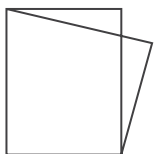


# Fra ventelister til frit valg

## Neoliberal guvernementaltet i sundhedsvæsenet



Lars Thorup Larsen,  
lektor, Institut for  
Statskundskab,  
Aarhus Universitet

Siden begyndelsen af 1980'erne har sundhedsvæsener i mange vestlige lande undergået reformer, der enten har medført egentlige privatiseringer eller på anden måde har øget brugen af markedslignende modeller i styringen af offentlige institutioner. Der kan være forskellige motiver bag sådanne reformer, men en gængs opfattelse er, at det handler om at stoppe udgiftsvæksten i det offentlige og i stedet skære ned på den skattefinansierede velfærd. Set i det lys er det danske sundhedsvæsen måske ikke det mest oplagte eksempel på neoliberalisme, eftersom den øgede brug af private aktører i sundhedsvæsenet siden 2001 har været ledsaget af en markant stigning i de offentlige sundhedsudgifter, mens der omvendt var overraskende stor stabilitet i sundhedsudgifterne i 1980'erne og 90'erne, inden det private sundhedsmarked for alvor blev udbygget.

Hvis det danske sundhedsvæsen er blevet påvirket af neoliberale ideer, skyldes dette altså ikke en galopperende udgiftsvækst, for hvis en sådan findes, er den nærmere kommet bagefter. Det kan heller ikke direkte forklares ud fra borgernes ønsker, eftersom det offentlige sundhedsvæsen har en så uhørt høj folkelig tilslutning i Danmark, at samtlige politiske partier fra Enhedslisten til Liberal Alliance støtter det mere end 150 år gamle grundprincip om 'fri og lige adgang' til sundhed.

Ikke desto mindre er der indført en øget brug af konkurrence, frit valg og i det hele taget af private aktører, ikke mindst siden 2001. Derfor er det ikke nødvendigvis en fejl at identificere denne udvikling med neoliberalisme, men måske omvendt en teoretisk fejltagelse at identificere neoliberalisme med nedskæringer og mindre stat. Denne artikel søger derfor at inddrage Michel Foucaults

begreb om neoliberal guvernemantalitet til at analysere indførslen af fritvalgsordninger i sundhedsvæsenet. Om end det er begrænset, hvad der kan konkluderes ud fra en enkelt case,<sup>1</sup> peger analysen på en essentiel ledelsesteknik i neoliberalismen, der kan have langt videre implikationer for forholdet mellem offentlig og privat sektor samt mellem stat, borger og professionelle. Artiklen indledes med en kort introduktion til Foucaults begreb om neoliberalisme efterfulgt af et case-studie fokuseret på indførslen af 'udvidet frit sygehusvalg' i 2002.

#### Foucaults analyse af neoliberalisme

Hvor indholdet af begrebet neoliberalisme er omstridt, er det imidlertid stort set altid de samme tænkere, betegnelser forbindes med, ikke mindst Hayek og Friedman, og politisk identificeres begrebet oftest med Thatchers og Reagans reformer i 1980'erne (se fx Stedman Jones 2012). Allerede inden neoliberalismen var blevet omsat i politisk praksis dedikerede Foucault en del af sin forelæsningsrække Biopolitikens fødsel i 1979 til indkredse en neoliberal guvernemantalitet. Med dette begreb ønskede Foucault at gå imod den forestilling, at neoliberalisme først og fremmest er en ideologi. Ligesom datidens marxistiske ideologikritik er der endnu tænkere i dag, der forstår neoliberalismen som ren og skær ideologisk glasur, hvor enhver tale om frihed blot er et skalkeskjul for klasseinteresser (Harvey 2005).

I modsætning til dette ønsker Foucault at analysere såvel liberalisme og neoliberalisme som et sæt af ledelsesteknologier. I den sammenhæng er individuel frihed og private markeder ikke først og fremmest normative idealer og heller ikke en karakteristik af en ureguleret naturtilstand. Frihed og markeder skal

