteområdet (53). Hensigten er, at takststyringen, der kommer til at gælde for afregning mellem amt og sygehusområder, også implementeres på den enkelte afdeling. Det er pålagt sygehusområderne at udarbejde en orientering om dette til forelæggelse for sygehusudvalget i andet kvartal af 2004 (52;53).

Fyns Amt besluttede i 2001 at lukke sygehusene i Assens, Bogense og Rudkøbing som led i en reform af den fynske sygehusstruktur (93), samt at omlægge den kirurgiske aktivitet i Faaborg og Nyborg til elektive enheder. Ved indgangen til 2004 er størstedelen af den vedtagne reform af sygehusstrukturen i Fyns Amt vedtaget (100).

Status for Fyns Amts brug af markedsinspirerede tiltag:

- Der arbejdes med kontraktbaseret mål- og resultatstyring i kombination med aktivitetsbaseret afregning.
- Fokus på patienten som en kunde der efterspørger ydelser.
- Der er særligt fokus på at styrke effektiviteten i de kommende år, hvilket bunder i en relativ høj udgift per behandlet patient i forhold til landsgennemsnittet.
- Amtet har forsøgt sig med nye offentlig-private samarbejdsformer.
- Der benyttes økonomiske incitamenter overfor sygehusene i form af budgetoverførsler og krav til aktivitetsforbedringer, samt en vis decentral kompetence til sygehusområderne.

Indbyggertal 2003	253.013
Amtsborgmesterens parti	Venstre
Antal somatiske sygehuse	4 sygehuse
Driftsudgifter, somatiske sygehuse 2002	1,7 mia. kr.
Sygehusudgifter pr. indbygger 2002	8.026 kr.
Styringsmodel	Kontraktstyring
% ABF af budget 2001	1,0%
Planlagt % ABF af budget 2004	60% ¹⁸

Styringsredskaber

Sønderjyllands Amt indgår hvert år aftaler, der regulerer budget, aktivitet og kompetencer for de amtsligt drevne sygehuse. Aabenraa Sygehus har indtil 2004 haft status af selvejende institution og indgået årlige kontrakter, der indeholder krav til opfyldning af amtets generelle målsætninger for sygehusvæsenet, samt en aftale om et givet antal behandlinger (104).

Amtet har formuleret to overordnede mål for sundhedsvæsenet: At fremme 'det sunde liv' og 'det gode patientforløb'. Derudover er opstillet 4 konkrete servicemål for sygehusene (105). Disse handler primært om opfyldelsesgrader af krav forbundet med ventetider og information. Dokumentation for aktiviteter samt en opgørelse over opfyldelse af servicemålene skal vedlægges sygehusets årsregnskab.

En amtslig kvalitetsmodel, KISS, er under udvikling. Sønderjyllands Amt har frem til udgangen af 2003 udviklet metoder til kvalitetsvurdering af amtets sundhedsvæsen, med det formål at foretage løbende evaluering og udvikling (106;107)

Aktivitet og budgetter

Sygehusenes budgetter fastsættes via budgetmål for forventet aktivitet i det kommende år, samt planlagte investeringer i anlægsarbejder etc. I 2002 var der desuden kalkuleret med ekstra aktivitet til nedbringelse af ventelister, finansieret gennem 1½ mia. kr. puljen.

Der er meget konkrete aftaler omkring opfyldelse af servicemålene, men sygehusledelserne har en vis frihed til omfordeling af midler indenfor budgetrammen (108).

Samarbejde med den private sektor

Sønderjyllands Amt har generelt en høj udliciteringsgrad, og på sygehusområdet drives kun kerneydelserne af amtet – resten er udliciteret (64). Aabenraa Sygehus fik i 1992 status af selvejende institution med en relativ stor selvstændighed indenfor amtets målsætning omkring levering af ydelser. ISS ind-

¹⁸ Af den kirurgiske aktivitet, svarende til en takstfinansieringsandel på ca. 32% af den samlede produktion.

trådte i bestyrelsen som privat samarbejdspartner, og rengøring, portører samt vedligeholdelse blev udliciteret til koncernen (59;104;109). Desuden kan sygehuset selv anvende evt. overskud til forbedring af ydelserne (110). Samme sygehus samarbejder med Thava Imaging A/S, der har opstillet og driver en MR-scanner i bygningerne. I den forbindelse er opnået en særlig aftale om aften og weekendbemanding, så kapaciteten udnyttes fuldt ud (59). Derudover har den tyske privatklinik Ostsee-Klinik Damp lejet sig ind på Tønder Sygehus, og driver fra slutningen af 2003 en ortopædkirurgisk afdeling med 10 sengepladser (111).¹⁹

Nuværende og planlagte strukturændringer

Sønderjyllands Amt prioriterer effektiviseringer højt. En plan, der har til hensigt at omlægge amtets sygehusstruktur, påbegynder implementering i 2004. Strategien er udarbejdet af PLS Rambøll i 2002, med henblik på at realisere en årlig besparelse på 90 mio. kr. Blandt kerneelementerne er, at sygehusvæsenet samles under en fælles ledelse, bestående af Amtssundhedsdirektøren og de 2 sygehusdirektører fra hhv. Region Nord og Region Syd. Der er tilknyttet en sygehusdirektør og en administration til hver region. Begge regioner består af 2 sygehuse. Der gennemføres en væsentlig reduktion af sengepladser gennem udvidet brug af ambulante behandlinger og dagkirurgi, samt øget personalemæssig fleksibilitet. Omlægningen til dagkirurgi ses som en yderligere fordel, da dagkirurgisk aktivitet forventes at være økonomisk mere bæredygtig ved afregning med DRG-takster (57;109). Derudover har amtet vist interesse for at udbrede samarbejdet med private leverandører på sygehusområdet (112).

Amtet har haft høje udgifter til sygehusvæsenet set i relation til befolkningens størrelse. Blandt andet udgifter til afregning af udenamtslige behandlinger har været i kraftig vækst. Indførelse af DRG-takstsystemet til fritvalgspatienter har været identificeret som den primære årsag til denne stigning (109). Der planlægges en relativ høj grad af ABF fra 2004, med afregning 'fra første patient'. Modellen giver mulighed for 'bonusordninger' på udvalgte behandlingsområder.

Status for Sønderjyllands Amts brug af markedsinspirerede tiltag:

- Der arbejdes med kontraktbaseret mål- og resultatstyring.
- Der anvendes delvis aktivitetsbaseret finansiering som et middel til at forhøje aktivitetsniveauet.
- Amtet gør brug udtrakt brug af samarbejde med private firmaer, senest også på kliniske områder.
- Der planlægges reformer af sygehusenes ledelse og organisation, blandt andet med henblik på serviceforbedringer og effektivisering.
- Der er fokus på kvalitetsudvikling.

¹⁹ Med mulighed for at udvide med op til 15 sengepladser fra juli 2004.

Indbyggertal 2003	224.257
Amtsborgmesterens parti	Venstre
Antal somatiske sygehuse	3 sygehuse (fra 2004 under 1 ledelse)
Driftsudgifter, somatiske sygehuse 2002	1,5 mia. kr.
Sygehusudgifter pr. indbygger 2002	8.086 kr.
Styringsmodel	Kontraktstyring
% ABF af budget 2001	0,2%
Planlagt % ABF af budget 2004	20+ %

Styringsredskaber

Ribe Amt anvender kontraktstyring i forhold til sygehusene, under betegnelsen drift- og udviklingsaftaler. Disse indebærer relativt brede og relativt omfattende parametre omkring patientforhold. Dette inkluderer faktorer som tilfredshed, oplevet kvalitet og tillid til sygehusvæsenet. Derudover er der også indarbejdet målsætning for arbejdsmiljø og strukturtilpasninger i forhold til effektivitet mv. Krav til monitorering mv. aftales nærmere på 'dialogmøder' mellem amt og sygehusledelse (113).

Aktivitet og budgetter

Amtet har for 2003 budgetteret ud fra forventet basisaktivitet opgjort efter DRG-værdier. Der blev i 2003 afregnet for al somatisk meraktivitet med 80% af DRG-kroneværdien indenfor en på forhånd afsat pulje.

