

Indførelsen af takststyring i det danske sygehusvæsen

Masterafhandling, MPA, januar 2009

Copenhagen Business School

Eskild Colding-Jørgensen

Vejleder: Peter Skærbæk

Indhold

1. INDLEDNING	3
1.1. HVAD ER DRG?	3
1.2. ER DER EN TEORETISK BEGRUNDELSE FOR AT FORVENTE ØGET PRODUKTIVITET VED OVERGANG TIL AKTIVITETSBASERET FINANSIERING?	5
1.2.1. <i>Principal-agentteori.</i>	5
1.2.2. <i>Problemer med principal-agentteorien på sygehusområdet.</i>	6
1.3. HVORLEDES FINANSIERES SYGEHUSVÆSENET I DAG?	7
1.4. HAR INDFØRELSE AF AKTIVITETSBASERET FINANSIERING I DET DANSKE SYGEHUSVÆSEN I PRAKSIS MEDFØRT ØGET PRODUKTIVITET?	9
1.5. PROBLEMMFORMULERING.....	10
1.6. TEORIVALG OG -FRAVALG.....	11
2. AKTØR-NETVÆRKSTEORI (ANT).....	12
2.1. ANT: DEFINITIONER.	12
2.2. ANT: CALLONS 'SOCIOLOGY OF TRANSLATION'.	14
2.3. ANT: ONTOLOGI, EPISTEMOLOGI OG ANALYSESTRATEGI.....	16
3. METODE	19
3.1. ANALYSEREDE INSKRIPTIONER:	19
3.2. INTERVIEWS OG E-MAIL KORRESPONDANCER:	21
4. ANALYSE	22
4.1. <i>IKKE-INDFØRELSEN AF DRG I 1987.</i>	22
4.1.1. <i>Den danske kontekst 1982-1984.</i>	22
4.1.2. <i>Problematization 1984-1986.</i>	23
4.1.3. <i>Interessement 1987.</i>	25
4.1.4. <i>Sammenbrud 1987.</i>	26
4.1.5. <i>Delkonklusion.</i>	29
4.2. INDFØRELSE AF DRG TIL PRODUKTIVITETSMÅLING.	30
4.2.1. <i>Den danske kontekst 1987-1992.</i>	30
4.2.2. <i>Problematization 1992-1994.</i>	33
4.2.3. <i>Interessement 1994-1996.</i>	36
4.2.4. <i>Enrolment 1997.</i>	40
4.2.5. <i>Delkonklusion.</i>	41
4.3. INDFØRELSE AF FORLØBSTAKSTER BASERET PÅ DRG.	42
4.3.1. <i>Den danske kontekst i relation til forløbstakster.</i>	42

4.3.2. <i>Problematization 1992-1994.</i>	43
4.3.3. <i>Interessement 1995-1997.</i>	43
4.3.4. <i>Enrolment 1998-1999.</i>	46
4.3.5. <i>Delkonklusion.</i>	47
4.4. INDFØRELSE AF DRG TIL BUDGETTERING.	47
4.4.1. <i>Problematization 1994-1996.</i>	47
4.4.2. <i>Interessement 1997-1998.</i>	49
4.4.3. <i>Enrolment 1998.</i>	50
4.4.4. <i>Delvist sammenbrud 1999-2000.</i>	51
4.4.5. <i>Nyt netværk eller fornyet enrolment fra 2001.</i>	52
4.4.6. <i>Delkonklusion.</i>	54
5. KONKLUSION OG PERSPEKTIVERING	55
5.1. KONKLUSION.	57
5.2. HVAD BIDROG TEORIEN MED?	58
5.3. PERSPEKTIVERING.	59
6. LITTERATUR	63
7. SUMMARY	66
APPENDIX 1. SPØRGERAMME	67

1. Indledning

*"... der er alligevel produceret for lidt DRG, hvilket betyder, at vi påregner at komme til at skylde DRG til amtet ..."*¹

På få år er akronymet 'DRG' blevet en del af hverdags sproget på danske hospitaler. I ovenstående citat benyttes det både i betydningen 'kroner og øre' og som betegnelse for hospitalets produkt: Hospitalet producerer DRG!

I denne afhandling skelnes der imellem fire begreber: DRG som klassifikationssystem, DRG-benchmarking (produktivitetmåling), DRG-afregning og DRG-budgettering. Disse begreber burde være nogenlunde acceptable for økonomer foruden at være nogenlunde forståelige for ikke-økonomer. Dermed overholdes også det af vores senere teorivalg følgende symmetriprincip (kapitel 2). Det mere mundrette 'takststyring', som benyttes i afhandlingens titel, lægger op til at forudsætte en bestemt intention (styring) med takstbaserede afregnings- og budgetteringsprincipper og skaber desuden en forestilling om en væsentlig tættere sammenhæng mellem produktion og budget, end man i praksis finder. Begrebet anvendes derfor kun, når styringsintentionen ønskes betonet.

1.1. Hvad er DRG?

DRG (Diagnosis-Related Groups) er et klassifikationssystem baseret på den internationale diagnoseklassifikation ICD (International Classification of Diseases), hvor diagnoser grupperes efter de med diagnosen forbundne gennemsnitlige forløbsomkostninger. Systemet kan siges at udgøre en computerbaseret 'bro' mellem de medicinske og økonomiske discipliner, hvor de af læger angivne diagnosekoder omformes til for økonomer håndterbare størrelser.

¹ HMU-referat, februar 2005, Silkeborg Centralsygehus

Arbejdet med at udvikle DRG startede ved Yale University allerede i 1967, hvor en gruppe læger i Connecticut på grund af den nyligt indførte *Medicare*-ordnings krav om programmer til monitorering af ressourceudnyttelse havde inspireret professor *Robert B Fetter* til at se nærmere på mulighederne for at udvikle en metode til at måle deres hospitals performance.² Dette udviklede sig til et omfattende videnskabeligt projekt, som i årene 1975-1977 mundede ud i en serie artikler, der beskrev principperne i det klassifikationssystem, der siden blev kendt under betegnelsen DRG. Det i 1977 dannede HCFA (Health Care Financing Administration), der havde overtaget administrationen af Medicare, fattede naturligt nok interesse for arbejdet på Yale University og finansierede et mere målrettet udviklingsarbejde. I 1982 besluttede Kongressen, at Medicares tidligere *fee-for-service* afregning skulle erstattes af afregning med faste (DRG-baserede) forløbstakster. Dette skulle bidrage til at begrænse de hastigt voksende sundhedsudgifter ved at give læger og sygehuse økonomisk tilskyndelse til at begrænse omfanget af ydelser (undersøgelelsesprocedurer, liggedage etc.) pr. patientforløb. Det overordnede mål om en begrænsning af ressourceforbruget blev tilsyneladende opnået, idet udgifterne steg mindre efter introduktionen af DRG-afregning. Flere undersøgelser viste, at liggetiden faldt markant og at dette medførte et markant fald i omkostninger pr. indlæggelse. Til gengæld var der en stigning i antallet af indlæggelser og man mistænkte desuden, at patienter og omkostninger blot blev 'flyttet' til andre dele af sundhedsvæsenet.³

Hvor indførelse af DRG-afregning i 1980-ernes USA blot betød, at én type aktivitetsbaseret finansiering blev erstattet med en anden, ville indførelse af DRG-afregning/-budgettering i 1980-ernes Danmark betyde et brud med rammestyringen og et brud med princippet om amternes økonomiske autonomi. At bryde med rammestyringen kunne medføre tab af udgiftskontrol og indgreb i amternes autonomi kunne medføre politiske problemer. På den anden side var der specielt blandt borgerlige politikere stor tiltro til, at aktivitetsbaseret finansiering ('takststyring') i den offentlige sektor alt andet lige måtte føre til en mere hensigtsmæssig ressourceudnyttelse end traditionel rammestyring. Denne tiltro havde en vis forankring i økonomisk teori, hvilket kort skal uddybes i det følgende.

² Fetter (1991)

³ Rosko & Broyles (1987); Newhouse & Byrne (1988)

1.2. Er der en teoretisk begrundelse for at forvente øget produktivitet ved overgang til aktivitetsbaseret finansiering?

1.2.1. Principal-agentteori.

I neoklassisk mikroøkonomisk teori antages aktører (agenter og principaler) at være egennyttmaksimerende, at have eksogent givne og stabile præferencer og at besidde fuld information. Markedet beskrives dertil som perfekt, dvs. der er fuldkommen konkurrence. Agenterne har på det perfekte marked komplet indsigt i markedet og kan dermed gennemskue alle dets facetter. I en kontraktindgåelsessituation betyder dette, at arbejdsgiveren (principalen) og den potentielt ansatte (agenten) vil have *fuldstændig indsigt* i værdien af de i kontrakten beskrevne goder samt i hinandens evner og mangler. På denne baggrund kan der indgås en *komplet kontrakt*, hvor den ansatte kun kan egennyttmaksimere inden for rammerne af de i kontrakten opstillede præcise krav.⁴

I principal-agentteorien forkastes forudsætningen om fuld information. Principal og agent er fortsat egennyttmaksimerende med eksogent givne og stabile præferencer, men *begrænset rationelle*, hvilket betyder, at de enten ikke evner eller ikke har ressourcer til at opnå fuldstændig indsigt. Agenten vil naturligt nok have større viden om egne evner og mangler, end principalen har, hvilket skaber en tilstand med *asymmetrisk information*. En sådan tilstand vil en egennyttmaksimerende agent søge at udnytte ved opportunistisk adfærd. F.eks. kan agenten før kontrakten indgås søge at fremstille sig selv som mere effektiv (før-kontraktuel opportunistisme, *adverse selection*) eller agenten kan efter kontraktens indgåelse undlade at yde sit maksimale (efter-kontraktuel opportunistisme, *moral hazard*).⁵ En mulig løsning på moral hazard - problemet er *incitamentskontrakten*, hvori der opstilles krav til resultaterne af agentens arbejde og gives en beskrivelse af, hvorledes agenten belønnes/straffes i forhold til sine resultater.⁶ Er principalens mål f.eks. størst mulig produktivitet, kan man med passende takster pr. ydelse skabe incitament til enten at øge aktiviteten indenfor rammerne af givne personaleressourcer (takst > marginalomkostninger excl. løn) eller indenfor de givne fysiske rammer (takst > marginalomkostninger inkl. løn).

⁴ Milgrom & Roberts (1992), pp. 127-129

⁵ Milgrom & Roberts (1992), pp. 149-154

⁶ Milgrom & Roberts (1992), p. 132

1.2.2. Problemer med principal-agentteorien på sygehusområdet.

Forestiller man sig et øjeblik et frit marked for sundhedsydelser med fuldkommen konkurrence, må man formode, at et sådant marked vil indebære stærk ulighed i adgangen til sundhedsydelser og dermed indkomstrelateret ulighed i sundhedstilstanden, hvilket er uforeneligt med den danske velfærdsstats fundamentale principper. Man kan måske ligefrem sige, at markeds kræfter på sundhedsområdet i almindelighed trækker i den 'forkerte' retning. En offentlig myndighed med ansvaret for at finansiere og tilvejebringe sundhedsydelser vil have som målsætning at maksimere den sociale velfærd.⁷ Dette giver sig udtryk i en interesse for, hvem der modtager sundhedsydelser (lige og fri adgang). Desuden vil det give sig udtryk i en interesse for, at sundhedsydelserne er passende til patienternes tilstand. Det er altså nødvendigt at arbejde med et bredere effektivitetsbegreb end blot produktiviteten eller den *tekniske effektivitet*. Og selv det at påvirke den tekniske effektivitet kræver en bredere samfundsøkonomisk forståelse. F.eks. kan øget aktivitet skabe øget lønpres og dermed paradoksalt nok lavere produktivitet. Skal teorien følges, skal man altså på hvert enkelt sygehus og i hver enkelt afdeling skabe en ganske kompliceret incitamentsstruktur, der på balanceret vis afspejler alle disse samfundshensyn.

Og selv med en perfekt designet økonomisk incitamentsstruktur, er økonomiske incitamenters ikke nødvendigvis virkningsfulde, specielt ikke overfor højtuddannede medarbejdere i professionshierarkier. Således viser undersøgelser af forskeres incitamenters, at indførelse af en publikationsbonus øger antallet af publikationer, hvis tiltaget af forskerne opfattes som understøttende, men der er tale om en decideret negativ effekt, hvis tiltaget opfattes som en kontrolforanstaltning.⁸ Også administratorer kan have andre mål end økonomisk profit/budgetoverholdelse. Newhouse⁹ antager, at sygehuset vil maksimere output (aktivitet) og kvalitet. I en model udarbejdet af Lee¹⁰ antages det, at sygehusets målsætning er at maksimere ledelsens status, og at status bestemmes af sygehusets produktionsfaktorer, dvs. sygehusets rådighed over teknisk udstyr, specialister, personale m.v. Spørgsmålet er, om man overhovedet kan tale om én nyttefunktion for sygehuset som sådan. Medens Lee tager udgangspunkt i, at administrator er den nyttemaksimerende agent, tager f.eks. Pauly og

⁷ Chalkley & Malcomson (2000)

⁸ Andersen et al. (2006)

⁹ Newhouse (1970)

¹⁰ Lee (1971)

Redisch¹¹ således udgangspunkt i, at det er lægerne, der er bestemmende for sygehusets adfærd.

Helt uoverskueligt bliver det så, når man ser på den konkrete udformning af finansieringssystemet i det danske sygehusvæsen. De hospitalsansatte læger, hvis beslutninger i vid udstrækning afgør de enkelte patientforløbs omkostninger, har (heldigvis) intet personligt økonomisk incitament til at være 'omkostningseffektive' og dette ønsker hverken læger, administratorer eller politikere i øvrigt at ændre på. På afdelingsniveau belønnes afdelingen som sådan i varierende grad for meraktivitet, men budgettet er grundlæggende til forhandling og eventuel merindtjening kan kun i beskedent omfang overføres til næste budgetår, hvilket reducerer afdelingsledelsernes motivation for at få medarbejderne til - med tidligere sundhedsminister Carsten Kochs ord - at "give den en ekstra skalle".¹² De mange begrænsninger, der i praksis er lagt på incitamentstyringen, er grundigt gennemgået af Pedersen et al. (2006), hvortil henvises. I det følgende afsnit gennemgås ganske kort de overordnede træk ved det aktuelle finansieringssystem.

1.3. Hvorledes finansieres sygehusvæsenet i dag?

Finansieringen af det danske sygehusvæsen sker fortsat indenfor en overordnet hård budgetramme. Hvis alle landets sygehuse eksempelvis pludselig producerede 20% mere, ville de i vid udstrækning selv skulle betale gildet. Men skulle et eller nogle få sygehuse opnå en sådan aktivitetsøgning, ville der med det nuværende system være gode muligheder for økonomisk belønning i et enkelt budgetår. Baggrunden for dette er først og fremmest den statslige meraktivitetspulje, der pr. 1/1 2002 blev introduceret samtidig med de rent danske DkDRG og DAGS¹³-systemer til DRG-gruppering af henholdsvis indlagte og ambulante patientforløb. De første år var puljen på 1-1,5 mia kr. Beløbet fordobledes i forbindelse med strukturreformen og udgør dermed nu omtrent 5% af de samlede sygehusudgifter.

Ideen er, at der fra meraktivitetspuljen til amtet/regionen udbetales 70-100% af takstværdien af den del af amtets/regionens akkumulerede DRG-/DAGS-vægtede aktivitet, der ligger over et

¹¹ Pauly & Redisch (1973)

¹² Se kapitel 4

¹³ Dansk Ambulant Grupperingssystem

bestemt niveau (baseline).¹⁴ Der er dog et loft for, hvor meget hvert enkelt amt/region kan få udbetalt. Den eksternt udmeldte baseline, dvs. den baseline, der af staten udmeldes at gælde for hvert amt/region, beregnes (i år 1) med udgangspunkt i den DRG-/DAGS-vægtede faktiske aktivitet registreret året før (år 0).¹⁵ Den aktivitet, der indgår i beregningen, er stort set al somatisk sygehusaktivitet på offentlige, private og udenlandske sygehuse samt speciallægepraksis betalt af bopælsamtet/-regionen. Baseline for år 1 beregnes ved, at aktiviteten udført i år 0 tillægges en forudsat produktivitetsstigning på typisk 1,5% af aktiviteten på offentlige sygehuse. Når den faktiske aktivitet i år 1 siden gøres op, sammenlignes denne med aktiviteten i år 0. Viser sammenligningen, at der er en stigning i værdien per kontakt på mere end (typisk) 1,5% mellem år 1 og 0 ('DRG-creep'), reduceres værdien af aktiviteten i år 1 med den værdistigning per kontakt, der overstiger de 1,5%. Meraktiviteten for år 1 er således forskellen mellem baseline og den korrigerede værdi af aktiviteten. Beregningsmetoden betyder, at amter/regioner, der præsterer en reel meraktivitet (flere patientforløb), belønnes i år 1, men 'straffes' i de følgende år, fordi beregningen af baseline for år 2 nu tager afsæt i den faktisk præsterede aktivitet i år 1.

Amter/regioner kan i vid udstrækning selv fastlægge, hvordan baseline og loft fordeles til hvert enkelt sygehus. Nogle amter/regioner har anvendt supplerende 'lokale' meraktivitetspuljer eller har omvendt opadjusteret den interne baseline for sygehuse med meget stor meraktivitet. Der er efterhånden tilkommet aftaler med regeringen om mindst 20% (2004-2006) og siden mindst 50% (fra 2007) DRG-budgettering. I princippet gælder dette både mer- og mindreaktivitet, så et sygehus logisk set skal 'straffes' for mindreaktivitet svarende til en procentdel af mindreaktivitetens takstværdi. Amters og regioners praksis har dog været præget af en betydelig tolerance overfor mindreaktivitet, måske fordi det har syntes vanskeligt at retfærdiggøre drabelige fyringsrunder eller afdelingslukninger på grund af et ændret regnskabsprincip.

Hvert sygehus har tilsvarende til opgave at videreføre baseline ned på afdelingsniveau. Der er ingen generelle regler for fordelingen af den afdelingsspecifikke baseline og spektret af ordninger på afdelingsniveau er uhyre bredt. Af en nylig undersøgelse af forholdene på 27 ortopædkirurgiske afdelinger fremgår det, at 90% af afdelingerne i 2007 havde en eller anden

¹⁴ Med strukturreformen er der indført kommunal medfinansiering, hvorfor en del af beløbet nu teknisk set går til kommunen.

¹⁵ Beskrivelsen af baselineberegning bygger på beskrivelsen i Pedersen et al. (2006), p. 60.

form for takststyring, men at der eksempelvis kun på 50% af afdelingerne var formel aftale om overførsel af over-/underskud mellem budgetår og at overførsel kun på 10% af afdelingerne rent faktisk gennemførtes som aftalt, dvs. uden dispensationer.¹⁶

Ifølge principal-agentteori burde samfundet kunne få 'nogen' til at blive mere effektive blot ved at fastsætte passende takster. 'Nogen' må i så fald være afdelingsledelserne, for kun afdelingsledelserne har den fornødne (skjulte) viden om forbedringspotentialer og den fornødne gennemslagskraft overfor fagprofessionelt personale. De enkelte fagprofessionelle har ikke økonomiske incitamenter til at handle på en bestemt måde, men har - eller kan få - fagprofessionelle incitamenter til eksempelvis ikke at bestille 'overflødige' undersøgelser. En ledende overlæge har heller ikke personlige økonomiske incitamenter til andet end at 'tage sig godt ud', så vedkommende beholder sin lederstilling og måske kan forhandle sig til et mindre tillæg eller lignende. Spørgsmålet er, 1) om afdelingsledelsen overhovedet reelt kan øge afdelingens produktivitet og 2) om en sådan reel produktivitetstilvækst nødvendigvis ville få afdelingsledelsen til at 'tage sig godt ud'. Dette er komplekse spørgsmål og spørgsmål, der formentlig vil kunne besvares forskelligt på forskellige afdelinger. Generelt må man holde sig for øje, at hvis en afdeling øger aktiviteten og modtager overnormal afregning for dette - f.eks. 100% af DRG-takstværdien¹⁷ - er der tale om en suboptimal ressourceudnyttelse. Vi vil tillade os at konkludere, at anvendelse af principal-agentteori på sygehussektoren i bedste fald er en tvivlsom øvelse og at den praktiske implementering af 'takststyring' i det danske sygehusvæsen gør det yderligere vanskeligt at argumentere for eksistensen af et teoretisk fundament for at forvente øget produktivitet som følge af ordningen.

