

MAGTUDREDNINGEN

VELFÆRDSSTATENS INSTITUTIONER



AARHUS UNIVERSITETSFORLAG

JØRGEN GRØNNEGÅRD CHRISTENSEN

VELFÆRDSSTATENS INSTITUTIONER

MAGTUDREDNINGEN

Folketinget besluttede i marts 1997 at iværksætte en dansk magtudredning eller, som det officielle navn er, *En analyse af demokrati og magt i Danmark*. Projektet ledes af en uafhængig forskningsledelse. Magtudredningens forskningsresultater publiceres i en række bøger, som udgives på Aarhus Universitetsforlag, og i en skriftserie, som udgives af Magtudredningen.

Lise Tøgeby
(formand)

Jørgen Goul Andersen

Peter Munk Christiansen

Torben Beck Jørgensen

Signild Vallgård

Jørgen Grønnegård Christensen

VELFÆRDSSTATENS INSTITUTIONER



AARHUS UNIVERSITETSFORLAG

Velfærdsstatens institutioner

er sat med Bembo

og trykt hos Narayana Press, Gylling

© Magtudredningen, forfatteren og Aarhus Universitetsforlag 2004

Tilrettelægning: Kitte Fennestad

Omslag: Kitte Fennestad med foto af Carsten Fenger-Grøn

ISBN 87-7934-818-1

Aarhus Universitetsforlag

Langelandsgade 177

8200 Århus N

Fax 89 42 53 80

www.unipress.dk

FORORD

Uddannelse og sundhed, skoler og sygehuse og deres politiske og administrative organisering er emnet for denne bog. Den er udløber af et projekt, som blev gennemført i 1990'erne, og som hermed er genoptaget i Magtudredningens regi. Bogens titel knytter tråden tilbage til det gamle projekt, og dens sigte er at afrunde, hvad jeg dengang sammen med en række nuværende og tidligere kolleger var optaget af.

Projektet har taget alt for lang tid, hvad jeg kun har mig selv at takke for. Alt for mange andre opgaver har fået lov til at snige sig ind. Undervejs har jeg dog modtaget værdifulde kommentarer fra en række kolleger, herunder Lise Togeby og Torben Beck Jørgensen, der er medlemmer af Magtudredningens forskningsledelse. Jeg og ingen andre har, som det sig hør og bør, ansvaret for den endelige tekst.

En særlig tak til Else Løvdal Nielsen, som har gjort en stor indsats for at færdiggøre manuskriptet, og som undervejs har luget mangel og fejl bort.

Egå, juni 2003

Jørgen Grønnegård Christensen

INDHOLD

KAPITEL 1 Velfærd og institutioner 9

KAPITEL 2 Demokrati og velfærd 16

DET INSTITUTIONELLE PROBLEM 18 · DEN DANSKE MODEL 22 ·
KONKURRENCE- OG SELVFORVALTNINGSMODELLEN 24 · DEMOKRATI
OG BUREAUKRATI 28 · BORGERAUTONOMI OG MARKEDS-
KONKURRENCE 30 · OFFENTLIG MANGFOLDIGHED 35

KAPITEL 3 Fra modeller til virkelighed 41

HVOR REALISTISKE ER ANTAGELSERNE? 45 · ER ANTAGELSERNE
TILSTRÆKKELIGE? 53 · INTERESSER OG INSTITUTIONER 56 · EN
MUDRET VIRKELIGHED 60

KAPITEL 4 Den lydhøre institution 64

OPGAVER OG ORGANISATION 66 · SAMMENSATTE NATIONALE
LØSNINGER 70 · EJERSKABET 71 · FRIT VALG ELLER STYRING 78 ·
KRAV OG TILFREDSHED 84 · ADFÆRD OG UDBUD 90 · MODELLERNE
OG VELFÆRDSSTATENS ORGANISATION 105 · KONVERGENS OG
TVETYDIGHED 114

KAPITEL 5 Lighedens pris 116

SVÆRE MÅL 117 · LIGHED I SKOLE- OG SUNDHEDSVÆSENET 121 ·
ADGANGSLIGHED 123 · UDNYTTELSESLIGHED 132 · RESULTAT-
LIGHED 139 · LIGHED OG INSTITUTIONELT DESIGN 149

KAPITEL 6 Effektive løsninger 152

FINANSIERING, UDGIFTSSTYRING OG EFFEKTIVITET 155
INSTITUTIONEL INDRETNING OG PRODUKTIVITET 163 · TILPASNING
OG DYNAMIK 174 · FORENELIGE MÅL? 176 · EFFEKTIVITET OG
POLITIK 182

KAPITEL 7 Politikkens primat 184

UAFGJORT MED FORBEHOLD 185 · OVERVURDEREDE TRADE-OFFS 189 ·
MODELLER OG VIRKELIGHED 190 · POLITISK MAGT OG LYD-
HØRHED 192 · POLITIKERNES VALG 193

Litteratur 197

VELFÆRD OG INSTITUTIONER

„...det er vigtigt at slå fast, at den politiske afgørelse i princippet må og skal være ,usaglig‘.“

ERIK IB SCHMIDT (1968: 92)

„...man ser gang på gang, at politikerne ikke er bange for at tage midler i hænde, som de før har forsvoret at ville bruge. Man kalder det en anden situation eller at forudsætningerne er ændret, og det er jo ret ofte tilfældet.“

VIGGO KAMPMANN (1968)

Hvor godt løser skolerne deres opgave? Hvor godt løser sygehusene og sundhedsvæsenet deres opgaver? Det er de konkrete spørgsmål, som denne bog forsøger at besvare. Det er væsentlige opgaver i ethvert nutidigt samfund og derfor også vigtige problemer. Men der er en grund mere. Det er nogle af de tungeste opgaver for velfærdsstaten. Det er værd at erindre om det, fordi enhver diskussion om velfærdsstaten ofte bliver til en diskussion om pensioner, efterløn, uddannelsesstøtte og arbejdsløshedsunderstøttelse. Ikke desto mindre er velfærdsstaten også storproducent af serviceydelser. De bliver betragtet som en del af velfærdsstatens sortiment af ydelser: Man anser dem for så væsentlige goder, at alle bør have adgang til dem på tilnærmelsesvis lige vilkår.

Ikke desto mindre er der en tendens til, at enhver form for debat om velfærdsstaten, dens styrke og svagheder, bliver til en diskussion om overførsler fra den ene befolkningsgruppe til den anden, og i høj grad også til et spørgsmål om fordeling af byrder og goder mellem generationerne. Velfærdsstatens serviceside interesserer man sig også for, men her samler interessen sig om andre ting. Nu handler det om forvaltning og styring, ledelse og management, om hvem der skal løse opgaverne og om samspillet mellem folkevalgte politikere og deres embedsmænd på den ene side, fagfolk og deres faglige

organisationer på den anden. I det spil fortøner velfærdsperspektivet sig, og kun sjældent kommer man hele vejen rundt til en besvarelse af spørgsmålet om, i hvilket omfang velfærdsstatens institutioner bidrager til borgernes velfærd, og om deres bidrag kunne være større og mere effektivt, hvis de var anderledes indrettet.

Der er tre grunde til at gøre dette problem til emnet for en hel bog. Den ene er, at der i en snart lang årrække har kørt en politisk debat om, hvordan man skal løse de offentlige opgaver, herunder også velfærdsstatens servicefunktioner. Det er der ikke noget nyt i, for debatten startede allerede i 1980'erne. Men det særlige ved debatten siden da er, at den stiller to principielt forskellige løsninger over for hinanden. Udgangspunktet for den ene løsning er, at i og med velfærdsstaten gør det til en ret for borgerne at få ydelser som uddannelse eller læge- og sygehusbehandling gratis, eller for alle praktiske formål gratis, så skal man løse opgaverne i offentligt regi, altså inden for rammerne af et politisk styret og bureaukratisk organiseret hierarki. Det garanterer ligheden, holder hus med knappe midler og sikrer en afbalanceret vurdering af borgernes individuelle såvel som deres gruppeinteresser. Udgangspunktet for den anden løsning er omvendt, at nok er det et offentligt ansvar at sørge for, at folk får adgang til velfærdsservice; men det er ikke i sig selv en grund til, at det offentlige selv skal producere, levere og fordele ydelser som f.eks. undervisning eller behandling. Der er mere effektive løsninger, hvis man henlægger opgaverne til markedet eller i det mindste noget, der ligner det. Dermed mener man, at man kan sikre en bedre opfyldelse af politikkens mål, samtidig med at man holder omkostningerne ved driften af velfærdsstatens produktion af service bedre i ave og skaber de bedste rammer for, at hver enkelt får tilgodeset sine krav til velfærdsservice.

Uanset hvilken af de to modeller der er udgangspunktet, er der et tillægsproblem. Det er, i hvilket omfang der er, hvad man kalder et trade-off, altså et vekseforhold, mellem de forskellige værdier, som man vil sikre. Går ligheden ud over den økonomiske effektivitet, eller er det omvendt? Kan man sikre lydhørhed under markeds- eller markeds-lignende vilkår, uden at det går ud over kvalitet og lighed, eller sker det bedst inden for en kombination af repræsentativt folkestyre og hierarkisk forvaltning og styring? Og er der mellemløsninger i form af enten en stærk offentlig regulering i forhold til markedet og markeds-lignende løsninger eller brugerdemokrati i forhold til styringskæden, som gør det muligt at realisere de fordele, der måtte være ved en model, uden at få alle de ulemper med, som også måtte være der? I få ord er der, som det ses, åbnet for en løbende politisk konkurrence mellem

hierarki og marked. Denne debat, der som nævnt løber på tredje årti, og som nationalt og internationalt fortsætter, er en væsentlig og tilstrækkelig grund til at tage fat på problemet. Og ambitionen er at bibringe den et beskedent mål af oplysning.

Den anden grund er videnskabelig og forskningsmæssig. Der har, også siden 1980'erne, været en intens interesse for institutionelle problemer, det vil sige for de formelle regler og uformelle normer, som regulerer samspillet mellem enkeltindivider og organisationer i samfundslivet. „Do Institutions Matter?“ – gør institutionerne en forskel? – har nogle spurgt (Weaver & Rockman, 1993). Og det givne svar har længe været, at selvfølgelig gør de det. Synspunktet har slået an i en sådan grad, at institutioner er blevet en form for i det mindste politologisk kodeord, institutionel teori en modebevægelse, og institutionelle forklaringer har antaget en næsten deterministisk karakter, som ingen anfægter. På godt jysk er det en god grund til at tøve en tand. For nok taler en del for, at institutioner i den ovenfor definerede forstand er interessante og sikkert også væsentlige. Men er det sådan, at de mennesker, som træffer beslutninger, udelukkende gør det, fordi formelle spilleregler forpligter dem til det? Fordi bestemte normer definerer en bestemt adfærd som sømmelig og således moralsk forpligter dem til det? Eller fordi belønnings- og straffemekanismer, som er indbygget i spilleregler, ansættelsesforhold og organisationsstrukturer, tilskynder dem til det?

Kunne man ikke forestille sig, at andre forhold er på spil? Og kunne man ikke også forestille sig, at institutionerne langt fra normerer den menneskelige adfærd udtømmende? Ja, kunne det ikke være, at de komplekse sammenhænge, som er i spil, tillader et større eller mindre slip i den institutionelle regulering af den menneskelige adfærd? Og kunne det endelig ikke være, at de politikere og andre, der har indrettet de politiske og administrative institutioner, sommetider bevidst har ladet en kattelem stå åben for dem selv, eller har haft den bagtanke, at man ikke skulle tage det med de institutionelle spilleregler mere alvorligt, end at man kan se bort fra dem, når situationen tilsiger det?

Svar på disse spørgsmål er væsentlige i en vurdering af, hvor godt skole- og sundhedsvæsenet fungerer, når det gælder forsyningen af borgerne med velfærdsservice. Let er det dog ikke. Uanset om opgaverne bliver løst inden for den ene eller anden ramme, er systemerne endog særdeles komplekse. Det kommer frem, hvis man et øjeblik forestiller sig, at rammen for løsningen af dem er en ubrudt kæde, der starter med borgerne i rollen som vælgere og slutter med dem i en anden rolle som brugere eller forbrugere af

velfærdsservice (Olsen, 1978). Mellem borgeren og (for-)brugeren er der led efter led, der bliver passet af politikere og embedsmænd. Oven i købet er de placeret på flere forskellige niveauer, der ikke fuldt er bundet sammen i en præcis hierarkisk styringsrelation. Men den service, som borgerne modtager som (for-)brugere, bliver produceret og formidlet af institutioner med deres egen ledelse og deres egne medarbejdere, der er samlet i en organisation, der har sin egen interne struktur og sine egne institutionelle spilleregler. Og for at det ikke skal være løgn, er styringskæden først fuldstændig, hvis man også tager hensyn til, at såvel institutionernes brugere som deres ledelse og medarbejdere ofte organiserer sig kollektivt for derigennem at kunne varetage deres egne, fagets, og professionens og institutionernes interesser. Institutionerne er med andre ord overordentligt komplekse, uanset hvordan man indretter sig, og et kerneproblem er, hvornår de har betydning og ikke mindst, hvornår de institutioner, som man interesserer sig for i debatten om indretningen af velfærdsservice, har betydning for den service, som (for-)brugerne modtager.

Der er en tredje grund til at tilrettelægge analysen, som det er sket her. Den kobler den politiske og den videnskabelige debat sammen. Det kan lade sig gøre, når man som konkrete områder for analysen vælger henholdsvis skolernes undervisning og sundheds- og sygehusvæsenets behandlingsindsats. De to ydelser er ikke de eneste serviceydelser, som velfærdsstaten leverer, men de er i alle samfund centrale elementer i velfærdspolitikken. Samtidig er de meget forskellige, hvad enten man ser på ydelsernes karakter i et brugerperspektiv eller indretningen af de offentlige eller private organisationer, der producerer og leverer dem. Det giver et godt grundlag for at belyse spørgsmålene ovenfor om institutionernes betydning, og især om hvornår og i hvilket omfang de faktisk har betydning for adfærden. Der er altså en analytisk pointe i at se på netop de to former for velfærdsservice. Det gælder så meget mere, som det er serviceydelser, der i alle vestlige demokratier bliver produceret enten direkte i offentligt regi eller i et regi, der er stærkt offentligt reguleret, men hvor den præcise organisation, regulering alligevel i høj grad varierer. Det gælder derimod ikke i samme omfang for andre former for velfærdsservice, f.eks. ældrepleje eller dagpasning af børn. De har hverken den samme universelle karakter eller den samme variation. Dermed er der inden for to af velfærdsstatens serviceområder, skoler og sundhedsvæsen, betydelig variation i løsninger og derigennem et grundlag for sammenlignende analyse. Og ikke nok med det. Der er en omfattende forskningsbaseret litteratur, som i det mindste bidrager til at kaste lys over

de problemer, som denne bog beskæftiger sig med. En praktisk konsekvens er, at man på et analytisk grundlag kan sige noget rimelig kvalificeret om, hvordan velfærdsstatens institutioner virker, hvis man indretter dem på den ene eller anden måde. Man kan endelig også sige noget om, hvornår indretningen gør en forskel, og hvornår den er en facade.

Analysens vinkel er politologisk. Det er en væsentlig indsnævring, ikke mindst i lyset af at den institutionelle bølge omfatter samfundsvidenskaberne som helhed: Økonomerne interesserer sig for institutioner som incitamentskabende rammer med konsekvenser for den økonomiske efficiens i bestemte velfærdsløsninger. Sociologerne interesserer sig for institutioner som kilder til legitimitet for de selvsamme velfærdsløsninger.

Hvad er politologernes vinkel? Det er ikke altid helt klart. Det hænger sammen med, at politologerne stillet over for den massive og i hovedsagen teoretiske institutionelle bølge ofte har været tilbøjelige til at hægte sig på enten økonomernes eller sociologernes institutionsopfattelse. Det er lidt mærkværdigt, og hænger velsagtens sammen med, at politologien som den yngste af samfundsvidenskaberne har den svagest udviklede identitet som samfundsvidenskabelig disciplin. Ikke desto mindre har politologien en selvstændig vinkel på institutionerne, deres indretning og betydning.

Institutionernes indretning handler grundlæggende om magt, magt til at indrette dem i overensstemmelse med bestemte krav og magt til at bestemme over dem. Det gælder også i den offentlige sektor, altså som her indretningen af rammerne for skole- og sundhedsvæsenets virksomhed. Det kommer frem på to måder:

1. I og med en opgave ikke bliver løst i enten et rent markeds- eller rent frivilligt regi (det såkaldt civile samfund), men i stedet er genstand for offentlig, dvs. politisk, regulering og måske endda overført til løsning i offentligt regi, har man også sagt, at kriterierne for, hvordan man skal indrette og vurdere opgaveløsningen, er anderledes end dem, der gælder for den rene markedsløsning eller for det civile samfund. Økonomisk efficiens kan være et vigtigt, men ikke det eneste kriterium, for en god opgaveløsning. Vægtningen af effektiviteten er i det mindste til diskussion. Og de normer, der udvikler sig i det nære og civile samfund, kan være nok så betydningsfulde, men også de er diskutabel, og de får ikke lov til alene at bestemme omfang, kvalitet og fordeling af velfærdsservice til borgerne. Politisk tager man stilling til det inden for rammerne af det politiske styringshierarki. Den politologiske institutionalisme vælger med andre ord

markedets og civilsamfundets selvregulering fra som a priori-løsninger. Den analytiske opgave er i stedet at afdække, hvordan og i hvilket omfang man gennem politisk og administrativ intervention søger at påvirke fordelingen af velfærdsstatens servicegoder og i forlængelse heraf naturligvis, om indgrebene virker efter hensigten.

2. En del af den politiske intervention i befolkningens forsyning med velfærdsservice er at etablere de institutionelle rammer herfor. For at repetere er det spørgsmålet om, hvilke rammer og spilleregler man vil sætte op for både den politiske prioritering og styring af opgaverne, og hvordan man vil organisere deres praktiske løsning. Det er også et spørgsmål om, hvordan man inden for disse rammer vil indrette de institutioner, det vil nu sige organisationer (her skoler og sygehuse), der skal producere og fordele velfærdsservice til deres brugere. Da det politisk er vanskeligt at forestille sig, at de folkevalgte politikere, ja, selv den daglige politiske ledelse i skikkelse af borgmestre og ministre, ned til mindste detalje er i stand til at fastlægge det, bliver den institutionelle indretning – eller designet, som man siger – et potentielt væsentligt politisk instrument for f.eks. uddannelses- og sundhedspolitikken. Dermed opstår to sammenhængende problemer:

- a. Det ene er, om politikerne via deres institutionelle design er i stand til at programmere institutionerne, så de løser opgaven i overensstemmelse med de krav, som de ville stille til den leverede politik, hvis de i enhver detalje var i stand til at formulere og styre den.
- b. Det andet er, om andre, der på den ene eller anden måde har en interesse i politikken udformning og endelige levering, gennem det institutionelle design kan gardere deres interesser.

Meget kort indebærer det, at indretningen af velfærdsstatens institutioner er et spørgsmål om, hvem der skal have magten over dem, og i forlængelse heraf med en gammel talemåde, om den der har agt til det også i praksis får magt over institutionerne, hvis man følger en bestemt opskrift for deres indretning. Det er slet ikke så enkelt. For det første kan mange have meget på spil, og den udviklede institutionelle indretning, som bliver resultatet af deres given og tagen, er spilleregler og organisatoriske strukturer, som skaber en form for ligevægt, hvor de holder hinanden i skak. For det andet er der den mulighed, at man med en given institutionel indretning slet ikke får det styr

over adfærden hos borgere og brugere, politikere og embedsmænd, ledelse og medarbejdere i de yderste led, som de fremherskende og populære institutionelle teorier forudsiger.

Den danske velfærdsstat er selvfølgelig i sidste ende bogens egentlige ærinde. Dels er den en servicestat, hvorfor rammerne for produktion og fordeling af velfærdsservice er af betydning. Dels står problemerne, som de er formuleret ovenfor, gennem nu adskillige år centralt i debatten om dens hensigtsmæssige indretning. Metoden, der er valgt, er imidlertid ikke at grave ned i den danske velfærdsstats (i praksis danske kommuners og amtskommuners) organisering af skole-, sundheds- og sygehusvæsen. Udgangspunktet er snarere, at opgaver såvel som problemer og debat er noget nær universelle for udviklede demokratier af vestligt tilsnit, så hvorfor ikke sætte de danske problemer og overvejelser ind i et sammenlignende og internationalt perspektiv? Det giver et bredere grundlag for analysen. Det er ikke nogen nem opgave, men det er dog muligt at løse den, da der er en omfattende litteratur. En del af den er teoretisk, og den er genstand for en kritisk gennemgang i kapitel 2-3. En anden og meget stor del er empirisk, som det fremgår af kapitel 4-6. I den sammenlignende analyse holder bogen sig til de medlemslande af OECD, som har et rodfæstet demokrati og en markedsøkonomi af vestligt tilsnit: De vesteuropæiske lande, USA, Canada samt Australien og New Zealand. Og lad det være sagt straks: Litteraturen er så omfattende, og den relevante del af den rækker ofte så langt uden for politologiens område, at jeg ikke hævder at have været igennem alt, hvad der kunne være relevant og værd at læse. Derimod hævder jeg at have været så vidt omkring og så langt nede i problemerne, at bogen giver et bud på ting, som man skal have med, hvis man vil forstå, 1) hvorfor velfærdsstatens institutioner er indrettet, som de er, 2) hvorfor de på godt og ondt øjensynligt virker, som de gør, og 3) hvad det er for forhold, som det for reformatorerne kan være værd at have for øje, inden de udkaster deres næste „grand design“ eller redesign.

DEMOKRATI OG VELFÆRD

„De, der indtager nirvana-holdningen, søger at finde misforhold mellem ideal og virkelighed, og finder de det, slutter de, at virkeligheden er ineffektiv. De, der bruger den sammenlignende institutionelle tilgang, prøver på at finde ud af hvilken af forskellige virkelige institutionelle indretninger bedst imødegår økonomiske problemer“

(DEMSETZ, 1969).

Nutidens velfærdsstat forsøger gennem offentlig indgriben at påvirke fordelingen af byrder og goder på en sådan måde, at der sker en social og økonomisk udligning mellem borgerne. Tankegangen er, at den enkelte borger har krav på en vis social og økonomisk sikring, og at velfærdsstaten bidrager til lige vilkår og chancer for borgerne uanset socialt og økonomisk betingede forskelle. Denne overordnede målsætning udmøntes gennem foranstaltninger af forskellig karakter:

1. Omfordeling via skattesystemet, således at borgere med høje indkomster betaler mere i skat end borgere med lave indkomster.
2. Omfordeling via sociale overførsler, således at borgere, som opfylder bestemte trangskriterier, modtager sociale ydelser, f.eks. pensioner eller understøttelse ved arbejdsløshed.
3. Produktion og fordeling af service, f.eks. undervisning eller læge- og sygehusbehandling, således at alle har adgang til dem uanset økonomisk og social formåen.

Uanset hvilke velfærdsforanstaltninger der er tale om, er to problemer i et demokratisk samfund centrale for en vurdering af, hvor godt velfærdsstaten løser sin opgave. Det ene er, om udformningen af velfærdspolitikken er i rimelig overensstemmelse med borgernes krav og dermed i overensstemmelse med deres forestillinger og forventninger med hensyn til økonomisk

og social retfærdighed. Det andet er, om velfærdsforanstaltningerne er gennemført på en sådan måde, at de honorerer de krav, der bliver stillet til dem. Det sidste er mere indviklet end som så. Det er nemlig ingen simpel sag at sikre overensstemmelse mellem den officielle politik, dvs. den politik, der er besluttet typisk i lovs- og budgetform, og den gennemførte politik; ikke desto mindre er det den sidste, der er afgørende for, om borgerne får deres krav og forventninger opfyldt.

Problemet tager sig forskelligt ud for de tre typer af velfærdspolitiske foranstaltninger. Hvad enten det drejer sig om økonomisk udligning over skattesystemet eller om fordeling af sociale overførsler til borgerne, knytter gennemførelsesproblemet sig til samspillet mellem lovgivningens regler og den forvaltning, der skal administrere reglerne. Den afgør, hvor meget Hansen skal betale i skat sammenlignet med Pedersen, og hvilke og hvor store ydelser der tilkommer såvel Hansen som Pedersen, givet reglernes udformning. Det rejser spørgsmål både med hensyn til reglernes udformning og forvaltningens organisation og virkemåde. Det er ikke udfordringer, som man skal undervurdere – tænk blot på skattevæsenets ligning efter en kompliceret lovgivning eller den offentlige arbejdsformidlings problemer med indkøringen af EDB-systemet Amanda. Ikke desto mindre er det problemer, som virker forholdsvis overskuelige i forhold til dem, der knytter sig til velfærdsstatens produktion og fordeling af serviceydelser, det være sig undervisning af børn og unge, pasning og pleje af børn og gamle, eller behandling og pleje af syge.

Så snart det drejer sig om produktion og fordeling af velfærdsservice, skal der indrettes en organisation, som kan løse produktions- og fordelingsopgaverne. Da velfærdsstatens rationale også på dette område er det offentliges overordnede ansvar for opgaveløsningen, skal organisationen også indpasses i et institutionelt system, som ideelt sikrer en løsning af opgaverne i overensstemmelse med de krav, man politisk stiller til dem. I et demokrati er kravet til indretningen af velfærdsstatens institutioner med andre ord, at de i så ringe omfang som muligt forvrider borgernes præferencer. Det er de overordnede problemer. Det dobbelte spørgsmål er, dels i hvilket omfang man har indrettet velfærdsstatens institutioner på en måde, der i den nævnte forstand er demokratisk effektiv, dels om der kan siges noget om, hvilke institutionelle løsninger, der i demokratisk forstand måtte være mere effektive end andre.

DET INSTITUTIONELLE PROBLEM

For en umiddelbar betragtning lyder de to spørgsmål som to forskellige måder at sige det samme på. Det er imidlertid ikke tilfældet. Det første spørgsmål afspejler den store sikkerhed, hvormed man ofte besvarer det, det være sig positivt eller negativt. Man forholder sig til én løsning, og den løsning er enten fri for indvendinger eller stærkt problematisk i et demokratisk perspektiv. Det andet spørgsmål er mere åbent. Det udelukker ikke, at der er flere løsninger, det være sig i virkelighedens verden eller bare teoretisk. Og dermed henstår det, hvilken eller hvilke løsninger der – igen – efter demokratisk målestok er bedre end andre. Det må komme an på en prøve. Det er med andre ord problemstillinger, som man kan (og må) tage stilling til på et empirisk grundlag.

Institutionel teori giver et udgangspunkt herfor. Institutioner er i denne sammenhæng regler, der anviser, hvilke handlinger der kræves, forbydes eller tillades. Institutionerne antages at regulere samspillet mellem såvel individer indbyrdes som mellem dem og de organisationer, hvori de indgår som medarbejdere, ledere, medlemmer, brugere, kunder eller klienter. Institutionerne kan derved sikre en vis grad af forudsigelighed og stabilitet i løsningen af opgaver, som for det første er tilbagevendende snarere end enkeltstående, og som for det andet forudsætter et samspil mellem flere forskellige deltagere (Ostrom, 1986).

Det institutionelle ræsonnement er i ovenstående præsentation overmåde abstrakt. Ikke desto mindre er det et godt afsæt for at formulere nogle centrale spørgsmål om, hvordan og i hvilket omfang man inden for velfærdsstatens rammer sikrer, at den offentlige service lever op til de krav, som borgerne stiller til den. Det generelle problem leder således frem til en række mere specifikke spørgsmål:

1. Hvilke muligheder har borgerne for at formulere og komme af med deres krav til velfærds-service?
2. Hvordan og med hvilken vægt indgår deres krav, når man på politisk niveau tager stilling til, hvordan de enkelte elementer i politikken skal formuleres?
3. Hvordan omsætter man den generelt formulerede politik i produktion af og levering af serviceydelser til borgerne?
4. Hvilke muligheder har borgerne for at reagere, hvis de leverede ydelser ikke lever op til deres forventninger?
5. Hvilken effekt har deres reaktioner?

6. Hvordan samordner man de krav, som hver enkelt borger stiller til forskellige former for service, givet knapheden på ressourcer?
7. Og hvordan samordner man de krav, som millioner af borgere hver for sig stiller til velfærdsstatens serviceydelser?

Lægger man de syv spørgsmål sammen, står man med et institutionelt problem af betragtelige dimensioner. Det handler for det første om at indrette institutionerne på en måde, som maksimerer den demokratiske effektivitet, dvs. maksimerer gennemslaget for borgernes præferencer. Det handler for det andet om at indrette dem på en sådan måde, at samordningen sikres på både individuelt og kollektivt niveau. Der er i den sammenhæng tre typer aktører, som tiltrækker sig særlig opmærksomhed. Det er borgerne, der på en og samme tid optræder som vælgere og aktuelle eller mulige brugere af velfærdsservice. Det er politikerne, der er valgt af borgerne, og som i et repræsentativt folkestyre har ansvaret for indhold og omfang af velfærds-service, herunder for de institutionelle rammer, inden for hvilke den produceres og fordeles. Og det er producenterne, altså de organisationer og deres medarbejdere, som direkte betjener borgerne.

Det institutionelle problem har flere dimensioner som vist i tabel 2.1. Den første knytter sig til, hvordan man indretter organisationen. Det handler om, hvilke formelle kompetencer man tildeler henholdsvis brugerne, politikerne og producenterne? Samtidig drejer det sig om de spilleregler, der er sat op for samspillet mellem dem. Den anden dimension vedrører finansieringen og produktionen af velfærdsservice. Det problem omfatter både det helt overordnede spørgsmål om, hvordan og i hvilket omfang borgerne skal bidrage, og hvordan man skal fordele finansieringen mellem dem. Men det handler også om de repræsentative institutioners rolle samt om de mekanismer og instrumenter, som de betjener sig af, når de skal løse den samordnings- og prioriteringsopgave, der er nævnt ovenfor. Den tredje dimension er den reguleringspolitiske. Den fanger den retlige og i sidste instans konstitutionelle regulering, hvorigennem borgernes rettigheder og pligter i forhold til velfærdsstaten er fastlagt. Men tilsvarende overordnede problemer opstår, når det gælder fastlæggelsen af forholdet mellem myndighedsniveauer (det nationale og det lokale demokrati, den statslige og den (amts-) kommunale forvaltning, samt den offentlige regulering af private virksomheder og institutioner). Lignende problemer melder sig for producenternes vedkommende: Hvor stor autonomi og selvstændighed tillægger lovgivningen deres medarbejdere? Det drejer sig grundlæggende om ejen-

TABEL 2.1.

Det institutionelle problem ved produktion af velfærdsservice

	ORGANISATION	FINANSIERING	REGULERING
Borgere	Repræsentation og deltagelse i brugerorganer	Generelle eller øremærkede skatter Brugerbetaling og forsikringsordninger Vouchers og klippekort	Universelle eller trangsbestemte rettigheder Tildelt producent eller frit valg Klageadgang Sanktioner
Politikere	Producent- eller reguleringsmyndighed Politisk styringshierarki eller tilsynsmyndighed	Sammenfald mellem politisk ansvar for opgave og finansiering Tildeler budgetter eller etablerer objektiv mekanisme for allokering	Fordeling af opgaver mellem politiske myndighedsniveauer Regulering af samspil mellem myndighedsniveauer
Producenter	Intern ledelse og organisation Bemanding og kompetencefordeling Medbestemmelse og medarbejderrepræsentation	Finansieringskilder Regulering af ressource-tildeling Aflønningsprincipper og økonomiske incitamenter for ledelse og medarbejdere	Autonomi og ejendomsrettigheder Overenskomster Medarbejderbeskyttelse Retlig regulering af professioner Professionel selvregulering

domsrettigheder, dvs. om hvordan man har reguleret råderetten over de ressourcer, som på den ene eller anden måde er stillet til rådighed for producenterne (Eggertsson, 1990, 33-34; Sened, 1997, 80-87). Det gælder også, hvis produktionen af velfærdsservice, som det ofte er tilfældet, er henlagt til offentlige eller andre såkaldt non-profit-institutioner. Ikke desto mindre er problemet centralt i to henseender. Det ene drejer sig om, hvilke indgreb man på et vilkårligt tidspunkt og et vilkårligt grundlag kan foretage i de vilkår, hvorpå produktionen sker. Det andet handler om reguleringen af medarbejdernes råderet over de ressourcer, der er stillet til rådighed for produktionen af velfærdsservice, f.eks. gennem kollektive overenskomster, om lovgivningens regulering af adgangen til og vilkårene for professionsudøvelse samt om professionernes selvregulering af egne forhold. I alle tilfælde er der tale om reguleringer, der påvirker den service, der i praksis bliver tilbudt borgerne.

Som det er vist her, er det institutionelle problem indviklet, og det er derfor en ganske kompliceret opgave at tage stilling til, hvordan man skal ind-

rette institutionerne, inden for hvis rammer man producerer den velfærds-service, man politisk har besluttet at tilbyde borgerne. Det problem bliver ikke mindre indviklet, når man inddrager spørgsmålet om institutionernes demokratiske effektivitet. Det gælder så meget mere, som man i så henseende må bedømme deres konsekvenser i forhold til nogle generelle kriterier, der er fastlagt politisk – eller som der i det mindste er enighed om som centrale kriterier for vurdering af, om service er tilfredsstillende. Politikerne tager sjældent udtrykkelig stilling til, hvilke kriterier der er tale om, og hvad de præcise tærskelværdier for sondringen mellem tilfredsstillende og utilfredsstillende service skal være. Ikke desto mindre er der en vis konsensus om, hvilke værdier der må indgå i vurderingen af netop effektiviteten af velfærdsstatens institutioner. Derimod er usikkerheden og uenigheden væsentligt større, når det kommer til den relative vægtning af dem. En årsag hertil er, at der ofte antages at være en form for vekselforhold mellem dem, således at en høj effektivitet i forhold til et kriterium i det mindste antages at modsvare en lav effektivitet i forhold til et eller flere andre kriterier.

De gængse kriterier, der indgår i vurderingen af, om velfærdsstaten på effektiv vis leverer en tilfredsstillende service, følger af de syv spørgsmål, der blev formuleret ovenfor. Det er for det første lydhørheden, altså spørgsmålet om, hvor effektivt velfærdsstatens institutioner imødekommer borgernes krav, og hvor effektivt den reagerer på deres kritiske vurderinger af service. Det er for det andet den økonomiske effektivitet eller efficiens; det gælder i dobbelt forstand dels makroefficiensen (hvor effektivt styres det samlede ressourceforbrug?), dels mikroefficiensen (er der styr på omkostningerne ved produktion af den enkelte ydelse?). Det er for det tredje spørgsmålet om ligheden i behandlingen af borgerne (har alle adgang til ydelserne og på hvilke vilkår?). Er fordelingen præget af vilkårlighed, f.eks. på grund af ventelister eller lav økonomisk effektivitet? Nyder nogle grupper i særlig grad godt af ydelserne, mens andre har svært ved at få del i dem? Endelig er der kvaliteten. På en måde er det overflødigt; man kunne sige, at kvaliteten er en side af spørgsmålet om økonomisk effektivitet, idet den er forudsat målt ud fra en alt-andet-lige-betragtning. Men så enkelt er det ikke. Der er således usikkerhed om, hvordan og i hvilket omfang man kan måle kvaliteten, og når det er tilfældet, falder grundlaget for alt-andet-lige-betragtningen. Bl.a. derfor slutter man i politisk og administrativ praksis ofte fra den økonomiske standard (dvs. ressourceforbruget) til kvaliteten.

DEN DANSKE MODEL

Til tider taler man om den danske eller den nordiske model. Betegnelsen hæfter man på mange forhold, og et af dem er velfærdsstatens udformning. Her tænkes på dens størrelse, dens omfattende udbud af netop velfærdsservice produceret af organisationer og institutioner, der indgår i den offentlige sektor, og dens forholdsvis store vægt på skatterne som kilde til finansiering af ydelserne. Ud fra denne karakteristik kunne man med Grundtvigs ord fristes til at se modellen som en praktisk realisering af den socialdemokratiske drøm om et samfund, hvor få har for meget og færre for lidt.

Det er imidlertid noget af en forenkling. For nok er der en god del socialdemokratisk tankegods i modellens principielle udformning, men den socialdemokratiske bevægelse har ikke patent på modellen, hverken nationalt eller internationalt. Der er snarere tale om en model, som har bred tilslutning blandt både folkevalgte politikere og ledende embedsmænd i den offentlige forvaltning. De bruger den som referenceramme for enhver diskussion af, hvordan man skal indrette produktion og fordeling af velfærdsservice. Det særlige ved den danske model er desuden, at den gør det til en kommunal opgave at producere og levere velfærdsservice. Dermed er også sagt, at det er en opgave for den offentlige sektor selv, hvoraf yderligere følger, at opgaven er underlagt direkte politisk styring gennem repræsentative institutioner på lokalt og regionalt niveau. Lægger man vægt på de to sidste kendetegn, kunne man tilføje, at det ikke ændrer afgørende ved modellens logik, om man droppede dens kommunale forankring. Den ville have den samme logik og struktur, hvis man i stedet henlagde opgaverne til institutioner, der var underlagt central statslig styring (Blom-Hansen et al., 1998).

Det er ikke tilfældigt, at den danske model henlægger ansvaret for velfærdsservice til kommunerne. Det er grundlæggende i pagt med dansk forvaltningshistorie. Kommunerne har fra gammel tid haft ansvaret for såvel folkeskolen som sygehusene. Det samme gjaldt den sociale omsorg (Philip, 1947). Den historiske undtagelse var gymnasierne, hvis målgruppe var borgerskabets børn, og som snarere blev set som en institutionel forudsætning for embedsmandsstandens regeneration end som en velfærdspolitisk foranstaltning. Derfor lå den første kommunalreform i 1970 også i smuk forlængelse af historien, og det lå i kortene, at fik kommunerne og deres organisationer magt, som de havde agt, skulle løsningen af alle opgaver, der var rettet mod befolkningen på lokalt niveau, samles hos kommuner og amtskommuner. Det er siden sket (Christensen, 2000a). De præcise elementer i modellen er vist i boks 2.1.

BOKS 2.1.

Den danske model

- Kommunerne varetager alle lokale opgaver; amtskommunerne varetager alle regionale opgaver.
- Kommuner og amtskommuner skal være så store, at det er muligt at opbygge en professionel forvaltningsorganisation.
- De skal også være så store, at man kan udnytte fordelene ved stordrift inden for den enkelte kommune og amtskommune.
- Der skal være en klar adskillelse af den politiske og den administrative ledelse.
- Der skal sikres en klar horisontal arbejdsdeling inden for kommuner og amtskommuner. På politisk niveau sondres efter saglige kriterier mellem specialiserede fagudvalg; på embedsmandsniveau sondres efter de samme kriterier mellem specialiserede forvaltninger.
- Det skal gennem det kommunale rådsstyre og den borgmesterledede enhedsforvaltning sikres, at kommuners og amtskommuners mange forskellige opgaver bliver indbyrdes koordineret og prioriteret. Derigennem kan hensynet til helheden og dermed til alle borgeres forskellige behov og interesser tilgodeses.
- De kommunale og amtskommunale serviceinstitutioner skal indgå i et styringshierarki, der i sidste ende udgår fra kommunalbestyrelsen og amtsrådet.

Som normativ model understreger den danske model ganske bestemte værdier. I den kommunale forankring af opgaveløsningen ligger selvfølgelig en understregning af det værdifulde i en opgaveløsning tæt på borgerne. Deri ligger også en påstand eller forventning om, at det sikrer lydhørhed over for borgernes præferencer. Samtidig er det underforstået, at opgaveløsning i statsligt regi ikke er i stand til at sikre samme grad af lydhørhed. Bortset fra det understreger modellen først og fremmest behovet for at sikre den teknisk-økonomiske effektivitet, ligesom den indeholder en serie påstande om, hvordan dette kan og bør ske. De implicitte hypoteser er, at det kan man sikre gennem en optimering af befolkningsunderlaget, som kan realisere stordriftsfordele gennem en adskillelse af politik og administration, som giver plads til den administrative og professionelle sagkundskab, gennem en strikt horisontal koordination, som fjerner spild og dæmper og løser konflikter, og en lige så strikt vertikal styring, som skaber sammenhæng mellem de politisk formulerede mål, forvaltningens styrende og kontrollerende dispositioner og den service, institutionerne leverer.

Modellen er kaldt den danske model, fordi den sammenfatter de institutionelle træk, som man hertilands politisk har lagt til grund for produktion og levering af velfærdsservice, og fordi den sammenfatter det officielle rationale bag modellen. Den er imidlertid ikke specielt dansk. Den falder ord til

andet sammen med det, man i amerikansk forvaltningstænkning har kaldt reformmodellen. Som den danske model er den rettet mod det offentliges løsning af opgaver i forbindelse med produktion og levering af velfærdsservice, og som den danske model er den først og fremmest rettet mod den lokale og regionale forvaltning samt mod enkeltstaterne og deres lovgivning og administrative organisation. Det er yderligere det samme effektivitetsrationale, som bærer den amerikanske. I amerikansk forvaltningsdebat bliver dette yderligere understreget af, at reformmodellen er koblet tæt sammen med en række organisatoriske tiltag, som i årtier har stået centralt i bestræbelserne på at rationalisere den offentlige forvaltning og den offentlige sektor. Blandt anvisningerne er således en samling af kommunens operationelle virksomhed under professionelle forvaltningschefer (city managers), en finkæmning af organisationen for overlappende kompetencer og dublerede funktioner og en høj prioritering af den horisontale og vertikale koordination (Ostrom, 1972; Meier, 1980; Morgan & Pelissero, 1980; Knott & Miller, 1987).

Modellen har bevaret sin tiltrækningskraft som reform- og rationaliseringsmodel i både amerikansk og dansk sammenhæng. I USA diskuterer man løbende de fordele, der er forbundet med en opstramning af forvaltningsstrukturen på lokalt og regionalt niveau (Morgan & Kickham, 1999). I Danmark er modellens indbyggede logik også stadig den officiose ramme for diskussionerne om kommunestyrets indretning. De bestræbelser i retning af en reform af udvalgs- og forvaltningsstrukturen, der begyndte i 1990'erne, var således båret af dens rationaliserings- og effektiviseringslogik (Christensen, Christiansen og Ibsen, 1999, 62-74). Det samme gælder den løbende diskussion af fordelene ved en ny kommunalreform, hvis mål er større kommuner, der kan realisere stordriftsfordelene i netop den kommunale serviceproduktion (Indenrigsministeriet, 2000). Den gennemsyrrer også overvejelserne om en helt ny struktur på sygehusområdet og kommissoriet for Strukturkommissionen (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2003a & b).

KONKURRENCE- OG SELVFORVALTNINGS- MODELLEN

Den danske model fremstår som en logisk og sammenhængende model. Den fremstår tillige som en ganske dominerende model, for det er den, velfærdsstatens politiske og administrative praktikere sværger til. De kan være

uenige om graden af centralisering og arbejdsdelingen mellem det centrale statslige og det kommunale myndighedsniveau, men de er ikke uenige om modellens institutionelle rationale, som er deres begrundelse for, at den forlods slår eventuelle konkurrerende modeller af banen.

Den har for så vidt en let sag, for fastholder man praktikeroptikken, har modellen ingen konkurrent, der kan udfordre den, hvor der på tilsvarende vis er enighed om både modellens interne struktur og dens institutionelle rationale. Ikke desto mindre byder det offentlige liv på en betydelig mangfoldighed, når det gælder forsyningen af borgerne med velfærdsservice. Hvis man ser bort fra muligheden for at producere serviceydelser som pasning, sygehusbehandling- og pleje og undervisning på rene markedsvilkår, har de konkurrerende modeller nemlig nogle gennemgående træk, der enten er sammenfaldende eller stærkt beslægtede med hinanden. Deres udanske karakter kommer imidlertid frem i samme øjeblik, man betænker den ringe opmærksomhed, de får i en dansk sammenhæng. De optræder slet ikke som egentlige konkurrenter til eller udfordrere af den danske model; de fremstår højest som et institutionelt supplement, der byder sig til, hvor enten en sejlivet historisk tradition har holdt liv i det, eller hvor der er tale om opgaver af en særlig karakter, der betragtes som marginale i forhold til velfærdsstatens kerneopgaver.

Hvor den danske model kunne tage sig ud som en institutionel overbygning på den socialdemokratiske velfærdsstat, har konkurrence- og selvforvaltningsmodellen ved første øjekast et liberalt præg. Men også det er forkert; heller ikke denne models praktiske udbredelse følger ideologiske kriterier. Mange velfærds løsninger, der er formet over tankegangen, er sat i værk af en socialdemokratisk arbejderbevægelse eller af kirkelige organisationer, der netop gjorde det, fordi de så det som et effektivt korrektiv til den kapitalistiske markedsökonomi. Og går man til Danmark, er det historisk tankevækkende, at et parti som Venstre, der ideologisk er knyttet til den grundtvig-koldske friskoletanke, i kommunalpolitisk praksis snarere har kæmpet for den danske model end for konkurrence- og selvforvaltningsmodellen (Lindbom, 1995).

Konkurrenterne har et væsentligt fællestræk, jf. boks 2.2. De lægger alle vægt på borgernes selvforvaltning, om end selvbestemmelsen er udformet efter forskellige principper. Forskellene gør, at man ikke kan tale om et enkelt institutionelt rationale, der bærer modellen, således som det er tilfældet med danske model og dens amerikanske pendant. Fælles for modellerne

- Enkeltformålsskommunen (Svara, 1998). Lokale myndigheder, hvis politiske ledelse er folkevalgt, opkræver skatter blandt borgerne, som dækker finansieringen af den eller de institutioner, som myndigheden driver. Er særlig udbredt i USA, hvor det offentlige skolevæsen ofte drives af enkeltformålsskommuner, som finansierer deres virksomhed ved skat på fast ejendom.
- Civilsamfundsmodellen (Lipsky & Smith, 1993; Schlüter, Strachwitz & Then, 1999). Frivillige organisationer ejer og driver selvejende institutioner på non-profit basis. Det kan ske i form af enkeltstående institutioner eller i form af kædedannelser. Institutionerne producerer og leverer velfærdsservice inden for det sociale område, sundheds- og skoleområdet. Institutionernes virksomhed finansieres helt eller for en stor del gennem offentlige tilskud. Er særlig udbredt i Holland, Tyskland og USA, men kendes også i Danmark, hvor mere end ti procent af alle skoleseende børn går i private skoler. I en variant af modellen løser de private selvejende institutioner opgaverne på kontrakt med en offentlig myndighed.
- Brugerdemokratimodellen (Lindbom, 1995; Indenrigsministeriet, 1998). Brugerne af de institutioner, der modtager velfærdsservice, vælger en bestyrelse eller et råd, som i nærmere bestemt omfang deltager i ledelsen af institutionen, som i alle andre henseender indgår i den offentlige sektor efter de principper, som kendetegner den danske model. Modellen har altid været kendt, f.eks. fra den danske folkeskoles skolekommissioner og skolenævn, men den har fået en renæssance med delvis forældrevalgte bestyrelser i skoler og daginstitutioner og med ældreråd. Den kendes også i andre vestlige lande på først og fremmest skoleområdet.
- Borgervalgsmodellen (Chubb & Moe, 1990; Arnott & Raab, 2000). Brugerne vælger selv, hvilken offentlig eller privat institution der skal levere velfærdsservice til dem. Modellen kan i princippet kombineres med hvilken som helst af de ovennævnte modeller, ligesom den traditionelle danske model kan udbygges med frit institutionsvalg for borgerne. Varianter af denne model har også en lang forhistorie, f.eks. i den danske friskoleordning, der er grundlovssikret. En del af 1980'ernes engelske og new zealandske reformer bygger på tankegangen, ligesom den såkaldte "school choice"-bevægelse i USA hylder idéen.

er ikke desto mindre to ting: For det første sætter de ikke spørgsmålstejn ved, om det er en offentlig opgave at definere og regulere produktionen af offentlig velfærdsservice. For det andet bygger de på det offentliges ansvar for finansieringen af velfærdsservice. Så heller ikke i den henseende adskiller de sig fra den danske model.

Til grund for konkurrence- og selvforvaltningsmodellen ligger derimod en påstand om, at man ved en anden organisering af velfærdsservice kan realisere nogle grundlæggende værdier mere effektivt end i den gængse offentlige model. Samtidig ligger der i dens mange forskellige udformninger, at den kan sikre en højere grad af mangfoldighed i opgaveløsningen.

Det kan i sig selv være et gode. Det kan desuden have afledte effekter, som man vurderer som gunstige, fordi den synlige mangfoldighed kommer til at fungere som en forsøgsmark, hvor brugere og producenter ved selvsyn kan drage nytte af andres eksperimenter og erfaringer. Fælles for modellerne er samtidig deres påstand om, at de kan forbedre lydhørheden over for borgere og brugere. Men mekanismerne er unægtelig forskellige. Enkeltformålskommunen og brugerdemokratiet søger at maksimere lydhørheden gennem repræsentative institutioner, hvor borgernes, henholdsvis brugernes repræsentanter, udelukkende beskæftiger sig med én opgave. I civilsamfundsmodellen er den mekanisme, der antages at fremme lydhørheden, derimod et ideelt engagement i løsningen af en opgave for de svage eller for det sociale kollektiv, som ledelse og medarbejdere alle selv tilhører. Kun borgervalgsmodellen efterligner markedets frie forbrugsvalg, og konkurrencen mellem flere udbydere af service ses som den mekanisme, der kan maksimere producent- og leverandørinstitutionernes imødekommelse af brugernes efterspørgsel.

Ved en sammenligning med den danske model er to ting iøjnefaldende. Sådan som de fire konkurrerende modeller er beskrevet, er der ikke taget stilling til, om de også fremmer (eller modvirker) realiseringen af andre værdier (økonomisk efficiens, lighed, kvalitetssikring). Hvis de antages at gøre det, bygger det på andre og afledte ræsonnementer, som det er tilfældet i borgervalgsmodellen. Dernæst er det påfaldende, at hensynet til den horisontale samordning og den vertikale planlægning, styring og kontrol, som er centrale i ræsonnementerne bag den danske model, slet ikke indgår her. Man går næppe nogen for nær ved at fastslå, at enten er der ikke taget stilling til opgaven, eller også betragter man det som et reguleringspolitisk anliggende, jf. tabel 2.1 ovenfor.

Både den danske model og konkurrence- og selvforvaltningsmodellen er normative og afspejler de politiske og administrative aktørers forestillinger om, hvordan man bedst løser opgaven med at producere og fordele en velfærdsservice, der er i større eller mindre omfang er indholdsmæssigt reguleret og økonomisk finansieret af det offentlige. Og selv om modellerne er normative, er de hver for sig så tilpas tæt på den virkelige velfærdsstats institutioner, at man kan se dem som idealtypiske beskrivelser af forskellige måder at organisere sig på. Det er på denne dobbelte baggrund ikke overraskende, at modellerne, og det gælder som det er vist især konkurrence- og selvforvaltningsmodellen, ikke indeholder et eksplicit og logisk uigennem-

skydeligt institutionelt rationale. Begge modeller har ikke desto mindre i den samfundsvidenskabelige teori (politologi og organisationsteori, økonomi og sociologi), hvad man kan betegne som teoretiske overbygninger, der leverer det logisk sammenhængende rationale, som de selv savner. Næste afsnit præsenterer demokrati- og bureaukratiteorien som en sådan overbygning på den danske model. Derefter følger i et nyt afsnit en præsentation af rational choice-teoriens konkurrencemodel, der er en teoretisk overbygning på konkurrence- og selvforvaltningsmodellen.

DEMOKRATI OG BUREAUKRATI

Demokratisk har den danske model en del for sig, først og fremmest fordi den synes perfekt tilpasset det repræsentative demokrati. Man har i den sammenhæng talt om, at styringen foregår inden for rammerne af en parlamentarisk styringskæde (Olsen, 1978) eller inden for rammerne af en delegationskæde. Deri ligger, at vælgerne gennem deres valg af politikere signalerer deres præferencer for indretning og omfang af offentlige servicetilbud. Det indebærer også, at politikerne derefter træffer de nødvendige overordnede beslutninger om, hvad den offentlige sektor skal gøre, hvor meget den skal gøre, hvem der skal have adgang til dens service, på hvilke vilkår, samt hvor mange ressourcer der skal bruges på det, og hvordan disse midler skal bringes til veje. I tankegangen ligger endelig også, at de folkevalgte politikere, når de overordnede beslutninger er truffet, delegerer kompetencen og ansvaret for at føre dem ud i praksis, samt at dette sker gennem et organisatorisk-administrativt hierarki.

Styringskædens demokratiske ideal har flere smukke træk. Det forankrer magten hos demokratiske institutioner, i sidste ende vælgerne. Det sikrer den demokratiske legitimering af de beslutninger, der bliver truffet vedrørende den offentlige politiks indhold og den offentlige serviceproduktions indretning. Styringskædens sammenkobling af alle led i tilvejebringelsen af offentlige serviceydelser sikrer også, at der sker en samlet afvejning af de mange hensyn, som må indgå, før man kan træffe nogen beslutning, og at de politikere, der har truffet eller sanktioneret dem, igen står til ansvar over for vælgerne.

Det demokratiske ideal, som ligger bag forestillingen om den parlamentariske styringskæde, har en vis teoretisk forankring i den klassiske bureaukratiteori. Det gælder specielt i den udformning, som den tyske sociolog

Max Weber (1918a & b/1988 & 1921/1990) gav den. Blandt de elementer, der indgår i den, er forudsætningen om en klar adskillelse af politiske og administrative beslutninger og af den politiske og den administrative ledelse samt forudsætningen om den politiske ledelses primat i forhold til den administrative ledelse og embedsmandskorpset. Det er alt sammen i overensstemmelse med styringskædens ideal. Det er således også grundlaget for påstanden om den bureaukratiske organisationsform som forudsætningen for, at de folkevalgte, og i sidste ende vælgerne, kan gøre et politisk ansvar gældende over for de politikere, der udøver ledelsesfunktionen inden for regerings- og forvaltningsapparatet.

Bureaukratiteorien har samtidig et præcist bud på, hvordan man kan adskille politik og forvaltning uden at kompromittere den politiske styring af forvaltningen. Der er flere elementer i løsningen, men i denne sammenhæng er fire centrale:

1. Organisationen er hierarkisk. Det vil sige, at grundlaget for styringen af virksomheden er en ubrudt kæde af over- og underordningsrelationer, hvor hver enkelt embedsmand på den ene side modtager direktiver fra, på den anden side refererer til og står til ansvar over for én og kun én overordnet.
2. Rekrutteringen er baseret på meritprincippet. Det vil sige, at ledelsen udvælger og forfremmer medarbejderne på grundlag af deres teknisk-faglige kvalifikationer – og således uden skelen til f.eks. partipolitisk tilhørsforhold eller social status.
3. Virksomheden er forudsigelig. Det vil sige, at myndighedernes embedsmænd træffer afgørelser på grundlag af en fortolkning af generelle regler, som er fastsat gennem en demokratisk-parlamentarisk beslutningsproces.
4. Den politiske leder er som forvaltningschef bundet af lovgivningens generelle regler. Det vil sige, at den politiske ledelses myndighed er begrænset, når den træffer konkrete afgørelser. Den politiske ledelse gør først og fremmest sin indflydelse gældende som ophavsmand til nye forslag, der forudsætter tilslutning fra det repræsentative organ, og som ansvarlig for organisationens indretning og for forvaltningen af de ressourcer, der gennem den vedtagne budgetprocedure er stillet til rådighed for opgaveløsningen.

I den bureaukratiske model kommer den administrative ledelse ind i billedet på to måder. For det første har modellen en implicit departemental struktur, som man kender det fra ministerstyrede organisationer. Ministeren er politisk forvaltningschef og har som nærmeste medarbejder en departementschef, der er embedsmand som defineret ovenfor. Som sådan spiller han en rolle som bindeled mellem den politiske forvaltningschef og den administrative kommandolinje. Deri ligger også, at han er den politiske forvaltningschefs højre hånd; han informerer denne om såvel retlige som faktiske sammenhænge og rådgiver efter moderne opfattelse også om de politiske muligheder og begrænsninger, som den politiske chef står over for. For det andet giver modellen den administrative ledelse en mere selvstændig rolle. Lederen er da myndighedschefen, der for et velafgrænset lovgivningsområde, og ofte også et velafgrænset geografisk område, koordinerer og leder forvaltningen. Eksempler er på centralt niveau styrelsescheferne (f.eks. rigspolitichefen, direktøren for told- og skattestyrelsen, direktøren for arbejdstilsynet) og på regionalt niveau tilsvarende politimestrene, cheferne for told- og skatteregionerne og for arbejdstilsynskredsene. På lokalt og kommunalt niveau drejer det sig om kommunaldirektøren og de forvaltningschefer, der har ansvaret for sektorforvaltningerne, f.eks. skoler, socialforvaltning og sociale institutioner, sundhed og sygehuse. Ud fra samme logik er det også lederne på skoler, sygehuse, plejehjem og daginstitutioner.

BORGERAUTONOMI OG MARKEDSKONKURRENCE

Den såkaldte „rational choice“-teori har samme funktion i forhold til konkurrence- og selvforvaltningsmodellen som den klassiske demokrati- og bureaukratiteori i forhold til den danske model. Det gælder især de varianter af konkurrence- og selvforvaltningsmodellen, som betoner borgeres og brugeres frie valg af ydelser udbudt af institutioner i indbyrdes konkurrence, her omtalt som konkurrencemodellen. Udgangspunktet er dermed slået fast. For godt nok påpeger teorien, at velfærdsservice er private goder i økonomisk forstand.

Det har to konsekvenser: Den ene er, at adgangen til de udbudte goder kan begrænses, og at forbrug af goderne reducerer den mængde, der er til rådighed for andre. Dermed adskiller i hvert fald de fleste former for velfærdsservice sig fra de kollektive eller offentlige goder, som alle har adgang til, når de først bliver produceret, og hvor den enkeltes forbrugsmuligheder ikke begrænses af, at mange andre også bruger det pågældende gode. Den

anden vedrører udformningen af velfærdsstatens institutioner. Goderne er godt nok alt overvejende private, hvorfor intet teoretisk udelukker deres fordeling via markedet. Men det følger af velfærdsstatsidéen, således som det er defineret ovenfor, at det offentlige griber ind i produktionen og fordelingen af velfærdsservice, fordi man politisk netop ønsker at sætte sig ud over markedet på dette område. Der er goder (meritgoder), som man politisk mener folk bør have (f.eks. uddannelse), uanset om de ønsker det, eller have adgang til (f.eks. behandling og pleje), uanset om de har råd (Eggertsson, 1990: 188). Den opgave, „rational choice“-teoretikerne har stillet sig selv, er således inden for velfærdsstatens rammer at konstruere et institutionelt system, som i størst muligt omfang nærmer sig markedet. De gør det grundlæggende ud fra nøjagtigt de samme ideelle hensyn som teoretikerne bag den demokratisk-bureaukratiske styringskæde: De vil maksimere lydhørheden over for borgerne og brugerne, samtidig med at de sikrer økonomisk effektivitet, ydelsernes kvalitet og borgernes lige adgang til service.

„Rational choice“-teorien udspringer af neo-klassisk økonomisk teori, som den deler kerneantagelser med. Ambitionen er at anvende dem som udgangspunkt for studiet af kollektive beslutninger. Derved forstår man beslutninger, der bliver truffet uden for markedet, det vil sige beslutninger, som træffes i politiske og bureaukratiske institutioner, hvor aktørerne ikke er producenter, handelsmænd og forbrugere, men vælgere, politikere, embedsmænd og organisationsfolk. Der er som udgangspunkt tale om en positiv teori, hvis ambition er at forbedre vores evne til at forklare og forudsige politiske og administrative beslutninger i virkelighedens verden. Men teorien har også en normativ side. For det første har den et kritisk potentiale, idet den i høj grad inspirerer til analyser af svigt i netop den demokratisk-bureaukratiske styringskæde. For det andet har den – i lighed med teorien om styringskæden – et præsriptivt sigte. Adskillige teoretikere har haft den som udgangspunkt for forslag til designforbedringer af bl.a. velfærdsstatens institutioner. Det er i den sammenhæng interessant, at de omfattende reformer, som den new zealandske regering i 1980'erne gennemførte af landets offentlige sektor, havde udtrykkelig inspiration i rationel institutionel teori (Boston et al., 1996; Goldfinch, 1998).

Logikken, som kobler de grundlæggende adfærdsantagelser og den kritiske analyse sammen med forslagene til indretning af velfærdsstatens institutioner på en måde, som i mindre omfang antages at fordreje borgernes krav til velfærdsservice, fremgår af boks 2.3. Hele tankekonstruktionen bygger,

BOKS 2.3.

Rational choice-teoriens designlogik

1. ADFÆRDSANTAGELSER

- Individuel nyttemaksimering
- Fuldstændigt rationelle individer
- Konsistente og stabile præferencer

2. KOLLEKTIVE BESLUTNINGER TRÆFFES VED SAMMENLÆGNING AF INDIVIDUELLE PRÆFERENCER

- Hypoteser om politikere
- Politikere stemmemaksimerer, da det er vejen til genvalg og regeringsposition
- Politikere har en kort tidshorisont bestemt af afstanden til næste valg
- Politikeres valg af politik er præget af strategiske kalkulationer og cykliske mønstre

3. HYPOTESER OM EMBEDSMÆND

- Embedsmændene budgetmaksimerer (det forøger deres magt, prestige og materielle velfærd)
- Eller unddrager og skulker (det reducerer belastningen af de menige medarbejdere og letter ledelsesbyrden for cheferne)
- Embedsmændene kan i kraft af deres informationsmonopol manipulere politikerne til at give dem større budgetter eller tolerere unddragelse
- "Rent-seeking"-særinteresser tilbyder embedsmændene goder, som tilskynder dem til at indgå i "capture"-lignende alliancer med specifikke interesseorganisationer

4. SELVFORVALTNING OG QUASI-MARKEDER FOR VELFÆRDSSERVICE

- Borgerne vælger selv leverandør
- Borgerne træffer de nødvendige kollektive beslutninger gennem direkte demokrati eller valg af repræsentanter til brugerbestyrelser eller kommunalbestyrelser i enkeltformålsmunicipaliteter
- Borgerens betaling (brugerbetaling, vouchers eller klippekort, taxametertilskud) for velfærdsservice tilfalder direkte leverandørerne
- Leverandører, som ikke kan fastholde brugere/kunder, har en tilskyndelse til at rette sig ind efter efterspørgslen; ellers må de trække sig ud af markedet
- Ansættelses- og lønsystemer på de private (og offentlige) institutioner, som leverer velfærdsservice, indeholder mekanismer, som er således designet, at de tilskynder den enkelte til at yde sit bedste
- Som markedets usynlige hånd sikrer samspillet mellem institutionernes udbud og borgernes efterspørgsel efter velfærdsservice koordinationen

som det fremgår, på et stærkt individualistisk fundament. Det enkelte individ er analyseenheden. Det antages at have maksimeringen af egen nytte som om end ikke eneste, så dog afgørende handlingsmotiv. Dets nyttemaksimering styres af præferencer, som er stabile over tid, og som den enkelte har ordnet og prioriteret på en logisk konsistent måde. Hvilke beslutninger, individet træffer i konkrete valgsituationer, beror på en kalkule, der er baseret på en fuldstændig rationel udnyttelse af alle de informationer, der er nødvendige for at belyse konsekvenserne af valget. Det er, som det rammende er blevet sagt, en konsekvenslogik, der styrer menneskets adfærd (March & Olsen, 1989: 160-162).

Den logik gælder for alle demokratiets aktører – politikere, embedsmænd og organisationsrepræsentanter. På dette punkt griber samfundets forfatningsmæssige og bureaukratiske arkitektur imidlertid forstyrrende ind. For sådan som det repræsentative folkestyres institutioner er indrettet, bliver resultatet politikere og partier, hvis dominerende mål er at maksimere stemmerne på sig selv, for kun derigennem kan de sikre deres eget genvalg og adgang til magtfulde regeringspositioner (Downs, 1957). På tilsvarende måde resulterer det offentlige bureaukratis indpasning i styringskæden ifølge teorien i misbrug af offentlige ressourcer. Det skyldes samspillet mellem stemmemaksimerende politikere, der på grund af embedsmændenes informationsoverlegenhed ikke kan gennemskue disses forslag og dispositioner. Resultatet er enten for store og ukontrollable offentlige udgifter, fordi embedsmændene budgetmaksimerer; derigennem kan de sikre sig eftertragtede goder så som højere løn, finere kontorer og mere magt og social prestige (Niskanen, 1971/1994: 38). Eller det er en mikroefficiens, som i praksis er lavere end teknisk og organisatorisk muligt, fordi medarbejderne skulker, og fordi en vis accept af organisatorisk slack eller budgetluft letter opgaven for ledelsen (Migué & Bélanger, 1974; Moe, 1984). Det tredje alvorlige problem opstår ifølge teorien, fordi interesseorganisationer, der (legitimt) arbejder for fremme af specifikke interesser, indgår i et samspil med administrationen, der i virkeligheden spænder den for deres egen vogn. Det er den såkaldte „capture“-hypotese, som først er lanceret på reguleringspolitikens område; dens logik er, at de regulerede „rent-seeking“ interesser kontrollerer goder, der er stærkt attråede af reguleringsmyndighedernes ledelse og medarbejdere, og at det tilskynder sidstnævnte til at skele til deres synspunkter, når de træffer beslutninger. Derigennem sikrer de regulerede sig en overnormal profit, som de ikke kunne opnå uden politisk-administrativ indblanding (Buchanan & Tullock, 1962/1969; Stigler, 1975:

123-141; 162-166). Den danske økonom, Jørgen Dicks (1973) teori om den herskende klasse bruger den samme logik som udgangspunkt for en analyse af netop den offentlige velfærdsservice. Hans påstand var, at der med en omfattende velfærdsservice i offentligt regi var skabt en herskende klasse, hvis medlemmer arbejdede for at gøre den endnu større. Deres udsigt til succes var ydermere stor, da politikerne i kraft af deres stemmemæssige styrke havde en stærk tilskyndelse til at imødekomme deres krav.