Samarbejde med den private sektor

Ribe Amt samarbejder med den private klinik Hjertecenter Varde, der lejer sig ind i lokaler på Varde Sygehus. Desuden driver Falck rehabiliteringscenteret Rehab Varde. Til høreapparatsbehandling bruges eksterne konsulenter ansat i tidsbegrænsede stillinger (114).

I 2002 indgik amtet særaftaler med Kirurgisk Klinik Esbjerg og Ostseeklinik Damp til forskellige typer operationer, dog kun for det pågældende år (63).

Nuværende og planlagte strukturændringer

Der har været overvejelser i amtet omkring muligheden for at omdanne Grindsted-Brørup Sygehus til et frisygehus (115). Amtsrådet har dog valgt at fortsætte driften af sygehuset i offentligt regi som led i en reform af ledelsesstrukturen, idet de to sygehusenheder fra 2004 ledelsesmæssigt lægges sammen med Esbjerg Centralsygehus (116).

Der er nedsat et amtsligt kvalitetsudvalg, der blandt andet skal koordinere nationale og lokale kvalitetsmålinger, samt oprette en kvalitetsenhed i amtet (117). Amtet har opstillet en række mål for perioden 2003-2007, hvor især pati-

enternes rettigheder og kvalitetsindtryk spiller en væsentlig rolle. Samtidig lægges der vægt på, at personale og ressourcemæssige faktorer skal være på plads, før målene kan opnås (118).

Status for Ribe Amts brug af markedsinspirerede tiltag:

- Der arbejdes med kontraktbaserede aftaler.
- Amtet gør brug af samarbejde med private firmaer, også på kliniske områder.
- Der er er fokus på kvalitetsudvikling og patienttilfredshed.

Indbyggertal 2003	353.284
Amtsborgmesterens parti	Venstre
Antal somatiske sygehuse	4 enheder / 6 sygehuse
Driftsudgifter, somatiske sygehuse 2002	2,3 mia. kr.
Sygehusudgifter pr. indbygger 2002	7.702 kr.
Styringsmodel	Aftaler om ABF
% ABF af budget 2001	0,7%
Planlagt % ABF af budget 2004	30%

Styringsredskaber

Vejle Amt indgår ikke kontrakter med deres sygehuse, men udarbejder hvert år en model for det følgende års anvendelse af aktivitetsbestemt finansiering. Det sker i samarbejde med amtets sygehuse og godkendes af disse (119;120). I 2003 involverede aftalen både allokerede midler fra statslige puljer og amtets egne ordninger for højt prioriterede behandlinger.

Aktivitet og budgetter

Vejle Amt har gennem flere år opereret med takststyring i form af en budgettilpasningsmodel. Der opstilles *baselines* for hver afdeling i forhold til hvilken budgettet reguleres alt efter faktisk aktivitetsniveau. Sygehuse der præsterer en meraktivitet modtager minimum 55% af DRG-værdien, med mulighed for tilførsel af ekstra 20% i 'bonus' hvis det er en særlig højt prioriteret behandlingstype. Disse midler fordeles derefter ud fra meraktivitet på afdelingerne efter individuelle fordelingsnøgler. Afregningen af årets aktivitet foregår på sygehusniveau, og overskud (eller underskud) på op til 2% af budgettet overføres til næste budgetår (119). Udviklingen i aktivitetsniveau monitoreres via Web-Lis systemet.

Samarbejde med den private sektor

Amtet har gennem flere år benyttet privat organiserede lægesekretærer. Det er et system bygget op på initiativ fra Vejle Sygehus, der ønskede bedre vilkår for effektivitet og innovation blandt lægesekretærerne. Det rapporteres, at ordningen har været en succes, og har medført ændringer i holdninger og arbejdskultur på området (59).

Vejle Sygehus har været i tæt samarbejde med IBM omkring udvikling af elektroniske patientjournaler. Der blev i 2001 holdt en udbudsrunde over driften af systemet, som blev vundet af IBM selv (121).

Amtet benytter desuden Hjertecenter Varde, Privathospitalet Mølholm samt forskellige praktiserende speciallæger til private behandlinger (63).

En strukturel mellemting mellem frisygehus og selvejende institution er forsøgt

med etablering af Friklinikken på Brædstrup Sygehus. Det er en konstruktion, hvor sygehuset har en form for modificeret selvstyre, og har kørt siden starten af 2002. Sygehuset er offentligt ejet, men fungerer på basis af aktivitetsaflønnede personale – dvs. der er ingen fast personalestab. Dermed søger man at have et sygehus, der hurtigt kan tilpasse sig behovet i amtet (122).

Nuværende og planlagte strukturændringer

Vejle Amt har gennem længere tid haft fokus på strukturel tilpasning af sygehusvæsenet. Der har i 2003 været mindre tilpasninger og sammenlægninger af afdelinger på amtets sygehuse. Hensigten er på længere sigt at tilstræbe en balance mellem større enheder, der varetager specialiseret behandling – uden at sygehusene bliver for store (123;124). Finansieringsmodellen for 2004 er baseret på en kombination af takststyring og en á conto udbetaling, med påhæftet aktivitetskrav, fra første patient.

Status for Vejle Amts brug af markedsinspirerede tiltag:

- Der eksperimenteres med nye former for ledelse og organisering, blandt andet med henblik på serviceforbedringer og øget aktivitet. Friklinikken Brædstrup er et forsøg på at danne en struktur, der er fleksibel i forhold til at indrette aktivitet til efterspørgsel.
- Der benyttes økonomiske incitamenter overfor sygehusene i form af budgetoverførsler og krav til aktivitetsforbedringer samt en vis decentral kompetence til justering af aktivitetsmål.
- Der er igangsat samarbejde med den private sektor på mange forskellige områder.

Indbyggertal 2003	649.177
Amtsborgmesterens parti	Socialdemokraterne
Antal somatiske sygehuse	5 enheder / 8 sygehuse
Driftsudgifter, somatiske sygehuse 2002	4,1 mia. kr.
Sygehusudgifter pr. indbygger 2002	7.847 kr.
Styringsmodel	Dialogbaserede aftaler
% ABF af budget 2001	1,7%
Planlagt % ABF af budget 2004	60%

Styringsredskaber

I Århus Amt er sygehussektoren baseret på en *virksomhedsmodel* med politisk fastsatte mål og rammer for sygehusenes aktivitet. Dette sker i tæt dialog mellem politikere, direktion og sygehusledelser, baseret på systematisk indsamling af informationer om aktivitet og kvalitet (33). Der er således mulighed for løbende justering af ressourcetilgang og målområder gennem evaluering og opfølgning af resultater. Et indbygget 'varslingssystem' skal registrere aktivitetsudvidelser på mere end 2%. Dermed 'aktiveres' *dialogsystemet* med henblik på at identificere behovet for evt. ekstra tilførsel af ressourcer. Til formålet anvendes detaljerede servicemål, der skal sikre, at udbuddet af ydelser og deres kvalitet er målbare og sammenlignelige. Indberetning om opfyldelse af servicemål foretages jævnligt, og såfremt de ikke opfyldes, foretages en konkret analyse af de bagvedliggende årsager. Hvis årsagerne skyldes eksempelvis interne problemer, kan det få konsekvenser for udbetalingen af puljemidler (125).

Aktivitet og budgetter

Århus Amt opererer med et basisbudget, indenfor hvilket der kræves en årlig aktivitetsstigning på 2%. Der er herefter mulighed for udbetaling af marginaltakster baseret på DRG-værdien af evt. meraktivitet.