1.4. Har indførelse af aktivitetsbaseret finansiering i det danske sygehusvæsen i praksis medført øget produktivitet?

Bech et al.¹⁸ analyserede produktiviteten i det danske sygehusvæsen i perioden 1996-2004 for at afklare, om produktiviteten steg mere i perioden med delvis aktivitetsbestemt afregning i forhold til tidligere perioder domineret af rammebudgetter. Analyserne viste, at

¹⁶ Jakobsen & Neermark (2008)

¹⁷ DRG-takstværdien er baseret på gennemsnitsomkostninger, der næsten altid vil være højere end marginalomkostningen ved at "give den en ekstra skalle"

¹⁸ Bech et al. (2006)

produktiviteten¹⁹ ikke ser ud til at være steget mere end i de forudgående perioder (1%). Der kan muligvis rejses indvendinger af teknisk art imod denne analyse, hvilket undertegnede dog ikke har forudsætninger for at kaste sig ud i. Mere enkelt kunne man indvende, at reelle produktivitetsstigninger ikke kan forventes at vise sig så kort tid efter en ny metodes indførelse. Og endnu mere enkelt kunne man indvende, at indførelse af aktivitetsbaseret finansiering på sygehusområdet måske slet ikke skal forstås som et økonomisk begrundet skridt. Men hvordan skal det så forstås?

Spørger man 5 forskellige personer om dette, risikerer man at få 5 forskellige svar. Nogle vil fastholde, at der er tale om økonomisk sund fornuft. Nogle vil se det som (endnu) en arbitrær reform, der blot skal demonstrere regeringens handlekraft og sikre dens overlevelse. Nogle vil se ordningen som led i en generel centraliseringstendens. Nogle vil mene, at der er tale om et rent 'ideologisk' projekt. Og endelig vil nogle betone internationale strømninger og se ordningen som et 'NPM-redskab', som "alle andre jo har".

Spørgsmålet er væsentligt. Ønsker man at tage stilling til, om ordningen skal videreføres, kunne det være en god idé først at tage stilling til, hvorfor den blev indført. Og et godt udgangspunkt for at besvare hvorfor-spørgsmålet kunne være at se på, af hvem og med hvilke virkemidler ordningen blev indført. Dette er fokus for aktuelle afhandling og leder os til følgende problemformulering:

1.5. Problemformulering.

Hvorledes (af hvem og med hvilke virkemidler) indførtes aktivitetsbaseret finansiering baseret på DRG i det danske sygehusvæsen?

¹⁹ Produktiviteten forstået som den samlede DRG-og DAGS-kroneværdi divideret med de såkaldt tilrettede driftsudgifter, hvor udgifter til leasing, forskning m.v. er trukket ud af sygehusudgifterne.

1.6. Teorivalg og -fravalg.

Som vi kan se, lægger problemformuleringen op til en bestemt forforståelse, nemlig at *aktører* ved hjælp af *virkemidler* har været *årsag* til indførelsen af aktivitetsbaseret finansering baseret på DRG. Dermed har vi i første omgang fravalgt økonomisk-rationelle og strukturelle forståelser. Vi har allerede været inde på førstnævntes utilstrækkelighed, men valget mellem aktør og struktur er grundlæggende et arbitrært valg. Ifølge Giddens er der tale om to gensidigt ekskluderende betragtningsmåder: Vi kan vende mønten, men stadig kun betragte én side ad gangen.²⁰ Enten afgøres alt altså af aktører, f.eks. politikere, eller også har aktørerne i praksis intet valg, da tidligere handlinger i ind- og udland allerede har formet den eneste vej, man kan gå. Man kan godt have en verdensopfattelse, der går ud på, at alt foregår i en vekselvirkning mellem aktører og struktur (ligesom man kan mene, at både pengepung og diskurs spiller en rolle for aktørernes handlinger), men når det kommer til teorierne, belyser de enten det ene eller andet aspekt.

Specielt hvor det handler om indførelse af nye 'teknikker', tilbyder aktør-netværksteori (ANT) en interessant vej rundt om de traditionelle dikotomier, herunder aktør/struktur-dikotomien, ved at gøre alt, der udøver 'effekter', til entiteter i aktør-netværk. Begreber, systemer og maskiner bliver alt sammen til entiteter på linje med menneskelige aktører. Vi har derfor valgt at gennemføre analysen ved hjælp af ANT, men vender i perspektiveringens tilbage til konsekvenserne af dette valg, herunder det mulige udbytte af andre teorivalg.

²⁰ Giddens (1976)

2. Aktør-netværksteori (ANT)

2.1. ANT: Definitioner.

Aktør-netværksteori (ANT) er udsprunget af Michel Callons og Bruno Latours forskning på Ecole des Mines i Paris. Samfundet anskues i ANT som en samling af forsøg på at danne og stabilisere **aktør-netværk** omkring påståede fælles interesser. Repræsentanter for både humane og non-humane **entiteter** udøver effekter i netværk. Netværk udøver omvendt effekter på de involverede entiteter og påvirker deres interesser. Magt er evnen til at definere, skabe og stabilisere netværk på en sådan måde, at 'fælles interesser' fremhæves og et 'fælles projekt' defineres med initiativtagerne i den centrale rolle.

Ved en **entitet (aktør/aktant)** forstås en vilkårlig human/non-human materiel/konceptuel enhed i et netværk. Der er forskellige holdninger til, hvor radikalt man skal forstå lighedstegnet mellem humane og non-humane entiteter. Nogle pointerer således nødvendigheden af, at non-humane entiteter repræsenteres eller 'cirkuleres' af humane entiteter for at kunne interagere. Dermed er det så som så med ligestillingen. En entitet kan også selv være et netværk (f.eks. Amdrårdsforeningen), der i den konkrete sammenhæng anskues som en enhed. Dette kaldes **black-boxing**.

Metodemæssigt skal man for at afdække processerne studere både humane og non-humane, materielle og konceptuelle entiteter uden på forhånd at antage noget om, hvem der konstruerer hvem. Man kan til det formål foretage interviews eller afkode **inskriftioner** (artikler, embedsmandsrapporter, regnskaber, kurver, databaser, algoritmer etc.), idet netværksskabelse kræver anvendelse af inskriftioners legitimitetskabende effekt og ikke mindst deres potentielle rækkevidde i tid og sted.

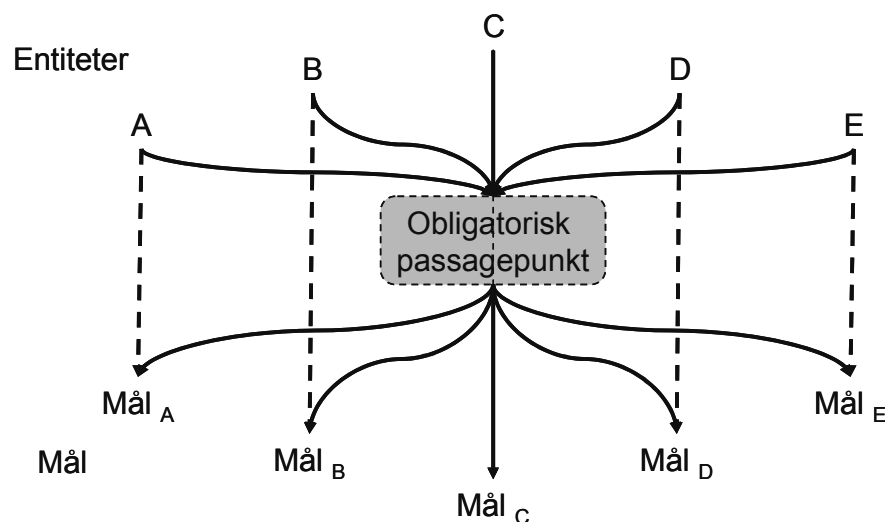
Callon (1986) nævner tre grundprincipper, man bør følge i analysen:

- 1) at lade alle, også naturvidenskabsmænd, definere egen identitet og samfundsopfattelse
- 2) at bruge samme begrebsapparat, hvadenten man mener at beskrive naturen eller samfundet

3) at følge initiativtagerne og deres udlægning af verden uden *a priori* - antagelser

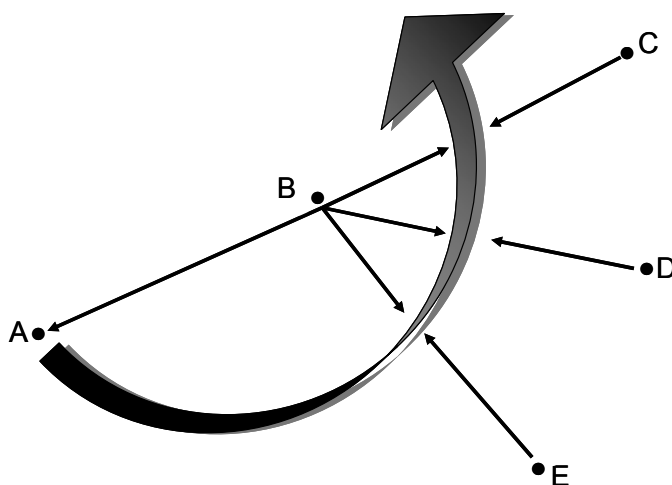
En standardskabelon for netværksdannelse er **translationens fire stadier** som defineret af Callon:

1. Problematization, hvor initiativtagerne definerer en problemstilling og en løsning - det **obligatoriske passagepunkt** - på en sådan måde, at initiativtagerne selv bliver uundværlige. Endvidere defineres relevante entiteters interesser og repræsentanter. (Figur 1)



Figur 1. Problematization. Entiteterne A-E har hver et mål, som kun kan nås ved at passere det obligatoriske passagepunkt.

2. Interessement, hvor initiativtagerne søger at få repræsentanterne til at acceptere deres tildelte roller og at forhindre dem i at acceptere andre, modstridende roller. (Figur 2)



Figur 2. Interessement. A gør B 'interesseret' ved at afskære B's forbindelser til C, D og E.

3. Enrolment, hvor repræsentanterne formelt accepterer deres tildelte roller.

4. Mobilization, hvor repræsenterede entiteter slutter op om deres repræsentanter og aktivt spiller deres tildelte roller. Ved uophørlige gentagelser opnås - trods netværkets fundamentale ubestemthed - tilsyneladende stabilisering af netværket. Nogle taler endda om 'irreversibilitet' og om et 'point of no return'.

For at eksemplificere alt dette følger en kort opsummering af Michel Callons berømte case-studie fra 1986: "Some elements of a sociology of translation: domestication of the scallops and the fishermen of St Brieuc Bay".

2.2. ANT: Callons 'sociology of translation'.

Kammuslinger (*Pecten maximus*) blev i Frankrig anno 1970 fisket tre steder: Langs Normandiets kyst, ved Brest og i St. Brieuc-bugten. I starten af 1970-erne svandt bestanden både ved Brest og ved Brieuc. I Brest var muslingerne i 1972 stort set væk. Ved en konference afholdt i 1972 i Brest redegjorde tre videnskabsmænd for nogle observationer, de havde gjort

under en rejse til Japan. Her dyrkede man en beslægtet muslingeart (*Pecten patinopecten yessoensis*) i særlige anordninger og spredte dem først over havbunden, når de havde opnået et vist udviklingsstadium. En lignende fremgangsmåde i St. Brieuc-bugten ville måske kunne redde bestanden der. Desuden ville det kunne give den videnskabelige verden vigtig viden om muslingernes tidlige udviklingsstadier.

Callon følger i artiklen de tre videnskabsmænds dannelse af et aktør-netværk:

I den første fase (*problematization*) skriver videnskabsmændene en serie rapporter og artikler, hvori fiskerne skildres som en enhed, hvis mål er at maksimere indtægten på lang sigt - også hvis det betyder, at de skal holde igen med fiskeriet på kort sigt. Tilsvarende forudsættes den videnskabelige verden at være interesseret i at opnå yderligere viden om kammuslingers udvikling og muslingerne selv forudsættes at 'ville' sætte sig fast i de beskyttende anordninger. Alle disse ønsker kan opfyldes, hvis man slutter op om det af forskerne definerede projekt (det obligatoriske passagepunkt), som i parentes bemærket gør forskerne selv uundværlige et godt stykke ud i fremtiden. Gør man det ikke, vil hver enkelt entitets vej mod målet være blokeret: Fiskerne vil ikke kunne afholde sig fra at overfiske, muslingerne vil ikke være beskyttede imod rovfisk/havstrømme og den videnskabelige verden får ingen viden om muslingernes udvikling.

I anden fase (*interessement*) forsøger videnskabsmændene at få de forskellige entiteter til at påtage sig deres tildelte roller og samtidig at forhindre dem i at spille andre, modstridende, roller: De i havet nedsænkede anordninger skal rent fysisk adskille muslingerne fra det, der truer dem. Videnskabsmændene holder desuden en række møder med repræsentanter for fiskerne, hvor der tegnes grafer og vises billeder fra Japan for utvetydigt at demonstrere, hvorfor muslingebestanden er truet og hvad der kan gøres ved det. Endelig afholdes der videnskabelige konferencer og skrives videnskabelige publikationer, hvori det pointeres, at man stort set intet ved om kammuslingers udvikling, selv om emnet har samfundsøkonomisk relevans.

I tredje fase (*enrolment*) var det meningen, at repræsentanter for de forskellige entiteter skulle acceptere rollerne på entiteternes vegne. Hvad muslingerne angik, skulle nogle af disse nu meget gerne sætte sig fast i anordningerne. Det skete faktisk i et vist omfang og en række observationer blev i den forbindelse gjort: F.eks. fandt man, at de bedste resultater opnåedes

med anordninger anbragt tæt ved havbunden i den inderste del af bugten. Materialet, anordningerne var lavet af, spillede også en rolle. Alt dette tolkes af Callon - med en af symmetriprincippet følgende ret underlig sprogbrug - som muslinge-repræsentanternes 'betingelser' for at deltage. Disse 'betingelser' kunne man nemt opfylde og man antog derfor, at man nu havde en metode til også i fremtiden at få muslinger til at sætte sig fast. De videnskabelige kolleger havde også visse betingelser, nemlig at de tre videnskabsmænd anerkendte nogle hidtil upåagtede videnskabelige observationer og følgelig modificerede udsagnet om, at man intet vidste på området. Dette skete - om end med et par ironiske bemærkninger. Fiskernes repræsentanter havde ingen betingelser. De tre videnskabsmænd havde hermed på dette tidspunkt etableret sig som 'talsmænd for talsmændene'.

I fjerde fase (*mobilization*) skulle tingene så gerne køre, dvs. *alle* muslingerne, *alle* fiskerne og *hele* den videnskabelige verden skulle acceptere det, repræsentanterne havde accepteret. Dette ville tillige bekræfte den oprindelige *problematization* og stabilisere netværket. Desværre skete der noget andet: Ingen muslinger satte sig fast de efterfølgende år. Og kort efter at den første - og eneste - høst var blevet spredt ud over havbunden, fiskedes den til sidste musling af en gruppe utålmodige fiskere. Callon sammenligner disse to 'mytterier' med urafstemninger, der forkaster et forhandlingsresultat.

Hvad der er uklart i Callons artikel, er blandt andet, om stadiet inddelingen udspringer af casen eller om den var antaget *a priori*. Det sidste gælder i hvert fald for alle senere arbejder, der benytter fremgangsmåden (herunder aktuelle afhandling), og dermed overtrædes ovennævnte tredje grundprincip. Og dette er ikke den eneste selvmodsigelse, ANT kan byde på. Generelt synes der at være et betydeligt svælg mellem ANT som sofistikeret teoridannelse og ANT som praktisk værktøj. Dette vil vi se lidt nærmere på i det følgende.

2.3. ANT: Ontologi, epistemologi og analysestrategi.

"...all the absurdities [which] I have disputed for twenty-five years [are]: that science is socially constructed; [and] that there is no reality out there; ... such nonsense." (Latour, 1999)²¹

²¹ Latour B (1999). Pandora's hope. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts

Aktør-netværksteori (ANT) gør som teoridannelse angiveligt op med flere traditionelle dikotomier: mellem natur og kultur, mellem objektivitet og subjektivitet og mellem væren og mening. Teoriens ophavsmænd insisterer på entiteternes fundamentale ubestemthed: entiteter og netværk skabes igennem relationer. Da ANT som metode ofte anvendes af forskere med et konstruktivistisk ståsted - og da knæfald for konstruktivismen i øvrigt af mange betragtes som en helt nødvendig forudsætning for samfundsvidenskabelig indsigt - er ovennævnte ubestemthed ofte blevet udlagt som ontologisk konstruktivisme. Ifølge Cordella og Shaikh²² er denne opfattelse fejlagtig, idet selve ideen om ikke-humane entiteters *agency* - at ikke-humane entiteter kan udøve effekter - forudsætter iboende essentielle egenskaber, altså en essentialistisk ontologi. Lenoir (1999) martres af en lignende erkendelse: "... *for Latour, the performance of the actor presupposes competence ... I have serious doubts about whether we are not led in the end, kicking and screaming, back into an old-style realism*".²³

Og hvis entiteter *eksisterer*, må viden handle om at *forklare* verden udfra deres effekter. Hvis verden består af aktør-netværk i forskellige stadier af translation, er den viden, vi kan tilegne os om verden, viden om aktør-netværk i forskellige stadier af translation. Altså en rationalistisk epistemologi gående ud på, at vor *a priori* viden om verdens beskaffenhed umiddelbart kan anvendes på inskriptioner og i interviews, hvorved de relevante aktør-netværk og deres translationsstadie vil åbenbares.

*"Promoters of ANT declare a commitment to removing barriers to allowing actors "to define the world in their own terms" and a commitment to a "struggle against producing its own vision of the world". Following these claims we would expect that ANT studies would produce explanations of social life that are rooted in the thick local knowledge of situated actors. In contrast, most analyses produced by ANT rarely concur with the descriptions and explanations produced by field members themselves. Few fishermen would be likely to attribute agency to scallops, just as few scientists would be keen to agree that their knowledge claims are relative and their scientific objects are socially constructed."*²⁴

Vor analysestrategi er at gøre, hvad Callon gør. Det, der nødvendigvis må dukke op, er netværk, entiteter og translationer. Intet andet kan for så vidt dukke op. Eksempelvis er der

²² Cordella & Shaikh (2006)

²³ Lenoir (1999), p. 293

²⁴ Whittle & Spicer (2005)

ingen historie eller 'stiafhængighed' på anden vis, end hvad der er indfældet i de inskriptioner, der er i spil. Der er ingen fremadskridende videnskabelig udvikling og ingen modebølger. Der er ingen entiteter, der gør, hvad de 'plejer' at gøre eller bevidstløst kopierer, hvad andre gør, medmindre de indgår i stabile netværk med entiteter, der præcis har interesse i at indføre/fastholde sådanne rutiner. Og iagttageren afkoder og rubricerer alle inskriptioner og udsagn, så de passer ind i netværks- og translationsskabelonerne. Iagttageren er en privilegeret afkoder med *a priori* viden om verdens beskaffenhed.

3. Metode

For at belyse den valgte problemstilling - indførelsen af DRG-finansiering i det danske sygehusvæsen - er tilstræbt en identifikation og analyse af samtlige forsøg på en sådan indførelse ved gennemgang af relevante inskriptioner suppleret med enkelte interviews. Ud fra en forforståelse, der går ud på, at embedsmandsrapporter er særligt vigtige inskriptioner, har jeg forsøgt at gennemgå alle relevante embedsmandsrapporter i perioden 1983-2003 identificeret dels ud fra egne søgninger, dels ud fra referencer i litteraturen. Derudover er sekundære kilder - videnskabelig litteratur, festskrifter med videre - blevet inddraget i det omfang disse indeholder væsentlige direkte citater eller er forfattet af en aktør (human entitet), der personligt har præget begivenhederne. Endelig har jeg foretaget et antal interviews suppleret med e-mail korrespondancer. Interviewpersonerne er udvalgt med henblik på at opnå et hurtigt indblik i tankegangen på ministerielt, amtsligt, sygehus- og afdelingsniveau.

Den anvendte empiri er således

3.1. Analyserede inskriptioner:

3.1.1. Howe G, Joseph K, Prior J, Howell D (1977). The right approach to the economy. Shadow cabinet circulated paper, Margaret Thatcher Foundation.

3.1.2. Indenrigsministeriet (1984). Sygehusenes organisation og økonomi. Betænkning fra Indenrigsministeriets produktivitetsudvalg, København.

3.1.3. Indenrigsministeriet (1986). Praksissektorens organisation. Betænkning afgivet af Indenrigsministeriets udvalg vedrørende praksissektorens organisation. Betænkning nr. 1080, København.