Den teoretiske kritik danner grundlag for forslag til et alternativt design af velfærdsstatens institutioner end den demokratisk-bureaukratiske styringskæde. Adfærdsantagelserne i „rational choice“-teorien er byggestenen. Dermed bliver det enkelte individ den aktør, omkring hvem man skal bygge institutionerne op (Hirschman, 1970; Tiebout, 1956). Da den kritiske analyse peger på risikoen for, at de traditionelle politisk-bureaukratiske institutioner forvrider borgernes mulighed for at få den service, som de hver for sig ønsker, er den anviste løsning den videst mulige decentralisering. Der er forskellige veje til at nå den, men kerneelementerne er for det første den enkelte borgers frie valg af leverandører inden eller uden for den offentlige sektor. Det er for det andet, at producenterne (de offentlige eller private institutioner eller virksomheder) direkte skal mærke de negative økonomiske konsekvenser, hvis borgerne fravælger deres ydelser til fordel for en anden institution, hvis ydelser i højere grad falder i deres smag. For det tredje accepteres velfærdsstatens udligningsmålsætning, idet forslaget er, at borgerne betaler for deres forbrug ved hjælp af såkaldte vouchers, det vil sige kuponer, klippekort eller taksametertilskud, som giver dem adgang til at trække på de institutioner, der udbyder velfærdsservice af en nærmere bestemt art. Institutionerne kan herefter indløse kuponerne hos de offentlige kasser. Dermed er der skabt, hvad man i teorien kalder et surrogatmarked eller et såkaldt „quasi-marked“, hvor regulerings- og koordinationsmekanismen ikke er markedets frie konkurrence, men en arrangeret konkurrence (managed competition). Det offentlige bevarer i modellen det finansielle ansvar og regulerer – og sikrer – gennem lovgivningen borgernes trækningsrettigheder. Inden for de rammer mener man i teorien at have skabt et overlegent alternativ til den demokratisk-bureaukratiske styringsmodel (Chubb & Moe, 1990; Le Grand, 1993).

I ovenstående beskrivelse af „rational choice“-teoriens velfærdsmodel har man fastholdt forestillingen om borgernes demokratiske suverænitet. Det sker uden oprettelse af traditionelle repræsentative institutioner, idet man med en passende overordnet regulering mener at kunne skabe forudsæt-

ninger for borgernes individuelle valg i alle tilfælde, hvor der er tale om allokering af ressourcer til og forbrug af velfærdsservice – i sidste ende et blandt andre private goder. I adskillige varianter af teorien indbygger man også repræsentative institutioner i modellen. Det sker på to måder, enten i form af folkeafstemninger, hvor vælgerne selv kan tage initiativet til afstemningen og i form af lokale repræsentative organer. I sidste tilfælde ligger det i modellen, at man, for at sikre borgernes autonomi i størst muligt omfang, placerer repræsentation og politisk myndighed på allerlaveste institutionelle niveau. Det vil ikke alene sige i lokalsamfundet, men også omkring lønningen af enkeltopgaver som f.eks. skoler, pasningsinstitutioner, biblioteker, brandvæsen. To teoretiske ræsonnementer bærer den vidtgående decentralisering. Det ene er, at den sikrer service i overensstemmelse med borgernes præferencer. Det andet er, at den tillader kommuneskift uden flytning; sognebåndsløsning, som vi kender som mindretalsbeskyttelse i den danske folkekirke, bliver på denne måde overført til den kommunale velfærdsservice (V. Ostrom, 1973/1989; Frey & Eichenberger, 1999).

Der er indtil nu talt om en konkurrence- og selvforvaltningsmodel. Dobbeltnavnet antyder modellens komplekse karakter, og den understreger også, at der langt fra er tale om en enkelt og homogen model. Samtidig dækker betegnelsen i høj grad over, at modellen i praksis har adskillige varianter, således som det også er vist i boks 2.2. Disse varianter har hver deres træk, hvad der understreger for det første deres forskellige politiske og kulturelle ophav, for det andet den delvis forskellige logik, som præger deres rationaler. I resten af bogen bliver de sammenfattet under én model med ét gennemgående navn, konkurrencemodellen. Der er to grunde hertil: Den første er nødvendig forenkling af fremstillingen. Den anden er at tilpasse fremstillingen til den langvarige debat – politisk, administrativt og politisk – der i en årrække har kørt om velfærdsstatens institutionelle indretning; den har nemlig i høj grad set de præsenterede delmodeller som varianter af én grundlæggende model, der kombinerer decentralisering og selvforvaltning med frit valg og dermed konkurrence.

OFFENTLIG MANGFOLDIGHED

Den model, der her er kaldt den danske, fremstår som en monopolmodel. Der er få, der dementerer det indtryk. Den politiske og offentlige debat i øvrigt om velfærdsstaten og dens serviceydelser koncentrerer sig stort set om modellen i netop den danske udformning, som er beskrevet ovenfor. Der er

mere i den danske model end en ideologisk konstruktion. Det særlige ved den måde, hvorpå man i Danmark (og Norden) har løst velfærdsopgaven, er den store vægt på serviceydelser og på offentlig egenproduktion af denne velfærdsservice. Dermed adskiller de nordiske lande sig fra en række andre vestlige lande, jf. boks 2.2 om civilsamfundsmodellen. Det karakteristiske for den er, at produktionen af velfærdsservice sker i organisationer, der er private og i princippet baseret på en frivillig indsats. Deres tilknytning er ofte enten kirkelige organisationer eller organisationer med tilknytning til fagbevægelsen. I sin oprindelse bygger modellen på mobiliseringen af frivillige til en kollektiv indsats over for medborgerne i almindelighed eller organisationens egne medlemmer. Det er fortsat en del af modellens rationale. Det gælder ikke mindst i USA. Men i Vesteuropa, hvor den spiller en stor rolle i Tyskland og Holland, er den integreret i velfærdsstaten. Det sker på to måder.

Den ene variant knytter ordningerne til arbejdsmarkedspolitikken, idet væsentlige sikringsordninger gennem et samspil mellem lovgivningen og de kollektive overenskomster bliver finansieret af arbejdsgiverafgifter. Alderspensionen tager således i betydeligt omfang form som en arbejdsmarkedspension, og nogle former for velfærdsservice bliver produceret af institutioner, der uanset om deres ejerforhold er privat eller offentligt, er indtægtsfinansierede. Det er i vidt omfang den tyske model. Et vigtigt eksempel er de tyske sygehuse, som sommetider er offentligt ejede, i andre tilfælde selvejende institutioner; men uanset denne forskel er deres økonomiske grundlag de indtægter, som de får for at behandle medlemmer af de tyske sygekasser, der for en stor del er organiseret med tilknytning til arbejdsmarkedet og dets organisationer. Den anden variant er baseret på offentlige tilskud til institutioner, der producerer og leverer velfærdsservice til borgerne. Det er i vidt omfang den hollandske model, hvor skoler og sociale institutioner er selvejende institutioner på konfessionel eller ikke-konfessionel basis, men som får finansieret driften gennem tilskud fra staten (Andeweg, 1988).

Det er fristende også at tale om en amerikansk model. Den skulle rumme de rent private løsninger, hvor det er op til den enkelte at sikre sig og sine gennem en forsikring, og hvor enten private virksomheder står for velfærdsservice, eller hvor den er overladt til borgernes selvorganisering. Sådan er det også på især det sociale område, hvor man hverken har børnepasnings- eller ældreplejeordninger af dansk og europæisk tilsnit. Men på sundheds- og sygehusområdet er virkeligheden mere mangfoldig. Den består af en blanding af offentlig finansiering, kollektive forsikringsordninger, som ofte har tilknytning til arbejdspladsen og individuelle forsikringer og deres lige så

stærke blanding af offentlige sygehuse med private non- og for-profit hospitaler. Skolevæsenet er derimod alt overvejende offentligt, og andelen af børn i private skoler er ikke større end i Danmark, jf. kap. 4. Forskellen er, at de amerikanske skoler ofte drives af særlige skoledistrikter, altså af de tidligere omtalte enkeltformålsskommuner.

Til de fire „nationale“ varianter kommer, hvad man kan kalde borgervalgs- og „quasi-markeds“-modellen, som angiveligt realiserer de reformidéer, som følger af rational choice-teoriens reformlogik. De har spillet en praktisk rolle i adskillige lande inden for OECD-området, men i særdeleshed Storbritannien og New Zealand går for at være pionerer. I begge lande er sygehusene reorganiseret, således at et centraliseret og statsligt sygehusvesen nu fungerer efter quasi-markeds-princippet, hvor køber og leverandør af sygehusydelserne institutionelt er adskilt, og hvor leverandørsygehusene antages at konkurrere. På tilsvarende måde har man reorganiseret skolevæsenet, således at frit skolevalg, bevillinger, der følger eleverne, og forældrevalgte bestyrelser er bærende elementer i styringen af skolerne. I den engelske variant er det kombineret med en tæt national regulering af indholdskravene.

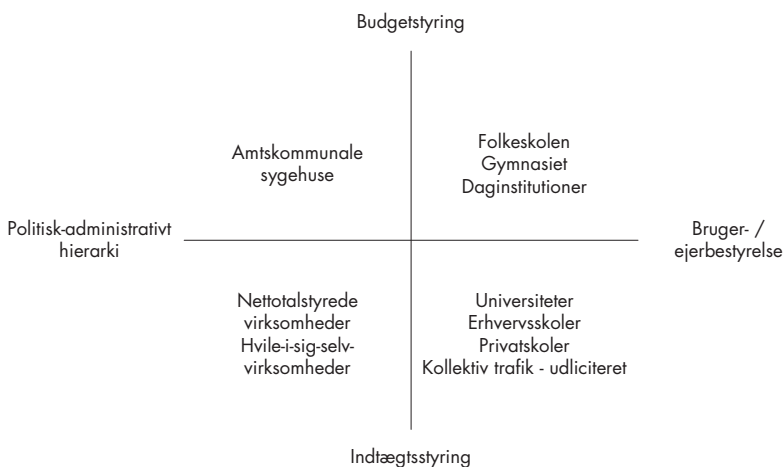
Den internationale variation giver mulighed for at gennemføre en komparativ analyse af, hvordan velfærdsstatens institutioner virker. Det første spørgsmål er, om institutionerne gør en forskel med hensyn til realiseringen af de mål, som man normalt knytter til produktion og fordeling af velfærds-service i demokratisk regi (lydhørhed, økonomisk effektivitet, lighed og kvalitet). Det næste spørgsmål er, om konsekvenserne går i den forventede retning; der er her to konkurrerende hypoteser, som knytter sig henholdsvis til den danske model/den demokratisk-bureaukratiske styringskæde og til konkurrence- og selvforvaltningsmodellen/rational choice-teorien. Ingen anfægter normalt nogen af de nævnte værdier. Problemet er snarere, hvordan man skal vægte dem i forhold til hinanden. Bag det ligger en antagelse om, at der er et vekselforhold, et såkaldt trade-off, mellem dem, som gør det umuligt samtidig at realisere en høj grad af målopfyldelse på to eller flere af værdierne. Det rejser for det tredje to beslægtede spørgsmål: Er der forskel på vekselforholdet i varianter af de to modeller, således at den ene model er særlig effektiv, når det gælder fremme af en værdi, men hvor prisen er at give køb på i hvert fald en af de andre værdier? Eller er den almindelige antagelse om eksistensen af et sådant vekselforhold i virkeligheden gal og således snarere en udløber af den politiske konkurrence mellem de to modeller end udtryk for en sammenhæng, der empirisk er gjort sandsynlig?

Som følge af den internationale variation er det i et vist omfang muligt at besvare spørgsmålene på empirisk grundlag. Det gælder så meget mere, som der foreligger en omfattende litteratur om forskellige aspekter af problemerne. Den litteratur indgår i grundlaget for de følgende kapitler. Men det er muligt at komme endnu tættere på. For uanset den danske models iøjnefaldende dominans i dansk debat og tænkning om velfærdsstatens institutioner, udviser den danske praksis en større mangfoldighed, end debatten lader ane. Figur 2.1 illustrerer det i to dimensioner. Den ene dimension er den økonomiske styring, som spænder fra budgetstyring til indtægtsstyring. Den anden dimension er organisatorisk og vedrører den måde, hvorpå repræsentationen af borger-brugerne er tilrettelagt. Den spænder fra det politisk-administrative hierarki, som er den praktiske udmøntning af den demokratisk-bureaukratiske styringskæde, til bruger- og ejerbestyrelser.

Figuren giver samtidig eksempler på, hvordan den institutionelle variation præger dansk produktion af offentlig service. Når perspektivet snævrer ind til velfærdsservice, er i hvert fald tre af kvadranterne mere end trivielt relevante i nutidig dansk sammenhæng. Det gælder også, selv om den følgende analyse kun beskæftiger sig med to serviceområder, nemlig sundhedsvæsenets og sygehusenes tilbud om undersøgelse, behandling og pleje og grund-

FIGUR 2.1.

Institutionel variation i den offentlige serviceproduktion



skolernes, erhvervsskolernes og gymnasiernes undervisningstilbud til børn og unge. Med den offentlige sektors nuværende opbygning er den fjerde kvadrant i den eksisterende offentlige sektor først relevant, hvis man i analysen også inddrager de statslige virksomheder og de kommunale forsyningsvirksomheder, der drives efter hvile-i-sig-selv-princippet.

Der er ikke desto mindre al mulig grund til at inddrage alle felter i diskussionen (Christensen, Jensen & Christensen, 2002). Det hænger sammen med den dynamik, som kendetegner velfærdsstatens institutioner. I historisk perspektiv har Danmark også betjent sig af den civilsamfundsmodel, som i betydeligt omfang kendetegner institutionsløsningerne i f.eks. den tyske sociale sektor. På både børne- og ældreområdet var det almindeligt, at selvejende institutioner løste en pæn del af opgaverne. Det samme gjaldt på sygehusområdet, hvor både de katolske Sct. Joseph-hospitaler og diakonissestiftelserne løste nærmere afgrænsede opgaver. På samme måde drev Samfundet og Hjemmet for Vanføre (SAHVA) de ortopædiske specialsygehuse. På sygehusområdet er traditionen hørt op, idet de fleste private sygehuse er nedlagt og integreret i den offentlige sygehusvæsen. På daginstitutionsområdet er der fortsat i mange kommuner, bl.a. København, en stærk tradition for selvejende institutioner. Men det er også karakteristisk, at forskellene mellem private og kommunale institutioner med tiden fortoner sig, fordi de er underlagt de samme kollektive overenskomster, og fordi de driftsaftaler, som kommunerne indgår med de private selvejende institutioner har et indhold, som regulerer deres vilkår på en måde, som ikke adskiller sig fra den hierarkiske styring, vi ellers finder i den offentlige sektor.

I nutidigt perspektiv er der en tilsvarende dynamik. Der er siden 1980'erne sket en række institutionelle ændringer, som både berører hierarki-medbestemmelsesaksen og budget-indtægtsstyringsaksen i figur 2.1. Der er for det første på en række områder indført bruger- og/eller ejerbestyrelser for at sikre en mere direkte borger-bruger-indflydelse på institutionernes drift. Der er for det andet på en række områder indført nye økonomiske styringsmekanismer, som bryder med den traditionelle hierarkiske budgetstyring; det gælder i særlig grad de taxametersystemer, som gælder på en række uddannelsesområder og indebærer, at bevillingerne ikke er en tildelt budgetramme, men derimod bliver reguleret i forhold til elev- og studentertal og beståede eksaminer.

Ligesom der foreligger en righoldig international litteratur, som giver grundlag for en sammenligning af forskellige institutionelle løsninger og deres konsekvenser, giver den danske institutionelle variation, når det gæl-

der produktion og fordeling af velfærdsservice, mulighed for at gennemføre en sammenlignende analyse i et dansk perspektiv. Grundlaget herfor er både videnskabelig litteratur og analyser og den store mængde af offentlige betænkninger og rapporter, der har beskæftiget sig med sider af problemstillingen.

FRA MODELLER TIL VIRKELIGHED

„– mennesket har ikke blot hånd og hjerte, det har også et hoved, et projekt, frihed“

(CROZIER, 1963).

„At sige at folk maksimerer nytte fortæller os intet om grunden til, at de involverer sig i økonomisk aktivitet, og giver os derfor intet indblik i hvorfor folk gør som de gør“

(COASE, 1978).

De to demokratimodeller, der er beskrevet i kapitel 2, hævder begge at kunne løse velfærdsstatens serviceopgaver. Det gælder, når man ser på dem som praktikernes beskrivelse af deres foretrukne løsningsmodeller, altså henholdsvis den danske model og konkurrencemodellen. Og det gælder den samfundsvidenskabelige teoris parallelle modeller i form af den demokratisk-bureaukratiske styringskæde og rational choice-teoriens konkurrence-model. Selv om der i begge tilfælde er tale om positive teorier, der forsøger at beskrive og forklare empiriske fænomener, er springet herfra til normative overvejelser om og forslag til, hvordan man designer bedre institutioner, sjældent stort for de to skolars teoretikere. De kan i begge tilfælde henvise til de rationaler, som deres teorier bygger på, og de vil med en vis ret kunne hævde, at holder det, har man også et grundlag for at redesigne velfærdsstatens institutioner og derved forbedre deres effektivitet. Det vil sige således, at de bedre opfylder det overordnede krav om lydhørhed og de underordnede, men gængse krav om økonomisk efficiens, lighed og høj kvalitet.

Problemstillingen i dette kapitel er ikke så meget, om de har ret, ej heller hvilken af de to skoler der har de bedste kort på hånden i den politiske kappestrid om indretningen af velfærdsstatens institutioner. Det er i stedet en kritisk diskussion af de antagelser, hvorpå de to modeller hviler, antagelser, som sjældent formuleres fuldt ud. Over for hinanden står således to rationa-

ler. Det ene er det demokratisk-bureaukratiske, hvis påstand er, at samspillet mellem det repræsentative demokratis institutioner og et politisk-administrativt hierarki effektivt sikrer en velfærdsservice, som lever op til borgernes krav på gængse evalueringsstandarder. Det andet hviler på en individualistisk markedslogik, og den deraf afledte påstand er, at borgernes frie valg af service og serviceleverandør kombineret med markedets økonomiske sanktioner effektivt sikrer en velfærdsservice, som lever op til borgernes krav til den efter de samme gængse evalueringsstandarder. Men

- hvad er indholdet af de antagelser, som de hviler på?
- hvor realistiske er de?
- giver de et tilstrækkeligt grundlag for at forudsige, hvordan velfærdsstatens institutioner vil klare sig i praksis?

Aktørerne er de samme i de to modeller, men de vigtigste roller er unægtelig fordelt forskelligt i dem. I den demokratisk-bureaukratiske styringskæde er hovedrollerne tildelt de folkevalgte politikere og deres embedsmænd. Nøgleordene er repræsentation og styring. I konkurrencemodellen er det borgerne som brugere af velfærdsservice og institutionernes ledelse og medarbejdere, der har de store roller. Nøgleordene er her valg og konkurrence. Tabel 3.1 viser de antagelser, som de to modeller bygger på.

I den demokratisk-bureaukratiske styringskæde træffer politikerne de retningsgivende beslutninger. De bestemmer, hvilke og hvor mange serviceydelser det offentlige skal tilbyde borgerne. De står samtidig som de øverste politiske ledere for administrationen af systemet. Antagelsen er, at de løser opgaven gennem en hierarkisk styring og kontrol, hvor de til deres rådighed har et administrativt apparat, hvis embedsmænd handler efter delegation og bemyndigelse fra den daglige politiske ledelse. Det indgår i modellen, at embedsmændene i alt væsentligt får de nødvendige og tilstrækkelige retningslinjer gennem den generelle politik. Den er formuleret i regelform, ideelt lovgivning, og gennem budgetterne, der for en periode bestemmer, hvor mange ressourcer der under nærmere præciserede forudsætninger må og skal bruges på de forskellige former for velfærdsservice, og hvordan de skal fordeles mellem områdets institutioner. Med de antagelser, som modellen bygger på, er fokus alt overvejende rettet mod samspillet mellem politikere og embedsmænd. Forventningen til politikerne er, at de koncentrerer sig om den generelle politik; og til embedsmændene, at de er neutrale og loyale under løsningen af opgaverne med styring og overvågning af de insti-

TABEL 3.1.

Antagelser i den demokratisk-bureaukratiske styringskæde og konkurrencemodellen

AKTØRERNE	DEN DEMOKRATISK- BUREAUKRATISKE STYRINGSKÆDE	KONKURRENCEMODELLEN
Borgerne	Effektiv formidling af præferencer gennem vælgerkanal	Effektiv formidling af præferencer gennem til- og fravalg af specifikke tilbud
Politikerne	Effektiv aggregering af præferencer. Effektiv styring gennem administrativt hierarki	Indretning af velfærdsstatens institutioner, som maksimerer borgernes valg- og reaktionsmuligheder
Embedsmændene	Hierarkisk styring på basis af generelt formuleret politik. Effektiv overvågning. Neutralitets- og loyalitetsnorm	Neutral overvågning af producenter af velfærdsservice inden for valgte ramme. Neutralitets- og loyalitetsnorm
Institutionslederne	Neutral hierarkisk styring og kontrol inden for generelle politisk-administrative retningslinjer. Neutralitets- og loyalitetsnorm	Ledelse reagerer effektivt i forhold til medarbejdere på de økonomiske tilskyndelser, som er indbygget i til- og fravalg
Institutionsmedarbejderne	Medarbejdere, som får tilstrækkelige retningslinjer for deres arbejde gennem hierarkiet. Neutralitets- og loyalitetsnorm	Medarbejdere reagerer effektivt på de økonomiske tilskyndelser, som er indbygget i til- og fravalg, og som ledes videre til dem gennem hierarkisk overvågning og/eller økonomiske tilskyndelser

tutioner, som er det led i styringskæden, hvor borgerne har regelmæssig og tæt kontakt til velfærdsstatens institutioner. Endelig bygger styringskæden på en antagelse om effektiv overvågning af institutionerne og deres medarbejdere, som giver grundlag for både administrative indgreb, hvis de ikke lever op til de krav, der stilles til dem, og politiske indgreb, hvis praksis viser, at det er nødvendigt at justere den generelle politiks virkemidler.

Borgerne har i modellen to roller, og til hver af dem knytter der sig et sæt antagelser. Gennem deres deltagelse ved valgene, dvs. deres valg af medlemmer til Folketinget og de kommunale råd, afslører de deres krav til velfærdsservice. Det forudsætter nødvendigvis, at politikerne hermed ikke alene får et tilstrækkeligt grundlag for at vurdere kravenes retning og indhold, men også for at fortolke, sammenfatte og omsætte (aggregere) dem til en generel politik. I den anden rolle optræder borgerne som brugere af velfærdsservice.

Gennem personlig erfaring vurderer de, om den leverede service lever op til de krav, som de forsøgte at formidle til politikerne, da de sidst stemte, og skulle det ikke være tilfældet, er deres primære mulighed for at blive hørt ved næste valg. Hvor lydhøre institutionerne er over for borgerne, afhænger med andre ord af en række forhold. Det drejer sig om en effektiv sammenkobling af borgernes erfaringer som brugere og deres reaktioner som vælgere, politikernes evne og vilje til at omsætte deres præferencer til politik, og et loyalt og neutralt styringshierarki, der effektivt forbinder de generelle politiske beslutninger med de dispositioner, som ledelse og medarbejdere træffer på institutionerne i velfærdsstatens frontlinje.

I konkurrencemodellen er koblingen langt mere direkte mellem borgerne og leverandørerne af velfærdsservice. Borgernes mulighed for at påvirke institutionernes service ligger i, at de kan vælge dem til og fra. Da deres valg-handlinger også bestemmer institutionernes finansielle basis, bygger effektiviteten i formidlingen af borgernes præferencer på antagelsen om, at konkurrencen mellem institutionerne vil få deres ledelser til at justere udbuddet efter borgernes forventninger. Det sker selvfølgelig ikke af sig selv, og til-lægsforudsætningen er, at de finansielle tilskyndelser også virker inden for institutionerne. Det kan ifølge modellen ske ved at indrette institutionernes løn- og belønningspolitik på en måde, som fører tilskyndelserne på institu-tionsniveau videre til ledelsen og til de enkelte medarbejdere. Men samtidig forudsætter modellen en stærk ledelse. Gennem overvågning, sanktioner og i sidste instans kompetence til at ansætte og afskedige medarbejdere påser den, at de økonomiske signaler, som brugerne sender til institutionen gennem deres til- og fravalg, følges op af handlinger. Det hele hviler på en antagelse om, at den daglige ledelse ønsker at sikre institutionens fortsatte beståen.

Rational choice-teoriens konkurrencemodel fremhæver samspillet mellem frit forbrugsvalg, konkurrence og økonomiske interesser hos de offentligt ansatte som en stærk selvreguleringsmekanisme. Den afspejler teoriens mistillid til hierarkisk organisering og styring, som er et kendetærke ved den demokratisk-bureaukratiske styringskæde. Det paradoksale resultat er imidlertid, at konkurrencemodellens fortalere forudsætter en stærkere ledelse end styringskædens bureaukratiske organisation. Forkla-ring er, at medarbejderne i den hierarkiske organisation er tildelt præcist foreskrevne roller, der regulerer deres opgaver og samspillet mellem dem og deres foresatte. I konkurrencemodellens logik er medarbejderne derimod alene styret af deres egne (kontante) interesser i at maksimere forholdet

mellem indsats og indtjening, og følgeslutningen er, at det kræver overvågning og kontrol. Man forlader sig altså ikke på den selvregulering, som ellers ligger i reguleringen af de økonomiske incitamenter (se også Hood, 2000: 114–115 om dette paradoks).

Selv om det centrale ræsonnement i konkurrencemodellen knytter sig til det direkte og konkurrencebetonede samspil mellem borgerne som brugere og de skoler, sygehuse mv., som de har valgt at benytte, sætter modellen ikke styringskæden ud af kraft. For det første har politikerne ansvaret for indretningen af velfærdsstatens institutioner. Det er en krævende opgave, hvor man i konkurrencemodellens arrangerede marked bevæger sig langt væk fra den økonomiske selvregulering, som er idealet. Det forudsætter et sæt generelle, men præcise forskrifter, som fordeler kompetencen mellem politikere, embedsmænd, ledelse og medarbejdere. Der skal også tages stilling til virksomhedens finansiering samt til, hvordan allokeringen af ressourcer mellem institutionerne indbyrdes skal foregå. Modellen forudsætter, at politikerne løser den institutionelle designopgave inden for rammerne af et repræsentativt demokrati, og velsagtens også at det sker i reaktion på vælgernes krav til velfærdsservice. For det andet forudsætter konkurrencemodellen en hierarkisk opbygget forvaltningsorganisation. Til forskel fra styringskædens forvaltning er den ikke så meget en styringscentral som en reguleringsmyndighed, der overvåger de institutioner, der producerer velfærdsservice. Og uanset opgavens mere beskedne tilsnit er forudsætningen fuldstændig som i styringskæden eksistensen af en effektiv neutralitets- og loyalitetsnorm hos forvaltningens embedsmænd.

HVOR REALISTISKE ER ANTAGELSERNE?

Modellerne hviler hver for sig på antagelser, der er så skrappe, at der er grund til at betvivle deres realisme. Det gælder hele vejen gennem styringskæden for den demokratisk-bureaukratiske model; i konkurrencemodellen gælder det på tilsvarende vis den krævende kobling mellem institutionelt design og borgernes frie valg mellem konkurrerende institutioner, hvis ledelser og medarbejdere reagerer på økonomiske tilskyndelser og risikovurderinger. I tabel 3.2 er de kritiske led og sandsynlige brist i modellernes realisme stillet over for hinanden.

Grundproblemerne er de samme i de to modeller. For det første er formidlingen af borgernes præferencer kritisk. I styringskæden formidles præferencerne til politikerne gennem vælgernes stemme på partier og kan-

didater. De stiller op på programmer og platforme, som er generelle, og som sjældent tager udtrykkelig stilling til, hvordan man skal indrette velfærdsservice i detaljen. Samtidig kan vælgerne gennem deres stemme på ét parti eller én kandidat vanskeligt formidle deres præcise krav til specifikke servicetilbud på f.eks. undervisnings- eller sundhedsområdet. Det er i så henseende ligegyldigt, om vælgerne ønsker at formulere deres principielle krav til velfærdsservice, eller om deres stemme er bestemt af egne erfaringer med service leveret af bestemte institutioner inden for kommunen eller amtet.

I konkurrencemodellen viser problemet sig på en anden måde, men problemet er fortsat, hvor realistisk det er at forvente et effektivt gennemslag af borgernes præferencer. Der er to grunde til skepsis. Den ene er, at borgernes

TABEL 3.2.
Modelantagelsernes realisme

AKTØRERNE	DEN DEMOKRATISK- BUREAUKRATISKE STYRINGSKÆDE	KONKURRENCEMODELLEN
Borgerne	Stemme på partier og kandidater formidler diffuse præferencer. Informationsasymmetri	Irrelevante præferencer udelukker konkurrence. Informationsasymmetri
Politikerne	Formulerer generel politik for velfærdsservice på diffust grundlag. Generelt formuleret politik giver diffust styringsgrundlag. Informationsasymmetri giver afhængighed af embedsmænd	Designer institutioner på diffust grundlag. Forudsætter politikere, der kombinerer offentlig interesse-mål med lydhørhed over for vælgere. Informationsasymmetri i overvågning
Embedsmændene	Løser delegeret opgave på diffust grundlag. Dobbelt informationsasymmetri. Hvad tilsiger neutralitets- og loyalitetsnorm?	Dobbelt informationsasymmetri. Hvad tilsiger neutralitets- og loyalitetsnorm?
Institutionsledelsen	Løser delegeret opgave på diffust grundlag. Dobbelt informationsasymmetri. Hvad tilsiger neutralitets- og loyalitetsnorm?	Er de økonomiske tilskyndelser tilstrækkelige og adækvate i forhold til medarbejdere, som kan udnytte informationsasymmetri i forhold til ledelsen?
Institutionsmedarbejderne	Løser delegeret opgave på diffust grundlag. Informationsasymmetri. Hvad tilsiger neutralitets- og loyalitetsnorm?	Informationsasymmetri. Unddragelsesproblemer. Teamproblemer

præferencer kan være irrelevante i forhold til modellen; det er de f.eks., hvis borgernes valg af institutioner er bestemt af geografisk nærhed snarere end en vurdering af f.eks. indholdet og kvaliteten af ydelser, for ikke at tale om omkostningerne ved at producere dem. Derved udelukker de den konkurrence, som modellen forudsætter. Den anden er, at modellen forudsætter et udbud, som giver konkurrence mellem institutionerne og valgmuligheder for borgerne. Udbuddet hviler dernæst på en forudsætning om, at man har indrettet velfærdsstatens institutioner på en sådan måde, at flere institutioner tilbyder deres service til borgerne inden for et geografisk område, som ikke er større, end at borgerne er villige til at bevæge sig inden for det.

Problemerne med formidlingen af borgernes præferencer har konsekvenser for politikerne. Er målet at maksimere lydhørheden, får de kun begrænset vejledning fra vælgerne. I den demokratisk-bureaukratiske styringskæde må de altså formulere politikken på et diffust grundlag, og i konkurrencemodellen er forudsætningen, at politikerne fastlægger et institutionelt design ud fra kriterier, der kombinerer en klar forestilling om den offentlige interesse med en høj grad af lydhørhed over for borgernes krav til velfærds-service. I påkaldelsen af den offentlige interesse er der normalt ikke megen operationel vejledning at hente. Men når det drejer sig om konkurrencemodellen, er forventningen til politikerne, at de gennem deres institutionelle beslutninger fremmer kollektive interesser såsom økonomisk efficiens og fordelingsmæssig lighed. I lydhørhedsantagelsen ligger samtidig en forudsætning om, at de reagerer på borgernes krav, hvad enten de er rettet mod det institutionelle design eller mod indholdet af velfærdsservice. Det giver en spænding i modellen, idet den forudsætter, at politikerne gennem deres beslutninger prioriterer det generelle design over en stillingtagen til vælgerne specifikke bekymringer med hensyn til indhold og forvaltning af servicetilbudene.

For det andet stiller begge modeller store krav til aktørernes informationer. Problemerne begynder allerede hos borgerne. På hvilket grundlag handler de? Det er et problem, når de i den første model skal afgive deres stemme og ad den vej signalere til politikerne, hvilken velfærdsservice de ønsker, og hvordan de vurderer den, de modtager. I konkurrencemodellen er problemet lige så alvorligt, når brugerne skal sammenligne institutionernes udbud på de standarder, som de selv anser for relevante. Stiller institutionerne og den forvaltning, som fører tilsyn med dem, pålidelige og tilstrækkelige informationer til rådighed? Og er grundlaget for borgernes sammenligning af tilbuddene målestokke, som borgerne ser som relevante?

Det kan for skolerne være kvalitetsmål såsom karakterer og overgangsfrekvenser til næste trin i uddannelsessystemet, oplysninger om lærernes kvalifikationer eller kvalitetsmål for sygehusene såsom ventelister, genindlæggelser, komplikationsfrekvens og dødelighed. Men kunne det også være socio-økonomiske og socio-kulturelle indikatorer som f.eks. andelen af tosprogede børn, patienternes sociale og etniske sammensætning på medicinske afdelinger eller tilbud om enestuer til en del af patienterne? Det er realistisk, at borgerne oplever problemer i begge modeller. De kunne måske overvinde nogle af informationsproblemerne, men det ville kræve en betydelig og omkostningsfuld søgeindsats for hver enkelt. Det tilskynder dem til at træffe deres valg på grundlag af forenklede budskaber fra kilder, hvis viden de i sammenhængen vurderer som troværdig (Lupia & McCubbins, 1998). Logikken gælder selvfølgelig både styringskæden og konkurrencemodellen, men borgernes muligheder for at reducere informationsbehovet og således forenkle valget er størst i styringskæden, hvorimod konkurrencemodellen lægger op til en mere aktiv informationssøgning og -anvendelse hos borgerne.

I litteraturen er det en accepteret opfattelse, at den bureaukratiske organisation og den hierarkiske styring er behæftet med alvorlige problemer som følge af en skæv fordeling af informationerne. Asymmetrien opstår i spillet mellem beslutningstagere på et overordnet niveau med behov for informationer og deres medarbejdere på lavere niveauer, der i kraft af specialistviden og omfattende rutine har informationer, som de ikke selv har umiddelbar adgang til, og hvis lødighed de kun har begrænsede muligheder for at checke. Max Weber (1918b: 351-353) så i informationsasymmetrien mellem politikere og embedsmænd en risiko for, at de sidste kunne manipulere de første. Nutidens „rational choice“-litteratur har ud fra en lignende tankegang set informationsasymmetrien som grundlag for embedsmændenes maksimering af myndighedens og institutioners budgetter, idet de kan udnytte deres specialiserede informationer om omkostningsforholdene inden for deres organisation i forhandlingerne med politikerne i de bevillende instanser (Niskanen, 1971/1994: 24-25). De samme erkendelser genemsyrrer analyser af hierarkiet inden for rammerne af kulturteori (Hood, 2000: 35-40 & 51-55).

Problemet rækker videre, og det er særlig stort, når det drejer sig om produktion af velfærdsservice. Det gælder igen begge modeller, men kommer klarest frem i styringskæden. Både normativt og positivt bygger den på, at grundlaget for den hierarkiske styring er en politik formuleret som generel-

le regler, der giver forudsigelighed i myndighedernes dispositioner, fordi forudsætningen er, at de er bundet af de generelle og offentligt kendte regler. Når princippet bliver omsat i virkelighed, giver reglernes forudsætningsvis klare kriterier samtidig en målestok for, i hvilket omfang politikens mål bliver opfyldt. Reguleringslovgivningen kan således leve op til kravene, om end den ikke altid gør det.

Det er anderledes, når det drejer sig om velfærdsservice. Politikken er sjældent formuleret som operationelle regler. Den tager i stedet form af to forskellige former for politisk regulering. Den ene er en lovgivning, som definerer opgaven, afgrænser kredsen af brugere og måske definerer nogle standarder for, hvordan virksomheden skal tilrettelægges. Det kan være i form af minimumsnormer for timetal og klassestørrelser i skolerne, således som det kendes fra lovgivningen om folkeskolen og gymnasierne. I andre tilfælde er lovgivningen tavs. Det gælder reguleringen af f.eks. amternes drift af sygehusene, som holder sig til en principiel afgrænsning af opgaver og brugere, samtidig med at den fastlægger ejerforholdet og dermed hovedtrækkene i den demokratisk-politiske styringskæde. Den anden politiske styringsform er budgettet. Det bestemmer først og fremmest, hvor mange ressourcer der politisk stilles til rådighed for området og for den enkelte institution. Budgettet bestemmer samtidig, efter hvilke regler bevillingerne må disponeres, og hvis der til budgettet er knyttet præcise forudsætninger for budgetteringen (f.eks. i form af forudsat aktivitet), er der et grundlag for at vurdere, om institutionen lever op til forlods fastsatte krav til mikroefficiensen.

Det skaber to problemer. For det første formulerer politikken kun i visse henseender krav til ledelse og medarbejdere på institutionerne, hvorfor det er uklart, hvilke krav de skal leve op til. Dermed er der risiko for, at man vurderer dem på kriterier, der bliver fastsat efterfølgende. Der er i den demokratisk-bureaukratiske styringskæde krav om forudsigelige dispositioner på grundlag af generelle regler, hvilket indebærer, at de politiske evalueringskriterier skal være opstillet på forhånd. For det andet sker produktionen af velfærdsservice i samspil mellem institutionernes medarbejdere og brugere, hvor medarbejderne kombinerer deres faglige viden med et situationsspecifikt skøn, hvis grundlag vanskeligt lader sig vurdere gennem de hierarkiske overvågningskanaler, som indgår i styringskæden. Det gælder også i forhold til ledelseshierarkiet på selve institutionen (Lipsky, 1980: 165-169).

Konkurrencemodellen søger om ikke at løse, så dog at minimere de problemer, som følger af den skæve fordeling af informationerne. Det er ikke

ensbetydende med en mere præcis politik, men budgetsystemet er i det mindste indrettet på en måde, som kobler produktion og bevilling sammen efter tilstræbt objektive og forlods fastlagte kriterier. Det sikrer, at man politisk kan sikre en på forhånd fastlagt mikro-efficiens. Det kan bidrage til at løse det informationsasymmetriproblem, som Niskanen hæftede sig ved i teorien om offentlig budgetmaksimering (Miller & Moe, 1983). Men det giver intet grundlag for at vurdere, om produktiviteten er så høj som muligt ud fra et teknisk-administrativt kriterium, eller om de politisk fastlagte takster gør det muligt for ledelse og medarbejdere at opbygge lommer af luft (slack) i budgettet (Migué & Bélanger, 1974). En løsning af det problem forudsætter, at det først gennem budgetsystemets procedure for fordeling af ressourcer til institutionerne, og dernæst gennem lønsystemets sammenkobling af de enkelte medarbejders indsats eller præstationer og deres løn, er muligt at skabe tilskyndelser, så ingen skulker. I modsat fald lider modellen under nogle af de samme svagheder som styringskædens politisk-bureaukratiske hierarki. På institutionsniveau forudsætter den nemlig også hierarkisk myndighed og kontrol, ligesom den forudsætter et samspil og samarbejde mellem flere medarbejdere med hver deres specialviden, og i begge relationer er risikoen for informationsasymmetri nøjagtig den samme som i styringskæden. Det gælder så meget desto mere, som opgaverne på institutionsniveau for det første bliver løst under udøvelsen af et fagligt skøn, ligesom det for det andet sker gennem en proces, der er lukket for ekstern overvågning. En løsning kunne være at aflokke aktørerne informationer om deres indsats, men det er fortsat åbent, om de er fortegnede (Miller, 1992: 120-137). Det er f.eks. svært for skoleledelsen at kontrollere alle aspekter af lærernes indsats i klasseværelset og lige så svært at lokke præcis information ud af dem med hensyn til omfanget af deres forberedelse, opgaveretning og socialpædagogiske indsats.

Problemet med overvågning af medarbejdernes indsats og præstationer hænger tæt sammen med forudsætningen om, at de økonomiske tilskyndelser, der er skabt gennem en aktivitetsbestemt regulering af institutionens bevillinger, også slår igennem på individuelt niveau, dvs. ledelse og medarbejdere. Det sker ikke i de traditionelle budgetsystemer, og det er en af svaghederne i deres incitamentsstruktur (Christensen, 1992). Kan man råde bod på det problem? I praksis falder problemet i to kategorier. Den første vedrører etableringen af økonomiske incitamenter for ledelsen til en kraftigere overvågning af og kontrol med medarbejdernes indsats og præstationer; løsningen kendes i Danmark som chef- og direktørkontrakter i den

offentlige sektor, men er selvfølgelig ikke noget specielt dansk fænomen. I den anden kategori finder man individuelle lønformer for medarbejderne, i den danske offentlige sektor omtalt som ny løn; idéen er igen at sammenkoble den enkelte medarbejders aflønning med medarbejderens indsats og præstationer. Heller ikke det er noget isoleret dansk fænomen.

Der er en omfattende forskning på området. Den beskæftiger sig med to problemstillinger. Den ene er, om økonomiske incitamenter virker, og svaret er, at det gør de i nogen grad. Den anden og i denne sammenhæng mere centrale problemstilling er, i hvilket omfang de får mulighed for at virke. Det gør de selvsagt ikke, hvis lønssystemernes udformning – eller administration – ikke honorerer de enkelte medarbejdere på grundlag af deres personlige indsats og præstationer. På det punkt når både teori og empiri alt overvejende til en negativ konklusion. Individualiseringen er beskeden, og sammenkoblingen med indsats og præstationer mindre klar end forudsat af modellen. Samtidig peger analyserne på store problemer på områder, hvor løsningen af opgaverne sker i form af såkaldt teamproduktion. Det er vel at mærke konklusioner, som finder støtte i både klassiske studier og nutidige analyser af såvel private virksomheder som offentlige organisationer (Barkema, 1995; Barkema & Pennings, 1998; Dalton, 1959; Eller et al., 2000; Hood, 1998; Lambert et al., 1993; Levine, 1993; Pfeffer & Langton, 1993; Tosi et al., 2000).

Der er to grunde til, at konkurrencemodellens forudsætning om en videreførelse af modellens økonomiske incitamenter fra institutionsniveau til individniveau er urealistisk. En grund er, at ledere og medarbejders motivationsstruktur er mere kompleks end antaget, bl.a. fordi den i betydeligt omfang er bestemt af den institutionelle og kulturelle kontekst. En anden er, at modellen overser, i hvilket omfang ledelse og medarbejdere reagerer strategisk på de økonomiske incitamenter, der er indbygget i lønssystemet. En individualisering af lønssystemet, og specielt en individualisering, der kobler indsats og præstationer sammen med lønnen, sætter efter alt at dømme en intern tilpasningsproces i gang. Den kan være strategisk i den forstand, at medarbejderne foruddiskonterer nye stramninger fra ledelsens side, hvis de uden indbyrdes koordination indretter sig efter incitamenterne (Miller, 1992). Den kan også være normbaseret, hvis der blandt medarbejderne hersker et lighedsprincip, som indebærer, at den lønmæssige differentiering blandt medarbejderne bliver holdt inden for visse rammer, og at differentieringen sker efter objektive kriterier såsom løn og anciennitet (Miller & Cook, 1994). Det er imidlertid væsentligt at holde fast i, at det ikke betyder ligegyldighed over for lønnen, men udelukkende at mulighederne

for økonomisk incitamentregulering på individuelt ledelses- og medarbejderniveau er begrænsede.

Begge modeller bygger endelig på en neutralitets- og loyalitetsnorm. For en første betragtning er den særlig central i styringskæden, fordi den tillægger embedsmændene en langt større rolle end konkurrencemodellen. Men konkurrencemodellen bygger også på forudsætningen om embedsmændenes neutralitet og loyalitet, om end deres opgave dér i hovedsagen er begrænset til at bistå politikerne ved løsningen af den institutionelle designopgave og den efterfølgende overvågning af institutionerne og deres medarbejdere. Det gør dog næppe forudsætningen mere realistisk.

Det første problem er i begge modeller den ringe regelspecifikation af embedsmændenes opgave og kompetence. Det er dermed ikke helt klart, hvad den politiske forventning til dem er, og den mulighed opstår, at den i modstrid med modellerne bliver formuleret på et situationsspecifikt grundlag. Den formelle rolle er med andre ord ikke specificeret i det omfang, som bureaukratimodellen forudsætter. Det andet problem er, at neutralitetskravet er meningsløst. Forskelle i formelle og uformelle procedurer og arbejdsgange påvirker den rækkefølge, hvori problemerne bliver taget op og håndteret, hvem der gør det, og på hvilket grundlag. Den neutrale organisation eksisterer altså ikke, hvorfor forestillingen om den ligeledes neutrale embedsmand er uden indhold (Hammond & Thomas, 1989).

Neutralitetskravet er koblet sammen med kravet om loyalitet, dvs. embedsmændenes respekt og lydhørhed over for den politiske og demokratiske ledelses foretrukne politik. Det ligger til dels i forestillingen om den neutrale embedsmandsrolle, men det bringer os tilbage til problemerne med den ringe generelle specifikation af rollen. Derfor må et effektivt krav om loyalitet enten bygge på en stærk social norm, som indgår i den bureaukratiske organisationskultur, eller på stærke tilskyndelser, som får embedsmændene til at være loyale over for deres politiske foresatte. Hvad angår eksistensen af en stærk loyalitetskultur er forudsætningen endnu en gang, at den er tilstrækkeligt specifik. Og hvad angår tilskyndelsernes indretning, er udfordringen i begge modeller enorm. På den ene side skal de nemlig tilskynde til lydhørhed over for den politiske ledelse, men på den anden side er risikoen i såvel styringskæden som konkurrencemodellen, at der mindre styres på en generelt formuleret politik (gennem love, regler, budgetter og delegation) end gennem situationsbestemte politiske indgreb. Konsekvensen er, at begge modellers forudsætning om embedsmandsloyalitet over for den politiske ledelse hverken er klar eller nødvendigvis fremmende for pro-

duktion og leverance af en velfærdsservice, der lever op til de gængse krav om effektivitet, der her er kriterierne for, hvor godt den offentlige sektor løser opgaverne. Endelig er konsekvensen, at effektive tilskyndelser må knyttes til andre belønningsmekanismer end lønnen. Det kan f.eks. ske gennem den politiske ledelses ret til at hyre og fyre på grundlag af et vidt skøn (Christensen, 1999a og b).

ER ANTAGELSERNE TILSTRÆKKELIGE?

De to modeller for indretning af velfærdsstatens institutioner hviler begge på en række antagelser, hvis realisme er diskutabel. Tager man udgangspunktet alene i dem, er der derfor ikke grundlag for at opstille præcise forventninger om, hvor godt og effektivt modellerne hver for sig vil løse opgaven. Man kan med rette formulere meget forskellige hypoteser, og det er ikke til at afgøre, hvilke(n) der har mest for sig. Teoretiske så vel som mere eller mindre systematiske empiriske analyser understøtter både den ene og den anden model, men sommetider består denne støtte kun af illustrative cases og farverige historier (Wintrobe, 1997). Nutidens institutionelle teori har taget konsekvensen af disse huller i vores viden. Der er enighed om, at man først kan formulere hypoteser om, hvordan et givet sæt af institutioner vil fungere, hvis man gør antagelser om aktørernes præferencer, og hvis man yderligere gør antagelser om deres mulighed for systematisk at forfølge de mål, som udspringer af dem (Hammond, 1996: 128-132; Serritzlew, 2001). De to teorier afviger her fra hinanden. Den klassiske bureaukratiteori, som udgør fundamentet for teorien om den demokratisk-bureaukratiske styringskæde, er tavs om aktørernes præferencer. Rational choice-teorien, hvis udspring er neoklassisk økonomi, gør derimod en tilsyneladende klar antagelse om, at de mennesker, der bemande dens institutioner, rationelt forfølger deres egeninteresse.

Deri ligger tre ting: At aktørerne har bevidste mål, at målene refererer til konsekvenserne for dem selv af givne handlinger, og at de, før de selv eller andre træffer et valg, er i stand til at vurdere, hvilke konsekvenser det vil have, og om de vil berøre dem selv, så de i deres egne dispositioner skal tage højde for det. Ofte er de rationelle teorier ikke meget mere præcise, og den risiko opstår, at teorien opstiller en tankekonstruktion, der ikke kan gøres til genstand for kritiske tests. Det er den fare, som Ronald Coase (Nobelprisvinder i økonomi) peger på i det citat, der indleder dette kapitel. Det har kritisk brod mod hans egne fagfæller, men rammer lige fuldt politologerne,

hvad enten deres udgangspunkt er rational choice-teori eller klassisk bureaukratiteori. For det løser selvsagt ikke problemet at forbigå det, som de sidste gør. Derfor er det springende punkt for begge teorier, om der er grundlag for at fylde rammen ud med mere præcise antagelser om aktørernes præferencer.

Teorien giver et dobbelt udgangspunkt for den diskussion. Det ene er, at man med udgangspunkt i en analyse af aktørernes formelle roller inden for det givne institutionelle apparat kan udlede en række hypoteser om, hvilke strategier aktørerne vil vælge. Pointen er, at institutionsanalysen gør det muligt for de enkelte aktører først at afdække, hvilke sandsynlige konsekvenser en given politik vil have for dem selv; dernæst at vurdere deres påvirkningsmuligheder, herunder faren for at blive fanget i et kollektivt handlingsdilemma. Logikken har meget for sig, hvis man ønsker at afdække aktørernes reaktionsmuligheder og sandsynlige reaktioner. Det gælder f.eks. ved budgetlægning og resourceallokering inden for rammerne af et beslutningsforløb, der er forankret i en formel organisation og reguleret af specificerede procedurer. Aktørernes roller er veldefinerede, den institutionelle regulering er tæt med faste procedurer og afgrænsning af en stabil kreds af aktører. Det sikrer dels et højt informationsniveau for aktørernes konsekvensvurderinger, dels etablerer det et sæt stabile incitamenter. Forudsætningerne for en høj grad af rationalitet er med andre ord til stede (Dunleavy, 1991: 174–200).

Et af organisationsteoriens klassiske studier når på empirisk grundlag til samme konklusion. I en sammenligning af to store franske organisationer, offentlige og halvoffentlige, har Michel Crozier (1963) vist, hvordan organisationen og dens forankring i et videre sæt af politisk-institutionelle rammer skaber fortrinlige forudsætninger for langsigtet strategisk handlen. Både ledelse og medarbejdere er inden for sådanne veldefinerede rammer i stand til at identificere og lokalisere kilder til usikkerhed, som kunne ramme dem selv. De erkender samtidig deres gensidige afhængighed, hvorfor resultatet bliver en form for politisk forhandlet ligevægt, hvor magten over organisationen (personaleledelse, arbejdstilrettelæggelse, arbejdsbelastning og bemanning) bliver et fælles anliggende, og hvor det centrale gode for medarbejderne er at sikre sig selv en betydelig grad af autonomi i tilrettelæggelsen og udførelsen af det daglige arbejde. Det er imidlertid ikke ensbetydende med, at der skabes frie rammer for medarbejdernes skulkeri, for indrømmelsen til ledelsen er, at medarbejderne til gengæld garanterer en vis minimumsindsats, som ledelsen kan (og må) leve med (Crozier, 1963, 194–214).

Croziers undersøgelse leder frem til to væsentlige erkendelser: Den ene er, at mulighederne for rationel adfærd – også når tidshorisonten er lang – er betydelig. Forudsætningen er, at aktørerne opererer inden for velspecificerede organisatoriske og institutionelle rammer, hvor der hverken er tvivl om, hvem de andre aktører er, eller hvad de er ude på. Derfor er en stor del af deres opmærksomhed rettet mod indretningen af netop rammerne, som bestemmer deres muligheder for at håndtere og begrænse den strategiske usikkerhed, som knytter sig til samspillet med andre aktører. Den anden erkendelse er, at aktørerne i organisationen nok er konsekvensorienterede, hvilket er med til at definere den rationelle teoris aktøropfattelse; afgrænsningen af, hvilke konsekvenser der er relevante, er imidlertid bred. Det handler ikke bare om at maksimere lønnen og minimere arbejdsindsatsen, men nok så meget om at sikre en autonomi, som overlader så mange prioriteringer som muligt til enkeltmedarbejdere og den enkelte gruppe af medarbejdere.

Med en sådan formulering er der åbnet for dialog mellem rationel og sociologisk teori (Nørgaard, 1996). På den ene side fastholder man med rationel teori antagelsen om tilstræbt aktørrationalitet som ikke bare en hensigtsmæssig analytisk forenkling, men også et realistisk udgangspunkt for studiet af organisatorisk adfærd; på den anden side erkender man med Coase (1978), at en abstrakt egeninteresseantagelse er indholdsløs, og med organisationssociologer og kulturteoretikere, at indholdet af aktørernes præferencer bliver bestemt af den kulturelle (dvs. den normative, værdimæssige eller ideologiske) kontekst, som udgør aktørernes referenceramme (Wildavsky, 1987 & 1994). Det er ikke ensbetydende med en afvisning af, at aktørerne også lægger vægt på en vurdering af, hvilke konsekvenser en given disposition vil have for dem selv, inden de træffer en beslutning. Påstanden er blot, at medarbejderne ved den nærmere præcisering af, hvilke konsekvenser der er interessante for dem, opererer inden for en bestemt kulturel og politisk kontekst, der definerer de værdier, som de i sammenhængen anser for centrale. Man fastholder med andre ord antagelsen om, at aktørerne handler på grundlag af en konsekvensorienteret rationalitet, men lader det være et empirisk spørgsmål, hvordan de vægter konsekvenserne for sig selv i forhold til konsekvenserne for andre og dermed også realiseringen af kollektive værdier såsom lydhørhed, lighed, økonomisk efficiens og faglig kvalitet. Der er god fornuft i den analysestrategi, for ofte er det i empiriske analyser ikke bare vanskeligt, men umuligt at bestemme forholdet mellem konsekvenserne for den enkelte og konsekvenserne for realiseringen af en principiel værdi eller

et kollektivt gode (Pallesen, 2000). Der er så meget mere grund til at vælge denne strategi, som samspillet mellem institutioner og aktører er komplekst og stærkt facetteret (Beck Jørgensen, 2000: 330-335). Institutionerne begrænser og muliggør således på en og samme tid handling og forandring; de bliver skabt som instrumenter for aktørernes interesser, men givne institutioner er også med til at forme deres interesser.

INTERESSER OG INSTITUTIONER

Dermed er fokus drejet væk fra, hvad det er for mål (interesser eller værdier), aktørerne maksimerer. I stedet bliver det centrale problem, hvordan man skal indrette institutionerne. De to skoler er nemlig enige om, at indretningen af samfundets politiske og administrative institutioner ikke er et stykke samfundsteknisk ingeniørarbejde, hvor teknokrater stræber efter at maksimere abstrakte effektivitetsmål som økonomisk efficiens, social lighed og ydelser af høj kvalitet. Tværtimod går de ud fra, at institutionernes indretning bliver politisk bestemt gennem forhandlinger, hvor de berørte aktører arbejder for at få dem indrettet på en sådan måde, at de har de bedste muligheder for at fremme de værdier, som de anser for centrale og for at beskytte dem mod indgreb fra andre aktører, der prioriterer andre værdier højere. Det betyder også, at såvel den demokratisk-bureaukratiske styringskæde som konkurrencemodellen er for dårligt specificerede. De lægger ikke særlig faste rammer for aktørernes handlemuligheder og efterlader derfor stor usikkerhed for dem. Spørgsmålet er, hvilke muligheder de har for at begrænse den usikkerhed.

Tabel 3.3 passer såvel styringskæden som konkurrencemodellen ind i en politisk-institutionel sammenhæng med mere præcise og fyldige specifikationer. De to modeller adskiller sig fra hinanden ved deres forskellige grader af formalisering. Hvor styringskædens hierarki i høj grad er forankret i en formel organisation og formelle spilleregler, er konkurrencemodellen forankret i en økonomisk incitamentstruktur, hvor den formelle organisering spiller en mindre rolle. Fælles for modellerne er dog, at de anser den politiske proces for begrænset til det repræsentative demokratis institutioner. I styringskæden er det centrale samspillet mellem vælgere, politikere og styringshierarkiet; i konkurrencemodellen er det centrale de folkevalgte politikeres design af institutioner, der tillader borgerne at vælge en velfærds-service, som tilfredsstiller deres krav og ønsker. Der er i ingen af de to modeller skabt rum for inddragelse af berørte interesser, som ligger uden for

TABEL 3.3.

Variationer i institutionel formalisering og interessemediering

INTERESSEMEDIERING	FORMALISERING	
	HØJ	LAV
HØJ	Korporativ styring	Professionel autonomi
LAV	Styringskæde	Konkurrencemodel

den repræsentative kanal. Antagelsen er i begge tilfælde, at alle aktører affinder sig med de rammer, som modellen skaber, selv om det resulterer i usikkerhed med hensyn til konsekvenserne for realiseringen af deres egne mål.

Dermed tager ingen af modellerne hensyn til, at interesseintensiteten for nogle af de berørte aktører er høj, og at de dermed har en stærk tilskyndelse til at søge institutionerne indrettet, således at de aktivt kan beskytte deres interesser (Lewin, 1992). Den tager heller ikke hensyn til, at politikerne i såvel styringskæden som konkurrencemodellen har fraskrevet sig indflydelse på den daglige ledelse og drift af de serviceproducerende institutioner. Det er begge modellers idealpolitikere, ligesom det er det politikerideal, som embedsmændene dyrker (Mouritzen & Svara, 2002). I styringskæden fordi den forudsætter delegation af kompetence til den daglige ledelse på basis af generelle politiske beslutninger og regler; i konkurrencemodellen fordi den begrænser politikernes opgave til at etablere de reguleringsmæssige rammer, inden for hvilke borgerne træffer deres valg, og serviceinstitutionerne konkurrerer om deres gunst. Det har to konsekvenser.

For det første må man forvente, at konkurrencemodellen giver anledning til betænkeligheder hos politikerne. Den begrænser nemlig deres muligheder for at gøre deres indflydelse gældende over for de serviceproducerende institutioner. Dermed gør den det også sværere for dem at fungere som det repræsentative mellemlid mellem borgerne og de institutioner, som producerer og leverer velfærdsservice. Og den gør det helt umuligt for dem på ad hoc basis at tage konkrete sager op, hvad enten de ønsker at bruge dem i profileringen af sig selv, eller de ser sig selv som formidlere mellem borgerne og de serviceproducerende institutioner, som de kan bruge i profileringen af sig selv i forhold til konkurrerende politikere og partier.

For det andet skaber begge modeller betydelig usikkerhed for ledelse og medarbejdere på institutionerne. I en realistisk udformning af styringskæden

kan de ikke gå ud fra, at politikerne alene regulerer deres virksomhed gennem en generelt formuleret politik, men må påregne intervention i konkrete dispositioner og sager. Omvendt udsætter konkurrencemodellen dem for hårde økonomiske tilskyndelser, som tvinger ledelsen til at gennemføre foranstaltninger, der f.eks. går ud over medarbejderne.

Virkelighedens institutioner tager højde for den usikkerhed, som både styringskæden og konkurrencemodellen skaber. En variant er professionel autonomi. Man reducerer, som tabel 3.3. viser, den formaliserede politiske styring og lader den erstatte af en normstyring, hvor medlemmerne af den enkelte medarbejdergruppe (læger, lærere, sygeplejersker) er underlagt et sæt professionelle normer, som er udviklet inden for faget selv, og som bygger på en forudsætning om en høj grad af autonomi i forhold til politikere og embedsmænd, når det gælder tilrettelæggelsen af deres arbejde og fastlæggelsen af kriterier for, hvad der er gode og acceptable standarder. Det professionelle normsystem er også i en anden vigtig henseende ikke-hierarkisk, idet professionens medlemmer individuelt nyder en høj grad af autonomi i forhold til fagfæller og kolleger. Det kommer f.eks. til udtryk gennem lægernes kliniske frihed og lærernes metodefrihed. Lige så forhastet det er at modstille hierarkiet og markedet, lige så forenklet er det derfor at se styringskæden og konkurrencemodellen som to klare alternativer for organisering af velfærdsstatens institutioner. Man må, som organisationsteoretikeren William Ouchi (1980) har gjort opmærksom på, inddrage institutionelle varianter, hvis kendetænkning er autonomi i forhold til andre og en høj grad af lighed mellem organisationens eller gruppens medlemmer, og hans empiriske reference er netop den professionelle organisation. Resultatet er ved siden af hierarkiet og markedet, som grundlæggende svarer til de to institutionelle varianter, som er diskuteret ovenfor, en tredje organisationsform, som han kalder for klanen, hvoraf den professionelle organisation er en typisk variant.

Heller ikke Ouchis tredeling giver et tilstrækkeligt rigt grundlag for at fange virkelighedens institutionelle kompleksitet. Når han henleder opmærksomheden på klanen som alternativ til bureaukratiets formelle myndighedsstruktur og markedets økonomiske konkurrence, har han vist, hvordan andre værdisæt skaber præferencer for andre institutionelle løsninger. Men en organisering med professionel autonomi som kerneværdi regulerer alene medarbejdernes faglige rammer og deres forhold til hierarkiet. Den regulerer hverken deres økonomiske forhold eller deres muligheder for at få indflydelse på politikken udformning og på styring og ledelse

af den institution, hvor de er ansat. Dermed består der fortsat betydelig usikkerhed for ledelse og medarbejdere. Den usikkerhed bliver mindre, når man udnytter den fjerde institutionelle løsning i tabel 3.3, nemlig den korporative styring. Den kombinerer en høj grad af formalisering med en høj grad af mediering af særlig intensive interesser. Det sker i form af kollektive overenskomster forhandlet inden for rammerne af det fagretlige system og i form af en formaliseret repræsentation og medbestemmelse såvel på politisk-administrativt niveau som på institutionsniveau. De korporative institutioner kan samtidig binde den centrale regulering på nationalt niveau sammen med den politiske styring på kommunalt og amtskommunalt niveau.

I den politologiske litteratur ser man i almindelighed den korporative styring som en modifikation af den demokratisk-bureaukratiske styringskæde. Den begrænser på den ene side usikkerheden ved at overlade styringen til politikere, der antages at handle ud fra kortsigtede tilskyndelser. Det er samtidig politikere, som på den anden side kan acceptere en begrænsning af deres egen kortsigtede handlefrihed, hvis man kan finde løsninger, der begunstiger interesser, som står dem selv nær, og samtidig holder andre interesser på afstand, hvis det aktuelle politiske flertal selv skulle miste magten (McCubbins, Noll & Weingast, 1989).

Men konkurrencemodellen giver anledning til nøjagtig det samme problem for både de ansatte og politikerne. Deres primære strategi er derfor sandsynligvis i begge tilfælde at undgå den; kan de ikke det, er den foretrukne løsning igen at begrænse dens usikkerhedsskabende effekt gennem korporative tiltag. For medarbejderne og deres organisationer er løsningen den samme, som man bruger til at begrænse usikkerheden ved hierarkisk styring, dvs. kollektive overenskomster, som også dækker medarbejderne i de konkurrenceudsatte institutioner, samt regler om høringsret og medbestemmelse på alle niveauer. I forhold til styringskæden indebærer introduktionen af den korporative styring, at politikerne fraskriver sig en del af deres autonomi. Det skal for det første sammenholdes med deres situation ved en realisering af konkurrencemodellen i en strikt form, hvor de alene har indflydelse på institutionernes indretning og dermed har fraskrevet sig muligheden for på ad hoc basis at blande sig i ledelse og drift. For det andet indebærer den korporative styring, at politikerne kommer til at forhandle direkte med medarbejderne og med organisationer, som repræsenterer en stor gruppe af vælgere med en høj grad af interesseintensitet. Samtidig med at det kan koste politisk autonomi, forøger det mulighederne for at forfølge en målrettet stemmemaksimeringsstrategi.

De to forhold taler for, at politikerne foretrækker et institutionelt design, der kombinerer styringskæden med korporativ styring, og at konkurrencemodellens tiltrækningskraft er relativt beskedent. Det er dog muligt at indrette konkurrencemodellen således, at den tilgodeser politikernes interesse i at kunne påvirke ledelse og drift. Det hænger sammen med, at konkurrencemodellen forudsætter en stillingtagen til ejerforholdet for institutioner, der producerer velfærdsservice. Det er i de færreste tilfælde virksomheder, der opererer på overskudsbasis; der er snarere, som vist i kapitel 2, tale om, hvad man i dansk sprogbrug vil kalde selvejende institutioner, og som man i andre lande omtaler som stiftelser eller fonde, altså almenyttige institutioner, som ikke er overskudsgivende. En mulighed er derfor, at der gennem ejerforholdet er skabt en tilknytning til politikerne via partiorganisationerne eller via andre organisationer med tilknytning til bestemte partier. Derigennem kan politikerne for det første sikre sig indflydelse pr. stedfortræder, for det andet bevare muligheden for at tilgodese grupper, hvis interesseintensitet er høj.