Amtet har bevæget sig fra en dialogbaseret rammestyring til en delvis takstfinansieret model baseret på DRG-værdier. I 2001 blev rammestyringen suppleret med aktivitetsafhængige budgetter ved operationer, baseret på en stykpris-model (126). I 2002 overgik man til DRG-værdier som basis for aktivitetsafregningen, primært med den begrundelse, at det statslige afregningssystem er baseret på denne model. Omfanget af takstfinansiering har været stigende de seneste år (127), og det er reglerne omkring brugen af takststyring, der udgør de egentlige skriftlige 'aftaler' med amtet (128). Der anvendes fordelingsregnskaber på sygehusene, således at alle afdelinger der berøres af evt. meraktivitet, får en andel af den ekstra bevilling (125).

Samarbejde med den private sektor

Århus Amt rapporterer at have gode erfaringer med en samarbejdsaftale indgået med firmaet *Scansleep*, der i en periode behandlede amtets patienter med snorke og søvnproblemer. Aftalen var en midlertidig løsning med henblik på at nedbringe ventelister, men vurderes overordnet at have været tilfredsstillende for både amt og patienter (59).

Udover en række aftaler med privatpraktiserende speciallæger (63), er der i øvrigt en relativ lav grad af udlicitering i Århus Amts sygehusvæsen, blandt andet fordi amtsrådet generelt har været tøvende med at indgå samarbejde med private leverandører (59).

Nuværende og planlagte strukturændringer

Århus Amt har udarbejdet forskellige scenarier med hensyn til implementering af øget takststyring fra 2004 (129). Den vedtagne model imødekommer ønsket om at beholde den nuværende styringsstruktur med en fastlagt grundbevilling baseret på målet for ønsket produktivitet. Derudover lægges vægt på at bevare den tætte dialogstruktur mellem sygehusledelse og amtets beslutningstagere. Blandt andet skal loftet for meraktivitet fastsættes via dialogsystemet (129;130). Fra januar 2004 sammenlægges Århus Kommunehospital og Århus Amtssygehus organisatorisk under navnet Århus Sygehus.

Status for Århus Amts brug af markedsinspirerede tiltag:

- Der arbejdes med dialogbaserede aftaler, blandt andet ud fra et ønske om at kunne reagere hurtigt og effektivt på ændringer i forventet aktivitet mv.
- Amtet har gennem flere år arbejdet med delvis ABF.
- Der fokuseres på effektivitet og kontrol af omkostninger.
- Amtet har en vis erfaring med udlicitering af bl.a. kliniske ydelser.

Indbyggertal 2003	275.044
Amtsborgmesterens parti	Venstre
Antal somatiske sygehuse	1 enhed / 5 sygehuse
Driftsudgifter, somatiske sygehuse 2002	1,7 mia. kr.
Sygehusudgifter pr. indbygger 2002	7.342 kr.
Styringsmodel	Kontraktstyring
% ABF af budget 2001	2,1%
Planlagt % ABF af budget 2004	22%

Styringsmodel

Amtet har formuleret en generel målsætning, om at sygehusene skal bidrage til befolkningens trivsel. Sygehusene blev i 2001 samlet under én fælles ledelse, der indgår kontrakt med 5 tværgående centre. Aftalerne indeholder budgetter til løn og drift samt målsætninger omkring service og resultater (131;133).

Aktivitet og budgetter

I et 3-årigt forsøgsprojekt der løb fra 1997-1999 har Ringkjøbing Amt allerede på et tidligt tidspunkt høstet erfaringer med aktivitetsbaseret finansiering. Der blev afsat en årlig pulje til finansiering af primært elektive, kirurgiske indgreb. Formålet var at stimulere aktiviteten og samtidig øge effektiviteten (134). Ordningen har kørt videre, indtil den blev afløst af 'Løkkeposepengene' – og fra 2004 af den vedtagne model for delvis ABF.

Privat samarbejde

Ringkjøbing Amt har gennem en udbudsrunde udliciteret iltleverancer til hjemmeboende patienter med henblik på økonomisk besparelse (135). Derudover har amtet et samarbejde med et privat firma, der driver en mobil nyrestensknuser, hvilket giver en bedre kapacitetsudnyttelse, end hvis amtet skulle drive en stationær klinik (59).

Amtet er også involveret i en offentlig-privat firmastruktur omkring vaskeriselskabet Holstebro Linnedservice (135). Desuden er der indgået aftaler med Hjertecenter Varde, Privathospitalet Skørping og Dalgas Klinikken (63).

Kommende strukturændringer

Sygehusene i amtet har siden 2001 været organiseret som et *samarbejdende sygehus* med fem tværgående centre. I starten af 2003 vedtog amtsrådet at justere struktur og opgavefordeling på amtets sygehuse, og denne proces er stadig i gang. Det indebærer nedlægning og samling af forskellige akutte afdelinger samt ledelsesmæssige omlægninger.

Fra 2004 styrker amtet anvendelsen af mål og resultatstyring, hvilket også har effekt på sygehusområdet, blandt andet med nye procedurer for budget-opfølgning og afrapportering af målopfyldelse. I dette indarbejdes kravene til øget takststyring fra 2004 (136).

Status for Ringkjøbing Amts brug af markedsinspirerede tiltag:

- Amtet har en vis grad af samarbejde med den private sektor omkring kliniske ydelser.
- Der er implementeret nye former for ledelse og organisering, blandt andet i form af tværgående enheder og en høj grad af decentralisering.
- Amtet er kommet langt i udviklingen af aftaler, der indbefatter mål- og resultatstyring.
- Der har været en vis brug af takstfinansiering gennem flere år.

Indbyggertal 2003	234.496
Amtsborgmesterens parti	Socialdemokraterne
Antal somatiske sygehuse	2 enheder / 5 sygehuse
Driftsudgifter, somatiske sygehuse 2002	1,7 mia. kr.
Sygehusudgifter pr. indbygger 2002	8.329 kr.
Styringsmodel	Rammebudgetter
% ABF af budget 2001	0%
Planlagt % ABF af budget 2004	60%

Styringsredskaber

I Viborg Amt anvendes rammestyrede budgetter uden egentlig kontraktstyring mellem amtet og de to sygehusenheder. Amtet lægger dog vægt på at budgetterne, samt de overordnede målsætninger for sygehusvæsenet, overholdes. Sidstnævnte sigter primært på faglighed, lighed og sikring af adgang (137).

I forbindelse med opfyldelsen af amtets overordnede krav, anvender sygehus NORD (Nykøbing og Thisted sygehusafsnit) kontraktstyring af afdelingerne med en vis grad af uddelegeret kompetence. Sygehus VIBORG (Viborg, Skive og Kjellerup sygehuse) anvender ikke intern kontraktstyring (138).

Aktivitet og budgetter

For hver afdeling aftales en basisproduktion, der forventes opfyldt, indenfor den tildelte budgetramme. Derudover kan der være tildelt en planlagt meraktivitet, hvor det er afdelingsledelsens ansvar at koordinere evt. ændringer i aktiviteten. Der er et indbygget incitament til omkostningskontrol, da den enkelte afdeling ved opfyldelse af årets aktivitetsmål får overført evt. budgetoverskud til det følgende år (139). Måltallene har til og med 2003 været fastsat på grundlag af udskrivinger, antallet af ambulante besøg o.l., suppleret med en vis brug af DRG-værdier i forbindelse med statslige puljer i 2002-2003 (140).

Samarbejde med den private sektor

Benyttes forholdsvis lidt i Viborg Amt. Sygehusvaskeriet i Kjellerup drives af et privat firma, og ellers er der primært tale om mindre, ikke-kliniske funktioner som vinduespolering etc., samt aftaler med enkelte praktiserende speciallæger (63).

Kommende strukturændringer

Viborg Amt lægger op til en større omlægning af budgetstrukturen fra 2004. Via en model med takststyring fra første patient, kombineret med en relativt lille

grundbevilling (40% af basisbudgettet), forventes op til 60% af budgettet at blive afregnet ved takstfinansiering.

Derudover er amtet, som led i en spareplan, i færd med at omstrukturere sygehusafdelinger og rationalisere sengepladser mv.

Status for Viborg Amts brug af markedsinspirerede tiltag:

- Selv om der ikke benyttes virksomhedskontrakter mellem amt og sygehuse, er der en vis kontraktstyring mellem sygehusledelse og afdelinger.
- Der benyttes økonomiske incitamenter overfor afdelingerne i form af budgetoverførsler og krav til aktivitetsforbedringer samt en vis decentral kompetence til justering af aktivitetsmål.

