

Sporskifte i dansk sundhedspolitik?

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

1. Indledning

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Relationer mellem regionale myndigheder og stat¹

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

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

Finansieringssystemet udviklede sig fra refusion af specifikke aktiviteter til generelle

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

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

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

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

Andre lovgivningsmæssige tiltag i perioden vedrører ventetider til sygehusbehandling. I

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

kes i forhold til specialeplanlægning, kontrol og overvågning.

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

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

3. Forskydninger fra regionalt til kommunalt niveau?

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

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

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

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

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

4. Samlet vurdering af kompetenceforskydninger mellem de nationale myndighedsniveauer

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

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

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

5. Sundhedsydelser udover Nationalstaten? EU og Grænseoverskridende Sundhedsrettigheder

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

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

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

ning af nationale sundhedsydelser.

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

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

6. Domstols aktivisme frem mod etableringen af et EU Sundhedsmarked

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Territoriale opbrud i Dansk Sundhedspolitik

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

en anden medlemsstat.

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

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

8. Diskussion

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

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

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

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

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

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

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

ret til forebyggelse og rehabilitering.

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

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

Referencer

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

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

Noter

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

8. Dom nr. C-157/99 Geraets-Smits og Peerbooms, 12. juli 2001.
9. Dom nr. C-385/99 Müller-Fauré og Van Riet, 13. maj 2003.
10. En sådan vil imidlertid efter alt at dømme kræve en præcisering i Traktaten af tjenesteydelsesbegrebets forhold til sundhedsområdet, og således kræve enstemmighed samt efterfølgende ratificering. De institutionelle barrierer for en sådan politisk korrektion af den retlige fortolkning er således meget høje.
11. »Redegørelse fra Embedsmandsgruppen til vurdering af konsekvenserne af EF-domstolens afgørelser i Decker/Kohl-sagerne«. September 1999.
12. Se artikel 23 af COM (2004) 2, 5 marts 2004.
13. I den forestående sag nr. C-372/04 Watts.