3.1.4. Indenrigsministeriet (1987). Amtskommunalt udgiftspres og styringsmuligheder. Betænkning nr. 1123, København.

3.1.5. Pedersen KM (1987). Diagnose-relaterede grupper. DRG. Forskningsrapport nr. 7. Institut for Sundhedsøkonomi og Sygdomsforebyggelse, Odense Universitet.

3.1.6. Folketinget (1992). Betænkning afgivet af Sundhedsudvalget den 14. december 1992 til lovforslag nr. L 113.

3.1.7. Finansministeriet (1993). Nyt syn på den offentlige sektor, sammenfatning. København

3.1.8. Sundhedsministeriet (1994). Rapport fra udvalget vedrørende sygehusvæsenets økonomi, Statens Information, København

3.1.9. Sundhedsministeriet (1995). Måling af sygehusets produktivitet. En DRG-analyse for Nordjyllands Amt. København: Nyt Nordisk Forlag.

3.1.10. Sundhedsministeriet (1997): Udfordringer i sygehusvæsenet. Betænkning fra Sygehuskommissionen. Betænkning nr. 1329, København.

3.1.11. Finansministeriet (1997). Forhandlingsresultater for Finansloven 1998.

3.1.12. Finansministeriet (1998). Aftaler om Finansloven for 1999.

3.1.13. Sygeplejersken (1998). Koch vil ikke høre mere brok. Sygeplejersken 42: 4-6.

3.1.14. Sundhedsministeriet (1999). Redegørelse til amterne om delvist aktivitetsafhængige bevillinger i sygehusvæsenet - 90/10 modellen.

3.1.15. Mandag Morgen (1999). Venstre forbereder sig til en radikal sygehusreform. Ugebrevet Mandag Morgen 17: 1-7.

3.1.16. Statsministeriet (2001). Regeringsgrundlag 2001. Vækst, velfærd - fornyelse.

3.1.17. Statsministeriet (2003). Regeringens supplerende regeringsgrundlag. Vækst, velfærd - fornyelse II.

3.1.18. Indenrigs og sundhedsministeriet (2003). Indenrigs- og sundhedsministerens Rådgivende Udvalg. Sundhedsvæsenets Organisering. Sygehuse, incitamenter, amter og alternativer.

3.1.19. Finansministeriet (2003). Takststyring på sygehusområdet.

3.1.20. Indenrigs- og sundhedsministeriet (2005). Produktivitet på sundhedsområdet. Åbenhed og fokus.

3.1.21. Finansministeriet (2006). Aftale mellem regeringen og Danske Regioner om regionernes økonomi for 2007.

3.1.22. Statens Institut for Folkesundhed (2006). Sundhedspolitiske ministererindringer 1981-2006.

3.2. Interviews og e-mail korrespondancer:

3.2.1. Orienterende interview med tidligere embedsmand i Sundhedsministeriet. + e-mails

3.2.2. Orienterende interview med tidligere embedsmand i Finansministeriet. + e-mails

3.2.3. Semistruktureret interview med sygehusdirektør.

3.2.4. Semistruktureret interview med kontorchef i Sundhedsstyrelsen Poul Erik Hansen. + e-mails

3.2.5. Semistruktureret interview med ledende overlæge i Region Sjælland.

3.2.6. Semistruktureret interview med embedsmand i Region Sjælland.

3.2.7. Semistruktureret interview med ledende overlæge i Region Hovedstaden. + e-mails

3.2.8. E-mailkorrespondance med tidligere afdelingschef Jørgen Lotz.

3.2.9. E-mailkorrespondance med professor Kjeld Møller Pedersen.

De semistrukturerede interviews havde en varighed på 45-75 minutter og foregik efter en spørgeramme, der var forskellig for embedsmænd og overlæger (se appendix 1).

Interviewpersonerne har alle godkendt de i afhandlingen forekommende direkte citater.

4. Analyse

4.1. Ikke-indførelsen af DRG i 1987.

*"DRG er over os! Ifølge en oversigt fra Europarådet var mere end 20 lande i 1985 enten i gang med DRG projekter eller var ved at planlægge aktiviteter på området ... DRG er efterhånden ved at være et næsten globalt fænomen: Indført i alle stater i USA, projekter i Korea, Australien, Portugal, Frankrig, Belgien, Vesttyskland, England, de skandinaviske lande osv .. I december 1986 blev der afholdt en verdens-konference vedrørende DRG. I Norge er der bevilget omkring 4,5 mill kr. til et DRG-projekt, og i Sverige har SPRI, det svenske sygehus institut, satset relativt mange mandemåneder på et DRG-projekt."*²⁵

Således skrev Kjeld Møller Pedersen i 1987. DRG var på dagsordenen: der blev arbejdet med DRG i såvel forskerkredse som i departementet og i den såkaldte Lotz-betænkning fra 1987 anbefaledes ganske entusiastisk at indføre DRG til brug for analyse, budgetterings- og planlægningsaktiviteter, sammenligninger mellem sygehuse etc. Derefter forsvandt DRG fuldstændig fra dagsordenen i 6 år, og i 1993 var Danmark og Tyskland de eneste europæiske lande, der ikke på ene eller den anden måde havde indført DRG. Ikke-indførelsen af DRG i 1987 kan på en måde siges at være en mindst lige så markant og interessant begivenhed som den senere indførelse.

4.1.1. Den danske kontekst 1982-1984.

Regeringen Poul Schlüter (firkloverregeringen) tiltrådte september 1982 med den dominerende målsætning at genoprette økonomien ved hjælp af fastkurspolitik, opbremsning af lønudviklingen og omfattende besparelser i den offentlige sektor. Indenrigsministeriets primære opgave var i den forbindelse at "*hale penge hjem fra amter og kommuner*".²⁶ På sygehusområdet var stram udgiftskontrol det primære mål, og der var ikke i første omgang

²⁵ Pedersen KM (1987)

²⁶ Sundhedspolitiske ministererindringer (2006)

forslag om liberalisering eller brug af konkurrencemodeller.²⁷ Man interesserede sig dog - som man havde gjort det i mange år - for sygehusenes produktivitet, for uddelegering af økonomisk ansvar til afdelingsniveau (afdelingsbudgetter) og for udlægning af opgaver til - og samordning med - den primære sundhedssektor. I 1983 skrev Sundhedsstyrelsen på indenrigsministerens opfordring et notat "Om foranstaltninger der kan dæmpe presset på sygehusvæsenet, herunder udlægning af opgaver til lægepraksis". Som opfølgning herpå nedsatte indenrigsministeren i 1983 Samordningsudvalget, som skulle se på koordinationen af opgaverne i sektoren og Produktivitetsudvalget, som skulle vurdere produktiviteten på danske sygehuse.²⁸

Daværende Indenrigsminister Britta Schall Holberg udtaler i "Sundhedspolitiske ministererindringer":

"Nogle af de flere midler kunne komme fra en større konkurrence til det offentlige sygehusvæsen: frit valg, private sygehuse, hospicer - intet af det kunne der skabes flertal for ... Vi måtte have friske øjne til at se på hele strukturen. Dir. Jan Carlson fra SAS blev indkaldt til at holde tale til amtspolitikerne om, hvordan man skærer ledelsespyramiderne ned, en sag, han på det tidspunkt havde taget stærkt fat på i et overstyret SAS. Og to udvalg om sundhedsvæsenets styring og tilrettelæggelse²⁹ blev nedsat under skrå og skrig fra både Amtsrådsforeningen og lægerne. Lægeforeningen forbød ligefrem et par af deres medlemmer at deltage i udvalgsarbejdet!³⁰ Talmateriale blev stillet op, de amtskommunale nøgletal blev opfundet, og undersøgelser blev sat i værk: Hvad koster det at operere et knæ, hvad koster et røntgenbillede, hvad koster alkoholmisbrug, rygning osv.? Vi vidste alt for lidt om dette."³¹

4.1.2. Problematization 1984-1986.

Produktivitetsudvalgets opgave var at undersøge og vurdere mulighederne for en effektivisering af sygehusdriften. Udvalget skulle benytte erfaringer fra erhvervslivet og udlandet til at løse opgaven. Udvalget valgte at se på produktivitet i snæver forstand i form af

²⁷ Vrangbæk (1999)

²⁸ Vrangbæk (1999)

²⁹ Produktivitetsudvalget og Samordningsudvalget.

³⁰ Pga. ministeriets indgreb i landsoverenskomsten 1984 var Lægeforeningens deltagelse i sidstnævnte udvalg 22/5 1984 - 16/1 1985 stillet i bero.

³¹ "Sundhedspolitiske ministererindringer" (2006)

antal ansatte på sygehusene på inputsiden og antal indlæggelser på outputsiden. Udvalget nåede til den konklusion, at produktiviteten havde været faldende i perioden 1979-1982, hvilket - interessant nok - blev forklaret med 'manglende incitamenter'. Man hæfter sig ved, hvordan retorikken minder om den, der i dag benyttes til at forklare nødvendigheden af aktivitetsbaseret finansiering:

*"Generelt må den vigende produktivitet på sygehusene tilskrives de forholdsvis svage incitamenter til forbedring af ressourceudnyttelsen"*³² og

*"Hidtil har læger og sygeplejersker ikke haft tilstrækkelig tilskyndelse til at inddrage økonomiske overvejelser i deres løbende dispositioner"*³³

Udvalget anbefalede på denne baggrund en tættere sammenkædning af lægeligt og økonomisk/administrativt ledelsesansvar og en ansvarliggørelse via afdelingsbudgettering - kontroversielt, måske, men ikke nyt.

Produktivitetsudvalgets beregningsmetoder blev kritiseret kraftigt og man må derfor forestille sig, at DRG til produktivitetmåling på netop dette tidspunkt, i 1984-1985, kunne have interesseret Indenrigsministeriets økonomer. I Frankrig havde der været kontakt til Yale University vedrørende DRG siden 1979 og i januar 1985 besøgte Robert Fetter det norske NIS og det svenske SPRI - og bidrog til at starte DRG-projekter begge steder³⁴ - men der var ingen kontakt til hverken danske forskere eller til den danske centraladministration.

DRG 'rammer' først Danmark i november 1985, hvor Dansk Sygehus Institut (DSI) afholder et seminar om emnet. Dette følges af flere seminarer i 1986, en konsulentrapport, et DRG-projekt under Indenrigsministeriets sundhedsøkonomiske kontor, hvor man med en amerikansk gruppestruktur forsøger at konvertere data fra Landspatientregistret til 467 diagnoserelaterede grupper, og et par projekter på Odense Universitet (Kjeld Møller Pedersen).³⁵

³² Indenrigsministeriet (1984), p. 9

³³ Indenrigsministeriet (1984), p. 53

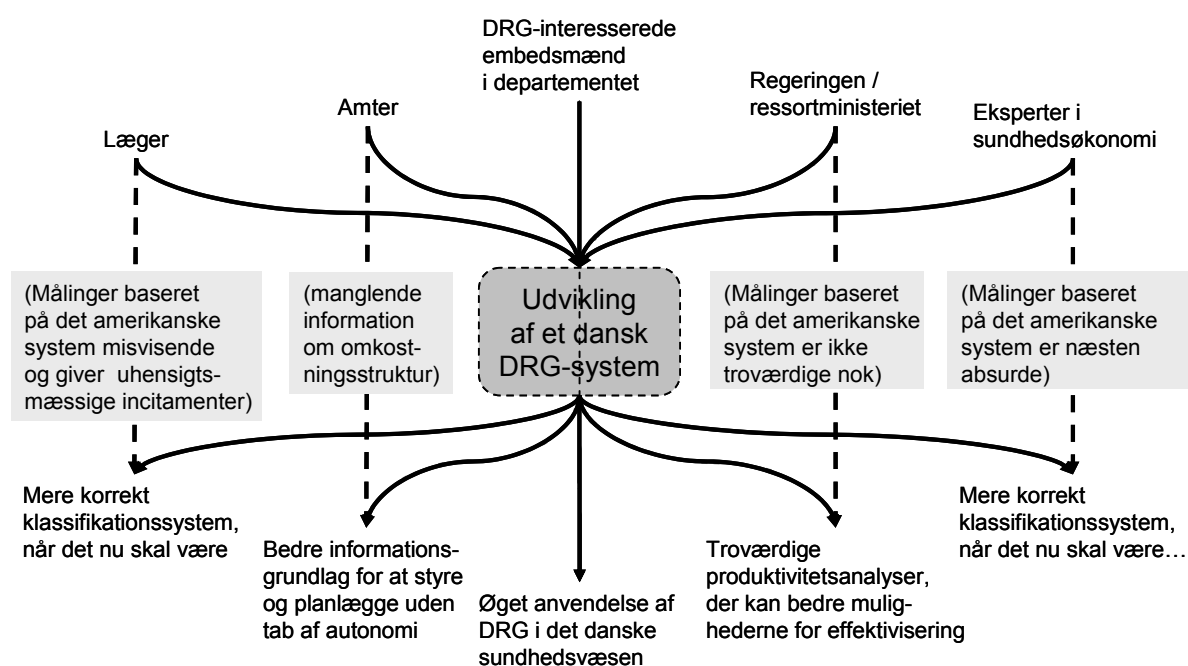
³⁴ Torjesen & Byrkjeflot (2006)

³⁵ Pedersen KM (1987)

DRG nævnes ikke af udvalget vedrørende praksissektorens organisation, der afgiver betænkning i 1986, selv om udvalget blandt andet har til opgave at opstille alternative modeller, "som forudsætter en liberalisering af sundhedssektoren"³⁶ og i den sammenhæng berører emner som differentierede takster, konkurrence mellem amtskommuner, frit valg over amtsgrænser samt udtrykker kritik af det statistiske informationssystem på sundhedsområdet, herunder at "de statistiske opgørelser foreligger meget sent, typisk ca. 1½-2 år efter at aktiviteterne har fundet sted."³⁷

4.1.3. Interessement 1987.

I juni 1987 nedsættes et udvalg 'til behandling af udgiftspres og styringsmuligheder indenfor det amtskommunale område' (Lotz-udvalget). I udvalgets betænkning,³⁸ der udkommer december 1987, afsættes to sider til DRG og i to forslag anbefales indførelsen af DRG i Danmark.



Figur 3. Problematization. DRG til produktivitetmåling.

³⁶ Indenrigsministeriet (1986), p.5

³⁷ Indenrigsministeriet (1986), p. 105

³⁸ Indenrigsministeriet (1987)

Betænkningen indeholder *problematization* med definition af OPP (Figur 3) og er samtidig - som 1980-ernes mest monumentale embedsmandsrapport på sygehusområdet - et kraftfuldt *interessement device*. I betænkningen hedder det på side 112 (Forslag 17):

"For at sikre, at alle amtskommuner og sygehuse har kontinuerlig adgang til oplysninger om den somatiske stationære behandlingsaktivitet, foreslår udvalget omlægningen til et on-line landspatientregister, som er under forberedelse, fremmes mest muligt. Ved en eventuel autorisering af DRG-oplysningerne i landspatientregistret vil amtskommuner, sygehuse og andre brugere af landspatientregistret således i princippet have adgang til helt aktuelle DRG-baserede aktivitetsopgørelser. Endelig vil selve DRG-grupperingsprogrammet kunne stilles til rådighed for amtskommuner eller sygehuse til brug for analyse, budgetterings- og planlægningsaktiviteter."

- og endvidere (Forslag 18):

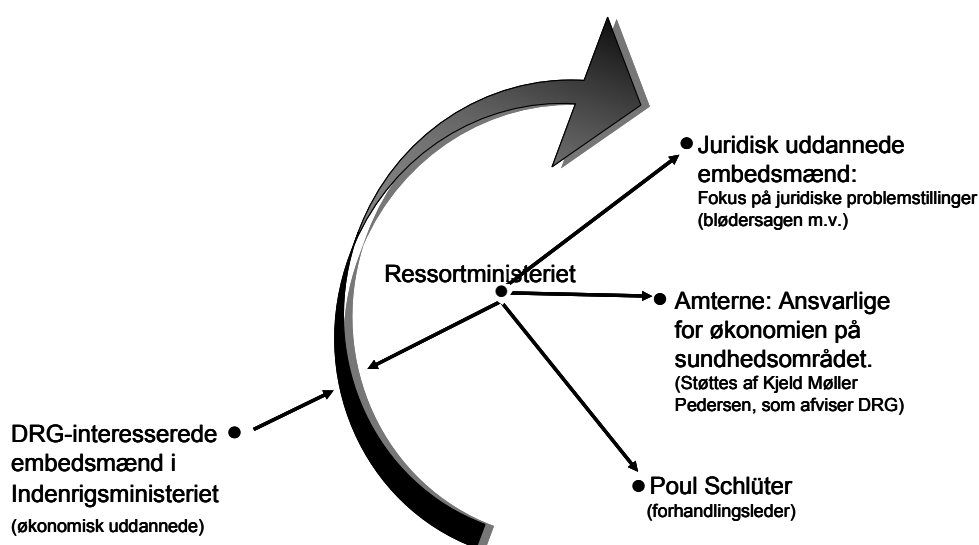
"Udvalget foreslår - for at støtte sygehusforvaltninger og amtsråd i muligheden for at sammenligne omkostningerne i et sygehus med et andet - at Sundhedsministeriet med baggrund i de eksisterende data forestår en videreudvikling af produktivitetsanalyser baseret på den indirekte målemetode, som er beskrevet i den tidligere nævnte studierapport. Denne videreudvikling kan bl.a. baseres på DRG-systemet, idet man med aktivitetsopgørelser baseret på DRG-grupper vil have adgang til et mål for aktiviteten, som er af betydelig bedre kvalitet end de mål, der hidtil har været anvendt til sammenlignelighed mellem sygehuse og afdelinger ..."