først konstrueres, blandt andet ved at intervenere imod andre friheder, fx friheden til at etablere monopoler (Foucault 2009: 82-3). Forstået som guvernemantalitet adskiller neoliberalismen sig ret markant fra den klassiske liberalisme, selvom de fleste neoliberale tænkere ynder at se dem i forlængelse af klassisk liberale ikoner som Adam Smith. Hvor den klassiske liberalisme hos bl.a. Smith søgte at sikre markedet mod udefrakommende intervention og under overskrifter som *laissez-faire*, er neoliberalismen ifølge Foucault omvendt karakteriseret ved at generalisere markedsmodellen til alle sfærer af samfundet (Foucault 2009: 145). Konkurrencebaserede prismetikler kan og bør generaliseres til alle sfærer af samfundet, fordi det opfattes som en overlegen metode til at rationalisere ledelsen af mennesker. Et andet centralt element i neoliberal guvernemantalitet, som Foucault diskuterer, er dens brug af figuren *homo oeconomicus*. Denne figur optrådte allerede i det 18. århundredes liberalisme, men som et subjekt, hvis interesser og ejendom ikke måtte underkastes de offentlige myndigheder, fordi *homo oeconomicus* var et 'element uden for magtudøvelsens rækkevidde' (Foucault 2009: 306). Omvendt gælder det i de nyere inkarnationer, fx hos den neoliberale økonom Gary Becker. Her "fremstår *homo oeconomicus* netop som ham, der tilpasser sig, ham, der reagerer på en systematisk måde på de systematiske variationer, man kunstigt vil udsætte miljøet for. *Homo oeconomicus* er ham, der i eminent grad er regerbar. Fra at have været *laissez faire*'ens umærkelige partner fremstår han nu som modstykket til en guvernemantalitet, der søger at påvirke miljøet og systematisk ændre på dets variable" (Foucault 2009: 307).

Overført på sundhedspolitik betyder det, at enhver form for adfærd – såvel patientens efterspørgsel efter bestemte sundhedsydelser som lægens valg af behandlingsmetode – kan ledes gennem manipulation af de økonomiske incitamenter. Når borgere således tildeles og benytter en ret til frit valg mellem offentlige og private udbydere skaber dette et ganske forudsigeligt pres på udbyderne, naturligvis afhængigt af, hvorledes incitamenterne er tilrettelagt. På den måde kan man bruge 'frie' aktørers forudsigelige handlemåde som en ledelsesmekanisme. I det følgende illustreres det, hvorledes fritvalgsordninger indgår i den neoliberale guvernemantalitet, som sundhedsvæsenet moderniseres med efter 2001.

#### Fra ventelister til frit sygehusvalg

Den offentlige sygesikring har meget stor tilslutning i den danske befolkning. Det er muligvis en af grundene til, at nærmest alle forsøg på at indføre privat marked og brugerbetaling i sundhedssektoren er slået fejl, bl.a. under den borgerlige regering mellem 1982 og 1993 (se også Petersen 1980; Mikkelsen og Steenstrup 1988). Desuden er det karakteristisk, at der forud for reformerne i begyndelsen af 2000'erne var meget få private udbydere af sygeforsikring og behandling, som kunne føre lobbyvirksomhed for øget privatisering. Da det 'udvidede frie sygehusvalg' blev indført i 2002, skete det således ikke som resultat af pres fra en stærk privat sektor, ej heller var det en reaktion på en omkostningskrise i det eksisterende system. Faktisk var det lykkedes at holde sundhedsomkostningerne stabilt omkring 8% af BNP indtil da (Palleen 1997) mod aktuelt knap 11%. Kernen i reformen var at indføre en ventetidsgaranti. Hvis en

patients hjemhospital ikke kunne tilbyde behandling inden for to måneder efter patienten var henvist dertil ville vedkommende få ret til at vælge at modtage behandling på et andet offentligt eller privat hospital uden anden brugerbetaling end mulige transportomkostninger. Der er fire faktorer, som er særligt centrale for at forstå indførslen af retten til at bruge privathospitaler på det offentlige regning. For det første er der selve ventelisterne, som af både medierne og den politiske elite blev set som det helt afgørende sundhedspolitiske problem i 1990'erne og de tidligere 2000'ere. For det andet er det centralt, at de politiske ledere opfattede fritvalgsreformen som et vigtigt instrument til at styre de offentlige hospitaler gennem økonomiske incitament. For det tredje annoncerede den nyvalgte statsminister Anders Fogh Rasmussen denne reform som et vigtigt element i en bredere 'kulturkamp' om den danske velfærdsstat. Endelig var reformen for det fjerde del af en bredere ambition om at udbygge den private sundhedssektor og give den adgang til patienter og ressourcer fra den offentlige sygesikring. Hver af disse fire faktorer vil i det følgende blive relateret til neoliberal guvernementaltet.

