



Fra amt til region

status og udviklingsperspektiver

»Fra amt til region: Status og udviklingsperspektiver« er udarbejdet for FOKUS af Thomas Pallesen, Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet.

Redaktion: Pernille Bjerrum, FOKUS-sekretariatet.

FOKUS – FORum for Kvalitet og Udvikling i offentlig Service – er et initiativ, som skal styrke arbejdet med kvalitetsudvikling i regioner og kommuner.

Parterne bag FOKUS er:

KL

Danske Regioner

DSI – Institut for Sundhedsvæsen

akf, amternes og kommunernes forskningsinstitut

Frederiksberg Kommune

Københavns Kommune

KTO – Kommunale Tjenestemænd og Overenskomstansatte

Kommunaldirektørkredsen

Regionsdirektørkredsen

FOKUS-pjecerne er en serie korte skrifter om kvalitetsudvikling. Pjecerne henvender sig til ledere og medarbejdere, som i praksis arbejder med kvalitetsudvikling. Men de vil også være af interesse for politikere i regioner og kommuner. De synspunkter, der bliver fremsat i pjecerne, deles ikke nødvendigvis af alle parterne bag FOKUS.

FOKUS støtter udarbejdelsen af pjecerne gennem en bevilling fra Det Kommunale Momsfond.

ISBN nr. 87-90837-45-2 (trykt)

ISBN nr. 87-90837-46-0 (elektronisk)

Fra amt til region: Status og udviklingsperspektiver

december 2006

Indhold

Forord	5
Indledning	6
1. Hvorfor er det så vanskeligt at lave kommunalreformer? Og hvorfor lykkedes det denne gang?	8
2. Gjorde amterne en forskel? Sparetiåret 1982-1992	11
3. Fra udgiftsstop til moderat vækst: Amterne fra 1993 til strukturreformen	21
4. Et kig i krystalkuglen: Hvad bliver effekten af strukturreformen?	27
5. Referencer	31

Forord

Den 1. januar 2007 nedlægges de nuværende amter og erstattes af regionerne. Det er en passende anledning til at gøre status over amternes indsats. Pjecens hovedkonklusion er, at amterne gjorde det godt, især fordi det lykkedes dem at sikre en mådeholden økonomisk udvikling på sygehusområdet, som der i den øvrige vestlige verden var store vanskeligheder med at styre.

Årsagen til de danske amters bedrift skal ses i sammenhæng med sammensætningen af amternes opgaver og de forskelligartede styringsprincipper, der har været gældende på amternes hovedområder. Sygehusområdet, der var amternes største og vigtigste opgave, var i realiteten bufferen i de amtslige budgetter, og det var her, amterne kunne og måtte holde igen,

når der skulle spares, eller når der var udgiftsønsker på gymnasie-, social-, og sygesikringsområdet, der var svære at imødegå i den amtslige prioriteringsproces. Med regionernes ændrede opgaver, og de styrings- og finansieringsprincipper, der indføres på sundhedsområdet, kan den udvikling imidlertid ikke forventes at forsatte, da sygehus- og sundhedsområdet ser ud til at få langt bedre muligheder for at få tilført øgede ressourcer. Derimod har det sociale område betydeligt vanskeligere odds imod sig i det nye regionale regi.

Pjecen er udarbejdet af lektor Thomas Pallesen, Aarhus Universitet, og henvender sig til politikere og ledende medarbejdere i amter og regioner samt andre med interesse for udviklingen i offentlig forvaltning.

Indledning

Strukturreformen betyder, at der sker meget væsentlige ændringer af de lokale myndigheders opgaver og finansiering. Et af de centrale elementer i reformen er, at de nuværende amter nedlægges og erstattes af regioner. Regionerne er på flere måder ikke bare sammenlagte amter, der er blevet større. Regionernes opgaver er anderledes end amternes. En stor del af de specialiserede sociale institutioner bliver overtaget af kommunerne, mens gymnasierne overgår til at være selvejende, taxameterfinansierede, statslige institutioner på linje med erhvervsskolerne. Amternes opgaver på miljøområdet overtages af kommunerne og de nye statslige regionale myndigheder. Til gengæld får regionerne et ansvar for den regionale udvikling, herunder finansieringen af de nye trafiksselskaber. Tilbage er de sociale institutioner, som kommunerne ikke kunne eller ville overtage, samt ikke mindst sundhedsområdet, der var en af de væsentligste politiske årsager til, at amterne i stigende omfang syntes for små.

Samtidig med, at opgaveporteføljen er ændret, kommer der nye finansierings-, styrings- og samspilsrelationer til. Regionernes sociale institutioner skal fremover fuldt ud finansieres af kommunerne, og forholdet mellem regionen og kommunerne på det sociale område skal for eftertiden reguleres af en

rammeaftale mellem parterne, som der er skrevet et detaljeret ministerielt udkast til. På sygehusområdet bliver finansieringen omlagt til en kombination af statslige og kommunale sundhedsbidrag, hvoraf en del vil blive udmålt efter regionens aktivitetsomfang. Regionerne skal således ikke længere udskrive skatter, og muligheden for at overføre midler mellem de forskellige regionale områder bortfalder. Det traditionelle udvalgsstyre i amterne afskaffes ved lov, i stedet bliver forretningsudvalget det nye magtfulde forum i regionerne.

Samlet set er strukturreformen en meget væsentlig politisk og administrativ ændring. Der har siden den sidste kommunalreform i 1970 været mange tilløb til en reform, der imidlertid alle er kuldsejlede. På den baggrund kan der være grund til at se på, hvorfor det er så vanskeligt at lave større reformer af den offentlige sektors indretning og overveje, hvad der denne gang gjorde det muligt at gennemføre en større reform af den offentlige forvaltning. Det er pjecens første tema.

Strukturreformen er samtidig en passende anledning til at gøre status over udviklingen på de områder, amterne havde ansvaret for. Gjorde amterne en forskel

og i givet fald hvilken? I pjecens anden del fokuseres der på udviklingen på amternes serviceområder, og pointen er, at udviklingen på de amtslige serviceområder skal ses på baggrund af sammensætningen af amternes opgaver og de forskelligartede styringsprincipper, der har været gældende på de enkelte hovedopgaver. Sygehusvæsenet havde en nøglerolle som amternes største opgave og var samtidig også det område, hvor amterne havde de største frihedsgrader. Det betød, at det var hér, amterne havde frihedsgraderne til at lægge driften om, hvorimod mulighederne på de øvrige amtslige ansvarsområder af forskellige grunde har været mere begrænsede. Sygehusvæsenet fungerede i realiteten som buffer i amternes budgetter og måtte i særlig grad holde for, når der var økonomisk smalhals. Det er i særlig grad evnen til at holde igen på sygehusudgifterne, der er hovedårsagen til, at amterne fortjener et positivt eftermæle.

At holde igen på sygehusudgifterne er nemlig slet ikke nogen enkel opgave, og det kan ikke tages for givet,

at det vil fortsætte i det nye regionale regi. Artiklen afsluttes på den baggrund med diskussion af, hvilken betydning den nye opgavesammensætning og de nye styringsprincipper, der fremover kommer til at gælde på regionernes ansvarsområder, kan forventes at få. Gættet er, at det vil blive meget vanskeligere at holde igen på udgifterne til sundhedsområdet i de nye regioner. Derimod får socialvæsenet stærke odds imod sig, ikke bare fordi kommunerne har overtaget størstedelen af amternes sociale institutioner, og de resterende fuldt ud skal takstfinansieres, men også fordi finansieringsprincipperne i langt højere grad end tidligere betyder, at der bliver en skarpere budgetmæssig opdeling mellem sundheds- og socialområdet. Den løbende overførsel af opgaver og ressourcer fra sundheds- til socialområdet, der er sket i amterne, kan derfor ikke umiddelbart fortsættes. Det kan betyde, at socialvæsenet må finde sig en ny rolle – vel og mærke inden for sundhedsvæsenets regi – hvis den sociale opgave skal undgå at blive en parentes i regionernes fortsatte udvikling.

1. Hvorfor er det så vanskeligt at lave kommunalreformer? Og hvorfor lykkedes det denne gang?

Den forrige kommunalreform fra 1970 krævede mere end 10 års forberedelse, inden den blev vedtaget. Og så kan man endda sige, at Poul Sørensen og Co. ikke gjorde arbejdet helt færdigt. Væsentlige områder blev den gang undtaget, og andre spørgsmål skubbede man foran sig. Således blev forholdene i hovedstadsområdet udskudt til behandling på et senere tidspunkt, og hele arbejdsmarkedsområdet blev tidligt undtaget for reformbestræbelserne.