4.1.4. Sammenbrud 1987.

Med denne fyldige repræsentation i Lotz-betænkningen skulle man mene, at vejen var banet for en indførelse af DRG, men bemærk det lille ord 'Sundhedsministeriet'! Inden udvalget afgav betænkning var sundhedsområdet (i september 1987) flyttet til det nyoprettede Sundhedsministerium. Indenrigsministeriets toneangivende økonom Jørgen Lotz flyttede ikke med. Under den nye sundhedsminister cand.jur. Agnete Laustsen fandt man departmentschef cand.jur. Jørgen Varder, afdelingschef cand. jur. Jette Mersing og - som chef for sygehuskontoret - endnu en jurist. Om dannelsen af Sundhedsministeriet udtaler tidl. afdelingschef Jørgen Lotz:

Det blev dannet en nattetime af Schlüter for at få en ekstra konservativ ministerpost til en politisk kabale. Men det var ikke en gennemtænkt og forberedt beslutning, og ministeriet blev dannet ved, at kernen af kronjuristerne fra Indenrigsministeriet besluttede sig for i flok at gå over i det nye ministerium. De var dygtige administratorer, de havde forstand på korrekt sagsbehandling og fortolkning af loven. Men de forstod sig ikke på og havde ingen respekt for økonomi og statistik.³⁹

Økonomerne var blevet skilt fra sundhedsområdet (Figur 4) og selv om Jørgen Lotz senere (1989-1991) blev udlånt til Sundhedsministeriet, beskæftigede han sig her mest med kommunale udligningsordninger og det kommende frie sygehusvalg og havde ikke den store indflydelse i sygehuskontoret, hvor den juridisk uddannede kontorchef ifølge en daværende embedsmand "nærede store forventninger til effektivisering via afskaffelse af faggrænser og forenkling af overenskomster - altså et stærkt fokus på regler som kilde til ineffektivitet - så han og økonomen Lotz talte helt forbi hinanden".⁴⁰



Figur 4. Dannelse af Sundhedsministeriet i 1987

Der var heller ikke grobund for DRG-ideer i Sundhedsstyrelsen, der i denne periode "negligerede sit statistiske arbejde"⁴¹ og i øvrigt næppe havde medarbejdere med de rette

³⁹ E-mail korrespondance med tidligere afdelingschef Jørgen Lotz

⁴⁰ E-mail korrespondance med en tidligere embedsmand i Sundhedsministeriet

⁴¹ E-mail korrespondance med tidligere afdelingschef Jørgen Lotz

forudsætninger, hvortil kom, at samarbejdsklimaet mellem Sundhedsstyrelsen og departementet i kølvandet på blandt andet blødersagen af mange betragtedes som yderst ringe. Tilbage var forskerne og netop i 1987 udkom professor Kjeld Møller Pedersen rapport "Diagnose-relaterede grupper. DRG". Rapporten var blevet til på foranledning af Dansk Sygehus Institut (DSI),⁴² der - som Kjeld Møller Pedersen udtrykker det - "*jo sad tæt på amterne ... i lokaler i sammenhæng med den daværende Amtsrådsforening*"⁴³. I rapporten udtryktes skepsis overfor DRG-systemet. Selv om det anbefaledes "*at arbejde videre med DRG-ideen*", var grundholdningen, at selve systemet næppe kunne bruges til ret meget. Der advaredes decideret "*mod direkte at overtage den gruppestruktur, som er dannet i USA, baseret på amerikansk klinisk praksis, amerikansk struktur i sundhedsvæsenet osv .. Man bør i konkrete projekter selv danne en gruppestruktur ... Overvejelser om at anvende amerikanske omkostningsvægte på grupper dannet på andre datamaterialer i andre lande må betragtes som næsten absurde.*" Og inden man kastede sig ud i en udvikling af en dansk grupperingsstruktur med danske omkostningsvægte, skulle man gøre sig klart, at værdien af et sådant projekt var tvivlsom: "*Virkningerne af DRG, eksempelvis på omkostningsstigningerne, er ikke dokumenteret på nogen overbevisende måde ... Andre virkninger af DRG, fx. øget omkostningsbevidsthed, må studeres nøje. I denne forbindelse er det afgørende klart at skelne mellem virkningerne af DRG i en takstsammenhæng, dvs. om der eksempelvis spores øget omkostningsbevidsthed i kølvandet af en takstanvendelse, og virkningerne af at indføre DRG uden samtidig takstanvendelse. Det er den sidste situation, der er mest realistisk i Danmark. Der findes ingen dokumenterede positive og negative virkninger af DRG i denne sammenhæng. Betydningen af den incitamentstruktur, hvori DRG indføres kan ikke betones stærkt nok.*"⁴⁴

Rapporten gjorde et betydeligt indtryk på de embedsmænd, der endnu havde mod på projektet. Kontorchef Poul Erik Hansen husker det således: "*Altså, på det tidspunkt skrev Kjeld Møller Pedersen en rapport, der indikerede, at det her var der ikke grund til at bruge megen tid på ...*" Selv udtaler Kjeld Møller Pedersen: "*Om min 1987-rapport førte til, at man 'opgav' at forfølge DRG-ideen er svært at afgøre, men jeg har hørt en række relativt centralt placerede personer sige det. En anden (supplerende/alternativ) forklaring kan være, at man på daværende tidspunkt styrede udgifterne 'hårdt og brutalt' ved hjælp af traditionel*

⁴² DSI er et sektorforskningsinstitut, der på daværende tidspunkt hovedsageligt var finansieret af Amtsrådsforeningen

⁴³ E-mail korrespondance med professor Kjeld Møller Pedersen

rammestyring, og gjorde det effektivt. Husk på, at på daværende tidspunkt var øvelsen et reelt fald i sygehusudgifterne (noget vi ikke efterfølgende har oplevet) og til den øvelse ville DRG ikke være velegnet. Husk også, og at amterne den gang sad stærkt og enerådende i føresædet for dansk sundhedspolitik (uden at være hverken visionære eller fremadskuende)."⁴⁵

DRG-systemet blev herefter forladt. I Sundhedsministeriet vidste man ikke af, at man nogensinde havde beskæftiget sig med det (hvad man teknisk set heller ikke havde) og i en oversigt over migrationen af det amerikanske DRG-system til Europa kunne Kimberley og Pouvoirville i 1993 skrive, at kun to af ni undersøgte lande - Danmark og Tyskland - endnu ikke havde indført DRG.⁴⁶

4.1.5. Delkonklusion.

I ca. 2 år - fra slutningen af 1985 til slutningen af 1987 - var DRG på dagsordenen i danske embedsmandskredse (primært Indenrigsministeriets afdelingschef Jørgen Lotz) og blandt danske forskere (primært professor Kjeld Møller Pedersen). Der var ikke enighed mellem fagøkonomerne Lotz og Pedersen, og i modsætning til, hvad der var tilfældet i Norge og Sverige, havde der ikke været direkte kontakt med Robert Fetter på Yale University. Gruppen af fagfolk var altså splittet og muligheden for at interessere en bredere kreds af politikere og embedsmænd ved at foreslå aktivitetsbaseret finansiering baseret på DRG forelå tilsyneladende ikke. Med aktør-netværksteori kan vi beskrive, hvorledes samme initiativtagere med samme virkemidler opnår vidt forskellige resultater i 1987 og i 1994. Vi kan beskrive, at netværket i 1987 bryder sammen og vi kan fremhæve det tidsmæssige sammenfald med sammenbruddet af Indenrigsministeriets interne netværk. Meget videre kan vi ikke komme med ANT. Man fristes til at forestille sig, at Indenrigsministeriet kunne være gået et stykke videre i retning af et nationalt DRG-projekt, hvis ikke rokaden i september 1987 havde splittet ministeriet. Der ville nok have været tale om en langsommelig proces, da Sundhedsstyrelse, amter og læger på daværende tidspunkt var vant til betydelig autonomi - en autonomi, der i det væsentlige støttedes af landspolitikerne både i ord og i handling. Måske fristes man til antagelser om generelle nationale og internationale 'strømme', hvorved man kunne hævde, at de 'politiske strømme' i Danmark i 1987 endnu gik i retning af decentralisering af økonomisk

⁴⁴ Pedersen KM (1987)

⁴⁵ E-mailkorrespondance med Kjeld Møller Pedersen

⁴⁶ Torjesen & Byrkjeflot (2006)

ansvar og at landspolitikerne utålmodighed med amterne først omkring 1990 nåede et punkt, hvor forslag, der greb ind i amternes autonomi, kunne opnå flertal i Folketinget. En sådan betragtning kunne synes at have en vis forklaringskraft, men der er ingen 'politiske strømme' i ANT. Med hensyn til internationalt-institutionelle betragtninger af typen "Danmark fik DRG, fordi det havde man alle andre steder" er de mindre tillokkende, da Danmark i 1985-1987 netop uden besvær modstod en sådan kraftig strøm i betydningen tidsmæssigt sammenfald mellem initieringen af DRG-projekter i en lang række europæiske lande, herunder Norge og Sverige.

4.2. Indførelse af DRG til produktivitetmåling.

I 1994 udkom det såkaldte SØK-udvalgs rapport, hvori der anbefalede indførelse af DRG til produktivitetmåling. Ifølge kontorchef Poul Erik Hansen skyldtes forslaget atter den allestedsnærværende Jørgen Lotz, nu afdelingschef i Finansministeriet. Efterfølgende gik to embedsmænd i Sundhedsministeriet - afdelingschef Karin Kristensen og kontorchef Poul Erik Hansen - i gang med produktivitetmålinger baseret på den amerikanske HCFA-8 klassifikation, først i Nordjyllands Amt, siden i hele landet. Lægerne var skeptiske, men fandt det dog i sidste ende interessant at medvirke til at forbedre systemet. Hovedstadens Sygehusfællesskab fandt det endvidere nødvendigt - utvivlsomt på baggrund af Rigshospitalets dårlige produktivitetstal - i december 1996 at anmode om at få nedsat et takstudvalg, der blandt andet skulle se på, om Rigshospitalets takster var for lave. Trods amternes generelle modvilje begyndte nu en proces, der ikke blot handlede om udviklingen af et dansk klassifikationssystem med danske omkostningsvægte, men også om en stadig tættere konceptuel kobling mellem DRG og finansiering, således at akronymet DRG for mange i dag er lig med 'kroner og øre'. Hvorledes netværket omkring indførelse af DRG atter blev defineret - og denne gang skabt og stabiliseret - beskrives nærmere i det følgende.

4.2.1. Den danske kontekst 1987-1992.

Hvor sundhedspolitik først i 1980-erne handlede overvejende om udgiftskontrol, handlede sundhedspolitik i perioden 1987-1992 overvejende om patientrettigheder. Udtrykt i ANT-termer kan man sige, at man ved en bred analyse af netværksdannelse i eksempelvis 1983 og 1993 formentlig ville kunne påvise en ændring af politikernes generelle (erklærede)

motivation for at indgå i netværk - fra i 1983 ofte at indeholde et ønske om udgiftskontrol til i 1993 ofte at indeholde betragtninger om patienternes generelle 'rettigheder' eller 'krav'. I en nylig diskursanalyse beskrives rammende, hvorledes patienternes stigende forventninger problematiseres i Lotz-rapporten fra 1987, medens 'problemet' i tekster fra 1993-94 er samfundets manglende evne til at honorere patienternes berettigede forventninger.⁴⁷

Frit valg over amtsgrænserne var som ovenfor beskrevet på dagsordenen allerede i 1986, hvor også et forslag om oprettelse af et patientklagenævn blev fremsat og siden vedtaget.⁴⁸ Fra sin oprettelse i efteråret 1987 måtte Sundhedsministeriet bruge mange kræfter på enkeltsager, da "thorotrast-sagen" i november 1987 og siden "bløder-sagen" i december 1987 eksploderede i medierne. Og medieinteressen var intet forbigående fænomen. Som daværende departementschef Jørgen Varder udtrykker det:⁴⁹

"Efter valget i juni 1988 blev Elsebeth Kock-Petersen sundhedsminister. Det blev en 18 måneders periode, hvor optagetheden af enkeltsager steg voldsomt, og hvor der fra alle sider blev revet og slidt i Sundhedsministeriet."

Et forslag til en ny samlet sundhedslov fremsattes i maj 1989, men blev forkastet. En ændring af dødsriteriet (supplerende hjernedødsriterium) kom også på dagsordenen og blev vedtaget i sommeren 1990, hvor Ester Larsen havde overtaget posten som Sundhedsminister. Ester Larsen karakteriserer sin ministerperiode (7/12 1989 - 25/1 1993), som en periode præget dels af usikkerhed overfor de mange etiske dilemmaer, den teknologiske udvikling frembragte, dels af et ændret patientsyn med fokus på patientrettigheder, hvilket fik konkret udtryk i vedtagelsen af det friere sygehusvalg i 1992.⁵⁰

Den sene indførelse af det friere valg, der jo ellers havde været på dagsordenen siden 1986, skyldtes ifølge Ester Larsen "... dels en ret fodslæbende opposition og dels amternes kolossale modvilje ... Man beskrev rædselsscenerier, hvor store skarer af patienter drog hærgende gennem landet, nærmest som på folkevandringernes tid."⁵¹ Ifølge Kjeld Møller Pedersen opgav amterne først modstanden, da der i januar 1990 i forbindelse med Folketingets

⁴⁷ Pedersen KZ (2006)

⁴⁸ Lov nr. 397 af 10/6 1987 om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v.

⁴⁹ Sundhedspolitiske ministererindringer (2006)

⁵⁰ Sundhedspolitiske ministererindringer (2006)

⁵¹ Sundhedspolitiske ministererindringer (2006)

behandling af et (nyt) forslag til sundhedslov opstod en formodning om, at Mimi Jacobsen, CD, ville kunne skabe flertal for etablering af fri visitation til de private foreningsejede sygehuse (Scleroseforeningens og Gigtforeningens hospitaler og sanatorier). Som en defensiv manøvre besluttede Amtsrådsforeningens bestyrelse at sigte imod en aftalemæssig løsning baseret på frivillige aftaler mellem de enkelte amter og de foreningsejede sygehuse. Samtidig blev der nedsat en arbejdsgruppe (som Kjeld Møller Pedersen var medlem af) til at se mere generelt på amtsgrænseproblematikken. Udvalgets arbejde resulterede i rapporten "Frit eller friere sygehusvalg" (1991), der anbefalede frit sygehusvalg i hele landet for basisbehandling.

Man kan sige, at Amtsrådsforeningen gjorde en dyd af nødvendigheden, da først der tegnede sig et politisk flertal for friere valg, og gik i spidsen for udviklingen. Men var der en dybere baggrund for den 'fodslæbende oppositions' ret pludselige holdningsændring? Kjeld Møller Pedersen afviser, at den britiske sundhedsreform baseret på køber-sælger modeller og interne markeder⁵² kan have spillet en rolle, da denne slet ikke var igangsat, "*ja dårlig nok tænkt*".⁵³ Det sidste er næppe en holdbar opfattelse. For det første er der tale om ret klassisk (neo)konservativ ideologi: I et dokument, der så tidligt som i 1977 cirkulerede i engelske konservative kredse hedder det: "*State industries which are not profitable will be encouraged to become so. But they will also be required to operate under conditions of fair competition.*"⁵⁴ For det andet - og mere væsentligt - var det komplette intellektuelle fundament for de engelske reformer publiceret allerede i 1985.⁵⁵ Og for det tredje var Storbritannien nu engang det eneste store land med et nationalt sundhedsvæsen af skandinavisk type og tilmed et land, der havde været igennem de samme økonomiske problemer som Danmark, så selve det, at den britiske regering i januar 1989 annoncerer en stor reform på sundhedsområdet kan næppe have forbigået de hjemlige politikeres opmærksomhed. På denne måde kan de engelske sundhedsreformer anskues som et sæt af ideer og dokumenter, som må have interesseret mange danske politikere og kan have inspireret dem til at forsøge netværksdannelse omkring større sundhedsreformer. Omvendt må det indrømmes, at de ovenfor beskrevne begivenheder (eller 'ikke-begivenheder') i 1987 taler for, at Danmark ret ubesværet kan modstå en international 'bølge' på det organisatoriske område - også selv om man dermed står næsten alene. Og så var frit valg for patienterne i øvrigt slet ikke en del af de engelske reformer.

⁵² Den britiske sundhedsreform blev annonceret januar 1989

⁵³ Pedersen KM (2005), p. 236

⁵⁴ Howe et al. (1977)

4.2.2. Problematization 1992-1994.

I forbindelse med forhandlingerne om det friere valg havde man naturligt nok drøftet spørgsmålet om, hvorledes amterne skulle kompenseres for eventuel mere- eller mindreaktivitet, hvis patienter krydsede amtsgrænser for at blive behandlet. Holdningen var her, at man blot skulle fortsætte med de siden 1970-erne benyttede sengedagstakster, der på fritvalgsområdet af amterne bevidst sattes så lavt, at der ikke var økonomisk incitament for amter/sygehuse til at tiltrække patienter i større stil. I et interview til Ugeskrift for Læger i 1992 udtaler Kjeld Møller Pedersen imidlertid, at et friere sygehusvalg kun vil ansøre sygehusene til at markere sig med kvalitet og service, hvis afregnings- og takstsystemet laves om, således at "pengene fremover følger patienten". Til det brug skulle udarbejdes en dansk udgave af det såkaldte DRG system.⁵⁶ Der var dog fortsat både tekniske og politiske barrierer. Som Karsten Vrangbæk udtrykker det, er det "*klart, at i et aftalebaseret system med uigennemskuelig omkostningsstruktur fastholder amterne en magt til at definere incitamenter, ligesom det er vanskeligere fra centralt hold at kontrollere amterne, hvis omkostningsstruktur og effektivitet ikke kan sammenlignes på tværs af feltet.*"⁵⁷

Den internationale 'løsningsstrøm' intensiveres endvidere mærkbart i 1992: I Sverige indfører det store Stockholms Län (1,7 mio indbyggere) fra januar 1992 100% DRG-finansiering med belønning for meraktivitet på 125% af DRG-værdien. Dette vækker stor opsigt. Af europæiske lande havde kun Portugal på dette tidspunkt indført DRG-finansiering (i 1990), men nu går selve den "skandinaviske models" foregangsland altså i denne nye retning!

I forbindelse med Folketingets behandling af et forslag til lov om Rigshospitalet udtaler Sundhedsudvalgets formand Jan Kørpe Christensen (Fremskridtspartiet) sig i december 1992 uhyre kritisk om hospitalets "utallige budgetoverskridelser" og "fantastiske regnskabsmæssige rod" og konkluderer om den påtænkte tilførsel af ekstra midler: "*Moralen er altså, at jo dårligere økonomien forvaltes, jo mere belønnes man.*"⁵⁸ Loven blev dog vedtaget og Rigshospitalet fik en ekstra milliard over 4 år mod at gennemføre en række besparelser og andre tiltag som beskrevet i Rigshospitalets handlingsplan for 1993-1996, herunder en gradvis overgang til forløbstakster - altså noget, der minder om DRG-takster - for udenamtspatienter.

⁵⁵ Enthoven (1985)

⁵⁶ Vrangbæk (1999)

⁵⁷ Vrangbæk (1999)

⁵⁸ Betænkning afgivet af Sundhedsudvalget den 14. december 1992 til lovforslag nr. L 113.

Forløbstakster, eventuelt baseret på DRG, var altså på dagsordenen allerede i 1992, men kun hvad angår Rigshospitalets takster kunne der opnås flertal for at eksperimentere med forløbstakster og disse var ikke baseret på DRG. I debatten findes i 1992 tilsyneladende ingen omtale af DRG til produktivitetmåling.

I januar 1993 falder regeringen Schlüter, hvorefter Poul Nyrup Rasmussen danner regering. Den parlamentariske situation var uændret - Det Radikale Venstre havde blot skiftet side. I Finansministeriet havde man efter sigende en "floskel-transformator" bestående af en flip-over tavle, hvor alle slagordene fra Schlüter-tiden blev omskrevet til mere socialdemokratiske termer. Eksempelvis blev 'fristyrelser' fra den borgerlige regering oversat til 'kontraktstyrelser' under den socialdemokratiske ledede regering.⁵⁹ I det nye ambitiøse moderniseringsprogram "Nyt syn på den offentlige sektor" hedder det, "*at den offentlige sektor ofte har haft berøringsangst i forhold til den private sektor*" og at "*udfordringen bliver at skabe tæt dialog og samarbejde, der nedbryder de gamle barrierer mellem sektorerne og erstatter dem med fælles 'vækstområder', hvor private virksomheders produktudvikling og eksportmuligheder sættes i centrum*".⁶⁰

På sundhedsområdet var én væsentlig ting forandret: Man var villig til at bruge flere penge! Tidl. departementschef Jørgen Varde lægger i "Sundhedspolitiske ministererindringer"⁶¹ vægt på at understrege, "*at det i Torben Lunds ministertid*⁶² *var nemmere for Sundhedsministeriet at få bevilget penge i Finansministeriet*". I foråret 1993 blev der på regeringens initiativ indgået en aftale med amterne om, at ventetiden for alle operationer inden udgangen af 1995 skulle nedsættes til højst tre måneder. For at opfylde denne aftale blev der i perioden 1993-1995 afsat godt 1 mia. kroner ekstra til sygehusene. Pengene blev givet som "*generelle tilskud, idet der stadig var en forventning om, at sygehuskommunerne kunne og ville levere den aftalte ydelse*".⁶³ Der var altså i første omgang intet element af aktivitetsbaseret finansiering i de såkaldte ventelistepuljer, men der blev med aftalen i 1993 skabt præcedens for at tilføre sundhedsområdet midler øremærket til nedbringelse af ventelister.

⁵⁹ Ejersbo & Greve (2005), p. 219

⁶⁰ Finansministeriet (1993), p.4-6.

⁶¹ Sundhedspolitiske ministererindringer

⁶² 25/1 1993 - 27/9 1994

⁶³ Sundhedspolitiske ministererindringer (2006)

I tilslutning til aftalen nedsættes Sundhedsministeriets udvalg vedrørende sygehusvæsenets økonomi (SØK-udvalget).

Udvalgets kommissorium er 1) at beskrive den hidtidige udvikling i sygehusvæsenets ydelser, ressourceforbrug og styringsredskaber samt analysere de vigtigste faktorer, der påvirker udviklingen, herunder de foreliggende planer om nedbringelse af ventetider og forøgelse af den hjertekirurgiske aktivitet samt 2) at overveje ændringer indenfor rammerne af et fortsat offentligt styret og finansieret sygehusvæsen. Formand for udvalget er departementschef Jørgen Varder. Deltagere er: Amtsrådsforeningen (direktør og afdelingschef), Økonomiministeriet (kontorchef), Københavns Kommune (direktør), Finansministeriet (afdelingschef), Sundhedsstyrelsen, Sundhedsministeriet (afdelingschef), Nordjyllands Amt (amtssundhedsdirektør), Frederiksberg Kommune (hospitalsdirektør) og Indenrigsministeriet (kontorchef).