Indbyggertal 2003	495.625
Amtsborgmesterens parti	Socialdemokraterne
Antal somatiske sygehuse	4 sygehuse + 2 sektorer fordelt på 9 geografiske enheder
Driftsudgifter, somatiske sygehuse 2002	3,4 mia. kr.
Sygehusudgifter pr. indbygger 2002	8.091 kr.
Styringsmodel	Kontraktstyring
% ABF af budget 2001	Ca. 10% ²⁰
Planlagt % ABF af budget 2004	Ca. 25%

Styringsredskaber

Nordjyllands Amt benytter en detaljeret grad af kontraktstyring overfor sygehuse og tværgående sektorer. Disse indeholder aftaler om aktivitet, budget, servicemål og kompetencer, samt forpligtelser i forbindelse med forskning, uddannelse, kvalitetsudvikling mv. (32;141;142). Der har i forbindelse med kontrakt-aftalerne for 2003 ikke været gennemført forhandlinger mellem amt og sygehus-/sektorledelser som normalt. Den igangværende strukturændring har gjort det mest hensigtsmæssigt at fremskrive kontrakterne for 2002 med hensyn til budgetramme og forventet aktivitet, men de årlige forhandlinger genoptages fra og med 2004.

Der opereres med en generel målsætning om at efterkomme den nordjyske befolknings efterspørgsel på behandling og pleje – leveret i en vis kvalitet og med fokus på effektiv ressourceudnyttelse. Derudover er der formuleret 7 konkrete servicemål for sygehusene. Disse omhandler primært krav til ventetider, information, planlægning og patienttilfredshed (32). Forhold omkring opfyldelse af servicemål, aktivitet og økonomi registreres og indberettes løbende, således at både amt og sygehusledelse kan reagere på afvigelser.

I forhold til kvalitetsmålsætninger har Nordjyllands Amt udformet en politik indenfor det såkaldte *Total Quality Management*, som på sygehusområdet søges integreret i den nationale strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. De enkelte sygehusledelser udarbejder strategier for egne sygehusenheder, som det eks. ses på Aalborg Sygehus (143).

Aktivitet og budgetter

Nordjyllands Amts sygehuse har hvert år indgået aftale om et rammebudget baseret på en forventet aktivitet for det pågældende sygehus. Gennem amtslige puljer har sundhedsudvalget i flere år søgt at øge aktiviteten på prioriterede områder. Desuden er der hvert år krav om en vis produktivitetsstigning indenfor budgettet, og der findes sanktionsmuligheder overfor sygehusene i form af tilbagevirkende budgetreduktioner, såfremt aktivitetsniveauet viser sig at have været for lavt ved årets udgang. Der er dog også skabt incitamenter til

²⁰ Nordjyllands Amts eget skøn.

effektiv ressourceudnyttelse ved at give sygehusene mulighed for at overføre midler fra et budgetår til det næste, svarende til 1% af nettobudgetrammen. Over dette beløb skal sygehuset ansøge amtets økonomiudvalg særskilt (142).

Samarbejde med den private sektor

Amtet har været involveret i et samarbejde med en privat virksomhed, Pharmal A/S, omkring udviklingen af sprøjter med fordosering. Det startede som et udviklingssamarbejde i partnerskab mellem medicinalfirmaet og amtet, men sidstnævnte trak sig ud grundet uforudset høje omkostninger til produktudvikling. Firmaet fortsatte aktiviteterne efter aftale med amtet om indkøb af det færdigudviklede produkt (59). Imidlertid gik Pharmal A/S konkurs i begyndelsen af 2003, og samarbejdet ophørte dermed (144).

Derudover er der indgået aftaler med forskellige private klinikker, primært om ortopædkirurgisk behandling og operationer for grå stær (63).

I forbindelse med ikke-kliniske ydelser benyttes De forenede Dampvaskerier til vask og linnedservice på alle amtets sygehuse.

Nuværende og planlagte strukturændringer

Der har gennem flere år været en omstillingsproces i gang i amtets sygehusvæsen, blandt andet via en sygehusplan fra 2000 og en ledelsesreform påbegyndt i 2002. Der er foretaget ledelses- og afdelingsmæssige sammenlægninger, hvori indgår en igangværende etablering af funktionsbærende enheder. Disse ændringer fortsætter i 2004, hvor blandt andet Skagen Sygehus nedlægges (32;93). Ledelsesmæssigt er amtet blevet inddelt i 4 sygehusledelser og 2 sektorer (Anæstesi/Intensiv og Ortopædkirurgisk sektor). Fra 2005 er endvidere planlagt en billeddiagnostisk sektor.

Amtet har endvidere vedtaget en model for takststyring, der opfylder kravene til økonomiaftalen. Med introduktionen af takstfinansiering udregnes det kontraktlige aktivitetsniveau efter nye principper, og der indføres en 'positivliste' med et variabelt bevillingsloft over behandlinger, der ønskes opprioriteret i amtet. Modellen indebærer et større fokus på udvikling af monitoreringssystemer mv. Den kvartalsvise opfølgning på indikatorer skal i 2004 udvikles via det såkaldte Web-LIS system, hvor relevante aktører kan få hurtig adgang til den øjeblikkelige driftsstatus (32).

Status for Nordjyllands Amts brug af markedsinspirerede tiltag:

- Der arbejdes med kontraktbaseret mål- og resultatstyring.
- Fokus på 'patienten i centrum'.
- Sygehusene stilles overfor løbende produktivitetskrav (2% årligt).
- Der eksperimenteres med nye former for ledelse og organisering, blandt andet med henblik på serviceforbedringer og effektivisering.
- Der benyttes økonomiske incitamenter overfor sygehusene i form af budgetoverførsler og krav til aktivitetsforbedringer.

Indbyggertal 2003	44.060
Regionsborgmesterens parti	Socialdemokraterne
Antal somatiske sygehuse	1 sygehus
Driftsudgifter, somatiske sygehuse 2002	356.200 kr.
Sygehusudgifter pr. indbygger 2002	8.164 kr.
Styringsmodel	Rammestyring
% ABF af budget 2001	0%
Planlagt % ABF af budget 2004	25%

Styringsredskaber og aktivitet

Bornholms Regionskommune er den mindste af de danske sygehuskommuner med kun et enkelt sygehus. Det har hidtil været styret på basis af rammebudgetter, og med relativt få krav til forventet aktivitet mv., men der er udformet en model, der skal imødekomme kravene til takstfinansiering fra 2004.

Samarbejdet i regionskommunen har i 2003 været præget af kommunesammenlægningen, og under denne proces har der ikke været foretaget nye initiativer i forbindelse med styringen af sygehuset.

Samarbejde med den private sektor

Rønne Centralsygehus har i perioden 1999-2000 haft et samarbejde med Privathospitalet Hamlet med henblik på at styrke planlægning og organisation på sygehuset i Rønne. Hamlet bistod med optimering af aktiviteter og kvalitetsudvikling. Desuden indgik man en aftale med Hamlet om at udføre visse af de opgaver, Bornholm fik løst af sygehuse i andre amter (59;145). Samarbejdet er siden ophørt hvad angår optimering af aktiviteter og kvalitetsudvikling, men der henvises fortsat patienter. Sygehuset har endvidere samarbejde med privatpraktiserende speciallæger indenfor bl.a øjensygdomme, pædiatri samt øre-, næse- og halssygdomme, der behandler patienterne på sygehuset. Der er også samarbejde på serviceområdet som fx sygehusvaskeri og lignende opgaver (146).

Nuværende og planlagte strukturændringer

Givet det meget begrænsede befolkningsgrundlag for det bornholmske sygehusvæsen, har Bornholm haft fokus på samarbejde med andre amter omkring levering af ydelser. Udover det afprøvede samarbejde med Privathospitalet Hamlet, benytter Bornholm især Rigshospitalet til specialiseret behandling af øens patienter. Der er i øjeblikket diskussion om den fremtidige sygehusstruktur og nye samarbejdsformer – herunder øget brug af telemedicin (93;147).