De bestræbelser, der har været på at reformere forholdene i hovedstaden, er løbet ud i sandet ved flere lejligheder, senest da daværende indenrigsminister Birte Weiss forsøgte at lave en større hovedstadsregion i kølvandet på Hovedstadskommissionens betænkning i 1995 (Indenrigsministeriet, 1995). Grunden til, at den plan kuldsejlede, var ikke mindst, at der var store interne meningsforskelle i Socialdemokratiet. Københavns Kommune og de øvrige kommuner i hovedstadsområdet bakkede i det store og hele op om Birte Weiss' plan, mens Københavns Amt og de toneangivende socialdemokratiske amts- og primærkommunale borgmestre i provinsen overvejende var imod re-

formen. Det andet store borgmesterparti, Venstre, var heller ikke specielt imødekommende over for ideen om større enheder, hverken på lokalt eller regionalt plan, og da slet ikke hvis reformen alene skulle gennemføres i hovedstaden.

For at komme ud af det politiske dødvande og lukke den hidsige debat om Hovedstadskommissionens betænkning og forslaget om en større hovedstadsreform blev Opgavekommissionen nedsat. I betænkningen fra årsskiftet 1998 konkluderede kommissionen, at organiseringen af den offentlige sektor og arbejdsdelingen mellem stat, amter og kommuner i al væsentlighed var hensigtsmæssig og velfungerende (Indenrigsministeriet, 1998). Så bortset fra en række forslag om mindre justeringer af opgavefordelingen anbefalede kommissionen, at der ikke var grund til at ændre status quo. Opgavekommissionens anbefalinger kom ikke som den store overraskelse for iagttagere af dansk forvaltningspolitik. Der har det været den gængse opfattelse, at det er ganske vanskeligt at gennemføre større kommunalreformer, og da ikke mindst reformer, der ville reducere antallet af borgmester- og udvalgs-

poster og chefter i den offentlige forvaltning og i det hele taget medføre en usikkerhed om fremtiden for de offentligt ansatte, som personaleorganisationerne ville være stærkt betænkelige ved.

Hvis det mod alle odds alligevel skal kunne lade sig gøre at gennemføre store reformer af den offentlige politik, er det ligeledes en almindelig antagelse, at centrale aktører skal være villige til at sætte velerhvervede interesser og positioner på spil. Hvis kommunalreformen fra 1970 ansues i det lys, så er det ikke mindst den konservative indenrigsminister Poul Sørensens vilje til at ofre konservative styrkepositioner i kommunalt regi, der var en væsentlig forudsætning for, at reformen lykkedes. En af de helt store knaster i 1970 var spørgsmålet, om de velfungerede og ofte konservativt ledede forstadskommuner kunne få lov til at fortsætte som selvstændige enheder, eller om de skulle lægges ind under de store, som regel socialdemokratisk styrede købstadskommuner. Poul Sørensen støttede den sidste løsning, og dermed udraderede han med stor sandsynlighed muligheden for en del konservative borgmesterposter. I samme lys kan Lars Løkke Rasmussen ses som en politisk entreprenør, der ved at gå ind for at reducere antallet af kommuner ikke mindst ofrede en stribe sandsynlige Venstre-borgmestre.

At Lars Løkke Rasmussen ligesom Poul Sørensen heller ikke veg tilbage for at ofre lokale partifællers mu-

ligheder for at smykke sig med en borgmesterkæde, er imidlertid ikke den eneste mulige forklaring på, at reformbestræbelserne lykkedes i denne omgang. En anden væsentlig forklaring er, at Kommunernes Landsforening valgte at spille positivt med på hovedtanken om at reducere antallet af kommuner. Det gjorde KL sikkert i forventning om, at det kunne bane vejen for flere og større opgaver til deres medlemmer. Det fik de også, men det er næppe noget dårligt gæt, at der i kommunale kredse er en vis skuffelse over, at det ikke blev til mere. Især at kommunerne blev snydt for den store skalp, indsatsen over for de forsikrede ledige, der fortsat i det store og hele uantastet fortsætter i det kendte korporative, statslige regi. Det ændrer ikke på, at det for kendere af KL kom som en overraskelse, at foreningen i denne omgang var villig til at gå aktivt ind i drøftelser, der ville stille nogle kommuner ringere og andre kommuner bedre. Som hovedregel har KL tidligere undgået at tage stilling i tilsvarende situationer (Blom-Hansen, 2002).

En tredje væsentlig forklaring på, at reformbestræbelserne ikke kuldsejlede i denne omgang, var, at regeringen i denne situation – som i andre tilfælde – ikke var bange for at bruge deres smalle flertal med Dansk Folkeparti. På mange områder har der i dansk politik været en tradition for at gennemføre større reformer med et bredt flertal. Den tradition har ikke mindst gjort sig gældende på områder, der har berørt kommu-

nerne og amternes forhold. Det hænger sammen med, at de store borgmesterpartier, Venstre og Socialdemokratiet, ofte har haft en fælles interesse i, at begge partier var med i de store forlig og vigtige aftaler på området for at forebygge kritik fra et samlet kommunalt bagland (Christensen, 2000). Denne tilskyndelse var ikke stærk i denne situation. Socialdemokratiet stod godt nok uden for forliget, men kritikken fra den kant var spag, givetvis fordi der i kommunale kredse, også i de socialdemokratiske, var en udbredt accept af, at de små enheder ikke længere havde kapacitet til at løfte opgaverne.

Det skift, der sker i såvel de lands- som de kommunalpolitiske kredse på ganske få år i holdningen til en ny kommunalreform, der har det sigte at reducere antallet af kommuner, er måske i virkeligheden det mest bemærkelsesværdige ved strukturreformen og kan ses som den bagvedliggende forklaring på, hvorfor Venstre, Socialdemokratiet, og KL ikke opførte sig, som de plejede at gøre. Den brede opfattelse af, at fordelingen af opgaverne i den danske offentlige sektor i store træk var hensigtsmæssig og fornuftigt, som Opgavekommissionens betænkning var udtryk for, var der næppe mange, der kunne forudse ville være radikalt ændret bare fem år senere.

Hvis det ellers kan være Birte Weiss og den daværende departementschef i Indenrigsministeriet Ole Asmussen nogen trøst, er det tankevækkende, at de forslag om større regionale enheder og flere opgaver til primærkommunerne, som Hovedstadskommissionen lodret fik forkastet i midten 1990'erne uden de store sværds slag bliver gennemført mindre end ti år senere. Det var ikke mindst forestillingen om, at amternes opgaver og størrelse ikke længere var tidssvarende, der havde nydt fremme. Det kan ikke overraske, at Det Konservative Folkeparti eller Dansk Folkeparti har villet amterne til livs, for det har de villet i årevis. Derimod er det mere bemærkelsesværdigt, at Venstre og Socialdemokratiet mere eller mindre stiltiende har ændret opfattelse af behovet for en reform af fordelingen af opgaverne i den danske offentlige sektor, der ikke mindst ændrer forholdene på regionalt plan. På den baggrund kan der i særlig grad være grund til at opholde sig ved, hvordan amterne egentlig har løst deres opgave – om det var sagligt velbegrundet eller alene en politisk velbegrundet dødsdom, der med strukturreformen blev fædet over amterne i Danmark. Ikke bare fordi det kan have en historisk interesse, men også fordi det kan være en strømpil for, hvilken betydning den nye kommunale og regionale ansvarsfordeling og de ændrede finansierings- og samspilsrelationer vil få.

2. Gjorde amterne en forskel? Sparetiåret 1982-1992

Sygehusområdet

Op igennem 1970'erne og begyndelsen af 1980 er der en kraftig vækst i amternes udgifter. Der var ikke så sjældent tale om tocifrede årlige procentstigninger, ikke mindst på sygehusområdet. Schlüter-regeringerne i 1980'erne satte amterne og kommunerne under et voldsomt økonomisk pres som følge af den succesive reduktion af bloktilskuddene, der startede i 1983 (Pedersen, 1996). I de oprindelige 1983-budgetter på sygehusområdet var der lagt op til en stigning på ikke mindre end 8,6 procent. Efter indgrebet i bloktilskuddet blev stigningen i budgettet reduceret til det halve, og fra 1984 og frem til og med 1992 budgetterede amterne med uændrede sygehusudgifter i faste priser. Endnu mere bemærkelsesværdigt var det, at amterne faktisk stort set også formåede at holde sygehusudgifter i ro. Det var i sig selv en præstation, at amterne magtede at ændre udgiftspolitikken så radikalt på et område, hvor der indtil da havde været en kraftig vækst. Det var mere end Schlüter-regeringerne selv kunne magte på statslige område, hvor udgifterne blev ved at stige, også selvom der korrigeres for konjunktursvinger (Gren-Pedersen, 1998; Blom-Hansen &

Pallesen, 2001). Præstationen sættes ydermere i relief af, at der i alle de lande, som vi normalt plejer at sammenligne os med, var tilsvarende bestræbelser på at holde udgifterne i ro, der imidlertid ikke lykkedes. Danmark var et af meget få OECD-lande, hvor "Cost Containment", som det internationalt blev kaldt, ikke bare blev sat på dagsordenen, men rent faktisk også blev realiseret (Pedersen & Pallesen, under udgivelse).