I december 1993 fremsætter Venstre et beslutningsforslag om nedbringelse af ventetid for hjertepatienter. Forslaget indebærer etablering af en 'pengene følger patienten ordning'. Sundhedsminister Torben Lund afviser forslaget med kommentarer om, at pengene allerede følger patienterne, omend til amtet.⁶⁴

Sammenfattende er der i perioden 1992-1994 visse tilløb til at tænke i mellemamtslige forløbstakster. Endvidere en del internationale liberaliseringsimpulser fra blandt andet Sverige og Storbritannien og i 1993 tillige en nytiltrådt regering, der er villig til at afsætte centrale puljer øremærket til at nedbringe ventetiderne. Ingen af de nævnte omstændigheder synes i sig selv at bidrage til en forståelse af, hvorfor DRG til produktivetsmåling nu slår an som noget, departementet gerne bruger ressourcer på. Problematikken vedrørende uigennemsigtige omkostningsstrukturer - som DRG i første omgang ses som 'løsningen' på - er reel nok, men det var den også i 1984, hvor Produktivitetsudvalget afgav rapport. Vi kan med andre ord ikke tvangfrit få øje på nye entiteter eller ændrede interesser, der skulle give et aktør-netværk omkring indførelse af DRG en væsentlig anden konfiguration end i 1980-erne. Måske kan man sige, at indførelsen af DRG-finansiering i Stockholms Län er en ny aktant. Måske er der sket en ændring af landspolitikernes selvforståelse i kølvandet på det friere valg og de dermed 'opblødte' amtsgrænser, således at man i højere grad er positiv overfor (afdæmpede) centrale initiativer på sygehusområdet. Måske er det blot et spørgsmål om timing: Lotz-rapportens

⁶⁴ Vrangbæk 1999 p.88

anbefaling drukner i regeringsrokade og 'bløder-skandale', medens SØK-udvalgets rapport kommer i en rolig fase, hvor regeringen afventer effekten på ventetiderne af fritvalgsordning og ventelistepuljer og måske netop ser sig om efter endnu et brugbart redskab.

4.2.3. Interessement 1994-1996.

I april 1994 udkommer SØK-udvalgets rapport, hvori det blandt andet bemærkes, at rammestyningen ikke i sig selv sikrer effektiviteten og produktionsniveauet. Budgetrestriktionen kan føre til uoverensstemmelse mellem udbuddet og befolkningens ønsker og ventetiden til visse operationer er et eksempel herpå. Det anbefales blandt andet, at rammestyningen udbygges med mål for produktion, kvalitet og service. Endvidere anbefales forsøg med præstationsbetaling på afgrænsede områder. I den forbindelse anbefaler udvalget desuden, at der udvikles et DRG/case-mix system baseret på danske forhold.⁶⁵ Anbefalingen sker angiveligt på Jørgen Lotz' foranledning⁶⁶ og medfører, at to embedsmænd i Sundhedsministeriet - afdelingschef Karin Kristensen (der i 1991 havde afløst Jørgen Lotz som afdelingschef i Sundhedsministeriet og dermed også pro forma overtaget 'DRG-ideen') og kontorchef Poul Erik Hansen - går i gang med at undersøge mulighederne.

"Fra det punkt begynder udviklingen så at tage fart, for der begynder vi at kigge rundt og sige: hvad er casemixsystemer og hvilke nogen findes der? Og så cirklede vi os hurtigt ind til, at drg er sådan set det, der er trendsættende ... Så var det der, hvor min daværende chef Karin Kristensen tog bolden op sammen med mig og så lavede vi produktivitetmålingerne og de rapporter, der stadigvæk bliver citeret mange gange."⁶⁷

I mellemtiden var ventetidsproblematikken begyndt at fylde mere og mere på den politiske dagsorden, blandt andet fordi det havde vist sig, at ventetiderne ikke var faldet trods et betydeligt antal ekstra operationer i 1993. I maj 1994 udtaler Sundhedsminister Torben Lund til Politiken, at regeringen er villig til at give amterne flere penge for at nedbringe ventetiderne, men at der først skal laves en undersøgelse af den reelle ventetid til forskellige operationstyper.⁶⁸ I november 1994 fremsætter den nye sundhedsminister Yvonne Herløv

⁶⁵ Sundhedsministeriet (1994), p. 202

⁶⁶ Interview med kontorchef Poul Erik Hansen

⁶⁷ Interview med kontorchef Poul Erik Hansen

⁶⁸ Vrangbæk (1999), p. 165

Andersen (CD) et forslag til "lov om ændring af lov om sygehusvæsenet", der indebærer en forsøgsordning med ventetidsgaranti for knæleds- og diskusprolapsoperationer, hvor betaling obligatorisk skal følge patienten til sygehuset og taksten fastsættes centralt som en gennemsnitstakst. Forslaget vedtages med støtte fra V og K.⁶⁹ I april 1995 bemærkes det dog i Finansministeriets budgetredegørelse for 1995, at ventetiderne til sygehusbehandling fortsat udvikler sig 'aldeles uacceptabelt'⁷⁰

I august 1995 udkom så den første casemixrapport.⁷¹ Ved hjælp af tal fra Nordjyllands Amt og den amerikanske HCFA-8 klassifikation havde man udregnet de forskellige sygehuses produktivitet. Arbejdet blev gennemført i samarbejde med repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen, Finansministeriet og interesserede amter. Nordjyllands Amt var repræsenteret ved den daværende Amtssundhedsdirektør, Per Okkels.

*"Vi lavede rapporten i ministeriet på det tidspunkt. Lægerne var repræsenteret ved to læger fra Sundhedsstyrelsen og én fra H:S, men ingen fra Nordjyllands Amt. Amtets læger var således ikke så meget med, men de vidste jo, at arbejdet foregik, fordi vi havde jo fået accept af amtet - om at det skulle gennemføres."*⁷²

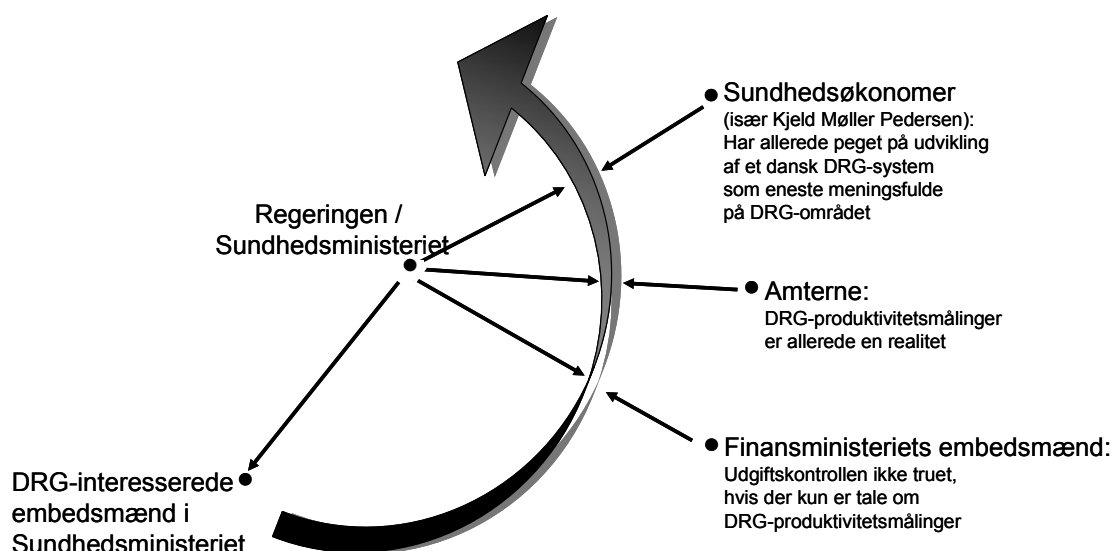
Med sine letfattede tal og den klare tendens i rapporten til, at små sygehuse havde bedre produktivitetstal end store sygehuse, var allerede denne første rapport et kraftfuldt *interressement device* (Figur 5):

⁶⁹ Vrangbæk (1999), p. 89

⁷⁰ Vrangbæk (1999), p. 166

⁷¹ Sundhedsministeriet (1995)

⁷² Interview med kontorchef Poul Erik Hansen



Figur 5. Interessement: Udvikling af et dansk DRG-system til produktivitetmåling 1997.

*"Det gode, der skete i Nordjylland på det tidspunkt, det var, at da rapporten blev afrapporteret, så blev der afholdt et fællesmøde for klinikere, administratorer - og politikere tror jeg i øvrigt også - som fik resultatet af rapporten her. Og det ... der skete på det der møde, det var, at den der synergi, som jeg gerne vil have mellem de forskellige aktører, den blev synlig. Og i stedet for at stå og råbe ad os, så begyndte de at diskutere sygehusenes output og hvorfor var det nu sådan? ... De resultater, som vi nu var kommet frem med via produktivitetmålinger, kunne de genkende dem fra deres hverdag? Og det kunne de! Og i løbet af den første time, så var de begyndt at diskutere substans i forhold til, hvad kunne de så ændre i forhold til de uproduktive sygehuse - hvad kunne man lære af dette her? De blev ikke positive overfor DRG-systemet ... det blev en positiv proces ... og det gjorde så jo, at Karin og jeg kunne rejse hjem i en eller anden forvisning om, at det her det var altså noget, der kunne bruges."*⁷³

Og selv om amterne og Amtsrådsforeningen på daværende tidspunkt overvejende var negative overfor DRG og produktivitetmålinger, gjaldt det ikke alle amter. Således skriver direktør Kjeld Kjeldsen, Ringkøbing Amtskommune om rapporten, at

"... der er brug for et mere nuanceret mål for produktion end de traditionelle mål i udskrivelser, sengedage og antal operationer. Samtidig er der behov for en mere præcis

kobling mellem produktion og omkostninger. Behovet eksisterer i Danmark og alle andre steder, hvor der drives sygehusvæsen. ... Sidst i 80'erne var der i Danmark tilløb til at starte på udvikling af et dansk DRG-system. Dengang blev det alene ved tilløbet. Med midtvejsrapporten fra Sundhedsministeriets case-mix udvalg, august 1995, er tilløbet blevet til et første forsøg. Forsøget må hilses velkomment, der er et stort behov for bedre metoder til vurdering af sammenhængen mellem sygehusenes omkostninger og produktion ... Rapporten kan derfor stærkt anbefales som standard baggrundsviden, når der skal tages stilling til sundhedspolitiske problemstillinger. Samtidig må det anbefales, at vi i Danmark denne gang holder fast og kommer videre i udviklingsarbejdet, og får løst de metodeproblemer midtvejsrapporten konkretiserer."⁷⁴

Alt i alt en acceptabel modtagelse af beregninger baseret på en fremgangsmåde, Kjeld Møller Pedersen i 1987 fandt det 'næsten absurd' at overveje. Det *obligatoriske passagepunkt* - udviklingen af et dansk DRG-system med danske omkostningsvægte - var ved at blive stabiliseret som det, der kunne opnå både fagøkonomernes og lægernes accept.

Den landsdækkende rapport udkommer i december 1996 og vækker betydelig opsigt. Hovedstadens Sygehusfællesskab henvender sig prompte til departementet for at få nedsat et takstudvalg.⁷⁵ Også i Roskilde Amt er man pikerede over, at amtets sygehuse udkommer med dårlige produktivitetstal og går straks i gang med at belyse årsagerne.⁷⁶ Som Poul Erik Hansen udtrykker det:

"Det blev modtaget nogle steder enormt positivt - og andre steder skulle vi gå rundt med skudsikker vest!"

Rapporten rammer den landspolitiske scene på et tidspunkt, hvor ventetidsproblematikken er spidset yderligere til.

Det myldrer ultimo 1995 og i 1996 med politiske forslag om 'pengene følger patienten' - ordninger samtidig med, at der efterlyses metoder, som gør det muligt at sammenligne

⁷³ Interview med kontorchef Poul Erik Hansen

⁷⁴ Kjeldsen (1995)

⁷⁵ Man må gå ud fra, at henvendelsen skyldes Rigshospitalets dårlige produktivitetstal, men ingen af de af undertegnede interviewede personer husker i dag bevæggrunden.

⁷⁶ Interview med embedsmand i Region Sjælland

effektivitet på tværs af amter.⁷⁷ Rapporten udkommer derudover i slutningen af et rædselsår for Rigshospitalet, der efter massive budgetoverskridelser i foråret 1996 har måttet afskedige 10% af medarbejderstaben, den såkaldte 'juni-massakre'.

At DRG til produktivitetmåling 'slog an' i departementet i 1994 indebærer i virkeligheden blot, at et par embedsmænd i et par år arbejdede med emnet. Dette arbejde kunne fortsættes eller opgives uden større politisk eller mediemæssig bevågenhed. Havde situationen været en anden, kunne lands- og amtspolitikere i 1996 med sindsro have negligeret departementets produktivitetmålinger, der jo kritiseredes af alle fagfolk - både økonomer og læger. Der var blot tale om endnu en stribe tal, man kunne vælge enten at tage afstand fra eller at bruge som politisk skyts. Som det imidlertid fremgår af afsnittet om indførelse af forløbstakster baseret på DRG, var der i 1996 sket en betydelig polarisering internt i Socialdemokratiet, hvor de amtspolitiske kræfter i tiltagende grad stod isoleret, blandt andet i deres modstand imod forløbstakster. Den landsdækkende casemixrapport udkom ca. en måned før Sygehuskommissionens klare anbefaling af forløbstakster (januar 1997) og departementets spæde forsøg på at interessere en bredere kreds for DRG var ikke blot succesfuld, men fulgtes af en kraftig effekt den anden vej, hvor DRG-projektet blev led i en omfattende politisk netværksdannelse, der havde til formål at styrke den centrale kontrol med sygehusvæsenets drift, om nødvendigt via en nedlæggelse af amterne. Med denne **co-optation** styrkedes og stabiliseredes DRG-projektet i afgørende grad.

4.2.4. Enrolment 1997.

"... og så tog vi først fat i klinikerne og sagde: OK, hvis det virkelig er galt, at vi har brugt den HCFA-nøgle, så hjælp os med at lave en dansk grupperingslogik! Samtidig så bad vi så DSI om at gå i gang med at lave danske omkostningsvægte. Og så havde vi fat i Dansk Ortopædisk Selskab og nefrologerne, og de var så med i et pilotprojekt for at prøve at finde ud af, om vi kunne ... lave en dansk grupperingsnøgle og en dansk grupperingslogik."⁷⁸

Arbejdet med at udvikle et dansk DRG-system går nu i gang. I foråret 1997 påbegyndtes en klinisk validering af det nordiske NordDRG og i 2002 er man klar med et rent dansk system, DkDRG. På det tidspunkt er mellemamtslig afregning og budgettering allerede koblet til

⁷⁷ Vrangbæk (1999), p.176

DRG-systemet. Vi står dermed med et analytisk problem, for kunne udviklingen af et dansk DRG-system have fået tilført de nødvendige (betydelige) ressourcer uden en landspolitisk interesse for anvendelse til afregning og budgettering? Ville det have været interessant nok at støtte udviklingen af et dansk DRG-system udelukkende med henblik på at kunne foretage produktivitetmålinger? Dette spørgsmål kan ikke besvares. Sandsynligvis ville man pro forma have støttet udviklingsprojektet, som så kunne have bevæget sig fremad i sneglefart a la EPJ og Den Danske Kvalitetsmodel. Et andet analytisk problem er, hvilken grad af enrolment DRG til produktivitetmåling egentlig ville kræve af de forskellige aktører. Som ovenfor nævnt ville man have brugt for enrolment af repræsentanter for de forskellige lægelige specialer, men ændring af almindelige lægers kodningspraksis ville næppe være påkrævet, da der jo i forvejen var krav om kodning og indberetning til Landspatientregistret. Fagøkonomerne havde allerede forhåndsgodkendt fremgangsmåden. I Finansministeriet kunne man være ligeglade, da der ikke var penge (af betydning) involveret. Amter og sygehuse kunne tvinges ind i projektet, men ville formentlig hurtigt finde ud af, hvordan man skulle 'tage sig godt ud' i de nye produktivitetmålinger og hvordan man om nødvendigt kunne bortforklare dårlige tal.

4.2.5. Delkonklusion.

I 1994 kom DRG til produktivitetmåling atter på dagsordenen og igen skete det via en embedsmandsrapport på initiativ af afdelingschef Jørgen Lotz. Denne gang blev der prompte fulgt op på anbefalingen ved, at der under Sundhedsministeriet blev nedsat en arbejdsgruppe, der skulle se nærmere på mulighederne for at forbedre metoderne til produktivitetmåling. Arbejdsgruppen besluttede sig i første omgang for at forsøge at anvende det amerikanske DRG-system til produktivitetmålinger først i Nordjylland og siden i hele landet. Målingerne blev udsat for stærk kritik fra fagfolk, primært på grund af anvendelsen af amerikansk grupperingslogik og amerikanske omkostningsvægte. Alligevel indgik måleresultaterne med betydelig vægt i tidens sundhedspolitiske debat, hvor der netop i 1996 var opstået et betydeligt modsætningsforhold mellem lands- og amtspolitikere - blandt andet vedrørende spørgsmålet om forløbstakster til mellemamtslig afregning. Store politiske netværksdannelser omkring 'løsninger' på 'problemet' med den påståede amtslige ineffektivitet begynder nu at dukke op og flere inkorporerer DRG-projektet, som dermed i afgørende grad styrkes og stabiliseres.

⁷⁸ Interview med Poul Erik Hansen

4.3. Indførelse af forløbstakster baseret på DRG.

4.3.1. Den danske kontekst i relation til forløbstakster.

Takster i det danske sygehusvæsen er ingen nyskabelse. Allerede umiddelbart efter kommunalreformen i 1970 foregik der en vis mellemamtslig afregning med sengedagtakster,⁷⁹ og i kølvandet på lov om offentlig sygesikring i 1973 indførte det af Undervisningsministeriet drevne Rigshospital, der hidtil havde været "åbent for alle fra by og på land",⁸⁰ i 1975 en benyttelsesafgift, der var fastsat i forhold til forbruget i tidligere år. Den 1. januar 1981 trådte en ny betalingsordning for behandling på statslige sygehuse i kraft. Betalingen var baseret på det løbende forbrug og blev afregnet som en sengedagtakst.⁸¹ I princippet kan man sige, at Rigshospitalet allerede på dette tidspunkt havde takststyring og de incitamenter, der lå i det. Omkring år 1990 fastsattes Rigshospitalets takster ved, at Rigshospitalets økonomiafdeling ud fra en - for udenforstående uigennemskuelig - fordelingsnøgle udarbejdede et forslag til takster, som derefter forhandlede 'snævert' mellem Rigshospitalet og repræsentanter for de østdanske amter. Af hensyn til budgetsikkerheden skulle hvert amt betale et abonnement, og betalingen blev så efterreguleret på grundlag af det faktiske forbrug. Ministeriet udgav i 1992 en omfattende plan for Rigshospitalets fremtidige aftale-, kautions- og takstsystem (indeholdende "et babeltårnsagtigt efterreguleringssystem udtænkt af Lotz"⁸²), som dog aldrig gennemførtes pga. aftalen ultimo 1992, hvor Rigshospitalet fik bevilget en ekstra milliard over 4 år mod at gennemføre en række tiltag, herunder en gradvis overgang til forløbstakster for udenamtspatienter. Muligvis har der her været inspiration fra erhvervsskoleområdet, hvor man i 1991 var gået over til taxameterfinansiering med forløbstakster. Midt i aftaleperioden kom imidlertid den politiske aftale om dannelse af Hovedstadens Sygehusfællesskab med virkning fra 1/1 1995. Og i 1996 måtte Rigshospitalet på grund af et stort budgetunderskud gennemføre den berøgtede Plan for Økonomisk Tilpasning (PØT) med stillingsreduktion svarende til 10% af staben samt endnu en reorganisering. Under disse efterhånden kaotiske forhold opgav Rigshospitalet forløbstaksterne, som ellers havde udgjort 8% af omsætningen i 1996 svarende til ca. 100 mio kr. Rigshospitalets forløbstakster synes ikke at have spillet nogen åbenbar landspolitisk rolle,

⁷⁹ Pedersen et al. (2006), p. 37

⁸⁰ Lov 43 af 13.3 1903

⁸¹ Cirkulære af 22. december 1980 om amtskommunernes betaling for benyttelse af statslige sygehuse.

⁸² E-mail korrespondance med tidligere embedsmand i Sundhedsministeriet

men man må i departementet (som Rigshospitalet indtil 1995 hørte under) trods alt have gjort sig nogle tanker om den nye afregningsform.