Status for Bornholms Regionskommunes brug af markedsinspirerede tiltag:

- Bornholm planlægger at imødekomme økonomiaftalens krav til mindst 20% ABF af eget sygehus.
- Der er fokus på nye samarbejdsformer / teknologi.

Indbyggertal: Københavns og Frederiksberg Kommuner 2003	592.720
Bestyrelsesformandens parti	Socialdemokraterne
Antal somatiske sygehuse	5 sygehuse + samarbejde med Københavns Amt om Amager Hospital
Nettodriftsudgifter, somatiske sygehuse 2002	Ca. 5 mia. kr. ²¹
Sygehusudgifter pr. indbygger 2002	12.350 kr. ²²
Styringsmodel	Kontraktstyring
% ABF af budget 2001	1,2% ²
Planlagt % ABF af budget 2004	20%

Styrsredskaber

Der er i H:S udarbejdet et detaljeret virksomhedsgrundlag. Det baseres på en model, hvor der indgår overordnede definitioner af sygehusfællesskabets mission, visioner og værdier (148). Da H:S har bredere ansvarsopgaver end landets øvrige sygehusvæsen, opereres der med detaljerede mål og resultatkrav indenfor 4 opgavekategorier: Behandling/pleje, uddannelse, forskning og forebyggelse (149). Resultatkravene aftales via kontrakter med hvert enkelt sygehus og omhandler, for behandlingens vedkommende, krav til ventetider, tilfredshed, koordination og kommunikation. I denne sammenhæng lægges stor vægt på overholdelse af budgetter.

Sygehusfællesskabet arbejder struktureret med kvalitetsstyring, og har udarbejdet en omfattende kvalitetspolitik. Virksomhedsgrundlaget for H:S er rammen om kvalitetsstyringen, og kvalitetsstyring er et af flere indsatsområder, der skal sikre kontinuerlige forbedringer af kvaliteten af H:S hospitalernes ydelser til borgerne.

Kvalitetspolitikken redegør for grundlag og metoder samt for hovedelementerne i kvalitetsstyringen i H:S: Akkreditering, vurdering af den specialespecifikke kvalitet og opfølgning på Mål for H:S. Fremover vil H:S' Kvalitetsråd årligt afgive en kvalitetsberetning til H:S Bestyrelsen. Denne vil indeholde en samlet tværgående vurdering af status på kvalitetsområdet og anbefalinger vedrørende særlige indsatsområder for det kommende år (150;151). Der er desuden oprettet *Det Centrale Brugerpanel* som led i en indsats for at åbne sygehusvæsenet op for borgerne. Det er tænkt som et rådgivende forum for H:S Direktionen, og har som formål at øge dialogen med brugerne af sygehusene (70;152).

²¹ Kilde: Jens Buch Nielsen, H:S Direktionen

²² Kilde: Strukturkommissionen (2003): Sektoranalyse på sundhedsområdet. Tallet inkluderer psykiatriudgifter, udgifter til anlæg, statens særlige bidrag til H:S (der også kommer amterne til gode i form af rabatordning på Rigshospitalet), udgifter til uddannelse og forskning mm. Dermed kan tallet ikke umiddelbart sammenlignes med tallene for de øvrige amter.

Aktivitet og budgetter

Der fastlægges specificerede krav til forventet aktivitet, forskning, uddannelse mv. gennem årlige resultatkontrakter. Som økonomisk styringsprincip anvendes i H:S nettostyring kombineret med delvist aktivitetsafhængige bevillinger. I og med at hospitalerne i H:S er nettostyrede, tilfalder hele værdien af afregningen i forbindelse med behandlingen af udenamtspatienter det pågældende hospital. Udgifter i forbindelse med behandlingen af borgere fra Københavns og Frederiksberg Kommuner i amterne afholdes af central kasse i H:S. Der udarbejdes detaljeret status 4 gange årligt via økonomi og aktivitetsrapporter til bestyrelsen. Sygehusene har mulighed for at overføre evt. budgetoverskud til det følgende år.

Samarbejde med den private sektor

Rigshospitalet har af Ronald McDonald Børnefonden fået foræret et familiehus, og fonden betaler udgifter til opførsel samt drift i 50 år (59).

I forhold til privat samarbejde på ikke-kliniske driftsområder har H:S udarbejdet en strategi for brug af udbud på sygehusene – med vejledning til typer af opgaver der er velegnet til udbud, samt arbejdsgange omkring dette (61). Ifølge en opgørelse fra 2002 har det umiddelbart medført visse besparelser på den ikke-kliniske drift, dog med forbehold for påvirkningen af andre strukturelle ændringer (udsving i produktion, ændringer i antallet senge forbundet med driften etc.). Det understreges dog, at det er selve konkurrenceelementet i udbudsrunden, der er i fokus mere end selve den private sektor (62).

Nuværende og planlagte strukturændringer

Der er i disse år et stort pres på H:S omkring øget effektivisering og nedbringelse af udgifter. Det sker ud fra en antagelse om, at der fremover vil blive stillet stadig større krav til nye og flere behandlinger. Der er udarbejdet en rapport over det økonomiske grundlag for sygehusfællesskabet i de kommende år, og heri opregnes en række muligheder for besparelser. Dette inkluderer accelererede patientforløb, større brug af udlicitering, administrative nedskæringer mv. (153).

Status for brug af markedsinspirerede tiltag i H:S:

- Der arbejdes med mål- og resultatstyring.
- Der er markant fokus på patientforløb og -tilfredshed.
- Der er oprettet et rådgivende panel med henblik på at komme i dialog med brugerne.
- Der arbejdes aktivt med kvalitetsudvikling.
- Der benyttes økonomiske incitamenter overfor sygehusene i form af budgetoverførsler.
- H:S har udarbejdet en udbudsstrategi specifikt rettet mod sygehusene.

Referencer

- (1) Vrangbæk K. Markedsorientering i sygehussektoren. København: Institut for Statskundskab, Københavns Universitet, 1999.
- (2) Alban A, Kjellberg J, Janum AM, Engberg L. Økonomiske styringsredskaber i sygehusvæsenet i Danmark. Nyfigen 1997; 8.
- (3) Borum F. Sygehusledelse under forandring. In: Borum F, editor. Ledelse i sygehusvæsenet. København: Handelshøjskolens forlag, 2003.
- (4) Greve C. Offentlig ledelse: Teorier og temaer i et politologisk perspektiv. København: DJØFs Forlag, 2003.
- (5) Finansministeriet. En mere borgernær offentlig sektor. 2003. København, Finansministeriet.
- (6) Finansministeriet. Udvidet frit sygehusvalg. Regeringens moderniseringsprogram. 2003. 5-12-2003.
- (7) Strukturkommissionen. Strukturkommissionens betænkning Bind III. 2004. København, Indenrigs og Sundhedsministeriet.
- (8) Finansministeriet. Aftaler om den kommunale økonomi for 2003. 2002. København, Finansministeriet.
- (9) Finansministeriet. Aftaler om den kommunale økonomi 2004. 2003. København, Finansministeriet.
- (10) Jespersen PK. New Public Management reformer i det danske sygehusfelt. Nordisk Administrativ Tidsskrift 2001; 82(1):22-40.
- (11) Hood C. A Public Management for All Seasons? Public Administration 1991; 69:3-19.
- (12) Klausen KK, Ståhlberg K. New Public Management. In: Klausen KK, Ståhlberg K, editors. New Public Management i Norden. Odense: Odense Universitetsforlag, 1998.
- (13) Herbild L, Keiding H, Kjellberg J, Søgaard J. Konkurrenceudsætning i sundhedssektoren. 2003. København, Københavns Universitet/DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- (14) McPake B, Kumaranayake L, Normand C. Health Economics: An International Perspective. London: Routledge, 2002.
- (15) Pedersen LL, Tang K. Fordele og ulemper ved køber/sælger modellen. 2000. København, DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- (16) Steenberger A. Svenske problemer med købmandsmodel i sundhedsvæsenet. MANDAT 2003; 12.
- (17) Arbejdsgruppe om øget takststyring i Sygehusvæsenet. Takststyring i sygehusvæsenet. 19-6-2003. København, Indenrigs og Sundhedsministeriet.