Udover, at amterne leverede en mindre verdenssensation på sygehusområdet, så er det også lidt af et politologisk mysterium, at det kunne lade sig gøre. Sygehusområdet har alle de karakteristika, der normalt forbindes med et politisk ansvarsområde, der forkæles i den udgiftspolitiske beslutningsproces. Det er ikke alene et af de mest populære offentlige udgiftsområder i vælgerbefolkningen. Det er samtidig også et område, der beskæftiger nogle af de stærkeste og mest velorganiserede og velartikulerede faggrupper. Det er endelig et område, hvor der kan lægges "lig på bordet" som argument imod besparelser eller økonomisk mådehold. Men uanset sundhedspersonalets protester og den brede befolknings opbakning til sundhedsvæsenet, blev den stramme økonomiske kurs

fastholdt. Ikke alene lykkedes det amterne at holde sygehusenes udgifter konstante i tiåret 1983-1992, sygehusudgifternes andel af amternes samlede udgifter faldt ydermere i den periode. Hvis man igen ser det ud fra de gængse politologiske forestillinger, så er det umiddelbart svært at se, hvorfor amterne forfordelte sygehusområdet, og hvorfor amternes øvrige ansvarsområder i mindre grad end sygehusene skulle holde igen på udgifterne. De andre store amtslige ansvarsområder – det sociale område, sygesikringen og gymnasierne – er ikke så populære i vælgerbefolkningen som sygehusene. De beskæftiger heller ikke faggrupper, der er lige så stærke som lægerne og sygeplejerskerne. Og i sammenligning med sygehusområdet har de tre områder ikke de samme muligheder for at argumentere med "lig på bordet". Men ikke desto mindre klarede det sociale område, sygesikringen og gymnasierne sig bedre i den amtslige prioriteringsproces i tiåret 1983-1992. Det kan undre og animerer til et bud på en forklaring.

Et bud på en forklaring er, at det hænger sammen med de forskellige institutionelle spilleregler og tilpasningsmuligheder, der var på de enkelte amtslige ansvarsområder. Til forskel fra amternes øvrige ansvarsområder var sygehusvæsenet karakteriseret ved et næsten totalt fravær af bindinger på arbejdstilrettelæggelsen. Akutte patienter har altid skullet behandles her og nu, mens elektive patienter kom på en ven-

teliste og blev kaldt ind i den rækkefølge, det passede afdelingerne, og det i øvrigt var klinisk forsvarligt. Det er i mange henseender et privilegium at have fuld frihed til at foretage sin arbejdstilrettelæggelse. Det muliggør, at arbejdet kan tilrettelægges på en måde, der sikrer en jævn brug af faciliteterne og en passende belastning af personalet. De økonomiske og andre omkostninger, der er ved at vente på behandling og evt. få aflyst en behandling med kort varsel på grund af flere akutte patienter end forudsat, bæres alene af patienterne. Patienterne i 1980'erne sygehusvæsen havde ikke mange muligheder for at gøre noget ved den situation. Der var ingen gratis alternative behandlingsmuligheder og ingen bindende regler for, hvor længe man kunne komme til at vente. Og klageinstanser var om end ikke en by i Rusland så dog en meget beskeden del af Sundhedsstyrelsens virke.

Den betydelige autonomi havde imidlertid en også en bagside. Fraværet af bindinger på arbejdstilrettelæggelsen betød også, at sygehusene dårligt kunne argumentere med, at der var et objektivt behandlingsbehov af en given størrelse, der kostede en nærmere beskrevet pris pr. patient eller behandling. Ventelister kan i nogle tilfælde være en indikator på et behandlingsbehov. Der kan da også findes mange eksempler på, at sygehuse og sygehusafdelinger har anvendt ventelister som argument for øgede bevillinger. Det er sikkert også lykkedes for nogle sygehuse eller sy-

gehusafdelinger at tilkæmpe sig bevillinger ad den vej – men i det omfang, der blev tilført merbevillinger til et område på grund af ventelister, så blev de finansieret et andet sted i sygehusvæsenet, da sygehusudgifterne som nævnt ovenfor var konstante i en længere periode.

Brugen af ventelister som overordnet strategi for at tilføre sygehusvæsenet øgede bevillinger kom således aldrig til at virke. Og det var der gode grunde til. For det første var det sygehusene og afdelingerne, der selv afgjorde, hvem og hvor mange der skulle stå på ventelisten. Det svækkede i nogen grad tiltroen til, at ventelister kunne tages som et objektive og retvisende udtryk for behandlingsbehovet, uanset om det i den konkrete situation kunne være en mere eller mindre rimelig vurdering af ventelisternes informationsværdi. For det andet argumenterede sygehusene og afdelingerne i andre sammenhænge med, at der var helt nødvendigt for en effektiv arbejdstilrettelæggelse, at der var en venteliste af en passende størrelse, hvilket heller ikke bidrog til, at ventelisterne var et stærkt argument for øgede bevillinger.

Forekomsten af ventelister var og er ikke den eneste konsekvens af og udtryk for sygehusenes store frihed til at tilrettelægge deres arbejde. Et andet væsentligt aspekt af denne frihed er, at der heller ikke er faste kriterier for, om en patient skal indlægges, og i givet

fald hvor længe der er behov for stationær behandling, eller om patienten alternativt kan behandles ambulant. De frihedsgrader gjorde det muligt for sygehusene at foretage en betydelig omlægning af behandlingsindsatsen: Den gennemsnitlige indlæggelsestid blev reduceret betragteligt, og stationær behandling blev i stor stil erstattet med ambulant behandling. Samlet set voksede antallet af indlæggelser med ca. 10 procent i perioden, mens de ambulante behandlinger blev forøget med en tredjedel. Til gengæld faldt antallet af sengedage også med en tredjedel (Pedersen & Pallesen, under udgivelse).

Sygehusenes tilskyndelse til at omlægge behandlingen til korte indlæggelser og flere ambulante afhæng af tre væsentlige forudsætninger. Den ene forudsætning hang sammen med finansieringssystemet. Sygehusene blev ikke straffet økonomisk ved behandlingsomlægningen, da de i hovedsagen var rammebudgetterede. I al væsentlighed afhæng sygehusenes ressourcer ikke af, hvor mange patienter de behandlede, og hvordan de blev behandlet. Sygehusene kunne selv beholde den økonomiske gevinst ved omlægningen fra den dyrere stationære behandling til den mindre ressourcekrævende ambulante indsats. Det ændrer ikke på, at omlægningen fra stationær til ambulant behandling på samme tid kan være et udtryk for, at sygehusene også blev mere effektive. Den diskussion afhænger i meget høj grad af, om sengedage anses for at være

et nødvendigt onde eller en ydelse, patienterne værdsætter. Det spørgsmål afhænger givetvis igen af, hvilke patienter og patientgrupper der er tale om. Ældre, plejekrævende, medicinske patienter ser givetvis anderledes på den sag end yngre, erhvervsaktive patienter, der ikke har et større plejebestand. Uanset hvordan reduktionen i sengedagene opfattes, så repræsenterer de under alle omstændigheder en betydelig potentiel besparelse for sygehusene, ikke mindst i udgifter til plejepersonalet, der – uanset at den ville have været svær at inddrive – tilfaldt sygehusene ubeskåret.

Den anden væsentlige begrundelse for, at det var en attraktiv strategi for sygehusene at foretage omlægningen af behandlingsindsatsen, hænger sammen med udformningen af overenskomstsyste­met på sygehusområdet. Ud over, at finansierings­systemet kunne have reduceret tilskyndelsen til at omlægge behandlingen, hvis sygehusenes budgetter f.eks. blev udmålt efter antallet af sengedage, som det kendes fra det tyske sundhedsvæsen, så kunne der også have ligget en blokering i overenskomstsyste­met. Sygehusvæsenet er kendetegnet ved, at der er et betydeligt antal overenskomster, der afspejler, at sygehusene beskæftiger mange forskellige faggrupper. Det er imidlertid karakteristisk for overenskomsterne på området, at de primært regulerer de ansattes arbejdstid, herunder især det forhold, at det er døgnbemandede institutioner med et betydeligt vagtbere­dskab. Hvis overens-

komsterne i stedet f.eks. havde indeholdt bestemmelser om normeringen af plejepersonalet pr. seng, ville omlægningen fra stationær til ambulat behandling i udgangspunktet have betydet, at antallet af sygeplejersker skulle have været reduceret. I så fald havde reduktionen af antallet af sengedage næppe forløbet så smertefrit, som tilfældet var.