EN MUDRET VIRKELIGHED

I kapitel 2 blev der præsenteret to modeller for den institutionelle indretning af velfærdsstatens produktion af service, styringskæden og konkurrencemodellen. Både i praksis og teori samler interessen sig om de to modeller, når man diskuterer, om man kan gøre det bedre. Der er i princippet enighed om, hvad kriterierne herfor er: En høj grad af lydhørhed over for borgernes præferencer, økonomisk efficiens, lighed og service af faglig kvalitet. Det indebærer, naturligvis, ikke enighed om, hvordan de kriterier skal vægtes i forhold til hinanden. I dette kapitel er præciseringen af de to modeller fulgt op af en kritisk diskussion af dem. Udgangspunktet har været et behov for at afklare, hvad det er for antagelser, de hver for sig bygger på, og om antagelserne er realistiske og tilstrækkelige. Boks 3.1 sammenfatter konklusionen.

Der er adskillige problemer i alle tre henseender. Både styringskæden og konkurrencemodellen hviler på restriktive og krævende antagelser, som ikke er realistiske. Det følger af de mange teoretiske og empiriske analyser, som foreligger. De peger temmelig entydigt på, at begge modeller har problemer. Det afgørende for en analyse af den offentlige sektors indretning, og her tilrettelæggelsen af velfærdsstatens serviceproduktion, er, at hvad enten udgangspunktet er styringskæden eller konkurrencemodellen, vil politiker-

BOKS 3.1.

Konklusion og hypoteser

1. Styringskæden og konkurrencemodellen er baseret på meget restriktive antagelser
2. Antagelsernes mangelfulde realisme gør det umuligt at forudsige, hvordan modellerne vil virke i praksis, og om den ene model er den anden overlegen i en eller flere henseender
3. Ingen af modellerne er udtømmende. De tager hverken hensyn til variation i aktørernes interesseintensitet eller til de incitamenter, som de to modeller skaber
4. Det gælder specielt for politikerne og for medarbejderne på institutionerne. En strikt realisering af såvel styringskæden som konkurrencemodellen begrænser deres handlemuligheder. Alternative organisationsformer såsom professionel autonomi og korporativ styring kan imødekomme deres krav
5. Hvis velfærdsstatens institutioner i praksis inkorporerer professionelle og/eller korporative træk, vil
 - såvel styringskæden som konkurrencemodellen føre til en afskærmning i forhold til borgerne af de institutioner, som producerer service
 - det sandsynligvis resultere i, at institutioner, som er organiseret med udgangspunkt i den ene eller anden model i gennemsnit nærmer sig hinanden, når deres effektivitet bliver vurderet efter gængse evalueringskriterier
 - det sandsynligvis skabe en betydelig variation mellem institutionerne indbyrdes, uanset om de er organiseret med udgangspunkt i den ene eller anden model

ne og institutionernes medarbejdere være stærkt tilskyndede til at modificere grundmodellerne. Det kan ske ved at inkorporere en vis grad af professionel autonomi og korporativ styring i dem. Begge tiltag tilgodeser medarbejderne, idet de dels beskytter deres autonomi, dels sikrer deres medinddragelse i politiske og ledelsesmæssige beslutninger. For politikerne har modifikationen en pris, idet de afgiver uindskrænket herredømme, men dog bevarer muligheden for at kunne forhandle et hvilket som helst aspekt af institutionernes indretning, ledelse og drift.

Når man kombinerer de to grundmodeller med henholdsvis professionelle og korporative træk, er der gjort en forskel mellem modellernes centrale aktører. Man har privilegeret nogle interesser som mere intensive end andre, det vil sige erkendt deres politiske magt og anerkendt deres legitimitet. Der er dermed rejst tvivl om grundlaget for den centrale placering, som borgerne har i begge grundmodeller, og institutionerne er samtidig blevet afskærmet i forhold til deres brugere. Det gælder både på det overordnede plan, hvor velfærdspolitikken indhold, omfang og tilrettelæggelse bliver besluttet, og i den daglige drift, hvor man producerer service direkte til bor-

gerne. Spørgsmålet om, i hvilket omfang borgernes præferencer kan slå effektivt igennem, kommer herefter til at stå ganske åbent.

Udgangspunktet for en sammenlignende analyse af velfærdsstatens institutioner er som nævnt den politiske og videnskabelige kappestrid mellem de to grundmodeller. Når man politisk modificerer dem og inkorporerer professionelle og korporative træk, skal sammenligningen ske på et nyt grundlag. Det er nødvendigt at inddrage de to nye institutionelle variable og overveje, hvilken effekt de vil have. Der er to hovedhypoteser i den følgende sammenlignende analyse. Den første hypotese vedrører effekterne på makroniveau. Den går ud på, at øget professionalisering og korporativ styring trækker de to grundmodellers funktionsmåde og gennemsnitlige effekter i retning af hinanden. Der er to forklaringer. Den ene er, at den institutionelle modifikation indfører ensartede træk i de to grundmodeller. Den anden er, at såvel en øget professionalisering som en øget korporativ styring fører til, at nogle sager og stridsspørgsmål i relation til institutioner, der opererer med udgangspunkt i den ene eller anden grundmodel, vil blive løftet op til forhandling og afgørelse på et overordnet institutionelt niveau. Det gælder f.eks., hvis de samme faglige foreninger organiserer medarbejderne, uanset om de arbejder i institutioner inden for styringskæden eller konkurrencemodellen. Det samme gælder, hvis forhandlingerne på politisk niveau er centraliserede.

Den anden hypotese vedrører effekterne på mikroniveau. I henhold til den er der uanset modeludgangspunkt grundlag for at forvente en betydelig variation mellem enkeltinstitutionerne indbyrdes ved en sammenligning på de nævnte gængse vurderingskriterier. Forklaringen er igen dobbelt. Den ene er, at såvel professionalisering som korporative ledelsesformer på institutionsniveau afskærmer de enkelte institutioner i forhold til de politiske og samfundsmæssige omgivelser. Det giver dem inden for de forhandlede institutionelle og økonomiske rammer mulighed for at tilrettelægge driften med stor frihed. Den anden forklaring er, at kultur og normer i høj grad er et lokalt fænomen. Det betyder, at de valg, der træffes af ledelse og medarbejdere inden for de givne rammer, bidrager til at differentiere institutionerne i forhold til hinanden, og denne differentiering har tendens til at strække sig over lange perioder (Brehm & Gates, 1997; Gregersen, 1995).

Den foreløbige konklusion er således en teoretisk og empirisk begrundet forplumring af virkeligheden. Problemet er ikke desto mindre, om man skal forvente en forskel i en enkelt henseende. Det gælder med hensyn til allokeringen af ressourcer til institutionerne. For selv om professionel autonomi

og korporativ styring kraftigt modificerer grundmodellerne, kan det gøre en forskel, om bevillingerne allokeres efter objektive kriterier eller efter en forhandling inden for en styringskæde, der er kombineret med korporative træk. Men selv hvis den forventning holder, er det ikke ensbetydende med, at der er forskel i modellernes konsekvenser, for så vidt angår de andre evalueringskriterier. Samtidig har de aktører, som bliver ramt af en automatiseret ressourceallokering, en tilskyndelse til at genforhandle tildelingskriterierne, og med en integration af konkurrencemodellens producenter i korporative institutioner på makroniveau er der skabt en ramme for strategisk handlen med dette sigte.

Den paradoksale konklusion er samtidig, at de institutionelle træk, der får modellerne til at konvergere, når de bliver omsat i praksis, også bidrager til den offentlige sektors heterogene opbygning (Beck Jørgensen, 1990). Modellerne bliver på den måde i praksis kombineret med hinanden, og samtidig inkorporerer de modelfremmede træk. Det understøtter på den ene side forventningen om, at modellerne omsat i praksis ikke vil virke aldeles forskelligt fra hinanden. På den anden side viser det, at politikerne, som træffer beslutningerne om den institutionelle indretning af velfærdsstatens serviceproduktion og –formidling, har mulighed for at eksperimentere med institutionelle blandingsmodeller, som kombinerer forskellige træk. Bag sådanne hybrider kan ligge et dobbelt rationale. Det ene er, at man på den måde kan tage de interesser i ed, som frygter for konsekvenserne af den ene eller anden rene model; den anden er, at man derigennem kan afbøde nogle af de uønskede effekter, som de rene modeller hver for sig måtte have.

DEN LYDHØRE INSTITUTION

„Man tror at folk ... vil have demokrati og retfærdighed og fred. Det er også rigtigt. Det vil de. Men man glemmer, at de vil have det på deres egne præmisser. Og deres egne præmisser hænger ikke sammen. De vil have anstændighed og retfærdighed uden indblanding i deres frihed til at gøre som det passer dem... De som overlever – ,lederne' som de ynder at kalde sig – er de mænd der har brugt et helt liv på at lære at skabe kompromiser mellem forskellige krav, der hver især er ganske rimelige, men som altså ikke hænger sammen...“

(NIGEL BALCHIN, 1949: 88).

De to modeller har samme udgangspunkt. Det gælder om at sikre borgerne en service, der så godt som muligt imødekommer deres behov. Derpå hører enigheden op. Ifølge den demokratisk-bureaukratiske model er det en så kompliceret og så væsentlig opgave, at den bedste løsning kombinerer et repræsentativt demokrati med en bureaukratisk styring og forvaltning. Kun derigennem sikrer man en afvejning af de mangfoldige krav og ønsker, som borgerne stiller, og kun derigennem sikrer man sammenhæng mellem den overordnede politik og den service, som borgerne modtager. Der er både et hensyn til helheden og til det lange sigt, som en model, der bygger på demokratisk repræsentation og bureaukratisk styring, bedst tilgodeser.

Ifølge konkurrencemodellen er der også tale om en kompliceret opgave, og netop derfor gælder det om, at brugernes ønsker i så ringe grad som muligt bliver forvredet. Markedet er i så henseende en forbilledlig institution, men da man har gjort det til en offentlig opgave at sørge for nogle former for service, kan det ikke lade sig gøre. Det er dog afgørende at komme så tæt på markedet som muligt, og det kan man, hvis man indretter institutionerne på en måde, der sikrer en effektiv regulering af samspillet mellem brugere og leverandørerne af velfærdsservice.

De to modeller beror på hver sin reguleringsmekanisme. I den demokratisk-bureaukratiske model er logikken behovs- og styringsorienteret. Der

er tale om så væsentlige problemer, som kræver så mange og så indviklede afvejninger, at det må ske på politisk niveau. Folkevalgte politikere med sæde i repræsentative institutioner beslutter, hvad borgernes behov er, samt hvilken vægt de skal have, og de tildeler på det grundlag ressourcer til dækning af dem. Efterfølgende står politikerne til regnskab over for vælgere, hvilket sikrer lydhørheden. I konkurrencemodellen er logikken efterspørgsels- og incitamentsorienteret. Der er igen tale om indviklede afvejninger, men da der grundlæggende er tale om individuelle ydelser, handler det om at undgå mellemlid, som forvrider borgernes præferencer. Borgerne vælger derfor frit leverandør, og leverandørens budget bliver bestemt af indtægterne fra takstprovenu. Leverandører og institutioner, som ikke kan levere den service, som brugerne ønsker, oplever en kontant sanktion, som enten får dem til at tilpasse deres ydelser til efterspørgselen eller fjerner grundlaget for deres virksomhed. Selvregulering har erstattet styring.

Det rejser to analytiske spørgsmål: Hvordan sker det i praksis, hvis udgangspunktet er den ene eller den anden af modellerne? Og hvor effektivt løser modellerne opgaven, når man sammenligner dem? Der er ikke enkle svar på de to spørgsmål. For det første er de offentlige serviceydelser forskellige fra hinanden. Det gælder i høj grad også de to former for service, som her er genstand for analyse, undervisnings- og sundhedsydelser. For det andet er der store organisatoriske forskelle mellem de to områder, uanset hvilken model der er udgangspunktet for den institutionelle opbygning. For det tredje er både den demokratisk-bureaukratiske model og konkurrencemodellen idealtyper. Det kommer frem, når man ser på den institutionelle mangfoldighed, som præger velfærdsstatens virkelige institutioner.

Kapitlets systematik er bestemt af denne formulering af de analytiske problemer. Først sker der en sammenligning af ydelserne på henholdsvis uddannelses- og sundhedsområdet. Det følgende afsnit ser på, hvordan man i forskellige lande på hvert af de to områder har tilnærmet sig henholdsvis den demokratisk-bureaukratiske model og konkurrencemodellen. Det ser dernæst på, om man kan sige noget om, hvad borgernes ønsker og krav til service på de to områder er. Også det er en ganske kompliceret problemstilling, hvor det er nødvendigt både at se på, hvad det er for krav, de giver udtryk for, og hvilket mønster der måtte ligge i deres faktiske adfærd. I forlængelse heraf er spørgsmålet, i hvilket omfang det er muligt at sige noget om, hvorvidt borgerne og brugerne har fået opfyldt deres ønsker og krav. Det indebærer også en analyse af, i hvilket omfang man i virkelighedens

verden har inkorporeret modelfremmede institutionelle komponenter af den art, som er omtalt i slutningen af kapitel 3.

OPGAVER OG ORGANISATION

Forskellen mellem ydelserne på sundheds- og uddannelsesområdet er meget stor. Der er også stor forskel på de organisationer, som producerer og leverer ydelserne. Det gængse synspunkt er, at der er tale om henholdsvis en meget kompleks og en forholdsvis simpel ydelse. Det er samtidig synspunktet, at kompleksiteten har konsekvenser for, hvordan man kan organisere opgaveløsningen på de to områder, hvis man holder sig de politiske mål om effektivitet, kvalitet og lighed for øje.

Forskellen kommer frem i tabel 4.1, som sammenligner de to ydelser og deres tilhørende organisationer på seks forskellige dimensioner. Sygehusene og sundhedsvæsenet løser deres opgave med udgangspunkt i et biologisk-naturvidenskabeligt paradigme; skolerne løser deres med udgangspunkt i et psykologisk-humanistisk paradigme. Det første er relativt veldefineret. Det bygger på antagelsen om, at der er en entydig og testbar sammenhæng mellem den lægelige intervention og løsningen af den enkelte patients helbredsmæssige problemer. Det andet paradigme er ikke nær så præcist. Bag det ligger nok en antagelse om, at uddannelse er et gode for den enkelte, men man er på usikker grund med hensyn til, i hvilket omfang og hvordan man kan teste sammenhængen mellem den intervention, som også ligger i undervisningssituationen, og udviklingen af den enkelte elevs færdigheder. Nogle vil helt betvivle, at det er muligt at sige noget sikkert om det, og andre vil lægge vægt på, at skolerne løser en opgave, hvor mange andre forhold, som i høj grad er bestemt af de sociale forhold, i sidste ende er afgørende. I det omfang udefrakommende forhold på den måde bestemmer vilkårene for virksomheden, er det vanskeligt, ja, sommetider slet ikke muligt, at afgøre, hvor godt en skole, dens lærerkorps og enkelte lærere løser opgaven i sammenligning med andre skoler (Miller & Whitford, 2002: 238-239).

Forskellene slår igennem i organisationen. Sygehusenes organisation er stærkt specialiseret. Det gælder den formelle struktur, som horisontalt bygger på en skarp sondring mellem velafgrænsede og findelte specialer, og som vertikalt bygger på en funktionel specialisering mellem på den ene side ledelse og administration og på den anden side de tekniske kernefunktioner. I strukturen ligger også, at ledelse og medarbejdere i de tekniske kernefunktioner tilhører en veldefineret profession. I den specialiserede organisation er sty-

TABEL 4.1.

Samspil mellem opgaver og organisation på sygehus- og skoleområdet

DIMENSIONER	SUNDHED OG SYGEHUSE	UDDANNELSE OG SKOLER
Teknologi og opgave	Relativt veldefineret – biologisk-naturvidenskabeligt paradigme	Relativt svagt defineret – psykologisk-humanistisk paradigme
Samspil mellem intervention (serviceydelse) og effekt	Testbart – men usikkert	Testbarhed omtvistet og usikker og omtvistet
Organisationen	Specialiseret	Generel
Samspil mellem bruger og producent	Episodisk og periodisk	Langvarigt og systematisk
Omkostninger	Uforudsigelige og muligvis store	Store, men forudsigelige
Principal-agent-relation	Praksislæger/andre læger som agenter for brugeren	Brugeren som isoleret principal

ringen baseret på et samspil mellem en politisk-administrativ rammestyring og en professionel specifikation af de procedurer, man skal og må bruge over for patienterne. Ledelsesmæssigt er det en udfordring, fordi det forudsætter en prioritering mellem og samordning af mange forskellige opgaver og funktioner, som er forankret i specialiserede enheder og medarbejdergrupper. Det er anderledes på skolerne. De er problemorganisationer: Det er som nævnt mere end usikkert, hvad deres bidrag til elevernes læring er, og hvad de kan gøre. Det skaber vanskelige vilkår for ledelsen, som får svært ved at specificere både, hvordan man skal undervise, og hvordan man kan overvåge lærernes indsats og kontrollere effekten af den (Wilson, 1989: 163-171). Der er tilmed grund til at antage, at nutidens skoler i højere grad fungerer som problemorganisationer end tidligere. Deres pædagogiske opgaver er ikke blot knyttet til elevernes indlæring, men har også fået et socialt tilsnit. Hvordan det bliver vægtet, er blandt andet et politisk spørgsmål, og man kan derfor forestille sig variation ikke bare over tid, men også fra land til land og mellem f.eks. private og offentlige skoler. Samtidig er skolernes organisation generel med en ringe grad af intern specialisering. Lærerne har nok hver deres faglige specialer, men de er brede, og selv på de skoler, der tilbyder mere specialiserede ungdomsuddannelser på erhvervsskole- og gymnasieniveau, vil lærerne som

udgangspunkt dække flere fag. Samtidig er den hierarkiske differentiering ringe, og afstanden mellem ledelsen og de lærere, der tager sig af de tekniske kernefunktioner, er beskeden.

Der er andre iøjnefaldende forskelle mellem de to ydelser. En af dem knytter sig til omkostningerne, som godt nok i begge tilfælde er betydelige. Men forskellen er, at de for skoler af alle arter i høj grad er forudsigelige. Det gælder også, hvis man drager konsekvensen af, at der er tale om en individuel ydelse og derfor anlægges et brugerperspektiv på omkostningerne. Det ville i begge tilfælde være muligt med stor sikkerhed at forudsige, hvilke omkostninger der kollektivt (for samfundet) eller privat (for familien) er forbundet med at føre et barn gennem et uddannelsesforløb på 9-12 år. Det er anderledes på sygehusområdet. Under bestemte antagelser vedrørende befolkningens sammensætning kan man på aggregeret niveau med nogen sandsynlighed beregne den forventede samlede belastning af sygehuse, men det er overordentlig vanskeligt at lave en tilsvarende prognose for den enkelte borger eller familie. Konsekvensen er, at udgifterne i begge sektorer er meget store i såvel et bruger- som et kollektivt perspektiv, men de er på sygehusområdet derudover temmelig uforudsigelige i individ- og husstandsperspektiv. Det gør, at der på begge områder er et finansierings- og fordelingsproblem, som imidlertid på sygehus- og sundhedsområdet i tillæg har et væsentligt forsikringsmæssigt aspekt. Forsikringsproblemet opstår, fordi sygdomme/ulykker for den enkelte er uforudsigelige, og fordi deres finansielle konsekvenser kan være ubærlige.

To af dimensionerne vedrører endelig samspillet mellem brugerne og producenterne. Når det gælder sygehuse, er der sjældent tale om noget langvarigt samspil. Der er tale om problemer af episodisk karakter, som sygehuset søger at løse inden for en forholdsvis kort tidshorisont. Selv for langvarige behandlingsforløb vil samspillet mellem patienten og sygehuset normalt kun strække sig over en afgrænset periode. Det er anderledes med skolerne, hvor eleverne og deres forældre indgår i et mangeårigt samspil med en bestemt institution. Afhængigt af hvordan skolesystemet er opbygget, strækker forløbet i de enkelte skoleformer sig over en periode fra nogle få til mere end ti år. Samtidig er der forskel med hensyn til, hvordan brugeren er stillet over for institutionen. Det kommer frem, hvis man beskriver relationen som et samspil mellem principal og agent. Brugeren er da principalen, der har et problem, som han ikke selv kan klare, og sygehuset eller skolen er agenten, der skal løse det for ham eller hende. Som principal stiller brugeren opgaven, men problemet er, at samspillet mellem principal og

agent i nogle sammenhænge vender afhængigheden på hovedet. Det sker, hvis der er stor informationsasymmetri, hvor agenten besidder informationer, som principalen enten ikke har eller ikke er i stand til at kontrollere. Den effekt bliver endnu stærkere, hvis brugeren (som principal) ikke har mulighed for at få gennemført et kontrollerende check på de dispositioner, som skolen eller sygehuset (som agenter) træffer.

Der er i den henseende forskel på sygehusene og skolerne. Brugeren står nemlig som udgangspunkt stærkere i forhold til sygehusene end til skolerne. Det sker, når visitation til sygehusene sker gennem alment praktiserende læger, der som familielæger for patienterne enten hjælper dem til at træffe et informeret valg, eller som sagkyndige agenter træffer det for dem i forhold til det specialiserede sygehus. I forhold til skolerne er der ikke et tilsvarende mellemlid, der kan formidle kvalificeret information til brugerne. Derfor bliver problemet i langt højere grad, i hvilket omfang der er mekanismer, der kan kompensere for forældrenes som udgangspunkt svage stilling over for en skole, hvor effekterne af virksomheden er vanskelige at dokumentere. Samtidig er det mere generelle spørgsmål, i hvilket omfang de forskelle, der er i opgavernes og organisationens karakter, slår igennem i forhold til den præcise udformning af mekanismerne for formidling af brugernes krav og ønsker til sygehusenes og skolernes ydelser.

Sammenligningen af karakteristika ved opgaver og organisation leder til en dobbelt konklusion: Den første er, at det er meget sværere at sikre et effektivt gennemslag for brugernes krav og ønsker på skoleområdet end på sygehusområdet. Årsagen er, at de står alene over for en serviceinstitution som leverer en ydelse, hvor der er et uklart forhold mellem institutionens indsats og effekten. Det er anderledes på sygehusområdet, hvor brugerne kan kompensere for deres egen svage position med (ex officio) bistand fra en professionel agent i skikkelse af en praktiserende læge eller speciallæge uden for sygehuset. Det gælder, hvad enten sygehuset ejes og drives i offentligt eller privat regi. Eksistensen af denne mulighed bryder med den firkantede modstilling af den demokratisk-bureaukratiske model og konkurrencemodellen. Den anden konklusion knytter sig til samspillet helt forskellige karakter. På sygehusområdet er det som nævnt episodisk og normalt tidsbegrænset. Det gør det urealistisk at forestille sig en udbygning af det generelle repræsentative demokrati med et specialiseret brugerdemokrati. For hvordan skulle man afgrænse en kreds af brugere, som er repræsentative i forhold til sygehusene, men som til forskel fra borgerne i almindelighed har en særlig intensiv interesse i deres drift og service? Det er anderledes på skoleom-

rådet, hvor forældre og elever udgør en veldefineret brugergruppe, der over en periode på adskillige år er knyttet til den enkelte skole.

Forskellene mellem sygehus- og skoleområdet giver anledning til to forventninger med hensyn til indretningen af de institutionelle rammer for virksomheden. Den ene er, at man på sygehusområdet står over for et problem, hvor alternativerne nærmer sig enten den rene demokratisk-bureaukratiske model eller den rene konkurrencemodell. På skoleområdet er der derimod en mellemform, som kombinerer brugerdemokratiet med træk fra den ene eller den anden af hovedmodellerne. Den anden er, at uklarheder i samspillet mellem opgaver og teknologi, som er særlig fremtrædende på skoleområdet, efterlader et reguleringsproblem. Afgørende er her for det første, i hvilket omfang man forlader sig på henholdsvis bureaukratiet, en tillem্পning af de repræsentative institutioner, eller konkurrencen mellem udbydere, for det andet hvor effektive disse forskellige institutioner er til at sikre gennemslag for borgeres og brugeres krav og ønsker.

SAMMENSATTE NATIONALE LØSNINGER

Udformningen af de nationale ordninger afspejler de problemer, der karakteriserer opgaver, teknologi og organisation på sygehus- og skoleområdet. Samtidig slår de igennem i den institutionelle indretning, hvad enten udgangspunktet er styringskæden eller konkurrencemodellen.

Det sker imidlertid i stærkt varierende former, og begge modeller er i praksis meget mere komplicerede end den principielle diskussion lader ane. Det betyder, at man overalt er et godt stykke fra såvel styringskædens demokratiske som konkurrencemodellens markedsideal. Tabel 4.2 viser, hvordan man i den praktiske tillem্পning af de to modeller har skabt mekanismer for formidling af borgernes, henholdsvis brugernes, krav og ønsker. Tabellen kombinerer den store empiriske mangfoldighed med en bestræbelse på at vise de fællestræk, der er mellem systemer, der nærmer sig den ene og den anden af modellerne. Samtidig viser tabellen, hvordan de reformer, som er gennemført siden 1980'erne, balancerer mellem modeltypiske træk og en tilpasning til de systemer, hvori man har indbygget dem. Endelig beror en vurdering af modellernes mekanismer til fremme af lydhørheden på en række forskellige institutionelle træk, som spænder fra ejerskabet over de præcise regler for samspillet med borgere og brugere til reguleringen af medarbejdernes rettigheder og pligter.

EJERSKABET

I den praktiske tillem্পning af den demokratisk-bureaukratiske styringskæde er ejerskabet altid offentligt. Variationen gælder centralisering, som kommer til udtryk gennem dels ejerskabet (skoledistrikter, kommuner, amter eller staten), dels reguleringen. De traditionelle offentlige skoler i New Zealand og Sverige var henholdsvis statslige og kommunale, men i begge systemer var der en høj grad af national regulering af skolernes undervisning og deres økonomisk-administrative forhold (Fiske & Ladd, 2000; Rothstein, 1986; Lindbom, 1995). Selv inden for rammerne af det danske system eksisterer disse modsætninger. Der var historisk modstillingen af og forskellen på den kommunale folkeskole og det statslige gymnasium. Den er ikke forsvundet med amternes overtagelse af gymnasierne, for de er fortsat genstand for en endog meget omfattende central regulering (Pallesen, 1998). På sygehusområdet er der tilsvarende nationale forskelle, som tegner et broget mønster af ejer- og reguleringsforholdene. I nogle lande som Storbritannien og New Zealand var sygehusene statsejede og statsdrevne; i andre og store dele af verden var det amterne og andre lignende regionale myndigheder eller kommunale fællesskaber, der løste opgaven.

Forskellen mellem opgaverne på skole- og sygehusområdet gør imidlertid, at regulering og ejerskab ikke får samme betydning. Det kan tage sig ud som noget af et paradoks, for konsekvensen er, at man styrings- og reguleringsmæssigt kan sætte langt kraftigere ind på uddannelsesområdet end på sygehusområdet, mens effekten samtidig er mindre sikker på det første end på det andet område.

På den ene side leverer skolerne tilsyneladende veldefinerede ydelser til en velafgrænset kreds af brugere. Sygehusenes opgave er derimod mere diffus, først og fremmest fordi brugergruppen er ret dårligt specificeret. Den er snarere afgrænset ved et samspil mellem nogle generelt formulerede politiske målsætninger og en erfaringsbaseret statistik end ved en politik, der er udmøntet i præcise retsregler. På den anden side hviler skolernes teknologi på et svagere grundlag end sygehusenes, hvorfor sammenhængen mellem pædagogisk indsats og effekt er mindre klar end sammenhængen mellem klinisk indsats og effekt.

Det slår igennem i reguleringen, ligesom det giver ejerformerne forskellig betydning. På skoleområdet kan man gennem lovgivningen og andre regler nøje specificere, hvilken og hvor megen undervisning børnene og de unge skal modtage, hvad den skal koste, og hvordan den skal organiseres. Men egentlige resultatkrav rettet mod den enkelte skole lader sig svært formulere

TABEL 4.2.
Formelle responsivitetmekanismer på sygehus- og skoleområderne

	SUNDHED OG SYGEHUSE		UDDANNELSE OG SKOLER	
	INSTITUTIONELLE TRÆK		Demokratisk-bureaukratiske model	
Ejerskab	Demokratisk-bureaukratiske model	Konkurrencemodellen	Demokratisk-bureaukratiske model	Konkurrencemodellen
	Lokale eller regionale myndigheder (Norden + USA). Staten (England + New Zealand)	Selvejende institution – fondseje (traditionel kontinental model). Fondseje i offentligt regi (moderne engelsk model). Offentligt selskab (svensk-norsk model). Privatejede for profit-sygehuse	Skoledisrikter – USA. Lokale og regionale myndigheder (typisk vestlig model). Staten (traditionelle new zealandske model)	Selvejende institution – fondseje (danske friskoler – katolske og andre konfessionelle skoler). Staten eller lokale myndigheder i reformerede dansk-engelsk-new zealandske system Privatejede for profit-skoler (i visse amerikanske byer/stater med voucherordninger)
Til- og fravalg	Faste optageområder med visitation til højere specialiseringsniveau (typiske europæiske model) Amerikanske "managed care"-modeller	Frit valg af sygehus af patienten/praktiserende læge (danske model) Frit valg af sygehus ved budgetansvarlig praksislæge. Frit valg ved forsikringselskab	Faste skoledisrikter defineret af bopæl (typiske vestlige model)	Dansk friskoleordning. Konfessionelle model (Belgien, Holland, Irland). Frit valg mellem offentlige skoler (helt eller delvis realiseret i Danmark, Sverige, England, Skotland, New Zealand, dele af USA og Chile)
- fortsætter -				

INSTITUTIONELLE TRÆK		SUNDHED OG SYGEHUSE		UDDANNELSE OG SKOLER	
		Demokratisk-bureaukratiske model	Konkurrencemodellen	Demokratisk-bureaukratiske model	Konkurrencemodellen
Repræsentation og voice		Gennem almene valg kombineret med professionel rådgivning Styringskæden Patientklager – erstatningsansvar	Gennem 1) udpegede bestyrelser, 2) praksislæger og 3) sikringsordninger (sygekasser og forsikringselskaber samt arbejdsmarkedsordninger)	Gennem almene valg kombineret med individuel skole-hjem-kontakt Forældrevalgte skolebestyrelser Styringskæden	Forældrevalgte skolebestyrelser
Økonomisk regulering		Tildelt budget	Aktivitetsafhængig indtægt baseret på kontrakter og konkurrence	Tildelt budget	Aktivitetsafhængige tilskud kombineret med forældrebetaling
Personaleforhold		Kollektive overenskomster Professionel selvregulering	Kollektive overenskomster Professionel selvregulering	Kollektive overenskomster alle skoleformer Amerikanske privatskoler indgår dog ikke i kollektive overenskomster	Kollektive overenskomster for alle skoleformer Amerikanske privatskoler indgår dog ikke i kollektive overenskomster
Daglig ledelse		Udpeget leder	Leder udpeget af bestyrelse ofte med professionsbaggrund	Udpeget leder	Leder udpeget af bestyrelse, oftest med professionsbaggrund

Kilder: Se henvisninger i teksten.

og håndhæve. Og det er helt utænkeligt at forestille sig, at den enkelte elev eller elevens forældre kan formulere et økonomisk krav over for skolen under henvisning til, at undervisningen ikke har levet op til professionelle standarder, endsige til, at den ikke har haft en acceptabel effekt. På sygehusområdet gælder det samme, om end kun til dels. Derfor ser man en politisk regulering, der koncentrerer sig om økonomi og organisation samt om en specifikation af, hvilke behandlingsområder sygehusene skal tilbyde borgerne. Der er således tilsyneladende tale om en langt svagere regulering end på skoleområdet.

Men det er ikke hele billedet. For det teknisk-naturvidenskabelige paradigme, som sygehusenes indsats bygger på, gør for det første, at der er visse professionelle standarder, som skal være opfyldt. Det gør dem for det andet så præcise, at det er muligt at håndhæve dem. Det har konsekvens for reguleringen af organisation og ejerforhold. Det bliver muligt at gøre et økonomisk ansvar gældende over for sygehusene og deres kliniske chefer og medarbejdere, hvis det kan sandsynliggøres, at en behandling har været fejlbehæftet i forhold til, hvad der er defineret som en tilfredsstillende professionel standard, eller hvis der sker skader på patienten, som med sandsynlighed kan føres tilbage til fejlbehandlinger. En tilsvarende sammenkobling af skolens indsats og de enkelte elevers udbytte af undervisningen er ikke mulig, og det er derfor svært at forestille sig et system, der gør det muligt for den enkelte elev eller dennes forældre at gøre et ansvar gældende over for en skole, som efter deres vurdering ikke har leveret undervisning af tilstrækkelig kvalitet.

Forskellen slår igennem i den institutionelle indretning af de to typer af serviceinstitutioner. På skoleområdet er der ingen procedurer for efterfølgende kontrol, der gør det muligt for forældre og elever at fastholde skolerne, deres ledelse og lærere på et ansvar, der er individualiseret, og som i givet fald kan udløse en erstatning. Reguleringen af skolernes virksomhed beror derfor på en forudgående (ex ante-) styring, der er baseret på enten styringskæden eller konkurrencemodellen; i sygehussektoren er det derimod muligt at udstrække reguleringen til også at dække et efterfølgende ansvar over for enkeltpatienter. Den mulighed er desuden slået igennem i udviklingen inden for sygehussektoren, hvad enten det drejer sig om et delvis markedsbaseret system som det amerikanske eller et rent offentligt system som det danske, hvor styringskæden, der tidligere var enedominerende, nu er kombineret med et system for patientklager og erstatninger for fejlbehandling. I sidste ende har forskellen på de to ydelser også konsekvenser for reguleringen af ejerforholdene. Jo mere individualiserede ydelserne er, og jo

lettere det er at gøre et efterfølgende ansvar gældende, hvis ydelsen har været mangelfuld eller fejlbehæftet, jo bedre er mulighederne for at løse opgaven i et regi, hvor producenterne af service er privatejede og i sidste ende overskudsorienterede.

Inden for styringskædens rammer har ejerskab og regulering betydning, fordi de definerer det niveau, hvorpå borgerne skal gøre deres demokratiske indflydelse gældende. Borgerne har som brugere kun de rettigheder, som lovgivningen giver dem. Deres indflydelse på driften af institutionerne beror helt og holdent på, hvor effektivt deres krav slår igennem ved valgene og dernæst på graden af lydhørhed ned gennem den hierarkiske styringskæde. Utroligt meget kommer derfor til at afhænge af den måde, hvorpå administrationen og dens embedsmænd fungerer som mellemled mellem politikere og institutioner.

Det er her, konkurrencemodellen sætter ind. Ifølge dens fortalere er der risiko for en politisering af samspillet mellem institutionerne og den politisk-administrative ledelse i toppen af styringskæden. Konsekvenserne bliver formuleret forskelligt, men en grundlæggende bekymring er, at man i højere grad koncentrerer opmærksomheden om medarbejdernes forhold end om de krav, som brugerne stiller til institutionerne. Det har været et hovedpunkt i kritikken mod de amerikanske offentlige skoler, og frygten for at politikerne skulle blive gidsler for de offentligt ansatte, den såkaldte producentkontrol (*provider capture*), var en væsentlig drivkraft bag den gennemgribende reform af New Zealands offentlige sektor (Chubb & Moe, 1990; Boston et al., 1996: 81-94). Med konkurrencemodellen ændrer man ejerforholdene for at stille brugerne stærkere over for institutionerne. Logikken er at fastholde politikerne på ansvaret for leverancen af velfærdsservice, mens de og deres embedsmænd ikke skal have noget at gøre med selve produktionen. For det er ved sammenblandingen af rollerne som leverandør og producent, at politikerne risikerer at blive taget som gidsler af deres egne medarbejdere og underordnede.

På grund af forskellen i opgavernes og teknologiens karakter, er de organisatoriske løsninger også forskellige. På skoleområdet består de i forældrenes valg af skolebestyrelser, som er udstyret med beslutningskompetence i forhold til skolens daglige ledelse. I lande, hvor skolevæsenet tidligere var stærkt centraliseret, er bestyrelsernes kompetence defineret i lovgivningen (New Zealand, Storbritannien og Sverige), mens den i det danske decentraliserede system i høj grad fastlægges gennem kommunalbestyrelsens delegation til bestyrelserne.

På sygehusområdet er det ikke på samme måde muligt på forhånd at definere en fast brugergruppe. Løsningerne består derfor i en ændring af organisationen, hvor man trækker sygehusene ud af styringskædens hierarki. Det er i de britiske reformer sket ved, at sygehusene er omdannet til en form for fonde eller selvejende institutioner, hver med egen bestyrelse og direktion. Over for dem står køberne af sygehusenes ydelser. Det er dels regionale myndigheder, dels lægehuse med budgetter, der delvis dækker udgifterne til sygehusbehandling for de patienter, der er tilmeldt den enkelte praksis. Samtidig har man fastholdt sygehusene som en del af en integreret statslig sundhedstjeneste. Det betyder bl.a., at medlemmerne af såvel sygehusenes bestyrelser som af de regionale sundhedsnævn, der indgår kontrakter med producenterne, er udpeget af de centrale sundhedsmyndigheder og altså i sidste ende regeringen (Pallesen, 1997; West, 1997). Centralmyndighedernes rolle er siden styrket af New Labour-regeringen, ligesom rammerne for praksislægernes køb af sygehusydelser er trukket i retning af mere centraliserede ordninger (Freeman, 2000; Boyne et al., 2003).

I store dele af Sverige har man etableret et meget lignende system (Luukkunen, 1998). Således har man i Stockholms-området reorganiseret sygehusene, så de enkelte sygehuse er trukket ud af hierarkiet. Amtet, her Stockholms len, har som i Danmark det overordnede politiske ansvar for sundhedspolitikken. I praksis har man overladt det til et udvalg under landstinget (Hälso- och Sjukvårdsnämnden). Det udpeger derefter et antal områdebestyrelser, der inden for hver sit geografiske område har ansvaret for befolkningens forsyning med sundhedsydelser, hvad enten de leveres af sygehusene, praksislæger eller den primære sundhedstjeneste organiseret i amtskommunalt regi (vårdcentralerne). Bestyrelserne køber således på borgernes vegne ydelser hos de forskellige leverandører af sygehus- og andre sundhedsydelser, herunder sygehusene (Jonsson, 1993: 41-42; Dahlström & Ramström, 1995: 36-39). Den formelle adskillelse af bestiller- eller køberfunktionen fremkommer ved, at sygehusene hverken refererer til udvalgene eller områdenævnene, men derimod til *Produktionsstyrelsen*, et andet udvalg under Stockholms Läns Landsting. Begge udvalg er udpeget og består af medlemmer af landstinget (amtsrådet). Produktionsstyrelsen fungerer som bestyrelse for de sygehuse, som amtet driver i såkaldt forvaltningsregi, dvs. inden for et politisk ledet hierarki. Amtet driver tillige sygehuse i selskabsform, hvor amtet imidlertid ejer samtlige aktier. Hälso- och Sjukvårdsnämnden har endelig også indgået en del aftaler med private sygehuse og klinikker, ligesom det har udliciteret sygetransporten (HSN 2001).

Fælles for de engelske og svenske reformer er den parallelle gennemførelse af en adskillelse af køber- og producentfunktionerne og en mere vidtgående politisk decentralisering end i det hidtidige system. Det er imidlertid ikke nogen nødvendighed. I New Zealand nåede reformerne af den offentlige sektor i 1993 til sygehus- og sundhedsområdet. Reformstrategien var også baseret på konkurrencemodellens adskillelse af køber- og producentfunktionerne. I den hidtidige sygehusstruktur var sygehusene statsejede og statsfinansierede, men ansvaret for ledelse og drift lå hos 14 direkte valgte råd, der havde ansvaret for hver sin region. I den nye struktur fjernede man rådene og samlede kompetencen til at indgå kontrakter med sygehusene hos fire regionale råd eller bestyrelser med en blanding af ministerielt udpegede og folkevalgte medlemmer. Sygehusene fik derimod status som såkaldte *Crown Health Enterprises*, altså som statsejede selskaber. Forudsætningen var, at de skulle konkurrere direkte med hinanden om befolkningens forsyning med sygehusydelser, og at det skulle ske på en overskudsgivende basis (Ashton & Press, 1997; Devlin et al., 2001).

Dermed ligner reformen den ændring af det norske sygehusvæsens struktur, der trådte i kraft i 2002. Her er ansvaret for sygehusene overført fra amterne til staten. Herefter er det en statslig opgave at formulere den overordnede sundhedspolitik samt at finansiere sygehus- og sundhedsvæsenet. Man adskiller imidlertid politik og drift, idet staten står som ejer af et antal regionale helsevirksomheder, der igen ejer områdets sygehuse. Medlemmerne af bestyrelserne udpeges af det ansvarlige departement på den årlige generalforsamling i de regionale helsevirksomheder, og den består af en blanding af eksterne medlemmer og repræsentanter for medarbejderne (Sosial- og Helsedepartementet, 2001; lov om helseforetak 2001-06-06). Men så holder sammenligningen heller ikke længere. Den new zealandske model er ved en ny reform i 1999 modificeret stærkt, og kompetencen til at rekvirere ydelser er nu delegeret til 21 regionale råd (*District Health Boards*), hvis medlemmer er udpeget delvis oppefra, delvis folkevalgte. Den tilsyneladende decentralisering er samtidig ledsaget af skridt, som dels øger kompetencen hos de centrale myndigheder, dels fjerner adgangen for sygehusselskaberne til at generere overskud (Ormsby, 1998: 377-380).

Reformerne på skole- og på sygehusområdet er ganske forskellige. På skoleområdet har man i forbindelse med bestræbelserne på at realisere en konkurrencemodel været stærkt optaget af at udnytte alternative ejerskabsformer. Således har man i høj grad interesseret sig for private skoler, f.eks. katolske skoler, som et non-profit alternativ til såvel offentlige skoler som

skoler, der blev drevet af private kæder på almindelige virksomhedsvilkår. En nærliggende forklaring er den stærke tradition, der i adskillige lande er for, at skoler bliver drevet ikke bare i privat, men også til dels i regi af kirkesamfund som f.eks. den katolske kirke. En tilsvarende tradition eksisterer imidlertid også på sygehusområdet. I de europæiske lande, hvor sundhedspolitikken er baseret på et forsikrings- eller sygekassesystem, har sygehuse ofte status som selvejende institutioner. Det gælder f.eks. i lande som Holland og Tyskland. Dermed er der sikret den formelle adskillelse af køber- og producentfunktionen, som har været kernen i reformerne i de lande, der i løbet af 1990'erne har gennemført en konkurrencemodell (Pedersen, 1997).

De private og ikke mindst de katolske skoler har i både dele af policyanalytikernes miljø og det politiske miljø et meget positivt renommé (Chubb & Moe, 1990; Neal, 1997). Derimod er den klassiske adskillelse af køber- og producentrollerne på sygehusområdet blevet vurderet som problembefængt. Det gælder bl.a. i høj grad i Holland og Tyskland, hvor kritikerne har peget på, at de ikke sikrede tilstrækkelige økonomiske tilskyndelser (jfr. Chubb & Moe, 1990; Ministry of Welfare, Health, and Cultural Affairs, 1988; Glaeske et al., 2001). Derfor har reformerne i de lande, der har satset på en konkurrencemodell, hvori køber- og producentrollerne var adskilte, i høj grad baseret deres forslag på en teoretisk snarere end en empirisk argumentation.

FRIT VALG ELLER STYRING

Forskellen mellem de to modeller er ikke kun svær at gennemskue, når det gælder ejerforhold og politisk ledelse. Problemet er dobbelt og rækker videre. For det første skal man inden for rammerne af fortsat offentligt ejerskab etablere en organisation, der minder om organisationsformerne i den private sektor og specielt på markedet. For det andet skal man skabe en politisk ledelsesstruktur, som bryder med den demokratisk-bureaukratiske styringskæde, men hvordan gør man det, hvis man ikke kan og vil etablere en bestyrelse, hvis medlemmer er direkte valgte?

Det er anderledes for to andre centrale elementer i modellerne, nemlig brugernes til- og fravalgsrettigheder og sammenkoblingen mellem deres valg og institutionernes økonomi. Styringskædens hierarkiske planstyring står her klart over for konkurrencemodellens efterspørgselsstyring og økonomiske incitamenter. Det er den kerne, som i teorien gør forskellen

mellem de to modeller. Som udgangspunkt slår forskellene også klart igennem i forhold til den politik, som man fører i forskellige systemer. Men igen forstyrrer forskellen mellem opgaver og teknologi på de to områder billedet. Derfor har man i højere grad på skoleområdet været i stand til at etablere ordninger, som understreger borgernes til- og fravalgsrettigheder. På sygehusområdet er de på forskellig vis begrænset og omskrevet, så det ikke altid er patienten selv, men derimod en agent, der på borgerens vegne træffer valget.

Kernen i de traditionelle offentlige skolesystemer er en geografisk afgrænsning af det område, som den enkelte skole betjener. Børnene fra skolens optageområde har krav på undervisning i skolen. Reguleringen af søgningen til den enkelte skole sker derfor dels ved tilpasning af strukturen, hvor man lukker skoler i områder med faldende børnetal og bygger nye skoler i områder, hvor børnetallet stiger. Tilpasninger på det korte sigt sker ved en tillem্পning af skoledistrikternes grænser. Mekanismen for tildeling af ressourcer varierer. Der kan være tale om budgetter, som bliver tildelt oppefra, men i adskillige skolesystemer ser man en tillem্পet form for normbudgettering, hvor skolernes elevtal eller klassetal bestemmer tildelingen af ressourcer til skolerne. Modellen savner imidlertid konkurrencemodellens helt afgørende kobling mellem forældrenes frie skolevalg og tildelingen af bevillinger eller tilskud til skolerne. Den danske friskoleordning er baseret på en sådan mekanisme, der skaber en meget direkte sammenhæng mellem forældrenes skolevalg og skolens tilskud fra det offentlige. Det samme gælder i de lande, der har en rodfæstet tradition for private, men offentligt finansierede eller stærkt støttede skoler. Det finder man bl.a. i Belgien, Frankrig og Irland, hvor de katolske skoler i alle tilfælde har en central plads i skolesystemet, samt i Holland, hvor der ved siden af de katolske og de offentlige skoler også er protestantiske skoler.

Det er mekanismerne fra de private, men offentligt finansierede eller i det mindste stærkt støttede skoler, man har efterlignet med den tillem্পning af konkurrencemodellen, som siden 1980'erne har været så stærkt diskuteret i adskillige vestlige lande. I en række lande har man også inden for rammerne af det offentlige skolevæsen gennemført reformer, som bygger på elementer herfra. Det gælder i England og Skotland, i New Zealand, i Sverige, i Danmark samt i dele af USA. Den præcise udformning varierer, men de grundlæggende træk er stærkt beslægtede. Tre forhold træder i den sammenhæng frem:

1. Det frie skolevalg er nok formuleret som en generel ret for forældrene, men er samtidig ret stærkt reguleret. Det sker enten ved, at der er taget forbehold over for de tilvalgte skolars kapacitet, eller ved, at valgsmuligheden kun gælder for børn, der opfylder bestemte sociale kriterier. Mens det første er et generelt forbehold, er det sidste et særligt træk ved de ordninger, som er gennemført i en række amerikanske byer. Her er det frie skolevalg udformet som et tilbud til børn fra mindrebemidlede familier, som man politisk ønsker at give mulighed for at søge en anden offentlig eller eventuelt en privat skole, der efter forældrenes vurdering leverer en bedre undervisning end distriktsskolen (Witte, 2000).
2. Reguleringen er sjældent udtømmende. Derfor skal reglerne udfyldes lokalt. I det danske system er der således i princippet frit skolevalg, men det er op til kommunerne at fastlægge de nærmere rammer samt afveje hensynet til forældrenes ønsker over for skolernes kapacitet. I det amerikanske system, som har en meget indviklet og lokalt stærkt varierende regulering af de lokale skoler, er det på samme måde i høj grad kommunerne, der på tværs af skoledistrikterne fastsætter spillereglerne for det frie skolevalg. Valgmulighederne afhænger bl.a. af distriktsopdelingen, hvor nogle byer udgør et sammenhængende skoledistrikt med mange skoler, og andre byer er delt op i et større antal skoledistrikter med ganske få eller en enkelt skole i hvert distrikt (Hoxby, 1998: 135–146). I andre systemer, hvor de kommunale myndigheder spiller en mindre rolle, er udfyldningen i praksis overladt til de enkelte skoler og deres ledelse. Det gælder f.eks. i England, Skotland og New Zealand (Adler et al., 1989; Fiske & Ladd, 2000).
3. Geografiske kriterier indgår fortsat i næsten alle ordninger. Kun i de tilfælde, hvor det frie skolevalg i form af et voucher-arrangement er udstrakt til også at omfatte private skoler, er distriktsgrænsernes betydning helt ophævet. Men selv her gælder der undtagelser. I lande, hvor en meget stor del af børnene er tilmeldt private skoler (Belgien, Holland og Irland), praktiserer de private skoler en distriktsopdeling, der giver fortrinsret for børn fra skolens nabolag, og systemet antager dermed de samme træk som det klassiske offentlige skolevæsen (Bishop, 2000).

På sygehusområdet er borgernes valgmuligheder gennemgående reguleret på en helt anden måde. Den afgørende forskel er ikke, om sygehusvæsenet er organiseret inden for rammerne af styringskæden eller konkurrencemodellen, men derimod borgernes indgang til sygehusene og reguleringen

af deres økonomi. Hvad valgmulighederne angår, går der et skel mellem systemer, hvor der gennem almen praksis er etableret en sluse til sygehusene og dermed til den specialiserede del af sundhedsvæsenet, og systemer, hvor patienternes frie valg også gælder specialiseringsniveauet.

I den første situation er der da frit valg af praksislæge, mens brug af sygehusene og speciallæger som udgangspunkt forudsætter henvisning fra egen læge. Det er systemet i lande som Danmark og Storbritannien. I det danske system har man holdt fast i styringskæden, mens man i England ved en reform i 1991 etablerede et quasi-marked. I det danske system har man imidlertid kombineret et gradvis mere omfattende frit valg på sygehusniveau med det traditionelle system. Derimod har en forudsætning for de engelske reformer været, at kontrakterne mellem de selvstændige sygehuse og de regionale køberorganisationer eller de budgetbærende lægepraksis omfattede sygehusbetjeningen af alle de tilknyttede patienter. På samme måde indeholdt den new zealandske reform af 1993 en forudsætning om borgernes frie valg af ordning for at skabe konkurrence mellem de forskellige offentlige køberorganisationer, men den del af reformen blev aldrig sat i værk. Det samme skete med den del af reformen, som skulle have givet borgerne mulighed for at fravælge den offentlige sikringsordning for i stedet at købe en offentligt finansieret basissikring gennem et privat forsikringsselskab (Blomqvist & Rothstein, 2001: 117-118; Devlin et al., 2001).

Dermed har reformen lidt samme skæbne som den del af de svenske reformer, der sigtede mod gennem national regulering at sikre borgerne mulighed for at vælge primærdækning hos privatpraktiserende læger. Valgfriheden i det svenske system beror derfor for det første på, i hvilket omfang adskillelsen af køber- og producentleddet tillader borgerne i det dækkede område frit valg mellem de sygehuse og offentlige lægehuse, der indgår i den enkelte regionale organisation. For det andet beror den på den nationale behandlingsgaranti, som i 1992 blev indført ved en aftale mellem regeringen og *Landstingsförbundet* (den svenske amtsrådsforening), og som berettiger borgerne til at søge behandling hos en udbyder uden for eget amt, hvis hjemamtet ikke kan sikre behandling inden for tre måneder. I så fald er det forpligtet til at dække patientens omkostninger (Blom-Hansen, 1998: 48-52; Blomqvist & Rothstein, 2001: 196-198; Garpenby, 2001).

Den anden situation omfatter lande med forsikringsordninger. Der varierer valgfriheden også. I det tyske system har borgerne således mulighed for at gå direkte til specialister i privat praksis, som også løser en stor del af de opgaver, som sygehusenes ambulatorier i f.eks. Danmark tager sig af.

Derimod kan patienterne kun efter henvisning fra en praktiserende læge trække på sygehusene, der til gengæld koncentrerer sig om stationær behandling. De ambulante opgaver er overladt til speciallægeklinikker, der arbejder efter overenskomst med sygekasserne. I det franske system, som organisatorisk er stærkt beslægtet med det tyske, kan patienterne derimod gå direkte til sygehusene. Selv om valgfriheden er stor i begge systemer, slår den lokal- og regionalpolitiske dimension også hårdt igennem her, om end det sker på forskellig måde. I det tyske system er så godt som hele befolkningen forsikret i sygekasser. En del af sygekasserne, specielt på funktionærområdet, dækker bestemte faggrupper, mens andre er lokale sygekasser, som f.eks. dækker en kommune. I Frankrig er der tale om en national forsikringsordning, hvor sygekasserne dog er delt op i mindre enheder efter geografiske eller erhvervsmæssige kriterier. I begge lande slår tilknytningen til arbejdsmarkedet igennem, og kassernes bestyrelsesmedlemmer repræsenterer arbejdstagere og arbejdsgivere.

Organisationen er delvis parallel til sygehusenes. Godt nok er en stor del af de sidste i begge lande offentlige, hvilket i Frankrig vil sige statsejede. Men hvad enten der er tale om offentlige eller selvejende sygehuse, er de stærkt integreret i lokalpolitik. Det sker i begge lande gennem bestyrelser eller råd knyttet til de enkelte sygehuse (Freeman, 2000). Konklusionen er derfor, at borgernes valgfrihed i de forsikringsbaserede systemer beror på den detaljerede udformning af lovgivningen og de overenskomster, der er indgået mellem sygekasserne og lægernes organisationer. De myndigheder eller organisationer, der repræsenterer sygehusene, er imidlertid i den vesteuropæiske variant af forsikringssystemerne andet og mere end passive tilskuere til parternes forhandlinger. Sammenligningen med de rene offentlige systemer viser samtidig, at det i begge typer af systemer er detaljerne i reguleringen snarere end systemet som sådan, der bestemmer borgernes valgfrihed og dermed også fastlægger en af forudsætningerne for konkurrence. Det gælder så meget mere, som der for de lande, som er omtalt her, er tale om universelle systemer, der omfatter hele befolkningen, og som for alle praktiske formål sikrer gratis behandling af borgerne. Der har dog traditionelt været en forskel med hensyn til koblingen mellem borgernes eget eller formidlede valg af leverandør af sundhedsydelser og finansieringen. I lande med et rent offentligt sygehusvæsen organiseret inden for styringskædens rammer, har finansieringen som udgangspunkt været baseret på tildeling af bindende budgetter, mens den i lande baseret på forsikringsprincippet har været baseret på efterfølgende refusion, som oftest på grundlag af sengedagsforbruget.

Dermed har der i forsikringssystemernes traditionelle udformning været etableret den form for kobling mellem valg af leverandør og økonomi, som er så central i konkurrencemodellen. Men som det også har været vist, har borgernes valgmuligheder beroet på kollektive formidlingsmekanismer, der har lighedstræk med dem, der er indbygget i styringskæden.

I så henseende er der en væsentlig forskel mellem de europæiske og det amerikanske forsikringssystem. Det sidste sikrer en langt højere grad af valgfrihed for de borgere, der har en forsikringsordning. Samtidig er de amerikanske ordninger sjældent led i et kollektivt forsikringssystem, der svarer til den form for sygekasser, der bærer de europæiske forsikringssystemer. Godt nok er også de amerikanske ordninger arbejdsgiverbetalte, men de indgår mellem arbejdsgiveren og et privat forsikringsselskab, som så overtager det økonomiske ansvar for den forsikredes kontakter til sundhedsvæsenet. For den store del af befolkningen, som ikke er omfattet af en privat, normalt arbejdsgiverbetalt ordning, træder det offentlige til. Der er to sikringsordninger, en for de ældre (*Medicare*) og en for de mindrebemidlede (*Medicaid*). De fungerer som udgangspunkt efter tilsvarende principper som de private forsikringsordninger, men standarden i ydelserne er lavere, og de sikredes rettigheder er indskrænkede i sammenligning med rettighederne for dem, der er dækket af private forsikringsordninger (Reischauer, 2000; Bilheimer, 2000). Både de private og de to offentlige ordninger har i overensstemmelse med konkurrencemodellen haft en direkte kobling mellem borgernes valg og træk på leverandørerne og udgifterne til dækning af deres regninger.

Ligesom de europæiske ordninger har også den amerikanske været genstand for kritik og tilpasning. Det er en problemstilling, som kapitel 5 og 6 nedenfor tager op. I denne sammenhæng gælder det koblingen mellem efterspørgsel og udgifter, der er meget direkte i det amerikanske system, og som fungerer som en stærkt lydhørhedsfremmende mekanisme. De amerikanske reformbestrebelse er derfor gået i den modsatte retning af reformerne i traditionelle offentlige systemer (England, New Zealand, Norge og Sverige). Hvor reformerne i disse lande har løsnet budgetstyringen for at sikre en direkte kobling mellem efterspørgsel og produktion, har de amerikanske reformer forsøgt at bryde denne kobling for at sikre en vis grad af budgetstyring af produktionen. Forudsætningen har været, at man gennem et sådant restriktivt indgreb også kunne regulere efterspørgselen. Løsningsmodellen har været forskellige former for reguleret behandling og pleje (*managed care*), hvor udbyderne for en kontraktbestemt betaling, der falder

forlods, forpligter sig til at betjene de tilknyttede borgere med nærmere definerede ydelser. Den organisatoriske ramme er *Health Maintenance Organizations* (HMO), der på denne måde påtager sig et totalansvar for de tilmeldte patienter. Med de amerikanske reformmodeller indfører man med andre ord en del af den rationering, der kendetegner de rene offentlige systemer. Men også kollektive sikringssystemer som det franske og det tyske, der i deres grundform har haft en meget direkte kobling mellem efterspørgsel, produktion og udgifter, har gennem 1990'erne gennemført reformer, der inkorporerer en del af den budgetstyring, som traditionelt har kendetegnet de rene offentlige systemer (Aaron & Schwartz, 1984; Freeman, 2000). En tankevækkende konsekvens af denne udvikling er, at man i lande som udelukkende har forladt sig på styringskæden, har oplevet en stigende interesse for konkurrencemodellen som ramme for reguleringen af sygehusenes virksomhed, mens udviklingen, og især den kritiske diskussion, i andre lande, herunder USA, går i den modsatte retning.

KRAV OG TILFREDSHED

Der er en lang række undersøgelser af borgernes krav til den offentlige sektor, herunder også til velfærdsservice. Der er også en lang række undersøgelser, som kortlægger borgernes vurdering af den service, de modtager. Det gælder i Danmark og i andre lande. Det burde give et godt grundlag for at sammenligne lande og systemer og dermed belyse det problem, som her er i fokus: Borgernes tilslutning til henholdsvis styringskæden og konkurrencemodellen og, i forlængelse heraf, en sammenlignende vurdering af de to modellers relative effektivitet, når det gælder om at imødekomme borgernes krav til den offentlige service.

Helt så enkelt er det ikke. De mange undersøgelser er lavet på forskellige tidspunkter og på ganske forskellig måde. De forskelle, man finder, kan derfor være et resultat af tekniske forskelle mellem undersøgelserne, og det er folgelig usikkert, om de dækker over reelle forskelle. Der er endnu et problem. Analysens mål er at afdække forskelle mellem skole- og sygehusvæsen, som nærmer sig den ene eller anden af de to modeller. For at kunne gennemføre en sådan er det nødvendigt at inddrage analyser, som beskæftiger sig med forskellige lande. Det kan bringe andre forhold i spil, som ikke har noget med modellerne at gøre, men snarere afspejler andre forskelle mellem landene. Det er ikke noget problem for den sammenligning af de formelle systemer, som er gennemført ovenfor. Det er imidlertid et pro-

blem, som man ikke kan se bort fra ved sammenligningen af kravene til velfærdsservice, vurderingen af service og af de systemer, som producerer og leverer den.

Problemet kommer frem på to forskellige måder. En undersøgelse af borgernes holdning til sundhedsvæsenet i de 15 EU-lande, som blev gennemført i 1996, har afsløret store forskelle i tilslutningen til systemerne. Det viser sig i graden af tilfredshed med sundhedsvæsenet i de enkelte lande. Der er generelt et stort skel mellem de lande, hvor tilfredsheden er henholdsvis meget høj eller meget lav. Det kommer frem, hvis man ser på opinionsbalancerne, der måler forholdet mellem den positive og den negative andel af besvarelsene. Man finder da opinionsbalancer, der svinger mellem 50,5 (Frankrig) og 84,3 (Danmark) for de lande, hvor borgerne alt overvejende har en positiv vurdering af landets sygehuse, og mellem -35,5 (Grækenland) og -43,1 (Italien) for de lande, hvor borgernes vurdering er meget negativ. Samtidig er der et par lande, som ikke rigtigt passer ind i et mønster præget af positive og negative ekstremer. Det er Storbritannien, Irland og til dels Spanien, hvor vurderingerne varierer fra moderat til svagt positive. Tallene er svære at fortolke. For en første betragtning kunne det se ud, som om der er en sammenhæng mellem, hvor tilfredse borgerne er, og hvor store ressourcer man i de enkelte lande ofrer på sundhedsvæsenet. Den overvældende tilfredshed i nogle lande kan da være en følge af, at man der ofrer relativt mange ressourcer på sundhedsvæsenet – og omvendt. Men den holder ikke som generel forklaring. Danmark har f.eks. et relativt moderat forbrug, mens ressourceforbruget i Italien er relativt højt. Det ser snarere ud til at være et gennemgående nord-syd-mønster, hvor borgerne i de nordeuropæiske lande er relativt meget tilfredse med deres sundhedsvæsen, mens borgerne i Middelhavslandene er relativt meget kritiske i vurderingen af deres sundhedsvæsen (Mossialos, 1997). Derimod er der ikke nogen sammenhæng med, hvordan sundhedsvæsenet er organiseret. Skillelinjen mellem de rene offentlige og sygekassesystemerne slår ikke igennem i borgernes vurdering. Og det er også umuligt at finde nogen sammenhæng mellem borgernes tilfredshed og sundhedsvæsenets organisering inden for enten styringskæden eller konkurrencemodellen. Nøjagtigt det samme billede tegner sig, hvis man udvider sammenligningen til at omfatte Canada og USA, som henholdsvis har et relativt billigt og offentligt og et meget dyrt og relativt markedsorienteret system. En nylig survey viser for begge lande, at et stort flertal (hhv. 67 og 63 procent) finder, at landets sundhedssystem „befinder sig i en krisetilstand“ (*Enviroics*, 2002).

Fortolkningsproblemerne viser sig også på en anden måde. Det ser man f.eks., hvis man dykker længere ned i danskernes meget positive vurdering af sundhedsvæsenet. For den generelt positive vurdering kommer til udtryk parallelt med en overvældende opfattelse af, at sygehusene er et stort og, sammenlignet med andre sagområder, til tider det største politiske problem. Det kommer også til udtryk ved, at der er en udbredt skepsis over for sygehusenes måde at fungere på, herunder ikke mindst ventelisterne. En tolkning er, at borgernes holdninger og vurderinger afspejler mediernes stærke fokus på området. Et tjek herpå kan man få ved mere specifikt også at undersøge borgernes vurdering af de positive sider ved sygehusene og sygehuspolitikken. En sammenligning af borgernes kritiske og positive vurderinger viser da, at de positive alt i alt er overvejende, når svarpersonerne bliver bedt om at specificere deres vurderinger (Frandsen et al., 2000: 44-54). Samtidig er der stærk tilslutning til frit valg af sygehus, herunder både et system, hvor pengene følger patienten, og hvor valget udstrækkes til også at gå på benyttelsen af private speciallæger som alternativ til de offentlige sygehuse (Frandsen et al., 2000: 67).