### Ventelisten som politisk problem

Ventetid opstår spontant hele tiden i sundhedsvæsenet, for eksempel når patienter selv foretrækker at planlægge en operation på et bestemt tidspunkt. Ventetid som politisk problem er imidlertid noget helt andet. Den opstår, når individuelle patienter søger behandling gennem deres praktiserende læge, der stadig fungerer som gatekeeper til behandling hos speciallæger og på hospitaler (Pallesen og Dahl Pedersen 2008: 231).<sup>2</sup> Henvisningen fra den prak-

tiserende læge vil typisk sende patienten til videre undersøgelse og eventuel behandling på det nærmeste offentlige sygehus med det pågældende speciale, og kan dette 'hjemhospital' ikke tilbyde adgang med det samme, vil patienten få en senere dato. På denne måde opstår ventetid helt konkret, hvorimod ventelisten som politisk problem også i høj grad er en social konstruktion. Stigende ventetider var faktisk en bivirkning af den strenge, men også ret succesfulde omkostningsstyring igennem 1980'erne. Løsningen af et problem skabte imidlertid et andet, ventelister. Før reduktion af ventelisterne kunne blive en politisk prioritering, måtte det imidlertid først konstrueres som et mål, centraladministrationen kunne bruge til at vurdere produktiviteten på offentlige hospitaler. Til trods for disse administrative forsøg på at øge produktiviteten og trods en nominal vækst i produktionen af sundhedsydelser fortsatte ventetiderne med at vokse på grund af stigende efterspørgsel, aldring og ny behandlingsteknologi (Vrangbæk 2004: 25-7). I 1990'erne fik ventelisterne opmærksomhed i medierne og den politiske offentlighed, ofte under den eksplicitte betegnelse 'ventelisterne'. Den administrative kompleksitet involveret i at måle ventetid står i klar kontrast til, hvor klart og enkelt ventelisterne fungerede som symbol i den offentlige opmærksomhed. Det lyder nemt, som om listen er et fysisk stykke papir i en skrivebordsskuffe et sted i bureaukratiet, som bestemmer rækkefølgen, efter hvilken patienter får adgang. Selve forestillingen om mennesker, der venter i kø, associerede i denne periode samtidig, hvordan det var at være borger i Østeuropa og Sovjet. Så tidligt som 1991 blev ventelisterne fremstillet som 'dødsensfarlige' af en

fremtrædende læge, som anbefalede samarbejde mellem offentlige og private som middel til at fjerne ventetiden (Politiken 1991). Til trods for en udbredt opfattelse af, at øget brug af privathospitaler kunne mindske ventelisterne, forsøgte den socialdemokratiske regering (1993-2001) primært at løse problemerne inden for rammerne af den offentlige sundhedssektor, herunder blandt andet indførslen af øget konkurrence mellem offentlige hospitaler. Den vigtigste policyforandring i denne periode var indførslen af 'frit sygehusvalg' i 1993, som gav patienter mulighed for at vælge mellem forskellige offentlige sygehuse (Vrangbæk 2004: 38). Få borgere anvendte denne valgmulighed og opfattelsen var fortsat i den offentlige opmærksomhed, at sundhedsvæsenet var underfinansieret. Den borgerlige regering valgt i 2001 havde i valgkampen lovet at fjerne ventelisterne gennem øget brug af privathospitaler. Et af regeringens første lovgivningsinitiativer var det 'Udvidet fri sygehusvalg' i 2002, som blev ledsaget af øgede bevillinger til de hospitaler, der kunne dokumentere øget produktion (Lov 64 2002). Det centrale i loven var at give patienter, der havde udsigt til mere end to måneders ventetid, en ret til at vælge behandling på et andet offentligt eller privat hospital (i Danmark eller udlandet) betalt af skatteyderne til de eksisterende DRG-rater (Lov 64 2002, bemærkninger til loven). På overfladen kan loven ses som neoliberal i den simple forstand, at den udvidede den private sektor.