De mange faggrupper på sygehusene har givetvis også på anden vis haft betydning for, at det var muligt at holde sygehusenes udgifter i ro. Det er bemærkelsesværdigt, at der sideløbende med behandlingsomlægningen også sker en betydelig ændring i sygehusenes personalesammensætning. Antallet af medarbejdere i sygehuskøkkenerne, vaskerierne og rengøringspersonalet blev reduceret i perioden. Rationalisering af driften af disse funktioner skete ofte ved, at amterne centraliserede betjeningen på færre vaskerier og køkkener. Derimod steg antallet af læger og især sygeplejersker betydeligt i samme periode. Udviklingen kan fortolkes på den måde, at det var de svageste faggrupper på sygehusene, der i særlig grad mærkede omkostningerne ved udgiftsopbremsningen (Palle­sen, 1999a).

De tre særlige forhold, der gjorde sig gældende på sygehusene, er tilsammen væsentlige forudsætninger for, hvorfor det var muligt at holde udgifterne i ro på sygehusområdet fra 1983 til 1992. Det kan imidlertid

ikke forklare, hvorfor det i højere grad var sygehusene end de øvrige amtslige ansvarsområder, der måtte holde for. Pointen er her, at det skyldes, at socialvæsenet, sygesikringen og gymnasierne adskiller sig fra sygehusområdet på et eller flere af de tre nævnte punkter, og at det betød, at de tre områder havde en stærkere budgetmæssig defensiv end sygehusene.

Amternes socialvæsen

Amternes socialvæsen har det til fælles med sygehusområdet, at der ikke er centralt fastsatte regler for indsatsen på området. I den forstand har amterne også i udgangspunktet vide rammer for, hvordan de vil indrette deres sociale tilbud og sociale institutioner. Hvis man ser på, hvordan amternes sociale tilbud og sociale institutioner er indrettet, kan man også iagttage en broget mangfoldighed af tilbud, der er mere eller mindre specialiserede i forhold til brugernes problemstillinger og alder, og som samtidigt også varierer betydeligt med hensyn til størrelse og personalenormering. Ved første øjekast kunne det ses som et udtryk for, at amterne rent faktisk også har benyttet sig af de vide rammer, der er for indretningen af det specialiserede socialvæsen i amtsligt regi. Det vil imidlertid være en forhastet konklusion. For det første spiller spørgsmålet om personalenormeringerne af institutionerne en lidt anden rolle end, hvad der gør sig gældende på sygehusområdet. Der er godt nok ikke centralt fastsatte

regler i hverken overenskomsterne på området eller i form af bindende regler udstedt af Socialministeriet. Men da de sociale institutioner ofte er forholdsvis små og samtidig døgnbemandede, vil basisbemandingen ofte være forholdsvis høj selv på mindre institutioner, hvilket har en væsentlig betydning for udgifterne pr. klient på de sociale institutioner.

Da grundbemandingen på de sociale institutioner i nogen grad er uafhængig af antallet af klienter, kunne amterne altså have reduceret udgifterne pr. klient ved at øge institutionsstørrelsen. Det har imidlertid ikke været tendensen, tværtimod. Antallet af klienter er i mange tilfælde blevet betydeligt reduceret på de ofte meget store sociale institutioner, som amterne overtog ved særforsorgens udlægning, og de institutioner, amterne siden selv etablerede, var som regel mere specialiserede og dimensioneret til et betydeligt mindre antal klienter. Udviklingen skal ses på baggrund af, at forholdene i særforsorgen langt op i 1970'erne var stærkt kritisable, og der var en bred accept af, at standarden trængte til et betydeligt løft, også i de kommuner, der kom til at bidrage til finansieringen af udgifterne. Finansieringen af de sociale institutioner har siden midten af 1980'erne og indtil indførslen af grundtakstmodellen i 2002 været delt ligeligt mellem amterne og kommunerne. Den delte finansiering har været anset for at være en selvstændig kilde til udgiftsvæksten på området (Indenrigsministeriet, 1989;

Landsudvalget, 1992; Socialministeriet 2003). Tankegangen er, at udgiftshensynet svækkes, når en myndighed ikke skal dække alle de omkostninger, som dens dispositioner udløser. Af samme grund foreslog Lotzudvalget allerede i 1989 (Indenrigsministeriet, 1989), at kommunerne skulle overtage den fulde finansiering af udgifterne til de sociale institutioner (det forslag, der 25 år efter bliver gennemført i forbindelse med strukturreformen – det vender vi tilbage til nedenfor).

Den delte finansiering af de sociale institutioner kan således bidrage til at forklare, hvorfor amternes udgifter til dette formål voksede mere end sygehusudgifterne i 1980'erne. Det hører imidlertid med til den historie, at problemerne med at styre udgifterne på området også hænger sammen med, at det var og er kommunerne, der visiterer til de amtslige sociale institutioner. Det var i sig selv en kilde til usikkerhed i budgetlægning og udgiftsstyring. Den blev ikke mindre af, at kommunerne også fik mulighed for at opbygge deres egne tilbud i kommunalt regi i stedet for at benytte de amtslige institutioner. I den situation skulle amterne omvendt betale kommunerne halvdelen af kommunens udgift til driften af institutionen. Den mulighed har mange kommuner, især de større kommuner, gjort brug af ikke mindst på børn- og ungeområdet. Det betød, at der var en vækst i amternes betaling til kommunerne.

Hvis amternes sociale udgifter i den situation ikke skulle stige, ville det have krævet, at amterne skulle tilpasse udgifterne nedadtil på de enkelte institutioner, evt. ved at lukke institutioner og indskrænke personaleforbruget. Det gjorde man på sygehusene for nogle personalegrupper, og det kunne man i princippet også forestille sig på det sociale område. Men her var der andre muligheder, ikke mindst at sætte taksten op for de tilbageblevne klienter på amternes sociale institutioner – og det er næppe usandsynligt, at amternes socialforvaltninger har argumenteret for den løsning ved at henvise til, at kommunerne har skullet betale halvdelen. Problemet med den løsning var imidlertid ikke alene, at det øgede kommunernes tilskyn-delse til at opbygge alternative løsninger i eget regi. Takststigningerne begrænsede tillige de besparelser på brugen af de amtslige institutioner, kommunerne havde lagt til grund, da de opbyggede deres egne tilbud. Alt i alt blev det dyrere. Ikke alene for amterne, men også for kommunerne uanset om de havde etableret egne alternativer til de amtslige tilbud eller ej. Det skal retfærdigvis tilføjes, at denne udgiftspolitiske svikmølle i hvert fald i et vist omfang blev modvirket af aftaler mellem kommunerne og amterne om kapaciteten på området, men der er næppe tvivl om, at den særegne finansieringsmodel også har medvirket til, at det har været vanskeligt at holde igen på udgifterne på det sociale område.

Praksissektoren

Praksissektoren adskiller sig også på flere måder fra forholdene i sygevæsenet. Det gælder både, hvad angår medicintilskuddet og honoreringen af de medicinalpersoner, der er tilknyttet sygesikringen. På medicinområdet er sygesikringen forpligtet til at yde tilskud til de præparater, der er godkendt af Sundhedsstyrelsen. Størrelsen af tilskuddet fastsættes af Folketinget. Honoreringen af virksomheden i praksissektoren sker ifølge de overenskomster, der er indgået med de faggrupper og personer, der er tilknyttet sygesikringen, det være sig de alment praktiserende læger, de praktiserende speciallæger, tandlæger, psykologer, kiropraktorer og fysioterapeuter. Overenskomsterne er ikke opbygget helt på samme måde for de enkelte grupper, men de har det til fælles, at honoraret og dermed sygesikringens udgifter helt eller delvist er ydelsesafhængigt. De praktiserende speciallægers, tandlægenes, psykologernes, kiropraktorenes og fysioterapeuternes indkomst er alene bestemt af, hvilke og hvor mange ydelser der præsteres. De alment praktiserende læger får som den eneste gruppe, der er tilknyttet sygesikringen, et basishonorar, der er udmålt efter antallet af patienter, der er tilmeldt lægens praksis. Den resterende del af de alment praktiserende lægers indkomst er afhængig af, hvor mange og hvilke ydelser de praktiserende læger yder.

Styringen af udgifterne til praksissektoren sker i al væsentlighed på to måder. For det første kræver det et ydernummer for, at sygesikringen yder dækning. Adgangen til et ydernummer er ikke ubegrænset for alle de grupper, der er tilknyttet sygesikringen. Tandlæger, kiropraktorer, psykologer og fysioterapeuter har fri adgang til at få et ydernummer fra sygesikringen. Til gengæld er der et betydeligt element af brugerbetaling på disse områder, der medvirker til at holde udgifterne i ave, ligesom der kan være et loft over, hvor mange behandlinger der kan opnås tilskud til. For de alment praktiserende læger og de praktiserende speciallæger, hvor der i beskedent omfang er brugerbetaling, er der ikke fri adgang til opnå et ydernummer fra sygesikringen. På disse områder aftales antallet af ydnumre mellem sygesikringen og lægernes organisationer. Heri ligger også et element af udgiftsstyring, da især de alment praktiserende læger, der allerede har et ydernummer, skæver til deres egne indkomstmuligheder og derfor kan have en interesse i, at der holdes igen på tildelingen af yderligere ydnumre. For de praktiserende speciallæger gælder det særlige forhold, at der er fastsat et loft over indtjeningen, og i de tilfælde, hvor loftet overskrides, reduceres honoraret. Den anden væsentlige styring af udgifterne på praksisområdet sker via overenskomstsyste­met, hvor det aftales, hvilke ydelser der dækkes af sygesikringen, og til hvilken takst det skal ske.