- (18) Konkurrencestyrelsen. Konkurrenceredegørelse 2003. 2003. København, Økonomi og Erhvervsministeriet.
- (19) Silverman E, Skinner J. Medicare Upcoding and Hospital Ownership. 2-9-2003. Hanover, Dartmouth Medical School.
- (20) Institute of Medicine. Forprofit Enterprise in Health Care. Washington D.C.: National Academy of Sciences, 1986.
- (21) Politiken. Amter gransker privathospitals regninger. Politiken 2003 Dec 18.
- (22) Sloan FA. Notforprofit ownership and hospital behaviour. In: Culyer AJ, Newhouse JP, editors. Handbook of Economics. Elsevier Science, 2000.
- (23) Himmelstein DU, Woolhandler S, Hellander I, Wolfe SM. Quality of Care in Investor-Owned vs Not-for-Profit HMOs. JAMA 1999; 281(2):159-163.
- (24) Garg PP, Frick KD, DienerWest M, Powe NR. Effect of the ownership of dialysis facilities on patients' survival and referral for transplantation. The New England Journal of Medicine 1999; 341(22):1653-1660.
- (25) Devereaux PJ, Schünemann HJ, Ravindran N, et al. Comparison of Mortality Between Private For-Profit and Private Not-For-Profit Hemodialysis Centers. JAMA 2002; 288:2449-2457.
- (26) Devereaux PJ, Choi PTL, Lacchetti C et al. A systematic review and metaanalysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals. JAMC 2002; 166(11):1399-1406.
- (27) Christoffersen H, Paldam M, Würtz A. Public versus private production. A study of school cleaning in Denmark. 1999. Aarhus, University of Aarhus, Dpt. of Economics. Working Paper No. 199922.
- (28) Savas ES. Privatization and PublicPrivate Partnerships. New Jersey: Chatham House, 2000.
- (29) Hodge G. Privatization. Boulder: Westview Press, 2000.
- (30) Kingdon JW. Agendas, Alternatives and Public Policies. New York: Harper Collins, 1995.
- (31) Indenrigs og Sundhedsministerens Rådgivende Udvalg. Sundhedsvæsenets organisering. 2003. København, Indenrigs og Sundhedsministeriet.
- (32) Nordjyllands Amt. Kontrakter 2004 for Sygehuse og Sektorer: det somatiske område, Nordjyllands Amt. 2003. Aalborg, Nordjyllands Amt.
- (33) Århus Amt: Kontoret for Økonomi og Planlægning. Mål og rammestyring Dialog og analysebaseret økonomistyring hvor pengene følger patienten. 1999.
- (34) Frederiksborg Amt. Frederiksborg Amts servicestrategi. 2002. Hillerød, Frederiksborg Amt.

- (35) Engberg L. Tre amters kontraktstyring af sygehusene. 1997. København, DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- (36) Ejersbo N, Greve C. Erfaringer med kontrakter i den danske offentlige sektor. In: Ejersbo N, Greve C, editors. Den offentlige sektor på kontrakt. København: Børsen, 2002.
- (37) Frederiksborg Amt. Kontrakt 2003 eksempel fra Medicinsk Afdeling B, Hillerød Sygehus. 2002. Hillerød, Frederiksborg Amt.
- (38) Røpke I, Sigsgaard A, Christensen B. Det danske sygehusvæsen en statusbeskrivelse år 2000. 2001. København, Evalueringscenter for Sygehuse.
- (39) Greve C. Målstyring, kontraktstyring og udlicitering i den offentlige sektor. Økonomistyring & Informatik 1998;(Årbog 1998):115-137.
- (40) Nordjyllands Amt. Servicemål. www.nja.dk . 1-12-2003. 1512-2003.
- (41) Fyns Amt. Kvartalsrapport for sygehusområdet: 3. kvartal 2003. 2003. Odense, Fyns Amt.
- (42) Ankjær-Jensen A. DRG-afregning af frit valgspatienter. 2002. København, DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- (43) Jespersen PK, Nielsen LM, Sognstrup H. Sygehuse i forandring. Aalborg: Aalborg Universitet, 2000.
- (44) Clemmensen F, Hansen M. Erfaringerne med meraktivitetsfinansiering af sygehusene. Samfundsøkonomen 2003; 2003(3).
- (45) Kutzin J. The Appropriate Role for Patient Cost Sharing. In: Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C, editors. Critical Challenges for Health Care Reform in Europe. Buckingham: Open University Press, 1998.
- (46) Engberg L. Planlagt udmøntning af 90/10 i sygehusvæsenet i år 2000. 26-1-2000. København, DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- (47) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Aktivitetsbestemt finansiering: Foreløbige erfaringer. 2002. København, Indenrigs og Sundhedsministeriet.
- (48) Amtsrådsforeningen. Amtsrådsforeningens budgetvejledning 2004. 2003. København, Amtsrådsforeningen.
- (49) Haller J. Takststyring kan bremse kvalitetsudvikling. Ugeskrift for Læger 2003;(37).
- (50) Vrangbæk K. Vilkår for sygehusledelse – Ekstern kontrol og handlerum. In: Borum F, editor. Ledelse i sygehusvæsenet. København: Handelshøjskolens Forlag, 2003.
- (51) Horsens og Brædstrup Sygehuse. Mål og midler for perioden 2000-2004. 2000. Vejle Amt, Nordzonens Sygehuse.
- (52) Fyns Amt: Sundhedssekretariatet. Notat: Model for takststyring i 2004 af sygehusene i Fyns Amt. 8-9-2003. Odense, Fyns Amt.
- (53) Fyns Amtsråd. Kontrakt 2004 mellem Odense Universitetshospital og Fyns Amtsråd. 2003. Odense, Fyns Amtsråd.

- (54) Amtsrådsforeningen. Frihedsgrader på sygehusområdet. 2-12-2003. København, Amtsrådsforeningen.
- (55) Steenberger A. Øget aktivitet men intet boom. MANDAT 2003; 2003(5).
- (56) Storstrøms Amt. Baggrundsnotat: Udenamtsforbrug af sygehusydelse. 2003. Storstrømmens Sygehus, Storstrøms Amt.
- (57) Sønderjyllands Amt: Amtsrådet. Punkt 277: Forslag til fremtidig sygehusstruktur i Sønderjyllands Amt. www.sja.dk . 2-12-2002. 3-12-2003.
- (58) Ejersbo N, Greve C. Introduktion til den offentlige sektor på kontrakt. In: Ejersbo N, Greve C, editors. Den offentlige sektor på kontrakt. København: Børsen, 2002.
- (59) Institut for Serviceudvikling. Offentligt-privat samarbejde i sygehusvæsenet. 2002. København, Erhvervs- og Boligstyrelsen.
- (60) Odense Universitetshospital: Afdelingen for Offentligt/Privat Samspil. Notat: Status på driftsserviceopgaverne i Fyns Amts Sygehusvæsen. 24-9-2002. Odense, Fyns Amt.
- (61) H:S Direktionen. H:S udbudspolitik. 1999. København, H:S.
- (62) H:S. Notat om udvikling i resurseforbrug på udbudte ikke-kliniske funktioner i H:S 1999-2002. 17-1-2003. København, H:S.
- (63) Samuel J. Notat: Status for amternes indgåelse af aftaler med private sygehuse og klinikker. 20-12-2002. København, Amtsrådsforeningen.
- (64) Søndergård L. Offentligt-privat samarbejde på sygehuset. In: Hildebrandt S, Klausen KK, Nielsen SF, editors. Sygehusledelse: Temaer, Perspektiver, Udfordringer. København: Munksgaard, 2003.
- (65) Rasmussen PN. Beretning til Kongressen 2000. www.nyrup.dk/taler . 13-9-2000. 21-12-2003.
- (66) Sundhedsstyrelsen. Takster. www.sst.dk . 27-1-2004. 27-1-2004.
- (67) Frederiksborg Amt. Forslag til indførelse af takststyring i Frederiksborg Amt. Frederiksborg Amt: Sundhedsudvalget . 21-10-2003. 9-12-2003.
- (68) Amternes og Kommunernes Forskningsinstitut. Kan brugerundersøgelser vise andet end generel høj tilfredshed? AKF Nyt 2001;(2).
- (69) Finansministeriet, Kommunernes Landsforening, Amtsrådsforeningen. Vejledning om Brugerundersøgelser. 2002. København, Finansministeriet. Regeringens Moderniseringsprogram.
- (70) H:S Centrale Brugerpanel. Referat: Møde i H:S Centrale Brugerpanel, onsdag den 17. januar 2001. www.hosp.dk . 31-1-2001. 7-1-2004.
- (71) Engberg L. Erfaringer med købersælger modeller i Sverige og England. 2003. København, DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- (72) Frederiksborg Amt: Sundhedsvæsenet. Sundhedsvision Nordsjælland. 19-5-2003. Hillerød, Frederiksborg Amt.
- (73) Indenrigs og Sundhedsministerens Rådgivende Udvalg. Strategi for det behandlende sundhedsvæsen. 2003. København, Indenrigs og Sundhedsministeriet.