På skoleområdet er grundlaget for at vurdere borgernes tilfredshed på nogle måder bedre. Det gælder også, selv om en vurdering må forlade sig på en række enkeltundersøgelser. Terry Moe (2001) har således i en stort anlagt survey-undersøgelse beskæftiget sig med amerikanernes vurdering af de offentlige og private skoler og af deres holdning til en reform baseret på konkurrencemodellen med frit skolevalg og voucher. Uanset de specifikke mål er der generelt udstrakt tilfredshed med de offentlige skoler, men der er på de samme mål også en udbredt opfattelse af, at private skoler klarer sig bedre end offentlige skoler (Moe, 2001: 45-69). Der er samtidig en diskrepans i vurderingen af offentlige og private skoler mellem forældre, der har valgt en privatskole til deres børn, forældre, der sender deres børn i den lokale offentlige skole og ikke overvejer en privatskole, og forældre, som nok sender deres børn i distriktsskolen, men som er interesserede i at sende deres børn i privatskole. Forældre til børn i privatskoler er helt overvejende overbeviste om, at de private skoler, uanset hvilke kriterier man måler det på, uddistancerer de offentlige. Forældre, hvis børn går i offentlige skoler, deler sig derimod efter deres holdning til det private alternativ. De forældre, der vil holde fast ved den offentlige skole, deler sig i vurderingen af skolerens kvalitet. To lige store grupper mener, enten at privatskolerne er bedre, eller at private og offentlige skoler alt i alt holder samme standard. Der hvor de ser en forskel mellem de to skoleformer, er i de private skolers større

effektivitet, når det gælder intern disciplin, individuel opmærksomhed over for eleverne og elevernes moralske prægning. Forældre, som ytrer interesse for privatskoleløsningen, selv om de sender deres børn i offentlige skoler, er derimod på alle punkter af den opfattelse, at privatskolerne uddistancerer de offentlige skoler (Moe, 2001: 137-141).

Det danske finansministerium har over en årrække gennemført en række analyser af borgernes syn på den offentlige sektor, herunder også deres vurdering af velfærdsservice på bl.a. undervisningsområdet (Finansministeriet, 1993, 1995, 1998, 2000). Undersøgelserne har været tilrettelagt på en måde, der giver mulighed for sammenligning med de amerikanske resultater, og mønstret er grundlæggende det samme. Det viser sig i form af en alt i alt positiv vurdering af folkeskolen med den tilføjelse, at de private skoler får en mere positiv vurdering end de kommunale. Samtidig viser også de danske undersøgelser en ganske kritisk holdning over for folkeskolen hos forældre, der er åbne over for at sende deres børn i privatskole. Andre undersøgelser er kommet til grundlæggende samme resultat (Goul Andersen et al., 2000: 66-67).

Der var på sundhedsområdet ikke nogen sammenhæng mellem ressourceforbrug og tilfredshed. Det samme gælder på skoleområdet, hvor der samtidig er bedre grundlag for at belyse problemet. Blandt danske kommuner er der betydelige forskelle i ressourceforbruget inden for folkeskoleområdet, og der er dermed gode muligheder for at belyse problemet. Det er også sket i Finansministeriets regi (Finansministeriet, 1997: 33-34). Man finder en negativ sammenhæng mellem udgiftsniveauet og tilfredsheden, som slår særlig stærkt igennem i landkommunerne. Tillige finder man, at forældrenes overvejelse af at sende deres børn i privat skole er større i kommuner med et højt udgiftsniveau. Resultaterne finder støtte i en mere omfattende og grundig undersøgelse, hvor den dobbelte konklusion er, at udgifter og udgiftsrelaterede standarder (som klassekvotienten) er uden betydning for forældrenes tilfredshed, mens tilfredsheden varierer med andre forhold. Ifølge forældrenes angivelser er det vigtigste for dem den måde, undervisningen foregår på, elevernes faglige udbytte og trivsel, lærernes evne til at undervise samt kontakten mellem skole og hjem. Det er alt sammen forhold, som ikke logisk er knyttet sammen med ressourceforbruget. Derimod betyder ressourcerelaterede forhold såsom de fysiske rammer og antallet af elever i klasserne markant mindre (Lolle, 1999: 56).

Adskillige undersøgelser har fremhævet vælgerens tilslutning til velfærdsstaten, herunder også til velfærdsservice. Deri ligger samtidig en tilslutning

til store offentlige udgifter og en relativt høj grad af villighed til at betale skatter. Men tilslutningen varierer mellem serviceområder og over tid; således er folkeskolen og sygehusene generelt mere populære end biblioteker og kulturområdet, men den præcise rangordning af skoler og sygehuse svinger (Goul Andersen, 1996; Finansministeriet, 1998: 59-72). Det leder imidlertid ikke uden videre til ligegyldighed over for omkostninger og efficiens. Det viser sig både specifikt og generelt. Der er således i de nordeuropæiske lande, hvor tilfredsheden med sundhedsvæsenet er høj, bred tilslutning til en politik, hvor man fastholder udgiftsniveauet og søger forbedringer inden for de eksisterende rammer. Der er tilsvarende i Danmark fundet en høj grad af tilslutning til en politik, der fastholder samme skat og service med den vigtige tilføjelse, at holdningerne ingenlunde er stabile over tid, og selv inden for korte perioder er der set store udsving. (Mossialos, 1997; Finansministeriet, 1998: 61-64; Nannestad & Paldam, 1990). På sundhedsområdet er der endelig noget, der tyder på, at borgerne er villige til at acceptere brugerbetaling for i hvert fald nogle ydelser eller visse aspekter af ydelserne; det ser desuden ud til, at der er en større villighed til denne form for finansiering end en, der er dækket af højere indkomstskatter (Gyrd-Hansen & Slothuus, 2002).

Der er en anden vinkel på den offentlige velfærdsservice. Den kobler borgernes vurdering af service, den effektive leverance af den service, som borgerne ønsker, samt omkostningsefficiensen sammen med den institutionelle indretning. Problemet har to sider. Den ene vedrører, hvordan borgerne forholder sig til på den ene side graden af demokrati og lokal autonomi, på den anden side serviceeffektiviteten i den netop nævnte dobbelte forstand. En norsk undersøgelse har vist en meget klar prioritering af denne dobbelte effektivitet. Lydhørhed over for borgernes ønsker og en produktion af service, som økonomiserer med ressourcerne, har topprioritet i forhold til demokrati og nærhed. Borgerne selv giver med andre ord rollen som bruger fortrinsret over for rollen som borger i det almene eller det nære demokrati (Pettersen & Rose, 1997). Den anden side er, hvordan borgerne ser på deres muligheder for at komme igennem med deres krav under alternative institutionelle arrangementer. Det problem er delvis belyst i den svenske magtudredning (Petersson, Westholm, & Blomberg, 1989). Det er til dels også belyst i en dansk og en skotsk undersøgelse (Goul Andersen, Torpe & Andersen, 2000; Adler et al., 1989).

Den skotske undersøgelse omfattede kun skolerne, mens den svenske sammenlignede forskellige former for privat service (køb af langvarige forbrugsgoder, boligforhold) med offentlige serviceydelser (børnepasning, sko-

ler og sundheds- og sygehusvæsen). I begge undersøgelser viser det sig, at borgere, som ikke er tilfredse med den behandling, de har fået af offentlige institutioner og myndigheder, har svært ved at komme igennem, hvis de klager. Det gælder også, selv om der, som det er tilfældet i Skotland for forældre, der vil udnytte det frie skolevalg, er indrettet en formel klageprocedure på området. Samtidig viser den svenske undersøgelse, at der er forskel på de forskellige former for service. Den ene skillelinje går mellem de tre forskellige former for offentlig service; den viser større tilfredshed med ydelsen og større lydhørhed over for krav og ønsker på børnepasningsområdet. Specielt på skoleområdet er der en ret høj grad af utilfredshed med alle aspekter af samspillet med skolen og med myndighederne. Samtidig er der en rimelig klar forskel mellem offentlig og privat service. Tilfredsheden med privat leveret service er ikke bare højere. Mulighederne for at komme igennem med krav og ønsker bliver også vurderet højere end for leverandørerne af offentlig service og i særdeleshed skolerne. Muligheden for at skifte leverandør eller produkt er et positivt træk, som fremhæves for privat leveret til forskel fra offentlig leveret service (Petersson, Westholm, & Blomberg, 1989: 35-79).

Den danske undersøgelse er i et vist omfang sammenlignelig med den svenske. Det er dens resultater til dels også. Som den svenske understreger den en ret høj grad af tilfredshed, som dog varierer fra område til område. Således er tilfredsheden med såvel ydelser som påvirkningsmuligheder og lydhørhed større på børnepasnings- end på skoleområdet (sundheds- og sygehusområdet indgår ikke i undersøgelsen). En af de markante forskelle mellem Danmark og Sverige er, at kanalerne for et formelt brugerdemokrati altid har været og er blevet yderligere udbygget i Danmark. Sverige har ikke samme historiske tradition, ligesom brugerdemokratiet ikke har spillet samme rolle i reformerne af den offentlige sektor (Lindbom, 1995). Derfor belyser den danske undersøgelse også borgernes vurdering af deres mulighed for at komme til orde gennem bestyrelser i daginstitutioner og skoler. Vurderingen er positiv i to henseender. For det første rapporterer undersøgelsen en betydelig interesse for og i hvert fald villighed til at deltage i arbejdet i brugerbestyrelserne. For det andet tillægger brugerne brugerbestyrelserne, der kom til i begyndelsen af 1990'erne, en ikke ubetydelig indflydelse på drift og ledelse af daginstitutioner og skoler (Goul Andersen, 2000). Selv om de institutionelle rammer i henholdsvis Danmark og Sverige er forskellige, er der for det tredje en parallel iagttagelse i de to undersøgelser. Det kan godt være, at det danske brugerdemokrati er bedre udbygget end det svenske, men de kanaler, som brugerne benytter sig af, når de har krav og ønsker, er ofte

ganske uformelle. De bliver valgt efter situationen, og deres indgang til de institutioner, der leverer velfærdsservice, er den daglige ledelse og de medarbejdere, som de har kontakt til, og som umiddelbart løser opgaverne (Pettersson et al., 1989: 59; Goul Andersen, 2000: 59–62).

Der er to andre fællestræk mellem de to undersøgelser, som yderligere trækker perspektivet op i forhold til de andre undersøgelser af henholdsvis bruger- og borgerrollen. Det ene er, at borgerne har et ganske instrumentelt syn på den offentlige service. De interesserer sig for den service, de her og nu har brug for, og forholdet mellem den og deres krav og ønsker. Den svenske undersøgelse gør i den henseende opmærksom på, at der er en tydelig og klar sammenhæng mellem placeringen i livscyklus og den enkeltes samspil med institutioner og myndigheder. Den genfinder man i den danske analyse, hvor den norske undersøgelse på et andet grundlag, men parallelt betone, hvordan brugerrollen har fortrin for rollen som borger i et alment demokrati. Det andet fællestræk er, at muligheden for at vælge og fravælge leverandører af serviceydelser er højt skattet af borgerne. Det rører ved kerne i debatten omkring henholdsvis styringskæden og konkurrencemodellen. Den første model betoner det værdifulde i borgernes ret til at give deres besyv med gennem en demokratisk kanal; den anden betoner det værdifulde i adgangen til at vælge fra. Borgerne ser i høj grad ud til at vurdere de to reaktionsmåder som komplementære i forhold til hinanden. Det var også sådan, Albert O. Hirschman argumenterede, da han i 1970 offentliggjorde bogen *Exit, Voice, and Loyalty*. Samtidig viser undersøgelser, at specielt for de mindre tilfredse er muligheden for at vælge en anden leverandør central. Man kan ikke se bort fra, at det er denne option, der gør, at leverandører, der leverer service på markedsvilkår, opnår en mere positiv vurdering fra brugerne, end dem, der gør det i et offentligt regi, hvor valg og fravalg er omfattet af restriktioner. I det lys er det frie valg en mindretalsgaranti. Den har beskeden relevans for den store gruppe af tilfredse brugere af offentligt leveret velfærdsservice, mens de mindre tilfredse brugere tillægger den større vægt end formaliseret brugerdemokrati eller formaliseret adgang til at anke og klage til en anden offentlig instans.

ADFÆRD OG UDBUD

„*There is many a slip between cup and lip*“, siger en engelsk talemåde. Den har fat i noget. For en stor del af de analyser, som dannede grundlag for de to foregående afsnit, byggede på surveys, der søgte at belyse borgeres og bruge-

res vurderinger og intentioner og kun delvis deres handlinger og adfærd. Skulle man slutte fra det grundlag alene, er der enten ikke de store problemer; de fleste er jo godt tilfredse, eller også er der tale om et problem for et mindretal. Man kan for de sidste mene, at det afgørende er at kunne blive hørt, ikke at få ret, „fordi det ikke kan være et demokratiideal, at alle får ret“ (Goul Andersen, 2000: 59).

Men man kan også anlægge en anden synsvinkel, hvis man tager borgerne øjensynlige brugerorientering alvorligt. Udfordringen er da, som det er blevet udtrykt på skoleområdet, ikke bare at give forældre og elever bedre skoler i en eller anden teknisk og akademisk forstand, men også at give dem den *form* for uddannelse, de ønsker – og i forløbet flytte magten fra det offentlige til forældrene, når det gælder afgørelser om, hvilke værdier skolen skal forfølge.

For at belyse det problem er der nogle spørgsmål, der alle er rettet mod konkurrencemodellen. Forklaringen er, at styringskæden helt definerer dem bort. I den formulerer borgerne deres krav til velfærdsservice, når de stemmer, og skulle de ikke få deres ønsker opfyldt, er deres primære reaktionsmulighed at stemme på en anden måde ved næste valg. Sådan er det ikke i konkurrencemodellen. Derfor er det grundlæggende spørgsmål, hvordan samspillet mellem udbud og efterspørgsel foregår inden for modellens rammer. Bag det ligger fire specifikke problemer, som alle knytter sig til samspillet mellem udbud og efterspørgsel:

1. Hvilket informationsgrundlag handler borgerne på?
2. Hvordan optræder de institutioner, der udbyder velfærdsservice, når deres ydelser bliver udsat for brugernes frie valg og altså en form for konkurrence?
3. I hvilket omfang vælger borgerne en anden leverandør end den institution, der som udgangspunkt betjener det område eller den region, de bor i?
4. I hvilket omfang benytter borgerne sig af de særlige kanaler for brugerdemokrati, som ofte er knyttet til konkurrencemodellen, og som i andre tilfælde er brugt til udbygning af styringskæden?

Igen er der ikke noget perfekt grundlag for at besvare spørgsmålene. Men der er tilstrækkeligt mange undersøgelser til, at der tegner sig et mønster, selv om det i diskussionen er nødvendigt at gå uden for skole- og sygehusområdet. Tabel 4.3 giver en oversigt.

TABEL 4.3.

Adfærdsmønstre i styringskæden og konkurrencemodellen

ADFÆRDS- DIMENSIONER	STYRINGSKÆDEN	KONKURRENCEMODELLEN
INFORMATIONSNIVEAU HOS BORGERE OG BRUGERE		
Antagelse	Hos den informerede vælger indgår den leverede service på enkeltområder i afvejningen af, om der skal stemmes anderledes ved det næstfølgende valg	Den informerede bruger vurderer den leverede service for hvert enkelt område og indretter sit specifikke valg i overensstemmelse hermed
Erfaring	Den enkelte vælger har tilsyneladende færre problemer med korrekt ansvarsplacering end under et system med fragmenteret udbud	Hyppig forekomst af ansvarsplaceringsfejl i systemer med fragmenteret udbud
UDBYDERADFÆRD		
Antagelse	Udbud som fastlagt i central plan og budget	Et differentieret udbud som imødekommer brugernes forskelligartede ønsker
Erfaring	Faktisk differentiering på institutionsniveau Men begrænset information om effektivitet og kvalitet i udbud, specielt på institutionsniveau	Blandede erfaringer: – En differentiering på basis af nicheproduktion til mindre del af markedet – En differentiering på periferi-ydelser – En konvergens mod mønster, der svarer til erfaringer fra styringskæden Alt sammen inden for en reguleret ramme
VALG		
Antagelse	Irrelevant	Forventning om vidtgående udnyttelse af valgmulighed
Erfaring	Undtagelsesklausuler i regulering sikrer begrænsede dispensationsmuligheder, som i begrænset omfang udnyttes og undtagelsesvis imødekommer, hvad der betragtes som særønsker	Forventningen bliver delvis imødekommet, idet en mindre del (<15-20 pct. på skoleområdet, færre på sygehusområdet) af brugerne udnytter deres fritvalgsadgang inden for den offentlige og/eller private sektor
DELTAGELSE I BRUGERDEMOKRATI		
Antagelse	Indgår ikke i nogen af modellerne, men begge har i nutidige udgaver ofte inkorporeret elementer af brugerdemokrati	
Erfaring	Lav deltagelse uanset model	

De mange undersøgelser af borgernes tilfredshed med offentlig velfærdsservice giver som allerede nævnt anledning til fortolkningsproblemer, som det er vanskeligt at løse. En gruppe amerikanske forskere har koblet problemstillingen sammen med konkurrencen mellem styringskæden og konkurrencemodellen (Lyons et al., 1992). Det sker med udgangspunkt i den klassiske amerikanske debat om konsekvenserne af henholdsvis reformmodellen og den fragmenterede model. Det er, som beskrevet i kapitel 2 ovenfor, en sondring mellem en løsning, hvor kommunerne integrerer alle lokale serviceopgaver, og en anden, hvor opgaverne er delt mellem mange enkeltformålskommuner. Den første løsning falder sammen med styringskæden og dermed også den danske model, mens den anden model ikke ganske er identisk med konkurrencemodellens quasi-marked. Den har ikke desto mindre egenskaber, som gør, at man kan se den som en variant af konkurrencemodellen, og hele rationalet bag den fragmenterede model er identisk med rationalet bag konkurrencemodellens quasi-marked.

Den amerikanske analyse har to hovedresultater, som er relevante i denne sammenhæng. Det ene er, at borgerne er mere tilfredse, når de modtager flere serviceydelser, og når de vurderer kvaliteten af dem som høj. Det siger umiddelbart intet om de to modellers relative evne til at tilfredsstille borgernes krav til offentlig service (Lyons et al., 1992: 40-43). Det andet hovedresultat bidrager imidlertid til det. Det viser sig nemlig, at borgerne har noget besvær med at gennemskue, hvem der er ansvarlig for leverancen af service til dem. Når de bliver spurgt om, hvem der er ansvarlige for specifikke serviceydelser, begår de ganske ofte tre typer af fejl: De tillægger en anden myndighed end den, der faktisk løser opgaven, ansvaret, de tillægger de lokale myndigheder ansvaret for en opgave, som det offentlige slet ikke tilbyder borgerne, og overser i deres vurdering af den offentlige service en ydelse, som faktisk bliver tilbudt dem af det offentlige. Jo flere fejl borgerne begår i deres vurdering af den offentlige service, jo større skævhed kan der være i grundlaget for deres samlede vurdering af den offentlige service. Samtidig viser det sig, at borgerne har sværere ved at overskue service, når den er splittet op på mange forskellige leverandører, selv om de hver for sig opererer på et demokratisk mandat, end når opgaverne i deres helhed bliver løst af f.eks. en kommune (Lyons et al., 1992: 115-143).

En analyse af amerikanernes vurdering af den sundhedsordning, som de er tilknyttet, afdækker det samme problem (Reschovsky et al., 2002). Analysen stiller de traditionelle amerikanske ordninger, som giver patienterne

udstrakt valgfrihed med hensyn til læge, sygehus og specialiseringsniveau, over for HMO'erne, hvor de tilknyttede patienters valg er begrænset af samspillet mellem den konkrete ordnings tilbud og lægernes visitation. Undersøgelsen, som bygger på et meget omfattende datasæt, tager udgangspunkt i en forventning om, at de relativt restriktive valgmuligheder inden for HMO'erne resulterer i en lavere grad af tilfredshed hos patienterne end i de traditionelle amerikanske fritvalgsordninger. Analysen bekræfter det for så vidt, men der er to interessante tilføjelser. For det første viser det sig, at amerikanerne langt fra er klar over, om de er sikret gennem en HMO eller en af de traditionelle ordninger. 13 procent af de adspurgte tror, at de er tilknyttet en HMO, men er det ikke, mens 12 procent er det uden at vide det. For det andet varierer patienternes tilfredshed med deres opfattelse af, om de er tilknyttet den ene eller anden form for sundhedsordning. Patienter, der rapporterer at være tilknyttet en restriktiv HMO, er mindre tilfredse end dem, der rapporterer at være tilknyttet en af de traditionelle ordninger. Det gælder i begge tilfælde, uanset om de er det eller ej. Vurderingskriterierne spænder fra patienternes generelle tilfredshed over en vurdering af deres muligheder for selv at vælge en speciallæge, når de ønsker det, til deres vurdering af lægens indsats under deres seneste konsultation.

Der er altså indirekte en sammenhæng mellem de institutionelle rammer for den offentlige service og borgernes mulighed for på et kvalificeret grundlag at vurdere kvaliteten af service. Det udelukker ikke, at konkurrencemodellen kan fungere, for selv om borgerne ofte begår fejl, når de skal placere ansvaret for de enkelte serviceydelser, som de modtager fra det offentlige, kan man forstille sig, at fejlene i gennemsnit udligner hinanden. Det er da ikke anderledes end på markedet, hvor det heller ikke er nogen forudsætning for en forholdsvis effektiv konkurrence, at alle forbrugere har fuld og præcis information. Det er tilstrækkeligt, at de i gennemsnit er i stand til at reagere på forskelle i pris og kvalitet over for de virksomheder, der agerer på markedet. Derfor er det muligt, at en konkurrencemodel, hvor borgernes frie valg af leverandør er den afgørende reguleringsmekanisme, bidrager til en generel højnelse af kvaliteten eller til realiseringen af andre kollektive mål (Jones, 2001: 193, cfr. Schneider et al., 1998). Problemet er, at konkurrencemodellen ikke bare hviler på en antagelse om den positive sammenhæng mellem brugernes frie valg og den aggregerede kvalitet og effektivitet. Den antager også, at et frit valg mellem leverandører er et mere effektivt redskab for individuel tilfredsstillelse af ens præferencer og dermed for større indflydelse end styringskædens kombination af repræsentativt

demokrati og obligatoriske løsninger baseret på hierarkisk styring. På det foreliggende grundlag er der ikke støtte for en sådan sammenhæng.

Næste led i problemstillingen vedrører udbydernes adfærd i de to modeller. Som det fremgår af tabel 4.1, hviler de på meget forskellige antagelser. I styringskæden antages udbuddet at være bestemt af en centralt besluttet normering af virksomheden og centralt fastlagte budgetter. Den begrænsede differentiering, der måtte være, antages yderligere at følge retningslinjer fastlagt på det centrale politiske niveau. Antagelsen bag konkurrencemodellen er derimod, at udbyderne vil differentiere deres tilbud, således at de kan imødekomme brugernes ønsker, der forventes at være forskelligartede. Erfaringerne er for begge modeller blandede, og de lader sig ikke uden videre føre tilbage til de rationaler, hvorpå de hviler.

På den ene side er der inden for styringskæden en faktisk differentiering af institutionernes udbud. Det er til dels en følge af, at de centralt fastsatte retningslinjer sjældent normerer alle sider af institutionernes udbud. Men der ser også ud til at være en faktisk tilpasning af institutionernes udbud til de lokale politiske og samfundsmæssige omgivelser, som resulterer i en vis differentiering mellem dem. Det kommer frem på flere måder. De danske gymnasier er således underlagt en tæt statslig regulering, men alligevel er der stor forskel i amternes måde at løse opgaven på, og i forlængelse heraf også forskel i f.eks. omkostningerne pr. elev (Pallesen, 1998). Tilsvarende er der på folkeskole- og sygehusområdet betydelige forskelle mellem skoler og sygehuse inden for henholdsvis samme kommune eller samme amt, selv om deres størrelse og opgaver er sammenlignelige. Variationen kan endog føres helt ned på afdelingsniveauet, således at man på samme sygehus finder markante forskelle i den måde, hvorpå man løser sine opgaver (Christensen, 1998). Iagttagelserne er i overensstemmelse med de konklusioner, der er nået i analyser, der har interesseret sig for offentlige organisationers samspil med deres lokale miljø (Sabatier et al., 1995); de er også i overensstemmelse med analyser af samspillet mellem ledelse og medarbejdere i disse organisationer, som i høj grad ser ud til at være bestemt af forhold inden for den enkelte organisation (Brehm & Gates, 1997).

På den anden side er forskellene sjældent åbne, og der er få tilgængelige og sammenlignelige informationer om f.eks. de økonomiske og kvalitative aspekter af de enkelte institutioners udbud. De offentlige danske skoler og sygehuse er igen eksempler på, hvor lidt brugerrettet informationen har været. De kommunale nøgletal er således tal, der sammenligner kommunerne og ikke institutionerne indbyrdes. De ligger samtidig i en form, hvor de

slet ikke retter sig mod oplysning af brugerne, men snarere mod myndighederne selv. De sparsomme og lidet systematiske informationer om institutionernes udbud afspejler en modvilje hos såvel kommunerne som de offentligt ansattes organisationer mod at give denne form for brugerinformation. Der er imidlertid på centralt niveau i de seneste år taget en række initiativer til styrkelse af brugerinformationen (Indenrigsministeriet, 2000; www.im.dk/ventetidsinformation; www.im.dk/publikationer om sammenlignelig brugerinformation om bl.a. folkeskolen og gymnasierne). I et enkelt tilfælde er de også udmøntet i bindende regler, som gælder for undervisning, der er reguleret ved eller i henhold til lov, altså både de offentlige og private skoler. Herefter skal der i en lettilgængelig form på den enkelte skoles hjemmeside på internettet være oplysninger om bl.a. (Lov nr. 414, 2002):

- „1. skolens eller institutionens aktuelle uddannelser, fagudbud, og læseplaner m.v.
2. skolens eller institutionens aktuelle værdigrundlag og pædagogiske udgangspunkt.
3. skolens eller institutionens karaktergivning m.v.
4. gennemførte evalueringer af kvaliteten af en skoles eller institutions undervisning ...“

I modsætning til styringskæden bygger konkurrencemodellen på en antagelse om, at institutionerne differentierer deres udbud i forhold til hinanden, og at de aktivt informerer de brugergrupper, som de henvender sig til om deres særskilte karakter og tilbud. Erfaringerne er endnu en gang blandede. Det kan hænge sammen med, at differentieringen i almindelighed sker inden for en politisk reguleret ramme, hvor lovgiverne har sat rammer for institutionernes virksomhed. Det er en af modellens ofte oversete forudsætninger, at politikerne løser denne designopgave, men en konsekvens er naturligvis, at konkurrencen bliver underlagt restriktioner, som begrænser institutionernes differentiering af deres tilbud eller mulighed for at markedsføre sig. Et eksempel er de begrænsninger, der hidtil er antaget at følge af den amerikanske forfatning, og som gør, at man ikke tillader en differentiering efter religiøse kriterier, når forældrenes frie skolevalg er baseret på offentligt finansierede vouchers (Peterson, 1998: 24-25; Viteritti, 1998). For det andet er der efter alt at dømme en tendens til, at der er forskel på differentieringen i systemer, hvor en mindre del af eleverne har

valgt den lokale offentlige skole fra til fordel for en anden skole, den være sig privat eller offentlig, og systemer, hvor alle børn er omfattet af et frit valgssystem. Det første ser man i lande som f.eks. Danmark og USA, hvor der er et vist marked for frit skolevalg med eller uden overvejende offentlig finansiering. Det andet ser man i lande som Belgien, Holland og Irland, hvor skolerne traditionelt er opdelt efter konfessionelle kriterier, så man har et offentligt, ikke-konfessionelt tilbud, et katolsk og i Holland også et protestantisk uddannelsesstilbud. Børnene fordeler sig da på de tre skoleformer, hvis tilbud i høj grad nærmer sig hinanden. Der sker med andre ord en opdeling af markedet, som kun i ringe grad er baseret på åben konkurrence, men mere på forældrenes traditionsbestemte valg. Samtidig indebærer den lovgivningsmæssige regulering, at der i disse systemer er grænser for differentieringen mellem skoletyperne. Endelig ligger der ikke bag de politiske rammer for disse systemer nogen antagelse om, at skolerne i den ene eller anden del af systemet aktivt skal konkurrere med hinanden. Opdelingen er snarere udtryk for en tilpasning til traditionelle kulturelle og religiøse skillelinjer i befolkningen, der på den måde skaber to eller tre parallelle offentlige og halvoffentlige skolesystemer (Bishop, 2000, 299-301).

Kun få systemer har generelt reformeret deres skolesystemer med udgangspunkt i konkurrencemodellen. Det gælder dog New Zealand, hvor der er etableret et system, der kombinerer frit skolevalg med offentlig finansiering. Erfaringerne viser, at skolerne nok engagerer sig i en aktiv markedsføring, men kun i begrænset omfang differentierer sig i forhold til hinanden på en pædagogisk eller værdibaseret profil. Skolernes markedsføring over for forældrene sker i stedet på basis af skolens beliggenhed og på tilbud, som ikke direkte er knyttet til skolen. Forældrenes mulighed for at få præcis information af den art, der er nævnt i den danske lov om gennemsigtighed og åbenhed i uddannelserne, er derfor begrænset. Den praktiske konsekvens har været, at forældrene har valgt og fravalgt skoler efter kriterier, der snarere er baseret på en kombination af beliggenhed, social og etnisk profil end på skolens pædagogiske profilering. Da konkurrencen samtidig sker på grundlag af skolernes egen udmelding om deres optagekapacitet (enrollment schemes), giver det skolens ledelse en stærk position i udvælgelsen af elever, hvis søgningen overstiger deres kapacitetsgrænse. Under disse omstændigheder er kriterierne ikke klare for hverken forældrenes valg af skole til deres børn eller skolernes sortering af de børn, som søger optagelse på skolen (Fiske & Ladd, 2000: 182-183 og 216-240).

Mens det i styringskæden er irrelevant, om borgerne har mulighed for at vælge skole eller sygehus, er det frie valg den centrale mekanisme i konkurrencemodellen. Praksis viser ikke helt så skarp en opdeling, og der er i styringskæden som regel formelt eller reelt indbygget en mulighed for, at borgerne kan søge en anden institution end den, de er tildelt efter et bopælskriterium. Folkeskolen viser, hvordan mekanismerne fungerer. Det er som allerede nævnt kommunerne, der inden for folkeskolelovens grænser fastlægger politikken, hvorefter forældrene har frit skolevalg, såfremt kapaciteten tillader det. Nogle kommuner fører på det punkt en ret restriktiv politik, mens andre i højere grad fører en politik, som er imødekommende over for forældrenes ønsker. To eksempler er Odense, der fører en ganske liberal politik, og Århus, der fører en mere restriktiv politik. Erfaringen er dobbelt. På den ene side er der en markant forskel mellem de to kommuner, hvor en større del af de odenseanske børn går i en anden offentlig skole end distriktsskolen; på den anden side er der også i Århus en betydelig andel (16–18 procent) af børnene, der går på en anden kommunal skole end den, de hører til efter kommunens opdeling i skoledistrikter. Erfaringen fra den restriktive Århus Kommune er samtidig, at 9–10 procent af forældrene forud for indskrivningen i børnehaveklasse søger om optagelse på en anden skole end distriktsskolen. Størstedelen af ansøgningerne bliver imødekommet, om end imødekommelsesraten ser ud til at variere med antallet af dispensationsansøgninger. (Søndervang Christensen, 2002; Engsig Christensen, 2002). Disse tal svarer til tallene på landsplan. En opgørelse fra 2003 foretaget af Kommunernes Landsforening har vist, at forældrene til 9 procent af børnene, som starter i folkeskolen, anmoder om optagelse i en anden skole end distriktsskolen; 86 procent af ansøgningerne bliver imødekommet (www.kl.dk/290730/ (18.5.03)). Forældrene bruger altså i ganske høj grad deres valgmuligheder, men det sker inden for de mere eller mindre vide, henholdsvis restriktive, politiske rammer, som kommunerne har sat for det individuelle valg.

Det danske mønster svarer til, hvad der skete, da man i Skotland gik fra et restriktivt system til et system, som åbnede for friere valg inden for det offentlige skolevæsen. Før reformen i 1981 søgte hvert år syv til otte procent af eleverne om optagelse i en anden skole end distriktsskolen, men mindre end halvdelen blev imødekommet på administrativt niveau; en stor del af de afviste forældre ankede afgørelsen til den særlige overførselskomité, som på sin side fulgte næsten halvdelen af klagerne. Dispensationspraksis viste et klart mønster, hvor forældrenes ansøgninger blev imødekommet, når ældre

søskende allerede gik på den søgte skole, og når der var særlige transportproblemer eller tale om børn af enlige forældre (Adler et al., 1989: 59-63). I årene efter reformen skete der en markant ændring i forældrenes adfærd, og andelen af børn, hvor forældrene søgte til en anden skole end distriktsskolen, steg i løbet af de næste fire år til over 20 procent. Fra skolemyndighedernes side søgte man uden held at dæmme op for de mange ønsker om optagelse på eller overførsel til andre skoler, bl.a. for at sikre mod en ringe kapacitetsudnyttelse på de skoler, som var hårdest ramt af forældrenes fravalg og for at begrænse presset på de mest søgte skoler (Adler et al., 1989: 75-83).

Det frie skolevalg inden for den danske folkeskole rummer en tilnærmelse til konkurrencemodellen, men dets præcise omfang og udformning varierer så stærkt, at det vanskeligt lader sig afgøre, hvad det indebærer. Samtidig er det uklart, i hvilket omfang og på hvilken måde forældrenes skolevalg er koblet sammen med de enkelte skolars bevillinger. Det er anderledes med privatskolerne, som i kraft af den danske friskoletradition udgør en fuldgældig voucherordning, der grundlæggende er i overensstemmelse med konkurrencemodellen. Ordningen indebærer, at en vurdering af forældrenes valgmuligheder i det danske skolesystem ikke beror på graden af valgfrihed inden for den offentlige skoles rammer, men derimod på eksistensen af offentligt støttede private alternativer. Deres andel af det samlede elevantal i grundskolen ligger på knap 12 procent 1998-99. Det er en fordobling af markedsandelen siden 1970, men det hører med til billedet, at andelen har ligget på et konstant niveau siden begyndelsen af 1990'erne. Samtidig er det iøjnefaldende, at andelen varierer meget mellem kommunerne. I nogle kommuner er der praktisk taget ingen børn, der går i privatskole, mens andelen andre steder ligger mellem en fjerdedel og en tredjedel af børnene (Undervisningsministeriet, 2002).

Den forholdsvis høje andel af børn, der går i privatskole, gør komparativt Danmark til et interessant land. Andelen er på niveau med den amerikanske, men forskellen er, at de danske i modsætning til de amerikanske privatskoler indgår i en model, der på mange måder realiserer konkurrencemodellen. Andelen er samtidig meget lavere end i de lande, hvor de private og de offentlige skoler afspejler et lands etnisk-kulturelle opdeling, som det er tilfældet i nogle vesteuropæiske lande, men hvor der ikke er nogen stærk indikation af en egentlig konkurrence mellem de to skoleformer. Endelig adskiller det danske system sig fra lande som New Zealand, Tyskland samt Sverige, hvor privatskolerne spiller en meget lille rolle, selv om der siden 1992 har været en ordning med statstilskud, der ligger tæt op ad den danske.

De svenske privatskolars andel af markedet er fordoblet siden indførelsen af den offentlige støtteordning i 1992, men den udgør fortsat kun 2,4 procent af samtlige børn i grundskolen (Skolverket, 1998; Blomqvist & Rothstein, 2001: 171).

I et lydhørhedsperspektiv er ordninger som den traditionelle danske og nye svenske privatskolepolitik interessante. De adskiller sig fra de dominerende former på skoleområdet. I forhold til de traditionelle hierarkisk styrede skolevæsenet giver de forældrene valgmuligheder, som ikke er betinget af en række myndighedskrav. Det samme gælder i forhold til de systemer, hvor skolevæsenet reelt er opdelt i to eller tre segmenter, men hvor det i øvrigt grundlæggende minder om de offentlige systemer. Endelig adskiller de sig fra systemer, hvor man inden for rammerne af et offentligt skolevæsen har etableret en universel konkurrencemodell; det sker ved, at forældrene ikke er henvist til skoler inden for systemet, men har mulighed for at påvirke udbuddet gennem den forholdsvis lette adgang til at etablere skoler med offentlig støtte. Erfaringen med de tre første varianter af henholdsvis styringskæden og konkurrencemodellen er, at de kun i ringe omfang har ført til en differentiering af skolerne på en bestemt pædagogisk eller værdimæssig profil. Det er anderledes for privatskoler, der er oprettet under den danske og den offentlige friskoleordning. For det første er der en betydelig dynamik i denne del af sektoren. Der er siden begyndelsen af 1990'erne oprettet et betydeligt antal nye skoler; i Danmark drejer det sig om otte procent, mens der i Sverige i samme periode er sket en firdobling. Der er i begge lande gennemgående tale om små og mindre skoler (< 200 elever), som i høj grad udfylder nicher i skolesystemet. En indikator herfor er i Danmark en vækst i antallet af tosprogede elever på mere end 50 procent mellem 1993-94 og 1998-99. For Sverige har friskoleordningen ført til en tilsvarende differentiering. Størstedelen af de private skoler differentierer sig efter pædagogiske kriterier, mens en mindre del af dem gør det efter etnisk-kulturelle skillelinjer. Det er endelig sådan, at privatskolerne i Sverige næsten udelukkende er slået igennem i de store, tætbefolkede byområder. Det er i de tilsvarende områder, at man i Danmark ser en udvikling (Undervisningsministeriet, 2002; Skolverket, 1998 & 2001). Den nordiske erfaring er sammenlignelig med de mange, men spredte initiativer til indførelse af et voucherbaseret frit skolevalg. Hvis man generaliserer dem, er konklusionen, at en ret til at bryde ud under bevarelse af en for alle formål fuld offentlig finansiering, skaber en stærk forbedring af skolevæsenets muligheder for at imødekomme specifikke krav til skolerne og deres undervisning hos et

mindretal af forældrene. Den samme lydhørhedsfremmende mekanisme ser imidlertid ikke ud til at fungere i universelle ordninger.

På sygehusområdet er grundlaget dårligt for at sige noget om, i hvilket omfang indførelsen af konkurrencemodellen har påvirket borgernes adfærd. Erfaringerne fra såvel England som Sverige med Stockholmsmodellen viser tilsyneladende, at det er så som så både med borgernes informationsniveau om deres valgmuligheder og med deres udnyttelse af de rettigheder, som konkurrencemodellen tilsigter at give dem. Samtidig er det i en evaluering af de engelske reformer gjort gældende, at reformerne i virkeligheden har ført til en indskrænkning af valgmulighederne. Det hænger sammen med, at patienternes valg bliver formidlet af enten de lokale sundhedsmyndigheder eller af praksislægen, der i det engelske system er købere af sygehusenes ydelser. Der i den sammenhæng sat spørgsmålstegn ved deres tilskyndelse til at lægge op til et frit valg; det er samtidig vist, at udnyttelsen af den valgmulighed, som patienterne formelt har fået, i praksis helt beror på den henvisende praksislæge, da patienterne er meget dårligt informeret om deres rettigheder (Fotaki, 1999; Mulligan, 1998).

De engelske og svenske erfaringer er sammenlignelige med de danske. Man har ganske vist ikke gennemført en formel adskillelse af køber- og producentrollen, men siden 1993 har danskerne haft mulighed for frit at vælge sygehus, når det drejer sig om behandling på basisniveau. Princippet har fra starten været, at patienternes eget amt skulle betale for behandlinger, der er udført af sygehuse i andre amter. Valgmuligheden er siden udvidet, samtidig med at der i 2000 er indført en mere omkostningstro afregning. I de første år var det almindelige indtryk, at borgerne kun i beskedent omfang brugte deres valgmulighed; der blev da rapporteret om bevægelser på omkring to procent af de ikke-akutte patienter (Vrangbæk, 2000: 122-123). En senere undersøgelse viser, at niveauet er steget, men fortsat er beskedent. Det har i de seneste år ligget på en fem-seks procent af de udskrevne ikke-akutte patienter og en lidt mindre andel af samtlige ambulante besøg. Der ser imidlertid ud til at være et samspil mellem udbud og efterspørgsel. For det første er patientvandringerne stærkest i områder, hvor der er en stor befolkningskoncentration (hovedstadsområdet, hvor H:S og Roskilde amts sygehuse tiltrækker patienter fra de andre amter; Vejle Amt og Århus Amt, som tilsvarende tiltrækker patienter fra naboamterne); for det andet er det i sektoren vurderingen, at beliggenhed og afstand (sammen med ventetiderne) er de vigtigste faktorer (Ankjær-Jensen, 2002: 61-63; Enemark, 1992).

Ingen af modellerne inkorporerer i deres rene form et brugerdemokrati. I

styringskæden er antagelsen, at det generelle repræsentative demokrati er så effektivt, at det sikrer gennemslag for brugernes præferencer; i konkurrencemodellen er antagelsen tilsvarende, at konkurrencen er så effektiv, at den sikrer gennemslag for brugernes præferencer. Alligevel er begge modeller på skoleområdet i praksis kombineret med brugerdemokratiske tiltag. På sygehusområdet er det som nævnt vanskeligt, men der er i et vist omfang etableret substitutter.

Hvis målestokken for brugerdemokratiets succes er forældrenes valgdeltagelse, har den været begrænset. Det er konklusionen for de få skolesystemer, hvorfra der foreligger information om forældredeltagelsen. Erfaringerne fra de danske og new zealandske skoler er i så henseende sammenfaldende. Indførelsen af bestyrelser med forældrerepræsentation og en vis beslutningskompetence i 1989-90 fik i begge lande en betydelig opmærksomhed, og de første valg blev vurderet som forholdsvis succesfulde med hensyn til både antallet af opstillede kandidater og deltagelsen ved valget. Siden er interessen dalet. Den viser sig i begge lande i form af et stigende antal skoler, hvor der er fredsvalg, og der er fra New Zealand rapporter om, at nogle skoler aktivt engagerer sig i at undgå valg. Ved skolevalgene i 1998 var der således fredsvalg ved 35 procent af skolerne, hvoraf nogle endog ikke kunne mønstre det nødvendige antal kandidater for at besætte pladserne i bestyrelsen (Fiske & Ladd, 2000: 69-73). I Danmark er andelen af skoler med fredsvalg steget fra 57 procent i 1990 over 77 procent i 1994 til 83 procent ved valgene i 1998. I 2002 var andelen steget til 86 procent. I samme periode faldt valgdeltagelsen på de skoler, hvor der var valg, fra 43 til 32 procent (Christensen, 2000 b; www.skole-samfund.dk). Mens der i Danmark er officiel tavshed omkring brugerdemokratiet i folkeskolen (og gymnasiet), har den new zealandske uddannelsesstyrelse (Education Review Office), som fører tilsyn med landets skoler, i en rapport fra 1999 rejst en række kritiske spørgsmål i relation til forældredemokratiets effektivitet og funktionsduelighed. Styrelsen peger således på, at det direkte valg adskiller sig fra de ministerudpegede bestyrelser, som ellers er normen for de decentrale institutioner og virksomheder i den offentlige sektor. Samtidig understreger rapporten, at ministeren ikke bare har mulighed for at suspendere en skolebestyrelse, men også for at indsætte, f.eks. ministerielle, eksperter i bestyrelsen (Education Review Office, 1999).

Selv om der på sygehusene ikke er etableret et formelt brugerdemokrati, er der i nogle systemer alligevel repræsentative institutioner, som tilstræber en form for brugerrepræsentation. Det er tilfældet i de – vidt forskellige –

amerikanske og britiske systemer. Den britiske National Health Service kombinerede i sin oprindelige form en central statslig styring med regionale og lokale bestyrelser (regional, hhv. district health authorities), der var sammensat af repræsentanter for ministeren, for kommunerne i området samt for lægerne. Med indførelsen af quasi-markedsmodellen var idéen at gøre op med fortidens politisering og erstatte den med en ledelsesmodel, der sikrede en ledelsesmæssig professionalisering, som svarede til den, man antog karakteriserede bestyrelser i private virksomheder. For at imødegå denne form for politisering etablerede man i stedet ministerudpegede bestyrelser for både køberorganisationerne og de selvejende sygehuse, som indgik i det nye quasi-marked. Erfaringen viser imidlertid, at praksis kun i begrænset omfang brød med den klassiske repræsentationsform, og mange af de gamle bestyrelsesmedlemmer (73 procent) fortsatte som medlemmer af de nye bestyrelser. Reformens understregning af de professionelle krav til bestyrelserne er tilsyneladende fulgt op i praksis, idet en stor del af medlemmerne har en baggrund i erhvervslivet. Men igen er sundhedsministeriets udpegningspraksis tvetydig, eftersom næsten halvdelen af medlemmerne også har en baggrund i frivilligt arbejde (Ashburner & Cairncross, 1993; Mulligan, 1998). Dertil kommer, at man for sygehusene, der nu har status som selvejende institutioner (trusts), fastholder, at hospitalsledelsen er direkte ansvarlig over for ministeren, hvilket skaber uklarhed i ledelsens samspil med den bestyrelse, hvorunder sygehuset hører (Hamblin, 1998: 113).

Klassiske sygekassessystemer som de tyske rummer på sin vis også et brugerdemokratisk element. Sygekasserne betaler for medlemmernes træk på både den primære sektor og på sygehusene. På grund af tilknytningen til arbejdsmarkedet er der tale om paritetisk sammensatte organer med repræsentanter for både arbejdsgivere og lønmodtagere (Axe, 2002).

Det amerikanske system adskiller sig på afgørende punkter fra det britiske system. Det viser sig bl.a. i en stor organisatorisk mangfoldighed. Der er offentlige og private sygehuse og blandt sidstnævnte sygehuse med både non- og for-profit status, men fælles for dem er, at de alle normalt har en bestyrelse, som ledelsen rapporterer til. Bestyrelsens kompetence, størrelse og sammensætning varierer imidlertid med sygehusets organisatoriske status og ejerforhold. I praksis betyder det, at bestyrelsen på offentlige sygehuse, som i høj grad drives på grundlag af bevillinger, er relativt lille, har overvejende administrative opgaver, og alt overvejende består af medlemmer med tilknytning til partierne. På private sygehuse, der er afhængige af finansiell støtte og frivillig deltagelse fra det område, som de betjener, har

bestyrelsen en klarere repræsentativ rolle: Den er større, og den er sammensat således, at den repræsenterer sygehusets omgivelser målt på socioøkonomiske og religiøse kriterier og har en mere omfattende kompetence. Private sygehuse, hvis finansiering er fortrinsvis forsikringsbaseret, har derimod små bestyrelser med opgaver, der understøtter direktionen (Pfeffer, 1973). Der er to konklusioner. Den ene er, at bestyrelserne på sygehusområdet i høj grad er coopterede. Det vil sige, at deres sammensætning imødekommer direktionens behov for politisk og økonomisk støtte fra det omgivende samfund. Den anden er, at bestyrelserne spiller en mindre rolle som politiske bindeled til omgivelserne, hvis sygehuset klart er forankret i styringskæden (de offentlige sygehuse), eller hvis de bliver drevet på markedsvilkår (de forsikringsbaserede sygehuse). Det særlige ved de sygehuse, der indgik i undersøgelsen, og mere generelt de amerikanske sygehuse, er imidlertid, at kun en mindre del af dem fungerer på ren markeds- eller ren offentlig basis. I undersøgelsen gjaldt det for 3,5 og 21,1 procent af sygehusene (Pfeffer, 1973: 356).

Der er en meget begrænset viden om, hvordan brugerbestyrelserne fungerer på de områder, hvor man kender dem, og dermed er der også et ringe grundlag for at vurdere, i hvilket omfang de sikrer en højere grad af lydhørhed over for brugerne. Der er dog nogle brudstykker, som er modsætningsfyldte, men som tilsammen tegner et billede. De knytter sig næsten udelukkende til de danske erfaringer, da der ikke foreligger mange udenlandske undersøgelser. På den ene side er de populære, for så vidt som borgerne, når de i surveys, jfr. ovenfor, bliver spurgt, tillægger dem indflydelse. På den anden side er deltagelsen, som det netop er vist, ikke bare beskeden, men faldende. Det udelukker selvfølgelig ikke, at de bestyrelser, der bliver valgt, har indflydelse og således bidrager til sikring af lydhørheden. Men det er i den sammenhæng tankevækkende, at bestyrelsernes kompetence gennemgående er beskeden og helt hviler på den enkelte kommunalbestyrelses delegation til den (Christensen, 1998 & 2000a). Det hindrer dog ikke, at man blandt borgmestrene tillægger dem indflydelse, og de tilskriver i et vist omfang en øget generel indflydelse til brugergrupper, men især et øget specifikt pres for flere ressourcer. Især formændene for skolebestyrelserne har en opfattelse af deres rolle, som til fulde modsvarer borgmestrenes indtryk af bestyrelserne som en institutionaliseret udgiftslobby (Indenrigsministeriet, 1998, 43-45). Igen er der imidlertid tvivl om, hvor langt karakteristikken rækker. En række mere eller mindre bredt funderede studier peger nogenlunde entydigt på, at skolebestyrelsernes funktioner er problematiske

(Cranil, 1994; Floris & Bidsted, 1996 & 1998; Kristensen, 1998: 83–125). Det er ikke alene bestyrelsernes manglende kompetence, der begrænser deres indflydelse. Forholdet til skolens ledelse og især til lærerne, som også er repræsenteret i bestyrelsen, er konfliktpræget, og det sætter en rimelig klar grænse for forældrenes inddragelse i formuleringen af rammerne for især skolernes undervisning. For lærerne er det efter alt at dømme meget afgørende at bevare deres pædagogiske autonomi og at fastholde personalepolitikken som et anliggende mellem skolelederen, lærerne og deres tillidsrepræsentanter. En konsekvens kan være en ond cirkel, hvor den begrænsede indflydelse bidrager til yderligere svækkelse af den allerede svage faktiske interesse for skolebestyrelserne som demokratisk indflydelseskanal (Kristensen, 1998: 122–125).

Det følger af den formelle struktur, at der ikke er tilsvarende oplysninger om deltagelsen på sygehusområdet. I de klassiske sygekasssystemer, som er dem, der stærkest tildeler brugerne en formel mulighed for deltagelse, er erfaringen med deltagelsen dog nedslående. De tyske sygekasser har således nok medlemsvalgte ledelser med særskilte valg på arbejdsgiver- og lønmodtagersiden. På arbejdsgiversiden er praksis konsekvent fredsvalg, og på lønmodtagersiden forekommer det kun undtagelsesvis, at der holdes valg (i 1999 ved 2 procent af valgene). Samtidig er systemet indrettet, så såkaldt frie lister har vanskeligt ved at slå igennem, hvorfor konsekvensen er, at systemet er domineret af arbejdsmarkedets organisationer. Det er også kun deres medlemmer og ikke forsikrede, men uorganiserede medlemmer, der har valget i sygekasserne (Axe, 2002).

MODELLERNE OG VELFÆRDSSTATENS ORGANISATION

Begge modeller rendyrker bestemte institutionelle træk. På den måde ligner de idealtyper, som ofte opstilles i analytisk og teoretisk øjemed. Den funktion har de også her. Det særlige er imidlertid, at de to modeller samtidig optræder rimelig rendyrket i en politisk diskussion. De er ikke bare analytiske redskaber, men for nogle politiske aktører også opskrifter på, hvordan man skal indrette rammerne omkring de institutioner, der producerer og leverer velfærdsservice. En krumtap i begge modeller er spørgsmålet om, hvordan man bedst sikrer lydhørhed over for borgere og brugere. Hvor styringskæden lægger vægt på at sikre borgerroller, lægger konkurrencemodellen vægt på at sikre brugerrollen.

BOKS 4.1.

Institutionel variation og lydhørhed

- Borgerne lægger generelt positiv vægt på muligheden for at kunne vælge leverandør.
- En række systemer giver borgerne formelle valgmuligheder, det være sig inden for den offentlige sektor eller mellem offentlige og private tilbud.
- Valgmulighederne bliver i højere grad udnyttet på skole- end på sygehusområdet.
- Der er stor variation i borgernes tilfredshed fra land til land, en variation, som ikke ser ud til at hænge sammen med den institutionelle indretning.
- Tilfredshedsundersøgelserne er vanskelige at fortolke, da den institutionelle gennemsigthed er begrænset, hvorfor man også ser, at borgerne kun i begrænset omfang har et præcist billede af indretningen af de institutioner, hvorigennem de modtager velfærdsservice.
- Differentieringen af udbuddet inden for konkurrencemodellen sker ofte på grundlag af karakteristika ved perifere snarere end substantielle kriterier.
- I skolesystemer, hvor forældrene har adgang til at fravælge den offentlige skole til fordel for private skoler, og hvor adgangen til at vælge/etablere private skoler bliver brugt af en mindre del af forældrene, er der dog åbenbart en differentiering af udbuddet efter pædagogiske og kulturelle kriterier.

Hvilken af modellerne klarer sig så bedst i konkurrencen? På det spørgsmål er der ikke noget klart og entydigt svar. Den gennemgang og diskussion af den ganske omfattende, om end spredte litteratur, der er om problemstillingen, viser først og fremmest, hvor indviklet problemet er. Et mønster tegner sig dog, som det fremgår af boks 4.1.

På tværs af landegrænser lægger borgerne stor vægt på muligheden for at kunne vælge selv, men deres formelle og reelle muligheder varierer stærkt fra land til land og mellem skole- og sundhedssektoren. En række lande har enten pr. tradition eller gennem institutionelle reformer udvidet borgernes ret til at vælge leverandør. I hvilket omfang det fungerer som en ret, borgerne faktisk benytter, varierer imidlertid. Der tegner sig alligevel noget, der ligner et mønster, hvorefter det frie valg i højere grad bliver udnyttet på skole- end på sygehusområdet. På sygehusområdet beror udnyttelsen i høj grad på, i hvilket omfang praksislægerne aktivt bistår patienterne, og det er i de quasi-markeder, der er etableret siden 1980'erne kun i begrænset omfang tilfældet.

Selv om borgerne generelt ser ud til at sætte pris på en velfærdsservice, der giver dem valgmuligheder, er der ikke noget, der tyder på, at det påvirker deres vurdering af systemet. Der er store variationer i de mange tilfreds-

hedsanalyser, der er gennemført: Men der er ingen sammenhæng mellem valgmulighederne inden for det enkelte system og borgernes grad af tilfredshed med det.

Forudsætningen for brugerundersøgelsernes validitet kan imidlertid være problematisk. Der er flere grunde hertil, hvoraf to er særlig tungtvejende her. De hænger yderligere stærkt sammen. Den ene er, at konkurrencemodellen forudsætter et gennemskueligt system. Det betyder mindre i styringskæden, som bygger på et repræsentativt demokrati, hvor borgerne som vælgere har politiske repræsentanter til at varetage deres interesser. Men konkurrencemodellen bygger på en antagelse om, at brugerne træffer et informeret valg. Den anden er, at tilfredshedsundersøgelsernes gyldighed også beror på brugernes korrekte billede af de systemer, som på skole- samt sundheds- og sygehusområdet leverer service til dem. Det viser sig, at borgerne generelt er ret dårligt informeret om de præcise karakteristika ved de ordninger, der er rammen omkring leverancen af offentlig service til dem.

En anden væsentlig del af rationalet bag konkurrencemodellen er, at borgernes krav til velfærdsservice ikke er ens, og at konkurrencen mellem institutionerne derfor med større sandsynlighed vil sikre et udbud, der modsvare brugernes præferencer, end en service baseret på styringskædens hierarki. Det er generelt ikke erfaringen. Differentieringen sker på andre aspekter af institutionens profil. Der er dog en væsentlig undtagelse; i de systemer, hvor skolelovgivningen på voucherlignende vilkår giver mulighed for at fravælge de offentlige skoler, er der et mindretal af forældre, som benytter sig af muligheden for at skabe eller tilmelde sig skoler, som har en pædagogisk og/eller kulturel profil, der modsvare deres præferencer.

På den baggrund bliver den samlede konklusion dobbelt. På den ene side er konkurrencemodellen et populært alternativ til styringskæden, en vurdering, der i høj grad ser ud til at bygge på et udbredt lydhørhedsrationale; på den anden side er der intet grundlag for at sige noget om, hvorvidt der er forskel på lydhørheden i de to systemer. Konkurrencemodellen ser dog ud til at kunne fungere som et korrektiv til styringsmodellen, hvor de særligt motiverede og informerede har større mulighed for at få en løsning, der tilfredsstiller deres specifikke krav.

Der er et andet problem med en empirisk sammenligning. De to modeller er sjældent realiseret i en tilnærmelsesvis ren form. Tabel 4.4 viser, hvordan de to modeller er kombineret med modelfremmede træk. Det viser sig på to forskellige måder. For det første har lande, der har bygget den ene eller anden del af deres velfærdsservice på den ene model, som hovedregel kom-

TABEL 4.4.

Modelfremmede elementer i indretningen af velfærdsservice

INSTITUTIONELLE DIMENSIONER	MODELLER	
	Styringskæden	Konkurrencemodellen
Hierarki		Quasi-markeder inden for sygehus- og sundhedsområdet (England, Frankrig, Sverige, New Zealand) underlagt betydelig hierarkisk styring Implementeringen af fritvalgs- og voucherordninger i new zealandske skoler kombineret med stærk central styring Konfessionelt opdelt skolesystemer (Belgien, Holland, Irland) underkastet restriktiv statslig regulering
Konkurrence	Den danske – og svenske – friskoleordning Frit skolevalg inden for styringskædens regulerede rammer. Frit sygehusvalg	
Brugerdemokrati	De amerikanske enkeltformålsskommuner, typisk skoledistrikterne Brugerbestyrelser i danske skoler	Indgår i fritvalgs- og voucherordningerne for de new zealandske skoler samt i de amerikanske voucherordninger Lokal repræsentation i bestyrelserne for de engelske sundhedsdistrikter og sygehus-trusts Lokal repræsentation i amerikanske sygehuse, specielt private non-profit
Professionalisering	De dominerende personalegrupper tilhører enten professioner (lægerne) eller semi-professioner (lærere og sygeplejersker)	De dominerende personalegrupper tilhører enten professioner (lægerne) eller semi-professioner (lærere og sygeplejersker)
Korporatisme	Såvel læger som lærere og sygeplejersker arbejder i henhold til kollektive overenskomster Organisationsprocenterne er meget høje Ledelsesstrukturen inkorporerer ofte repræsentation fra netop de professionelle grupper	Læger, lærere og sygeplejersker arbejder under kollektive overenskomster Organisationsprocenterne er meget høje Ledelsesstrukturen inkorporerer ofte repræsentation fra netop de professionelle grupper I lande, hvor sundhedsvæsenet er baseret på forsikringsordninger med sygekasser, der er tilknyttet arbejdsmarkedets aftalesystem, sker der også en regulering af sundhedsvæsenet og sygehuse via arbejdsmarkedets generelle aftalesystem

bineret den med træk fra den konkurrerende model. Tag to eksempler. Den new zealandske uddannelsespolitik bygger på en særdeles konsekvent gennemførelse af konkurrencemodellen. Ikke desto mindre er der i modellen stærke hierarkiske træk, der tillader de centrale undervisningsmyndigheder generelt at regulere og konkret at gribe ind over for skolerne. På tilsvarende vis er dansk sygehusvæsen organiseret inden for styringskædens rammer, men en kæde af reformer har siden 1990'erne kombineret den med et frit sygehusvalg, der økonomisk bygger på en voucherlignende mekanisme. Politikerne, der træffer beslutninger om, hvordan velfærdsstatens institutioner skal indrettes, kombinerer med andre ord temmelig frit elementer fra den ene med elementer fra den anden model.

Lige så iøjnefaldende er modellernes inkorporering af institutionelle træk, som ikke hører hjemme i nogen af dem. Det sker på flere måder. Den ene, brugerdemokratiet, er udførligt omtalt ovenfor. Det indgår i begge modeller, og det viser således, hvordan man ved indretningen af velfærdsstatens institutioner kombinerer borgernes ytrings- og fravalgsmuligheder. Ifølge Hirschmans (1970) teoretiske analyse er netop kombinationen af forskellige individuelle reaktionsmåder en væsentlig forudsætning for lydhørhed hos de institutioner (eller virksomheder), som producerer og leverer service. Problemet er, at brugerdemokratiet ikke ser ud til at være særlig effektivt. Det gælder, hvad enten det er indbygget i styringskæden eller konkurrencemodellen. Derfor beror brugernes mulighed for at komme til orde over for institutionerne på de generelle repræsentative institutioner og deres styrke.

Modellerne tager heller ikke hensyn til, at to andre modelfremmede træk indgår i dem. Ikke bare i denne analyse, men også når modellerne bliver diskuteret som politiske alternativer, er antagelsen, at indretningen af velfærdsstatens institutioner alene knytter sig til en debat om, hvordan man bedst muligt kan sikre lydhørheden over for borgerne i deres vælger- eller brugerrolle. I praksis producerer man ikke velfærdsservice inden for denne rene ramme. Institutionerne er i betydelig, om end varierende grad indrettet, så de også giver producenterne, altså ledelse og medarbejdere, mulighed for at komme til orde. Det sker som nævnt i kapitel 3 ovenfor ad uformelle såvel som formelle kanaler.

Den høje grad af professionalisering er et definerende træk ved de to sektorer. Lægerne udgør prototypen på en profession, mens henholdsvis lærere og sygeplejersker har en delvis professionel status. I denne karakteristik ligger, at udøverne af fagene skal have en bestemt uddannelse, hvis indhold

faget i betydeligt omfang selv kontrollerer. Samtidig ligger der i deres professionsstatus, at de har en betydelig selvstændighed under løsningen af deres arbejdsopgaver. Det er vanskeligt at regulere dem gennem bindende regelsæt, da en løsning af opgaverne ofte forudsætter et fagligt skøn. Med dette spillerum er der uformelt skabt en situation, hvor på den ene side lydhørheden over for brugerne beror på lægers, læreres og sygeplejerskers udøvelse af et fagligt skøn i et samspil med deres klienter. På den anden side skaber deres spillerum, som kun i ringe grad lader sig begrænse af hierarkisk overvågning, også en situation, hvor de uden at komme i konflikt med den officielle politik, som netop giver dem vide rammer, kan handle i overensstemmelse med deres egne eller deres institutions kontante interesser. Det er en kompliceret sammenhæng. Påstanden er ikke, at medlemmerne kun handler i overensstemmelse med de normer for korrekt faglig adfærd, som deres profession opstiller. Den er lige så lidt, at de kun er styret af deres egeninteresse (indkomst, arbejdstid, karriere). Den er derimod, at begge dele sker; den præcise blanding beror på ikke bare institutionernes indretning, men også på den praksis, som er lagt i den enkelte organisation (Andersen & Blegvad, 2002; Brehm & Gates, 1997; Goodrick & Salancik, 1996).

Professionaliseringen er i ringe grad formaliseret, men den spiller i alle systemer sammen med et andet modelfremmed og som hovedregel stærkt formaliseret institutionelt træk. Det er i tabel 4.4 benævnt korporatisme. Gennem den formaliserer man organiserede interessers medindflydelse på i hvert fald rammerne for virksomheden (gennem kollektive overenskomster, deltagelse i forhandlingsnetværk) og ofte også på den daglige drift og ledelse (gennem samarbejdsorganisation, repræsentation i ledelsen og/eller monopol på ledelsespositioner). Det korporative indslag er så meget mere vigtigt, som professionernes organisationsprocenter ofte er høje og på sundheds- og skoleområdet i adskillige systemer bakket op af eksklusivbestemmelser.

Lærerorganisationernes stærke position i skolesystemer, der er organiseret inden for styringskædens rammer, er et generelt træk. I John Chubb og Terry Moes kritiske analyse af det amerikanske skolesystem er et centralt element lærernes og deres organisationers stærke stilling i skolepolitikken (1990: 48–52). Der er flere mekanismer i spil. En knytter sig til lovgivningen, som på tværs af de amerikanske enkeltstater giver lærerne tjenestemandstatus. Baggrunden er den amerikanske reformbevægelse, som på den måde har skabt et system, som afpolitiserer rekrutteringen til stillinger i den offentlige sektor. Men en konsekvens af den ret detaljerede amerikanske tjenestemandslvgivning er en stærk beskyttelse af bl.a. lærerne, som gør det

svært at gennemføre ændringer, som ikke har deres tilslutning. Samtidig er det mellem lærernes organisation og de lokale skoledistrikter indgået kollektive overenskomster. De rækker ud over reguleringen af løn og arbejdstid og sætter i væsentlige henseender rammerne for lærernes arbejde. På den måde har man flyttet en del af den uddannelsespolitiske regulering fra de repræsentative til specialiserede korporative institutioner. En konsekvens er en formel overenskomstmæssig understøttelse af lærernes autonomi i forhold til det politisk-administrative hierarki. En specifik konsekvens er en formel indskrænkning af skoleledernes kompetence i forhold til de udøvende lærere; en anden og mere vidtrækkende konsekvens er, at de amerikanske offentlige skoler, trods den vidtgående decentralisering af det politiske ansvar, er underkastet en generel regulering, som i høj grad skaber fælles rammer for deres virksomhed (Godwin & Kemerer, 2002: 22-23; Hannaway, 1991).