Samlet set har amterne også på praksisområdet visse muligheder for at styre udgifterne. Det er imidlertid også klart, at der set fra det enkelte amt kan være vanskeligheder ved denne styring. Selvom det enkelte amt har indflydelse på antallet af ydernumre i amtet, og selvom det enkelte amt også har visse muligheder for at kræve en del af honoraret tilbagebetalt i de tilfælde, hvor de medicinalpersoner, der er tilknyttet sygesikringen, har et ydelsesomfang – og profil – der adskiller sig markant fra gennemsnittet, så er amterne i det store og hele forpligtet til at udbetale honorar for de ydelser, der er leveret i praksissektoren – og hvor mange og hvilke ydelser der ydes i praksissektoren, er ikke noget, de enkelte amter har indflydelse på. Det er baggrunden for, at amterne med jævne mellemrum har klaget over, at det er vanskeligt at styre udgifterne til praksissektoren, og at finansieringssystemet på sygesikringsområdet uden lofter eller rammer har bidraget til udgiftsvæksten på praksisområdet og fredet området i den amtslige udgiftsprioriteringsproces (Pedersen, 2005). Hvorvidt det er den fulde og hele forklaring på, at udgifterne til praksissektoren er steget og har udgjort en stigende andel af amternes udgifter kan diskuteres. En analyse af udgiftsudviklingen på praksisområdet viser, at hovedparten af udgiftsstigningen på området er et resultat af serviceudvidelser og overenskomstændringer (Pedersen, 2005). Det kunne indikere, at amterne ikke har benyttet sig af de udgiftshåndtag, de har haft mulighed for at

skruer på. Når det er sagt, så ændrer det altså ikke på, at når der en gang er aftalt serviceudvidelser og overenskomstændringer, så er de udgifter, der deraf følger, svære at komme udenom i den amtslige prioriteringsproces.

Gymnasierne

Gymnasieområdet adskiller sig ligeledes på mange måder fra forholdene i sygehusvæsenet. Først og fremmest ved at området er detaljeret reguleret af love og bekendtgørelser. Indtil den seneste revision af loven i 2003 blev det i gymnasieloven fastslået, at undervisningen foregik på to linjer, en sproglig og en matematisk, og hvilke fag der skulle undervises i. Det blev uddybet i gymnasiebekendtgørelsen, der er revideret en del gange (den seneste forud for den nye gymnasielov, bekendtgørelse 411 af 31. maj 1999), men den har altid fastlagt, hvilke fag der er obligatoriske og valgfrie, hvornår fagene skulle tages, og i hvilket omfang og niveau de skulle tilbydes på. Bekendtgørelsen specificerede således nøje antallet af timer i de enkelte fag på den matematiske og sproglige linje.

Gymnasiebekendtgørelsen forpligtede også amterne til at udbyde både den sproglige og matematiske hovedlinje samt mindst seks valgfag på højt niveau og seks på mellemniveau på det enkelte gymnasium. Herudover er amtet forpligtet til at udbyde alle valgfag, med

undtagelse af japansk, inden for amtet som helhed. Bekendtgørelsen fastslår nok så frejdigt, at det er det enkelte amt, der bestemmer antallet af timer på de enkelte skoler. Det følges imidlertid umiddelbart af en deltaljeret minimumsbestemmelse, der er afhængig af antallet af klasser og elever på den enkelte skole. Også den har ændret sig nogle gange, men et minimumstimetal har der altid været. I bekendtgørelsen fra 1999 fremkommer minimumstimetallet på den enkelte skole som summen antallet af 1.g klasser gange 842, antallet af 2. g klaser gange 729 og antallet af 3.g klasser gange 432. Hertil kommer et antal timer, der er afhængig af skolestørrelsen. På små skoler med indtil 9 klasser skal der lægges 3051 timer til, på skoler med 10-15 klasser skal der lægges 863 timer + 10,3 time per elev til, og endelig skal der yderligere lægges 5,2 time per elev og 2689 timer på store skoler med mere end 15 klasser.

Ud over gymnasiebekendtgørelsens detaljerede regulering af fagudbuddet og timetallet er der ligeledes en relativ deltaljeret regulering af gymnasielærernes arbejdsvilkår i medfør af overenskomsten på området, der også adskiller sig markant fra forholdene i sygehusvæsenet. Indholdet af overenskomsterne er løbende blevet justeret, f.eks. er vægtningen af de enkelte opgaver ændret, men arbejdsforholdene og belastningen er gennemgående blevet nøje reguleret. Hovedindholdet i overenskomsterne har således været

en opdeling af lærernes arbejdstid i undervisningstimer, forberedelsestid, tid til opgaveretning og øvrige opgaver (uddannelses- og erhvervsvejledning, inspektorfunktionen, apparatopstilling, eksamen, konference-timer, tilsyn mv.).

Konsekvensen af overenskomstens tætte regulering af arbejdsforholdene på gymnasierne er, at der også ad den vej er og har været bindinger på det enkelte amts handlefrihed. Det er og har f.eks. været vanskeligt for et økonomisk presset amt at spare penge ved at øge den del af gymnasielærernes tid, der anvendes til katederundervisning.

Alt i alt har amterne nogle muligheder for at økonomisere med ressourcerne på gymnasieområdet ved at reducere antallet af valgfag på den enkelte skole. Større skoler og højere klassekvotient vil også kunne bidrage til at holde igen på udgifterne (Amtsrådsforeningen, 1997; Københavns Kommune, 1996), men konsekvensen af gymnasiebekendtgørelsernes minimumbestemmelser om timetallet gør, at der er grænser for, hvor meget der har kunnet spares ad den vej – om end lærertimeforbruget i de fleste amter dog altid har ligget over kravene i gymnasiebekendtgørelsen (Pallesen, 1999b). Samspejlet mellem udformningen af overenskomsterne og Undervisningsministeriets detaljerede regulering af fagudbuddet og lærertimetallet har i realiteten betydet, at der i enkelte amter og på de

enkelte skoler har været en relativ tæt sammenhæng mellem elevtallet og udgifterne til gymnasieområdet. Sammenholdt med den stigende søgning til gymnasieskolen i 1980'erne har det betydet, at også gymnasierne har haft gode argumenter for at undgå besparelser i de år, hvor den i særlig grad stod på smalhals i amterne.

3. Fra udgiftsstop til moderat vækst: Amterne fra 1993 til strukturreformen

Sygehusområdet

De forskellige institutionelle spilleregler og tilpasningsmuligheder på de enkelte amtslige ansvarsområder er således en mulig forklaring på, hvorfor det var muligt at holde igen på amternes samlede udgifter, og hvorfor det især var sygehusområdet, der måtte og kunne holde for i de år, hvor amternes økonomi blev sat under stærkt pres. Fra 1993 og fremefter ændres de økonomiske vilkår for amterne til det bedre. Spørgsmålet er, hvordan det ville påvirke fordelingen af udgifterne til amternes hovedområder. Det var ikke mindst sygehusområdet, der kom i fokus i 1990'erne, og hvor der viste sig en udpræget landspolitisk vilje til at øge indsatsen og ressourceindsatserne. På den baggrund kunne man forvente, at det var muligt for sygehusene ikke bare at øge ressourceforbruget, men også at øge udgifterne mere, end hvad der var tilfældet på de øvrige amtslige ansvarsområder.

Det kom imidlertid ikke til at holde stik. Sygehusudgifterne blev forøget i perioden efter 1993, men i gennemsnit var væksten ikke højere end på de andre

områder, så sygehusudgifternes andel af amternes udgifter er nu i det store og hele på samme niveau som for ti år siden. Formuleret på en anden måde, så er det lykkedes amterne at holde måde med sygehusudgifterne, selvom den politiske dagsorden i høj nærede forventninger i befolkningen og på sygehusene om, at der skulle tilføres sygehusene ekstra ressourcer. Det er igen et forhold, der kan undre og animere til et forklaringsforsøg.