### Lad pengene følge patienten

Fritvalgsordningen var imidlertid samtidig tænkt som en mekanisme til at styre det offentlige sundhedsvæsen. Daværende sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen (V) præsenterede to argumen-

## Stigende ventetider var faktisk en bivirkning af den strenge, **men også ret succesfulde omkostningsstyring** igennem 1980'erne.



ter til støtte for loven i Folketinget. For det første præsenteredes det udvidet fri sygehusvalg som en 'ny og væsentlig rettighed for den enkelte patient' (Lov 64, skriftlig fremsættelse). Om end der ved første øjekast ikke er noget overraskende ved, at en liberal eller neoliberal reform fokuserer på individuelle rettigheder, er det værd at lægge mærke til, at denne rettighed strengt taget udgør en udbygning af borgernes velfærdsrettigheder og derved strengt taget det modsatte af en nedskæring. For det andet understregede sundhedsministeren også betydningen af det frie valg som 'en ændret styring af sygehusvæsenet, som i højere grad giver de udførende enheder hensigtsmæssige økonomiske tilskudelser, hvorved det offentlige sygehusvæsen får et yderligere incitament til at afkorte ventetiderne til et acceptabelt niveau' (Lov 64, skriftlig fremsættelse). Ministeren betonedede samtidig det cen-

trale styringsprincip som at 'lade pengene følge patienten' (Lov 64, skriftlig fremsættelse). På sin vis fulgte pengene allerede patienten før, idet finansieringen af sundhedsydelse hovedsageligt havde været styret efter fee-for-service-principper siden 1990'erne og på de såkaldte DRG-takster siden 2000 (Vrangbæk 2004: 48); men hvor pengene hidtil kun kunne følge patienten rundt i den offentlige sektor, gav den nye lov nu patienter mulighed for at tage offentlige midler med på privat-hospital. Ideen om at lade pengene følge patienten var en vigtig diskursiv omvendning af billedet af ventelister i sundhedsvæsenet. I stedet for at lade patienter vente i kø indtil systemet har tid til at behandle dem, presser det frie valg nu udbydere af sundhedsydelser til at jage og konkurrere om patienterne. Ambitionen om at sætte patienten i centrum er en smule tvetydig, idet patienten for så vidt stadig er et middel til et mål,

nemlig at styre de offentlige hospitaler gennem øget konkurrenceudsættelse fra private. Patientens frie valg er således et vigtigt element i en neoliberal guvernemantalitet, fordi det tjener til at gøre noget styrbart, der ikke tidligere havde været opfattet som så. To tekniske detaljer i reformen peger på, at denne styringsambition formodentlig havde højere prioritet end patientens valgfrihed. For det første indebærer den måde, de private hospitaler afregnes på, en markant omkostning for patientens hjemhospital. Normalt modtager den regionale sygehusadministration en fast DRG-takst fra staten for hver sundhedsydelse, de leverer. Heraf betaler regionen det udførende hospital eller klinik den marginale omkostning for ydelsen, typisk omkring 50% af DRG-taksten, mens resten går til at dække faste omkostninger som medicinsk uddannelse, forskning, administration samt akutfunctio-

ner som skadestuer etc. Hvis et hospital 'mister' en patient ved ikke at kunne overholde behandlingsgarantien og dermed aktiverer det frie valg, mister hospitalet den fulde DRG-takst, som dernæst går til at betale for patientens behandling et andet sted (Olesen 2010: 97). Efter som det offentlige hospital stadig har de udgifter, som overheaden på DRG-taksten skulle dække, fungerer det frie valg i praksis som en økonomisk sanktion mod de offentlige sygehuse, som ikke overholder tidsfristen. Selvsagt skaber denne mekanisme et klart incitament for de offentlige sygehuse til at sætte produktionen af sundhedsydelse i vejret.

Den anden grund til at tillægge styringsmekanismen størst betydning er, at det frie valg er gjort betinget af ventetiden. Overvej et øjeblik, hvor få patienter, der faktisk får mulighed for at vælge noget under denne politik, som ellers hævder at give patienterne en væsentlig rettinghed. Hovedparten af patienterne i sundhedsvæsenet – i 1995 ca. 68% – er akutte patienter, som indlægges på deres nærmeste hospital uden ventetid og derfor ikke tildeles noget frit valg (Vrangbæk 2004: 29). Kun patienter med udsigt til at vente mere end to måneder (sat ned til en måned 2007) på planlagt behandling eller specialistundersøgelse får valgmuligheden.