De amerikanske erfaringer vedrører et stærkt decentraliseret skolevæsen, hvor ansvaret for driften af de offentlige skoler ligger hos enkeltformålsskommuner. Dermed tilnærmer man principielt styringskæden til konkurrencemodellen, fordi forældrenes valg af bopæl både giver dem en form for frit skolevæsen og etablerer en sammenhæng mellem skolernes økonomi og forældrenes valg. Men erfaringerne viser også, at stærke korporative institutioner i væsentligt omfang giver modellen et andet præg. Den samme erfaring gælder for de europæiske lande, og det hvad enten de har et ret centraliseret eller et ret decentraliseret skolevæsen. Sverige, Tyskland og Danmark er i så henseende illustrative. Sverige og Tyskland har i modsætning til Danmark næsten rent offentlige systemer. Det er samtidig systemer, som er præget af en stærk statslig regulering, som i Tyskland finder sted på delstatsniveau. I begge tilfælde har det resulteret i en stærk position for lærernes organisationer, som dog er udmøntet i vidt forskellige konsekvenser. I Sverige er der således op gennem det 20. århundrede etableret en praksis, hvor lærernes organisationer gennem forhandlinger med den ansvarlige styrelse har sikret sig indflydelse på uddannelsespolitikken indhold. Lærerne er f.eks. repræsenteret i ledelsen af den svenske uddannelsesstyrelse, Skolverket, som har bevaret sin stærke position efter 1990'ernes kommunalisering af den offentlige skole. Samtidig sikrer lovgivningen lærerne en stærk formel position i skolernes interne ledelsesstruktur (Lindbom, 1995: 55-80 og 198-201). I Tyskland spiller de korporative institutioner en tilsvarende stor rolle i uddannelsespolitikken. Men det sker gennem andre kanaler. På den ene side er lærernes forhold reguleret gennem en tjenestemandsløvgiv-

ning, som formelt indebærer en fastsættelse af deres løn ved lov, om end loven er baseret på forudgående kollektive forhandlinger. De tyske lærerorganisationer har ad den vej sikret deres medlemmer lønninger, som er væsentligt højere end kollegernes i størstedelen af OECD-området, og som samtidig i sammenligning med andre grupper giver dem en meget høj grad af social og arbejdsmarkedsretlig sikring. Samtidig slår korporatismen igennem på en anden måde. I det tyske system har erhvervsuddannelserne traditionelt en fremtrædende placering på sekundærniveauet og i ungdomsuddannelserne, men både den indholdsmæssige regulering og finansieringen er trukket ud af styringskæden og overladt til forhandlinger mellem parterne på arbejdsmarkedet (Schmidt, 2002).

Det danske system er stærkt sammensat. Hvor folkeskolen bygger på en stærk kommunalisering, er det tidligere statslige gymnasium fortsat præget af detaljeret statslig regulering. Det er altså en egenartet dansk tradition og en statstradition, der minder om den svenske, der her er kombineret med hinanden. Samtidig bygger de danske erhvervsuddannelser på andre traditioner, der minder om de tyske. De faglige uddannelser er reguleret inden for rammer, der nok er lovbestemte, men som i alt væsentligt er baseret på aftaler mellem arbejdsmarkedets parter. Resultatet er i de første to tilfælde en offentlig sektor korporatisme, som gør sig gældende på både centralt og lokalt niveau, og som også slår igennem i skolernes ledelsesstruktur, i det sidste tilfælde en klassisk tre-parts-regulering via de centrale institutioner på arbejdsmarkedet. Den giver ikke lærerne den samme stærke indflydelse, men afskærmer igen sektoren i forhold til styringskæden (Christensen, 2000b).

På sygehusområdet er erfaringerne parallelle. Der er ganske vist ikke i de rene offentlige systemer nogen præcis indholdsregulering af virksomheden, hvad der som nævnt ovenfor følger af opgavernes karakter: Lovgivningen fastlægger alene opgavefordelingen samt bestemmer den overordnede organisation og styring. Der er imidlertid i alle tilfælde en supplerende regulering af lægernes og sygeplejerskernes arbejdsvilkår gennem de kollektive overenskomster. Akkurat som på skoleområdet sætter den grænser for såvel de repræsentative institutioners styringskapacitet samt for driftsledelsen på de enkelte sygehuse. Det sker traditionelt på det lægelige område gennem kollegiale samordningsfora såsom overlægeråd og gennem specielt overlægernes kliniske frihed. Specielt i Danmark er denne tradition ført videre gennem lægers og sygeplejerskers formelle repræsentation i ledelsen på såvel sygehus- som afdelingsniveau (Zeuthen-Bentsen, 2000).

Konkurrencemodellen bygger på en vidtgående decentralisering, hvor idéen er, at den enkelte institution skal kunne indrette sig frit, således at man derigennem maksimerer lydhørheden i forhold til brugernes efterspørgsel. Den måde, man har gennemført konkurrencemodellen på, viser imidlertid, at man også har kombineret den med en stærk korporativ styring. Det gælder i systemer, hvor brugernes frie leverandørvalg indgår i den institutionelle arv på området. Den danske friskoleordning og det tyske sundhedssystem er i så henseende eksemplariske. I den danske friskoleordning fastsætter lov om friskoler og private grundskoler i § 7, at „for ledere, lærere og børnehaveklasseledere skal løn- og ansættelsesvilkår følge de af finansministeren aftalte eller fastsatte bestemmelser, herunder vedrørende pensionsforhold“ (LBK 619/2002). Det tyske, i væsentligt omfang private, sundhedsvæsen er tilsvarende tæt reguleret inden for et korporativt aftalesystem. Det sker i tre led, hvor for det første brugerne gennem sygekasserne og for det andet udbyderne gennem de lægelige organisationer hver for sig er organiseret. De forhandler for det tredje indbyrdes med hinanden om, hvilke ydelser der skal indgå i systemet samt om deres finansiering. De korporative træk bliver yderligere understreget af de detaljerede på delstats- og forbundsniveau, der er blevet til efter forhandling med sektorens parter (Axe, 2002).

Reformer, som sigter mod en bevægelse bort fra styringskæden og i retning af konkurrencemodellen, rejser i denne sammenhæng to spørgsmål. Det ene er, hvordan de offentligt ansatte organisationer har stillet sig til sådanne reformer. Det andet er, om reformerne har ændret ved de korporative rammer i det hidtidige system. På det første spørgsmål er svaret generelt klart. Organisationerne, som repræsenterer de centrale medarbejdergrupper inden for undervisnings- og sundhedssektoren har generelt reageret kritisk mod reformer, der sigter mod indførelse af frit leverandørvalg og en form for konkurrence inden for deres sektor. Det var tilfældet med de new zealandske skolereformer så vel som med reformen af den engelske National Health Service og dele af de svenske reformer (Fiske & Ladd, 2000: 59-60; Garpenby, 2001; Klein, 2001: 162-172; Moran, 2001). Danmarks Lærerforening og Gymnasieskolernes Lærereforening har tilsvarende vist sig som modstandere af skolereformer, som kombinerede frit valg med taxameterfinansiering (Telhaug & Tønnesen, 1992).

Måske er det ikke så meget konkurrencemodellen som forandringen og de vilkår, hvorunder den gennemføres, der er afgørende. De amerikanske lærerorganisationer har kæmpet heftigt mod indførelse af voucherbaserede ordninger med frit skolevalg (Lieberman, 1999: 116-131). Men der har der

været en lige så stærk modstand fra lægernes organisationer over for bestræbelser på at reformere sundhedsvæsenet i en retning, der indebærer en højere grad af offentlig styring og i den forbindelse også en reduktion af de forsikrede patienters valgmuligheder (Steinmo & Watts, 1993).

Det varierer fra land til land, hvor effektiv personaleorganisationernes modstand mod reformer har været. Generelt har den dog ikke hindret reformer, som spænder fra radikale reorganiseringer i den offentlige sektor (i New Zealand og til dels Storbritannien) til tilpasninger, der er baseret på en inkorporering af elementer fra konkurrencemodellen i de nordiske lande. Erfaringen er generelt, at der i reformprocessen blev taget politisk hensyn til betænkeligheder og modstand fra personaleorganisationerne. Det gælder både i lande med de radikale reformer og i lande med moderate eller marginale reformer (se f.eks. Boston et al., 1996 og Fiske & Ladd, 2000 om New Zealand og Lindbom, 1995 samt Christensen, 2000a om svenske og danske skolereformer). Resultatet er derfor, at reformerne som hovedregel institutionaliserer medindflydelse for de professionelle medarbejdere.

KONVERGENS OG TVETYDIGHED

I kapitel 3 blev der opstillet to overordnede hypoteser. Den ene hypotese byggede på en forventning om stor variation på mikroniveau for begge modeller. Det vil sige stor variation inden for hver af modellernes konsekvenser på de valgte målestokke, altså her lydhørheden. Den litteratur, der ligger til grund for denne del af analysen, giver ikke grundlag for at tage stilling hertil.

Den anden hypotese angik indretningen af velfærdsstatens institutioner på makroniveau, altså de overordnede spilleregler for skolars og sygehuses virksomhed. Påstanden var, at med de demokratiske rammer, inden for hvilke politikerne udformer spillereglerne, ville man træffe beslutninger, som får de faktiske institutioner til at konvergere. Hypotesen finder støtte i dobbelt forstand. For det første viser det sig, at selv om der er store forskelle på den måde, hvorpå man har indrettet velfærdsstatens institutioner, så har man sjældent fulgt den ene eller den anden af de to modeller. De er kombineret med hinanden, og de er ikke mindst kombineret med modelfremmede træk: De er professionelle organisationer, og der er en varierende, men generelt ret stærkt formaliseret indflydelse for i hvert fald de professionelle medarbejdere og deres organisationer. For det andet har de reformer, der er

gennemført, heller ikke været rene, lige så lidt som de har ført til en ren-
dyrkning af modellerne.

Der er med andre ord en tendens til, at velfærdsstatens faktiske institutio-
ner både konvergerer mod hinanden og er tvetydige. På den baggrund er
det ikke overraskende, at det er vanskeligt at afgøre, om den ene eller den
anden af modellerne mere effektivt sikrer lydhørhed over for borgere og
brugere. Den ene sikre konklusion er, at borgerne vurderer muligheden for
at kunne vælge positivt, men det forbliver uvist, om konkurrencemodellen
fører til en højere grad af lydhørhed end under styringskæden. En anden
sikker konklusion er, at konkurrencemodellen, der fremstår som en
ekstremt decentraliseret løsning, kan være det, men ikke nødvendigvis inde-
bærer en høj grad af decentralisering. Det første ser man i både i de ameri-
kanske ordninger for frit skolevalg og i den danske friskolelovgivning. Det
sidste ser man i den måde, man har indrettet konkurrencemodellen på i det
new zealandske skolevæsen og i engelsk og svensk sygehusvæsen. Man ser
det også i traditionelle forsikringssystemer som f.eks. det tyske, hvor et kor-
porativt aftalesystem er knyttet sammen med en stærk politisk intervention.
Afvigelser fra styringskæden fører således ikke til en afpolitisering af
velfærdsservice, ligesom de ikke udelukker en betydelig grad af central
intervention.

LIGHEDENS PRIS

„Ved at institutionalisere godgørenheden – og således gøre den både upersonlig og obligatorisk – ændrer velfærdsstaten grundlæggende altruismens natur i forhold til det, der får folk til at bistå hinanden i landsbysamfundet“

(ROBERT E. GOODIN, 1988: 115).

Ingen anfægter, at både lighed og kvalitet er væsentlige mål for produktion af velfærdsservice. Lige så lidt er der nogen, der anfægter, at der i udgangspunktet er en betydelig grad af ulighed i levevilkårene. De mindrebemidlede er oppe mod hårde odds, uanset hvordan man måler det i uddannelses- og sundhedspolitikken. Ikke nok med at de har ringere uddannelse, lavere indkomst og social status. Deres børn har også ringere chancer for at få en længevarende uddannelse, de selv og deres familie har større risiko for at få en sygdom, der tvinger dem bort fra arbejdsmarkedet, og deres risiko for at dø tidligere end bedrestillede er også større.

Med kvaliteten ligger det tungere. Kvalitet har aldrig været et centralt begreb i debatten. Antagelsen har velsagtens været, at den ikke var noget problem, hverken fagligt eller i et socialt og økonomisk perspektiv. Der er to tænkelige begrundelser herfor. Den ene er, at der er et entydigt forhold mellem de ressourcer, der er stillet til rådighed for produktionen af velfærdsservice, og de leverede ydelsers kvalitet. Den anden er, at kvaliteten med en given tildeleling af ressourcer ikke er noget problem, hvis institutionernes indretning sikrer, at ingen vinder på at sænke kvaliteten, som brugerne modtager.

Ligheds- og kvalitetsproblematikken er vanskelig at gå til. Det skyldes, at man har at gøre med begreber, som er mangetydige og måske endog uklare. Lighedsbegrebet er således nok gennemdiskuteret, men såvel politiske praktikere som teoretikere bruger det på vidt forskellig vis (Rasmussen, 1981). Kvalitetsbegrebet er nyt i diskussionen. Det hører managementæraen til, og det er grundlæggende dårligt defineret, hvad man forstår eller blot med

mening kan forstå ved det. Alligevel danner de to politiske mål og de dertil knyttede begreber udgangspunkt for de to ret klare spørgsmål, som dette kapitel stiller og søger svar på:

1. Har socio-økonomiske forskelle konsekvenser for, hvilken og hvor god service forskellige grupper modtager?
2. Gør det i den henseende en forskel, om service bliver produceret og leveret inden for styringskædens eller konkurrencemodellens rammer?

S V Æ R E M Å L

Der er forskel på ligheds- og kvalitetsmålet. Lighedsmålet har været og er centralt i enhver debat om, hvordan man indretter samfundet, hvilke opgaver det offentlige skal løse, og hvordan det skal ske. Derfor er der også klarhed over, at man står over for et kompliceret problem, når lighed eller i hvert fald større lighed er en højt prioriteret politisk målsætning. Samtidig er der stort set også klarhed over, hvori komplikationerne består, når lighed er en væsentlig del af målet for velfærdsservice. Det gælder begrebsmæssigt og teoretisk, og det gælder i politisk praksis.

Lighedsmålet er dog så gennemdiskuteret, at der er enighed om, hvad man kan tale om. Enigheden afslører samtidig, at man står over for et komplekst fænomen; nogle sonderer mellem ikke mindre end 10 ligheds- og kvalitetsrelaterede dimensioner (Barr, 1992: 745-747). Den engelske økonom og velfærdsforsker Julian Le Grand (1982: 14-17) har i færre ord forsøgt at sige det samme, men sonderer dog alligevel mellem fem forskellige betydninger (eller dimensioner) af lighedsbegrebet:

1. Udgiftslighed, dvs. der bruges lige mange udgifter på alle uanset deres socio-økonomiske forhold.
2. Indkomstlighed, dvs. der sigtes mod en tilstand, hvor alle opnår den samme indkomst uanset deres socio-økonomiske udgangspunkt.
3. Udnyttelseslighed, dvs. alle modtager den samme mængde og kvalitet af velfærdsservice uden hensyn til deres socio-økonomiske status.
4. Omkostningslighed, dvs. alle skal betale det samme for at modtage velfærdsservice uanset deres socio-økonomiske forhold.
5. Resultatlighed, dvs. velfærdsservice bliver fordelt på en måde, der sikrer, at alle uanset socio-økonomisk status når samme niveau, f.eks. med hensyn til uddannelse og færdigheder, behandling og helbreds- og sundhedstilstand.

Der er to gode ting ved denne afklaring af begreberne. Det er sådan, man diskuterer lighed, når den er til generel velfærdspolitisk debat, eller når det indgår i diskussionen af, hvilke krav man skal stille til skolerne, sygehusene og i videre forstand sundhedsvæsenet. Sondringerne viser altså, hvad det drejer sig om, når fokus er en sammenligning af, hvordan de to konkurrerende modeller for produktion og levering af service virker. Samtidig viser sondringen mellem de fem lighedsbegreber, hvor svær diskussionen er. Ofte vil man det hele, men det er ikke muligt, for begreberne er i åbenlys modstrid med hinanden. Hvis man vil have udgiftslighed, får man ikke nødvendigvis udnyttelseslighed, og vil man have omkostningslighed, kan man ikke samtidig få indkomstlighed. Dertil kommer, at et par af begreberne hviler på en implicit kausalitetsmodel, som er tvivlsom: Kan man gennem politiske tiltag f.eks. nå resultatlighed? Forudsætter det ikke, at man har så stærke velfærdspolitiske instrumenter til sin rådighed, at de kan neutralisere ikke bare socialt og økonomisk betingede forskelle, men også, hvad der engang blev kaldt „naturlig ulighed“ (Rasmussen, 1981: 86-95)?

Hypoteserne bag de to modeller er i høj grad politisk inspirerede. Ligheden er således trumfkort for den demokratisk-bureaukratiske styringskæde. Den institutionaliserer altruismen, så den ikke er et privat medmenneskeligt anliggende, som kan fungere i det nære samfund, men er en professionel opgave. Kvaliteten er til gengæld konkurrencemodellens trumfkort. Det er den økonomiske konkurrence mellem forskellige og helst mange udbydere, der sikrer, at institutionerne leverer service af en kvalitet, der er tilpasset brugerens differentierede krav. Det betyder ikke, at man ofrer ligheden, men forudsætningen er, at den er sikret gennem finansieringen og gennem de procedurer, der allokerer ressourcer til producenterne.

Ligheden er et gammeldags begreb med dybe rødder i et par århundreders politiske teori og politiske debat. I modsætning til den er kvalitet et moderne begreb. Det er ikke knyttet til velfærdsstaten på anden måde end FDB's bestræbelse på efter krigen at få arbejderne til købe Børge Mogensens-møbler, selv om hans møbler ikke faldt i deres smag. Samtidig er der et andet problem. Lighed er nok et abstrakt begreb, men det lader sig operationalisere på en måde, som gør det anvendeligt uanset sektor, f.eks. skoler og sygehuse.

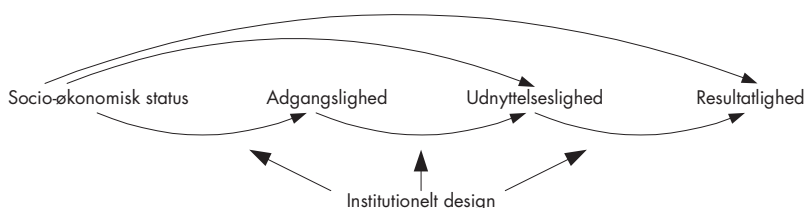
Med kvaliteten er det anderledes. En universel definition siger ingenting. Det drejer sig snarere om at fastlægge, hvilke sektorspecifikke indikatorer man kan benytte, hvis man vil måle kvaliteten af den service, som skoler og sygehuse hver for sig leverer til brugerne. Hvor lighed er et politisk begreb,

er kvalitet et managementbegreb. Lighed måler man på makroniveau, kvalitet derimod på mikroniveau. I det første tilfælde er det systemet, der er sat på en prøve: Sikrer den ene eller anden indretning af velfærdsservice mere lighed i befolkningen? I det andet er det de enkelte institutioner med deres ledelse og medarbejdere, der er på prøvebænken: Får man de bedste ydelser fra institutioner, der reagerer på de tilskyndelser, som brugernes til- og fra- valg giver dem, eller fra institutioner, der reagerer på politisk regulering og styring?

Den generelle lighedsdiskussion sondrer ikke mellem velfærdsydelser i form af overførsler og service. Derfor er det ikke alle dimensioner, der er relevante for denne analyse. Samtidig er problemet om udgifts- og omkostningslighed grundlæggende knyttet til borgernes økonomiske adgang til service. Derfor er de i det følgende slået sammen til en dimension, adgangslighed. Figur 5.1 viser logikken i den følgende analyse.

FIGUR 5.1.

Socio-økonomisk status, institutionelt design og lighed



Der indgår tre led i problemstillingen. Udgangspunktet er borgernes forskellige socio-økonomiske status, og målet er at kaste lys over, i hvilket omfang velfærdsstaten neutraliserer de negative effekter af forskellene i grundvilkår. Det er dernæst, om den institutionelle indretning med udgangspunkt i enten styringskæden eller konkurrencemodellen gør en forskel. Første led i problemstillingen vedrører borgernes adgang til service: Skal de betale for den, og da hvordan? Er betalings- og finansieringssystemet yderligere indrettet på en måde, der kompenserer for socio-økonomiske handicaps? Ud fra denne tankegang bliver adgangslighed en forudsætning for udnyttelseslighed. Det er bare ikke givet, at adgangslighed sikrer udnyt-

telseslighed. For det første er det ikke sikkert, at den har neutraliseret effekten af de socio-økonomiske statusforskelle; for det andet er det i langt højere grad i dette andet end i det første led, at spørgsmålet om den institutionelle indretnings konsekvenser melder sig: Er der barrierer for en lige udnyttelse af udbuddet af velfærdsservice? Er der forskel på standarden i udbuddet, som gør, at man i dette led fastholder eller forstærker forskelle, der er betinget af socio-økonomisk status? Er der forskel på barrierernes karakter og styrke i systemer med forskellig indretning? Det er i dette led, at ligheds- og kvalitetsaspektet flyder sammen. Det sker, fordi kvalitetsdiskussionen, når det drejer sig om offentlig service, som oftest knytter sig til standarden i udbuddet af ydelser snarere end til kvalitetsforskelle på effektsiden. Det er først i problemets tredje led, at den dukker op: Når man resultatlighed? Og hvor effektivt er man, i systemer med den ene eller anden indretning, i stand til at overvinde socio-økonomisk betingede forskelle i udgangsvilkår, når det gælder en forbedring af deres nutidige og fremtidige vilkår? I denne sammenhæng drejer det sig altså om skolens og uddannelsessystemets kvalitative effektivitet, når det gælder børnenes indlæring samt sygehusenes og sundhedssystemets effekt på helbredstilstand og levealder. Som det var tilfældet med udnyttelsesligheden, er ligheds- og kvalitetsaspektet knyttet tæt sammen.

Figur 5.1 bygger på en antagelse om, at der er en sammenhæng mellem borgernes socio-økonomiske status og deres problemer og behov. Det er ikke let at fortolke en sådan sammenhæng, for det handler om andet og mere end åbenbare forskelle i borgernes betalingsevne. Hvad enten det drejer sig om skolernes undervisning eller lægers og sygehusenes behandling af patienter, er det misvisende at forestille sig en klar og entydig årsagssammenhæng. En mere rimelig tolkning er at se den socio-økonomiske status som en samlet indikator for andre forhold, som har vist sig at være betydningsfulde i henholdsvis en uddannelses- og en sundhedspolitisk sammenhæng. Man kan da på uddannelsesområdet se den socio-økonomiske status som en samlebetegnelse for økonomiske, sociale og kulturelle forskelle, som er „et surrogat for forældrenes beslutninger og handlinger, der er rettet mod at skabe mere stimulerende rammer for deres børn“ – (OECD, 2001: 190). På sundhedsområdet beskriver tilsvarende „socio-økonomisk status de materielle og adfærdsmæssige forhold, som er vigtige sygdomsårsager“ (Mackenbach et al., 2002a: 4).

Kapitel 4 viste, at der er stor forskel på den service, der bliver produceret på henholdsvis skolerne og på sygehusene samt mere generelt i sundhedssystemet. Skolernes undervisning af eleverne er meget mere kompleks end sygehusenes undersøgelse og behandling af patienterne. I det sidste tilfælde har man en rimeligt klar forventning om sammenhængen mellem indgreb og forventet effekt i forhold til den enkelte patient; det har man derimod ikke, når det gælder skolernes undervisning af børn og unge. Det har, som det også blev vist, konsekvenser for, hvor effektive muligheder borgerne havde for at gøre deres ønsker gældende på de to områder. Det har også konsekvenser for velfærdsstatens muligheder for at neutralisere effekten af socio-økonomiske forskelle inden for befolkningen. Ikke desto mindre arter problemerne sig delvis forskelligt for de enkelte aspekter af lighedsbegrebet.

Problemet er ikke særlig stort, når det gælder adgangsligheden. Det er i praksis en formel mekanisme, som man kan realisere gennem en regulering af borgernes økonomiske rettigheder i forhold til de institutioner, som producerer og leverer velfærdsservice. Grundlæggende handler det om en indretning af finansieringen, så betalingskrav og brugerfinansiering ikke afskærer nogen fra adgang. Det sker mest enkelt ved at gøre ydelserne gratis for brugeren. En variant er dog, at fri adgang er behovsbetinget, således at kun borgere, der opfylder bestemte kriterier (indkomst under et vist niveau, familieforhold, status på arbejdsmarkedet) har adgang til gratis service. Andre borgere, som ikke opfylder behovskriterierne, må helt eller delvis betale eller sikre sig dækning gennem en privat tredjepart.

Forskellen mellem de to områder kommer frem, når det drejer sig om sikring af udnyttelses- og resultatligheden. Det er på uddannelsesområdet et indviklet problem. På det formelle niveau er det ganske vist fortsat primært et politisk reguleringsproblem: Får børn og unge de samme uddannelses tilbud uanset deres socio-økonomiske baggrund? Det er dernæst et spørgsmål om børns og unges udnyttelse af tilbuddene. Problemerne dukker op, når man inddrager standarden i tilbuddene til unge. Hvordan måler man den? Drejer det sig alene om bevillinger? Eller er der også forskel på lærernes og undervisningens kvalitet? Og hvordan måler man i givet fald disse forskelle? Problemerne er særlig store på skoleområdet, fordi det handler om at overvinde kulturelle forskelle, som elevernes socio-økonomiske baggrund afspejler (OECD, 2001: 190). En analyse må derfor være åben over for muligheden af, at der kan være et samspil mellem skolernes institutionelle indretning og segregeringen blandt eleverne, som bidrager til at fastholde

eller ligefrem forstærker forskelle i udnyttelsen af tilbuddene, der er betinget af socio-økonomiske forskelle. Tilsvarende svære problemer eksisterer ikke på sygehus- og sundhedsområdet. Problemerne med hensyn til udnyttelsesligheden er stærkt knyttet sammen med adgangsligheden, og det handler grundlæggende om, hvorvidt borgere med givne sundhedsmæssige problemer har adgang til service på samme specialiseringsniveau uanset deres socio-økonomiske baggrund. Antagelsen er dermed, at servicestandarden knytter sig dels til specialiseringsniveauet, dels til forhold som ventetider og fejlforekomster.

Resultatligheden er den mest uhåndterlige størrelse i ligheds- og kvalitetsdiskussionen. Hvor adgangs- og udnyttelsesligheden lader sig måle ved enten formelle kriterier eller ved inputstandarden, er resultatligheden et substantielt effektmål. Ambitionen er at måle, om velfærdsstaten nu også reelt ændrer og udligner levevilkårene for forskellige grupper i befolkningen. Der er lavet mange enkeltundersøgelser, men det store problem er, at de sjældent tillader sammenligninger over tid eller mellem lande og systemer. Specielt på uddannelsesområdet har OECD dog gennemført en række systematiske undersøgelser på tværs af landegrænser. Ved at sammenholde dem med de mange enkeltundersøgelser, som også foreligger, er der samtidig et ret godt grundlag for at sige noget om den institutionelle indretnings effekter for skolernes kvalitet og for resultatligheden.

På sundheds- og sygehusområdet er det til gengæld væsentligt sværere at drage konklusioner med hensyn til systemets effekter på resultatligheden. Hvor grundlaget for at sammenkæde medicinsk intervention og effekt på individuelt niveau er stærkt, er det spinkelt på aggregeret niveau. Det typiske effektmål er forskelle i borgernes levealder og dødelighed, men problemet er at adskille effekten af indsatsen på sygehusene og i sundhedssystemet og af forskelle i livsstil. Man har søgt at komme ud over problemet ved at bruge mere differentierede effektmål, men kausalitetsproblemet forbliver forholdsvis uafklaret. Det kommer frem ved en sammenligning af WHO's World Health Report 2000 med den tilsvarende 2002-rapport. I den første var vinklen, at sundhedssystemernes indretning har effektmæssige konsekvenser (WHO, 2000: 1-19); i den seneste rapport var det snarere, at sammenhængen er kompleks, fordi årsagskæderne er lange og samspillet mellem de variable, der indgår i kæderne, er stærkt. Samtidig erkender man nu, at en effekt af indsatsen i behandlingsleddet først sætter ind langt inde i årsagskæden (WHO, 2002: 14 – fig. 2.2).

ADGANGSLIGHED

Umiddelbart er der få barrierer af økonomisk art, som begrænser adgangsligheden inden for skolesystemet. Princippet er overalt i de vestlige demokratier, at de offentlige skoler tilbyder gratis undervisning. Det udelukker dog ikke en social segregering jf. tabel 5.1. Skolerne er normalt distriktsskoler med fast optageområder, og forældrenes bosætningsmønster er derfor bestemmende for, hvilke skoler deres børn går i. Det gør igen, at økonomiske forhold indirekte kommer ind i billedet. Med en rent lokal finansiering kommer skolernes økonomiske grundlag til at afhænge af indkomstforholdene i kommunen, og i det amerikanske system af ejendomsværdier og ejendomsbeskatning i skoledistriktet. Jo mindre og jo mere homogene de lokale politiske enheder er, jo mere følsomme bliver de enkelte skolars økonomi over for de socio-økonomiske forhold i området. I konkurrencemodellens logik er det en af de måder, hvorpå man inden for styringskæden, altså inden for et traditionelt offentligt skolevæsen, tilnærmer sig markedets konkurrence og direkte samspil mellem forbruger og producent.

TABEL 5.1.

Adgangsbarrierer på skoleområdet

ØKONOMISKE		ADMINISTRATIVE	
		Statiske	Dynamiske
OFFENTLIGE			
Distriktsskoler	Gratis	Geografisk inddeling Ressourceallokering forstærker/justerer for socio-økonomiske vilkår	Samspil mellem forvaltningspraksis, forældreadfærd og segregering
Fritvalgsskoler	Gratis – vouchers	Procedurer og kriterier for fordeling af elever	
PRIVATE			
Fritvalgsskoler	Gratis Gratis adgang indkomsthængig mv. Voucher + forældrebetaling	Procedurer og kriterier for optagelse af elever fastlagt i samspil mellem offentlig regulering og enkelte skoler	Forældrevalg alene eller samspil mellem forvaltningspraksis og forældrevalg kan styrke/svække segregering
Betalingsskoler	Fuld forældrebetaling kombineret med private stipendier	Ingen administrativ intervention	Forældrevalg skaber segregering

I et lighedsperspektiv er det anderledes, for uden korrektion vil skolerne i rige områder have bedre finansieringsmuligheder end i mindre velstående områder. Der er i praksis to måder, hvorpå man kan korrigere for ulighed i de socio-økonomiske grundvilkår. Den ene er gennem refusioner eller bloktilskud, der udligner forskellene mellem mere eller mindre velstående kommuner, og som derfor lægger en del af finansieringen på et højere politisk niveau. Det er i det amerikanske og flere vesteuropæiske systemer løsningen (Husted & Kenny, 2000). Den anden mulighed er en fuldstændig centralisering af skolevæsenet og dets finansiering, altså den traditionelle new zealandske og til dels engelske model. En finansiel udligning af den ene eller anden art bidrager til økonomisk ligestilling af skolerne, uanset distriktets socio-økonomiske struktur. Men den fjerner ikke den sociale segregering, som er knyttet til sammenfaldende bosætningsmønstre, skoledistrikter og optageområder, som spiller en central rolle i styringskædens regulering af samspillet mellem forældre og skoler. Den første konklusion er derfor, at et offentligt skolesystem fjerner formelle økonomiske adgangsbarrierer, men ikke rører ved den sociale segregering, der ligger i den administrative inddeling.

Der er et godt grundlag for at belyse, hvordan en formel realisering af konkurrencemodellen påvirker adgangsligheden. Praksis viser, at der er tale om flere forskellige løsninger, og den viser tillige, at de forskellige løsningsudformning er betinget af holdningen til lighedsproblematikken, herunder adgangsligheden. En helt generel effekt er imidlertid, at et frit valg inden for det offentlige system eller i forhold til private skoler forstærker segregeringen (OECD, 2001: 180). Effekten opstår, fordi det gennemgående er forældre med højere socio-økonomisk status, der fravælger de offentlige skoler til fordel for private skoler. Den opstår også, fordi det i de enkelte skoledistrikter er forældre med den relativt højeste socio-økonomiske status, der flytter deres børn til skoler uden for skolens optageområde. Mønstret går igen i den ene undersøgelse efter den anden, og det forstærker den segregering, som ligger i forældrenes bosætningsmønstre. Mønstret er selvsagt klarest, hvis de private skoler er rene betalingskoler, sådan som det historisk har været tilfældet i den amerikanske model.

I konkurrencemodellen forsøger man at komme ud over det sidste problem. Idéen med voucher-ordningerne er netop at sætte sig ud over de økonomiske barrierer, som ellers ville hæmme forældrenes valg af en privat skole. Det er samtidig på dette punkt, at den politiske holdning til lighedsproblematikken slår stærkt igennem. Det kommer frem ved en sammenligning af den måde, man har indrettet de nutidige amerikanske frit-skole-valgs-

modeller på, og den måde, hvorpå man har indført konkurrencemodellen i de new zealandske skoler. De amerikanske reformbestræbelser har et dobbelt sigte. Det ene er gennem frit skolevalg at skabe konkurrence og derigennem øge lydhørheden. Det andet er for så vidt en lighedsmålsætning. Man ønsker at skabe muligheder for, at børn fra områder, der har lav socio-økonomisk status, og som desuden har dårlige skoler, skal have mulighed for at søge bedre skoler uden for deres eget skoledistrikt. Derfor bygger reformmodellen på et voucher-program, som gør det muligt for forældrene at betale for skolegang på en anden offentlig eller privat skole. Men det er samtidig karakteristisk for den amerikanske holdning til problemet, at man kun tildeler vouchers til børn af mindrebemidlede forældre. Ved afgrænsningen af, hvilke børn der er berettigede til at modtage økonomisk støtte til at søge en anden offentlig eller privat skole, er kriteriet som regel, at forældrenes indkomst ikke må overstige et vist, ret lavt niveau. Administrativt er kriteriet ofte knyttet til kriterierne for at modtage gratis eller støttet skolemad (Witte, 2000: 44-45). Alternativet er at give forældrene fradragsret for skolepengene på selvangivelsen (Sawhill & Smith, 2000). Så fast praksis end er, er den kontroversiel, og i forslagene om at indføre en generel konkurrencemodel, er princippet netop, at det skal være gratis for forældrene uanset deres indkomst at vælge en anden skole (Chubb & Moe, 1990, 219-221). Det er også princippet for de såkaldte fundats-skoler (charter schools); de indgår i det offentlige skolevæsen, men nyder i sammenligning med andre skoler en høj grad af autonomi i forhold til myndighederne mod til gengæld at have specificeret deres pædagogiske mission i en særlig fundats (Hassel, 1998).

I modsætning til den amerikanske praksis bygger den new zealandske reform på en klar målsætning om at nedbryde økonomiske og sociale adgangsbarrierer. For at sikre det har man indrettet konkurrencemodellen, så den ikke forfordeler børn med mindrebemidlede forældre eller skoler i områder, hvor den socio-økonomiske status er lavere end i de skoledistrikter, som skolerne konkurrerer med. Metoden, som man har benyttet, er at indføre en form for degressive bevillinger, som tildeler større elevafhængige bevillinger til skoler, hvor forældrenes sociale og økonomiske status er lavere. Grundlaget er et centralt klassifikationssystem, som inddeler alle landets skoler i ti grupper. Kriterierne er faktorer som forældrenes indkomst, deres uddannelse og boligforhold samt elevernes etniske sammensætning. På det grundlag modtager skolerne i de højeste deciler særlige bevillinger, som derefter gradvis bliver aftrappet for helt at falde bort i decil 10. Samtidig er bevillingssystemet indrettet således, at skolernes bevillinger til lærerlønning-

ger og drift er markant større for skoler klassificeret i de høje deciler end i de lave (Fiske & Ladd, 2000, 79-82 og 138-160). Med denne indretning af bevilningssystemet sikrer man, at de skoler, der har den højeste andel af elever med en lav socio-økonomisk status, f.eks. skolerne i decil 1 og 2, bliver tildelt relativt større budgetter end de skoler, der rekrutterer elever med højere socio-økonomisk status, f.eks. skolerne i decil 10 og 9.

Erfaringerne fra Massachusetts er ganske parallelle. I staten gælder en generel lovgivning om frit skolevalg (interdistrict public school choice), som giver forældrene adgang til at sende deres børn til en hvilken som helst offentlig skole uden for det distrikt, som de bor i. Reglen er samtidig, at distrikter, som afgiver, henholdsvis modtager elever fra andre distrikter, skal betale, henholdsvis vil modtage et beløb fra det andet skoledistrikt, der modsvarer de anslåede gennemsnitlige udgifter pr. elev i det afgivende distrikt. Det skaber, akkurat som konkurrencemodellen forudsætter, et stærkt økonomisk incitament for skoledistrikterne til at fastholde deres elever. Samtidig er erfaringen, at systemet forstærker den eksisterende segregering, som er indbygget i skoledistrikterne. Det kommer frem på flere måder. For det første vælger forældre med højere indkomster i et givet distrikt skoler, hvor forældrenes indkomster svarer til deres egen. For det andet har forældrene, som vælger en skole i et andet distrikt, en markant højere uddannelse end normalt for deres område. For det tredje er andelen af elever fra fattige familier og med minoritetsbaggrund højere i distrikter, som netto afgiver elever, end i distrikter, som modtager elever under frit-valgs-ordningen. Der er altså en klar segregeringseffekt.

Mønstret er dog ikke fri for modgående tendenser. En analyse af adfærden hos de forældre, der benytter sig af det frie skolevalg, har vist, at hvide familier er mere tilbøjelige til at fravælge skoler i distrikter med en høj andel af minoritetslever; samtidig viser den, at minoritetsforældre, og især sorte forældre, der udnytter det frie skolevalg, sender deres børn til skoler med en ringe andel minoritetslever. Det paradoksale resultat er derfor, at minoritetsandelen stiger i både afgivende og modtagende skoler (Armor & Peiser, 1998: 163-168). Erfaringerne fra Milwaukee i Wisconsin, den amerikanske by, der først indførte frit-skole-valg og vouchers, som omfattede private skoler, er parallelle (Witte, 2000).

De skotske erfaringer efter indførelsen af frit skolevalg i begyndelsen af 1980'erne viser, hvor kompliceret et problem der er tale om. Ved en første betragtning er der ikke meget, der tyder på, at det frie skolevalg havde en entydig effekt. I et af de analyserede områder var der ganske vist en vis ten-

dens til, at forældre med højere socio-økonomisk status søgte om overførsel af deres børn til en anden skole, men det gjaldt ikke i andre byer. Og den første observation var, at en ansøgning om skoleflytning lige så sandsynligt var rettet mod en skole med samme sociale struktur som deres børns nuværende skole (Adler et al., 1989: 103–108). Frit skolevalg forstærkede altså ikke den sociale segregering? Næste led i analysen viste, at det var en forhastet slutning. Der var snarere tale om, at nogle skoler var placeret i større homogene områder, og at tilskyndelsen til at søge om skoleflytning var svag, fordi den enten ville resultere i overflytning til en skole, der svarede til børnenes nuværende skole, eller sende dem ud på en tidskrævende transit. I det omfang det skete, var der en bevægelse væk fra skoler i områder domineret af socialt boligbyggeri til skoler i kvarterer med en anden boligstruktur (Adler et al., 1989: 174–189).

Overvejelserne om, hvordan man skal indrette en konkurrencemodel, så den ikke mindsker adgangsligheden inden for skolevæsenet, bygger på en statisk tankegang. Det er kontroversielt, hvor langt myndighederne skal gå for at sikre, at alle forældre har den samme mulighed for at finansiere deres børns skolegang i en skole efter deres eget valg. Yderpunkterne er den amerikanske og den new zealandske holdning. I intet af tilfældene er der dog taget hensyn til, at den forstærkede segregering, som følger med konkurrencemodellen, giver de populære skoler børn af mere velstående forældre end de fravalgte skoler. I den amerikanske skolepolitiske debat har det ført til en diskussion om, hvorvidt det skal være tilladt for forældrene inden for konkurrencemodellen på privat basis at skyde ekstramidler ind i skolerne. Nogle af de ivrigste fortalere for konkurrencemodellen er imod det, fordi „sådanne ‚tillæg‘ truer med at give for mange forskelle og uligheder inden for det offentlige system, og mange borgere ville betragte dem som unfair og byrdefulde“ (Chubb & Moe, 1990, 220). Det er ikke desto mindre, hvad der er sket i kølvandet på de new zealandske reformer, hvor skolerne supplerer de tildelte, kombineret elevtals- og decilafhængige bevillinger med midler rejst i form af forældrebidrag. Det viser sig på to måder. For det første er forældrebidragene steget kraftigt siden indførelsen af konkurrencemodellen. For grundskolerne dækkede de i 1996 24 procent og for overbygningsskolerne 42 procent af nettoudgifterne til øvrig drift, mod henholdsvis 12 og 26 procent i 1992 (Fiske & Ladd, 2000: 156). For det andet er skolerne i decil 10-distrikterne langt bedre i stand til at rejse bidrag fra forældrene end skolerne i decil 1-distrikterne, uden at det dog udligner det statslige finansieringssystems favorisering af skolerne i socialt belastede områder (Fiske & Ladd, 2000: 159).

En anden dynamisk sammenhæng kan være i spil. En stor del af diskussionen om skolevæsenets indretning handler om, hvordan man på en og samme tid sikrer en høj grad af lydhørhed over for forældrenes krav og en høj kvalitet i undervisningen. Det ene synspunkt har været, at skolerne i de offentlige systemer indgår i en bureaukratisk styringskæde, og at de krav, som de møder der, er af en anden art end dem, som forældrene stiller til dem. Men de hierarkiske bindinger giver ikke skolerne nogen mulighed, ej heller nogen tilskyndelse til at imødekomme forældrenes ønsker. Det er et af kerneargumenterne i Chubb og Moe's analyse (1990). Det er imidlertid ikke sikkert, at det forholder sig sådan. Det andet synspunkt erkender, at der er en højere grad af bureaukratisering i et offentligt skolevæsen organiseret inden for rammerne af styringskæden end i et system organiseret med udgangspunkt i konkurrencemodellen. Det er dog ikke uden videre klart, hvilken vej kausaliteten går. En analyse baseret på såkaldte paneldata, dvs. en analyse, der gør det muligt at afdække sammenhænge over en periode på flere år, har således vist, at bureaukratiseringen (målt som antallet af medarbejdere i skoleforvaltningen) stiger som reaktion på stigende problemer i områdets skoler (Smith & Meier, 1994, 1995; Meier et al., 2000).

Det leder til en dobbelt konklusion. Den er, at en opbygning af administrativ kapacitet på lokalt eller centralt niveau frigør skolerne for administrative opgaver, som deres ledere og lærere ellers skulle tage sig af. Den er dernæst, at det administrative apparat giver kapacitet til at tage sig af de sociale betingede problemer, som skolerne står over for inden for de enkelte optageområder. Administrativ kapacitet er på den måde en af forudsætningerne for, at skolerne kan reagere på og håndtere problemer, som knytter sig til elevernes ulige sociale kår, og i forlængelse heraf bidrage til at sikre lige adgang til undervisning for børnene uanset baggrund.

Observationen er interessant i et new zealandsk perspektiv. Under konkurrencemodellen skal skolerne fastlægge deres egen optagekapacitet, og når den er udnyttet, har de mulighed for at udforme særlige indskrivningsplaner (enrollment schemes), der specificerer de enkelte skolers politik for optagelse af ekstra elever. For populære skoler indebærer det, at skolens ledelse og bestyrelse har gode muligheder for at sortere eleverne, så de får den profil, som skolen tilstræber; det er en mulighed, som de i høj grad bruger (Fiske & Ladd, 2000: 182–183, 216–223). Modellens administrative mekanismer forstærker dermed den segregering, der generelt har vist sig at være indbygget i selve det frie skolevalg. Der er endnu en gang tale om en kompleks problemstilling, og en analyse af de amerikanske voucher-erfaringer

støtter nok segregerings-, men ikke entydigt hypotesen om, at skolerne skummer fløden ved udvælgelsen af frit-valgs-elever (Godwin & Kemerer, 2002: 105-126). Milwaukee-ordningen viser det. På den ene side var der ikke i det oprindelige Milwaukee-program nogen klar forskel med hensyn til socio-økonomisk baggrund på de elever, der blev optaget under frit-valgs-ordningen, og dem, der blev afvist. På den anden side var der en klar socio-økonomisk skævhed i udvælgelsen i et andet program, hvis mål var at give elever fra den indre by mulighed for at vælge sig ind på skoler i forstæderne (Witte, 2000: 69-82). Mens det første program var forbeholdt minoritetsgrupper og privatskoler, var det andet rettet mod alle børn fra den indre by. Witte (2000: 82) konkluderer derfor generelt, at der er en selektionsdynamik indbygget i frit valgs-ordningerne:

„Der er en enorm fristelse for alle skoler til at optage de bedste elever, de kan få, hvad der svarer til den almindelige erfaring fra hele uddannelsessystemet. Det starter i pasningsordningerne og fortsætter til de bedste ph.d.-programmer på universiteterne. Hvorfor skulle skolerne i bykerne være anderledes? Hvorfor skulle skolerne i indre byområder, det være sig skoler med mange fattige elever eller private skoler med få, ikke udvælge de elever, der har det største indlæringspotentiale og den mindste sandsynlighed for at lave ballade?“

På sundhedsområdet er adgangsproblematikken i virkeligheden væsentligt mere enkel. Den er grundlæggende knyttet til indretningen af sikringssystemet, og det spiller ingen afgørende rolle, hvordan man har organiseret det led i systemet, hvor praktiserende læger eller sygehusene tager sig af patienterne. For en første betragtning kan man, som det fremgår af tabel 5.2, sonde mellem nogle hovedvarianter for de sikringssystemer, der er i brug: For det første universelle sikringssystemer, hvor alle over skatten bidrager til finansiering af sundhedsudgifterne, hvad der berettiger dem til samme betjening uanset socio-økonomisk status. For det andet obligatoriske forsikringssystemer, hvor sikringen er knyttet til arbejdsmarkedsordninger; i praksis har man gennem lovgivningen tillige etableret dækning for grupper, der ikke er omfattet af en arbejdsmarkedsordning. Dermed er det opkrævnings-systemet, der adskiller dem fra de universelle skattefinansierede systemer, og de har, når det kommer til stykket, samme universelle karakter. For det tredje er der de egentlige private forsikringssystemer, som man kender dem fra USA. Også her er ordningerne knyttet til arbejdsmarkedet, men dels er der ikke tale om obligatoriske ordninger, dels er de som hovedregel knyttet til et

specifikt ansættelsesforhold. Personer uden for arbejdsmarkedet er ikke af den grund afskåret fra adgang til behandling, idet de to offentlige systemer Medicaid (for mindrebemidlede) og Medicare (for ældre) dækker i deres tilfælde. Af samme grund er de offentlige udgifter store til sundhedsvæsenet og udgør i alt 45 procent af de samlede udgifter. Alligevel er der en væsentlig adgangsbarriere, som gør, at en stor del af befolkningen – i alt ca. 16 procent – er uden dækning. Andelen, der ikke har en eller anden form for privat eller offentlig forsikring, var yderligere i 1990'erne større end tyve år tidligere (Bognano et al., 1999: 32; Cutler & Zeckhauser, 2000: 569–571). Det udelukker ikke behandling, men indebærer, at de ved kontakt til sundhedsvæsenet, typisk en skadestue eller en klinik, udløser en administrativ procedure, hvorigennem betalingsspørgsmålet skal afklares. Samtidig gør det, at de er afskåret fra en række ydelser.

Der er således ingen forskel med hensyn til generelle adgangsbarrierer mellem de universelle systemer og systemer baseret på obligatoriske forsikringer, der igen er bakket op af offentlige ordninger for folk, der ikke er omfattet af en arbejdsmarkedsordning. Alligevel er der i begge systemer ofte indbygget en vis form for økonomiske adgangsbarrierer. De er knyttet til mere eller mindre omfattende brugerbetaling, og i alle de europæiske lande forudsætter lovgivningen en større eller mindre brugerbetaling, når det gæl-

TABEL 5.2.

Adgangsbarrierer i sundhedssystemet

FINANSIERING	ØKONOMISKE	ADMINISTRATIVE	SEGREGERINGSEFFEKT
Universelle sikrings-systemer	Varierende brug af brugerbetaling i næsten alle nationale systemer	Få eller ingen	Ingen eller svag økonomisk effekt
Obligatoriske forsikrings-systemer	Varierende brug af brugerbetaling i næsten alle nationale systemer	Få eller ingen	Ingen eller svag økonomisk effekt
Private forsikrings-systemer	Forsikring afhænger af enten arbejdsgiverbetalt finansiering, egenforsikring eller direkte afregning, hvis de ikke er omfattet af offentligt retssikringssystem	Få eller ingen – men patienter uden dækning udløser administrativ procedure, inden eller parallelt med behandling	En stærk økonomisk effekt – betydelige grupper uden forsikring og stærk dynamisk effekt ved ændring i forsikringsstatus

der tandlægebesøg og medicin. Derimod varierer det, i hvilket omfang der er brugerbetaling ved indgangen til systemet (praktiserende læger og speciallæger) og ved indlæggelse på sygehusene. I de fleste lande er der traditionelt forskellige former for gebyrer. Siden 1980'erne har der været en konstant politisk interesse for at øge den private medfinansiering, og der er ikke noget vesteuropæisk land, som har et sundhedsvæsen, der fuldstændigt er baseret på gratisydelser. Samtidig er de forskellige former for brugerbetaling som hovedregel udformet på en måde, som enten lægger et loft over den samlede brugerbetaling for den enkelte patient eller fritager patienter med lav indkomst, f.eks. pensionister, for betaling. Udviklingen har ikke ført til, at private bidrag i dag dækker en større del af de samlede udgifter til sundhedsvæsenet end tidligere. De traditionelle forskelle mellem lande, hvor de offentlige kasser dækker mere end 80 procent af udgifterne (Belgien, Danmark, Storbritannien og Sverige), og lande, hvor det offentlige bidrag til finansieringen er under 80 procent (Finland, Grækenland, Frankrig, Spanien og Tyskland), består derfor (Mossialos & Le Grand, 1999: 51-53). Forholdet mellem den offentlige finansiering og brugerbetaling er ikke afhængigt af, om systemerne er baseret på universelle principper eller obligatoriske forsikringer, der er knyttet til arbejdsmarkedet, men reguleret gennem lovgivningen. Man kunne forestille sig, at de forskellige finansieringssystemer havde forskellige fordelingsmæssige effekter. Det ser i et vist omfang også ud til at være tilfældet. Der er således enten proportionalitet eller en mild progression i de skattefinansierede systemer, mens der er en vis degression i finansieringen af de forsikringsbaserede systemer. Men forskellene mellem de europæiske lande, hvis systemer er baseret på det ene eller andet princip, er igen ikke entydige, og det amerikanske system fremstår (sammen med det schweiziske) som det eneste, hvor finansieringen er stærkt degressiv og således vender den tunge ende nedad (Wagstaff & van Doorslaer, 2000: 1822-1828).

Den første generelle konklusion er, at man på både skole- og sundhedsområdet i betydeligt omfang har fjernet de økonomiske barrierer for adgang til ydelserne. Det gælder i de rent offentlige systemer, organiseret efter styringskædens principper, og det gælder også i systemer, der er baseret på konkurrencemodellen. Samtidig er der nogle væsentlige forskelle på henholdsvis skole- og sundheds- og sygehusområdet. Den ene forskel opstår, fordi adgangsbarriererne på skoleområdet ikke så meget er økonomiske. Der er snarere tale om, at der via befolkningens bosætningsmønstre sker en form for vidtgående segregering, som indebærer, at børn fra miljøer med lavere socio-økonomisk status går i andre skoler end børn fra miljøer

med højere socio-økonomisk status. En tilsvarende segregeringsmekanisme eksisterer ikke på sundhedsområdet, hvor sikringen af lige adgang i langt højere grad afhænger af, om sikringssystemet fjerner væsentlige økonomiske blokeringer. Det sidste sker i høj grad i de vesteuropæiske systemer, mens en betragtelig gruppe i det amerikanske system ikke er sikret adgang.

Den anden generelle lære fremhæver igen forskellen på de to områder. Den knytter sig til dynamikken i modellerne, og problemet opstår endnu en gang snarere og stærkere på skoleområdet end på sundheds- og sygehusområdet. For det første er der en klar tendens til, at konkurrencemodellens frie skolevalg forstærker segregationen. Det sker, selv om man ved udformningen af finansieringssystemerne forsøger at tage højde for det. Samtidig har der været en tendens til i systemer med frit skolevalg at indføre direkte forældrebidrag. De er større for skoler i velstående områder, og de bidrager derfor på den ene side til en form for økonomisk udligning, som rækker ud over skattesystemet, og på den anden side til, at skolerne i disse områder har resourcer, som ikke er tilgængelige for skoler i mindre privilegerede områder.

UDNYTTESLIGHED

En nylig analyse af den danske elite har vist, at der er betydelig skævhed i rekrutteringen til elitepositioner inden for forskellige grene af samfundet (Christiansen et al., 2001: 214-224). Hvor stærk skævheden er, varierer fra et område til et andet. En af de måder, hvorpå skævheden viser sig, knytter sig til samspillet mellem socio-økonomisk baggrund, uddannelse og senere karriere. Der tegner sig et billede, hvor børn af forældre med en højere socio-økonomisk status, har større sandsynlighed for at opnå en fremstående position på eliteniveau. Der tegner sig samtidig et billede, hvor udvælgelsen til en karriere, der fører til en eliteposition, går gennem uddannelsessystemet. Som eliteundersøgelsen viser, spiller den sociale arv en betydelig rolle for rekrutteringen til eliten, men den viser også, at eliten i 1999 var socialt mere åben end i 1932 (Christiansen et al., 2001: 221).

Udnyttelsesligheden kommer ind i billedet her, og igen står man over for nogle vanskelige problemer. Der er et solidt erfaringsmateriale, som fortæller, at den sociale selektion inden for uddannelsessystemet er stærk. Sandsynligheden for, at børn, hvis forældre har en højere socio-økonomisk status, fortsætter i uddannelsessystemet efter folkeskolen, er langt højere end for børn fra familier med lavere status. Det holder, selv om det generelle uddannelsesniveau er væsentligt højere end tidligere. Når f.eks. gymnasie-

frekvensen er steget, er det for det første kun delvis et udtryk for, at børn fra miljøer med lavere social status vælger gymnasiet. Det skyldes for det andet i lige så høj eller højere grad, at en større del af børnene fra bedrestillede miljøer fortsætter i gymnasiet og senere med en videregående uddannelse. Det gælder så meget mere, som udviklingen i retning af en stigende udnyttelseslighed ser ud til at være gået i stå. Den fremadskridende udligning, der fandt sted fra 1930'erne til 1970'erne, er siden gået i stå (Andersen, 1997: 126-134; Hansen 1995: 222-235; Hansen, 1997).

Det er udviklingen i Danmark. Der er intet grundlag for slutninger om sammenhængen mellem den og indretningen af uddannelsessystemet. Ej heller om skoler, der opererer inden for styringskæden eller konkurrencemodellen, modererer eller forstærker den sociale segregering, når det gælder udnyttelsesligheden, således som den foreløbig er afgrænset. En nærliggende hypotese er dog, at den forstærkede segregering, som ledsager konkurrencemodellen i adgangsleddet, slår igennem, også når det gælder udnyttelsen af tilbuddene i uddannelsessystemet. En forklaring kunne være, at der er en forskel i den standard, som skolerne har i de to systemer. Logikken skulle i så fald være, at skoler under konkurrencemodellen er i stand til at holde en højere standard (flere og bedre lærere, bedre fysiske rammer) end skoler under styringskæden.

Tabel 5.3 belyser en del af problemstillingen. Der er en sontring mellem to former for offentlige skoler, skoler inden og uden for styringskæden. For de offentlige skoler ligger sontringen mellem skoler i styringskæden og i konkurrencemodellen ligefor. For de private er det nødvendigt at differentiere på en måde, som tager hensyn til litteraturen. Den sontrer mellem to typer af skoler, de uafhængige private og private frit-valgs og/eller religiøse skoler. De første er til dels rent private betalingskoler, som man kender dem fra USA, og som man i begrænset omfang også kender dem i andre lande. Men grænserne er flydende, og i OECD's terminologi regner man alle skoler, som får mindre end 50 procent af deres midler fra offentlige kasser, ind under kategorien. Privatskoler, hvor det offentlige dækker mere end halvdelen af udgifterne, karakteriserer OECD derimod som „statsafhængige private skoler“ (OECD, 2001: 178-179). I adskillige lande er der her primært tale om religiøse skoler eller som i Danmark og Sverige frie skoler med varierende pædagogisk eller religiøs og etnisk profil. OECD's sontring viser, at der er en klar social skævhed i søgningen til de private skoler. De uafhængige privatskoler tiltrækker i højere grad elever fra bedrestillede hjem. Også de offentligt finansierede eller stærkt støttede private frit-valgs eller religiøse

TABEL 5.3.

Institutionel struktur og skolestandard

SKOLETYPE	STATISK PERSPEKTIV		DYNAMISK PERSPEKTIV
	Lærerstab	Fysiske rammer	
Offentlige - styringskæden	Formaliserede uddannelseskrav – lovgivning og kollektive overenskomster	Politisk fastsatte	En konkurrence på lærere og fysiske rammer, hvor skoler med øget tilgang tiltrækker de bedste lærere fra skoler med svigtende tilgang
Offentlige – konkurrence-modellen	Formaliserede uddannelseskrav – lovgivning og kollektive overenskomster	Samspil mellem politisk regulering og lokale beslutninger i skolens ledelse	
Uafhængige private	Ingen formaliserede krav. Gennemgående lavere formel uddannelse end i offentlige skoler	Ringere end i offentlige skoler inden for styringskæden	Motsatrettede observationer: Skolerne tiltrækker mere dedikerede lærere (Chubb & Moe, 1990); skolerne har et stærkt gennemtræk af uerfarne lærere, som søger fast ansættelse og højere løn i offentlige skoler (Witte, 2000: 92-95)
Fritvalgs private, katolske og andre religiøse skoler	Ofte ingen formaliserede krav, men i nogle systemer krav om samme overenskomst som for offentlige skoler	Ringere end i offentlige skoler inden for styringskæden	

skoler tiltrækker i høj grad elever fra hjem med forholdsvis høj socio-økonomisk status. Forskellene mellem landene er dog store og langt fra entydige (OECD, 2001: 307).

Grundlaget for at drage sikre konklusioner med hensyn til skolernes standard er på ingen måde godt, men alligevel tegner der sig et billede med rimeligt klare konturer (Bishop, 2000; OECD, 2001: 171-174; OECD, 2002a: 292/Table D2.1). En klar skillelinje går mellem offentlige og private skoler. Den viser, at skolernes standard er højere i den offentlige end i den private sektor. Det gælder for lærerstaben, hvor det generelt er et krav, at lærerne skal have en formel uddannelse på et vist niveau, og hvor de i praksis også har det. På privatskolerne er det samme ikke uden videre tilfældet, og erfaringen fra en række lande er, at skolerne ofte ansætter lærere uden en formel pædagogisk/professionel uddannelse eller også ansætter meget unge lærere,

som lige har afsluttet deres uddannelse. Det går igen med hensyn til elev-lærer-ratioen, som gennemgående er højere for privatskoler af begge typer. Der er endelig en tilsvarende forskel på skolernes fysiske rammer, som gennemgående er bedre og mere tidssvarende på de offentlige end de private skoler. Offentlige skoler, der opererer inden for konkurrencemodellen, har endog en tendens til at prioritere de fysiske rammers kvalitet op i forhold til andre offentlige skoler; i den generelle new zealandske konkurrencemodell er der eksempler på, at de fysiske rammer af skolerne er brugt som konkurrenceparameter (Fiske & Ladd, 2000: 212-216).

I et dynamisk perspektiv er der modsatrettede observationer. Et af de centrale argumenter i Chubb og Moe's sammenligning af private og offentlige skoler og i deres advokatur for konkurrencemodellen var, at man ved at trække skolerne ud af styringskæden kan give lærerne både tilskyndelse til og mulighed for at slutte op om en klar pædagogisk målsætning for deres virksomhed. Deres påstand byggede på en analyse af lærernes holdninger til deres arbejde, som sammenlignede dels forskellige former for privatskoler, dels offentlige og private skoler med hinanden (Chubb & Moe, 1988: 1083; 1990: 86-92). En senere undersøgelse når samstemmende konklusioner. Grundlaget er her skoleledernes vurdering af lærernes kvalifikationer som undervisere. Trods en lavere løn er skolelederne på amerikanske privatskoler mere tilfredse med deres erfarne lærere end deres kolleger på offentlige skoler, ligesom de private skoler lettere fastholder de gode lærere. Det er sammenhænge, gøres det gældende, som holder efter kontrol for skolens sociale omgivelser og for den enkelte skoles karakteristika (størrelse, spillet mellem elever og lærere mv.) (Ballou & Podgursky, 1998).

Witte, der som nævnt har gennemført en analyse af Milwaukee-projektet, bruger en tredje type af data. Hans sammenligning af privatskolerne med de offentlige skoler bygger på information om lærernes adfærd, og han finder på det grundlag en tendens til, at de private skoler i højere grad ansætter uerfarne lærere, og i forlængelse heraf en tendens til, at lærerne trækker fra de private skoler til de offentlige (Witte, 2000: 92-95). Det spiller ind, at lærernes løn i amerikanske offentlige skoler, hvor den er fastsat ved aftalebaseret lovgivning, er højere end i privatskolerne, hvis lærere ikke er organiseret. Denne forskel gør sig hverken gældende i lande, hvor skolevæsenet er delt op i to eller tre store private og offentlige segmenter eller i et land som New Zealand, der har implementeret en universel konkurrencemodell i offentligt regi. Erfaringen er, at skolerne under disse vilkår konkurrerer stærkt om lærerne, og at de lærere, der har ry for at være bedst, søger til sko-

ler, som har vist sig i stand til at tiltrække elever fra andre offentlige skoler. Skoler med faldende elevtal sidder derfor tilbage med et lærerkorps, hvis medlemmer har svært ved at finde anden beskæftigelse (Fiske & Ladd, 2000: 240-245).

Konkurrencemodellen starter altså en form for udskillelsesløb mellem gode og mindre gode, succesfulde og mindre succesfulde skoler? Slutningen ligger lige for, men det er ikke sikkert, at den holder. Der er nemlig ingen, der tilsvarende har undersøgt rekrutteringen til enkeltskoler inden for den klassiske styringskæde. Og ligesom man der ser, hvordan forældrenes bosætningsmønster fører til en social differentiering mellem skolerne, kan man også forestille sig, at lærerne i deres valg af ansættelsessted tager hensyn til skolens placering i et mere eller mindre belastet område, og at det giver de attraktive skoler mulighed for at tiltrække lærere med bedre kvalifikationer og renommé end skoler, der er mindre attraktive, fordi de har et andet elevgrundlag.

De universelle sundhedssystemer har for alle praktiske formål sikret adgangsligheden til sundheds- og sygehussystemerne, og det er derfor kun USA, som savner et universelt system, som falder udenfor. Det udelukker imidlertid ikke, at der kan være problemer i forhold til udnyttelsesligheden, og hvis det er tilfældet, er der behov for at vide, om den institutionelle indretning af systemet har betydning for, i hvilket omfang man sikrer udnyttelsesligheden. Problemet er, hvordan man måler det. På uddannelsesområdet er det relativt enkelt, for så vidt som der er enighed om, at socio-økonomisk status målt ved forældrenes uddannelse, erhverv og indkomst er en gyldig indikator for sociale forskelle i samfundet. På sundhedsområdet er udgangspunktet det samme, idet en indikator typisk er indkomsten. Problemet er blot, at indkomsten ikke i sig selv siger noget om folks helbredstilstand, og derfor er det nødvendigt at kombinere målet med en helbredsindikator. En metode er at lade folks rapportering af deres oplevede sundhedsproblemer indgå i det samlede mål. Dermed kommer udnyttelsesligheden til at dreje sig om, hvorvidt der efter kontrol for behov eller helbredstilstand er en, som det bliver benævnt, horisontal ulighed i udnyttelsen af sundhedssystemet, hvor de mere velstillede i højere grad trækker på systemet end de mindre velstillede (Wagstaff & van Doorslaer, 2000; van Doorslaer et al., 2000: 557).

Der er forskellige vurderinger af graden af udnyttelseslighed, men den generelle vurdering er, at uligheden er begrænset, i hvert fald i universelle systemer, som sikrer en høj grad af adgangslighed (Donaldson & Gerard,

1993: 153–164; Mossialos & Le Grand, 1999: 64; Paterson & Judge, 2002). Samtidig er der enighed om, at der for specifikke typer af lidelser kan være en vis ulighed, men billedet er flimrende. Endelig er der i forbindelse med analyser af indførelsen af forskellige former for (øget) brugerbetaling for en række ydelser også fundet en vis tendens til, at dens begrænsede effekt på efterspørgselen i særlig grad slår igennem hos grupper, som har et behov for behandling, men som fravælger det af økonomiske grunde.