Første led i den forklaring er, at det ikke direkte var sygehusene, men amterne, der i 1990'erne fik tilført flere midler. Den hænger igen sammen med den aftaleinstitution, der er på området, og den forskellige rolle reguleringen af bloktilskuddene spiller i besparelses- og udvidelsessituationer. Set fra landspolitikernes synsvinkel er det mere attraktivt at regulere bloktilskuddene, når der skal spares. I den situation overlades det til amterne at udmønte besparelserne. Det var ikke mindst det, der skete i 1980'erne. Omvendt når landspolitikere gerne vil markere over for offentligheden, at de gør mere på sygehusområdet, så er der for dem ikke meget ved at gøre det ved at øge amternes

bloktilskud. Set fra den synsvinkel, er problemet med at øge bloktilskuddene, at det ikke er særligt synligt, at landspolitikerne gør en særlig indsats over for sygehusene eller de særlige problemer eller patientgrupper, man gerne ville tilgodese. Det kunne endda gå så galt, at det var amterne og amtspolitikerne, der høstede anerkendelsen for den ekstra indsats på sygehusområdet og de patientgrupper, der blev tilgodeset. Derfor har landspolitikerne alle tilskyndelser til at søge at markere, at de også har lod og del i forbedringerne ved specifikt at rette dem mod særligt akutte problemer eller særligt udsatte patientgrupper.

På den anden side har amterne til stadighed kæmpet en indædt kamp for at bevare deres store autonomi på sygehusområdet. Det var her, de kunne lave politik og gøre en forskel, der havde en bevågenhed i befolkningen. Set fra amternes synsvinkel er størrelsen af råderummet på sygehusområdet langt hen ad vejen vigtigere end størrelse af ressourcerne. Derfor tålte og administrerede amterne den økonomiske smalhals i 1980'erne. Af den grund ville det være udmærket set fra amternes side – og af de samme grunde som landspolitikerne ikke ønskede det – hvis den landspolitiske medvind på sygehusområdet havde udmøntet sig i øgede bloktilskud. Man kan således se brugen af aftaleinstitutionen i 1990'erne og i begyndelse af det nye århundrede som et kompromis mellem amterne og Christiansborg i en situation, hvor serviceforbedringer

på sygehusområdet kom på den politiske dagsorden. Med de aftaler, der blev lavet på området, kunne landspolitikerne med god ret hævde, at de havde gjort en særlig indsats over for ventelisterne på det kirurgiske område, psykiatrien og kræftområdet etc. De kunne også med god ret hævde, at de økonomisk havde tilskyndet amterne til at øge aktiviteten, da de aftalte med amterne, at 10 og senest 20 procent af sygehusenes midler skulle være afhængig af aktiviteten.

På anden side var amterne tilfredse med at få tilført flere midler, uden at deres autonomi på sygehusområdet grundlæggende blev anfægtet, da aftalerne i realiteten mest havde karakter af hensigtserklæringer, der ikke nøjere specificerede, hvordan amterne skulle løse opgaverne. I samme åndedrag træder man givetvis ikke mange amter over tærerne ved at hævde, at der næppe var mange sygehuse og sygehusafdelinger, der nogensinde opdagede, at 10 eller 20 procent af deres bevillinger var blevet gjort aktivitetsafhængige.

Af samme grund kan man rejse spørgsmålet, om de seneste års landspolitiske tiltag på sygehusområdet kan ses som et brud med den tidligere aftaleinstitutionens lempelige vilkår for implementeringen af aftalerne på amtsniveauet og i realiteten er et mere betydeligt indgreb i amternes autonomi på sygehusområdet. Det gælder især den udvidede behandlingsgaranti, der giver patienter ret til behandling på et andet

sygehus ved ventetider ud over to måneder og den såkaldte Løkke-pose, der sigtede på, at det netop var de sygehuse og sygehuse, der øgede aktiviteten, der skulle tilføres yderligere midler. Svaret er nok, at det mere er tilfældet med det første tiltag end det sidste. Uanset Løkke-posens erklærede formål, så skete udmøntningen af Løkke-poseden fortsat ved amternes mellemkomst, snarere end det var et direkte mellemværende mellem Indenrigs- og sundhedsministeriet og de enkelte sygehuse og sygehusafdelinger. Og det har næppe været en uoverstigelig udfordring for kreative budgetmedarbejdere i amterne at foretage en tillempning af sammenhængen mellem aktiviteten og bevillingerne på sygehusene og sygehusafdelingerne.

Så selvom der har været mange landpolitiske initiativer siden 1993, der har haft til formål at øge aktiviteten i bred forstand på sygehusområdet og over for særlige problemer som ventelisterne og særlige patientgrupper som f.eks. kræftpatienterne, så er der kun i meget beskeden omfang direkte overført flere penge til sygehusene. Midlerne er gået til amterne, og sygehusene har fortsat måttet kæmpe for midlerne i den amtslige prioriteringsproces. Selvom det må antages, at sygehusene har haft bedre vilkår i det spil end i 1980'erne på grund af den øgede landpolitiske opmærksomhed og de aftaler, amterne har indgået om at forstærke indsatsen på området, så er det ikke uden videre givet, at midlerne ville blive tilført sygehusene. Og det

skete som nævnt heller ikke i et omfang, der gjorde, at sygehusenes andel af amternes budgetter voksede.

De øvrige serviceområder

Det rejser igen spørgsmålet, om amternes øvrige ansvarsområder også i en situation med økonomisk medvind viste sig at have bedre kort på hånden i prioriteringsprocessen end sygehusene. Det kan siges fortsat at have gjort sig gældende for sygesikringsområdet, hvor der ikke foretages større ændringer i finansieringssystemet, og hvor de grundlæggende udgiftsmæssige styringsproblemer fortsat har gjort sig gældende. Væksten i aktiviteterne og udgifterne på sygesikringsområdet fortsatte og udgjorde en stigende andel af amternes udgifter. Som det blev berørt ovenfor, så har amterne givetvis større økonomiske styringsmuligheder på sygesikringsområdet, end det nogen gange fremstilles. Det gælder som kollektiv aktør i Sygesikringens forhandlingsudvalg, der forhandler overenskomsterne, og hvor en analyse af væksten i perioden 1990-97 viser, at en betydelig del af udgiftsviklingen på området skyldes ændringer i overenskomsterne og aftalte serviceudvidelser (Pedersen, 2005). Herudover har også de enkelte amter visse styringsmuligheder på sygesikringsområdet, især i det amtslige samarbejdsudvalg, der blandt andet fastsætter antallet af praktiserende læger. Det ændrer imidlertid ikke på, at når overenskomsterne er vedtaget, og når

antallet af ydernumre er besluttet, så er udgifterne til sygesikringen i det store og hele ikke til at komme uden om for amterne.

Til gengæld er udgifterne til gymnasieområdet stagneret og har udgjort en faldende del af amternes samlede udgifter. Det kan hænge sammen med, at det ikke er givet, at gode argumenter for at undgå besparelser i en trængt økonomisk situation også er et aktiv i en mere lukrativ økonomisk periode. Tværtimod kan de bindinger på driften, der har været et værn mod besparelser, vise sig at være en ulempe i en situation, hvor der er rigeligere midler. Når gymnasierne med held og rimelighed har kunnet argumentere for, at det var vanskeligt at spare på dette område på grund af de bindinger, der lå i den centralt fastsatte regulering, det være sig i form af lovgivning og bekendtgørelser eller overenskomsterne på området, der gjorde, at der var en stærk sammenhæng mellem elevtallet og udgifterne – så kan de selv samme forhold være en ulempe i en situation, hvor søgningen til gymnasierne stagnerer. Og det var lige præcis, hvad der skete fra midten af 1990'erne og små ti år frem.

På det sociale område kunne man forvente, at den fortsatte kommunale oprustning på især børne- og ungeområdet ville sætte amternes socialvæsen under pres. Det kom imidlertid ikke til at holde stik, og det hang sammen med, at udviklingen på sygehusområdet

også åbnede nogle muligheder på det sociale område. Tendensen til at afkorte indlæggelsesforløbene gjorde sig ikke mindst gældende i det psykiatriske sygehusvæsen. Det var tanken, at der skulle opbygges et distriktspsykiatrisk tilbud, der helt eller delvis kunne erstatte en hospitalsindlæggelse. Til de patienter, der ikke kunne klare sig i eget hjem med distriktspsykiatrisk bistand, skulle der være et botilbud i amtsligt socialt regi. I den ånd blev hospitalernes H-plejehjem overført til den sociale sektor allerede i 1987. Der er imidlertid kommet en del andre, nyetablerede botilbud til siden da. Nogle af dem blev finansieret ved en direkte overførsel af midler og personale fra det psykiatriske sygehusvæsen. I andre tilfælde blev der etableret tilbud, der ikke direkte var finansieret af midler fra sygehusvæsenet, og den udbygning var nok større, end man oprindeligt havde forestillet sig. Det hang blandt andet sammen med, at distriktspsykiatrien aldrig fik den kapacitet, det oprindeligt var tanken, og tillige viste distriktspsykiatrien sig også at tiltrække andre grupper, der havde et tiltrængt og udækket behov for psykiatrisk bistand. Det gælder ikke mindst den store gruppe af neurotikere, der tidligere blev behandlet på sygehusene, men som op igennem 1970'erne og 1980'erne gradvist forsvandt fra de psykiatriske sygehuse.