4.3.2. Problematization 1992-1994.

Vedrørende perioden 1992-1994 henvises til beskrivelsen i tidligere afsnit. Som nævnt domineres den sundhedspolitiske dagsorden i tiltagende grad af ventetidsproblematikken. Den store politiske netværksdannelse omkring det friere sygehusvalg holdes i perioden relativt stabil blandt andet i kraft af talrige politiske diskussioner om hensigterne med - og realiteterne omkring - ordningen. Gennemgående anskues det som et problem, at valget i realiteten kun i begrænset omfang er frit og at det implicite ønske om 'konkurrence' ikke opfyldes, blandt andet på grund af lave mellemamtslige afregningstakster. Forløbstakster er en af flere foreslåede løsninger, formentlig med inspiration fra undervisningsområdet, hvor blandt andet erhvervsskolerne i 1991 var overgået til taxameterfinansiering. Et nyt netværk bestående overvejende af borgerlige politikere samt visse økonomer og økonomisk uddannede embedsmænd synes således i 1992 at dannes omkring indførelsen af mellemamtslige forløbstakster som obligatorisk passagepunkt. Et politisk flertal ønsker dog til at begynde med at afvente effekten af den indførte fritvalgsordning uden yderligere justeringer.

4.3.3. Interessement 1995-1997.

I Finansministeriets egen budgetredegørelse for 1995 (april 1995) bemærkes det, at ventetiderne til sygehusbehandling fortsat udvikler sig "*aldeles uacceptabelt*"⁸³ Ved finanslovsforhandlingerne oktober 1995 fremsættes atter forslag om forløbstakster, denne gang af Anne Birgitte Lundholt (KF). På baggrund af forhandlingerne nedsættes Sygehuskommissionen, som får til opgave at se nærmere på struktur og styring på sygehusområdet. Den første casemix-rapport var på dette tidspunkt udkommet og Rigshospitalet arbejdede allerede med forløbstakster. I april 1996 kommer så et socialdemokratisk udspil vedrørende forløbstakster for fritvalgspatienter (forfattet af Lone Møller og Torben Lund og støttet af hovedbestyrelsen), hvilket skaber turbulens internt i partiet forstærket af statsministerens samtidige udtalelser om, at sygehusvæsenet måske skal tages fra amterne, hvis ikke de bliver mere effektive. Amtsrådsforeningen raser. Kontorchef i

⁸³ Vrangbæk (1999), p. 166

Amtsrådsforeningen Ida Sofie Jensen udtaler 25. april til Politiken: "*Prisen blev jo i sin tid sat lavt ud fra en tanke om, at økonomien ikke måtte styre sygehusenes tilgang til patienterne. Den tanke vender det socialdemokratiske udspil helt på hovedet, så nu skal økonomien spille en hovedrolle ... Vi har da hørt historier om sygehuse, hvor barselskvinder - når de kommer fra eget amt - bliver sendt hjem efter to dage, mens de, som kommer udefra, kan få lov at ligge i fem dage. Økonomien risikerer at skævvride behandlingen.*"⁸⁴ At det givne eksempel netop understreger behovet for forløbstakster, er så en anden sag. Freden genoprettes på landskongressen i september, hvor status quo bliver socialdemokratisk politik efter betydeligt pres fra de amtspolitiske kræfter i partiet.⁸⁵

Op til finanslovsforhandlingerne i efteråret 1996 melder Venstre og Det Konservative Folkeparti sig med yderligere forslag om at styrke 'frit sygehusvalg' ved at inddrage betalingshospitalet som del af en 3 måneders garanti. De offentlige hospitaler skal presses ved en omlægning af finansieringssystemet til en mere resultatbaseret aflønning og Sundhedsstyrelsen skal i den forbindelse udvikle et nyt takstsystem baseret på de faktiske omkostninger ved behandling.⁸⁶

I december 1996 udkommer som ovenfor beskrevet Sundhedsministeriets landsdækkende produktivitetmåling og også i denne sammenhæng bliver rapporten et vigtigt *interessement device*, idet den på et strategisk vigtigt tidspunkt minder politikere og embedsmænd om DRG-systemets mange potentielle anvendelser.

I begyndelsen af 1997 udkommer Sygehuskommissionens rapport, hvori man faktisk direkte anbefaler mellemamtslige forløbstakster, som dog endnu ikke kan baseres på DRG:

"Kommissionen finder, at takster på basisniveau bør udformes som forløbs- i stedet for sengedagstakster, differentieret efter diagnoser og fastlagt på et niveau, der bedst muligt svarer til de anslåede gennemsnitlige behandlingsomkostninger, men uden dækning for de faste kapitalomkostninger. Taksterne for specialbehandling bør ligeledes omlægges til forløbstakster, men da disse funktioner er planlagt med en kapacitet, der nødvendigvis også dækker andre amter, bør disse takster, som det også er tilfældet i dag, tillige give dækning for de faste omkostninger ...

⁸⁴ Vrangbæk (1999), pp. 133-134

⁸⁵ Vrangbæk (1999), pp. 134-135

⁸⁶ Vrangbæk (1999), p. 91

Det understreges, at betydelige vanskeligheder skal overvindes, før et generelt system for diagnoserelaterede forløbstakster er udviklet, og det kan derfor for indeværende ikke anbefales at lade bevillingerne til de enkelte sygehuse beregne på dette grundlag."

Hvad aktivitetsbaseret finansiering angår, kan kommissionen ikke anbefale en generel finansieringsreform og indskrænker sig til at nævne, at der kan "være god grund til at gennemføre forsøg" med diverse ordninger, "f.eks. ved at gøre en nærmere afgrænset del af budgettet aktivitetsafhængig".

Anbefalingen af forløbstakster får ingen politisk konsekvens det første halve års tid, formentlig fordi det danske DRG-system endnu ikke er udviklet. Anbefalingen er dog på den anden side så klar, at den næppe kan være i modstrid med regeringens holdning. Det trækker op til endnu en konfrontation med amterne. På Venstres landsmøde september 1997 lover Venstres formand Uffe Ellemann-Jensen yderligere, at Venstre vil arbejde for at udvide det frie sygehusvalg til også at omfatte privathospitaler. Det får formand for Amtsrådsforeningen Kresten Philipsen (V) til at forlade landsmødet med en bemærkning om, at dette var helt urealistisk. "Får borgerne ret til at vælge privathospitaler, vil amterne alligevel være nødt til at investere i de offentlige hospitaler - og samtidig betale tilskud til de borgere, der vælger private sygehuse."⁸⁷

Som opfølgning på kommissionsrapporten og efter borgerligt politisk pres indgås ultimo 1997 en bred politisk 'forståelse' om blandt andet DRG-baserede forløbstakster. Pia Christmas-Møller (K) udtaler i folketingsalen efter finanslovsforhandlingerne 17/12 1997: "Efter endnu en holmgang under dette års forhandlinger lykkedes det at komme igennem med et krav om, at pengene skal følge patienterne på tværs af amtsgrænserne til det behandlende sygehus." For regeringen handler det måske også om op til det forestående valg at udvise handlekraft og troværdighed i forhold til tidligere initiativer (frit valg og casemix-projekt) fremfor udelukkende at fremstå som kasterbold i socialdemokratiske fløjkampe.⁸⁸

⁸⁷ Vrangbæk (1999), p. 135

⁸⁸ Efter folketingsvalget i marts 1998 udstilles 'Auken-fløjens' tiltagende styrke, da Auken-støtten Jacob Buksti bliver politisk ordfører efter i kampvalg at have besejret statsministerens kandidat med stemmerne 31-29.

Det blev således vedtaget at overgå til DRG-baserede forløbstakster på fritvalgsområdet. Blot eksisterede der endnu ikke et DRG-system. Finanslovsforståelsen og DRG-projektet blev hinandens *interessement devices*.

4.3.4. Enrolment 1998-1999.

I ovennævnte finanslovsforståelse for 1998 hed det: "*Den nuværende takst for behandling af fritvalgspatienter lider af den svaghed, at de sygehuse, der har de længste liggetider - og dermed er mindst produktive - får flest penge ... Det danske case-mix system - det såkaldte DRG-system - ventes senest i løbet af 1999 at kunne danne grundlag for fastsættelse af differentierede takster på basisniveau til erstatning for sengedagstaksten.... Med henblik på at mindske de mulige barrierer for det frie sygehusvalg og indbygge økonomiske incitamentter til effektivisering i taksterne fastsættes landsdækkende DRG-takster for fritvalgspatienter, som træder i kraft i 2000.*"

I netværksdannelsen omkring mellemamtslige forløbstakster var det til at begynde med forløbstakster *per se*, og ikke DRG-systemet, der var det obligatoriske passagepunkt. Endnu skelnedes der mellem DRG og finansiering, og DRG-systemet var blot endnu en entitet, der skulle udsættes for interessement og enrolment. Med finanslovsforståelsen lægges der imidlertid op til, at DRG-systemet rykker ind i centrum af netværket, hvis det altså går passende fremad med *mobilization* i en anden translationsproces: udviklingen af et legitimt dansk DRG-system. Afrapportering af DRG-arbejdets forløb skal ifølge finanslovsforståelsen finde sted i anden halvdel af 1998. Den er åbenbart tilfredsstillende, for i forbindelse med den - af andre årsager - famøse finanslovsaftale for 1999 bekræftes forståelsen af, at man ønsker at overgå til 'virkelighedsnære' takster, blot DRG-arbejdet baseret på danske tal færdiggøres. Endvidere aftales det, at der senest med udgangen af 1999 skal være indført en generel behandlingsgaranti for en række livstruende sygdomme, hvilket indebærer, at der højst må gå en uge fra den praktiserende læges henvisning og til amtet bekræfter, at det kan opfylde garantien. Hvis hverken amtet eller Sundhedsstyrelsen kan finde et "rettidigt" behandlingstilbud, får patienten ret til et tilskud på 100% af DRG taksten, hvis vedkommende selv ønsker at finde behandling på privat sygehus eller i udlandet. Endelig aftales det, at der med virkning fra år 2000 for alle typer patienter indføres økonomiske incitamentter i form af en ordning, hvor sygehuse modtager 90% af et samlet beløb udregnet på baggrund af deres aktivitetsmål, hvortil kommer 10% af DRG værdien pr. behandlet patient. Også

aktivitetsbaseret finansiering er dermed nu - på papiret - en realitet og dermed er man nået til *enrolment* i en tredje netværksdannelse, hvis mål er andet og langt mere end blot en regulering af mellemamtslige transaktioner.

4.3.5. Delkonklusion.

Indførelse af forløbstakster på fritvalgsområdet kan siges i sig selv at være et lidet revolutionerende tiltag, der på mange måder var en logisk konsekvens af den tidligere beslutning om 'friere sygehusvalg'. Netværket, der havde forløbstakster som obligatorisk passagepunkt, var nogenlunde det samme og den største udfordring i forhandlingsprocessen var fortsat at overvinde amternes modstand. I dette tilfælde var der dog i processen utilslørede trusler om ophævelse af den amtslige autonomi og beslutningen blev i sidste ende truffet uden støtte fra amterne. Landspolitisk var beslutningens symbolværdi således betydelig. DRG kobles på et relativt sent tidspunkt til processen, da rapporterne om DRG-produktivitetmåling udkommer. Set fra DRG-enhedens synspunkt er det afgørende ikke så meget, at DRG og finansiering for første gang sammenkobles, men at DRG-systemet bindes til et formodet permanent mellemamtsligt afregningssystem (hvad skulle man ellers bruge?) og at netværket omkring udviklingen af det danske DRG-system dermed stabiliseres og passerer 'the point of no return'.

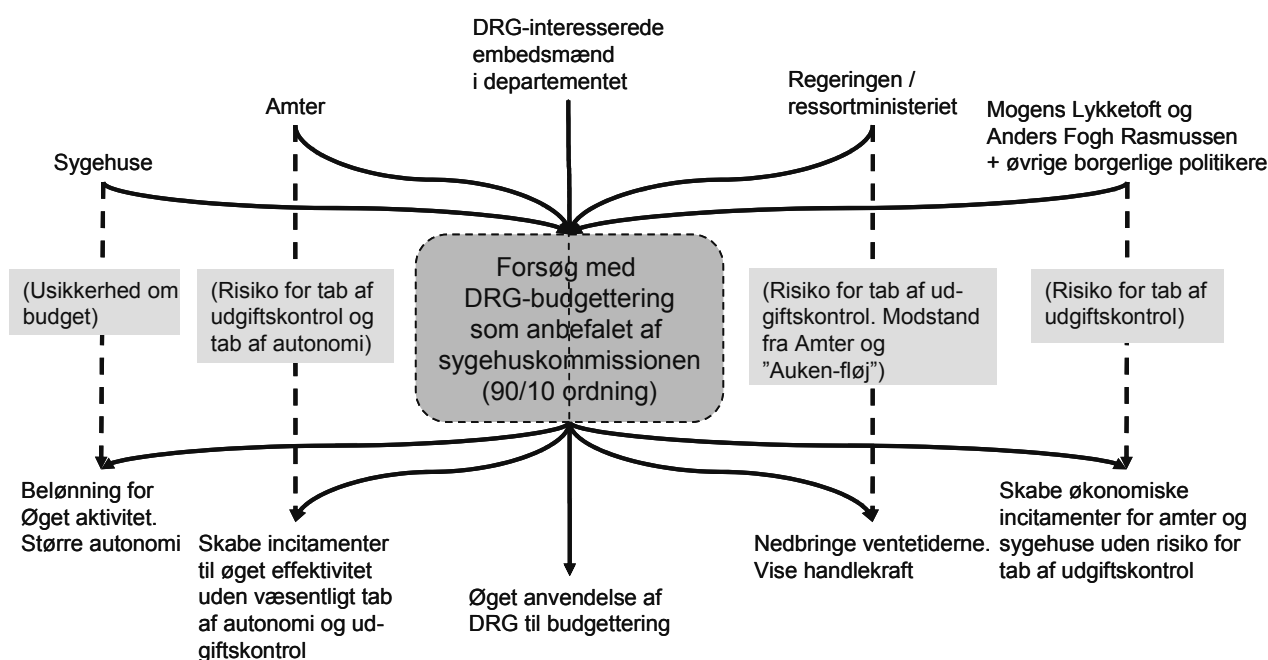
4.4. Indførelse af DRG til budgettering.

4.4.1. Problematization 1994-1996.

Som antydnet i indledningen er det mere end vanskeligt at definere 'problemet', som aktivitetsbaseret finansiering er 'løsningen' på. Selv om man tager tågede forestillinger om den offentlige sektors ineffektivitet for pålydende, er der ingen overbevisende teoretiske eller empiriske holdepunkter for, at indførelse af aktivitetsbaseret finansiering i et rammestyrer sygehusvæsen øger effektiviteten, hvordan man så i øvrigt vælger at definere dette begreb. Takststyring var imidlertid allerede i 1980-erne god borgerlig politik, hvilket tydeligst viste sig ved undervisningsminister Bertel Haarders og direktør Berrit Hansens målrettede arbejde 1985-1988 for at ændre økonomistyringen på undervisningsområdet; et arbejde, der blandt

andet førte til erhvervsskolernes overgang til selveje og takststyring med virkning fra 1991.⁸⁹ I Finansministeriet var de yngre medarbejdere også begejstrede for takststyringsmodeller i nærmest enhver sammenhæng, medens de seniøre embedsmænd langt ind i 1990-erne var modstandere af takststyring på sundhedsområdet, hvor efterspørgslen potentielt var næsten ubegrænset.⁹⁰ I Kjeld Møller Pedersens forskningsrapport fra 1987 karakteriseres aktivitetsbaseret finansiering baseret på DRG som en mulighed, der ikke findes realistisk i Danmark. Og selv i dag er der naturligvis overordnede budgetrammer og i det hele taget så mange bånd på indtjeningsmulighederne, at kritikere kan hævde, at vi stadig har rammestyrt, blot med en masse ekstra administrativt arbejde.

Netværket, der dannes omkring den første spæde indførelse af aktivitetsbaseret finansiering, den såkaldte 90/10-ordning, har mange lighedstræk med netværkene omkring 'friere valg' og mellemamtslige forløbstakster. (Figur 6)



Figur 6. Problematization. DRG – budgettering 1998.

Formålet var fortsat at sætte mere gang i den forjættede 'konkurrence' mellem sygehusene og måske - fra departementets side - tillige at promovere DRG-systemet.

⁸⁹ Berrit Hansen sad i 1987 også med i Lotz-udvalget, der som tidligere beskrevet endte med varmt at anbefale indførelsen af DRG til produktivitetmåling

⁹⁰ Interview med tidligere embedsmand i Finansministeriet

I en interviewundersøgelse foretaget i 1994 af DSI og publiceret i "Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen 7/1994" (pp. 308-309) citeres en sygehusledelse og en afdelingsledelse for følgende kommentar: "*Faste rammebudgetter er en hindring for incitament til at tiltrække patienter, da pengene går til amtets kasse, og ikke til afdelingen/sygehuset selv.*"

Og i SØK-rapporten fra 1994 anbefales forsøg med præstationsbetaling på afgrænsede områder. I perioden 1995-1997 indfører en række amter da også ventelisteprojekter og -puljer, altså en slags marginal aktivitetsbaseret finansiering.⁹¹

4.4.2. Interessement 1997-1998.

I Sygehuskommissionens betænkning fra januar 1997 anbefales rammestyringen suppleret med begrænsede lokale eksperimenter, hvor dele af budgettet gøres aktivitetsafhængigt. Gemt godt af vejen i kapitel 10 finder man 90/10-ordningen beskrevet som en mulig vej at gå: "... *Forsøg, hvor en del af budgettet gøres aktivitetsafhængigt, f.eks. således at 90 pct. fortsat fordeles som et rammebudget, mens de resterende 10 pct. fordeles efter produktionen.*" Der er dog ikke tale om en klar anbefaling af netop denne ordning.

I marts 1998 tiltræder økonomen Carsten Koch som sundhedsminister med den bundne opgave 'at få vendt udviklingen i forhold til ventelisterne'.⁹² Da han er uden erfaring med sundhedsområdet, er han til at begynde med tøvende,⁹³ men bliver efterhånden moderat tilhænger af at forsøge effektivisering ved hjælp af aktivitetsbaseret finansiering. "*Det var min plan at starte med en tiendedel. Senere skulle der for hvert år lægges yderligere en tiendedel til.*"⁹⁴ Kontorchef Poul Erik Hansen bekræfter, at Carsten Kochs baggrund som økonom kan have spillet en rolle for gennemførelsen af de første politiske aftaler om DRG-finansiering: "*Carsten Koch han forstod det jo godt ... han var i hvert fald ikke modstander af det, så på det tidspunkt er det måske heldigt nok, at det er ham og ikke en af de andre ministre på den tid, fordi så havde vi formentlig aldrig haft noget.*"⁹⁵ Sundhedsministeriets seniore embedsmænd havde beklædt stort set alle formandsposter både i Sygehuskommissionen og i arbejdsgrupperne under kommissionen, hvorfor man i departementet må have haft indgående kendskab til aktivitetsbaseret finansiering, herunder til de svenske erfaringer, som

⁹¹ Pedersen et al. (2006), p.58

⁹² Sundhedspolitiske ministererindringer (2006)

⁹³ E-mail korrespondance med tidligere embedsmand i Finansministeriet

⁹⁴ Sundhedspolitiske ministererindringer (2006)

⁹⁵ Interview med kontorchef Poul Erik Hansen

kommissionen havde sat sig grundigt ind i. Skulle politikerne ytre interesse for aktivitetsbaseret finansiering, ville 90/10-ordningen ligge klar til - formidlet af embedsmænd og betænkning - at indgå i en eventuel netværksdannelse omkring indførelse af aktivitetsbaseret finansiering.