Faktisk kan man sige, at hvis det af ministeren beskrevne incitament fungerer efter hensigten, er der ikke en eneste patient, som får et frit valg, fordi mekanismen er designet til at få offentlige sygehuse til at øge produktionen inden for tidsfristen. Kun hvis ministerens nye styringsprincip ikke virker perfekt, vil patientens frie valgmulighed aktiveres. Det udvidet frie sygehusvalg er således langt fra de voucher-programmer, som kendetegner neoliberale politikker på

andre områder, og hvor borgeren altid har retten til at tage et offentligt tilskud med til en privat udbyder, fx en privatskole. Det betyder imidlertid ikke, at fritvalgsordningen ikke påvirker patienterne, fordi ventetiden under alle omstændigheder reduceres, men kun under visse betingelser dog med en indbygget valgmulighed. Ventetiderne faldt rent faktisk efter 2002, om end kun til dels pga. denne politik. Det er dog værd at tilføje, at selv med en 30-dages behandlingsgaranti venter patienterne i snit 53 dage, enten fordi de foretrækker en længere ventetid på det lokale sygehus eller ganske enkelt er ubekendt med valgfriheden.

### Frihed og kulturkamp

Det udvidede frie sygehusvalg ligner ved første øjekast en praktisk løsning på et presserende problem, men det frie valg havde ligeledes en vigtig ideologisk betydning i den nye regerings politiske program. Forud for valget havde Anders Fogh Rasmussen set sig nødsaget til at afskrive sin egen bog fra 1993, *Fra socialstat til minimalstat*. Bogen var delvist inspireret af den neoliberale filosof Robert Nozick og anklagede bl.a. den danske velfærdsstat for at gennemsyre hele det danske samfund med en 'ynkelig slavenatur' (Rasmussen 1993: 7). For ikke at skræmme vælgerne væk med disse libertære ideer var det nødvendigt at love vælgerne, at der ikke kom nedskæringer på sundhed og velfærdsrettigheder. På den anden side havde man ikke derfor afskrevet ambitionen om at bryde, hvad der blev opfattet som venstrefløjens kulturelle hegemoni i såvel velfærdsstaten som samfundet generelt.

I flere taler og interviews talte den nye statsminister om behovet for en ny, borgerlig 'kulturkamp', der bl.a. involverede fritvalgsmuligheder for borgerne

på områder som sundhed og ældrepleje. Efter Muhammed-krisen i 2005 blev betegnelsen 'kulturkamp' opslugt af kontroversen omkring ytringsfrihed, men i regeringens første år handlede kulturkampen i høj grad om at udfordre professionsdominerede velfærdsmonopoler med en skattefinansieret valgfrihed (Rasmussen 2002; Kastrup 2008). Statsministeren fremførte denne neoliberale ambition i et interview i 2003 under overskriften 'Den gyldne indkøbsvogn': "Det er her, kampen står. På den ene side dem, som er centralister og gerne vil bestemme over menneskers hverdag, som mener at vide bedst og gerne vil have nogle standardløsninger. På den anden side dem, som stadig holder fast i, at i et moderne velfærdssamfund er der et fælles ansvar for at løse opgaverne, men som insisterer på, at vi skal have en personlig valgfrihed til at vælge mellem forskellige offentlige løsninger og mellem offentlige og private løsninger" (Rasmussen citeret i Hardis & Mortensen 2003). Ved ikke at kræve nedskæringer på velfærden og ved samtidig at tilbyde borgerne en valgmulighed i tillæg til, hvad de i forvejen betalte for, hævdede denne form for politik at give borgerne mere for de samme penge, som de havde fået under socialdemokraternes påståede paternalisme. Dette illustrerer, hvorledes neoliberale politikker ikke uden videre kan identificeres med lavere skatter og en mindre stat. I lande med udbyggede universelle rettigheder kan neoliberale muligvis kun slippe afsted med at indføre markedsmodeller, hvis de samtidig kompenserer middelklassen med ekstra fordele og valgmuligheder som fritvalgsordningerne er et eksempel på (Jensen 2011). Hvis højrefløjens havde en ambition om lavere offentlige udgifter, måtte denne således sættes midlertidigt på

pause, eller i hvert fald måtte den erstattes med en ambition om at 'vænne' danskerne til frihed og dermed skabe en langsigtet liberal transformation af samfundet (Hardis 2006).

### Opdyrkning af et privat sundhedsmarked

Det fjerde og sidste mål, der kan identificeres i fritvalsreformen, var at styrke den private sektor. Få danske politikere ville turde fremhæve det som et mål i sig selv at styrke privathospitaler. Givet reformens indretning er det dog svært at komme uden om dette mål, selv hvis analysen er mere spekulativ her. Som nævnt var det udvidede frie sygehusvalg indrettet på en sådan måde, at hvis en borger udnyttede sin ret til at tage på privathospital, når det offentlige ikke kunne levere inden for 60 (eller senere 30) dage, så ville dette valg uundgåeligt kanalisere offentlige midler ind i den private sektor. På denne måde medførte reformen i 2002 en voldsom styrkelse af den private sektor ved at give den adgang til patienter betalt af den offentlige sygesikring.