Opbygningen af et psykiatrisk tilbud i amtsligt socialt regi skal således ses i lyset af, at etableringen af til-

bud på specielt børn- og ungeområdet i primærkommunerne gjorde, at der var ledig kapacitet på det sociale område. Og det var muligt at finansiere opbygningen af det socialpsykiatriske tilbud i amtslig regi ved at overføre midler mellem de amtslige ansvarsområder, ikke mindst sygehusområdet.

Amternes eftermæle

Samlet set har amterne ikke gjort det så ringe endda for nu at sige det på jysk. De formåede at holde sygehusudgifterne i ro i en periode, hvor der på samme tid var betydelige problemer med væksten i sygehusudgifterne i stort set alle andre vestlige lande. Amterne bidrog dermed også til at begrænse væksten i offentlige udgifter i en periode, hvor den målsætning stod højt på den politiske dagsorden. Da der blæste mildere vinde over for sygehusvæsenet, og landpolitikernes, befolkningens og sundhedspersonalets forventninger til sygehusbetjeningen voksede, sørgede de for, at væksten ikke løb løbsk. Der er givetvis også ting, amterne har kunnet gøre bedre og hurtigere, end de formåede. F.eks. var de ikke altid lige gode til at lodde folkestemningen og lige hurtige til at komme ud af starthullerne, når der det gjaldt indførelsen af et friere sygehusvalg og retten til adgang til behandling uden alt for lange ventetider. Der har de værnet om deres autonomi i et omfang, der næppe i det lange løb har stillet dem mere fordelagtigt, hverken i befolkningens

eller landspolitikernes øjne. Og uanset om der har været op- og nedgangstider, så er amternes håndtering af sygehusvæsenet ikke sket uden omkostninger. Der er lukket mange sygehuse og sygesenge, og visse patientgrupper, specielt ældre medborgere og psykiatriske patienter, har givetvis nogen gange oplevet de kortere indlæggelsestider som en serviceforringelse. De mange ansatte i de ikke-kliniske hjælpefunktioner på sygehusene, der mistede deres job, er sikkert heller ikke ubetinget begejstrede for den måde, amterne har håndteret deres hovedopgave på. Onde tunger vil sige, at det er et udtryk for en velkalkuleret del og hersk-politik, der har skånet de stærke grupper i sygehusvæsenet, specielt lægerne og sygeplejerskerne. Men det er på den anden side en udvikling, der samtidig har været en væsentlig del af baggrunden for, at det er lykkedes at holde udgiftsudviklingen i ave. Og det er vel at mærke beslutninger, der af og til har krævet politisk mod og mandshjerte ud over det sædvanlige – det gælder ikke mindst de mange, oftest upopulære sygehuslukninger.

I nogle tilfælde kan det tilskrives, at der har været eksempler på amtspolitikerformat ud over det sædvanlige. Hovedpointen i denne status over for amternes indsats i de sidste 25 år er imidlertid, at sammensætningen af amternes opgaver og de spilleregler og tilpasningsmuligheder, der har gjort sig gældende på amternes forskellige hovedområder, også har "hjulpet"

amterne til deres vellykkede indsats på sygehusområdet. Det har betydet, at sygehusvæsenet har måttet være – og har kunnet være – bufferen i amternes budgetter, når gymnasierne, den sociale sektor og sygesikringen af gode og svært afviselige grunde har haft behov for at øge udgifterne. Hertil kommer, at særligt den sociale sektor har draget fordel af det amtslige samkvem med sygehusvæsenet og har kunnet over-

tage opgaver, der er blevet frigjort på grund af udviklingen i sygehusvæsenet som erstatning for tabet på andre indsatsområder.

Det spørgsmål, der afslutningsvis skal drøftes, er, om det kan forventes, at den udvikling fortsætter, når amterne nedlægges og regionerne kommer til verden 1. januar 2007.

4. Et kig i krystalkuglen: Hvad bliver effekten af strukturreformen?

Som nævnt i indledningen er hovedtrækkende i strukturreformen, at gymnasierne overgår til at blive selvejende, taxameterfinansierede, statslige institutioner. Størsteparten af amternes sociale institutioner bliver overtaget af kommunerne, og regionernes få tilbageværende sociale institutioner skal fremover fuldt ud finansieres af kommunerne. På sygehusområdet bliver finansieringen omlagt til en kombination af statslige og kommunale sundhedsbidrag, hvoraf en del vil blive udmålt efter regionens aktivitetsomfang.

Gymnasierne

Hvorvidt overgangen til selveje og taxameterfinansiering kommer til at betyde store ændringer på gymnasieområdet er vanskeligt at forudsige. Man kunne tage udgangspunkt i, hvordan selvejet og taxameterstyringen har virket på erhvervsskoleområdet, der i en årrække allerede har haft denne styringsform. Det er imidlertid ikke sikkert, at erfaringerne på erhvervsskoleområdet direkte kan overføres til gymnasieområdet. Erhvervsskolerne adskiller sig fra gymnasierne i en væsentlig henseende: I modsætning til erhvervsskolerne udbyder gymnasierne kun én uddannelse. På erhvervsskolerne er der mulighed for, at en vækst i til-

gangen til en uddannelse kan kompensere for et fald i en anden uddannelse, også fordi erhvervsskolerne har mulighed for at subsidiere uddannelserne internt på skolerne. Den mulighed har gymnasierne ikke. Det kunne betyde, at gymnasierne vil være betydeligt mere sårbare over for ændringer i søgningen til den almene gymnasieuddannelse, og at taxametersystemet af den grund vil give gymnasierne større tilpasningsproblemer, herunder medføre flere skolelukninger, end hvad der har været tilfældet på erhvervsskoleområdet. På den anden side er det ikke givet, at et sådant udfald vil blive accepteret fra politisk hold. Hertil kommer, at der i regionalt regi er bestræbelser på at aftale en fordeling af eleverne, således at der undgås alt for store udsving i søgningen til det enkelte gymnasium – svarende til de fordelinger af eleverne, der allerede i dag sker inden for det enkelte amt. I så fald er det ikke givet, at taxametersystemet får de store konsekvenser.

Det regionale socialvæsen

For socialvæsenet er udfordringerne betydelige. I modsætning til, hvad man havde regnet med, så overtog kommunerne langt hovedparten af amternes sociale institutioner. Der vil ikke være mere end godt 10 pro-

cent tilbage i regionalt regi, både opgjort som antal institutioner og antal pladser. Og blandt de institutioner, der er tilbage, er der ikke bare de stærkt specialiserede sociale institutioner, men også en del med en bredere profil, som kommunerne i flere tilfælde alene nok har undladt at overtage, fordi de har haft få klienter fra beliggenhedskommunen. Hvad angår de sidstnævnte institutioner, er det ikke usandsynligt, at de kommuner, der nu benytter institutionerne, på længere sigt vil fase deres brug af disse institutioner ud. Samlet set vil regionernes rolle som driftsherre blive yderst begrænset, og det rejser spørgsmålet, hvilken rolle regionerne i stedet kan spille fremover. Regionerne skal koordinere tilbuddene, og i den forbindelse forestå udformningen af de rammeaftaler, der skal sikre forsyningen af et tilstrækkeligt antal pladser i regionen. Med al respekt for den opgave, så er det næppe noget, der kan begrunde, at den nuværende kapacitet i amternes sociale forvaltninger opretholdes uændret i regionerne.

Hvilke muligheder har socialvæsenet så? En tanke, der har været fremme er, at regionerne skal forestå kvalitetsudviklingen på området. Problemet med den strategi er, at den koster penge, og dem er der i den fremtidige finansieringsstruktur kun kommunerne til at betale. Hvorvidt kommunerne er villige til det er yderst tvivlsomt, blandt andet fordi der samtidig opbygges et centralt tilbud (VISO), der har nogenlunde samme formål, men som ikke vil koste kommunerne alverden.

Et andet spørgsmål er, om socialvæsenet fortsat kan blive ved med at overtage opgaver fra sygehusvæsenet, som det hidtil er sket på det psykiatriske område. Problemet med den strategi er imidlertid, at der med den nye strukturreform vil komme et skarpt skel mellem sundheds- og socialvæsenet. Sundhedsvæsenet får sin egen cigarkasse, der finansieres af stats- og kommunebidrag. Selvom der givetvis også fremover vil være opgaver og muligheder i gråzonen mellem sundheds- og socialvæsenet, der opstår i kølvandet på en forventelig fortsat omlægning fra stationær til ambulans behandling på sygehusområdet – f.eks. i form af flere mellemstationer, inden patienterne overgår til et kommunalt tilbud eller hjemmet – så vil den strategi hæmmes af, at kommunerne givetvis også vil byde ind på den opgave. Dernæst også af, at det på grund af det nye cigarkassesystem i givet fald skal ske for midler fra sygehusvæsenet og i sygehusvæsenets regi. Det betyder også, at socialvæsenet ikke skal distancere sig fra sygehusvæsenet med eget udvalg, direktion og administration, snarere tværtimod. Og så er der givetvis folk i socialvæsenet, der synes, at prisen for at overleve er for høj. Under alle omstændigheder står socialvæsenet i en meget vanskelig situation i den fremtidige struktur, der vil kræve svære valg, hvis der også fremover skal være et levedygtigt socialvæsen i regionerne.