- (74) Københavns Amts Sundhedsvæsen. Dialogbaseret aftale 2003: Sygehusudvalget og Amtssygehuset i Gentofte. 2002. København, Københavns Amt.
- (75) Københavns Amts Sundhedsvæsen. Dialogbaseret aftale 2003: Sygehusudvalget og Amtssygehuset i Glostrup. 2002. København, Københavns Amt.
- (76) Københavns Amts Sundhedsvæsen. Dialogbaseret aftale 2003: Sygehusudvalget og Amtssygehuset i Herlev. 2002. København, Københavns Amt.
- (77) Københavns Amt. Sygehusplan 2003. 2003. Glostrup, Københavns Amt.
- (78) Lihn J. Email korrespondence med Jesper Lihn, Frederiksborg Amt. 2-2-2004.
- (79) Frederiksborg Amt. Ingen købere til Hørsholm Sygehus. www.frederiksborgamt.dk . 4-4-2003. 9-12-2003.
- (80) Hørsholm Sygehus. Patienternes sygehus: kort om os. Hørsholm Sygehus . 3-12-2003. 9-12-2003.
- (81) Finansministeriet, Økonomi og Erhvervsministeriet, Indenrigs og Sundhedsministeriet, m.fl. Fra få til mange leverandører. 2003. København, Finansministeriet.
- (82) Frederiksborg Amt: Direktionsafdelingen. Udbudsundersøgelse 2003. 16-9-2003. Hillerød, Frederiksborg Amt.
- (83) Pedersen A. Nye rammer for offentligtprivat samarbejde. www.udbudsportalen.dk . 4-9-2003. 9-12-2003.
- (84) Roskilde Amt. Driftsaftale Roskilde Amts Sygehus Roskilde. 2003. Roskilde, Roskilde Amt.
- (85) Roskilde Amt. Roskilde Amts Sygehus Køge. 2003. Roskilde, Roskilde Amt.
- (86) Ludvigsen K. E-mail korrespondence med Kirsten Ludvigsen, Sundhedsforvaltningen i Roskilde Amt. 222004.
- (87) Roskilde Amt. Fortsat meraktivitet i Roskilde Amt. www.ra.dk. 28-8-2003. 12-1-2004.
- (88) Roskilde Amt. Nye samarbejdsprojekter om sygehusbehandling. www.ra.dk . 28-3-2003. 8-1-2004.
- (89) Rasmussen LT. Sygehus Vestsjælland. Ugeskrift for Læger 2000;(18).
- (90) Ulholm L. Email korrespondance med Lone Ulholm, Vestsjællands Amt. 1-7-2004.
- (91) Vestsjællands Amt. Sundhedsplan 2001. www.vestamt.dk . 16-1-2002. 7-1-2004.
- (92) Vestsjællands Amt. Virksomhedsplan 2003 for Sygehus Vestsjælland. 2003. Sorø, Vestsjællands Amt.

- (93) Samuel J. Notat: Ændringer i sygehusstruktur med særlig fokus på nedlæggelse/sammenlægning af sygehuse/akutte beredskaber indenfor det somatiske område. 16-12-2003. København, Amtsrådsforeningen.
- (94) Telefonsamtale med Jan Kongstad, Storstrøms Sygehus. 14-1-2003.
- (95) Storstrøms Amt. Notat: Takststyring af Storstrøms Sygehus 2004. 25-11-2003. Nykøbing Falster, Storstrøms Amt.
- (96) Storstrøms Amt. Servicestrategi og udbudspolitik 2003-2005. 2002. Nykøbing Falster, Storstrøms Amt.
- (97) Storstrøms Amt. Sygehusplan klar til endelig behandling i amtsrådet. www.stam.dk . 4-9-2003. 2-1-2004.
- (98) Storstrøms Amt. Udviklingsplan for Storstrøms Sygehus 2005+. www.stam.dk . 30-4-2003. 2-1-2004.
- (99) Fyns Amt. Kvartalsrapport for sygehusområdet. 2003. Odense, Fyns Amt.
- (100) Nielsen LR. Email korrespondance med Lars Rahbek Nielsen, Fyns Amt. 6-2-2004.
- (101) Fyns Amt. Kontrakt 2004 mellem Odense Universitetshospital og Fyns Amtsråd. 2003. Odense, Fyns Amtsråd.
- (102) Fyns Amtsråd. Kontrakt 2004 mellem Sygehus Fyn og Fyns Amtsråd. 2003. Odense, Fyns Amt.
- (103) Fyns Amt. Budgetaftalen i Fyns Amt 2004. 2003. Odense, Fyns Amt.
- (104) Aabenraa Sygehus. Aabenraa Sygehus: Virksomhedsberetning 2002. 2002. Aabenraa, Aabenraa Sygehus.
- (105) Sønderjyllands Amt. Aftale for budgetåret 2002: Haderslev Sygehus. 2003. Aabenraa, Sundhedsudvalget. 2002.
- (106) Sønderjyllands Amt. www.kissprojekt.dk . 1-12-2003.
- (107) Kiss Nyhedsbrev nr. 11. 2003. Aabenraa, Sønderjyllands Amt.
- (108) Sønderjyllands Amt. Aftale for budgetåret 2003: Sønderborg Sygehus. 2002. Aabenraa, Sønderjyllands Amt.
- (109) PLS RAMBØLL Management. Sønderjyllands Amt: Forslag til fremtidig sygehusstruktur. 2002. København, PLS RAMBØLL.
- (110) Boesby S, Lind E, et al. Kontraktstyring med ambitioner. Tidsskrift for dansk Sundhedsvæsen 1999;(6/1999):255-260.
- (111) Sønderjyllands Amt. Tysk privatsygehus klar til at starte på Tønder Sygehus. www.sja.dk . 1-12-2003. 4-12-2003.
- (112) Sønderjyllands Amt. Visions og idénotat om offentligtprivat samspil. www.sja.dk . 31-10-2002. 9-12-2003.
- (113) Ribe Amt. Drifts- og udviklingsaftale mellem Centralsygehuset Esbjerg Varde og Sundhedsudvalget. 18-12-2002. Esbjerg, Centralsygehuset Esbjerg Varde.
- (114) Lund S. Korrespondance med Søren Lund, Ribe Amt. 29-1-2004.