Hvis vi ser bort fra mindre klinikker og naturligvis fra tiden før sygehuse historisk blev offentlige i Danmark, opstår der først midt i 1980'erne profitorienterede privathospitaler i Danmark. Socialdemokratiet forsøgte i 1987 at forbyde privathospitaler, og selvom dette mislykkedes, havde de få nye privathospitaler et ualmindeligt blakket omdømme. Selv i lægeprofessionen og på højrefløjen blev det på dette tidspunkt anset for umoralsk at lave profit på sundhed (Olesen 2010: 74-5). Ud over problemer med deres offentlige omdømme havde privathospitaler også ualmindeligt vanskeligt ved rent faktisk at skabe profit i den første periode på grund af for få betalende

patienter. Langt de fleste private virksomheder på dette marked gik således under inden for få år. Privathospitalernes markedsposition var således svag indtil reformen i 2002, som sammen med et par andre policytiltag ledte til et decideret boom i industrien igennem 2000'erne. Antallet af privathospitaler steg fra 5 i 2002 til 178 i 2008, om end disse enheder hver især var langt mindre end de resterende 49 offentlige sygehuse (Indenrigs- og sundhedsministeriet 2007: 27). Tallene kan nemt overdrive betydningen af den private sektor, da de 178 privathospitaler kun stod for ca. 3% af sundhedsudgifterne i 2008. På den anden side var det en kæmpe relativ stigning for den private sektor, som på dette tidspunkt fik et estimeret 72% af sine patienter betalt via de offentlige kasser (Olesen 2010: 100-1). Som en ejer af et privathospital udtrykte det: "Før kørte mange af stederne med underskud i årevis. Flere gik konkurs. Men nu skal man virkelig være en dårlig forretningsmand for ikke at kunne drive et privathospital med overskud" (citeret i Thiemann 2007). Som nævnt var behandlingsgarantien indrettet således, at patienter, der anvendte garantien, ville give privathospitalet en generel DRG-takst, som egentlig var udregnet til også at skulle dække udgifter til forpligtelser om uddannelse, forskning og akutmodtagelse, som danske privathospitaler ganske enkelt ikke har. Der er intet, der forhindrer, at en privat udbyder udelukkende specialiserer sig i nogle få og yderst profitable former for kirurgi såsom fedtsugning og visse typer ortopædkirurgi. Det er derfor ikke overraskende, at driften af privathospitaler er blevet en yderst profitabel forretning takket være patienter, der kommer fra det offentlige system. Privathospitalernes privilegerede markedsposition blev endnu

tydeligere, efter at behandlingsgarantien i 2007 blev sat ned til 30 dage, hvilket igen øgede presset på de offentlige hospitaler og boostede antallet af forudbetalte patienter i den private sektor.

Det udvidede frie sygehusvalg er kun en blandt flere policybeslutninger, der har øget det private sundhedsmarked i Danmark. I 2002 indførte regeringen et skattefradrag for arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer på baggrund af en tidligere ordning for arbejdsgiverbetalt alkoholafvæning. I begge tilfælde var præmissen i reglerne, at de private forsikringsselskaber skulle forsikre alle medarbejderne på en virksomhed uden aktuarisk risikovurdering af hver enkelt. På denne måde opstod der en markedsniche for private sygeforsikringer i Danmark som supplement til den offentlige sygesikring, og hvor forsikringstagerne således med skattefradrag kan slippe uden om køen til det offentlige system. Selvom der på intet tidspunkt blev truffet en officiel politisk beslutning om at udbygge markedet for private sygeforsikringer, kom denne indirekte statsstøtte ikke desto mindre til at iværksætte en stor vækst. Hvor kun et par procent af arbejdsstyrken i 2001 var dækket af en privat sundhedsforsikring, gjaldt dette næsten en tredjedel i 2007 (Olesen 2009). Regeringens støtte til privathospitaler kulminerede i 2009, da daværende statsminister Lars Løkke Rasmussen af Rigsrevisionen blev anklaget for systematisk overbetaling af privathospitaler under sin tid som sundhedsminister (2001-7). Ifølge Rigsrevisionens rapport havde han personligt inter文eneret for at sætte taksterne til de private udbydere, som leverede ydelser til det offentlige, 25% højere end nødvendigt (Rigsrevisionen 2009). Disse ekstra indtægter kom ikke alene fra patienter, som ved hjælp af behand-