Sundhedsområdet

På sundhedsområdet bliver en del af den statslige og kommunale finansiering aktivitetsbestemt. Ideen er, at kommunerne skal have en stærkere tilskyndelse til at forebygge og undgå indlæggelser på sygehusene. Og der er næppe tvivl om, at det har været anledningen til, at der nu i mange kommuner er planer om at oprette forskellige tilbud inden for sundhedsfremme, forebyggelse, genoptræning/rehabilitering, akutstuer, sundhedscentre og udgående team i hjemmeplejen. Mange af disse planer vil sikkert også blive realiseret, også selvom en nøgtern vurdering tilsiger, at det økonomiske incitament for at iværksætte planerne er beskedent (Pedersen, 2004). Det hænger ikke bare sammen med, at det er usikkert, hvor mange indlæggelser der vil kunne spares ved en oprustning på det kommunale område. Og selvom det skulle vise sig at være muligt at undgå indlæggelser på den måde, så er det en naiv forestilling, at sygehusene ikke skulle være dygtige og kreative nok til at finde på noget andet at lave og producere de indlæggelser, der måtte være nødvendige for at opretholde den aktivitetsafhængige pengestrøm fra kommunerne og staten.

Det mere grundlæggende spørgsmål er imidlertid, om de økonomiske incitamenter i realiteten er afgørende for kommunernes dispositioner. De vil givetvis blive brugt som argument i den kommunale beslutningspro-

ces for at oprette tilbuddene. Erfaringerne fra de mange omlægninger af refusionsordningerne i kølvandet på den gamle kommunalreform viser, at overgangen fra refusioner til bloktilskud ikke havde den forventede udgiftsdæmpende effekt på de populære, kommunale ansvarsområder (Pallesen, 2003). Og sundhed er, som nævnt, et populært område. Et ikke urealistisk scenario er derfor, at der vil ske en opbygning på kommunalt niveau. Det kan sikkert være udmærket for mange borgere, og det kan givetvis fange nogle hidtil helt eller delvist oversete grupper og problemer på samme måde, som det tidligere skete i distriktpsychiatrien. Og i det omfang, det skulle reducere nogle indlæggelser, så vil det frigøre nogle kræfter på sygehusene til andre, sikkert lige så udmærkede formål. Det bliver næppe heller bedre af, at regionspolitikere ikke længere selv skal finde finansieringen gennem skatter, men kan koncentrere sig om at presse kommunerne og staten for flere midler. Hvorvidt især landspolitikere kan modstå det pres, er et nok så åbent spørgsmål, når de fremover får et mere direkte ansvar for forholdene i sundhedsvæsenet. Erfaringerne fra dengang, staten drev Rigshospitalet, indikerer ikke, at der kan forventes den allerstørste standhaftighed fra den kant. Alt i alt tegner det til, at sundhedsvæsenet vil blive en del dyrere. Hvis man på den måde vil følge sundhedspersonalets og befolkningens ønsker, så er det jo, som det skal være. Regionspolitikere vil næppe have svært ved at om-

stille sig til rolle, hvor det alene handler om at forbedre forholdene i sundhedsvæsenet uden at have hovedansvaret for at finde midlerne til forbedringerne. Men hvis et af succeskriterierne for sundhedsvæsenet er, at der fortsat skal udvises et vist mådehold, så skal der nok være nogle, der vil komme til at savne

de gamle amter, der godt hjulpet af deres særegne opgavesammensætning og de forskellige spilleregler og tilpasningsmuligheder, der var gældende på deres hovedområder, viste sig at løse den opgave til godt og vel bestået, for nu igen at sige det på jysk.

5. Referencer

Amtsrådsforeningen (1997). Opgavekommissionen. Amtsrådsforeningens oplæg, København: Amtsrådsforeningen.

Blom-Hansen, Jens (2002). Den fjerde statsmagt. Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Blom-Hansen, Jens & Thomas Pallesen (2001). The fiscal manipulation of a decentralized public sector: macroeconomic policy in Denmark. *Environment and Planning C*: 19: 607-623.

Christensen, Jørgen Grønnegard (2000). The Dynamics of Decentralisation and Recentralisation. *Public Administration*: 78: 389-408.

Green-Pedersen, Christoffer (1998). Udviklingen i udgifterne til overførsler og konsum i Danmark fra 1982 til 1992. *Økonomi & Politik*, 72: 25-37.

Indenrigsministeriet (1989). De kommunale opgavers fordeling og finansiering. Betænkning nr. 1168, København: Indenrigsministeriet.

Indenrigsministeriet (1995). Betænkning fra Hovedstadskommissionen om hovedstadsområdet fremti-

dige struktur, Betænkning nr. 1307, København: Indenrigsministeriet.

Indenrigsministeriet (1998). Fordelingen af opgaver i den offentlige sektor, Betænkning nr. 1366, København: Indenrigsministeriet.

Københavns Kommune (1996). Analyse af ressourceforbrug og serviceniveau i Københavns Kommune, København: Københavns Kommune.

Landsudvalget vedrørende den sociale opgavefordeling (1992). Den sociale opgavefordeling, København: Socialministeriet.

Pallesen, Thomas (1999a). Sundhedspolitik: Hvad udad tabes må indad vindes, pp. 127-145 i Jens Blom-Hansen & Carsten Daugbjerg (red.), *Magtens organisering – Stat og interesseorganisationer i Danmark*, Århus: Systime.

Pallesen, Thomas (1999b). De danske amter – politikere eller administratorer? Gymnasieskolen som eksempel, pp. 97-121 i Jens Blom-Hansen m.fl., *Offentligt og Effektivt*, København: Gyldendal.

Pallesen, Thomas (2003) Den vellykkede kommunalreform og decentralisering af den politiske magt i Danmark, Århus: Aarhus Universitetsforlag

Pedersen, Kjeld Møller (2004). Kommunal medfinansiering på sundhedsområdet, FOKUS-Nyt, 29: 4-13, København: FOKUS.

Pedersen, Kjeld Møller (2005). Sundhedspolitik, Odense: Syddansk Universitetsforlag.

Pedersen, Lars Dahl (1996). The Politics of Cost Containment in Public Services. Hospital Budgeting in Denmark, Germany, and the Netherlands, 1979-92, Århus: Politica.

Pedersen, Lars Dahl & Thomas Pallesen (under udgivelse): Adapting to cost containment in the 1980s and cost expansion in the 1990s, i Erik Albæk, Leslie Eliasson, Asbjørn Sonne Nørgaard & Herman Schwarz (red.), Crises Miracles and Beyond, Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Socialministeriet (2003). Socialministeriets strukturanalyse, www.social.dk/netpublikationer/p7struktur0306/htm13/publikationer.htm

Pjecen kan bestilles hos FOKUS på
Tlf.: 35 29 81 00
E-mail: publ@fokus-net.dk
FOKUS' hjemmeside: www.fokus-net.dk

Pjecen har bestillingsnummer 7366
© FOKUS og forfatteren

Layout: SisterBrandt
Tryk: Danske Regioner
Oplag: 500

Pjecen koster kr. 50,- inkl. moms, ekspedition og forsendelse. Pjecen kan læses og udskrives gratis fra FOKUS' hjemmeside: www.fokus-net.dk/fraamttilregion

ISBN nr. 87-90837-45-2 (trykt)
ISBN nr. 87-90837-46-0 (elektronisk)

Den 1. januar 2007 nedlægges de nuværende amter og erstattes af regionerne. Det er en passende anledning til at gøre status over amternes indsats. Pjecens hovedkonklusion er, at amterne gjorde det godt, især fordi det lykkedes dem at sikre en mådeholden økonomisk udvikling på sygehusområdet.

Årsagen til de danske amters bedrift skal ses i sammenhæng med sammensætningen af amternes opgaver og de forskelligartede styringsprincipper, der har været gældende på amternes hovedområder. Sygehusområdet, der var amternes største og vigtigste opgave, var i realiteten bufferen i de amtslige budgetter, og det var her, amterne kunne og måtte holde igen, når der skulle spares. Med regionernes ændrede opgaver, og de styrings- og finansieringsprincipper, der indføres på sundhedsområdet, kan den udvikling imidlertid ikke forventes at forsætte, da sygehus- og sundhedsområdet ser ud til at få langt bedre muligheder for at få tilført øgede ressourcer.

ISBN nr. 87-90837-45-2 (trykt)

ISBN nr. 87-90837-46-0 (elektronisk)

Kan bestilles eller downloades på www.fokus-net.dk/pjecer