- (115) Grindsted Sygehus. Beskrivelse af frisygehusmodel. www.grindstedsygehus.dk . 13-1-2003.
- (116) Telefonsamtale med Søren Sørensen, Ribe Amts Økonomikontor. 17-12-2003.
- (117) Ribe Amt. Organisering af kvalitetsarbejdet på Sydvestjysk Sygehus. www.sundhed.dk . 10-12-2003. 1-7-2004.
- (118) Ribe Amt. Mål for Ribe Amts Sygehusvæsen 20033007. 2003. Ribe, Ribe Amt.
- (119) Vejle Amt: Sundhedsforvaltningen. Vejle Amts model for aktivitetsbestemt finansiering. 18-3-2003. Vejle, Vejle Amt.
- (120) Edvardsen K. Email korrespondance med Karina Edvardsen, Vejle Amts sundhedsforvaltning. 6-1-2004.
- (121) Vejle Amt. Vejle Amt indgår aftale om køb af elektroniske patientjournaler. www.vejleamt.dk . 10-5-2001. 2-1-2004.
- (122) Strukturkommissionen: Sekretariatet. Sektoranalyse på sundhedsområdet. 1-4-2003. København, Indenrigs og Sundhedsministeriet.
- (123) Vejle Amtsråd. Justering af sygehusstrukturen i Vejle Amt. www.vejleamt.dk . 22-1-2003. 7-1-2004.
- (124) Vejle Amtsråd. Vedtaget at omfordele opgaver mellem Vejle Amts sygehuse. www.vejleamt.dk . 28-2-2003. 7-1-2004.
- (125) Århus Amt: Sundhedsstaben. Basislinje for sygehuse i 2003 og model for kompensation af meraktivitet i 2003. www.aaa.dk . 4-9-2003. 8-12-2003.
- (126) Jespersen PK. Fra økonomisk styringsværktøj til systematisk dialog: Kontraktstyring i det danske sygehusfelt. 2001. Dansk Forum for Sundhedstjenesteforskning, Årsmøde den 23. november 2001.
- (127) Århus Amt: Sundhedsstaben. Opsummering af forslaget til Århus Amts takststyringsmodel på sygehusområdet for 2004. www.aaa.dk . 27-10-2003. 8-12-2003.
- (128) Dørup S. Email korrespondance med økonomichef Søren Dørup, Århus Sygehus. 12-10-2004.
- (129) Århus Amt: Sundhedsstaben. Overvejelser vedr. takststyringsmodel for Århus Amt. 16-9-2003.
- (130) Århus Amt: Amtsrådet. Århus Amt: Dagsorden for Amtsrådets møde 4. november 2003, punkt 7. Århus Amt . 4-11-2003. 8-12-2003.
- (131) Ringkjøbing Amt. Mål for service på sygehuse. www.ringamt.dk . 2003. 9-1-2004.
- (132) Ringkjøbing Amt. Budget og udviklingsaftale: Holstebro Sygehus. 2003. Ringkjøbing, Ringkjøbing Amt.
- (133) Telefonsamtale med Finn Klejnstrup, Ringkjøbing Sygehus. 14-1-2004.
- (134) Venstre. Velfærd og Valgfrihed – fra idé til handling. 1999.

- (135) Ringkøbing Amt. Oversigt over opgaver der pr. 01.01.2003 løses i udbud/udliciteringsregi. www.ringamt.dk . 1-1-2003.
- (136) Administrativt Center. Orientering om budgetprocessen for 2004. 2003. Ringkøbing, Ringkøbing Amt.
- (137) Viborg Amt: Sundhedsudvalget. Overordnede målsætninger og service-mål. www.viborgamt.dk . 2003. 1-12-2003.
- (138) Kjeldgaard L. Email korrespondance med Økonomi og planlægningschef Lars Kjeldgaard, Viborg Amt. 9-2-2004.
- (139) Sygehus NORD. Kontrakt 2003 mellem (afdelings)ledelsen og Sygehusledelsen på Sygehus NORD. 2002. Nykøbing Mors / Thisted, Sygehus NORD.
- (140) Viborg Amt: Sundhedsforvaltningen. Modeller for takstfinansiering. 28-10-2003. Viborg, Viborg Amt.
- (141) Nordjyllands Amt. Kontrakt mellem Nordjyllands Amdsråd og Hobro/Terndrup Sygehus. 2003.
- (142) Nordjyllands Amt. Sygehus/Sektor kontrakter på sygehusområdet for Nordjyllands Amt 2003. 2002. Aalborg, Nordjyllands Amt.
- (143) Aalborg Sygehus: Sygehusledelsen. Kvalitetsstrategi for Aalborg Sygehus 2003-2006. 2003. Aalborg, Aalborg Sygehus.
- (144) Kjeldgaard M. E-mail korrespondance med Mette Kjeldgaard, Sygehusapoteket Aalborg. 5-1-2004.
- (145) Stevnhøj AL. Lægelig ledelse eller ej. Ugeskrift for Læger 2001;(48).
- (146) Telefonsamtale med Niels Erik Jørgensen, Bornholms Regionskommune. 8-1-2004.
- (147) Nielsen ML, Arrevad MS. Det Samordnede Sygehusvæsen. 2003. København, DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- (148) H:S. Mål for H:S i 2002. 2002. København, H:S.
- (149) H:S Direktionen. Forslag til budget 2004. 2003. København, H:S.
- (150) H:S. H:S Kvalitetspolitik. 2001. København, H:S.
- (151) Sundhedsfagligt kontor. Kvalitetspolitik i H:S (Udkast). 2004. København, H:S Direktionen.
- (152) H:S Centrale Brugerpanel. Referat 8. møde, mandag den 15. september 2003. www.hosp.dk . 10-10-2003. 7-1-2004.
- (153) H:S. Rapport om H:S's økonomiske grundlag 2004-2007. 2003. København, H:S.

Fra Plan til Marked

- en kortlægning af anvendelsen af New Public Management inspirerede styringsmodeller i sygehusvæsenet i Danmark.

Siden begyndelsen af 1990'erne har New Public Management inspirerede styringsmodeller i stigende omfang erstattet rammebudgetter som den dominerende styringsmodel for sygehusydelse. Amterne har, dels frivilligt, dels på initiativ fra skiftende regeringer, søgt at implementere nye styringsformer, blandt andet med henblik på at øge konkurrence, effektivitet og aktivitet i sygehussektoren. Nærværende rapport søger at beskrive og analysere nogle generelle tendenser, udledt fra en kortlægning af amternes anvendelse af New Public Management inspirerede styringsformer i deres respektive sygehusvæsen.

Rapporten dækker perioden fra starten af 1990'erne og frem. Dog er der lagt særlig vægt på situationen i 2003 – altså umiddelbart før implementeringen af øget takststyring samt af udgivelsen af Strukturkommissionens rapport i 2004. Udviklingen analyseres gennem New Public Management begrebet, der karakteriseres af en række forskellige forvaltningsmæssige elementer. Disse kan inddeles i to hovedkategorier, der udgøres af hhv. organisations- og markedsorienterede styringsredskaber. Ud fra rapporten kan det konkluderes at amterne først og fremmest har taget de organisationsmæssige redskaber til sig. Udmøntningen er typisk en form for mål- og resultatstyring, ofte på basis af skriftlige, interne kontrakter.

Med hensyn til de mere markedsprægede redskaber, er implementeringen sket i et mere adstadigt tempo. Det har desuden i langt overvejende grad været statslige initiativer, der ligger til grund for en større brug af disse. Det gælder eksempelvis lovgivningen om frit valg af sygehus samt kravene til aktivitetsbaseret afregning af statslige puljemidler til ekstra aktivitet. Dog er eksempelvis samarbejde med den private sektor baseret på frivillige aftaler i de enkelte amter, og efterhånden temmelig udbredt på især det ikke-kliniske område.

Rapporten er bygget op omkring en kortlægning af de enkelte amters brug af styringsredskaber i forhold til deres sygehusvæsen. Hoveddokumentet gennemgår de generelle hovedtendenser, mens en kort beskrivelse for hvert enkelt amt er henlagt i bilag. Der er for hvert amt en kort beskrivelse af styringsmodeller med særligt fokus på 2003. Desuden er der kort perspektiveret til igangværende og kommende reformer, blandt andet med henblik på implementeringen af øget takstfinansiering i 2004.