lingsgarantien blev behandlet på privathospital, men også fra offentlige hospitaler, som købte sig til behandlinger i privat regi inden for den tidsramme, efter hvilken patienternes behandlingsgaranti ville træde ind. Denne proces styrker den fortolkning, at fritvalgsordningen ikke blot havde det som en utilsigtet virkning at styrke den private sundhedssektor, men at det faktisk også var et formål i sig selv at få en stærkere privat sektor. En del af disse udviklinger er blevet rullet tilbage efter regerings skiftet i 2011. Skattefradraget for arbejdsgiverbetalte sundhedsforsikringer er blevet fjernet, og det offentlige køb af behandlinger på privathospitaler er generelt mindre end før. Endelig er den 30-dages behandlingsgaranti blevet ændret til en 30-dages udredningsgaranti, hvorefter tidsrammen for egentlig behandling kan differencieres efter, hvor akut sygdommen er.

### Frit valg som guvernemantal teknik

Denne artikel har forsøgt at undersøge det spørgsmål, om indførslen af fritvalgsordninger på sundhedsområdet kan forstås ud fra et begreb om neoliberal guvernemantalitet. Hvis det kan, må det være fordi denne politik frem for alt orienterer sig mod det guvernemantale, dvs. mod hvordan noget gøres styrbart. Det er således ikke i sig selv udslag af en guvernemantalitet at forsøge at spare penge eller øge produktionen. Det afgørende er, om mål og fokus for de involverede magt- eller ledelsesmekanismer er at gøre et givet problem regerbart. En enkelt empirisk case beviser naturligvis ikke en teori, men der er en række træk ved det frie sygehusvalg, der peger på de guvernemantale aspekter som særligt vigtige, og dermed også vigtigere end andre tænkelige mål såsom realisering af økonomiske eller ideologiske mål.

For det første er det tydeligt, at fritvalgsordningens oprindelse hænger sammen med ventelisteproblematikken. Dog har det ikke udelukkende været målet med loven at sænke ventetiden, men derimod at skabe en ledelsesmæssig mekanisme, der forhindrer ventetid i at opstå. For det andet formuleres det helt eksplicit af ministeren som et centralt mål at indføre en incitamentbaseret styring i det offentlige sundhedsvæsen, og som det er blevet vist, er fritvalgsordningen teknisk indrettet på en sådan måde, at den lægger maksimalt pres på offentlige sygehuse ved hjælp af truslen om patienternes exit. Truslen indebærer, at det offentlige sygehus mister flere indtægter, end de typisk vil spare på ikke at skulle levere den pågældende behandling. For det tredje viser den bredere diskussion om 'kulturkamp' i første halvdel af 2000'erne, at opgøret med offentlige monopoler og en langsigtet udvikling af frihedskultur har været selvstændige guvernemantale mål for Fogh-regeringen. Endelig viser udviklingen af den private sundhedssektor i den sidste del med stor tydelighed, at den neoliberale politik ikke handler om at spare penge. Det er faktisk ret dyrt at opdyrke en privat sektor, men set i relation til de andre tre forklaringer giver det mening, at opdyrkingen af en privat sektor tjener et guvernemantalt formål. Det vil sige, at selv hvis den private sektor nominelt forbliver lille sammenlignet med den offentlige, yder dens eksistens et klart pres på det offentlige sundhedsvæsen i retning af en øget produktion. Bruddet med de offentlige monopoler opfattes således som så væsentligt et selvstændigt mål, at det er pengene værd at skulle finansiere en lukrativ privat sektor for at nå dertil. Selv hvis man accepterer dette som et rimeligt mål kan man dog overveje, om

det egentlig er en velfungerende guvernemantalitet. Det er det, for så vidt som målet er at lede aktørerne til en øget produktion, men det indebærer vel omvendt den mulighed, at der sker en for stor eller for dyr produktion af sundhedsydelser, uanset hvilken sektor den foregår i. Ironisk nok er et af argumenterne mod offentlig serviceproduktion i noget af den ældre neoliberale litteratur, at en offentlig sektor uvægerligt vil føre til overproduktion, fordi borgerne gerne vil have skatten til at betale for ydelser, som de ud fra deres private pengepung ikke ville være villige til at betale for. Her tyder det omvendt på, at det er den neoliberale guvernemantale mekanisme, som er bygget til kun at kunne øge antallet af behandlinger og dermed sundhedsudgifterne. Det er ikke rent spild af penge, eftersom borgeren får adgang til meget hurtig behandling og i visse tilfælde med et valg om at tage på privathospital. Omvendt kan man spørge, om borgerne ville være villige til at betale merprisen til hurtig behandling på privathospital, hvis de kendte udgiften. ♦

## LITTERATUR

Foucault, Michel (2009): *Biopolitikkens fødsel*. København: Hans Reitzels Forlag.