Der foreligger også en række mere systematiske studier, som sammenligner udnyttelsesligheden i en række OECD-lande. De nyeste gentager og udbygger undersøgelser, som blev gennemført i 1980'erne (Wagstaff & van Doorslaer, 2000; van Doorslaer et al., 2000; 2002). Deres konklusioner er grundlæggende sammenfaldende med de netop nævnte, men de hviler på et på en gang bredere og mere sammenligneligt grundlag. Der er fem led i deres konklusioner:

1. Der er et større træk på sundhedssystemet blandt folk med lave indkomster end blandt folk med høje indkomster.
2. Forskellen afspejler alt overvejende en forskel i behov mellem de forskellige indkomstgrupper.
3. Der er imidlertid i de fleste lande en forskel i trækket på forskellige dele af sundhedsvæsenet. Personer med lavere indkomst koncentrerer således deres forbrug på almen praksis, mens der ikke er store økonomisk betingede forskelle i trækket på sygehusene. Tolkningen er, at jo mere specifikt patientens behov er defineret og diagnosticeret, jo højere er udnyttelsesligheden. Det er med andre ord den lægefaglige vurdering af patientens helbredstilstand og (behandlings-)behov, der er afgørende for, om en person bliver indlagt på et sygehus og ikke personens socio-økonomiske status.
4. Undtagelsen er trækket på speciallæger i praksis, hvor forbruget, kontrolleret for behov, tenderer til at være lidt højere for bedrestillede end for personer med lavere indkomst. Det gælder dog ikke for alle lande, bl.a. ikke for England.
5. Udnyttelsen af sundhedssystemet har både en mængde- og en udgiftskomponent. For alle andre lande end USA er det underordnet, hvilken komponent man bruger som mål for trækket på systemet. For USA er konklusionen derimod, at der mængdemæssigt er sikret en ganske høj grad af udnyttelseslighed, men at dette ikke gælder, hvis man måler på udgiftskomponenten. De bedrestillede betaler således væsentligt mere for

deres sundhedsydelser end personer med lavere indkomster, men det er uklart, i hvilke henseender det resulterer i en højere standard i ydelserne, og dernæst i hvilket omfang den sikrer en bedre behandlingseffekt og kvalitet.

Analysen omfatter i alt ti OECD-lande, og den dækker dermed alle institutionelle modeller. Det gælder med hensyn til finansiering og med hensyn til ejerstruktur og organisation i producentleddet, men variationen mellem landene lader sig ikke henføre til, om deres institutionelle indretning tilnærmer sig konkurrencemodellen eller styringskæden. Den generelle konklusion er således, at udnyttelsesligheden generelt er høj, uanset hvordan man har indrettet sundhedssystemet. Det gælder med hensyn til både institutionel struktur og forholdet mellem praksis- og sygehussektoren. Der er imidlertid en vis forskel i forbrugsstrukturen, som afhænger af brugernes indkomst samt af omfanget af og formen for brugerfinansiering (van Doorslaer et al., 2000).

Et særligt aspekt af diskussionen om sundhedsvæsenets standard og, i forlængelse heraf, graden af udnyttelseslighed knytter sig til, hvilke ydelser (behandlinger og behandlingsformer, ibrugtagen af nye diagnostiske teknologier, anvendelse af ny og ofte kostbar medicin), sundhedsvæsenet skal tilbyde. Debatten er velkendt i Danmark, hvor det gang på gang har været diskuteret, om sundhedsvæsenet og sygehusene skulle tilbyde en given behandling, og da hvornår, over for hvem, og hvor det skulle ske. Den officielle politik, som den f.eks. kom til udtryk i Sygehuskommissionens betænkning, har været at følge de muligheder, som den medicinsk-teknologiske udvikling har givet (Sundhedsministeriet, 1997: 75-91). Den er lige så velkendt i andre lande, og problemet opstår uanset sundhedsvæsenets indretning. I offentligt finansierede og/eller drevne systemer er stridspunktet, om det offentlige skal betale for og tilbyde den; i forsikringsbaserede og/eller privat drevne systemer er problemet tilsvarende, om forsikringselskaber eller sygekasser skal dække udgifterne til den. I begge situationer udløser det med mellemrum diskussioner om rationering af sundhedsvæsenets tilbud, men den fælles erfaring fra en række vestlige lande er sammenfattet således:

„På makroniveau genspejler den israelske erfaring den hollandske, og den viser, at forslag om at begrænse ydelserne i sundhedsvæsenets tilbudsplan, vækker modstand og mest sandsynligt af alt bliver manet i jorden. Og ikke nok med det, så har udtrykkelig rationering i Israel ført med sig, at

nye præparater og ydelser er blevet inkluderet i den samlede ydelsespakke. I så henseende bekræfter det israelske tilfælde erfaringen fra både Oregon og New Zealand, hvor direkte rationering også resulterede i en udvidelse af det samlede tilbud, som sundhedsvæsenet dækkede. En anden lighed med Oregon (men dog ikke New Zealand) er, at politikerne har reageret på økonomiske problemer ved gennem brugerbetaling at vælte en større del af byrden over på brugerne snarere end ved at begrænse ydelsesdækningen” (Ham & Coulter, 2000: 239).

Iagttagelsen bliver ikke mindre interessant ved sammenligning med de amerikanske erfaringer. Selv om udgangspunktet her er, at syge- og helbreds-sikring er et individuelt problem, hvis økonomiske konsekvenser man kan forsikre sig mod, er der politisk en tendens til at se behandling som et merit-gode, altså en ydelse, som den enkelte har krav på uanset økonomisk formåen. Den politiske uvilje mod at rationere livreddende og livsforlængende behandlinger forklarer den almene adgang til og offentligt finansierede udbredelse af organtransplantationer og dialysebehandling i løbet af 1970’erne og 1980’erne (Weisbrod, 1991: 531).

RESULTATLIGHED

I diskussionen om velfærdsstatens indretning er der to ting, som virkelig har sat sindene i kog. Den ene er, om borgere med forskellig socio-økonomisk status får service af samme værdi. Den anden er om velfærdsstatens, underforstået den offentlige sektors, service holder en tilstrækkelig kvalitet, der tåler sammenligning med ydelser, der bliver produceret og fordelt i et markeds-lignende regi i eller uden for den offentlige sektor. Det første er en klassisk velfærdsdiskussion, det sidste er en tilføjelse, som er gjort siden 1980’erne, hvor debatten om institutionelle reformer af den offentlige sektor og ikke mindst af skole- og sundhedssektoren tog fart. Debatten, som har været ophedet, har fået næring af en række internationale sammenligninger. Samtidig foreligger der en række specifikke videnskabelige analyser af problemstillingen.

Der er en forskel mellem sammenligningerne. På undervisningsområdet har man sikret en rimeligt høj grad af sammenlignelighed. Det gælder for den serie af undersøgelser, som er gennemført i OECD’s regi inden for rammerne af det såkaldte PISA-projekt (Program for International Student Assessment) (OECD, 2001; 2002a og b; Andersen et al., 2001). Det samme gælder i betydeligt omfang for de enkeltstående videnskabelige undersø-

TABEL 5.4.

Datagrundlaget for vurdering af resultatligheden i skole- og sundhedsvæsenet

DATA OG ANALYSER	SKOLER	SUNDHEDS- OG SYGEHUSVÆSEN
Systemniveau:		
Nationale	Mange	Få og usystematiske
Internationale sammenligninger	Adskillige, specielt i OECD-regi, senest PISA 2000	WHO, men stærkt omdiskuteret
Institutionsniveau:		
Nationale	Mange	Mange, men spredte og ikke sammenlignelige
Internationale sammenligninger	OECD PISA samt en række akademiske sekundæranalyser	Ingen systematiske
Metodologi	Nationale eksamenssystemer eller test samt fælles internationale test	Sammenligning af makrodata: – middellevetid – børnedødelighed Sammenligning af data vedr. – effekt af specifik klinisk intervention – specifikke kliniske procedurer – patientvurderinger af behandlingsspecifikke erfaringer – ventetider
Kontrol for socio-økonomisk status samt for patientbehov	Ja, systematisk, – forældres erhverv – forældres indkomst – forældres uddannelse – adgang til "klassisk" kultur i hjemmet – social kommunikation – kulturel kommunikation sammenfattet i indeks for økonomisk, social og kulturel status	Nej, ikke systematisk
Kontrol for institutionelt design	Ja, delvis, – skolernes regulering og autonomi – skolernes ejerstruktur/finansieringsstatus	Ja, men ikke systematisk

gelser; de når ikke nøjagtigt de samme resultater, men der er tilstrækkelig stor overensstemmelse mellem deres problemstillinger til, at de taler sammen. De to sæt af analyser har endelig den store fordel, at de for det første direkte kobler ligheds- og kvalitetsspørgsmålet sammen, og for det andet i ret høj grad kobler denne problemstilling sammen med spørgsmålet om skolevæsenets institutionelle indretning inden for rammerne af styringskæden eller konkurrencemodellen.

Betingelserne for på et sammenligneligt grundlag at vurdere skolernes og skolesystemernes kvalitet i et lighedsperspektiv er også blevet relativt gode. Samtidig er der med OECD's PISA-program sket en væsentlig forbedring; der er for en lang række lande, herunder de vestlige OECD-lande, gennemført en stikprøvebaseret test for 15-årige skoleelever. Testen prøver elevernes færdigheder med hensyn til læsefærdighed, matematik og naturvidenskab og præsenterer resultaterne i form af landenes indplacering på et fælles indeks. I analyserne indgår også et mål for elevernes sociale kompetencer (OECD, 2001: 17-27; Andersen et al., 2001: 20-29). Der er ikke tilsvarende komparative datasæt, men der foreligger en lang række undersøgelser, hvis grundlag er nationale test, og det er ved tolkningen muligt at diskutere disse enkeltanalyser op mod PISA-analyserne.

Der er altså mulighed for at drage rimeligt underbyggede konklusioner på skoleområdet. Det er oven i købet også tilfældet, hvis man medinddrager både socio-økonomiske forhold og den institutionelle indretning af skolevæsenet. Endelig giver analyserne et grundlag for at sige noget om både den nationale politik og om de enkelte skoler. Så lykkelig er man ikke på sundheds- og sygehusområdet. „Kvalitetsdefinitionerne, som man bruger i systemet, har varieret fra stærkt specifikke til ekstremt generelle mål“, er det ram-mende blevet sagt (Scott et al., 2000: 259-260). Tabel 5.4 viser, hvor forskelligt grundlaget for at sige noget på de to områder er. Der foreligger ganske vist en række sammenligninger, men der er to grundlæggende problemer med dem. De handler om, hvordan man måler kvaliteten, og i høj grad også om sammenhængen mellem indsatsen i sundheds- og sygehusvæsenet og kvaliteten. Problemet opstår, fordi de fleste sammenligninger er baseret på oplysninger om sygelighed, middellevetider og børnedødelighed, altså målinger på befolkningsniveau, hvor eksistensen af en årsagssammenhæng mellem indsats og indretning af sundheds- og sygehusvæsenet i bedste fald er kompleks, i værste fald næppe lader sig afdække. Det er som nævnt ovenfor grunden til, at WHO, som tidligere har offentliggjort en rangordning af

de nationale sundhedssystemer, i dag er ganske forbeholden over for den slags effektanalyser på makroniveau, og en af de ansvarlige for organisationsanalyser erkender lakonisk: „Den sikrer sikker viden om, hvilke former for ændringer i sundhedssystemerne der vil forbedre deres effekt, er imidlertid begrænset, inkonsistent og peger ikke mod sikre konklusioner“ (Evans, 2002: 197). Man må i stedet benytte sig af indikatorer, der måler effekten af specifikke kliniske indgreb på den enkelte patient. Også det er imidlertid forbundet med betydelige vanskeligheder. For det første løser sygehusene mange forskellige opgaver, og målingen skulle gennemføres for de enkelte indgreb. For det andet er de metodiske problemer ved en effekt-måling også her overvældende.

Alligevel er der iværksat en del bestræbelser i den retning, og de fokuserer alle udelukkende på sygehusenes virksomhed (de Pouvoirville & Minvielle, 2000; Coulter & Cleary, 2002). De koncentrerer sig om fire mål:

1. Dødelighedsfrekvensen efter behandling på sygehus for specifikke lidelser; den opgøres typisk som dødeligheden under indlæggelse eller i perioden umiddelbart efter udskrivning, f.eks. 30 dage. Problemet med metoden er både, at den er meget data- og ressourcekrævende, og at der er betydelige problemer ved analysen af data. Det gælder ikke mindst ved kontrol for patienternes behandlingsbehov, og de sammenlignende dødelighedsanalyser, der foreligger, har været udsat for stærk kritik. En del af den er statistisk, idet der selv ved større stikprover har vist sig betragtelig usikkerhed i identifikationen af afvigende tilfælde (såkaldte *outliers*); en anden del af kritikken er medicinsk, hvor man peger på, at nogle patienters helbred er så dårligt, at døden er uafvendelig, og at behandling kun kan udsætte den. Konklusionen er, at man skal bruge andre effektmål.
2. Partielle kvalitets- og effektmål så som forekomsten af sygehusinfektioner og fejlmedicinering. Effektmålingen er her rettet mod sygehusets virksomhed i almindelighed, og man undgår de problemer, der knytter sig til gennemførelsen af dataindsamling og analyse i forhold til et meget stort antal specifikke kliniske indgreb.
3. Brugen af procesindikatorer bygger på samme logik, idet man gennem anvendelse af nogle få kvantitative mål mener at kunne sige noget om den generelle kvalitet af enkelte sygehuse. Sådanne mål er f.eks. andelen af fødende kvinder, der bliver forløst ved kejsersnit; ræsonnementet er, at fødsel ved kejsersnit er mere risikofyldt end en naturlig fødsel (kirurgisk indgreb under narkose), men hensyn til økonomi og produktionsstyring kan

alligevel tilskynde et sygehus til at bruge metoden, hvor den ikke er lægeligt velbegrunder (Goodrick & Salancik, 1996). Andre procesmål er raten for genindlæggelser, der ikke er planlagte ved første udskrivning, og som mål for lægernes rutine antallet af indgreb inden for de enkelte specialer.

4. Samspejlet mellem sygehusenes medarbejdere og patienterne afdækker også et aspekt af deres kvalitet. Man bevæger sig med det væk fra kerneydelserne og i retning af, hvad der sommetider er betegnet som periferi-ydelserne ved produktion af service af enhver art. Grundlaget er patientsurveys, som er sygehus-specifikke, nationale eller tværnationale sammenligninger. De er beslægtede med de borger- og brugerundersøgelser, der indgik i analysen af institutionernes lydhørhed i kapitel 4, men er til forskel fra dem langt mere specifikke. Det gælder f.eks. de målinger, der er gennemført af Picker-institutet. En lang række dimensioner (f.eks. patientinformation, samordning, kontinuitet, fysisk velbefindende, følelsesmæssig støtte, inddragelse af pårørende) bliver hver for sig målt på et antal spørgsmål eller påstande. På det grundlag beregner man en indekssværdi, som kan indgå i sammenligninger med andre sygehuse og sygehus-systemer (Coulter & Cleary, 2002: 215).

Der er altså en lang række bestræbelser på at måle effekt og kvalitet af især sygehusenes indsats. Nogle af dem er sat i værk som led i en klinisk og ledelsesmæssig metodeudvikling, mens andre er et resultat af et ønske hos enten myndigheder eller forsikringsselskaber og sygekasser om at kunne måle og sammenligne effekten af indsatsen over for patienterne. Atter andre er et led i kommercielle initiativer, f.eks. i medieregi; deres sigte er regelmæssig offentliggørelse af ranglister, hvor sygehuse inden for et geografisk område eller klinisk felt er „benchmark’et“ i forhold til hinanden. I forhold til problemstillingen her er der to temmelig alvorlige problemer. Det ene er, at ingen endnu på en accepteret måde har været i stand til at kontrollere for patienternes behov, som i denne sammenhæng er et aspekt af socio-økonomisk status. Det andet er, at de ikke beskæftiger sig med sundhedsvæsenets institutionelle indretning. Derfor kan de heller ikke sige noget om, hvorvidt et sundheds- og sygehusvæsen, som er organiseret efter styringskæden, leverer bedre eller ringere effekt og kvalitet, end hvis det institutionelle design tager udgangspunkt i konkurrencemodellen. Og det følger yderligere, at de er ude af stand til at afgøre, hvorvidt kvalitet og effekt er ligeligt fordelt, når man tager hensyn til socio-økonomiske forhold og til den enkelte patients behov for behandling.

På skoleområdet har den omfattende litteratur grundlæggende vist to ting. Det er for det første forskellen mellem offentlige og private skoler, hvor det ofte har været gjort gældende, at elever på private skoler opnår bedre eksamens- eller testresultater end elever fra offentlige skoler. Diskussionen er gammel og har især været intens i USA, hvor den blev indledt med den såkaldte Coleman-rapport fra 1966 (Coleman et al., 1966). Den har siden udgjort kernen i den amerikanske debat om en skolereform baseret på frit valg og voucher-finansiering. Fortalere for reformen som politologerne John Chubb og Terry Moe forbinder kvalitets- og lighedsproblemet med hinanden, og deres argument er, at i et i dobbelt forstand frit skolevalg vil elever, som i dag er henvist til dårlige offentlige skoler (i bycentrene), få mulighed for at vælge en kvalitetsskole, den være sig privat eller offentlig, og på den måde forbedre resultatligheden i skolevæsenet. Den anden konstatering er, at der mellem de vestlige lande er betydelige forskelle på kvaliteten af de enkelte landes skolesystemer. Hvordan skal man fortolke disse generelle konstateringer:

- Holder forskellen mellem private og offentlige skoler også, når der er kontrolleret for børnenes socio-økonomiske baggrund?
- Hvad betyder forskelle i skolepolitik og specielt forskelle i skolernes grad af autonomi?
- Er der en positiv eller negativ dynamisk effekt, hvis man bygger skolevæsenet op omkring et fuldstændigt frit skolevalg for forældrene?
- Og fører disse forskelle i givet fald til, at der er en form for 'trade off' mellem kvalitet og lighed, således at man ikke kan fremme det ene mål, uden at det går ud over det andet?

Det særlige ved skoleområdet er, at der er et rimeligt grundlag for at besvare spørgsmålene. Det er ikke ensbetydende med, at svarene altid er klare og entydige, men vidensgrundlaget kan bære en kvalificeret vurdering. Det hænger i høj grad sammen med, at problemstillingen er umådeligt kompleks. Det viser sammenfatningen af OECD's PISA-analyse, som er gengivet i tabel 5.5. Forskelle i forældrenes socio-økonomiske status fremstår som den vigtigste faktor til forklaring af forskelle i elevernes præstationer i de færdighedstests, der ligger til grund for analyserne. I en model, som alene medtager sociale, økonomiske og kulturelle variable, der knytter sig til elevernes familiebaggrund, forklarer denne faktor alene to tredjedele af for-

skellen mellem skolernes placering og en tredjedel af forskellen mellem landene, der indgik i undersøgelsens færdighedstest. Derimod forklarer socio-økonomiske variable kun 12 procent af variationen mellem eleverne på de enkelte skoler. Grundlaget for vurderingen af skolernes kvalitet er her elevernes placering i PISA's test af læsefærdighed. Resultatet er grundlæggende det samme for de andre test, der indgik i undersøgelsen, og det ændrer ikke afgørende ved resultatet, når man vejer de tre færdighedsindeks sammen til ét (OECD, 2001: 313). Skolerelaterede faktorer viser sig derimod isoleret at forklare henholdsvis knap en tredjedel af forskellen mellem skolerne i de enkelte lande og en femtedel af forskellen mellem landene.

For begge sæt af variable er der et iøjnefaldende mønster. Socio-økonomisk og kulturelt er det skolens og ikke den enkelte elevs særpræg, der slår igennem. Det viser sig ved, at der nok er en positiv sammenhæng mellem den enkelte elevs baggrund og hans eller hendes færdighedsniveau. Det betyder, at eleverne i et vist og ikke ubetydeligt omfang bringer hjemmets normer og holdninger med sig i skole. Men den stærke effekt fremkommer, når man måler elevernes baggrund som den enkelte skoles gennemsnitlige placering på PISA-indekset for økonomisk, social og kulturel status. En stigning i gennemsnitsværdien på et trin giver en forbedring i færdighedsniveauet på ikke mindre end 68 point, hvor gennemsnitsscoren for alle deltagende elever er sat til 500. For de skolerelaterede variable er sammenhængen mellem forhold knyttet til den enkelte klasse og undervisningsmiljøet og elevernes færdigheder væsentligt stærkere end sammenhængen mellem karakteristika ved skolen som sådan og elevernes præstationer. Således har faktorer som lærernes generelle disciplin og moral og skolens grad af administrativ og ledelsesmæssig autonomi en væsentligt svagere effekt på elevernes præstationer end forhold som lærernes evne til at støtte og imødekomme eleverne og til at opretholde disciplinen i klassen.

Model 3 i tabel 5.5 viser samspillet mellem henholdsvis elevernes baggrund og karakteristika ved skolerne. To ting er i den sammenhæng iøjnefaldende. De understreger begge det komplekse samspil mellem elevbaggrund og karakteristika ved klassemiljøet. Den sociale baggrunds betydning bliver for det første i vid udstrækning formidlet gennem karakteristika ved samspillet mellem lærere og elever på klasseniveau. Den fremkommer, fordi elever fra stærkere miljøer i højere grad går på skoler, som har disse karakteristika, end elever fra svagere miljøer. Derfor er der i model 3 en modereret, om end fortsat stærk effekt af elevernes økonomiske, sociale og kulturelle bag-

TABEL 5.5.

Sammenhængen mellem socio-økonomiske faktorer, skolens karakteristika og elevernes læsefærdighed i OECD-landene

UAFHÆNGIGE VARIABLE	MODEL 1 KUN SOCIO- ØKONOMISKE FAKTORER	MODEL 2 KUN SKOLE- RELATEREDE FAKTORER	MODEL 3 KOMBINERET MODEL SAMSPIL MELLEM SOCIO-ØKONOMISKE OG SKOLERELATERE- DE FAKTORER
SOCIO-ØKONOMISK STATUS			
Enkelte elev	Moderat effekt	-	Moderat effekt
Skolens gennemsnit	Stærk effekt		Stærk, men modereret effekt
Piger	Stærk effekt	-	Stærk effekt
Elev født i udland	Moderat negativ effekt	-	Moderat negativ effekt
SKOLENS POLITIK OG LEDELSE			
Lærernes disciplin og moral	-	Svag effekt	
Skolens autonomi	-	Svag effekt	Ingen signifikante effekter
KLASSEPÆDAGOGIK OG -MORAL			
Brug af uformelle elev-vurderinger	-	Moderat effekt	Svag negativ effekt
Lærer-elevrelationer: lærer-støtte, imødekommethed	-	Moderat effekt	Moderat, men modereret effekt
Disciplin	-	Svag effekt	Svag effekt
Præstationspres	-		Ingen signifikant effekt
PROCENT FORKLARET VARIANS			
På skolerne	12.4	0.0	12.4
Mellem skoler i de enkelte lande	66.1	31.0	71.9
Mellem lande	34.3	20.8	43.4

Note: Kun signifikante sammenhænge. Koefficientværdier: Stærk > 25; moderat > 10 < 25; svag < 10. Definitioner af de anvendte variable og beregning af indeks i OECD (2001: appendix A). Socio-økonomisk status er OECD's PISA-indeks for økonomisk, social og kulturel status.

Kilde: OECD (2001: 312, tabel 8.5).

grund (OECD, 2002a: 53). For det andet forsvinder den signifikante effekt af forhold knyttet til skolernes autonomi helt, ligesom effekten af kontroller og præstationspres bliver svage og statistisk usikre.

Ud over OECD-analyserne er der en meget omfattende litteratur om frit skolevalg og dets konsekvenser. Der er ikke uenighed om, at frit skolevalg bidrager til en øget segregering, som går ud over den segregering, som allerede ligger i forældrenes bosættelsesmønster. Derimod er der nogen uenighed om sammenhængen mellem frit skolevalg og kvaliteten af undervisningen målt gennem elevernes præstationer. Synspunkterne følger i meget høj grad logikken i debatten mellem fortalene for henholdsvis konkurrencemodellen og styringskæden, og empirisk er der analyser, som har fundet støtte for både det ene og det andet af de to ræsonnementer. Tre forhold er i den sammenhæng værd at bemærke.

Det ene knytter sig til grundlaget for en sammenfattende konklusion. Fra begge sider bliver det i høj grad til en ofte heftig diskussion om, hvem der har det bedste og mest relevante datagrundlag, og hvem der bruger de mest velegnede, det vil ofte sige de mest sofistikerede, statistiske teknikker i deres analyser. Det er også en diskussion, som i høj grad drejer sig om, hvilke kontrolvariable, der skal indgå i analysen, før man kan tillade sig at drage konklusioner om konsekvenserne af skolevæsenets institutionelle indretning. En del af den nyeste litteratur har udførlige diskussioner af disse metodiske og tekniske problemer (se f.eks. Godwin & Kemerer, 2002; Greene et al., 1998; Hoxby, 1998; Meier et al., 2000; Smith & Meier, 1995; Witte, 2000). Den sikre konklusion er, at de forskelle, der måtte være med hensyn til kvaliteten af undervisningen i private og offentlige skoler eller i offentlige systemer med eller uden udstrakt adgang til frit skolevalg, er små, samt at konklusionerne dertil er temmelig følsomme over for dataindsamlingsmetoder, datagrundlag samt valget af analysemetoder. Samtidig er der enighed om, også blandt de analytikere, der konkluderer positivt vedrørende konkurrencemodellens relative kvalitative fortrin, at den sociale segregering er et problem, og at „et ubegrænset valg derfor kan lede til selektionseffekter, som har en klasseskævhed“ (Terry Moe citeret efter Levin, 1998: 380). Det samme mønster går igen ved en udvidelse af perspektivet til de europæiske lande og New Zealand (Ambler, 1994; Fiske & Ladd, 2000; Levin, 1998).

Det andet forhold er, at der efter alt at dømme er et meget kompliceret og dårligt afdækket samspil mellem socio-økonomiske faktorer og børnenes præstationer. På den ene side står det fast, at forskelle i socio-økonomisk baggrund statistisk forklarer en meget betydelig del af variansen i børnenes

læring; på den anden side er der ikke tale om en klar og entydig sammenhæng, og der er slet ikke tale om et trade-off, hvor man kun kan opnå en vis grad af lighed på bekostning af kvaliteten. PISA-rapporterne viser således, at nogle lande scorer højt på både kvalitet og lighed, mens andre ikke når noget særlig højt kvalitetsniveau i sammenligning med andre lande og samtidig har en høj grad af social udskillelse i skoleforløbet. Det første gælder f.eks. Finland, mens det sidste gælder Tyskland. Hvilke træk ved de to systemer, der forklarer deres meget forskellige placering i en sammenlignende analyse, er ikke klart. Det gælder så meget mere, som senere undersøgelser har vist, at det tyske system, som klarer sig dårligt ved en sammenligning af 15-årige elever, står sig væsentligt bedre ved sammenligninger på et tidligere tidspunkt i grundskolen, dvs. 4. klassetrin (Baumert et al., 2002; Bos et al., 2003). En forholdsvis god placering i starten af skoleforløbet bliver således senere sat over styr; samtidig slår en stærk social segregering igennem med det resultat, at man opnår en ringe grad af resultatlighed. Det sker inden for et system, som i alt overvejende grad er baseret på styringskæden; inden for dens rammer er en række tilsyneladende stærke selektionsmekanismer imidlertid intakte, og de fører til en opdeling af børnene i en række adskilte forløb, som minder om og måske endog er stærkere end dem, der karakteriserer frit-valg systemerne.

Det tredje forhold berører endnu en gang dynamikken i skolernes funktion. En gennemgående iagttagelse fra analyse til analyse er, at der efter alt at dømme er en form for dynamik i undervisningens forløb. Elever fra miljøer med lavere socio-økonomisk status klarer sig relativt bedre, når de går sammen med elever fra miljøer med højere socio-økonomisk status. Den præcise årsagssammenhæng er ikke afdækket, men en form for normsætning ser ud til at være på spil, hvor elever fra uddannelsesorienterede miljøer sætter en standard, som påvirker standarden for elever fra miljøer, der er mere skolefremmede, en standardsætning, som også kan påvirke vilkårene for lærernes pædagogiske indsats. Det særlige ved samspillet mellem eleverne er, at elever fra skolesvage miljøer ser ud til at vinde mere ved at dele klasse med elever fra miljøer, som lægger større vægt på uddannelse, end de sidste elever taber ved at dele klasse med elever fra forholdsvis skolefremmede miljøer (Levin, 1998; OECD, 2001: 198-201).

Kravet om borgernes lige adgang til velfærdsservice er centralt. Det er ikke ensbetydende med, at alle giver det samme vægt, men ingen ignorerer problemet. Det kommer klartest til udtryk i den amerikanske debat, den være sig politisk eller videnskabelig. Det er her øjensynligt, at lighedshensynet ikke er tildelt samme plads som i de europæiske lande; det er snarere hensynet til lydhørheden og effektiviteten, der påkalder sig interesse. Ikke desto mindre er dagsordenen sat på en måde, som gør, at man må forholde sig til problemet. Politisk har det ført til en diskussion, hvor man enten betoner skolepolitikens konsekvenser for ligheden i samfundet eller argumenterer for, at en skolepolitik, hvis angivelige mål er en højnelse af undervisningens kvalitet, ikke vil gå ud over ligheden. I begge positioner vægter skolesystemets institutionelle indretning tungt.

Analysen er kompleks. Det hænger sammen med to ting. For det første er lighedsbegrebet meget komplekst; det gælder så meget mere, som der også indgår et kvalitetsaspekt. Komplexiteten er i dette kapitel reduceret ved at sondre mellem tre former for lighed, adgangsligheden, udnyttelsesligheden og resultatligheden. Det er en sontring, som følger de sontringer, man ellers gør, når velfærdsstatens evne til at sikre lighed mellem borgerne er til analyse og debat. Samtidig viser sontringen, hvor tæt knyttet lighedsproblemet er til kvalitetsproblemet. Det gælder specielt, når man kommer til resultatligheden, men til dels også udnyttelsesligheden. Det sidste hænger sammen med, at den i høj grad handler om standarden i tilbuddene til borgerne, og at netop standarden, forstået som de ressourcer, der politisk er stillet til rådighed for produktionen af en ydelse på givne institutioner, er det politisk foretrukne kvalitetsmål.

For det andet kommer kompleksiteten for en dag, fordi analysen omfatter to forskellige ydelser, skolernes undervisning og sundheds- og sygehusvæsenets undersøgelse, behandling og pleje. Det er, som det er vist, to meget forskellige ydelser. Undervisning af børn fremstår på den ene side som langt mere kompleks end undersøgelse og behandling af mennesker, som søger læge eller sygehus. De to ydelser hviler ganske enkelt i hver sit paradigme. På den anden side er skolerne som organisationer enkle og overskuelige (en dominerende ydelse, en dominerende personalegruppe, en overskuelig størrelse og enkel samt flad struktur), mens sygehusene og sundhedsvæsenet er komplekse og uoverskuelige (mange specialiserede ydelser, mange faggrupper, store og uoverskuelige organisationer med komplekse hierarkiske og professionelle relationer). Så er det sådan, at det, der gælder på den ene, også gælder på det andet af de to områder?

Det er ingenlunde tilfældet. Det viser sig på to måder. Et hovedspørgsmål var således, om man med en given indretning af velfærdsstaten har sikret adgangsligheden, og om man i forlængelse heraf også har banet vejen for udnyttelses- og i sidste ende resultatlighed. Svaret afhænger i høj grad af, om man tænker på skolerne eller på sundheds- og sygehusvæsenet. På det første område er svaret, at man i de vestlige lande stort set har sikret adgangsligheden, men at man dermed langt fra har sikret udnyttelses-, endsige resultatligheden. For sundheds- og sygehusvæsenet tegner sig et helt andet billede. Også der har man i de fleste vestlige lande sikret adgangsligheden; kun USA falder udenfor. Samtidig ser sikringen af adgangen til gratis eller overkommelige ydelser ud til at være afgørende for sikringen af ligheden i videregående forstand, og der er ikke store forskelle med hensyn til udnyttelsesligheden, når man kontrollerer for forskelle i borgernes socio-økonomiske baggrund og deres rapporterede behov. Men sikrer det resultatligheden? Derpå er der ikke noget entydigt svar. Man er ved analyser på makroniveau ikke i stand til bare nogenlunde præcist at bestemme sundheds- og sygehusvæsenets bidrag til befolkningens sundhedstilstand målt ved f.eks. middellevetid, børnedødelighed eller sygelighed, og således heller ikke i stand til at bestemme, i hvilket omfang det effektivt kompenserer for forskelle i levevilkår og sundhedstilstand. Ved analyser på mikroniveau støder man på et andet problem. Der er mange publikationer om kvaliteten af specialiserede ydelser, men målene varierer, og det er ikke muligt at sammenfatte noget billede af f.eks. kvaliteten af sygehusenes stærkt specialiserede ydelser, og dermed er det heller ikke muligt at sige noget om, hvorvidt patienterne modtager ydelser af samme kvalitet uanset deres sociale og økonomiske forhold.

Forskellen mellem skole- og sundhedsvæsenet kommer også frem, når man spørger, om det institutionelle design gør en forskel for sikringen af ligheden. Svaret er for skolerne klart og bekræftende: Uanset hvordan man organiserer skolevæsenet, forvalter det en tung social arv. Men mens et skolevæsen organiseret efter konkurrencemodellens anvisninger sagtens kan sikre adgangslighed, gælder det ikke udnyttelses- og resultatligheden. Det viser sig ved, at det alt i alt forstærker den sociale segregering. Samtidig er der ingen sikkerhed for, at skolerne inden for konkurrencemodellen leverer en bedre undervisning end skolerne inden for styringskæden.

For sundhedsvæsenet er svaret knap så klart, men der tegner sig et billede. Det afgørende er sikringen af adgangsligheden, og den har man alt i alt sikret både i de universelle, skattefinansierede systemer og i de forsikringsbaserede kollektive systemer, som typisk bygger på en blanding af arbejdsmar-

kedsordninger og offentlig regulering og restfinansiering. Undtagelsen er den amerikanske blanding af et privat/individuel forsikringssystem og et offentligt finansieringssystem. Derimod er der, når først finansieringen af adgangen er sikret for alle, intet belæg for, at det lighedsmæssigt gør den store forskel, hvordan produktions- og fordelingsleddet er organiseret.

EFFEKTIVE LØSNINGER

„Politikerne ... spiller rollen som entreprenører. Alligevel er politikerne ikke primært motiveret af hensynet til produktionens efficiens eller af den offentlige interesse i, at der bliver taget hensyn til den... [N]år politikerne vælger mellem opgaveløsning inden eller uden for den offentlige sektor, er effektivitetshensyn i almindelighed ikke afgørende, og de søger heller ikke i konventionel forstand optimalt afbalancerede hierarkiske kontrol- og overvågningsmekanismer...“
(MOE, 1984: 761).

Effektivitet er den tredje af det sæt af værdier, som er afgørende for vurderingen af, hvor godt velfærdsstaten løser sine serviceopgaver. I den politiske debat har netop hensynet til den økonomiske effektivitet en fremtrædende plads, og ofte er indtrykket, at den er afgørende i valget mellem forskellige løsninger på samme problem. Samtidig er der som udgangspunkt altid tale om, hvad der fremstår som en økonomisk vurdering, hvor det enkle spørgsmål er, hvordan borgerne får mest værdi for deres skat. Det turde være en simpel opgave at afgøre det.

Flere ting er imidlertid på spil, og situationen er dermed ikke anderledes, end når det gælder sikringen af lydhørhed, kvalitet og lighed. Det første problem opstår, fordi diskussionen ikke er klar. Nok vægter man i debatten den økonomiske effektivitet over alt andet, og nok har man der klare forventninger om en sammenhæng mellem den måde, man indretter produktion og fordeling af velfærdsservice på og den økonomiske efficiens. Gå tilbage til 1960'erne og 1970'erne, og logikken var, at man af hensyn til effektiviteten skulle styrke den hierarkiske kontrol og styring og udbygge den med sammenhængende plansystemer. Spring så frem til nutiden, og den foretrukne logik er, at en styrkelse af konkurrencen er den eneste sikre anvisning på en forbedring af effektiviteten i velfærdsstatens servicesektor. Idet man noterer sig det aktuelle systems mangler, forkaster man det til fordel for en

løsning, der er dets modsætning. Der opstår på den måde i debatten, men ikke nødvendigvis i det virkelige liv, pendulagtige sving med hensyn til, hvilke løsninger der bliver anvist til forbedring af effektiviteten, hvor den ene periodes foretrukne løsninger tenderer til at blive forkastet til fordel for fortidens idealiserede model (Saltman & Figueras, 1997: 276-277).

Et beslægtet problem opstår, fordi grundlaget for at afgøre, om en løsning er relativt mere effektiv end en anden, ikke er det allerbedste. Årsagen er til dels dataproblemer, men hvis det kun var det, kunne man forestille sig dem løst. Problemet rækker imidlertid videre, og hænger sammen med, at velfærdsservice, som her uddannelse og sygdomsbehandling, -pleje og forebyggelse, er komplekse og sammensatte ydelser, som tilmed bliver produceret af organisationer med særegne karakteristika, således som det er beskrevet i kapitel 4.

Samtidig er effektivitetsbegrebet, som det var tilfældet med lighedsbegrebet, i bedste fald multidimensionalt. Der er to grundlæggende dimensioner. Den ene knytter sig til effektiviteten på makroniveau, det vil sige allokering og styring af ressourceforbruget for sektoren som helhed, og overvejelsen er, om det påvirker styrbarheden af ressourceforbruget, om skole- og sundhedsvæsenet bliver drevet inden for rammerne af styringskæden eller konkurrencemodellen. Den anden overvejelse knytter sig til mikroefficiensen, den tekniske effektivitet eller produktiviteten, og problemet er her, om institutioner, altså skoler og sygehuse, der bliver drevet inden for den ene eller anden model, kan producere til enhedsomkostninger, der er lavere end i den konkurrerende model. Det er nødvendigt at sondre, for makro- og mikroefficiensen er kun til dels to sider af samme sag. En effektiv styring af det samlede ressourceforbrug er ikke nødvendigvis ensbetydende med høj produktivitet; stram ressourcestyring udelukker således ikke „slack“ eller luft i budgetterne på institutionsniveau, og høj produktivitet (og lave enhedsomkostninger) udelukker ikke en svag styring af det samlede ressourceforbrug (Migué & Belanger, 1974; Niskanen, 1971). Det er derfor også væsentligt at finde ud af, om der i modellerne kan være et trade-off mellem makro- og mikro-efficiensen, hvor en effektiv udgiftsstyring kan lægge hindringer i vejen for en effektiv drift af f.eks. skoler og sygehuse.

Anlægger man en dynamisk synsvinkel, hænger makro- og mikroefficiensen imidlertid i høj grad sammen. Sammenhængen opstår, hvis produktionen – eller forbruget – ændrer sig. Sker der da en tilpasning af det samlede ressourceforbrug? Økonomisk og styringsmæssigt er det især et problem ved fald i produktionen, således som man så det, da børnetallet i 1980'ernes

og 1990'ernes danske folkeskole faldt, uden at der skete en tilpasning af ressourceforbruget. Resultatet var en faldende mikroefficiens og en makroefficiens, der, givet det lavere børnetal, var mindre end tidligere (Christiansen, 1990; Goul Andersen & Christiansen, 1991: 123-135). Denne dynamiske vinkel indgår centralt i overvejelserne om, hvilken model der er ud fra en økonomisk effektivitetsvinkel er at foretrække til produktion og fordeling af velfærdsservice. Men fører analysen til samme resultat på både skole- og sundhedsvæsenets område?

I og med at velfærdsstatens indretning også skal tilfredsstille krav om lydhørhed, kvalitet og lighed, opstår der igen et trade-off-problem: Er sikringen af høj effektivitet, det være sig på makro- eller mikroniveau, i strid med lighedsmålsætningen? Udelukker en stærk vægtning af lydhørhedskravet sikring af den økonomiske effektivitet, fordi en imødekomme af borgernes ønsker resulterer i løsninger med et stort ressourceforbrug og måske også en lav produktivitet eller mikroefficiens? Og er der endelig forskel på, hvor gode henholdsvis styringskæden og konkurrencemodellen er til at håndtere afbalanceringen af disse værdier over for hinanden?

Hvad enten det gælder skolerne, sygehusene eller sundhedsvæsenet som helhed har trade-off-problematikken og mere generelt effektivitetsproblemet en særlig drejning. Den kommer ofte frem i både den politiske debat, ikke mindst i den del af den, der foregår i dialog med lærer- og sundhedsprofessionerne og deres organisationer. Samtidig indgår problemstillingen også i akademiske analyser af effektiviteten inden for de to sektorer. Problemet er på en måde vendt på hovedet. For nu drejer det sig ikke om, hvorvidt man har en styring, der er i stand til at minimere ressourceforbruget, alternativt institutionernes produktionsomkostninger, men derimod om der bruges nok givet problemernes størrelse. Bag problemstillingen ligger en form for marginal omkostnings-nyttebetragtning, hvor problemet er, om man ved en ekstra ressourceindsats kunne opnå en højere grad af målopfyldelse, hvor nytten overstiger den ekstra indsats af ressourcer. Det bliver meget hurtigt et overordentlig abstrakt problem. Man nærmer sig dog et delvis svar, hvis man kan sige noget om sammenhængen mellem ressourceforbrug og effekt (Burtless, 1996; Nannestad, 2003). Men forudsætningen er unægtelig, at man har et gyldigt og accepteret effektmål og dertil data, der tillader en måling af effekten. Det er, som det fremgik af kapitel 5, ikke mindst på sundhedsområdet problematiske antagelser.

FINANSIERING, UDGIFTSSTYRING OG EFFEKTIVITET

Principperne for finansiering af produktionen af velfærdsservice indtager en vigtig plads i overvejelserne om, hvordan man sikrer den økonomiske efficiens. For sundhedsvæsenet har man fremstillet det som et samspil mellem tre forskellige kategorier af aktører. Der er selvfølgelig brugerne og producenterne, men da man har at gøre med en service, som brugerne enten slet ikke eller kun delvis selv betaler for, er der også en tredje part. Det er denne tredje part, som står for finansieringen (Pedersen, 1992: 33–38). Forskellen mellem styringskæden og konkurrencemodellen viser sig i høj grad her. I sin idealtypiske form sker finansieringen i styringskæden ved, at politikerne tildeler skoler, henholdsvis sygehusene og sundhedsvæsenet ressourcer. Det sker enten ved, at man institution for institution inden for de relevante politiske enheder finder ud af, hvor store bevillinger de har behov for eller kan få, alternativt ved fordeling af en samlet ramme mellem institutionerne.

I konkurrencemodellen er logikken lige så enkel. Man interesserer sig ikke så meget for det samlede ressourceforbrug. Forudsætningen er, at der er etableret en mekanisme, der udløser bevillinger. Det kan være et bloktilskud bestemt af befolkningstal og beregnede behov, som fordeles mellem de myndigheder, der umiddelbart står for finansieringen, eller det kan være en taxametertakst (voucher), som udløser bevillinger til producenterne, når de har leveret en bestemt ydelse, f.eks. undervist en elev gennem et skoleår eller undersøgt og behandlet en patient, der har været indlagt i et bestemt antal dage, eller som har haft en bestemt diagnose.

Umiddelbart er der to store forskelle mellem de to modeller: I den ene er der forlods lagt et samlet loft over bevillinger, som producenten kan disponere over under mere eller mindre specificerede forudsætninger; i den anden er der tale om bevillinger, der enten afregnes som betaling for præsteret produktion, og som derfor først kendes efterfølgende, eller om en form for fleksibel og løbende kobling af bevilling og aktivitet (Dahl Pedersen, 1997: 36–37). Den første procedure bygger på hierarkisk planlægning og styring, den anden på, at pengene følger elever eller patienter, hvad der ikke udelukker dens anvendelse inden for styringskæden. Procedurerne er ikke bundet til bestemte modeller, om end forsikringssystemerne i deres rene og oprindelige form var baseret på princippet om efterfølgende afregning for en produktion, som den betalende kasse eller selskab kun havde ringe indflydelse på. I skattefinansierede systemer med budgetstyring var styringen som udgangspunkt strammere, men det betød ikke, at man uden videre fulg-

TABEL 6.1.
De samlede sundhedsudgifter 1980-2000 under forskellige finansieringssystemer

MODELLER/LANDE	I PCT. AF BRUTTONATIONALINDKOMSTEN			\$ PR. INDBYGGER I KØBEKRAFTSPARITETER		
	1980	1990	2000	1980	1990	2000
Skattefinansiering						
Danmark	9,1	8,5	8,3	819	1453	2398
Italien	8,0	8,3	8,2	–	1321	2060
New Zealand	5,9	6,9	8,0	458	937	1611
Storbritannien	5,6	6,0	7,3	445	977	1813
Sverige	8,8	8,2	8,4	850	1492	2195
Obligatorisk forsikring						
Frankrig	7,6 ^a	8,6	9,3	–	1509	2387
Holland	7,5	8,0	8,6	668	1333	2348
Schweiz	7,6	8,5	10,7	891	1836	3160
Østrig	7,6	7,1	8,0	662	1204	2233
Tyskland	8,7	8,5	10,6	824	1600	2780
Privat/offentlig forsikring						
Canada	7,1	9	9,2	709	1674	2580
USA	8,7	11,9	13,1	1055	2738	4540

Kilde: www.oecd.org: OECD Health Data (2003).

a. OECD (1990).

te et fast princip, hvor budgettet udgjorde et bindende og ufravigeligt loft for det kommende bevillingsår. Det nye og fælles træk er, at man i såvel de skattefinansierede som i forsikringssystemer bevidst har søgt at stramme den fremadrettede styring af ressourceforbruget i sygehushæsenet. Det gælder også for de amerikanske reguleringsprogrammer.

To ting er afgørende for den relative effektivitet af ressourcestyringen i de to systemer. I styringskæden er spørgsmålet, om man er i stand til at fastsætte og fastholde en given økonomisk ramme, uanset hvordan den er fremkommet. I konkurrencemodellen er spørgsmålet delt mellem fastsættelsen af de takster, som man lægger til grund for tildelingen af bevillinger, og reguleringen af koblingen mellem efterspørgsel og produktion. Det skaber en ret forskellig problemstilling for de to sektorer. For skolevæsenet er efterspørgselen givet, for så vidt som man kender børnetallet og frekvenserne for overgang fra en skoleform til en anden. For sundhedsvæsenet er problemet muligheden for et samspil mellem patienter, læger og sygehuse, som gør, at producenterne i nogen grad definerer behovet i samspil med patienterne med den konsekvens, at udbuddet kan påvirke efterspørgselen. Selv om hypotesens præcise implikationer langt fra er klare, står det fast, at samspillet mellem efterspørgsel, forbrug og produktion er langt mere indviklet på sundheds- end på uddannelsesområdet (Barr, 1992; McGuire, 2000).

Forskellen mellem de to områder fører til, at der ikke er grund til at forvente nogen stor forskel mellem de to modeller på uddannelsesområdet, når det gælder styringen af det samlede forbrug af ressourcer. Derimod vil en konkurrencemodel på sundhedsområdet alt andet lige give anledning til styringsmæssige problemer. Samtidig skal man forvente, at skift mellem de to modeller på denne standard ikke vil have entydige konsekvenser på undervisningsområdet, mens forventningen på sundhedsområdet er, at en bevægelse fra styringskæden til konkurrencemodellen vil trække i retning af et større samlet forbrug og omvendt.

I tabel 6.1 er en række OECD-lande inddelt efter finansieringssystem. Tabellen viser deres samlede ressourceforbrug på to forskellige måder, det vil sige som andel af bruttonationalindkomsten og som udgifterne pr. indbygger efter korrektion for forskelle i den lokale valutas købekraft. Der knytter sig nogle forbehold til sammenligningen, da afgrænsningen af sundhedssektoren og dermed sundhedsudgifterne ikke er sammenfaldende fra land til land. En systematisk gennemgang af sundhedsvæsenets organisation og statistikken har for at løse dette problem defineret en såkaldt sammenlignelig sundhedspakke (Comparable Package of Health Care). Problemet er,

at en sådan systematisk korrektion er så indviklet, at den kun er gennemført for nogle få lande. Afgørende er derfor alene, at tallene skal tages med et vist forbehold. Lægger man den korrigerede sammenligning til grund, viser det sig nemlig, at nogle lande får justeret deres ressourceforbrug opad; det gælder bl.a. for Danmark, som i OECD's statistik har et forholdsvis moderat ressourceforbrug, og Frankrig, som har et lidt højere ressourceforbrug. For andre bliver det til gengæld nedjusteret; det gælder for lande som Holland, Schweiz og Tyskland, hvoraf de sidste efter de gængse opgørelser har et ret højt forbrug (van Mosseveld & van Son, 1999: 217-223). Selv med disse justeringer og den generelle usikkerhed, som knytter sig til tallene, er der betydelige forskelle mellem landene.

Men forskellene følger ikke klart grænsen mellem de forskellige systemer. Det viser sig på flere måder. For det første er der en lang række lande med enten skattefinansiering eller obligatoriske ordninger knyttet til arbejdsmarkedet, som i 2000 havde et ressourceforbrug på 8-9 procent af bruttonationalindkomsten og et forbrug på omkring 2000 \$ pr. indbygger efter korrektion for forskelle i købekraft. Alle disse lande har siden 1980 haft en betydelig vækst i forbruget, en vækst, som har været særlig stærk i New Zealand og Storbritannien, hvis udgangspunkt var lavt. Schweiz, Tyskland og USA skiller sig ud fra de øvrige ved et relativt højere forbrug og ved en stærkere vækst. Der er i alle tilfælde tale om lande med forsikringssystemer, men OECD's tal for Schweiz og Tyskland overvurderer som nævnt disse landes ressourceforbrug i sammenligning med andre europæiske lande.

Der er altså forskel på landene, men forskelle, som ikke uden videre lader sig henføre til finansieringssystemerne. Nogle har igennem perioden gennemført reformer, hvis erklærede mål har været etablering af et quasi-marked for sygehus- og lægelige ydelser. Det gælder for New Zealand, Storbritannien og Sverige. De adskiller sig ikke afgørende fra de andre lande med skattefinansierede systemer, når man ser bort fra, at de to første har haft en kraftig vækst i det samlede forbrug; for Storbritannien afspejler den, at både den konservative regering, der introducerede konkurrencemodellen, og New Labour-regeringen har prioriteret sundhedsvæsenet højt og systematisk tilført det flere ressourcer (Pallesen, 1997; Klein, 2001).

Udviklingen i Canada og USA adskiller sig markant fra hinanden. De er her i overensstemmelse med traditionen kategoriseret sammen, men i virkeligheden er der tale om to forskellige systemer. Det canadiske er et universelt system baseret på en skattefinansieret sygesikring, som dækker forbruget for størstedelen af befolkningen; resten er på anden vis dækket af det offentlige

(Canada Health Act, 2003). Dermed er USA det eneste system uden universel dækning, men stadig med et betydeligt offentligt engagement i finansieringen af sundhedsudgifterne. Det amerikanske forbrug har altid ligget forholdsvis højt, men siden 1980 er det vokset eksplosivt sammenlignet med andre vestlige lande. Væksten kan dog ikke uden videre henføres til, at USA realiserer konkurrencemodellen på producentsiden, for det gælder i høj grad også Canada. Samtidig sikrer det canadiske system sine borgere valgmuligheder, der nærmer sig amerikanernes.

Der er altså andre træk ved systemerne, som er af betydning for forskelle og ligheder mellem dem, og fire forhold fortjener særlig opmærksomhed (Jönsson & Eckerlund, 2003: 109-110; Mossialos & Le Grand, 1999: 139-143; SOU, 2002: 62-65). For det første skiller USA sig ud som det eneste land, hvor der ikke er en form for politisk styring af udgifterne. For alle andre lande gælder, at der enten på nationalt eller på regionalt niveau er en vis centralisering af styringen. Den er typisk suppleret af en politisk planlægning og styring af sygehuskapaciteten. Det gælder også i det canadiske system. En forskel består dog mellem systemer, hvor styringen er baseret på tildelte budgetter og systemer, hvor den er baseret på efterfølgende afregning for præsteret produktion. Selv om de to systemer via politiske indgreb nærmer sig hinanden, er den overordnede ressourcestyring alt i alt mere effektiv i de systemer, som har fastholdt denne model (Danmark, England og Sverige). For det andet er samspillet mellem praksis- og sygehussektoren organiseret forskelligt; i en række lande, men ikke alle, fungerer praksis som en kontrolleret adgang til den specialiserede og dyrere sygehusbehandling, ligesom der kan være etableringskontrol i sektoren, som styrer udbuddet. For det tredje er reformerne vanskelige at vurdere, og det er i den sammenhæng afgørende at undersøge, om de har nærmet de reformerede systemer til konkurrencemodellen. Således er det for både Storbritannien og Sverige et åbent spørgsmål, hvor meget mere konkurrence der er skabt, mens New Zealand i betydeligt omfang har revideret reformerne og ført systemet tilbage mod et traditionelt skattefinansieret og offentligt styret sundhedsvæsen. For det fjerde er der i alle lande en omfattende politisk regulering af sundhedssektoren, men den retlige regulering ser ud til at være mere omfattende i systemer, som er baseret på en kombination af forsikringer og efterfølgende afregning end i systemer, hvor den politiske styring er hierarkisk og i hovedsagen baseret på økonomiske instrumenter såsom budgetstyring og kapacitetsplanlægning og -tilpasning.

På skoleområdet er finansieringsstrukturen langt mere overskuelig. De

TABEL 6.2.

Finansieringen af udgifterne til skolevæsenet i udvalgte OECD-lande 1999.

	SAMLEDE UDGIFTER I PCT. AF BNI ¹	OFFENTLIG FINANSIERING I PCT. AF SAMLEDE UDGIFTER ²	DIREKTE OFFENTLIG FINANSIERING AF PRIVATE INSTITUTIONER I PCT. AF SAMLEDE UDGIFTER ³	INDIREKTE OFFENTLIG FINANSIERING I PCT. AF SAMLEDE UDGIFTER ⁴
Belgien	3,5	92,7	54,7	0,4
Danmark	4,2	97,8	6,5	14,6
Finland	3,6	99,4	4,2	3,9
Frankrig	4,4	92,8	13,3	3,7
Holland	3,1	93,9	70,7	7,4
Irland	3,1	96,7	–	3,1
New Zealand	4,6	–	1,4	3,2
Norge	4,0	99,1	2,2	5,9
Storbritannien	3,7	88,2	21,1	0,2
Sverige	4,4	99,8	2,7	13,6
Tyskland	3,7	75,6	7,9	6,7
USA	3,8	90,7	0,3	–

Kilder: OECD (2002b). 1. Tabel B2.1c (p. 172); 2. Tabel B1.1 (p. 158); 3. Tabel B4.2 (p. 190); 4. Tabel B.4.3 (p. 191).

finansielle kilder er altovervejende offentlige, men der er, som det fremgår af tabel 6.2, variation mellem landene. En stor procentandel privat finansiering, således som man ser det i Tyskland, er dog ikke ensbetydende med forældrebetaling; den fremkommer, fordi nogle tyske uddannelser på sekundærniveau er finansieret via arbejdsmarkedet. Tilbage bliver en forskel mellem de nordiske lande med næsten fuld offentlig finansiering og lande som Belgien, Holland, Storbritannien og USA, hvor den offentlige andel af de samlede udgifter svinger omkring 90 procent. For en vurdering af konkurrencemodellen over for styringskæden er det imidlertid mere interessant at se på, i hvilket omfang den offentlige finansiering bidrager til at skabe valgmuligheder for forældrene. Det kan ske på to måder, idet staten eller de lokale myndigheder direkte kan overføre tilskud til private skoler, som det sker i traditionelle fritvalgs-systemer som Belgien og Holland, og som det også sker i det reformerede britiske system. Derimod er den traditionelle danske friskoleordning, som Sverige i betydeligt omfang har kopieret, baseret på indirekte offentlige overførsler til de private skoler. USA, som har haft den livligste debat om fordele og ulemper ved indførelse af et offentligt finansieret eller støttet fritvalgssystem, har, som det ses, et altovervejende offentligt skolesystem, hvor der for alle praktiske formål ikke er offentlige tilskud til private skoler og dermed en skarp adskillelse af de offentlige og private skoler, som ikke er typisk for andre vestlige lande.

Forskellene i ressourceforbrug er ganske betydelige. De nordiske lande og New Zealand bruger alle 4 procent eller derover af nationalindkomsten på udgifter til skolevæsenet, mens de øvrige lande ligger på niveauet 3,1 til 3,8 procent. Mønstrer gentager sig med udgifterne pr. elev i, hvad der svarer til folkeskolens ældste klasser. De nordiske lande ligger sammen med Frankrig og denne gang USA højt i sammenligning med lande som Belgien og Holland samt England, der enten pr. tradition eller reform nærmer sig konkurrencemodellen. Det samme gælder dog det relativt dyre New Zealand, der som det eneste land har realiseret modellen inden for et fortsat offentligt skolevæsen. Man har da heller ikke i New Zealand oplevet et fald i udgifterne eller en reduktion i udgiftsvæksten efter skolereformen i de tidlige 1990'ere (Fiske & Ladd, 2000: 148–152).

Tabel 6.2 giver ikke alle relevante oplysninger for en vurdering af finansierings- og styringssystemet på skoleområdet. I nogle systemer, f.eks. mange danske kommuner, bruger man altovervejende et system med politisk tildelte budgetter, mens man i andre systemer lader pengene følge eleverne. Det gælder, som vist i kapitel 3, for de offentlige skoler i bl.a. New Zealand og

Storbritannien og for de private skoler i Danmark. Samtidig har nogle danske kommuner angiveligt indført en form for taxameterfinansiering af deres skoler, mens andre, som f.eks. Århus Kommune bruger et tillempet system, der kombinerer central styring med elevtalsafhængige justeringer af budgettet (Christensen, 1998; Serritzlew, 2003).

En sammenligning af de to former for service viser en betydelig variation i det samlede ressourceforbrug inden for begge områder. For sundhedsvæsenet forekommer det oplagt, at en central politisk styring af kapacitet og ressourceforbrug, som kan være placeret på nationalt eller regionalt niveau, bidrager positivt til makroeffektiviteten målt som det samlede ressourceforbrug. Det understreger den betydning, som man i litteraturen har tillagt samspillet mellem finansieringssystem og udgiftsstyring, men det viser samtidig, at det er ret underordnet, hvordan finansieringen er organiseret: I obligatoriske arbejdsmarkedsordninger, direkte skattefinansiering eller i et offentligt forsikringssystem. I det ligger, at reguleringen af samspillet med praksissektoren og sondringen mellem budgetstyrede og afregningsbaserede systemer er afgørende; de sidste har, som de tyske, schweiziske og amerikanske erfaringer viser, vist sig vanskeligt styrbare. På skoleområdet kunne det se ud, som om de klassiske fritvalgssystemer, hvor private skoler har en væsentlig markedsandel, men bibeholder offentlig finansiering, har en mere effektiv styring af ressourceforbruget på makroniveau. Mønstrer er dog ikke klart.

En række lande har siden 1980'erne eksperimenteret med mere eller mindre vidtgående reformer. Deres sigte har været en tilnærmelse til konkurrencemodellen. Hverken for skole- eller sygehus- og sundhedsvæsenet er det muligt at afgøre, om reformerne har haft en effekt for ressourcestyringen på makroniveau, hvad der heller ikke har været deres primære formål. Deraf kan man ikke slutte, at konkurrencemodellen ikke virker. Det er mere væsentligt at fastholde, at den i næsten alle tilfælde – med de new zealandske skoler som en væsentlig undtagelse – i praksis er gennemført med betydelige forbehold. Lige så vigtigt er, at der inden for både den ene og den anden af de eksisterende modeller er gennemført ændringer, som på den ene side modificerer modellen, på den anden side tilnærmer virkelighedens systemer til hinanden. På sundhedsområdet er det sket ved, at traditionelle forsikringssystemer, hvor ressourcefordelingen var baseret på efterfølgende afregning for præsterede ydelser, har introduceret en række styringstiltag på makroniveau (f.eks. Tyskland), mens andre lande (f.eks. Danmark) har suppleret den traditionelle centraliserede budgetstyring med en kombination af

frit sygehusvalg og øremærkede puljer, hvor udlodningen sker på basis af præsteret aktivitet. Tilsvarende er der ikke noget præcist overblik over de faktiske budgetstyringsmekanismer, som bliver brugt inden for skolevæsenet. En manglende eller uklar sammenhæng kan derfor være udtryk for, at de faktiske styringssystemer for en række lande er mindre forskellige, end man ofte antager.

INSTITUTIONEL INDRETNING OG PRODUKTIVITET

En sammenlignende analyse af produktiviteten i forskellige systemer er lige så vanskelig som analysen af systemernes evne til at sikre lighed og kvalitet i produktion og fordeling af velfærdsservice. Det kniber ikke alene med data, som er pålidelige, og som tillader sammenligning mellem lande med forskellige systemer. Det gælder ikke mindst, hvis man samtidig vil sammenligne over tid. Det sidste er forudsætningen for at kunne sige noget sikkert om effekten af de reformer, som er gennemført i en række lande.

Samtidig gentager en af komplikationerne fra analysen af ligheds- og især kvalitetsproblematikken sig: Det kan godt være, at sygehus- og sundhedsvæsenet producerer en service til borgerne, som i høj grad er et privat gode, og som hviler på et teknisk-naturvidenskabeligt paradigme, som igen bygger på en antagelse om en rimeligt sikker sammenhæng mellem indsats og effekt. Problemet er bare, at sygehus- og sundhedsvæsenets organisatoriske enheder er overordentlig komplekse, og det er derfor ikke meningsfuldt at se dem som producenter og leverandører af en eller nogle få veldefinerede serviceydelser. Deres ydelser er mangfoldige, og det gør, at man for det første savner et fælles og accepteret mål for deres produktion, og for det andet at der trods en mangfoldighed af data ikke er ét samlet datasæt, som man kan lægge til grund for en sammenlignende analyse. I alle disse henseender er situationen bedre for uddannelsessystemet.

Med disse begrænsninger følger analysen samme fremgangsmåde som i kapitel 5. Udgangspunktet er data indsamlet i OECD's regi. Det sikrer i et vist omfang sammenlignelighed, og det gør i det mindste, at nogen har tænkt over de begrænsninger, som knytter sig til data. Problemet er også her størst på sundhedsområdet; på uddannelsesområdet er der i forbindelse med PISA-projektet gjort en stor indsats for at sikre sammenlignelighed. En vurdering af produktiviteten i de forskellige systemer løber dog ind i det problem, at OECD behandler landene som institutionelle enheder. Det er ikke

TABEL 6.3.

Omkostnings- og produktivitsindikatorer for sygehus- og sundhedsvæsen i udvalgte OECD-lande 2000

MODELLER/LANDE	AKUTTE SENGE- PLADSER PR. 1000 INDBYGGERE •	ÆNDRING SIDEN 1980	GNS. LIGGETIDER FOR AKUTTE SOMATISKE PATIENTER 2000	ÆNDRING I PCT. SIDEN 1980	ANTAL FØDSLER VED KEJSERSNIT PR. 1000 LEVENDEFØDTE BØRN (1999)	ÆNDRING I PCT. SIDEN 1980
Skattefinansiering						
Danmark	3,3	-2	5,2 ¹	-39 ¹	141	+36
Italien	4,5	-3,4	7,2 ²	-	311	+178
New Zealand	-	-	4,9 ²	-	184	+52 ⁴
Storbritannien	3,4	-1	6,2	-37	170 ³	+93
Sverige	2,5	-2,6	5	-70	144	+22
Obligatorisk forsikring						
Frankrig	4,2	-1,5	5,5 ¹	-80	157 ¹	+113
Holland	3,6	-2,6	9	-56	113	+35 ⁴
Schweiz	4,4	-2,7	9,3	-67	-	-
Østrig	6,3	-1,2	6,3	-42	164	+33 ⁵
Tyskland	6,4	-1,3	9,6	-51	198	+26 ⁴
Privat/offentlig forsikring						
Canada	3,3	-1,3	7,1 ¹	-30 ¹	190	+9 ⁵
USA	3	-1,2	5,9 ¹	-29	220	-3 ⁴

Kilde: OECD Health Data [2002], 4th ed.; 1. 1999; 2. 1998; 3. 1997; 4. Siden 1990; 5. Siden 1995.

rimeligt, fordi flere lande i varierende blandingsforhold kombinerer forskellige systemer. Det er heller ikke rimeligt, fordi der er en række forskelle i den detaljerede institutionelle indretning af henholdsvis de nationale sundheds- og sygehusvæsen og skolevæsenene. Problemet lader sig ikke løse, men man kan gennemføre en kvalificeret analyse ved at kombinere en overordnet sammenlignende analyse med en inddragelse af den litteratur, som beskæftiger sig med konsekvenser af de institutionelle træk, som kendetegner styringskæden og konkurrencemodellen.

Tabel 6.3 viser en række oplysninger vedrørende sygehusenes rolle og produktion i en række lande med forskellige finansieringssystemer. Udgangspunktet er den generelt accepterede viden om sygehusene som den omkostningstunge del af sundhedsvæsenet, og yderligere om indlæggelsestunge behandlings- og plejeformer som stærkt omkostningsdrivende. Tabellen tegner her et dobbelt billede af landene. På den ene side er der stor forskel på, hvor mange akutte sengepladser der er til rådighed, og dermed hvor stort et udbud af dyr stationær behandling der er. Billedet er generelt, at lande med skattefinansiering har mindre kapacitet end lande med forsikringsordninger. Mønstret er dog ikke klart, og der er inden for gruppen af lande med obligatoriske forsikringer en stor spredning; det er således de tysksprogede lande, som alle har systemer uden en dørvogterfunktion for de praktiserende læger i forhold til sygehusene, som opretholder den forholdsvis største sengekapacitet. Mønstret går igen i de gennemsnitlige liggetider, som er væsentligt højere i disse lande end i de øvrige. USA, som kombinerer et forsikringssystem og manglende dørvogterfunktion i praksisledet, har ikke desto mindre sengekapacitet og liggetider på niveau med de nordiske lande og Storbritannien.