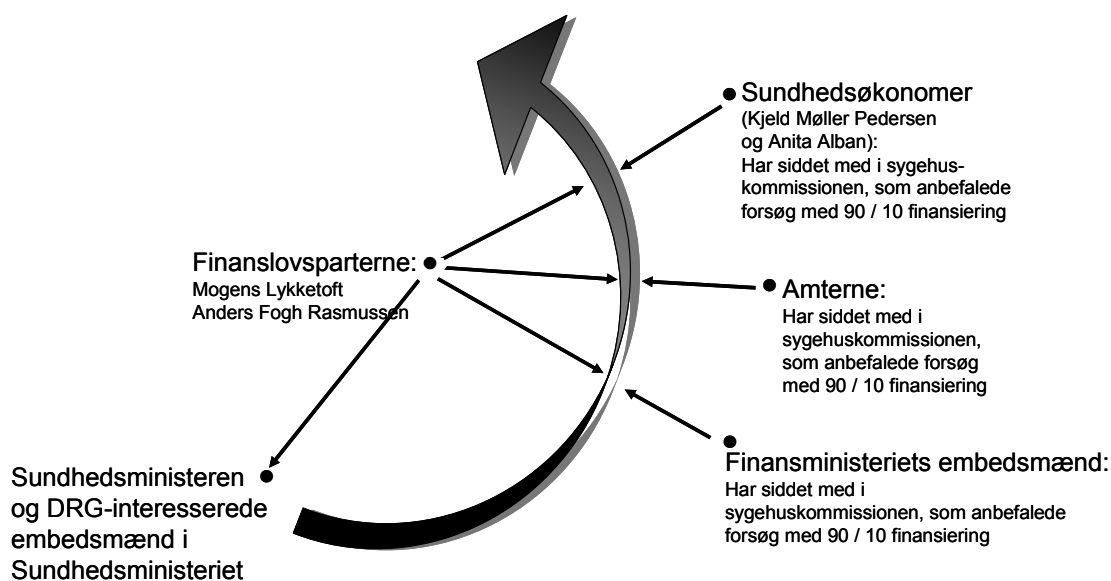
I efteråret 1998 kridtes banen op, da Carsten Koch vover sig ud med et forslag om, at der indledes trepartsdrøftelser mellem personaleorganisationer, amter og regering med henblik på at skabe incitament til at "give den en ekstra skalle". En irriteret formand for Amsrådsforeningen (Kresten Philipsen (V)) udtaler 9/10 1998 til Jyllands-Posten: "*Jeg kan ikke se, at det her rager sundhedsministeren. Han er ikke aftalepartner.*"⁹⁶

4.4.3. Enrolment 1998.

Med finanslovsforståelsen ultimo 1998 var 90-10 ordningen pludselig indført. Om det har været på regeringens eller de borgerlige partiers initiativ er ikke muligt at afgøre. På den ene side var der som ovenfor beskrevet i Sundhedsministeriet og hos Sundhedsministeren en betydelig bevidsthed om muligheden for at indføre netop en 90/10-ordning. På den anden side var Mogens Lykketoft ikke nødvendigvis begejstret for en sådan ordning, og det vides, at Venstre i forbindelse med finanslovsforhandlingerne havde "bestilt" en DRG-baseret beregning i Sundhedsministeriet gående på, hvor mange milliarder, der kunne spares, hvis alle sygehuse var lige så effektive som de mest effektive sygehuse.⁹⁷ Sandsynligt er det, at enten Mogens Lykketoft eller Anders Fogh Rasmussen må have bragt ordningen på bane, da finanslovsforhandlingerne netop i dette år førtes alene mellem disse to 'super-repræsentanter' uden inddragelse af ressortministre for slet ikke at tale om menige folketingsmedlemmer. (Figur 7) Hvem specielt Mogens Lykketoft repræsenterede, blev der umiddelbart herefter sat kraftigt spørgsmålstegn ved, da Socialdemokratiet kastedes ud i et veritabelt mediestormvejr pga. ændringen i den ellers under valgkampen 'garanterede' efterlønsordning. Fra september 1998 til december 1998 faldt Socialdemokratiets vælgertilslutning således fra 30,6% til 21,1%.

⁹⁶ Sygeplejersken (1998)

⁹⁷ Børsen (1998)



Figur 7. Beslutning om 90/10 finansiering i efteråret 1998.

4.4.4. Delvist sammenbrud 1999-2000.

Februar-marts 1999 finder vi sundhedsminister Carsten Koch på fuldt tilbagetog både i den såkaldte beta-interferonsag, hvor han sættes på plads af statsministeren ("En telefonopringning var nok."⁹⁸) og med hensyn til implementeringen af 90-10-ordningen. Af Finansloven for 1999 fremgik ganske vist, at aktivitetsbestemt afregning med DRG-takster skulle indføres som en 90/10-model på sygehusene, dvs. 90% af sygehusenes indtægt skulle være et basisbudget og 10% skulle være aktivitetsbaseret afregning, men efter at en arbejdsgruppe med stærk amtslig repræsentation i januar 1999 var blevet nedsat for at tage stilling til implementeringen, hed det primo marts 1999 pludselig i et notat fra Sundhedsministeriet: "*Arbejdsgruppen foreslår, at der sigtes mod en bred tolkning af ordningen, hvor hovedsigtet er, at alle amter kommer i gang med at anvende delvist aktivitetsafhængige bevillinger i sygehusvæsenet.*" Ifølge Carsten Koch var det ikke blot amterne, der havde været imod afregningsformen; også i Finansministeriet havde der været bekymring for det potentielle tab af udgiftskontrol.⁹⁹ Udvandingen betød, at mange amter reelt ikke behøvede at foretage sig noget, idet de allerede havde små igangværende forsøg med aktivitetsafhængige bevillinger. I Ringkøbing Amt var der eksempelvis i perioden 1997-1999 gennemført et forsøg med såkaldt 'kombinationsfinansiering' (rammebudget 90% og stykpris på 10%) inden for dele af kirurgien.

⁹⁸ Sundhedspolitiske ministererindringer (2006)

⁹⁹ Sundhedspolitiske ministererindringer (2006)

Med hensyn til at basere de beskedne aktivitetsafhængige bevillinger på DRG-systemet (hvilket var helt frivilligt), havde kun fire amter ultimo 1999 "*overvejet at anvende den producerede DRG-værdi som afregningsgrundlag.*"¹⁰⁰

Hen over sommeren 1999 lægger Carsten Koch sig yderligere ud med amterne, idet Sundhedsministeriet på egen hånd udgiver en økonomisk analyse vedrørende funktionsbærende enheder, selv om 'etiketten' krævede forhåndsorientering af Amtsrådsforeningen.¹⁰¹ Den altid lurende fløjkrig havde skabt stærke magtpositioner for visse amtsborgmestre internt i Socialdemokratiet og Carsten Koch måtte et halvt år efter helt forlade regeringen.

Regeringen ønsker herefter tydeligvis at holde en pause med den økonomiske tænkning på sundhedsområdet. Fra 1999 og frem til regeringsskiftet i 2001 kom der ikke nye regeringsinitiativer vedrørende aktivitets-/DRG-baseret finansiering. Sonja Mikkelsen (sundhedsminister 23/2 2000 - 21/12 2000) overtog efter eget udsagn et ministerium, hvor "*der skulle føres politik via holdninger, klagesystemer, love og aftaler, fordi driften lå hos andre, primært i amterne.*"¹⁰² På ét område foregik der dog nu systematisk brug af DRG-takster, idet afregningen med 100% DRG-takster for fritvalgspatienter på tværs af amtsgrænser (vedtaget i 1998) var trådt i kraft pr. 1/1 2000.

Og havde regeringen i 1999 mistet lysten til at reformere sundhedsområdet, forholdt det sig ganske anderledes i partiet Venstre. Ifølge en artikel i Mandag Morgen 3. maj 1999 forberedte Venstre sig - med næstformand Lars Løkke Rasmussen som den drivende kraft - på en 'radikal sygehusreform' med nedlæggelse af amterne og 100% DRG-finansiering som de grundlæggende elementer.¹⁰³

4.4.5. Nyt netværk eller fornyet enrolment fra 2001.

Ved folketingsvalget 20/11 2001 sker der et betydningsfuldt skred i den parlamentariske situation. Hverken i 1982 eller i 1993 havde ændringer i den parlamentariske situation ligget

¹⁰⁰ Engberg (2000)

¹⁰¹ KMP 2005 p. 105

¹⁰² Sundhedspolitiske ministererindringer (2006)

¹⁰³ Mandag Morgen (1999)

til grund for regeringsskiftet, men i 2001 får Venstre, Dansk Folkeparti og Det Konservative Folkeparti et bekvemt parlamentarisk flertal, og der kan dermed for første gang i nyere tid føres borgerlig blokpolitik uden midterpartiernes deltagelse. Venstre og Det Konservative Folkeparti danner efterfølgende regering. I regeringsgrundlaget publiceret 27/11 2001 hedder det blandt andet: "*Regeringen afsætter 1,5 mia. kr. til målrettet at øge behandlingskapaciteten i det danske sundhedsvæsen gennem merarbejde ... Pengene kommer til udbetaling i takt med, at der dokumenteres en reel aktivitetsudvidelse*" og endvidere "*Den 1. juli 2002 får patienterne frit valg (pengene følger patienten), hvis det offentlige sygehusvæsen ikke har kunnet tilbyde undersøgelse og behandling inden for 2 måneder.*"¹⁰⁴

Før der udløses midler fra den statslige aktivitetspulje, skal amterne først dokumentere opfyldelsen af en eksternt beregnet baseline ('produktionsværdi' udtrykt som DRG-værdi i kr.). Sammenlignet med det samlede sygehusbudget udgjorde aktivitetspuljen et procentvis beskedent beløb, men udmøntningen fik ifølge Kjeld Møller Pedersen dybtgående konsekvenser for tænkningen i de amtslige forvaltninger og på sygehusene.¹⁰⁵ De ekstra midler viste sig meget effektfulde - man behøvede end ikke at udbetale den fulde DRG-takst. I 2003 og 2004-2005 blev meraktivitet således afregnet med hhv. 80% og 70% af DRG-taksten.

I 2003 anbefaler Regeringens Rådgivende Udvalg for Sundhedsvæsenet at øge anvendelsen af aktivitetsafhængig afregning, da det bl.a. kan forstærke virkningerne af at give sygehusene større styrings- og ledelsesmæssige frihedsgrader og sikre en større opmærksomhed om omkostningerne ved de forskellige aktiviteter.¹⁰⁶ I overensstemmelse hermed hedder det efterfølgende i "Regeringens supplerende regeringsgrundlag" publiceret 27/8 2003, at "*Regeringen ønsker, at anvendelsen af aktivitetsafhængige bevillinger gradvist forøges de kommende år.*"¹⁰⁷

Fra og med 2004 blev det i den årlige økonomiaftale om amternes økonomi aftalt, at mindst 20% af sygehusenes budget skulle afregnes i form af takster.¹⁰⁸ Strengt taget behøvede det ikke at være DRG-takster, men alle amter valgte at benytte DRG. De tidligere så magtfulde amtspolitikere var helt uden indflydelse på udviklingen og ventede kun på amternes nedlæggelse, hvilket da også vedtoges med VKO-aftalen om strukturreformen juni 2004.

¹⁰⁴ Statsministeriet (2001)

¹⁰⁵ Pedersen et al. (2006), p.31

¹⁰⁶ Indenrigs- og sundhedsministerens Rådgivende Udvalg (2003)

¹⁰⁷ Statsministeriet (2003)

I en publikation fra Indenrigs- og sundhedsministeriet fra 2005 hedder det: "*Resultaterne er klare. Indførelsen af økonomiske incitament og en målrettet belønning af effektive præstationer har bidraget til øget aktivitet og faldende ventetider ... Regeringen vil fortsætte og udbygge indsatsen med at belønne de gode præstationer. Takststyringen af sygehusene skal over en årrække udvides fra 20 pct. til 50 pct. af bevillingerne. Samtidig bliver meraktivitetspuljen med kommunalreformen udvidet til at udgøre ca. 5 pct. af regionernes sundhedsudgifter. Den stigende anvendelse af aktivitetsbaseret finansiering giver forbedrede muligheder for at skærpe produktivitetskravene i sygehusvæsenet.*"¹⁰⁹

I overensstemmelse hermed var der i økonomiaftalen for 2007 mellem regeringen og Danske Regioner 'enighed' om, at den aktivitetsbestemte andel af sygehusenes budgetter i 2007 skulle være 50%.¹¹⁰

4.4.6. Delkonklusion.

Vedtagelsen af 90/10 ordningen i 1998 var overraskende og kan trods Carsten Kochs udsagn næppe ansues som blot et første målrettet skridt mod 20% og 50% ABF. Der er snarere tale om, at 90/10-ordningen - og kun 90/10-ordningen - var acceptabel for Finansministeriet som et blandt mange eksperimenter med at indføre 'incitament' i amterne og på sygehusene. Både i Sygehuskommissionens betænkning og i finanslovsforståelsen får man desuden indtryk af, at 90/10-ordningen mest kommer med som et vedhæng til de DRG-baserede forløbstakster: Når nu man skal have det ene, kan man jo prøve det andet også. Uanset procentsatsen var ordningen utiltrækkende for amterne, hvis autonomi under alle omstændigheder var under pres. På amtslig foranledning udvandedes ordningen således kort efter, og havde den parlamentariske situation været uændret efter 2001, havde man måske slet ikke haft mod på yderligere eksperimenter med DRG-budgettering. Den uventede borgerlige valgsejr ændrede imidlertid situationen. At V, K og O nu tilsammen havde parlamentarisk flertal medførte nærmest pr. automatik både DRG-budgettering og nedlæggelse af amterne, da dette i årevis havde været disse partiers erklærede mål.

¹⁰⁸ Bech et al. (2006)

¹⁰⁹ Indenrigs- og sundhedsministeriet (2005)

¹¹⁰ Finansministeriet (2006)

5. Konklusion og perspektivering

Vi vender nu tilbage til denne opgaves problemformulering:

Hvorledes (af hvem og med hvilke virkemidler) indførtes aktivitetsbaseret finansiering baseret på DRG i det danske sygehusvæsen?

Som tidligere nævnt må man skelne klart mellem DRG-baseret mellemamtslig afregning, ventelistepuljer og budgettering. Mellemamtslig afregning og øremærkede ventelistepuljer skal nu engang udmøntes med en eller anden form for takster og DRG kan i denne sammenhæng hævdes blot at være et bekvemt værktøj - omend et *statsligt* værktøj. Overgangen til DRG-budgettering var derimod et utilsløret indgreb i den amtslige økonomiske autonomi, selv om starten var næsten umærkelig. Ved 'aktivitetsbaseret finansiering baseret på DRG' vil vi i det følgende forstå DRG-budgettering.

Som det er fremgået af analysen, kan man udpege finanslovsforhandlingerne efteråret 1998 som det forum, hvor en relativt forpligtende beslutning om indførelse af 10% DRG-budgettering blev truffet. De vigtigste indgående entiteter var finansminister Mogens Lykketoft og oppositionsleder Anders Fogh Rasmussen, men man har bygget på et betydeligt input fra Sundhedsministeriet, dels via Sygehuskommissionens betænkning fra januar 1997, dels i form af meldinger om, hvor langt arbejdet med at udvikle et brugbart DRG-system var nået. Der deltog ingen repræsentanter for amterne, men der planlagdes efterfølgende aftaler med amterne om den nærmere implementering af ordningen. Det viste sig dog hurtigt, at hverken amterne eller det socialdemokratiske vælgerkorps sluttede op bag den indgåede finanslovsaftale, og implementeringen af 90/10-ordningen blev aldrig effektiv. Man kan hævde, at den virkelige indførelse først skete efter regeringsskiftet i 2001 med den statslige meraktivitetspulje og siden med 20% og 50% DRG-budgettering. Men i så fald var beslutningen vel egentlig vælgernes, for V, K og O havde allerede i 1990-erne udtrykt vilje både til øget aktivitetsbaseret finansiering og til nedlæggelse af amterne.

Man kan anlægge en anden vinkel og hævde, at havde der ikke været et arbejde i gang med at udvikle et dansk DRG-system, havde ingen kunnet 'indføre' aktivitetsbaseret finansiering. Formentlig havde man kunnet konstruere forløbstakster på afgrænsede områder, således som man rent faktisk gjorde det på Rigshospitalet i midten af 1990-erne. Men til universelt brug kunne man næppe have indført mellemamtslige forløbstakster og aktivitetsbaseret finansiering uden et nogenlunde anvendeligt DRG-system. I den forstand kan man hævde, at det var DRG-systemet selv og embedsmændene omkring det, der 'indførte' DRG-finansiering i disse to betydninger. Dette er en oplagt synsvinkel i ANT og specielt hvad angår de mellemamtslige forløbstakster synes den passende, idet DRG-enhedens vigtigste og mest opsigtsvækkende *interressement device*, den landsdækkende casemix-rapport, udkom netop som mellemamtslige forløbstakster fylder meget på den sundhedspolitiske dagsorden. Men derefter er DRG-enhedens embedsmænd ikke længere initiativtagere. Der er ingen dokumentation for, at DRG-enheden, Sundhedsministeriet, Sundhedsministeren eller Finansministeren med specielt stor styrke anbefalede aktivitetsbaseret finansiering. Der er derimod dokumentation for, at Venstres næstformand Lars Løkke Rasmussen i foråret 1999 arbejdede med en idé om 100% DRG-finansiering. Kom 90/10-ordningen på Finansloven på grund af borgerligt pres, var DRG-enheden nu dermed blot en entitet i et større landspolitisk netværk. DRG-systemet ville i den efterfølgende *mobilization*-fase blot skulle leve op til embedsmændenes løfter og blive 'færdigt' til tiden. Og DRG-systemet var færdigt, når det kunne dokumenteres, at der var taget et vist hensyn til lægernes, fagøkonomernes og amternes indvendinger. Det var færdigt, når centraladministrationen definerede, at det var færdigt. For det var kun centraladministrationen, der skulle bruge det. Lægerne havde hele tiden skullet foretage diagnosekodning. Sygehusadministratorer og forvaltninger havde hele tiden skullet indberette til Landspatientregisteret og ville måske nok få lidt ekstraarbejde med at indberette omkostninger, men dette ville være en ren forvaltningsopgave, der ikke involverede det sundhedsfaglige personale. Det er således ikke DRG-systemet, men alene den aktivitetsbaserede finansiering, der i sygehus- og afdelingsledelser har skabt større omkostningsbevidsthed og opmærksomhed omkring korrekt kodning. Overfor betragtningen om DRG-enheden som dagsordensættende entitet står altså en betragtning om, at man landspolitisk ønskede at gøre nogle ting og i den sammenhæng var villig til at tage et DRG-system på et hvilket som helst udviklingsstadium og klaske det sammen med andre centraliserende initiativer i en serie 'reformer', hvis primære formål var at være monumenter over skiftende regeringers handlekraft. For sidstnævnte betragtning taler det faktum, at man eksempelvis i Rumænien i 2000 uden større problemer indførte DRG-finansiering, selv om der

på dette tidspunkt overhovedet ikke eksisterede tilgængelige data på patientniveau. Man lavede analyser og rapporter undervejs, og det gik for så vidt udmærket.¹¹¹

En tredje vinkel kunne være at betragte både DRG og aktivitetsbaseret finansiering som noget, der er bragt til Danmark af en uimodståelig international 'bølge'. Det siger en del om institutionelle betragtningers udbredelse, at informanter uden at blinke kan sige "Vi fik DRG, fordi det havde man alle andre steder!" eller "DRG - det er jo sådan et NPM-redskab!". Det eneste, der efter undertegnedes opfattelse udbreder sig i uimodståelige 'bølger', er deciderede teknologiske og medicinske landvindinger: Jernbanen har omformet det danske samfund. Telegrafene, glødepæren, telefonen, bilen, radio og TV har gjort det samme. Og nu internettet. Men DRG er ingen teknologisk landvinding og aktivitetsbaseret finansiering slet ikke. Naturligvis inspireres man i Danmark af udenlandske reformer og naturligvis er der 'modebølger' på det organisatoriske område, men de er ikke særligt effektfulde, når det handler om kroner og øre. Hvorledes kunne Danmark ellers i 1985-1993 som nærmest det eneste vesteuropæiske land modstå 'DRG-bølgen', der dog i 1992 havde ført til Stockholm Läns indførelse af 100% DRG-finansiering? Svaret er måske, at ideologi i Danmark kun får frit spil, når det ikke koster noget. DRG-finansiering ville svække udgiftskontrollen. Selv DRG til produktivitetsmålning ville kunne sætte tanker i gang, der måske i sidste ende kunne føre til tab af udgiftskontrol.

5.1. Konklusion.

Aktivitetsbaseret finansiering baseret på DRG blev første gang forsøgt indført af nogle få toppolitikere i efteråret 1998. Man støttede sig på input fra Sundhedsministeriet, en embedsmandsrapport fra januar 1997 og tilbagemeldinger om udviklingen af det danske DRG-system. Virkemidlet var Finansloven, men det lykkedes amterne at få modificeret ordningen, så den i praksis var uden effekt. Aktivitetsbaseret finansiering baseret på DRG blev anden gang forsøgt indført af regeringen støttet af Dansk Folkeparti i efteråret 2001. Virkemidlet var i første omgang regeringsgrundlaget, hvor den statslige meraktivitetspulje blev defineret. Siden udkom en række embedsmandsrapporter med klare anbefalinger af DRG-budgettering, først 20% (fra 2004) og siden 50% (fra 2007). Et supplerende

¹¹¹ Burduja & Bilgic (2008)

virkemiddel var nedlæggelsen af amterne, hvilket i princippet fjernede al organiseret modstand imod implementeringen.