Hardis, Arne (2006). "Hjortens flugt" (interview med Claus Hjort Frederiksen), *Weekendavisen*, 18. august.

Hardis, Arne og Hans Mortensen (2003). "Interview" (med Anders Fogh Rasmussen), *Weekendavisen*, 17. januar.

Harvey, David (2005). *A Brief History of Neoliberalism*. Oxford: Oxford University Press.

Indenrigs- og sundhedsministeriet (2007): *Sundhedssektoren i tal*. København: Indenrigs- og sundhedsministeriet.

Jensen, Carsten (2011). "Marketization via Compensation: Health Care and the Politics of the Right in Advanced Industrialized Nations". *British Journal of Political Science* 41 (4): 907-26.

Kastrup, Mads (2008). "Den borgerlige kulturkamp" (interview med Anders Fogh Rasmussen), *Berlingske Tidende*, 15. juni.

Lov L64 (2002). *Forslag til lov om ændring af lov om sygehusevæsenet*. København: Folketinget.

Mikkelsen, Palle og Jens Erik Streenstrup (1988). *Brugerbetaling: Prioritering – styring – fordeling*. København: AKF.

Olesen, Jeppe Dørup (2009). "Policy-making without Policy Choice: The Rise of Private Health Insurance in Denmark". *Journal of Public Policy*, vol. 29, no. 3, pp. 263-85.

Olesen, Jeppe Dørup (2010). *Adapting the Welfare State. Privatisation in Health Care in Denmark, England and Sweden*. PhD-afhandling, European University Institute, Firenze.

Pallesen, Thomas (1997). *Health Care Reforms in Britain and Denmark: The Politics of Economic Success and Failure*. Aarhus: Politica.

Pallesen, Thomas og Lars Dahl Pedersen (2008). "Health Care in Denmark: Adapting to Cost Containment in the 1980s and Expenditure Expansion in the 1990s", pp. 227-50 in Albæk, Erik, Leslie C. Eliason, Asbjørn Sonne Nørgaard og Hermann M. Schwartz (red), *Crisis, Miracles, and Beyond. Negotiated Adaptation of the Danish Welfare State*. Aarhus: Aarhus University Press.

Petersen, Jørn Henrik (1980). "Kan man – som alternativ til central planlægning – benytte elementer af markedsmekanismen i den offentlige sektor?", *Nordisk administrativt tidsskrift* 4, 61: 29-44.

Politiken (1991). "Det private sygdoms-marked vokser", *Politiken*, 4. april 1991.

Rasmussen, Anders Fogh (1993). *Fra socialstat til minimalstat. En liberal strategi*. København: Samleren.

Rasmussen, Anders Fogh (2002). *Nytårstale*. København: Statsministeriet.

Rigsrevisionen (2009). *Beretning til Statsrevisorerne om pris, kvalitet og adgang til behandling på private sygehuse*. København: Rigsrevisionen.

Jones, Daniel Stedman (2012): *Masters of the Universe. Hayek, Friedman, and the Birth of Neoliberal Politics*. Princeton: Princeton University Press.

Thiemann, Per (2007). "Privathospitaler myldrer frem", *Nyhedsavisen* 24. maj.

Vrangbæk, Karsten (2004). *Ingeniørarbejde, hundeslagsmål eller hovedløs høne? Ventetidsgaranti til sygehusbehandling*. Aarhus: Magtudredningen.

## ENDNOTES

<sup>1</sup> Dele af argumentet bygger på en komparativ analyse i Larsen, Lars Thorup & Deborah Stone (2014): "Governing Health Care Through Free Choice: Neoliberal Reforms in Denmark and the U.S.", under udgivelse i *Journal of Health Politics, Policy and Law*.

<sup>2</sup> Teknisk set kan patienter også vælge at blive forsikret i Sygesikringens Gruppe 2, hvor der gives direkte adgang til speciallæger til gengæld for andre ulemper. Denne ordning har imidlertid ikke stor betydning, hverken for den faktiske ventetid eller heller for den politiske kontrovers derom og behandles derfor ikke videre her.