På den anden side er der overalt sket store ændringer siden 1980. Det gælder uanset den institutionelle indretning. Det kan, hvis man følger den almindelige tolkning, tages som udtryk for, at der er sket en effektivisering. Den er slået stærkt igennem i lande med skattefinansierede systemer og i den særlige canadiske variant af et skattefinansieret forsikringssystem, der allerede var relativt effektive i 1980. Men det gælder i lige så høj grad i systemer med obligatoriske forsikringer som Frankrig og Holland; det samme gælder for de tre tysktalende lande, hvis udgangspunkt blot var væsentligt ringere. Der er altså en tendens til, at sundhedsvæsen med forskellig indretning konvergerer over tid.

Det er der til dels også, hvis man ser på udviklingen i aktiviteten på et enkelt område, nemlig brugen af kejsersnit ved fødsler. Der er tale om et

indgreb, som kræver indlæggelse, og yderligere om et indgreb, der fordyrer omkostningerne ved en fødsel. Samtidig er indgrebet relativt standardiseret, og det er en af de indikatorer, som indgår i OECD's sammenlignende sundhedsdatabase. Indgrebet er interessant i denne sammenhæng, fordi der ud fra lægelige kriterier er et vist spænd for vurderingen af, hvornår fødsel ved kejsersnit måske ikke er påkrævet, men er formålstjenlig ud fra hensynet til mor og barn. Der er dermed et spillerum for en blanding af kliniske og økonomiske vurderinger, hvor de incitamenter, der er knyttet til sundhedsvæsenets indretning, kan spille ind (Goodrick & Salancik, 1996).

Overalt ser man en stigende frekvens for benyttelsen af kejsersnit som forløsningsmetode, men det er usikkert, hvorvidt den får mønstret til at konvergere. USA og til dels Canada er undtagelserne, men her var udgangsniveauet i 1980 endog væsentligt højere end i andre vestlige lande. Det interessante er, at stigningstakterne varierer voldsomt, således at knap hver tredje kvinde i Italien bliver forløst ved kejsersnit, mens det kun er godt en tiendedel af kvinderne i Holland. Endelig er der ingen tendens til, at forskellene mellem landenes finansieringssystemer og de institutionelle træk, som er knyttet sammen med dem, slår igennem på produktionen. Der er altså andre forhold på spil, sandsynligvis et samspil mellem en forskellig lægelig praksis og forskelle i krav og ønsker hos de vordende mødre, et samspil som slår igennem i forhold til sygehusene.

Det rejser en ny problemstilling. Den er, hvordan man forklarer den tilpasning, der er sket gennem årene inden for alle systemer, og som kombinerer en vækst i det samlede ressourceforbrug med en række ændringer, der er udtryk for forbedret ressourceudnyttelse. Forklaringen på det første led i udviklingen er et samspil mellem stigende behandlingsmuligheder og en stigende efterspørgsel, som man over en periode generelt imødekommer uanset sundhedsvæsenets indretning. Samtidig er der iværksat en række foranstaltninger til forbedring af produktivitet og ressourceudnyttelse inden for en ramme præget af udvidede opgaver og øget ressourceforbrug. Politisk regulering og rammesætning spiller overalt en stor rolle, men strategien varierer fra land til land og er stærkt præget af udgangspunktet. I de skattefinansierede systemer har den bestået i en fastholdelse af den politiske kapacitets- og ressourcestyring kombineret med en vifte af andre tiltag. I lande som Sverige og Storbritannien har man eksperimenteret med et køber-leverandør-split, der tilnærmer sig konkurrencemodellen, i Danmark med elementer af et frit sygehusvalg, som gradvis er udvidet. Parallelle og lige så interessante tiltag er i disse systemer en stigende politisk regulering af

virksomheden, som specificerer krav til først og fremmest sygehusene. Denne del af reguleringen styrker i virkeligheden styringskædens hierarkiske instrumenter. I forsikringsmodellerne er der også sket en tilpasning, som har resulteret i en stærkere offentlig og politisk styring.

Konkurrenceretorikken har haft en fremtrædende placering i reformerne uanset systemernes indretning, men det er ikke entydigt klart, hvad der ligger heri, ej heller er det en strategi, som har spillet nogen fremtrædende rolle i den praktiske reformpolitik, og endelig, i det omfang man har søgt at styrke konkurrencen, kun i begrænset omfang en strategi, som faktisk har haft denne effekt (Blumberg & Nichols, 1998; Bocognano et al., 1999; Glaeske et al., 2001; Paulus et al., 2003). De effekter, der er iagttaget, har været spredte, og der er ikke observeret nogen langsigtet effekt i retning af forbedret produktivitet (Boyne et al., 2003; Goddard & Manion, 1998; Proppe & Söderlund, 1998; Sørensen & Dalen, 2001: 117-139; Tambour, 1997). Det samme gælder for den specielle britiske variant af køber-producent-split, som blev gennemført i form af praksisbudgetter. Erfaringen var, at de praktiserende læger ikke i særligt omfang reagerede på de økonomiske incitamenter, der var indbygget i ordningen (Milne & Torsney, 2003). Ændringerne knytter sig derfor først og fremmest til indgreb, der intensiverer den politiske regulering af sektoren, selv om reformerne fremstår som led i en konkurrence- og decentraliseringsstrategi.

Særlig interesse knytter sig i den sammenhæng til de amerikanske eksperimenter med såkaldt „managed care“ (regulerede sundhedsordninger). Der er sat i værk af både private udbydere af forsikringer, som sommetider også selv udbyder sundhedsydelser, og af det offentlige inden for Medicare og Medicaid-programmerne. Der er således tale om en strategi, hvor på den ene side aktørerne på forsikrings- og sundhedsmarkedet forsøger at styrke deres omkostningskontrol, politikerne på den anden side forsøger det samme for at begrænse et vanskeligt kontrollerbart træk på de offentlige kasser. Det indebærer, jf. kapitel 4 ovenfor, at systemet med efterfølgende afregning på basis af leverede ydelser (fee for service) er erstattet af en forudbetalt præmie, der sikrer betaling for en integreret pakke af sundhedsydelser, det være sig på sygehuse eller i primærsektoren. På den måde indeholder modellen træk fra de europæiske skattefinansierede systemer, men der er en forskel i forhold til dem. I de amerikanske „managed care“-programmer, i form af f.eks. Health Maintenance Organizations (HMO), er der konkurrence på leverandør-siden, en konkurrence, der fungerer i tæt befolkede områder, og som positivt har bidraget til en forbedring af produktiviteten på sygehusene.

Der er indikationer for, at specifikke „managed care“-systemer i USA har opnået en omkostningseffektivitet, der matcher produktiviteten i den britiske NHS. Samtidig er erfaringen, at der er forskelle fra et behandlingsområde til et andet, uden at der er en forskel i incitamenterne (Garber, 2003; Mobley, 1998; SOU, 2002: 55-56; Sørensen & Dalen, 2001).

Der er fire umiddelbare konklusioner. Den første er, at de europæiske skattefinansierede systemer, som fungerer inden for styringskæden, har en relativt høj produktivitet med deres relative omkostninger som målestok. Den anden er, at det amerikanske system i lighed med de europæiske skattefinansierede systemer har gennemført en tilpasning, som sikrer en bedre udnyttelse af ressourcerne på specielt sygehusene. Det gælder også, men i væsentligt mindre omfang i de europæiske systemer baseret på obligatoriske forsikringer og specielt for systemerne med tysksprægede sygekassesystemer. Den tredje er, at tilpasningen i høj grad er gennemført i form af mere intens politisk styring, altså en styrkelse af styringskæden; bidraget fra konkurrencemodellen eller quasi-markeds-lignende forandringer i en række europæiske lande og New Zealand har ikke været stort. Det fjerde er, at regulering inden for hierarkiet eller gennem øget brug af økonomiske incitamenter kun delvis påvirker adfærden. Den stærkt varierede tilvækst i brugen af kejsersnit er et illustrativt eksempel på, hvordan der tilsyneladende er et stærkt samspil mellem normer i befolkningen og en kombination af kliniske normer og usikkerhed omkring effekten af givne kliniske indgreb. Den fører til store forskelle mellem lande, som ikke kan føres tilbage til forskelle i deres institutionelle indretning; den fører også til betydelig variation inden for enkeltsystemer, som viser sig inden for endog små geografiske områder og forholdsvis veldefinerede behandlinger (Hughes, 2003; McPherson, 1990; Moïse, 2003; Moon, 2003).

Et paradoks ved vurderingen af produktivetsniveauer og -udvikling i de forskellige lande knytter sig til den store forskel mellem på den ene side forsikringssystemer som først og fremmest USA og til dels de tre tyske sygekassesystemer, på den anden side universelle systemer som de nordiske, det britiske og også det canadiske. Nogle af niveauforskellene kan sandsynligvis tilskrives institutionelle forhold (finansieringssystem, økonomiske incitamenter og eksistensen af en praksissektor med eller uden dørvogterfunktion). Men de ændringer, der er sket i systemerne, har på væsentlige punkter fået dem til at konvergere, og der er ikke her noget, der umiddelbart antyder, at især det amerikanske system skulle have en ringere udnyttelse af kapaciteten end de europæiske integrerede systemer. Alligevel ligger de amerikanske

omkostninger, som det fremgik af tabel 6.1, langt over omkostninger i Canada og de fleste andre OECD-lande. Spørgsmålet er hvorfor.

Der er to interessante delforklaringer. Den ene knytter sig til lønniveauet for lægerne. De amerikanske (og i øvrigt også de tyske) lægers indkomster før skat ligger væsentligt over landets gennemsnitlige lønniveau. Samtidig er der stor forskel i forhold til andre lande, og mens man her har oplevet en indsnævring af forskellene mellem lægernes indkomster og gennemsnitsindkomsterne, gælder det modsatte for USA. Konklusionen er derfor, at en stor del af forskellen beror på ikke så meget et højere gennemsnitligt forbrug som på højere omkostninger, der afspejler højere priser på input (Jönsson & Eckerlund, 2003; Sandier, 1990; Wilkerson, 2003). Den anden delforklaring har hæftet sig ved en mulig, men lidet påagtet konsekvens af den forskellige indretning af rene forsikringssystemer som det amerikanske og universelle systemer som de britisk-nordiske og det canadiske. Som fremhævet ovenfor er der en tæt regulering af forsikringssystemerne, som er baseret på aftaler og kontrakter, sammenlignet med de universelle systemer, som i højere grad er baseret på hierarkisk styring. Sammenligninger af det amerikanske og det canadiske system har i den sammenhæng vist, at de administrative omkostninger er væsentligt højere i det amerikanske end i det canadiske system. Hvor administrationsomkostningerne i det amerikanske system i gennemsnit andrager 19-24 procent af de samlede udgifter, er de kun 8-11 procent i Canada; en opgørelse fra 1980'erne viste, som for lønforskellene, at forskellen blev større over tid (Himmelstein & Woolhandler, 1986; Woolhandler & Himmelstein, 1991). Forskellen er også ud fra en anden synsvinkel interessant. I de skattefinansierede systemer har man i langt højere grad baseret reguleringen på en makrostyring, hvor det amerikanske system er baseret på mikroregulering. I bestræbelserne på at effektivisere de europæiske forsikringssystemer har man i høj grad satset på politiske makrotiltag. Men de reformer, der har været inspireret af konkurrencemodellen, har generelt bidraget til en højere grad af mikroregulering også i de europæiske systemer.

Problemerne med en sammenligning af produktiviteten i skolesystemer med varierende institutionel struktur er også vanskelig. Samtidig er den internationale statistik over ressourceforbrug og omkostninger opbygget på en måde, som gør det svært at vurdere, i hvilket omfang forskelle i omkostninger og produktivitet beror på institutionelle forskelle, og i hvilket omfang den beror på andre forskelle. Ofte er antagelsen, at frit valg og især frit skolevalg, som også omfatter vouchers eller voucher-lignende ordninger

TABEL 6. 4.

Omkostnings- og produktivtetsindikatorer for grundskolens øverste klasse (5./6.-9./10.klassen) i udvalgte OECD-lande 2000

	GNS. ANTAL UNDERS- NINGSTIMER PR. ELEV ¹	GNS. KLASSE- KVOTIENT ²	ELEV/LÆRER- RATIO ³	LÆRLØN PR. ÅR VED 15 ÅRS ANCIENNET I US\$ KORRIGE- RET FOR KØBEKRAFT ⁴	ÅRLIGT ANTAL TIMER MED ELEV- KONTAKT ⁵	UDGIFTER I \$ PR. ELEV PÅ 5./6.-9./10.-KLASSETRIN KORRIGERET FOR KØBEKRAFT ⁶
Belgien	955/1075 ^a	-/21,1 ^a	9,7 ^c	34079/33173 ¹	716/728 ^a	6444 ^d
Danmark	890	18,6/-	11,4	32883	640	6904
Finland	808	-	10,7	28690	656	6390
Frankrig	1042	24,4/24,8	14,7	29331	639	6657
Holland	1067	-	17,1 ^d	34985	867	5747
Irland	891	22,7/	15,9	36145	735	4401
New Zealand	948	-	19,9	33653	968	-
Norge	827	22,9/19,1	9,9	26831	633	7387
Storbritannien	940/1000 ^b	26,8/	17,6	35487/34798 ^b	-/893 ^b	5608 ^d
Sverige	741	-	12,8	25553	^c	8157
Tyskland	903	24,5/26,0	15,7	40561	732	4918
USA	-	-	16,3	40072	1127	8157 ^d

Kilder: OECD (2002b): 1. Tabel DE1.1 (p. 283); 2. Tabel D2.1, (p. 292); 3. Tabel D2.2 (p. 293); 4. Tabel D6.1 (p. 339); 5. Tabel D7.1 (p. 349); 6. Tabel B1.1 (p. 158).

Noter: Offentlige skoler/offentligt støttede privatskoler med mere end 50 pct. offentlig tilskud; a. Flandern/Vallonien, alle skoler; b. England/Skotland; c. Svenske lærere har i henhold til overenskomsten en tilstedeværelsespligt svarende til 1360 timer om året for en fuldtidsansat lærer. Det afledes på skolen, hvordan tiden skal fordeles mellem undervisning og andre opgaver. Fuldtidsbeskæftigelse svarer til 1767 løntimer; d. gennemsnit for alle klassetrin fra og med 6. klasse til og med gymnasium og anden sekundær undervisning.

for private skoler, sikrer lavere omkostninger og højere produktivitet (se f.eks. Hanushek, 1994; Lundsgaard, 2003). Tabel 6.4 giver en oversigt over forskellige omkostnings- og produktivetsindikatorer for de samme OECD-lande som i tabel 6.2. Den omfatter elever og skoler med undervisning på grundskole- (primær-) og overbygningsniveau (lavere sekundærniveau), hvad der svarer til 5./6. – 9./10. klassetrin i den danske folkeskole. Tallene dækker altså grundlæggende undervisning på samme alderstrin som PISA-undersøgelsen, der delvis lå til grund for kapitel 5.

Der er en del variation mellem landene. Det kommer frem på flere mål. Et højt gennemsnitligt timetal for eleverne går således hånd i hånd med høje klassekvotienter, og det udelukker hverken en høj elev/lærer-ratio eller et relativt stort antal årlige undervisningstimer for lærerne. Der er således et klart billede af produktivetsforskelle mellem landene, hvor nogle har en forholdsvis høj produktivitet (Holland, Irland, New Zealand, Storbritannien, Tyskland og USA), mens andre (de nordiske lande) har en ret lav produktivitet. Billedet er dog en kende anderledes, hvis man også ser på gennemsnitsomkostningerne pr. elev. Da er omkostningsniveauet relativt højest i lande som USA, Sverige, Norge og Danmark, mens det i de andre lande ligger lavere og i Irland og Tyskland en del lavere med en gennemsnitsomkostning på under 5000 \$ (reguleret for forskelle i købekraft). Tabellen viser også, at en del af forskellene beror på en betydelig variation i lærernes løn, som overalt udgør den væsentligste del af skolernes driftsudgifter. I nogle lande, som f.eks. Tyskland og tilsyneladende USA, er lærernes løn meget høj; det gælder også ved sammenligning med det generelle indkomstniveau i samfundet; i andre lande, som f.eks. Norge og Sverige, er den tilsvarende lav. For Norge og Sverige afspejler det delvis lærernes forholdsvis lave produktivitet, men forskellene mellem de andre lande giver ikke uden videre støtte til en sammenhæng mellem lønniveau og produktivitet og omkostninger (OECD, 2002 b: 331–338). Der er andre faktorer i spil.

Landene har indrettet deres skolesystemer forskelligt, men i hvilket omfang forklarer det forskellene i omkostninger og produktivitet? Det er også spørgsmålet, om de reformer, der er gennemført i nogle lande, bidrager til forskellene. Det sidste er vanskeligt at belyse, da der ikke foreligger sammenlignelige oplysninger, som spænder over perioden fra før reformernes iværksættelse og hen over deres gennemførelse. Spørgsmålet er endelig også, om private skoler har en højere produktivitet end offentlige skoler; det er der umiddelbart en indikation for, da deres standard, som vist i kapitel 5, gennemgående er lavere. Det rører ved den på en gang følsomme og uklare

diskussion, om bevillinger og normeringer er en indikator for kvalitativ standard og således en positiv værdi eller en omkostning og således en negativ belastning.

Der er ikke noget helt klart mønster. Nogle lande har et for alle praktiske formål rent offentligt skolevæsen (Norge, Sverige og Tyskland), med begrænset konkurrence fra private skoler (Bishop, 2000). De har alle relativt høje omkostninger. Det samme gælder Danmark og USA, hvor en ikke ubetydelig del af eleverne går i privatskole. I Danmark sker det i et voucher-lignende system med for alle praktiske formål offentligt finansierede skoler; i USA er privatskolerne rent privat finansierede, og voucherarrangementer af den ene eller anden art tæller – trods den omfattende litteratur – ikke i dette billede. Tilbage er dels lande med et to- eller tredelt skolesystem som i Frankrig, Holland og Belgien, hvor produktiviteten er ret høj i de to sidste, og hvor der for alle tre ser ud til at være en sammenhæng mellem lærernes produktivitet og deres lønniveau. Endelig er der New Zealand og til dels Storbritannien, som begge har introduceret en ren konkurrencemodell, men kun i det sidste tilfælde inden for et system, som traditionelt også rummer privatskoler. Skolerne har i begge lande en ret høj produktivitet og deres lærere et forholdsvis højt lønniveau.

DET ER PÅ DEN BAGGRUND SVÆRT AT DRAGE ENTYDIGE KONKLUSIONER

En række policy-analyser har også beskæftiget sig med problemstillingen. Størstedelen er gennemført i USA, hvor privatskolerne har en markedsandel på ca. 10 procent, men det er i den sammenhæng væsentligt, at de er rent privatfinansierede. Der eksisterer parallelt en række voucher-lignende ordninger med frit skolevalg inden for det offentlige system, og selv om deres omfang er beskedent, er der et sammenligningsgrundlag her. Caroline Hoxby (1998) har i flere analyser belyst problemet, og hendes konklusion er en betragtelig produktivitetsgevinst på omkring 17 procent målt ved udgifterne pr. elev ved øget konkurrence mellem offentlige skoler. Derimod finder hun ikke i det amerikanske system nogen effekt på produktiviteten i de offentlige skoler, når de er udsat for konkurrence fra private skoler. Det giver umiddelbart støtte for konkurrencemodellen. Det kan imidlertid være svært at fortolke resultatet, da omstændighederne er stærkt præget af særlige amerikanske problemer omkring de offentlige skoler i de indre byer (Sørensen & Dalen, 2001: 104–106). Ligeledes står det åbent, hvorvidt skoler-

ne, der indgår i analyserne, er sammenlignelige med hensyn til elever og opgaver (Levin, 1998).

Den amerikanske sammenhæng er dog så speciel, at man bør overveje, om resultatet kan generaliseres til andre lande, hvor det offentlige i væsentligt omfang finansierer privatskolernes drift, eller hvor der er frit skolevalg inden for rammerne af det offentlige skolevæsen, således at konkurrencen har økonomiske konsekvenser for skolerne. Der er flere muligheder for at vurdere dette.

Den danske friskoleordning bygger på, at det offentlige finansierer størstedelen af de private skolers driftsudgifter (Undervisningsministeriet et al., 1998). Grundlaget for beregningen af tilskuddet er gennemsnitsudgifterne pr. elev i folkeskolen, og skolerne modtager under 1992-ordningen et tilskud, der svarer til 75 procent heraf. Forældrebetaling finansierer resten af udgifterne. Erfaringerne er positive, for så vidt som de gennemsnitlige udgifter pr. elev ligger omkring 10 procent under niveauet for folkeskolen, og for så vidt som der er en ganske stærk sammenhæng mellem fald i børnetallet og de private skolers udgifter (Finansministeriet, 1994: 166; Serritzlew, 2003). Men er der en tilsvarende effekt af konkurrence inden for det offentlige skolevæsen? Det er undersøgt på to måder. Den ene metodes udgangspunkt var, om kommunerne havde frit skolevalg (Holst & Storm, 2000); den anden metode tog derimod udgangspunkt i, om kommunerne benyttede et taxametersystem til fordeling af bevillinger mellem skolerne (Serritzlew, 2003). I begge tilfælde er der tale om spilleregler, hvis formelle forankring er kommunalbestyrelsens egne vedtagelser. Da data yderligere er indhentet via spørgeskemaer, er det usikkert, hvor præcist reglerne er formuleret. I begge tilfælde finder man, at frit skolevalg og/eller taxameterfordeling af bevillingerne bidrager positivt til produktiviteten, men sammenhængen er svag. For bl.a. England er der rapporteret parallelle resultater, men de er usikre og til dels modstridende. Samtidig er problemet, at reformerne indeholdt flere forskellige komponenter og en sammenfattende konklusion er, at den effektivitetsgevinst, der har været, ikke så meget følger af det frie skolevalg og den øgede konkurrence, som af overgangen til taxameterbudgettering (formula funding) (Boyne et al., 2003: 137-140 og 151). Resultatet er interessant, fordi budgetteringsmekanismen i den engelske i modsætning til den danske folkeskole er reguleret ved lov. Den har dermed en stærkere institutionel forankring (jf. Serritzlew, 2003). For New Zealand faldt gennemsnitsudgifterne pr. elev i de første år efter fritvalgs- og budgetreformen, men skolevæsenet er siden tilført flere ressourcer, så niveauet fra

før reformen igen er nået. Det er sket, fordi man politisk ønskede at allokere flere ressourcer direkte til skoler, som havde særlige behov (Fiske & Ladd, 2000: 154-155).

TILPASNING OG DYNAMIK

Hvor effektivt velfærdsstatens institutioner er i stand til at løse deres opgaver afhænger af, om der er symmetri mellem deres resourceforbrug og deres produktion. Der er som nævnt rimeligt belæg for, at en sådan symmetri ikke uden videre er givet; erfaringerne fra den danske folkeskole illustrerer det på glimrende vis (Christiansen, 1990). Fra sygehusområdet er der parallelle erfaringer (Christensen, 1998). Teoretisk er der argumenter for, at en sammenkobling af produktion og bevillinger vil sikre symmetrien. Der er også argumenter for, at koblingen er mere direkte end i styringskædens politisk-administrative hierarki. Det kan ske gennem konkurrencemodellens konkurrence mellem institutionerne, det være sig sygehuse eller skoler. Det kan også ske ved ændring af budgetsytemet i overensstemmelse med taxameterprincippet, så bevillingerne varierer med produktion og efterspørgsel. Den refererede analyse af det danske friskolesystem giver empirisk støtte til ræsonnementet, idet der, som det blev vist, er en ganske stærk kobling mellem svingninger i søgning og udgifter, og vel at mærke også når søgnin-gen falder. Der er også en indikation for, at taxameterstyring har en tilsvarende effekt på andre områder, idet den bidrager til en omfordeling af res-sourcer, der har været bundet på andre områder inden for samme eller på andre institution(er) (Dahl Pedersen & Nannestad, 1998; Undervisningsmi-nisteriet et al., 1998).

Internationalt er der ingen systematiske analyser, som behandler problem-stillingen. Specielt er der ingen analyser, der har sammenlignet de to model-lers relative tilpasningsevne, hvis man forestiller sig en hel sektor underlagt konkurrencemodellen. Logikken er da, at de institutioner, som mister elever eller patienter derfor må indskrænke væsentligt og i sidste instans lukke. Den er også, at konkurrencen og/eller budgetmekanismen giver dem en stærk økonomisk tilskyndelse til at passe sig til, så de undgår lukning. Det sidste ræsonnement føres helt til bunds, idet logikken er, at ledelse og medarbejde-re af frygt for deres ansættelse får økonomisk tilskyndelse til at lægge sig i selen.

En række enkeltundersøgelser belyser dog til dels problemstillingen. De har identificeret to mekanismer som gør, at modellen i praksis ikke fungerer

som forventet. Vigtigst er, at man politisk ikke ser ud til at acceptere modellens fulde konsekvenser. Det er erfaringen fra New Zealands skolereform, hvor skoler, hvis elevsammensætning blev anset for socialt belastet, i stort omfang mistede elever til skoler i beboelsesområder med en anden sammensætning af befolkningen. Der er derfor grebet ind over for skoler, der var truet af lukning. Erfaringen er desuden, at incitamentlogikken bag reformen ikke virker efter hensigten; skoler, som taber elever, mister også de bedste lærere og har svært ved at rekruttere nye (Fiske & Ladd, 2000: 223-240). På sygehusområdet er erfaringerne tilsvarende. Den engelske reform, der blev iværksat i begyndelsen af 1990'erne, byggede på en kombination af bloktilskud til køberorganisationerne (District Health Authorities) og kontrakter mellem dem og de sygehuse, som de foretrak på vegne af distriktets borgere. I pagt med modellen skulle det sikre en allokering af ressourcerne til de sygehuse, som blev vurderet som bedst ud fra en række kriterier. Det skabte imidlertid frygt for det økonomiske grundlag for de store London-sygehuses fortsatte eksistens. Den konservative regering anså det for problematisk, da sagen blev rejst af oppositionen, og man valgte derfor politisk at gribe ind i fordelingen til fordel for London-området sygehuse (Ham, 1994: 38-42). Samtidig ledte det nye system i størstedelen af landet hurtigt til etableringen af lokale bilaterale monopoler, hvormed mekanismen var neutraliseret. Tendensen blev understøttet af regeringens politik, som i høj grad regulerede, hvilke ydelser de enkelte selvstyrende sygehuse måtte tilbyde (Hamblin, 1998: 111-115).

Den spredte litteratur leder frem til tre forsigtige konklusioner med hensyn til modellernes evne til dynamisk tilpasning og dermed til fastholdelse af en given produktivitet. For det første bidrager konkurrence eller blot rene taxameterbudgetter til en forbedring af tilpasningsevnen, som i hvert fald virker på marginalen. For det andet er der en stærk tilskyndelse til politiske indgreb i fordeling og tilpasning, hvis det økonomiske grundlag for bestemte institutioner eller funktioner er truet. For det tredje viser udviklingen i f.eks. sengetallet (jf. tabel 6.3 ovenfor), at man uanset systemernes indretning har magtet en kapacitetstilpasning; det er ingenlunde, viser erfaringen, ensbetydende med gevinster på andre produktivitetsindikatorer. Den langsigtede udvikling i dansk sygehusvæsen, som mellem 1980 og 2000 har resulteret i lukning af omkring 60 sygehusenheder, illustrerer, at man inden for styringskæden kan gennemføre en endog omfattende tilpasning (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2003 a: 41). Igen er det ikke ensbetydende med en forbedring af produktiviteten på andre mål.

FORENELIGE MÅL?

En af de helt store usikkerheder knytter sig til foreneligheden af de mål, som man forfølger med indretningen af velfærdsservice. Kan man på én og samme tid sikre både effektivitet og lighed? Vil frit valg ikke gavne de stærke på bekostning af de socialt svage? Og vil en realisering af frit valg og den deraf følgende konkurrence ikke være en sikker vej til højere effektivitet? Eller er det lige omvendt?

Spørgsmål som disse indgår bestandigt i den politiske diskussion, og man kan føje til, at de afvejninger, som de lægger op til, i sig selv er stærke indikatorer for, at der er tale om problemer, som kun lader sig afveje mod hinanden gennem en politisk beslutningsproces. Afgørende er, om det skal ske gennem en styringskæde, hvor politikerne forbeholder sig det sidste ord, eller gennem en konkurrencemodell, hvor man har indrettet institutioner således, at de i et vist mål er selvregulerende inden for den politisk satte ramme.

I adskillige år har den økonomiske effektivitet haft en stærk placering i enhver debat om befolkningens forsyning med velfærdsservice. Det har ikke altid været klart, hvad det var for et aspekt af den økonomiske effektivitet, man interesserede sig for. Men man har kun kunnet forstå debatten sådan, at der var et effektivitetsproblem, man mente, at der skulle sættes ind over for, og at man havde en institutionel løsning på det. Det har også været i det mindste underforstået, at man skulle gøre denne indsats for effektiviteten, uden at det gik ud over de andre værdier, som også er politisk værdsatte, og at man havde løsninger, der sikrede det. Boks 6.1 sammenholder konklusionerne vedrørende den økonomiske effektivitet, som er fremstillet i dette kapitel, med konklusionerne vedrørende lydhørhed og lighed samt den dertil knyttede kvalitet, som er analyseret i kapitel 4 og 5 ovenfor.

Billedet er ikke sammenfaldende for skolerne og sundheds- og sygehusvæsenet. Forklaringen er sådan set ligetil: Det er meget forskellige ydelser, som bliver produceret af meget forskellige organisationer, og samspillet mellem brugerne og dem er derudover også meget forskelligt. Det er vigtigt at understrege det, da man sjældent tager hensyn til disse forskelle. Man står dermed ikke over for problemer, som lægger op til anvendelsen af en generel model, men snarere problemer, som forudsætter løsninger, der er tilpasset den enkelte ydelse. Billedet er dernæst ikke ensartet. Der er trade-offs, men de er ikke nødvendigvis gennemgående på tværs af de tre værdier. Derfor må man tage diskussionen ydelse for ydelse og målpar for målpar.

Frit skolevalg inden for et privat, men offentligt subsidieret skolesystem eller inden for et offentligt skolevæsen, der gør skolevalg og -skift til en for-

BOKS 6.1.

Samspillet mellem lydhørhed, lighed og effektivitet

LYDHØRHED OG LIGHED

Skoler:

Konkurrencemodellen fremmer lydhørheden, men frit skolevalg fører til øget social segregering. Der er intet trade-off mellem lighed og kvalitet og således ikke efter kontrol for socioøkonomisk status nogen indikation for, at privatskoler eller offentlige fritvalgsskoler sikrer bedre kvalitet end skoler inden for styringskæden.

Sundhed og sygehuse:

Et universelt system med fri eller tilnærmelsesmæssig fri adgang til sundhedsydelser i første led sikrer en høj grad af adgangs- og udnyttelseslighed. Organisation af produktion og fordeling i henholdsvis konkurrencemodeller eller styringskæder er uden betydning for sikring af lighed efter social status/helbredsmæssige behov.

Resultatlighed og kvalitet lader sig ikke belyse systematisk på tværs af behandlingstilbud og systemer.

LYDHØRHED OG EFFEKTIVITET

Skoler:

Store forskelle i ressourceforbrug mellem lande og systemer kan ikke henføres til skolevæsenets institutionelle indretning. Dog indikation af, at skoler inden for konkurrencemodellen har lavere enhedsomkostninger end skoler inden for styringskæden; en delforklaring kan være en højere effektivitet i tilpasningen til fald i elevsøgning. Dog muligt at effekten nås gennem taxameterbudgettering, som lænker udgifter til elevtal. Samtidig er der i offentlige fritvalgssystemer en politisk grænse for, i hvilket omfang man lader svingninger i søgningen regulere skolestrukturen. Der er således ikke noget åbenbart trade-off mellem lydhørhed og effektivitet.

Sundhed og sygehuse:

Meget store forskelle i ressourceforbrug og enhedsomkostninger. Generelt er der på begge standarder højere effektivitet i systemer, som kombinerer styringskæden med en praksissektor med dækkingsfunktion til specialiserede ydelser. Afgørende for styringen af ressourceforbruget er eksistens og anvendelse af en politisk budget- og kapacitetsstyring på centralt eller regionalt niveau. Styringskæden har således ikke blokeret for dynamisk tilpasning.

De quasi-markedsreformer, som er gennemført i en række europæiske lande, har ikke haft effekt på effektiviteten og har ikke reduceret den politiske styring. Derimod har "managed care"-reformerne, som i dele af USA har ændret styring og regulering af sundhedsvæsenet, bidraget til relative forbedringer af effektiviteten uden reduktion af lydhørheden.

EFFEKTIVITET OG LIGHED

Skoler:

Intet trade-off mellem effektivitet og lighed. Lande med et forholdsvis lavt ressourceforbrug sikrer også en høj grad af lighed og kvalitet. Lande med et relativt højt ressourceforbrug og relativt høje enhedsomkostninger sikrer ikke lighed og kvalitet.

Sundhed og sygehuse:

Intet trade-off mellem effektivitet og lighed.

ældreret, bidrager utvivlsomt til en styrkelse af lydhørheden. Erfaringen siger også, at en del af forældrene værdsætter og bruger valgmuligheden, men det sker på bekostning af ligheden blandt skolebørn med forskellig socio-økonomisk baggrund. Der sker i systemer med frit valg en stærkere social segregering i skolen end i et skolevæsen, som er underlagt styringskæden. Der er også inden for styringskædens skolevæsen en stærk social segregering, som er forårsaget af samspillet mellem forældrenes bosætningsmønstre og inddelingen i skoledistrikter. Konkurrencemodellens segregering er dog væsentligt stærkere. Da lighedsproblematikken ikke mindst på uddannelsesområdet er knyttet sammen med kvalitetsproblemet, er et andet potentielt trade-off på spil: Trækker elever fra skolefremmede miljøer andre elever ned? Der er på det punkt et solidt grundlag for at fastslå, at det ikke er tilfældet. Sammenhængen går den anden vej. Der er et såkaldt spill-over, således at skoler og især klasser med elever fra såvel uddannelsesvante som skolefremmede miljøer trækker elever fra svagere miljøer med op, mens eleverne fra de uddannelsesvante miljøer ikke bliver trukket ned. Det er den generelle konklusion i OECD's PISA-undersøgelser samt i en række andre analyser. Det støttes yderligere af erfaringerne fra Chicago, hvor familier fra kvarterer domineret af socialt boligbyggeri forholdsvis tilfældigt blev genhuset i andre dele af byen. De børn, der på denne måde kom til at bo (og gå i skole) i mere velfungerende kvarterer, klarede sig bedre i skolen end børn, der kom til at bo i andet socialt byggeri (Hoxby, 1996: 64-65).

På sundheds- og sygehusområdet er der også en klar, men anderledes konklusion. Der kan være et trade-off mellem lydhørhed og lighed, men det opstår kun i et system som det amerikanske, der ikke har en universel dækning med fri eller tilnærmelsesvis fri adgang til sundhedsydelser for alle. Systemer som den canadiske offentlige forsikringsmodel, de britisk-nordiske skattefinansierede systemer og de kontinentale ordninger med obligatoriske forsikringer tilknyttet, har ikke det problem. Disse systemer varierer med hensyn til, i hvilket omfang de sikrer et frit valg, men efter al foreliggende viden sikrer de både adgangs- og udnyttelsesligheden. Når man, som det sker ved resultatligheden, medinddrager kvalitetsdimensionen, ophører mulighederne for at gennemføre en kvalificeret vurdering. Man ved altså ikke, om der et trade-off. Forklaringen er den enkle, at man ikke har nogen sikker dokumentation og viden om kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser og følgelig heller ikke noget empirisk grundlag mulighed for at koble institutionel indretning og ydelseskvalitet (Competition and quality, 1998; Maynard, 1998). Sagen er i al enkelhed, at man intet ved:

„Hvis man skulle finde på at spørge om, hvilken evidens der er for de positive effekter af konkurrence på kvaliteten af sundhedsvæsenet, kan det være lidt af en overraskelse, at man finder så lidt. Retfærdigvis er det sandsynligvis også sandt, at der heller ikke er megen empirisk evidens for dens negative konsekvenser for kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser“ (Thompson, 1998: 371).

Næste trade-off kan opstå i samspillet mellem lydhørhed og økonomisk effektivitet. Problemet er vanskeligt at belyse, fordi effektivitetsbegrebet har så mange aspekter. Der er, som det er vist, meget store forskelle i ressourceforbrug mellem de vestlige lande. Det gælder både på skole- og sundhedsområdet. Der er imidlertid tale om forskelle, som ikke uden videre lader sig føre tilbage til den institutionelle indretning. Når det er sagt, er der alligevel en tendens til, at private skoler har lavere enhedsomkostninger og således en højere produktivitet, og det er også muligt at realisere produktivtetsgevinster i systemer med frit valg, som man har sværere ved at realisere inden for styringskæden. Spørgsmålet forbliver ikke desto mindre, hvad forklaringen er: Er det konkurrencen, der slår igennem? Eller er det effekten af en ressourceallokering baseret på fuld eller tilnærmet taxameterstyring? Skulle det sidste være tilfældet, viser det, hvordan en institutionel mekanisme kan bidrage til sikring af den dynamiske tilpasning, men samtidig opstår to nye problemer. Det første er, om en sådan budgetprocedure er troværdig, altså om den politisk vil blive respekteret. Risikoen skal ses sammen med et andet problem, som sammenligningen har afdækket. I et demokratisk system er der grænser for, i hvilket omfang politikerne overlader lokalisering og dimensionering af skolerne til en autonom tilpasning baseret på frit valg og konkurrence. Det vil sige, at folkevalgte politikere, der retter ind efter lokale bekymringer og protester, er med til at sikre lydhørheden, selv om det måtte gå ud over effektiviteten.

På sundheds- og sygehusområdet er problemstillingen også i denne sammenhæng ret anderledes. Man kan maksimere lydhørheden gennem et frit valg mellem udbydere og specialiseringsniveauer. Kombinerer man det med efterfølgende refusion af udgifterne, opstår der et alvorligt problem med styring af ressourceforbruget. Det gør, at universelle systemer som de britisk-nordiske, der kombinerer skattefinansiering med en politisk styring af ressourceforbruget, har en effektivitetsfordel. Kontinentets obligatoriske forsikringssystemer realiserer samme fordel i det omfang, de har været i stand til at etablere politisk kontrol med det samlede ressourceforbrug. De to

systemer nærmer sig således hinanden; i de skattefinansierede systemer har man af hensyn til lydhørheden lempet budgetstyringen, mens man i systemerne med obligatoriske systemer af hensyn til en effektiv ressourcestyring har etableret en række restriktioner på valgmulighederne.

Lydhørhedsproblemet har også et geografisk aspekt. Det viser sig på to måder. På den ene side er problemet, om man, når der er taget hensyn til afstanden mellem især sygehuse, kan sikre konkurrence mellem udbydere, og svaret er i praksis nej. Det gælder specielt i tyndt befolkede områder med store afstande, men erfaringerne fra London-området viser også, at der var grænser for, i hvilket omfang politikerne i regering og parlament ville lade brugernes og praksissektorens valg bestemme fordelingen af sygehuskapacitet. På den anden side er problemet, om man politisk er i stand til at justere kapaciteten. Erfaringen viser, at politikerne har gjort det, men man mangler en målestok med hensyn til tilpasningens relative effektivitet, da tilpasningen i de europæiske systemer har været politisk bestemt gennem styringskæden. Der er næppe tilfælde, hvor denne tilpasning er gennemført gennem en markedslignende konkurrence mellem sygehuse. Konklusionen er med andre ord, at der på sundhedsområdet er et trade-off mellem lydhørhed og effektivitet, for så vidt som de systemer, der maksimerer det frie valg enten uden omkostningsdeling med patienterne eller uden en centraliseret politisk ressourcestyring, har ganske alvorlige økonomiske styringsproblemer.

Den sidste trade-off knytter sig til forholdet mellem effektivitet og lighed. Problemstillingen er politisk følsom, og vandene deles ofte her. Det er der ingen grund til. Erfaringerne fra såvel skole- som sundheds- og sygehusområdet viser, at det ene ikke udelukker det andet. Hvis der er et trade-off, er det uden betydning for de rige OECD-lande, der trods store forskelle i resourceforbrug alle ligger på så højt et niveau, at det ikke er allokeringen af ressourcer til skole- og sundhedsvæsenet, der forårsager fordelingsmæssige problemer i et socialt og økonomisk perspektiv.

Der er hermed et problem tilbage. Det er, om man kunne nå en højere grad af målopfyldelse, hvis man satte flere ressourcer ind på løsningen af opgaverne. For sundheds- og sygehusområdet følger af ovenstående, at det kan man ikke have nogen sikker mening om. Man er teoretisk og empirisk ikke i stand til at sammenkoble indsatsen i sundhedsvæsenet med udviklingen i befolkningens sundhedstilstand, og er dermed heller ikke i stand til at sammenkoble resourceforbruget med ydelsernes kvalitet, endsige deres effekt på sundhedstilstanden. På uddannelsesområdet er det anderledes.

OECD's analyser viser imidlertid, at der nok er en vis undergrænse med hensyn til ressourceindsats, men de velstående OECD-lande ligger alle på et niveau, hvor ekstra indsats af ressourcer (i penge, lærerressourcer, timer, infrastruktur) ikke forbedrer kvaliteten og dermed målopfyldelsen. De særskilte analyser, der er gennemført i national sammenhæng, hviler endnu en gang ofte på amerikanske data. Konklusionerne er gennemgående forsigtige, hvad enten man måler sammenhængen mellem standard/omkostninger (udgifter pr. elev eller elev-lærer-ratio) og elevernes eksamensresultater eller deres senere indkomst (Card & Krueger, 1996; Figlio, 1997; Hanushek, 1996; Hoxby, 1996; Okpala et al., 2001). Mange, men ingenlunde alle studier finder en positiv sammenhæng mellem ressourceforbrug og effekt, men resultaterne er usikre og præget af, at der ikke altid er foretaget en tilfredsstillende kontrol for socio-økonomisk baggrund (se også Levin, 1998 og Okpala et al., 2001). Samtidig bør man ved tolkningen af de manglende eller svage sammenhænge huske på, at eleverne fra stærke miljøer går i skoler med en relativt høj ressourcestandard, som bl.a. kan føres tilbage til samspillet mellem bosætningsmønstre og finansiering; muligvis søger elever fra svage miljøer tilsvarende skoler, som via særlige tilskud bliver tilført ekstra ressourcer, eller som har specialundervisning for svage elever. Det er som bekendt tilfældet i New Zealands ret konsekvente gennemførelse af konkurrencemodellen på skoleområdet. Analytisk er konsekvensen, at en eventuel sammenhæng forsvinder i analyser, der er gennemført på et ret højt aggregeringsniveau. Hoxby's (1996: 70) nøgterne konklusion er, at hvordan man end vender og drejer det, er dette ikke amerikansk skolepolitik's vigtigste problem. Der er, når man tager hensyn til den ret stærke og ubrudte vækst i skolernes økonomiske og lærermæssige ressourcer, ikke grundlag for at forvente, at man kan nå meget ad denne vej.

Flere danske undersøgelser belyser problemstillingen, og de benytter som de amerikanske forskellige mål på effektsiden i form af enten elevernes videre uddannelsesforløb eller deres karakterer ved folkeskolens afgangsprøver (Heinesen et al., 1999; Nannestad, 2003). Man afviser ikke, at der kan være en sammenhæng, men med den ressourcestandard, som kendetegner nutidens danske skoler, befinder man sig på en kurve, hvor en indsats af flere ressourcer ikke forbedrer skolernes undervisning og elevernes læring eller videre uddannelse. Konklusionen er derfor lige så nøgtern som i OECD's og i den citerede amerikanske undersøgelse: Det er ikke her, det lønner sig at sætte ind, hvis man som politisk mål har at sikre skoler, som forbedrer børnenes læring og senere uddannelse.

EFFEKTIVITET OG POLITIK

Der er mellem de vestlige lande store forskelle i skole- og sundhedsvæsenets effektivitet. Det gælder, hvad enten man ser på styringen af det samlede ressourceforbrug (makroefficiensen), på produktiviteten (mikroefficiensen) eller på systemernes evne til at tilpasse ressourceforbruget til ændringer i behov og efterspørgsel. Der er ikke et mønster i forskellene i økonomisk effektivitet, som på en enkel måde lader sig henføre til den institutionelle indretning i overensstemmelse med konkurrencemodell og styringskæde. Det gør ikke, at de er uden betydning, men deres betydning viser sig kun i enkelte henseender. Således er den samlede styring af ressourceforbruget utvivlsomt mest effektiv i systemer, hvor man politisk kan gribe direkte ind, det vil sige i universelle skattefinansierede systemer. Omvendt er der også et vist grundlag for at konkludere, at man inden for skolevæsenet kan opnå en effektivitetsgevinst, hvis man lader pengene følge eleverne, således som det sker i en konkurrencemodell eller i taxameterbaserede budgetsystemer. Men den konklusion hviler på stramme antagelser om den troværdige opretholdelse af allokeringmekanismen, hvis den bliver sat under pres. Det vil ske i situationer og systemer, hvor den ikke bare skal klare marginalfordelingen, men er den universelle mekanisme for regulering af skolernes lokalisering og ressourcetildelinger.

Umiddelbart er styrbarheden af udgifterne til skolevæsenet (hvor børnetallene er kendte et godt stykke ud i fremtiden, og hvor adfærden i hvert fald på mellemlangt sigt er præget af en betydelig stabilitet) større end for udgifterne til sundheds- og sygehusvæsenet. Ikke desto mindre har man generelt i OECD-landene oplevet de samme og sommetider større problemer med udgiftsstyring og produktivitetssikring end i sundhedssektoren. Det gør, at man skal interessere sig for andre forhold end de institutionelle, som knytter sig til styringskæde og konkurrencemodell.

Der er specielt to forhold, som er interessante. Det ene vedrører de faglige organisationers integration i beslutnings- og styringssystemet. Der er i begge sektorer tale om grupper med en betydelig grad af professionel autonomi, og man ved, at de i adskillige lande har en stærk politisk placering. Det kan være sikret gennem kollektive overenskomster og lovgivning som for lærerne i de nordiske lande, i Frankrig, Tyskland og USA (Chubb & Moe, 1990; Due & Madsen, 1990; Fiske & Ladd, 2000; Lieberman, 1999; Schmidt, 2002). Den anden mulighed er, at det er sikret gennem de aftalesystemer, som omgærder sundhedsvæsenet, hvor lægernes organisationer i en række lande uanset institutionel struktur har en stærk placering (se f.eks. den

sammenlignende analyse hos Moran, 2002 samt landeanalyserne hos Bureau, 2002; Garpenby, 2002; Trappenburg & de Groot, 2002; Wilsford, 2001). Problemet er, at der ikke foreligger systematiske analyser af, hvor stærk integrationen af de faglige organisationer er, og hvilken rolle den spiller for økonomisk styring og effektivitet.

Det andet forhold er, at man meget nemt kommer til at overdrive forskellen mellem styringskæde og markedsmodel. Til trods for deres forskellige træk er de begge integreret i et demokratisk system, hvor politikernes succes er afhængig af deres lydhørhed over for ikke bare vælgerne, men også intenst berørte interesser som f.eks. de faglige organisationer, som organiserer velfærdsstatens professioner. I det lys kan det umiddelbart overraske, at politikerne ofte og gerne taler om den store vægt, som de tillægger økonomisk effektivitet. For optager det dem overhovedet, hvad det koster at producere og levere velfærdsservice? Iagttager man deres adfærd er svaret bekræftende. De er stærkt optaget af at prioritere anvendelsen af knappe ressourcer, men i den afbalancering indgår også afvejningen til andre kerneværdier som lighed og kvalitet. I den proces er de også lydhøre, men ikke kun i forhold til vælgere og brugere, men i høj grad også over for berørte interesser. Der er fra system til system forskel på, hvor stærkt interesser og organisationer fra de to sektorer står og dermed også forskel på politikernes tilskyndelse til at lytte til dem, alternativt mulighed for at holde dem på afstand i afvejningen af økonomisk effektivitet over for lighed og kvalitet. Der er altså grundlæggende tale om en politisk proces, hvori ligger, at man forbeholder sig retten til at træffe en aktiv beslutning snarere end at forlade sig på institutioner, der er selvregulerende.

POLITIKKENS PRIMAT

„Nu skal jeg fortælle dig om institutionstænkningen. Uanset hvilken institution ... og uanset hvor værdig eller væsentlig den er ... så er tankegangen ikke menneskelig ... selv om institutionen består af menneskelige skabninger. Hvis den virkelig var menneskelig, ville den være i stand til at overraske ... hvis den virkelig var menneskelig, ville den være drevet af alle mulige ædle og ufine forestillinger. Men den institutionelle bevidsthed er mentalt kun optaget af en ting: Den afskyer sandheden.“

(DOCTOROW, 1994: 220–221).

I mere end tyve år har vi haft en intens debat om, hvordan man skal indrette velfærdsstaten. Den vedrører både politologisk teori og politisk praksis. Grundlæggende handler den om, inden for hvilke rammer velfærdsstaten skal producere og levere serviceydelser som undervisning af børnene og behandling og pleje af syge medborgere. Konkret handler det om, hvorvidt man skal organisere velfærdsstaten inden for en styringskæde med politikere på kommandobroen og embedsmænd og professionelle i maskinrummet. Eller om man i stedet skal nærme sig markedet med dets frie forbrugsvalg og konkurrence mellem udbydere. Det er nok til at antyde, at det er problemer med dagsaktuel relevans.

Det er også et analytisk problem. I den samfundsvidenskabelige og ikke bare den politologiske jargon handler det om institutioner, det vil sige om formel organisation og formelle spilleregler for, hvad man må og ikke må, og også for hvordan man skal gøre det. Videnskabeligt interesserer man sig for institutionerne, fordi man mener, at de har betydning. Det gør en forskel, hvordan man indretter dem, og antagelsen er således også, at det gør en forskel, om man lader skoler og sygehuse fungere inden for demokratiets og bureaukratiets topstyrede rammer, eller om man lader dem fungere inden for rammerne af markedet eller i det mindste noget, der efterligner dets valg,

konkurrence og økonomiske tilskyndelser. Her er det for overskuelighedens skyld kortet ned til en modstilling mellem styringskæden og konkurrence-modellen.

Hvordan klarer de to modeller sig så over for hinanden? Det er ikke så enkelt at besvare. Man skal her erindre, at det ikke rækker at vurdere dem på en enkelt målestok. Skolerne og sundheds- og sygehusvæsenet bliver som andre offentlige servicetilbud mødt med et helt sæt af krav. Blandt de vigtigste er kravet om lydhørhed over for borgere og brugere, kravet om lighed og kvalitet, og endelig kravet om økonomisk effektivitet. Det er hver for sig sammensatte kriterier med flere dimensioner, hvad der ikke gør det lettere at afgøre, hvilken af de to modeller der er stærkest. Dertil kommer et andet problem: Hvad nu hvis man ikke kan opfylde alle tre målsæt på en gang? Er lighed og kvalitet ikke umage størrelser? Er det ikke blændværk at ville sikre både effektivitet og lighed?

Der er andre forhindringer for en systematisk sammenligning. Det er manglen på data og især manglen på gode og sammenlignelige data. Den er et generelt problem, men rammer hårdest på kvalitetssiden. Det er især sundheds- og sygehusvæsenet, der volder vanskeligheder. Der er ingen grund til her at fortabe sig i problemerne. Dem kan man læse om i kapitel 5. På skoleområdet er det anderledes – eller rettere sagt: Det er blevet anderledes.

Og dog er der et grundlag for at sige noget rimeligt underbygget om, hvordan det forholder sig. Det består af en stor og stadig voksende litteratur inden for hver af samfundsvidenskaberne. Den finder et værdifuldt supplement ikke mindst i rapporter fra OECD, som gennem årene har gjort meget for at sikre systematisk sammenligning af landene i den demokratiske og rige del af verden.

UAFGJORT MED FORBEHOLD

I få ord bliver det uafgjort. Man kan organisere produktion og fordeling af velfærdsservice på mangfoldige måder, og det gør man. Der er forskelle mellem landene indbyrdes og ofte også inden for hvert enkelt land. Danmark med dets friskoler er ingen undtagelse. Det viser sig også, at velfærdsstatens institutioner faktisk fungerer både i den ene og den anden udformning, og ofte lader det sig ikke afgøre, hvilken af modellerne der klarer sig bedst. Afgørende er, at de grundlæggende løser deres opgave, om end der også næsten altid er visse svigt. Det kræver en uddybning og trods alt også et par forbehold.

Først er der lydhørheden. På forhånd står konkurrencemodellen stærkt. Med dens frie valg for brugerne og konkurrence mellem producenterne byder den både på mulighed for, at borgerne kan formulere deres præcise krav til service og økonomiske tilskyndelser til, at producenterne i og uden for den offentlige sektor lægger øre til deres ønsker. Anderledes er det med styringskæden, hvor borgerne bliver hørt som vælgere og ikke som brugere, hvorfor deres specifikke krav risikerer aldrig at blive formuleret på en forståelig måde. Og hvor omsætningen af deres krav til service sker gennem så mange led, at forvanskning er en risiko, som man må regne med. Alligevel er billedet, man står tilbage med, at kampen endte uafgjort. Det gør ikke velfærdsstaten i dens danske udgave til et smørhul for borgerne, men indebærer snarere, at de to modeller hver for sig har stærke og svage sider. Vejer man dem op mod hinanden, er det to modeller, som begge sikrer, at borgerne bliver hørt uden på nogen måde at være perfekte. Bag den lidt overraskende konklusion ligger i hvert fald tre ting: Den ene er, at der også er blokeringer for brugerne i konkurrencemodellen; de har ganske enkelt svært ved at overskue tingene og spenderer i hvert fald ikke tilstrækkeligt med energi og tid på det. Det gør det frie valg til en sikkerhedsventil for de få. Den anden er, at nok er vælgernes krav til politikerne diffuse og svært fortolkelige, men styringskæden giver politikerne et betydeligt spillerum til at gribe ind i specifikke situationer, en mulighed, som de i praksis bruger. Noget tyder på, at de embedsmænd, som udgør bindeledet mellem politikerne og skoler, sygehuse mv., handler inden for samme ramme. Den tredje ting knytter sig til indretningen af de institutionelle rammer, designet, som man siger. Det er ikke så forskelligt, som man vil have os til at tro. Som oftest er hverken konkurrencen eller det frie valg uden begrænsninger i konkurrencemodellen, og lige så ofte er der i styringskæden indbygget visse muligheder for at skifte leverandør. Og over tid konvergerer virkelighedens modeller, fordi man politisk hverken vil *laissez faire* eller *Leviathan*.

Med ligheden er det anderledes. Der gør det en forskel, hvordan man organiserer velfærdsservice. Forskellen kommer frem, når man sammenligner skole- og sundhedsvæsenet. De producerer så forskellige ydelser i så forskellige organisationer, at udfaldet på denne standard ikke bliver det samme. I begge tilfælde er der tilmed et ret solidt grundlag for konklusionen.

Den er for det første, at konkurrencemodellen med frit skolevalg fører til en øget social segregering. Forklaringen er, at forældre, der bruger det frie skolevalg, gennemgående har en højere social status, og at de yderligere flyt-

ter deres børn til skoler, hvor forældrene har samme eller højere social status end de selv. Frit skolevalg forstærker altså den segregering, som allerede ligger i folks valg af bopæl. Meget tyder på, at forældre, som fravælger den lokale offentlige skole til fordel for en anden offentlig eller privat skole, gør det for at sikre deres børn skolegang i en kvalitativt bedre skole. Det er ikke sikkert, de får det; i hvert fald er det sikkert, at deres børn ikke klarer sig bedre af den grund. Derimod er det temmelig sikkert, at børnene fra de skolesvage miljøer, der bliver tilbage i distriktets offentlige skole, taber, hvis man måler effekten på deres indlæring. Det har OECD-PISA gjort, og resultaterne finder ret entydigt støtte i adskillige uafhængige analyser gennemført i mange lande.

For det andet er det i et lighedsperspektiv ret underordnet, hvordan man organiserer sundhedsvæsenet. Afgørende er alene ét forhold, finansieringen. Det viser sig, at borgerne alt i alt og på tværs af grænser og uanset socio-økonomisk baggrund har adgang til sundhedssystemet, når de føler behov for det. Forudsætningen er et finansieringssystem, som giver dem gratis eller tilnærmelsesværdig fri adgang til sundhedsvæsenets første led, typisk almen praksis. Den adgang er sikret i både universelle, skattefinansierede systemer som de britisk-nordiske og Canada samt i systemer med obligatoriske forsikringer tilknyttet arbejdsmarkedet som i Frankrig, Belgien og Holland samt de tysktalende lande. Derimod er den ikke sikret i det amerikanske system, hvor et ret stort mindretal er uden privat eller offentlig dækning. Næste observation er, at er borgerne først sikret adgang, så er sundhedsvæsenets indretning ikke diskriminerende for deres adgang til specialiserede ydelser. Den tendens, der på tværs af systemer og landegrænser er til, at bedrestillede patienter er mere tilbøjelige til at søge private specialister, bliver opvejet af et større træk på sygehusenes specialister fra patienter med lavere status. Det gode spørgsmål er så, om de første får en bedre betjening, herunder undersøgelses- og behandlingstilbud af en højere klinisk kvalitet. Svaret er simpelthen, at man ikke ved det.

Den økonomiske effektivitet er lige så drilsk som de andre målestokke. Der er ikke tale om et enkelt mål, men sikkert er det, at ressourceforbruget målt i forhold til BNI varierer stærkt mellem landene, og at nogle lande har en højere produktivitet i deres skoler og sygehuse end andre. I et eller andet omfang har det også noget at gøre med den måde, man har indrettet sig på. Det er mest klart på sundheds- og sygehusområdet, hvor på den ene side især USA har et meget kostbart system, mens lande som de nordiske og Storbritannien har forholdsvis billige systemer. Billedet er dog ikke enty-

digt, og nogle lande med forsikringssystemer klarer sig også relativt godt på en økonomisk målestok.

To forhold ser ud til at skille de lande ud, som har en ret høj effektivitet: De har, gennem praksissektoren, etableret et filter til de specialiserede og kostbare niveauer. Det er tilmed et filter, som fremmer ligheden, for så vidt som adgangen er nem og uhindret, og for så vidt som den i ret høj grad ser ud til at sikre en sortering efter klinisk behov snarere end social status og velstand ved visitationen til specialiseret behandling. De har en politisk kontrol af de samlede udgifter inden for sundhedsvæsenet. Den behøver ikke at ligge på nationalt niveau. Afgørende er, at der er politikere, som har til opgave at allokere knappe midler til sundhedssektoren i konkurrence med andre offentlige opgaver. Det giver et point til styringskæden, men udviklingen viser, at forsikringssystemerne, minus det amerikanske, gradvis har indført reguleringsmekanismer, som skærper den politiske kontrol med det samlede ressourceforbrug. Med visse forbehold er der altså igen en tendens til, at modellerne i deres praktiske udformning konvergerer, og årsagen er den samme, nemlig at politikerne ønsker at have hånd i hanke med udviklingen.

Der er øjensynligt også betydelige produktivitetsforskelle mellem landene, men der er ikke meget grundlag for at afgøre, om styringskædens hierarkiske kontrol overgår konkurrencemodellen. Måske er skoler, der opererer på regulerede markeder, mere effektive. Måske er de, økonomisk og normeringsmæssigt, også bedre i stand til at tilpasse sig fald i elevsøgningen, men det er langt fra sikkert. Hvis der er en sådan forskel, tyder en del på, at den kan føres tilbage til budgetsystemets brug af taxameterfinansiering (hvad der sikrer tilpasningsdygtighed, men ikke nødvendigvis høj produktivitet). Og igen viser de politiske grænser sig. Politikere, der er valgt i lokalområdet, og hvoraf en del igen vil stille op ved næste valg, er ikke indstillet på at overlade lokalisering og dimensionering af skoler og sygehuse til en reguleret, men usynlig hånd. Risikoen er nemlig, at dens dispositioner resulterer i sammenlagte konsekvenser, som for det første politisk er uvisse for brugerne, som for det andet, når de er kendt, er uacceptable for dem, og som for det tredje politikerne derfor risikerer at blive holdt ansvarlige for. Dilemmaet er særlig klart på sygehusområdet, hvor beslutningerne er vidtrækkende og konsekvenserne dramatiske. Det trækker, uanset institutionel udformning, i retning af en politisering af beslutningerne, beslutninger, som politikerne også har vist sig i stand til at tage, når det gælder geografisk allokering og dimensionering af den fysiske kapacitet. Helt så nemt går det ikke, når personale-

normering og medarbejderkapacitet skal fastlægges, men sådan er det, uanset hvordan man har organiseret sig.

OVERVURDEREDE TRADE-OFFS

Et kendetegn ved offentlige opgaver er, at de skal tilfredsstille flere krav på en gang, og det er ofte fastslået, at det gør det svært, ja, i praksis umuligt at nå dem alle. Fordi høj målopfyldelse i en henseende blokerer for høj målopfyldelse på andet eller tredje mål. Synspunktet er fremført med hyppighed og styrke, men derfor behøver det ikke altid at være sandt.

Det er det også kun til dels. Det er allerede vist, at lydhørhed gennem konkurrence går ud over ligheden på skoleområdet, men lighed går ikke ud over kvaliteten. De to sidste mål er fuldt forenelige, og det er endog sådan, at systemer, som sikrer en høj grad af lighed på skole- og klasseniveau, sikrer et højere gennemsnitligt kvalitetsniveau i skolen målt på elevernes gennemsnitspræstationer. Men der er på skoleområdet et trade-off mellem lydhørhed og lighed, og det godtgør, at institutioner kan have betydning, endog væsentlige sociale konsekvenser. Et tilsvarende trade-off mellem lydhørhed og lighed er til gengæld ikke at finde på sundheds- og sygehusområdet. Der kan man sagtens realisere begge mål, og det afgørende led er fri og uhindret adgang til den primære sundhedssektor og specielt almen praksis. Derimod ser det ikke ud til at være særlig afgørende, hvordan man indretter sygehusvæsenet.

I andre henseender er det sværere at finde et trade-off. Effektivitet og lighed? Effektivitet og kvalitet? Effektivitet og lydhørhed? Med et enkelt og forsigtigt forbehold er svaret, at man godt kan holde hus med ressourcerne, sikre en forholdsvis høj produktivitet og så alligevel realisere ambitiøse ligheds- og kvalitetsmål. Og for at gentage det, så er der ingen åbenlys sammenhæng mellem det og en organisering i styringskædens eller konkurrencemodellens regi. Der er et forbehold. Det knytter sig til sundhedssektoren. Frit valg og en form for konkurrence og specielt frit valg i forhold til ydelser på et højere og dyrere specialiseringsniveau har i nogle systemer været forbundet med en finansiering, der især tidligere efterfølgende væltede den fulde regning over på en tredje part, den være sig offentlig eller privat. Her har der været og er der til dels et trade-off mellem lydhørhed og økonomisk effektivitet, som politisk regulering og især hierarkisk styring minimerer i andre systemer.

MODELLER OG VIRKELIGHED

Institutioner gør altså en forskel, men den er ikke altid så stor, som man forventede, og sommetider er den ikke bare utilsigtet, men pervers. Man forudså ikke konsekvenserne, og når og hvis man erkender dem, er de i de fleste vestlige demokratier mere eller mindre uønskede. Men hvorfor gør de alt i alt så ringe en forskel? Der er tre forklaringer, som det er værd at dvæle ved. For at samle dem op er det nødvendigt at gå tilbage til bogens hovedhypoteser.

En af hovedhypoteserne var, at både styringskæden og konkurrencemodellen var baseret på meget restriktive antagelser med hensyn til deres struktur og funktion, herunder samspillet mellem ledelse og medarbejdere på institutionerne og så politikere og embedsmænd. Samtidig var modellerne meget ufuldstændige, hvad enten det drejede sig om den indholdsmæssige normering af virksomheden (styringskæden) eller de økonomiske tilskyndelser (konkurrencemodellen). På begge punkter kan man fastslå, at der hjælper den empiriske litteratur os ikke til en fyldestgørende forklaring. Men fast står det, med et lille forbehold for skolerne, at konkurrencemodellen sjældent sikrer konkurrence i markedsmæssig forstand, og at den mekanisme, som skulle sikre dens adskillelse fra styringskæden, således ikke virker.

Den anden hypotese var, at de vestlige samfund over tid ville tilpasse indretningen af deres velfærdsservice, så den tenderer til at konvergere. Udgangspunktet kunne godt være styringskæden, henholdsvis konkurrencemodellen med alt, hvad det indebærer, men det udelukker ikke, at man i den ene eller anden af modellerne indbygger elementer fra den konkurrerende model. Det er præcis, hvad der er sket. Flere valgmuligheder er bygget ind i styringskæden og mere politisk styring og hierarki i konkurrencemodellen. Det gør dem ikke ens, men nogle forskelle, der kunne være kritiske for deres konsekvenser, kan miste betydning.