5.2. Hvad bidrog teorien med?

Ved at beslutte os for anvendelsen af ANT, besluttede vi os for en ontologi om en verden bestående af aktør-netværk, hvori entiteter og netværk besidder den essentielle egenskab at kunne påvirke hinanden på en sådan måde, at der over tid gennemgås op til fire translationsstadier. Vi besluttede os endvidere for en rationalistisk epistemologi gående ud på, at denne vor a priori viden om verdens beskaffenhed umiddelbart kunne anvendes på inskriptioner og interviews, hvorved de relevante aktør-netværk og deres translationsstadie ville åbenbares. Det kan således næppe undre, at aktør-netværk i forskellige translationsstadier rent faktisk dukker op.¹¹² Det gode ved at anvende teori er, at man gør sine fordomme eksplicite. Ved at søge at tolke udelukkende ud fra én forforståelse - her om aktør-netværk og translationsstadier - har vi jo i en vis udstrækning elimineret det sammensurium af forforståelser, vi ellers i dagligdagen tolker ud fra. Desværre er alt for meget fortsat overladt til vores skøn: Udvalgelse af relevante entiteter, udvalgelse af et passende netværksudsnit, blackboxing, skøn over målsætninger trods ofte modstridende udsagn etc. etc.

Også for at vurdere, hvad teorien bidrog med, må vi hæve os op over teorien til det sammensurium af forforståelser, der udgør vores 'sunde fornuft'. Den vanskelige øvelse er at gætte på, om visse erkendelser var udeblevet, hvis man havde anvendt en anden teori eller blot 'sund fornuft'. Der synes at kunne argumenteres for, at

1) det præliminære arbejde med at skitsere aktør-netværket omkring indførelse af DRG til produktivitetmåling i 1990-erne henledte min opmærksomhed på embedsmandsrapporters centrale betydning og derigennem på den slående lighed mellem situationen i 1987, hvor DRG *ikke* blev indført, og situationen i 1990-erne, hvor DRG som bekendt indførtes. Der er stort set ingen referencer i litteraturen til, hvad der skete omkring DRG i 1980-erne og 'opdagelsen' af disse begivenheder var langt fra ligetil og krævede e-mail korrespondancer med de dengang

¹¹² Det såkaldte Duhem-Quine problem: Empiri kan ved hjælp af supplerende antagelser altid bringes til at stemme overens med teori.

centrale aktører. Det er således ikke urimeligt at hævde, at det var anvendelsen af ANT, der bragte mig på sporet af disse begivenheder.

2) beskrivelsen af, hvorledes de DRG-interesserede, økonomisk uddannede embedsmænd midt i *interressement*-fasen i 1987 skiltes brutalt fra sundhedsområdet af Poul Schlüter i en sjælden magtfuld solo-rolle som regeringsdanner, ligger godt til ANT (oplagt parallel til stærke havstrømme, der forhindrer kammuslinger i at sætte sig fast). Samtidig sættes fokus på den lidt nedslående kendsgerning, at aktør-netværk i tidlige stadier af translation er skrøbelige og at deres permanentgørelse langt fra er sikker - i hvert fald ikke før alle stærke kræfter (her primært toppolitikerne) er solidt indrulleret i netværket.

3) den valgte forankring i ANT i et stykke tid fik mig til at forfølge en hypotese om, at DRG-systemet 'selv' indførte DRG-finansiering forstået således, at udviklingen af systemet og dets koblinger til lokale forvaltningers systemer, dets produktion af rapporter etc. efterhånden omformede de humane entiteters identiteter og mål i retning af også til finansiering og budgettering at ville benytte dette system. Dette fik mig til at stille skarpt på de DRG-interesserede embedsmænds rolle i udviklingen og også på, hvilken rolleændring man har oplevet i forvaltninger, i sygehusdirektioner og på afdelinger. Dette medførte igen et relativt solidt fundament for at kunne konkludere, at denne hypotese *ikke* er overbevisende, hvad selve DRG-budgetteringen angår. For nok var der et tæt parløb mellem udviklingen af DRG-systemet og den politiske proces omkring indførelsen af de mellemamtslige *forløbstakster*, men indførelse af aktivitets- (DRG-)baseret finansiering var en ekstra ting, en overraskende ting, som der traditionelt havde været meget stærk modstand imod - en modstand den spæde fremkomst af et (endnu ufærdigt) DRG-system ikke på nogen rimelig måde kan hævdes i sig selv at have overvundet.

5.3. Perspektivering.

Hvad kunne man så ellers have gjort? Man kunne have anlagt en bred tolkning af aktør-netværksideen og talt om et globalt netværk omkring indførelse af DRG i hospitalsvæsenene eller måske - endnu bredere - om et globalt netværk omkring indførelse af industrielle regnskabsprincipper i den offentlige sektor. Dermed ville man dog have forladt ANT i den Callon'ske forstand, hvor fokus er på indførelse af teknologi i et i tid og sted relativt afgrænset

forum, og bevæget sig over imod det bredt favnende spektrum af neo-institutionelle teorier. Og hvorfor egentlig ikke? Der synes umiddelbart at være mange interessante aspekter ved anvendelsen af neo-institutionelle teorier på den aktuelle problemstilling:

1) Indførelse af DRG til produktivitetmåling i 1987 ville have været velbegrundet ud fra økonomisk rationalitet, var anbefalet i en central embedsmandsrapport, var i tråd med den borgerlige regerings overordnede ideologi og var desuden 'oppe i tiden'. Alligevel stødte ideen på grund - enten fordi økonomisk rationalitet ikke var 'passende' i det nydannede (juridisk orienterede) Sundhedsministerium eller fordi centrale initiativer på sundhedsområdet dengang ikke var 'passende' opførsel overfor amterne.¹¹³

2) Fra ca. 1990 slår landspolitikerne ind på en mere konfrontatorisk kurs i forhold til amterne, hvilket medfører det friere sygehusvalg med virkning fra 1993. En logisk følge heraf er at indføre mellemamtslig afregning med DRG-baserede forløbstakster. Amterne sætter sig imod, men landspolitikerne følger den nye 'sti' og indfører - mens Socialdemokratiet har regeringsmagten - ikke blot DRG-baserede forløbstakster, men også 10% DRG-budgettering, som der ellers hverken synes at være økonomiske eller logiske argumenter for at indføre.¹¹⁴

3) DRG-budgettering og deraf følgende gennemsigtighed, omkostningsbevidsthed og 'incitament' kan ses som led i en generel udvikling i retning af gennemsigtighed, omkostningsbevidsthed og 'incitament' i den offentlige sektor med rødder i 1970-ernes fusion af neo-klassisk økonomisk og borgerligt ideologisk tankegods og manifesterende sig ved introduktionen af en række konkrete styringsteknologier angivelig hentet fra den private sektor, såkaldt New Public Management (NPM). Dette er for så vidt borgerlig politik i store dele af den vestlige verden allerede i 1970-erne, men implementeres med forskellig hastighed i forskellige lande og på forskellige områder. Som tidligere nævnt taler Danmarks sene

¹¹³ Her kunne man også anlægge et rent realistisk magtperspektiv: Amterne modsætter sig enhver indblanding og udøver landspolitisk magt via Socialdemokratiets mandater.

¹¹⁴ Også her kan man anlægge et realistisk magtperspektiv: Socialdemokratiet var i løbet af 1998 gået tilbage i meningsmålingerne efter tidligere på året at have gennemført 'Pinsepakken' til venstre i Folketingssalen og Enhedslisten havde på forhånd afstået fra at deltage i finanslovsforhandlingerne, der uværgelig ville indebære nye besparelser. De borgerlige partier stod dermed i en god taktisk position inden forhandlingerne, og da det som tidligere nævnt er sandsynligt, at Venstre allerede på dette tidspunkt var interesseret i DRG-budgettering, kan 90/10-ordningen muligvis være et borgerligt 'fingeraftryk'.

indførelse af både DRG og aktivitetsbaseret finansiering for en relativt svag effekt af 'NPM-bølgen', når der er væsentlige nationale eller institutionelle interesser på spil.¹¹⁵

Uanset teorivalget er der god grund til at interessere sig yderligere for DRG og aktivitetsbaseret finansiering i det danske sundhedsvæsen. I forvaltninger/sygehusdirektioner fremhæves de ekstra omkostninger og andre ulemper, der er forbundet med DRG-budgettering, medens ledende overlæger fremhæver, at det aktuelle system i praksis ikke i tilstrækkelig grad belønner meraktivitet. Og sundhedsøkonomer har tidligere fremhævet, at systemet ikke har medført større produktivitet. Interessante fremtidige studier kunne være:

1) En økonomisk analyse af fordele og ulemper ved det nuværende system kontra den tidligere rammestyrt, hvor man under 'fordele' forsøger at værdisætte ikke blot produktivitetens gevinster, men også gevinster i form af øget gennemsigtighed og omkostningsbevidsthed, medens man under ulemper ud over direkte omkostninger søger at værdisætte f.eks. den ganske sent udmeldte baseline og effekten af eventuelle uhensigtsmæssige incitamenter.

2) En historisk-institutionel eller realistisk analyse af konflikten mellem amter og regering/centraladministration fra ca. 1982 til amternes nedlæggelse i 2004 med fokus på centrale initiativers skæbne - f.eks. den 'mystiske' ikke-indførelse af DRG i 1987, skillevejen i relation til det frie valg 1990-1992 og det derefter støt tiltagende pres på amterne, som det afspejler sig i f.eks. produktivitetmålingerne 1994-1996, debatten om mellemamtslige forløbstakster og den gradvise indrullering af de amtsborgmestertunge partier Venstre og Socialdemokratiet i en mere eller mindre utilsløret dagsorden som nedlæggelse af amterne og aktivitetsbaseret finansiering - det sidste måske i virkeligheden mest som redskab til det første. Hvis det primære formål med at indføre DRG-budgettering i virkeligheden var at centralisere kontrollen med sygehusområdet, må man jo sige, at dette er lykkedes, og så er der jo endnu en god grund til at kaste et kritisk blik på systemet, som det ser ud i dag.

3) Et ANT- eller diskursanalytisk baseret studie af den sundhedspolitiske debat i perioden 1995-1998, herunder debatten internt i Venstre og Socialdemokratiet, med henblik på i hvilken

¹¹⁵ Man vil i et realistisk magtperspektiv fokusere på, at Schlüterregeringerne var mindretalsregeringer, der kun i beskedent omfang kunne føre 'borgerlig politik', medens den nuværende regering støttes af et stabilt borgerligt

grad de to casemix-rapporter (1995 og 1996) formåede at sætte eller at modificere den sundhedspolitiske dagsorden. Studiet skulle åbne op for en generel debat om, hvor fremtrædende en plads produktivitetmålinger og andre kvantitative evalueringssystemer bør have i de stadige bestræbelser på at forny og forbedre det danske sundhedsvæsen.

parlamentarisk flertal og derfor uden væsentlige sværdslag har kunnet genoplive, implementere og intensivere aktivitetsbaseret finansiering i sygehusvæsenet.

6. Litteratur

Andersen LB, Jacobsen CB, Møller AL, Pallesen TM. (2006) Arbejder forskere just for the money? En analyse af Ny Løn på universiteter og sektorforskningsinstitutioner. *Politica* 38 (4).

Bech M, Lauridsen J, Pedersen KM (2006). Giver øget brug af takststyring i sygehusvæsenet højere produktivitet? *Nationaløkonomisk Tidsskrift* 144(3): 326-342.

Burduja D, Bilgic AA (2008). Health services policies and casemix - What would you expect (or not) to happen? Selected findings from Romania and Turkey, 2000-2008. Lecture presented at the 24th PCSI Working Conference, Lisbon, 8-11 October 2008.

Callon M (1986). Some elements of a sociology of translation: domestication of the scallops and the fishermen of St Brieuc Bay. I: Law J (ed.). *Power, Action and Belief: A New Sociology of Knowledge?* London: Routledge, pp. 196-233.

Chalkley M, Malcomson JM (2000). Government purchasing of health services. In: Culyer AJ, Newhouse JP, eds. *Handbook of health economics*. Amsterdam: Elsevier, pp. 847-890.

Cordella A, Shaikh M (2006). From epistemology to ontology: Challenging the constructed "truth" of ANT. Working Paper 143, Department of Information Systems. London School of Economics and Political Science.

Ejersbo N, Greve C (2005). *Moderniseringen af den offentlige sektor*. Børsen.

Engberg L (2000). Meget forsigtig "90/10"-start i 2000. *Nyfigen* 11.

Enthoven AC (1985). *Reflections on the management of the National Health Service*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust.

Fetter R (1991). Background. I: Fetter R, Brand D, Gamache D, eds. DRGs: Their design and development. Ann Arbor: Health Administration Press.

Giddens A (1976). New rules of sociological method. London: Hutchinson.

Jakobsen MLF, Neermark S (2008). Mellem profession og hierarki. Foreløbigt konferencepapir, august 2008 - citeret med tilladelse fra forfatterne.

Kjeldsen K (1995). Boganmeldelse 2. Nyfigen 6:2.

Latour B (1999). Pandora's hope. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.

Lee ML (1971). A conspicuous production theory of hospital behaviour. Southern Economic Journal 38: 48-58.

Lenoir T (1999) Was the last turn the right turn?: The semiotic turn and A. J. Greimas. In: The Science Studies Reader, ed. Biagioli M. Routledge, London, UK, pp. 290-301.

Milgrom P, Roberts J (1992). Economics, Organization and Management. London: Prentice-Hall.

Newhouse JP (1970). Toward a theory of nonprofit institutions. An economic model of a hospital. American Economic Review 60(1): 64-74.

Newhouse JP, Byrne DJ (1988). Did Medicare's prospective payment system cause length of stay to fall? J Health Econ 7(4): 413-416.

Pauly M, Redisch M (1973). The not-for-profit hospital as a physician's cooperative. American Economic Review 63(1): 87-99.

Pedersen KM (2005). Sundhedspolitik. Beslutningsgrundlag, beslutningstagen og beslutninger i sundhedsvæsenet. Syddansk Universitetsforlag.

Pedersen KM, Bech M, Hansen MB (2006). Incitamentsstyring i sygehusvæsenet. Virkningen af øget takststyring og tilhørende incitamenter. Syddansk Universitetsforlag.

Pedersen KZ (2008). Patientens politiske diskurshistorie. Forskningsrapport, Copenhagen Business School.

Rosko MD, Broyles RW (1987). Short-term responses of hospitals to the DRG prospective pricing mechanism in New Jersey. *Med Care* 25: 88-99.

Torjesen DO, Byrkjeflot H (2006). When disease is being priced. The translation of the American DRG system to the hospital sectors in Norway and Denmark. EGOS 2006 Colloquium, Bergen.

Vrangbæk K (1999). Markedsorientering i sygehussektoren. Ph.D afhandling. Institut for Statskundskab, Københavns Universitet.

Whittle A, Spicer A (2005). Essai: Why organization studies should resist translation by Actor Network Theory. EGOS 2005 Colloquium, Berlin.

7. Summary

The subject of this thesis is the processes leading to the introduction of activity-based financing in the Danish hospital sector with special reference to the role of the concurrent development of a Danish DRG (Diagnosis-Related Groups) system. Using Actor-Network Theory (ANT) as an analytical framework relevant white papers from 1983-2003 as well as a few supplementary documents were studied, and nine interviews were performed of which five were classical semi-structured interviews. The main results were that the introduction of DRG for productivity measurements and benchmarking was recommended in white papers both in 1987 and 1994, but in 1987 nothing was done to follow up the recommendation, whereas in 1994-1996 a task group swiftly carried out a variety of productivity measurements using the American HCFA-8 classification and American cost weights. This led to the publication of a national benchmark that was, however, heavily criticized by both the counties and the medical profession. Consequently, a number of physicians were enrolled in the task of developing a Danish DRG-system and Danish cost weights. The counties' objections were increasingly ignored and in 1997 a parliament majority voted for introducing DRG-based cross-county payment for non-specialised patients passing county borders. Since the Danish DRG-system was still in a process of development the parliament's decision and the developing DRG-system - in the language of ANT - *co-opted* each other and passed the *point of no return*. Shortly after this, the Liberals (Venstre) took an interest in DRG and activity-based financing and at some point actually considered the introduction of 100% activity-based financing of Danish hospitals. In the autumn of 1998, a parliament majority voted for the modest introduction of 10% activity-based financing, but even this was resisted by the counties and consequently never became effective. After the 2001 election, the political composition of the Danish parliament was dramatically altered resulting in a stable right-wing parliament majority, and the new Liberal-Conservative government could begin a stepwise introduction of activity-based financing as well as carrying out a structural reform that replaced the counties with five (weak) regions responsible for hospital management. It is concluded that the development of the Danish DRG system was probably postponed until the political 'climate' allowed parliament decisions that went against the counties' wishes, and that decisions concerning the DRG system and cross-county payment probably reinforced each other. However, there is no evidence that the development of the DRG system *per se* led to political decisions, since the system was far from developed when the first important decisions about cross-county payment and activity-based financing were made.

Appendix 1. Spørgeramme

Da der interviewes personer med meget forskellige roller - sygehusledere, embedsmænd m.v. - benyttes en overordnet spørgeramme med 5 spørgsmål, der så suppleres med spørgsmål med hovedvægten enten på implementering og faktisk adfærd (sygehusledere/-ansatte) eller på modstridende politiske interesser, signaler og strømninger (embedsmænd). De 5 overordnede spørgsmål er:

- 1) Hvordan stødte du selv første gang på DRG-finansiering i dit arbejde?
- 2) Hvis man ser DRG-finansiering over hele udviklingsperioden fra 1990-erne, hvad ser du så som de vigtigste fordele, det har medført, og har det medført nogle ulemper - ting, som er blevet mere besværlige eller ressourcekrævende?
- 3) Hvad tror du var den vigtigste drivkraft bag indførelsen af DRG-finansiering?
- 4) Oplever du, at der er nye forventninger til dig eller din rolle, nu hvor DRG-finansiering i betydeligt omfang er indført? [her spørges ind til de anførte forventninger, hvordan interviewpersonen evt. kunne ønske at handle anderledes og hvordan der rent faktisk handles]
- 5) Har du observeret - eller hørt om - kolleger eller andre, som har haft et ønske eller nogle udviklingsplaner, der gik ud over, hvad DRG-systemet tillod?

Supplerende spørgsmål til ledere eller ansatte på sygehuse:

- A1) Hvilken andel af DRG videreføres til sygehuset/afdelingen?
- A2) Hvad gør man, hvis man vil udvikle nye procedurer/behandlinger, der endnu ikke er takster for?
- A3) Er det dit indtryk, at der fokuseres for lidt på områder, der ikke direkte giver DRG-kroner?
- A4) Kender du til konkrete eksempler på, at DRG-finansieringssystemet i nogle sammenhænge har blokeret for eller forsinket en udviklingsproces
- A5) Er det dit indtryk, at det er blevet vanskeligere at foretage nødvendige større investeringer?

- A6) Har du hørt om tilfælde, hvor nogen har kodet "strategisk", altså kodet på en anden måde, end hvad der egentlig er i systemets ånd?
- A7) Har du hørt om tilfælde, hvor den kliniske praksis på et område - f.eks. standard-liggetiden eller hyppigheden af bestemte procedurer - er ændret pga. takstreglerne?
- A8) Har du - omvendt - kendskab til tilfælde, hvor man har tøvet med at ændre en klinisk arbejdsgang af frygt for "indtægtsmæssige "konsekvenser"?
- A9) Har DRG-finansiering ændret risikoen for, at nogle måske bevidst underproducerer?
- A10) Hvordan oplever du alt i alt, at "tænkningen" har ændret sig hos de folk, der koder - eller har den ændret sig overhovedet?
- A11) Hvordan skulle kodning og finansiering være, hvis det stod til dig?

Supplerende spørgsmål til embedsmænd:

- B1) Oplevede du i tiden omkring indførelsen og intensiveringen af DRG-finansiering et spændingsfelt mellem, hvad politikerne ville og hvad du og dine kolleger mente kunne gennemføres?
- B2) Hvordan håndterede du og dine kolleger sådanne situationer?
- B3) Har DRG-finansieringsmodellen efter din mening fået den rigtige udformning?
- B4) Har du personligt ønsker om en videreudvikling af systemet og oplever du, at der er politisk interesse for en sådan videreudvikling?
- B5) Ville det efter din mening være muligt at forlade DRG-finansiering igen, hvis det virkede som det mest fornuftige?