Tredje hovedhypotese forudså, at velfærdsstatens institutioner kunne inkorporere professionelle og/eller korporative træk, og at det i væsentligt omfang ville moderere effekten af deres organisering med udgangspunkt i den ene eller anden af modellerne. Det med professionaliseringen giver næsten sig selv, fordi der er tale om velfærdsservice, hvor professioner som læger, lærere og sygeplejersker spiller en stor rolle i produktion og distribution. Det spiller også en rolle. Den kan være positiv, når lægerne ikke gør forskel på deres patienter ved visitation til mere specialiseret behandling. Den kan være negativ, når de skærmer sig bag normer om pædagogisk autonomi. Resultatet, at en del af forklaringen på de forskelle i undervisningens

effekt, som man har afdækket, skal søges i klasseværelset. Man ved blot ikke, hvad det er, der gør forskellen mellem god og dårlig undervisning, gode og dårlige lærere. Effekten er i denne sammenhæng den samme: Professionerne og deres arbejdspladser skærmer sig af i forhold til den regulering og styring, der er indbygget i det institutionelle design.

Problemet kommer igen, når man ser på, hvordan og i hvilket omfang de faglige organisationer er integreret i såvel det politisk-administrative system som i driftsledelsen på skoler og sygehuse. Her er det endnu en gang nødvendigt at sondre mellem de to sektorer. I skolevæsenet går skillelinjen mellem systemer, hvor lærernes faglige organisationer har en stærk organisation (bl.a. høje organisationsprocenter), og hvor lærernes lønforhold og arbejdsvilkår er baseret på kollektive overenskomster eller aftalebaseret lovgivning. Deres udbytte af denne politiske integration kan variere, men det ser gennemgående ud til at være højt i lande med forholdsvis høje lærerlønninger eller høje standarder målt i lave elev-lærerratioer eller lave krav til lærernes undervisningstimer. Det gælder i den første kategori lande som Tyskland, Schweiz og USA, i den anden de nordiske lande. Iagttagelsen falder sammen med en anden. Lærernes organisationer er i alle lande, hvor sagen har været sat på dagsordenen, betænkelige ved eller modstandere af konkurrencemodellen. Det kan de have mange grunde til, men en effekt af en større differentiering er, at skolerne også differentierer deres lærerrekrutering og lønninger. Husk i den sammenhæng, at lønniveau og normering ved en international sammenligning gennemgående er lavere i private skoler end i de offentlige. Den danske friskolelovs regel om, at privatskolerne skal følge de offentlige arbejdsgiveres overenskomst med Lærernes Centralorganisation, er i det lys interessant. En del af litteraturen berører også lærernes inddragelse i driftsledelsen; der er mange hypoteser, men få systematiske undersøgelser. På den spredte litteratur, der er, ser det dog ud, som om skolerne også i praksis er arbejdspladser med flade hierarkier, hvor skolelederen typisk er den første blandt ligemænd, og hvor kollegial indflydelse og norm-sætning spiller en stor rolle (Mulford, 2003). Det gælder også for de bestræbelser, der i 1990'erne er gjort i adskillige lande for at styrke de økonomiske tilskyndelser, så de belønner en ønsket indsats og adfærd hos lærerne (OECD, 2002 b: 334-337).

På sundhedsområdet er det anderledes. Der ser man ikke alene en offentlig sektor-korporatisme som i nogle landes skolevæsen, men snarere korporatisme som institutionel ramme for regulering af sundhedsvæsenet. Sådan er det for både det primære sundhedsvæsen og sygehusene i lande med arbejds-

markedsbaserede forsikringssystemer. For landene med universelle skattefinansierede systemer gælder tilsvarende, at lægernes og i nogle tilfælde også sygeplejerskernes organisationer gennem overenskomssystemet er tildelt en stærk rolle, når det gælder økonomisk styring og organisatorisk indretning og institutionelt design. Det sidste kommer klart frem i dansk sygehusvæsen, hvor det er umuligt at forstå udviklingen i sygehusenes interne organisation og ledelsesforhold uden inddragelse af de to dominerende sundhedsprofessioner og deres fagforeninger (Zeuthen-Bentsen, 2000). I et regulerings- og styringsperspektiv er amerikansk sundhedsvæsen stort set fri for tilsvarende korporative strukturer, men den traditionelle tredjepartsfinansiering, hvor enten den offentlige sygesikring eller private forsikringsselskaber efter regning dækker patienternes udgifter, har gennem de lægelige organisationer skabt en form for kartel med dominerende indflydelse på produktion og priser. HMO'erne, det særlige amerikanske totalkoncept, og andre former for „reguleret konkurrence“ har gradvis skabt et vist politisk (gennem Medicaid og Medicare) og økonomisk (gennem forsikringsselskaber og arbejdsgivere) modspil, som afbalancerer lægernes stærke position (Weisbrod, 1991). Men sammenligner man med de fleste europæiske lande, står køberne defineret som dem, der i sidste ende betaler regningen, fortsat overordentligt svagt. Det er i den sammenhæng tankevækkende, at landene med de tyskeprægede sygekasseordninger med tiden er havnet i nogenlunde samme fælde som USA.

POLITISK MAGT OG LYDHØRHED

En meget stor del af nutidens overvejelser om velfærdsstatens serviceopgaver vedrører dens institutionelle indretning. Det er sådan, politikerne og deres embedsmænd ræsonnerer, og de offentligt ansattes organisationer er stærkt optaget af disse designproblemer. Deres store vægt genspejler sig i ikke bare den politologiske, men i hele den samfundsvidenskabelige forskning. Institutionerne er over os, og det hele kan tages som et stærkt udtryk for, hvor stor betydning institutionerne har, som kapitel 1 spurgte om med henvisning til den politologiske litteratur.

Empirisk viser det sig at være rigtigt, at institutionerne, i denne bog velfærdsstatens, har betydning. Det kommer især frem ved, at de berørte parter er overordentligt opmærksomme og overordentligt vagtsomme, når det gælder indretning og ændring af institutionerne i form af spilleregler og organisation. Det er magten over dem og deres handlemuligheder, der er på spil, hvad der er helt i overensstemmelse med teorien.

I denne proces indtager politikerne en central rolle, men den er formet noget anderledes, end man ofte fremstiller det. Nok er det i sidste ende dem, der er systemets arkitekter, men i den funktion tildeler de sig selv en stor rolle. Fordi de stræber efter magt? Ja, måske indgår det i det. Men det indgår også, at de i et demokratisk system bliver stillet til ansvar af vælgere og organisationer, på disse områder ikke mindst lærernes, lægernes og sygeplejerskernes fagforeninger. Teoretisk kunne de smygge sig ud af denne demokratiets spændetroje ved i højere grad at indrette institutioner, der er selvregulerende, og som fritager dem for at involvere sig i stort og småt. Men de gør det ikke. Igen kan forklaringen være, at de holder fast på deres formelle myndighed, fordi den giver dem magt. Der kan imidlertid også være en anden og en tredje grund. De kan ikke smygge sig uden om ansvaret. Vælgere og organisationer kommer til dem, når noget konkret kører skævt. Det forudsætter, at de kan gribe ind, fordi rummelige regler har taget højde for situationen, eller fordi reglerne er så uforpligtende, at de ikke binder og forpligter, det være sig retligt eller politisk og moralsk.

Den tredje grund er, at man som for anden offentlig politik står over for den udfordring, at konsekvenserne af en politik, et valg af organisation eller et institutionelt design ganske enkelt er uvisse. Det har gennemsyret denne analyse. I væsentlige henseender ved man ikke, hvordan skole- og sundhedspolitikken virker, ej heller hvem der nyder godt af en bestemt institutionel indretning. Denne usikkerhed lægger op til, at man søger politiske løsninger, hvis kendemærke er, at man hele tiden kan justere dem, hvis situationen tilsiger det; men også til, at man ikke taber de kendte rammer af syne. Det er ikke kun sådan, at de politisk er svære at reformere. Det er også mere end usikkert, hvilke konsekvenser forandring vil have.

POLITIKERNES VALG

Når det forholder sig som just beskrevet, står et stort spørgsmål tilbage. Det er, hvorfor politikerne i den grad går op i institutionelle problemer. Det gælder ikke kun indretningen af velfærdsstatens serviceside; uanset hvilken offentlig politik, der er tale om, ser man det samme. En stor del af politikernes overvejelser og indbyrdes debat drejer sig om, hvordan man skal indrette de organisationer, der skal løse opgaverne, og i forlængelse heraf, hvordan man skal udforme de kompetence- og spilleregler, som regulerer deres virksomhed.

Der er mange forklaringer, som allerede er præsenteret i selve analysen, men tillad mig at repetere: En er, at det er umuligt at tage stilling til alle pro-

blemer, når man formulerer en politik. Det er heller ikke muligt at forudse dem. Derfor skyder politikerne en smart genvej. De blander kortene på en måde, som sandsynliggør, at de dispositioner, som vil blive truffet i situationer, som ingen her og nu kan forudse, alligevel bliver truffet, som de gerne vil have det. Ifølge den teori forudsætter det, at man kan sammensætte den kreds af personer (i jargonen agenter), som skal handle, på en sådan måde, at de gør, som politikerne selv ville have gjort i deres sted.

En anden teori, som er beslægtet med den første, går ud på, at det får politikerne ikke lov til. For alle de, der også vil være berørt af beslutningerne, kan godt se, hvad politikerne er ude på. Derfor forsøger de at få indflydelse på organisation, kompetencefordeling og beslutningsprocedurer. De skulle nødig selv risikere at blive ladt i stikken. Man kender det fra den lovgivning, som regulerer erhvervslivets forhold. Der ser man typisk, at der bliver indrettet organer, hvor erhvervslivets interesseorganisationer selv har plads, og som skal rådgive myndighederne om detailudformningen af reglerne eller være med til at behandle klager over forvaltningens afgørelser. Det minimerer risikoen for ubehagelige overraskelser. Når det handler om velfærdsservice er der ikke mange regler. Men det gør ikke usikkerheden mindre. Derfor viser medarbejdernes organisationer (altså her lægernes, lærernes og sygeplejerskernes) en stærk interesse for, hvordan man styrer og leder de institutioner, der er deres arbejdspladser. Den ytrer sig på tre forskellige måder, når det gælder indretningen af velfærdsstatens institutioner. Der er generelt en modvilje mod forandringer af den kendte indretning. Man kan tilskrive den både etablerede interesser og især usikkerheden over for, hvordan en anden indretning vil påvirke deres vilkår. Der er dernæst en stærk uvilje mod konkurrencemodellen, men den er svær at fortolke. Men den må først og fremmest tilskrives, at det er den, der i siden 1970'erne har udfordret styringskæden. Det ser man af, at reformer, der trækker i retning af styringskæden, som man har set inden for sundhedsvæsenet i de forsikringsbaserede systemer, bliver mødt af den samme modstand fra sektorens organisationer. Endelig er der overalt, hvor den fremherskende model bliver udfordret, en tendens til, at sektorens interesser søger at sikre sig, at en reform ikke skaber meget forskellige vilkår mellem den traditionelt og den reformerede del af sektoren. På den måde begrænser man konkurrencen, ligesom man understøtter modellernes konvergens.

En tredje teori har siden senhalvfemserne haft stærk vind i sejlene inden for den internationale politologi. Den interesserer sig for politikeres delegation af myndighed til andre, først og fremmest forvaltningen og ledelsen på

offentlige institutioner og virksomheder (Bendor, Glazer & Hammond, 2001). Den samler på mange måder de to første teorier sammen, fordi den forsøger at forklare, hvorfor politikere kan delegere til andre, jf. den førstnævnte teori, og hvorfor deres delegation er omgærdet af stor opmærksomhed fra andre, jf. den næstnævnte teori. Delegationsteoriene får ofte en drejning, hvorefter politikerne må delegere, hvis de vil sikre troværdigheden af deres egne dispositioner. De må, som Odysseus, binde sig til selv til masten for at beskytte sig selv mod fristelser.

Den kombination af rational choice-teori og nyliberal ideologi, som har understøttet konkurrencemodellens fremmarch som reformprogram, genspejler på mange måder den sidste tankegang: Politikerne må trække sig tilbage for at sikre, at de ikke selv falder for fristelsen til eller bliver presset til at foretage dispositioner, som går ud over først og fremmest den økonomiske effektivitet. For en umiddelbar betragtning er der meget, der understøtter, at en stor del af nutidens politikere har taget denne indsigt til sig og gjort den til en del af deres handlings- og reformprogram. Det gælder ikke bare for 1980'ernes reformatorer, men også årtusindskiftets politiske ledere som Tony Blair og Anders Fogh Rasmussen. De vil lave om og tilsyneladende omkalfatre det eksisterende system. Centralisering og decentralisering, hierarki og marked leverer ligefuldt redskaber til deres værktøjskasser, og det på en måde, som retfærdiggør skepsis over for bæredygtigheden af den just fremherskende teori om politikernes erkendelse af delegationens uomgængelige nødvendighed, hvis de vil sikre deres egen troværdighed.

Der er imidlertid, når man studerer de institutionelle valg, som politikerne træffer, langt mere, der tyder på, at de gennem reformer og forandringer konstant er optaget af, hvordan de kan skaffe og sikre et frirum for dem selv. Derfor laver de om. Derfor forsøger de gang på gang at skubbe til det eksisterende system. De ved ikke præcist, hvordan det vil virke, men den usikkerhed, som det skaber i den offentlige sektor, er fra deres side en kalkuleret del af deres strategi (Stoker, 2002). Når de delegerer og decentraliserer sikrer de sig selv en mulighed for at gribe ind og gøre undtagelser. Og når de tilslutter sig 'lad lederne lede'-dogmet, som har båret en stor del af quasi-markeds-reformerne, der fremstår som den moderne variant af konkurrencemodellen, har de enten fra starten indrettet sig sådan, at de fortsat kunne gribe ind, eller også er de som i New Zealand i løbet af få år kommet på andre tanker.

Afsættet for bogens analyse var eksistensen af tre for alle formål sideordnede mål for velfærdsstatens produktion og formidling af velfærdsservice: At

sikre lydhørheden over for brugerne, at sikre lighed og kvalitet i den leverede service samt at holde hus med de økonomiske ressourcer. En umulig opgave siger man ofte, men, har analysen vist, ikke så uforenelige mål, som man ofte antager. Analysen har imidlertid også vist noget andet. Når politikerne tager stilling til, hvordan de vil organisere den offentlige sektor, altså som her velfærdsstatens institutioner, så har lydhørheden første prioritet. På den ene side indretter de dem på en måde, som til enhver tid gør det muligt for dem at få en finger med i spillet. På den anden side bevarer de en nøglerolle, når det gælder formidlingen af ikke bare brugernes, men også andre interesser. Lydhørheden går med andre ord gennem styringskæden, hvordan man end indretter sig i et demokrati.

LITTERATUR

- Aaron, Henry J. & William B. Schwartz (1984). *The Painful Prescription*. Washington, DC: Brookings Institution.
- Adler, Michael et al. (1989). *Parental Choice and Educational Policy*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Ambler, John E. (1994). „Who benefits from educational choice? Some evidence from Europe“. *Journal of Policy Analysis and Management*, 13:454-476.
- Andersen, Annemarie Møller et al. (2001). *Forventninger og færdigheder i danske unge i international sammenligning*. København: AKF/Danmarks Pædagogiske Universitet/Socialforskningsinstituttet.
- Andersen, Dines (1997). *Uddannelsesvalg efter 9. klasse*. København: Socialforskningsinstituttet.
- Andersen, Lotte Bøgh & Marianne Blegvad (2002). *Private or Public Provision? Economic or Professional Incentives in Danish Dental Care for Children*. Århus: Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet.
- Andeweg, Rudy B. (1988). „Less than Nothing? Hidden Privatisation of the Pseudo-Private Sector: The Dutch Case“. *West European Politics*, 11:117-128.
- Ankjær-Jensen, Anni (2002). *DRG-afregning af frit valgs-patienter – konsekvenser for udbydere af sygehusydelser*. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- Armor, David J. & Brett M. Peiser (1998). „Interdistrict Choice in Massachusetts“, pp. 157-186 i Paul E. Peterson & Bryan C. Hassel (eds.). *Learning from School Choice*. Washington, DC: Brookings Institution.
- Arnott, Margaret A. & Charles D. Raab (eds.) (2000). *The Governance of Schooling. Comparative Studies of Devolved Management*. London: Routledge & Falmer.
- Ashburner, Lee & Liz Cairncross (1993). „Membership of the ‚New Style‘ Health Authorities: Continuity or Change?“ *Public Administration*, 71:357-375.
- Ashton, Toni & David Press (1997). „Market Concentration in Secondary Health Services under a Purchaser-Provider Split: The New Zealand Experience“. *Health Economics*, 6:43-56.
- Axer, Peter (2002). „Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung“. *Die Verwaltung*, 35:377-397.
- Balchin, Nigel (1949). *A Sort of Traitors*. London: Collins.
- Ballou, Dale & Michael Podgursky (1998). „Teacher Recruitment and Retention in Public and Privat Schools“. *Journal of Policy Analysis and Management*, 17: 393-417.
- Barkema, Harry. G. (1995). „Do Top Managers Work Harder When They Are Monitored?“ *Kyklos*, 48:19-42.

- Barkema, Harry G. & Johannes M. Pennings (1998). „Top Management Pay: Impact of Overt and Covert Power“. *Organization Studies*, 19:975–1003.
- Barr, Nicholas (1992). „Economic Theory and the Welfare State: A Survey and Interpretation“. *Journal of Economic Literature*, XXX:741–803.
- Baumert, Jürgen et al. (2002). *PISA 2000 – Die Länder der Bundesrepublik Deutschland im Vergleich*. Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung.
- Beck Jørgensen, Torben (1990). „Den heterogene stat og administrationspolitik“. *Nordisk Administrativ Tidsskrift*, 71:268–287.
- Beck Jørgensen, Torben (2000). „Forandringerne mangfoldighed: Empiriske og teoretiske konklusioner“, pp. 313–341 i Marianne Antonsen & Torben Beck Jørgensen (red.). *Forandringer i teori og praksis – skiftende billeder fra den offentlige sektor*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Bendor, J., A. Glazer & T. Hammond (2001). „Theories of Delegation“. *Annual Reviews Political Science*, 6:235–269.
- Bilheimer, Linda T. (2000). „Subsidizing Health Care for the under Sixty-Five Population“, pp. 438–468 i C. Eugene Steuerle et al. (eds.). *Vouchers and the Provision of Public Services*. Washington, DC: The Brookings Institution/Urban Institute Press.
- Bishop, John W. (2000). „Privatising Education: Lessons from Canada, Europe, and Asia“, pp. 292–335 i C. Eugene Steuerle et al. (eds.). *Vouchers and the Provision of Public Services*. Washington, DC: The Brookings Institution/Urban Institute Press.
- Blom-Hansen, Jens (1998). *Studier i statens styring af den kommunale sektors økonomi*. Århus: Politica.
- Blom-Hansen, Jens et al. (1998). *Offentligt og effektivt? Institutionelle valg i den offentlige sektor*. København: Gyldendal.
- Blomqvist, Paula & Bo Rothstein (2001). *Välfärdsstatens nya ansikte*. Stockholm: Agora.
- Blumberg, Linda J. & Len M. Nichols (1998). *Health Insurance Market Reforms: What They Can Do and Cannot Do*. Washington, DC: The Urban Institute/ www.urban.org/pubs/hinsure/insure.htm
- Bocognano, Agnès et al. (1999). „Concurrence entre assureurs, entre prestataires et monopole naturel. Une revue des expériences étrangères en matière de santé“. *Économie et Statistique*, 328:21–36.
- Bos, Wilfried et al. (2003). *Erste Ergebnisse aus IGLU. Schülerleistungen am Ende der vierten Jahrgangsstufe im Internationalen Vergleich*. <http://www.erzwiss.uni-hamburg.de/IGLU/home.htm>
- Boston, Jonathan et al. (1996). *Public Management. The New Zealand Model*. Auckland: Oxford University Press.
- Boyne, George A. et al. (2003). *Evaluating Public Management Reforms*. Buckingham: Open University Press.
- Brehm, John & Scott Gates (1997). *Working, Shirking, and Sabotage. Bureaucratic Response to a Democratic Public*. Ann Arbor: The University of Michigan Press.
- Buchanan, James M. & Gordon Tullock (1962/1969). *The Calculus of Consent. Logical Foundations of Constitutional Democracy*. Ann Arbor: The University of Michigan Press.
- Burtless, Gary (ed.) (1996). *Does Money Matter?* Washington, DC: The Brookings Institution.

- Burau, Viola (2001). „Medical reform in Germany: the 1993 health care legislation as an impromptu success“, pp. 199–218 i Mark Bovens et al. (eds.). *Success and Failure in Public Governance. A Comparative Analysis*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Canada Health Act (2003). *Health Canada*. www.hc-sc.gc.ca/datapcb./datahins/home.htm
- Card, David & Alan B. Krueger (1996). „School Resources and Student Outcomes: An Overview of the Literature and new Evidence from North and South Carolina“. *Journal of Economic Perspectives*, 10:31–50.
- Christensen, Jørgen Grønnegård (1992). „Hierarchical and Contractual Approaches to Budgetary Reform“. *Journal of Theoretical Politics*, 4:67–91.
- Christensen, Jørgen Grønnegård (1998). „Institutioner, politikere og brugere“ i Jens Blom-Hansen et al. *Offentligt og effektivt? Institutionelle valg i den offentlige sektor*. København: Gyldendal.
- Christensen, Jørgen Grønnegård (1999a). „Det tidløse ministerstyre“, pp. 185–205 i Jørgen Goul Andersen et al. (red.). *Den demokratiske udfordring*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Christensen, Jørgen Grønnegård (1999b). „Political Responsiveness in a Merit Bureaucracy“. Præsenteret på konference om *The Politicization of the Public Service*, Göteborg.
- Christensen, Jørgen Grønnegård (2000a). „The Dynamics of Decentralization and Recentralization“. *Public Administration*, 78:389–408.
- Christensen, Jørgen Grønnegård (2000b). „Governance and Devolution in the Danish School System“, pp. 198–216 i Margaret A. Arnott & Charles D. Raab (eds.). *The Governance of Schooling. Comparative Studies of Devolved Management*. London: Routledge & Falmer
- Christensen, Jørgen Grønnegård, Peter Munk Christiansen & Marius Ibsen (1999). *Politik og forvaltning*. Århus: Systime.
- Christensen, Anne Heeager, Morten Holm Jensen & Jørgen Grønnegård Christensen (2002). „Farven grå: Kommunale selskaber mellem demokrati og marked“, pp. 119–138 i Jens Blom-Hansen, Finn Bruun & Thomas Pallesen (red.). *Kommunale patologier – Traditionelle og utraditionelle organisationsformer i den kommunale verden*. Århus: Systime.
- Christiansen, Peter Munk (1990). „Udgiftspolitikken i 1980'erne: Fra asymmetri til asymmetrisk tilpasning“. *Politica*, 22:442–456.
- Christiansen, Peter Munk, Birgit Møller & Lise Tøgeby (2001). *Den danske elite*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Chubb, John E. & Terry M. Moe (1988). „Politics, Markets, and the Organization of Schools“. *American Political Science Review*, 82:1065–1087.
- Chubb, John E. & Terry M. Moe (1990). *Politics, Markets, and America's Schools*. Washington, DC: The Brookings Institution.
- Coase, Ronald W. (1978). „Economics and Contiguous Disciplines“. *Journal of Legal Studies*, 7:201–211.
- Coulter, Angela & Paul Cleary (2002). „Measuring and Improving Patients' Experiences: How Can We Make Health Care Systems Work for Patients?“ pp. 211–224 i OECD. *Measuring up. Improving Health System Performance in OECD Countries*. Paris: OECD.

- Coleman, James S. et al. (1966). *Equality of Educational Opportunity*. Washington, DC: U.S. Department of Health, Education, and Welfare.
- Competition and Quality (1998). *International Journal for Quality in Health Care*, 10, 5 (temanummer).
- Cranil, Mogens (1994). *Decentralisering og selvforvaltning i folkeskolen*. København: Undervisningsministeriet.
- Crozier, Michel (1963). *Le phénomène bureaucratique*. Paris: Seuil.
- Cutler, David M. & Richard J. Zeckhauser (2000). „The Anatomy of Health Insurance“, pp. 563–643 i A.J. Culyer & J.P. Newhouse (eds.). *Handbook of Health Economics*, Vol. 1 A. Amsterdam: North-Holland/Elsevier.
- Dahl Pedersen, Lars (1997). *The Politics of Cost Containment in Public Services. Hospital Budgeting in Denmark, Germany, and the Netherlands, 1978-92*. Århus: Politica.
- Dahl Pedersen, Lars & Peter Nannestad (1998). „Staten som driftsherre“, pp. 61–96 i Jens Blom-Hansen et al. (red.). *Offentligt og effektivt? Institutionelle valg i den offentlige sektor*. København: Gyldendal.
- Dahlström, Anita & Dick Ramström (1995). *Stockholmsmodellen*. Stockholm: SPRI.
- Dalton, Melville (1959). *Men Who Manage*. New York: John Wiley & Sons.
- Demsetz, Harold (1969). „Information and efficiency: Another Viewpoint“. *Journal of Law and Economics*, 12:1–22.
- Dich, Jørgen (1973). *Den herskende klasse*. København: Borgen.
- de Pouvourville, Gérard & Étienne Minvielle (2000). „Measuring the Quality of Hospital Care: The State of the Art“, pp. 251–275 i OECD. *Measuring up. Improving Health System Performance in OECD Countries*. Paris: OECD.
- Devlin, Nancy et al. (2001). „New Zealand’s new health sector reforms: Back to the future?“ *British Medical Journal*, 322, 7295:1171–1175.
- Doctorow, E. L. (1994). *The Waterworks*. New York: Macmillan/Picador.
- Donaldson, Cam & Karen Gerard (1993). *Economics of Health Care Financing: The Visible Hand*. London: MacMillan.
- Downs, Anthony (1957). *An Economic Theory of Democracy*. New York: Harper & Row.
- Due, Jesper & Jørgen Steen Madsen (1990). *Man kan kun gå på to ben: Lærerne mellem profession og fagforening*. Viborg: Danmarks Lærerforening.
- Dunleavy, Patrick (1991). *Democracy, Bureaucracy, and Public Choice*. Hertfordshire: Harvester-Wheatsheaf.
- Education Review Office (1999). *School Governance and Student Achievement*. <http://www.ero.gov.nz/publications/eers1999/schoolgovn/schoolgov.htm>
- Eggertsson, Thrainn (1990). *Economic Behavior and Institutions*. New York: Cambridge University Press.
- Eller, Warren S. et al. (2000). „Changing Dimes to Dollars: An Empirical Look at Maslow’s and Herzberg’s Motivation Theories“. Præsenteret på *APSA Annual Meeting*, Marriott Wardman Park, Washington, DC, 31.8.–2.9.
- Enemark, Ulrika (1992). „Frit sygehusvalg“. *Nationaløkonomisk tidsskrift*, 130:235–244.
- Engsig Christensen, Simon (2002). *Velfærdsstatens organisering i en demokratisk optik*. Århus: Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet (upubliceret bachelorafhandling).
- Environics (2002). „Environics Research Group Cross-national Comparison of Poll Results“. <http://www.environics.net>

- Evans, David B. (2002). „The Evolution of WHO’s Approach to Health System Performance Assessment“, pp. 197–225 i OECD: *Measuring Up. Improving Health System Performance in OECD Countries*. Paris: OECD
- Figlio, David N. (1997). „Did the ‚tax revolt‘ reduce school performance?“. *Journal of Public Economics*, 65:245–269.
- Finansministeriet (1993). *Borgernes syn på den offentlige sektor*. København: Schultz
- Finansministeriet (1994). *Budgetredegørelse 94*. København: Finansministeriet.
- Finansministeriet (1995). *Borgernes syn på den offentlige sektor*. København: Schultz.
- Finansministeriet (1997). *Budgetredegørelse 97*. København: Schultz.
- Finansministeriet (1998). *Borgerne og den offentlige sektor*. København: Schultz.
- Finansministeriet (2000). *Borgernes tilfredshed med den offentlige sektor – en baggrundsrapport*. www.finansministeriet.dk/publikationer/
- Fiske, Edward B. & Helen F. Ladd (2000). *When Schools Compete*. Washington, DC: The Brookings Institution.
- Floris, Toini S. & Charlotte Bidsted (1996). *Brugerbestyrelser på tværs – erfaringer fra kommuner og amter*. København: AKF Forlaget.
- Floris, Toini S. & Charlotte Bidsted (1998). *Bestyrelsen ved skolen og gymnasiet – flerdimensional indflydelse*. København: AKF Forlaget.
- Fotaki, Marianna (1999). „The impact of market oriented reforms on choice and information: a case study of cataract surgery in outer London and Stockholm“. *Social Science & Medicine*, 48:1415–1432.
- Frandsen, Annie Gaardsted et al. (2000). *Danskernes ønsker til sundhedsvæsenet*. Odense: Odense Universitetsforlag.
- Freeman, Richard (2000). *The Politics of Health in Europe*. Manchester: Manchester University Press.
- Frey, Bruno S. & Reiner Eichenberger (1999). *The New Democratic Federalism for Europe. Functional, Overlapping and Competing Jurisdictions*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Garber, Alan M. (2003). „Comparing Health Care Systems from the Disease-specific Perspective“, pp. 95–103 i OECD. *A Disease-based Comparison of Health Systems. What Is Best and at What Cost?* Paris: OECD.
- Garpenby, Peter (2002). „Making health policy in Sweden: the rise and fall of the 1994 family doctor scheme“, pp. 259–276 i Mark Bovens et al. (eds.). *Success and Failure in Public Governance. A Comparative Analysis*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Glaeske, Gerd et al. (2001). *Weichenstellungen für die Zukunft – Elemente einer neuen Gesundheitspolitik*. Berlin: Friedrich Ebert Stiftung.
- Goddard, Maria & Russell Manion (1998). „From Competition to Co-Operation: The new Economic Relationships in the National Health Service.“ *Health Economics*, 7:105–119.
- Godwin, R. Kenneth & Frank R. Kemerer (2002). *School Choice Tradeoffs. Liberty, Equity, and Diversity*. Austin: University of Texas Press.
- Goldfinch, Shaun (1998). „Remaking New Zealand’s Economic Policy: Institutional Elites as Radical Innovators“. *Governance*, 11:177–207.
- Goodin, Robert E. (1988). *Reasons for Welfare. The Political Theory of the Welfare State*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

- Goodrick, Elizabeth & Gerald R. Salancik (1996). „Organizational Discretion in Responding to Institutional Practices: Hospitals and Cesarean Births“. *Administrative Science Quarterly*, 41:1-28.
- Goul Andersen, Jørgen & Peter Munk Christiansen (1991). *Skatter uden velfærd*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Goul Andersen, Jørgen (1996). The Scandinavian Welfare Model in Crisis? Achievements and Problems of the Danish Welfare State in an Age of Unemployment and Low Growth“. *Scandinavian Political Studies*, 20, 1:1-31.
- Goul Andersen, Jørgen, Lars Torpe & Johannes Andersen (2000). *Hvad folket magter. Demokrati, magt og afmagt*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Greene, Jay P. et al. (1998). „School choice in Milwaukee: A Randomized Experiment“, pp. 335-356 i Paul E. Peterson & Bryan Hassel (eds.). *Learning from School Choice*. Washington, DC: The Brookings Institution.
- Gregersen, Ole (1995). *Forandring i socialforvaltningernes organisering*. København: Socialforskningsinstituttet.
- Gyrd-Hansen, Dorte & Ulla Slothuus (2002). „The Citizen's Preferences for Financing Public Health Care: A Danish Survey“. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 2:25-36.
- Ham, Chris (1994). *Management and Competition in the New NHS*. Oxford: Radcliffe Medical Press.
- Ham, Chris & Angela Coulter (2000). „Conclusion: Where Are We Now?“ pp. 233-250 i Angela Coulter & Chris Ham (eds.). *The Global Challenge of Health Care Rationing*. Buckingham: Open University Press.
- Hamblin, Richard (1998). „Trusts“, pp. 100-116 i Julian Le Grand et al. (eds.). *Learning from the NHS Internal Market*. London: King's Fund.
- Hammond, Thomas (1996). „Formal Theory and the Institutions of Governance“. *Governance*, 9:107-185.
- Hammond, Thomas & Paul A. Thomas (1989). „The Impossibility of a Neutral Hierarchy“. *Journal of Law, Economics, and Organization*, 5:155-184.
- Hannaway, Jane (1991). „The Organization and Management of Public and Catholic Schools: Looking inside the „Black Box““. *International Journal of Educational Research*, 15:463-481.
- Hansen, Erik Jørgen (1995). *En generation blev voksen*. København: Socialforskningsinstituttet.
- Hansen, Erik Jørgen (1997). *Perspektiver og begrænsninger i studiet af den sociale rekruttering til uddannelserne*. København: Socialforskningsinstituttet.
- Hanushek, Eric A. (1994). *Making Schools Work. Improving Performance and Controlling Costs*. Washington, DC: The Brookings Institution.
- Harrison, Stephen (2001). „Reforming the medical profession in the United Kingdom, 1989-97: Structural interests in health care“, pp. 277-292 i Mark Bovens et al. (eds.). *Success and Failure in Public Governance. A Comparative Analysis*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Hassel, Bryan C. (1998). „The Case for Charter Schools“, pp. 33-51 i Paul E. Peterson & Bryan C. Hassel (eds.). *Learning from School Choice*. Washington, DC: The Brookings Institution.

- Heinesen, Eskild et al. (1999). *Ressourceforbrug i folkeskolen og effekter på elevernes uddannelsesforløb*. København: AKF Forlaget.
- Himmelstein, David U. & Steffie Woolhandler (1986). „Cost without Benefit“. *The New England Journal of Medicine*, 314:441–445.
- Hirschman, Albert O. (1970). *Exit, Voice, and Loyalty. Responses to Decline in firms, Organizations, and States*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Holst, Benjamin & Jens Storm (2000). *Institutionelle forholds betydning for danske skolars kvalitet*. Århus: Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet (upubliceret speciale).
- Hood, Christopher S. (1998). „Individual Contracts for Top Civil Servants: Copying Business, Path-Dependent Political Re-Engineering or Trobriand Cricket?“ *Governance*, 11:443–462.
- Hood, Christopher S. (2000). *The Art of the State*. Oxford: The Clarendon Press.
- Hoxby, Caroline M. (1996). „Analyzing School Choice Reforms that Use America's Traditional Forms of Parental Choice“, pp. 133–155 i Paul E. Peterson & Bryan C. Hassel (eds.). *Learning from School Choice*. Washington, DC: The Brookings Institution.
- HSN (2001). *Några fakta om Hälso- och sjukvården i Stockholms län*. Stockholm: www.hsn.sll.se.
- Hughes, Melissa (2003). „Summary of Results from Breast Cancer Disease Study“, pp. 77–94 i OECD. *A Disease-based Comparison of Health Systems. What Is Best and at What Cost?* Paris: OECD.
- Husted, Thomas A. & Lawrence W. Kenny (2000). „Evidence on the Impact of State Government on Primary and Secondary Education and the Equity-Efficiency Trade-Off“. *Journal of Law and Economics*, XLIII:285–308.
- Indenrigsministeriet (1998). *Brugerbestyrelser. En undersøgelse af erfaringer*. København: Statens Information.
- Indenrigsministeriet (2000). *Den kommunale sektor. Størrelseseffekter i den kommunale sektor*. København: www.inm.dk.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2003a). *Sundhedsvæsenets organisering – sygehuse, incitament, amter og alternativer*. Indenrigs- og sundhedsministerens rådgivende udvalg. København: Statens Information.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2003b). *Kommissorium for Strukturkommissionen*. København: www.im.dk/index/dokumenter.asp?o.
- Jones, Bryan D. (2001). *Politics and the Architecture of Choice*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Jonsson, Ernst (1993). *Konkurrens inom sjukvården*. Stockholm: SPRI.
- Jönsson, Bengt & Ingemar Eckerlund (2003). „Why do different countries spend different amounts on health care? Macroeconomic analysis of differences in health care expenditure“, pp. 106–119 i OECD. *A Disease-based Comparison of Health Systems. What Is Best and at What Cost?* Paris: OECD.
- Kampmann, Viggo (1968). „En ekspert om eksperter og politikere“. *EkstraBladet*, 14.5.
- Klein, Rudolf (2001). *The New Politics of the NHS*. 4th ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Knott, Jack & Gary J. Miller (1987). *Reforming Bureaucracy. The Politics of Institutional Choice*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

- Kristensen, Niels Nørgård (1998). *Skolebestyrelser og demokratisk deltagelse*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Lambert, Richard A. et al. (1993). „The Structure of Organizational Incentives“. *Administrative Science Quarterly*, 38:438-461.
- LBK 619/2002. Bekendtgørelse af lov om friskoler og private grundskoler.
- Le Grand, Julian (1982). *The Strategy of Equality: Redistribution and the Social Services*. London: Allen & Unwin.
- Le Grand, Julian (1993). „Ein Wandel in der Verwendung von Policy-Instrumenten: Quasi-Märkte und Gesundheitspolitik“. *Politische Vierteljahresschrift*, 34:225-244.
- Levin, Henry M. (1998). „Educational Vouchers: Effectiveness, Choice, and Costs“. *Journal of Policy Analysis and Management*, 17: 373-392.
- Levine, David I. (1993). „What Do Wages Buy?“ *Administrative Science Quarterly*, 38:462-483.
- Lewin, Leif (1992). *Samhället och de organiserade intressena*. Stockholm: Norstedts.
- Lieberman, Myron (1999). *The Teacher Unions. How They Sabotage Educational Reform and Why*. New York: The Free Press.
- Lindbom, Anders (1995). *Medborgerskapet i velfärdsstaten. Föräldrainflytande i skandinavisk grundskola*. Stockholm: Almquist & Wiksell International.
- Lipsky, Michael (1980). *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation.
- Lipsky, Michael & Steven Rathgeb Smith (1993). *Nonprofits for Hire: The Welfare State in the Age of Contracting*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Lolle, Henrik (1999). *Serviceudgifter og brugertilfredshed i danske kommuner*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Lov nr. 414 af 6.6. 2002 om gennemsigtighed og åbenhed i uddannelserne m.v. København: www.retsinfo.dk
- Lovbekendtgørelsen nr. 619 af 9.7. 2002 om friskoler og private grundskoler. København: www.retsinfo.dk
- Lundsgaard, Jens (2003). „Competition and efficiency in publicly funded services“. *OECD Economic Studies* (under udgivelse).
- Lupia, Arthur & Mathew D. McCubbins (1998). *The Democratic Dilemma. Can Citizens Learn What They Need To Know?* New York: Cambridge University Press.
- Luukkunen, Aino-Maija (1998). *Sjukvårdsreformer i Finland och Sverige – en jämförande utvärdering*. Åbo: Åbo Akademi/Institutionen för offentlig förvaltning.
- Lyons, W.E. et al. (1992). *The Politics of Dissatisfaction. Citizens, Services, and Urban Institutions*. Armonk, NY: M.E. Sharpe.
- Mackenbach, Johan et al. (2002). „Socioeconomic inequalities in health in Europe: An Overview“, pp. 3-24 i Johan Mackenbach & Martijntje Bakker (eds.). *Reducing Inequalities in Health: A European Perspective*. London: Routledge.
- March, James G. & Johan P. Olsen (1989). *Rediscovering Institutions. The Organizational Basis of Politics*. New York, NY: The Free Press.
- Maynard, Alan (1998). „Competition and quality: rhetoric and reality“. *International Journal for Quality in Health Care*, 10:379-384.

- McCubbins, Matthew D. et al. (1989). „Structure and Process, Politics and Policy: Administrative Arrangements and the Political Control of Agencies“. *Virginia Law Review*, 75:431-482.
- McGuire, Thomas G. (2000). „Physician Agency“, pp. 461-536 i A.J. Culyer & J.P. Newhouse (eds.). *Handbook of Health Economics*, Vol. 1A. Amsterdam: Elsevier.
- McPherson, Klim (1990). „International differences in medical care practices“, pp. 17-28 i OECD. *Health Care Systems in Transition*. Paris: OECD.
- Meier, Kenneth J. (1980). „Executive Reorganization of Government: Impact on Employment and Expenditures“. *American Journal of Political Science*, 24:396-412.
- Meier, Kenneth J. et al. (2000). „Bureaucracy and Organizational Performance: Causality Arguments About Public Schools“. *American Journal of Political Science*, 44:590-602.
- Migué, J.-L. & Gérard Belanger (1974). „Towards A General Theory of Managerial Discretion“. *Public Choice*, 17: 27-43.
- Miller, Gary J. (1992). *Managerial Dilemmas. The Political Economy of Hierarchy*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Miller, Gary J. & Terry M. Moe (1983). „Bureaucrats, Legislators, and the Size of Government“. *American Political Science Review*, 77:297-322.
- Miller, Gary J. & Kathleen Cook (1994). „Leveling in States and Firms“. Præsenteret på APSA Annual Meeting, New York City.
- Miller, Gary J. & Andrew B. Whitford (2002). „Trust and Incentives in Principal-Agent Negotiations“. *Journal of Theoretical Politics*, 14:231-267.
- Milne, Robin G. & Ben Torsney (2003). „Financial Incentives, competition and a two tier service from the UK National Health Service internal market“. *Health Policy*, 64:1-12.
- Ministry of Welfare, Health, and Cultural Affairs (1988). *Changing health care in the Netherlands*. Amsterdam: Rijswijk.
- Mobley, Lee Rivers (1998). „Effects of Selective Contracting on Hospital Efficiency, Costs and Accessibility“. *Health Economics*, 7:247-261.
- Moe, Terry M. (1984). „The New Economics of Organizations“. *American Journal of Political Science*, 28:739-777.
- Moe, Terry (2001). *Schools, Vouchers, and the American Public*. Washington, DC: The Brookings Institution.
- Moïse, Pierre (2003). „The Heart of the Health Care System: Summary of the Ischaemic Heart Disease Part of the OECD Ageing-Related Diseases Study“, pp. 27-52 i OECD: *A Disease-based Comparison of Health Systems. What Is Best and at What Cost?* Paris: OECD.
- Moon, Lynelle (2003). „Stroke Treatment and Care: A comparison of Approaches in OECD Countries“, pp. 53-76 i OECD. *A Disease-based Comparison of Health Systems. What Is Best and at What Cost?* Paris: OECD.
- Moran, Michael (2001). „Managing reform: controlling the medical profession in an era of austerity“, pp. 171-183 i Mark Bovens et al. (eds.). *Success and Failure in Public Governance. A Comparative Analysis*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Morgan, David R. & John P. Pelissero (1980). „Urban Policy: Does Political Structure Matter?“ *American Political Science Review*, 74:999-1006.

- Morgan, David R. & Kenneth Kickham (1999). „Changing the Form of County Government: Effects on Revenue and Expenditure Policy“. *Public Administration Review*, 59:315–324.
- Mossialos, Elias (1997). „Citizens' Views on Health Care Systems in the 15 Member States of the European Union“. *Health Economics*, 6:109–116.
- Mossialos, Elias & Julian Le Grand (1999). „Cost containment in the EU: An overview“, pp. 1–154 i E. Mossialos & J. Le Grand (eds.). *Health Care And Cost Containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate.
- Mouritzen, Poul Erik & James H. Svara (2000). *The Nexus of Leadership: Administrators in the Political Process in Western Local Governments*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Mulford, Bill (2003). *School Leaders: Changing Roles and Impact on Teacher and School Effectiveness*. Paris/Tasmania: OECD/Faculty of Education, University of Tasmania.
- Mulligan, Jo-Ann (1998). „Health authority purchasing“, i Julian Le Grand et al. (eds.). *Learning from the NHS Market. A Review of the Evidence*. London: King's Fund.
- Nannestad, Peter (2003). „It is not the economy, Stupid“. Århus: Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet.
- Nannestad, Peter & Martin Paldam (1990). „Skattelettelser eller offentlig service: hvor meget støtter danskerne velfærdsstaten?“ *Økonomi & Politik*, 63:25–40.
- Neal, Derek (1997). „The Effects of Catholic Secondary Schooling on Educational Achievement“. *Journal of Labor Market Economics*, 15:98–124.
- Niskanen, William A. (1971). „Bureaucracy and Representative Government“, i William A. Niskanen (1994), *Bureaucracy and Public Economics*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Nørgaard, Asbjørn S. (1996). „Rediscovering Reasonable Rationality in Institutional Analysis“. *European Journal of Political Research*, 29:31–57.
- OECD (1990). *Health Care Systems in Transition*. Paris: OECD.
- OECD (2001). *Knowledge and Skills for Life. First Results from PISA 2000*. Paris: OECD.
- OECD (2002 a). *Education Policy Analysis*. Paris: OECD.
- OECD (2002 b). *Education at a Glance. OECD Indicators 2002*. Paris: OECD.
- Okpala, Comfort O. et al. (2001). „Parental Involvement, instructional expenditures, family socio-economic attributes, and student achievement“. *Journal of Educational Research*, 95:110–116.
- Olsen, Johan P. (1978). „Folkestyre, byråkrati og korporativisme“, i Johan P. Olsen (ed.). *Politisk organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ormsby, Maurice J. (1998). „The Provider/Purchaser Split: A Report from New Zealand“. *Governance*, 11:357–387.
- Ostrom, Elinor (1972). „Metropolitan Reform: Propositions Derived From Two Traditions“. *Social Science Quarterly*, 53:474–493.
- Ostrom, Elinor (1986). „An Agenda for the Study of Institutions“. *Public Choice*, 48:3–25.
- Ostrom, Vincent (1973/1989). *The Intellectual Crisis in American Public Administration*, 2nd ed. Tuscaloosa: The University of Alabama Press.
- Ouchi, William G. (1980). „Markets, Bureaucracies, and Clans“. *Administrative Science Quarterly*, 25:129–141.
- Pallesen, Thomas (1997). *Health Care Reforms in Britain and Denmark: The Politics of Economic Success and Failure*. Århus: Politica.

- Pallesen, Thomas (1998). „De danske amter: Politikere eller administratorer? Gymnasieskolen som eksempel“, pp. 97-122 i Jens Blom-Hansen et al. *Offentligt og effektivt? Institutionelle valg i den offentlige sektor*. København: Gyldendal.
- Pallesen, Thomas (2000). „Institutional Theory and Public Administration“. *Arbejdspapir*. Århus: Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet.
- Paterson, Iain & Ken Judge (2002). „Equality of access to healthcare“, pp. 169-187 i Johan Mackenbach & Martijntje Bakker (eds.). *Reducing Inequalities in Health: A European Perspective*. London: Routledge.
- Paulus, Aggie et al. (2003). „Market Competition: everybody is talking, but what do they say? A sociological analysis of market competition in policy networks“. *Health Policy*, 64: 279-289.
- Pedersen, Kjeld Møller (1992). „Nye økonomiske mekanismer og ændret politisk-administrativ struktur“, i Kjeld Møller Pedersen et al. *Struktur og finansiering af det danske sundhedsvæsen i 1990'erne. Lundbeckfondens prisopgave 1990*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Pedersen, Lars Dahl (1997). *The Politics of Cost Containment in Public Services. Hospital Budgeting in Denmark, Germany, and the Netherlands, 1978-92*. Århus: Politica.
- Peterson Paul E. (1998). „School Choice: A Report Card“, pp. 3-32 i Paul E. Peterson & Bryan C. Hassel (eds.). *Learning from School Choice*. Washington, DC: The Brookings Institution.
- Peterson, Paul E. & Bryan C. Hassel (eds.). *Learning from School Choice*. Washington, DC: The Brookings Institution.
- Petersson, Olof et al. (1989). *Medborgarnas makt*. Stockholm: Carlssons.
- Pettersen, Per Arnt & Lawrence Rose (1997). „Den norske kommunen: Hva har politikerne ønsket, og hva ønsker folket?“, pp. 91-126 i Harald Baldersheim et al. (red.). *Kommunalt selvstyre i velfærdsstaten*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Pfeffer, Jeffrey (1973). „Size, Composition, and Function of Hospital Boards of Directors: A Study of Organization-Environment Linkage“. *Administrative Science Quarterly*, 18:349-364.
- Pfeffer, Jeffrey & Nancy Langton (1993). „The Effect of Wage Dispersion on Satisfaction, productivity, and working Collaboratively: Evidence from college and University Faculty.“ *Administrative Science Quarterly*, 38:382-407.
- Philip, Kjeld (1947). *Staten og fattigdommen. Fem kapitler af dansk kulturpolitik*. København: Jul. Gjellerups Forlag.
- Propper, Carol & Neil Söderlund (1998). „Competition in the NHS Internal Market: an Overview of its Effects on Hospital Prices and Costs“. *Health Economics*, 7:187-198.
- Rasmussen, Erik (1981). *Lighedsbegreber*. København: Berlingske Forlag.
- Reischauer, Robert D. (2000). „Medicare Vouchers“, pp. 407-437 i C. Eugene Steuerle et al. (eds.). *Vouchers and the Provision of Public Services*. Washington, DC: The Brookings Institution.
- Reschovsky, James D. et al. (2002). „Consumer Beliefs and Health Plan Performance: It's Not Whether You are in an HMO but Whether You Think You Are“. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 27:354-377.
- Rothstein, Bo (1986). *Den socialdemokratiska staten*. Lund: Arkiv Förlag.

- Sabatier, Paul A. et al. (1995). „Hierarchical Controls, Professional Norms, Local Constituencies, and Budget Maximization: An Analysis of U.S. Forest Service Planning“. *American Journal of Political Science*, 39:204–242.
- Saltman, Richard & Josep Figueras (1997). *European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies*. København:WHO.
- Sandier, Simone (1990). „Health services utilization and physician income trends,“ pp. 41–56 i OECD. *Health Care Systems in Transition*. Paris: OECD.
- Sawhill, Isabel V. & Shannon L. Smith (2000). „Vouchers for Elementary and Secondary Education“, pp. 251–291 i C. Eugene Steuerle et al. (eds.). *Vouchers and the Provision of Public Services*. Washington, DC: The Brookings Institution.
- Schlüter, Andreas, Rupert Graf Strachwitz & Volker Then (1999). „Vorschläge für die Reform des Stiftungs- und Gemeinnützigkeitsrechts“. www.dritter-sektor.de/stiftungsreform.htm
- Schmidt, Erik Ib (1968). *Offentlig administration og planlægning*. København: Gyldendal.
- Schmidt, Manfred G. (2002). „Warum Mittelmass? Deutschlands Bildungsausgaben im internationalen Vergleich“. *Politische Vierteljahresschrift*, 43:3–19.
- Schneider, Mark et al. (1998). „Institutional Arrangements and the Creation of Social Capital: The Effects of Public School Choice“. *American Political Science Review*, 91:82–93.
- Scott, W. Richard et al. (2000). *Institutional Change and Healthcare organizations. From Professional Dominance to Managed Care*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Sened, Itai (1997). *The Political Institution of Private Property*. New York: Cambridge University Press.
- Serritzlew, Søren (2001). „Spatial teori: Formaliseret public choice“. *Økonomi & Politik*, 74:12–26.
- Serritzlew, Søren (2003). „Linking budgets to activity. A test of the effect of output-purchase budgeting.“ Draft paper. Århus: Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet.
- Skolverket (1998). *Beskrivanda data om barnomsorg och skola 98*. Stockholm: Skolverket.
- Skolverket (2001). *Fritstående grundskolor – 2001*. Stockholm: Skolverket.
- Smith, Kevin B. & Kenneth J. Meier (1994). „Policy, Markets, and Bureaucracy: re-examining School Choice.“ *The Journal of Politics*, 56: 475–491.
- Smith, Kevin B. & Kenneth J. Meier (1995). *The Case against School Choice: Politics, Politics, Markets, and Fools*. Armonk, NY: Sharpe.
- Sosial- og Helsedepartementet (2001). *Om lov om helseforetak m.m.* Ot.prp. nr. 66, 6.4. 2001. Oslo: www.odin.dep.no
- SOU 2002: 31. *Vinst för vården*. Stockholm: Statens Offentliga Utredningar.
- Steinmo, Sven & Jon Watts (1993). *It's the Institutions, Stupid: Why Comprehensive Health Reform Fails in America*. Upubliceret notat. Boulder, CO: University of Colorado.
- Stigler, George J. (1975). *The Citizen and the State. Essays on Regulation*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Stoker, G. (2002). Life is a lottery: New Labour's strategy for reform of devolved governance.“ *Public Administration*, 80: 417–434.
- Sundhedsministeriet (1997). *Udfordringer i sygehusvæsenet. Betænkning fra Sygehuskommissionen*. Betænkning nr. 1329. København: Statens Information.

- Svara, James (1998). „United States of America: Similarity Within Diversity“ i Kurt Klaudi Klausen & Annick Magnier (eds.). *The Anonymous Leader. Appointed CEOs in Western Local Government*. Odense: Odense University Press.
- Søndervang Christensen, Line (2002). *Frit skolevalg i Danmark – omfang og konsekvenser*. Århus: Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet (upubliceret bachelorafhandling).
- Sørensen, Rune J. & Dag Morten Dalen (2001). *Eierskap og tilknytningsformer i offentlig sektor*. Sandvika: Handelshøyskolen BI.
- Tambour, Magnus (1997). „The Impact of Health Care Policy Initiatives on Productivity.“ *Health Economics*, 6:57–70.
- Telhaug, Alfred & Rolf Tønnesen (1992). *Dansk utdanningspolitikk under Bertel Haarder: dansk nyliberalistisk og nykonservativ utdanningspolitikk fra 1982 til 1992*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tiebout, Charles M. (1956). „A Pure Theory of Local Expenditures“. *The Journal of Political Economy*, 64:416–424.
- Thompson, Andrew G.H. (1998). „Competition and quality: looking for evidence in health care reforms“. *International Journal for Quality in Health Care*, 10:71–373.
- Tosi, Henry L. et al. (2000). „How Much Does Performance Matter? A Meta-Analysis of CEO Pay Studies“. *Journal of Management*, 26:301–339.
- Trappenburg, Mark & Mafriska de Groot (2001). „Controlling medical specialists in the Netherlands: delegating the dirty work“, pp. 219–237 i Mark Bovens et al. (eds.). *Success and Failure in Public Governance. A Comparative Analysis*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Undervisningsministeriet et al. (1998). *Rapport om taxameterstyring*. København: Undervisningsministeriets Forlag.
- Undervisningsministeriet (2002). *De frie grundskoler i tal*. København: <http://pub.uvm.dk/2000/friegrundskoler/index.html>
- van Doorslaer, Eddy et al. (2000). „Equity in the delivery of health care in Europe and the US.“ *Journal of Health Economics*, 19:553–583.
- van Doorslaer, Eddy et al. (2002). „Equity in the Use of Physician Visits in OECD Countries: Has Equal Treatment for Equal Need been Achieved?“, pp. 225–245 i OECD. *Measuring Up. Improving Health System Performance in OECD Countries*. Paris: OECD.
- van Mosseveld, C.J.P.M. & P. van Son (1999). *International Comparison of Health Care Data*. Amsterdam: Kluwer.
- Viteritti, Joseph P. (1998). „School Choice and State Constitutional Law“ i Peterson & Hassel (eds.). *Learning from School Choice*. Washington, DC: The Brookings Institution.
- Vrangbæk, Karsten (2000). „Forandringer i sygehussektoren som følge af frit sygehusvalg“ i Marianne Antonsen & Torben Beck Jørgensen (red.). *Forandringer i teori og praksis – skiftende billeder fra den offentlige sektor*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Wagstaff, Adam & Eddy van Doorslaer (2000). „Equity in Health Care Finance and Delivery“, pp. 1803–1862 i A.J. Culyer & J.P. Newhouse (eds.). *Handbook of Health Economics*, Vol. 1 B. Amsterdam: North-Holland/Elsevier.

- Weaver, R. Kent & Bert A. Rockman (1993). *Do Institutions Matter? Government Capabilities in the United States and Abroad*. Washington, DC: The Brookings Institution.
- Weber, Max (1918a/1988). „Politik als Beruf“ i *Max Weber: Gesammelte politische Schriften*. Tübingen: J.C.B. Mohr.
- Weber, Max (1918b/1988). „Parlament und Regierung im neugeordneten Deutschland“, *Gesammelte Politische Schriften*. Tübingen: J.C.B. Mohr.
- Weber, Max (1921/1990). *Wirtschaft und Gesellschaft*. Tübingen: J.C.B. Mohr.
- Weisbrod, Burton A. (1991). „The Health Care Quadrilemma: An Essay on Technological Change, Insurance, Quality of Care, and Cost Containment“. *Journal of Economic Literature*, XXIX: 523–552.
- West, Peter A. (1997). *Understanding The National Health Service Reforms. The Creation of Incentives?* Buckingham: Open University Press.
- WHO (2000). *World Health Report 2000*. Geneve: WHO.
- WHO (2002). *World Health Report 2002*. Geneve: WHO.
- Wildavsky, Aaron (1987). „Choosing Preferences By Constructing Institutions: A Cultural Theory of Preference Formation“. *American Political Science Review*, 81: 3–21.
- Wildavsky, Aaron (1994). „Why Self-Interest Means Less Outside A Social Context. Cultural Contributions to A Theory of Rational Choice“. *Journal of Theoretical Politics*, 6: 139–159.
- Wilkerson, John D. (2003). „The Political Economy of Health in the United States“. *Annual Reviews Political Science*, 6: 327–343.
- Wilsford, David (2001). „Paradoxes of health care reform in France: state autonomy and policy paralysis“, pp. 184–198 i Mark Bovens et al. (eds.). *Success and Failure in Public Governance. A Comparative Analysis*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Wilson, James Q. (1989). *Bureaucracy*. New York: Basic Books.
- Wintrobe, Ronald (1997). „Modern Bureaucratic Theory“, pp. 429–454 i Dennis C. Mueller (ed.). *Perspectives on Public Choice*. New York: Cambridge University Press.
- Witte, John F. (2000). *The Market Approach to Education*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Woolhandler, Steffie & David U. Himmelstein (1991). „The Deteriorating Administrative Efficiency of the U.S. Health Care System“. *The New England Journal of Medicine*, 324: 1253–1257.
- Zeuthen-Bentsen, Eva (2000). *Sygehusledelse i Danmark: Trojkanmodellens opståen, spredning og funktion*. Frederiksberg: Nyt fra Samfundsvidenskaberne.

UDGIVELSER FRA MAGTUDREDNINGEN

PR. 20. OKTOBER 2003

B Ø G E R

Jørgen Goul Andersen, Peter Munk Christiansen, Torben Beck Jørgensen, Lise Tøgeby & Signild Vallgård (red.) (1999). *Den demokratiske udfordring*. København: Hans Reitzels Forlag.

Peter Munk Christiansen, Birgit Møller & Lise Tøgeby (2001). *Den danske elite*. København: Hans Reitzels Forlag.

Anette Borchorst (red.) (2002). *Kønsmagt under forandring*. København: Hans Reitzels Forlag.

Martin Marcussen (2002). *OECD og idespillet – Game Over?* København: Hans Reitzels Forlag.

Lise Tøgeby (2002). *Grønlandere i Danmark. En overset minoritet*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Torben Beck Jørgensen & Kurt Klaudi Klausen (red.) (2002). *Territorial dynamik – streger på landkort, billeder i vore hoveder*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Flemming Mikkelsen (red.) (2002). *Bevægelser i demokrati. Foreninger og kollektive aktioner i Danmark*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Jens Blom-Hansen (2002). *Den fjerde statsmagt? Kommunernes Landsforening i dansk politik*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Margaretha Järvinen, Jørgen Elm Larsen & Nils Mortensen (red.) (2002). *Det magtfulde møde mellem system og klient*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Anker Brink Lund (2002). *Den redigerende magt – nyhedsinstitutionens politiske indflydelse*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Finn Sivert Nielsen & Inger Sjørslev (red.) (2002). *Folkets repræsentanter. Et antropologisk blik på Folketinget*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Thomas Pedersen (red.) (2002). *Europa for folket? EU og det danske demokrati*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Peter Munk Christiansen & Asbjørn Sonne Nørgaard (2003). *Faste forhold – flygtige forbindelser. Stat og interesseorganisationer i Danmark i det 20. århundrede*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.

- Martin Marcussen & Karsten Ronit (red.) (2003). *Internationaliseringen af den offentlige forvaltning i Danmark – forandring og kontinuitet*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Gorm Winther (red.) (2003). *Demokrati og magt i Grønland*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Lise Togeby (2003). *Fra fremmedarbejdere til etniske minoriteter*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Torben Beck Jørgensen (red.) (2003). *På sporet af en offentlig identitet – værdier i stat, amter og kommuner*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Erik Damgaard (2003). *Folkets styre. Magt og ansvar i dansk politik*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Hans Mouritzen (red.) (2003). *Er vi så forbeholdne? Danmark over for globaliseringen, EU og det nære*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Hans Sode-Madsen (2003). *Farlig ungdom. Samfundet, ungdommen og ungdomskommissionen 1945-1970*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Lars Bille & Jørgen Elklit (red.) (2003). *Partiernes medlemmer*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Peter Munk Christiansen & Lise Togeby (red.) (2003). *På sporet af magten*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Tim Knudsen (2003). *Offentlighed i det offentlige. Om historiens magt*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Niels Nørgaard Kristensen (2003). *Billeder af magten. Portrætter til forståelse af magt og demokrati*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Jørgen Grønnegård Christensen (2003). *Velfærdsstatens institutioner*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.

SKRIFTER

- Erik Oddvar Eriksen (1999). *Is Democracy Possible Today?* Århus: Magtudredningen.
- Ole Hammer & Inger Bruun (2000). *Etniske minoriteters indflydelseskkanaler*. Århus: Magtudredningen.
- Jens Peter Frølund Thomsen (2000). *Magt og indflydelse*. Århus: Magtudredningen.
- Jørgen Elklit, Birgit Møller, Palle Svensson & Lise Togeby (2000). *Hvem stemmer – og hvem stemmer ikke?* Århus: Magtudredningen.
- Jacob Gaarde Madsen (2000). *Mediernes konstruktion af flygtninge- og indvandrerspørgsmålet*. Århus: Magtudredningen.

- Karsten Vrangbæk (2001). *Ingeniørarbejde, hundeslagsmål eller hovedløs høne? Ventetidsgarantier til sygehusbehandling*. Århus: Magtudredningen.
- Søren Laursen (2001). *Vold på dagsordenen. Medierne og den politiske proces*. Århus: Magtudredningen.
- Jørgen Goul Andersen & Mette Tobiasen (2001). *Politisk forbrug og politiske forbrugere. Globalisering og politik i hverdagslivet*. Århus: Magtudredningen.
- Erik Albæk, Peter Munk Christiansen & Lise Tøgeby (2002). *Eksperter i medierne. Dagspressens brug af forskere 1961-2001*. Århus: Magtudredningen.
- Helle Porsdam (2002). *Fra pax americana til lex americana? En diskussion af dansk retliggørelse som en påvirkning fra USA*. Århus: Magtudredningen.
- Eva Østergaard-Nielsen (2002). *Politik over grænser: Tyrkeres og kurderes engagement i det politiske liv i hjemlandet*. Århus: Magtudredningen.
- Jonathan Schwartz (red.) (2002). *Medborgerskabets mange stemmer*. Århus: Magtudredningen.
- Walter Korpi (2002). *Velfærdsstat og socialt medborgerskab. Danmark i et komparativt perspektiv, 1930-1995*. Århus: Magtudredningen.
- Steen Thomsen, Torben Pedersen & Jesper Strandskov (2002). *Ejerskab og indflydelse i dansk erhvervsliv*. Århus: Magtudredningen.
- Frank Rasmussen & Peder Andersen (2002). *Globaliseringens økonomiske konsekvenser for Danmark*. Århus: Magtudredningen.
- Carsten Greve (2002). *Privatisering, regulering og demokrati. Telestyrelsens funktion som uafhængig reguleringsmyndighed*. Århus: Magtudredningen.
- Ann-Dorte Christensen (2003). *Fortællinger om identitet og magt. Unge kvinder i senmoderniteten*. Århus: Magtudredningen.
- Thomas Schøtt (2003). *Den økonomiske elites netværk*. Århus: Magtudredningen.
- Peter Dahler-Larsen & Niels Ejersbo (2003). *Djæficering – myte eller realitet?* Århus: Magtudredningen.
- Jan H. Hermansen, Lars Bille, Roger Buch, Jørgen Elklit, Bernhard Hansen, Hans Jørgen Nielsen & Karina Pedersen (2003). *Undersøgelsen af medlemmerne af de danske partiorganisationer. Dokumentation*. Århus: Magtudredningen.
- Lars Torpe & Torben K. Kjeldgaard (2003). *Foreningssamfundets sociale kapital. Danske foreninger i et europæisk perspektiv*. Århus: Magtudredningen.
- Jens Blom-Hansen (2003). *Subsidiaritetsprincippet vendt på hovedet? EU's strukturpolitik og Danmark*. Århus: Magtudredningen.
- Jens Peter Christensen (2003). *Domstolene – den tredje statsmagt*. Århus: Magtudredningen.

Camilla Palmhøj Nielsen (2003). *Til glæde for hvem? – om intern regulering i staten*. Århus: Magtudredningen.

Peter Munk Christiansen & Asbjørn Sonne Nørgaard (2003). *De som meget har ... Store danske virksomheder som politiske aktører*. Århus: Magtudredningen.

Birte Siim (2003). *Medborgerskabets udfordringer – etniske minoritetskvinders politiske myndiggørelse*. Århus: Magtudredningen.