

Skal bestiller-utfører-modellen være et hovedprinsipp eller et supplement ved oppgavefordelingen i spesialisthelsetjenesten?

Er bestiller-utfører-modellen brukbar?

Etter at staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten, er «sørge for»-ansvaret flyttet til de fem regionale helseforetakene (1). De kan spille på flere «utførere»: Egne datterforetak, private sykehus, private spesialister, helseforetak utenfor egen region og utenlandske sykehus. Ingen av utførerne, heller ikke datterforetakene, vil ha noe sørge for-ansvar overfor en befolkning utover det som fremgår av avtaler med et regionalt foretak.

Regionale helseforetak må velge en modell for fordeling av oppgaver og penger innenfor følgende ytterpunkter:

- Så langt egen kompetanse rekker, får hvert datterforetak monopol innenfor tildelte geografiske områder, kun modifisert av fritt sykehusvalg.
- En bestiller-utfører-modell der alle elektive oppgaver, og flest mulig av de akutte, legges ut på anbud, og må vinnes i regelmessige, åpne anbudskonkurranser.

Tanken bak denne andre modellen er åpenbar: Konkurransen skal fremme kvalitet og kostnadskontroll og styrke det regionale helseforetakets forhandlingsposisjon. Men utstrakt bruk av anbud kan påføre det regionale helseforetaket uventede utgifter og belastende oppgaver. Hvis en anbudsrunde skal være reell, kan ikke bare det regionale helseforetaket velge utfører. Datterforetak og andre aktuelle utførere må ha en tilsvarende rett til å avgjøre om de overhodet vil delta og inngå avtale. Skal regionale helseforetak bruke anbud som den dominerende metode for å fordele bestillinger, må datterforetakene fritas for et generelt geografisk ansvar; deres ansvar for mennesker kan ikke lenger bygge på at disse bor i et bestemt geografisk område, men at deres lidelse omfattes av en kontrakt.

Når det gjelder lett flyttbare pasientgrupper med behov for tidsavgrenset behandling, f.eks. mange typer kirurgi med stort pasientvolum, vil et regionalt helseforetak neppe få store problemer med å ivareta sitt sørge for-ansvar (2). Men for en stor og voksende andel av pasientene kan ikke ansvaret ivaretas ved at man kjøper elektive eller akutte enkeltprosedyrer i et nasjonalt eller internasjonalt marked. Lange reiser kan være for belastende, for dyre eller tidsmessig uforsvarlig ved øyeblikkelig hjelp. Enda oftere vil pasientenes behov være sammensatte, langvarige, og vanskelige å prise og handle med. Flytting av elektive oppgaver får dessuten konsekvenser for en sykehusinstitusjons evne til å opprettholde akuttfunksjoner innen samme fagområde, akuttfunksjoner som jo er det regionale helseforetaks, ikke datterforetakenes, sørge for-ansvar. I praksis blir det derfor ofte kun det lokale datterforetak som er aktuell utfører (3).

I fremtiden er det likevel ikke sikkert at et datterforetak vil levere inn anbud på denne type oppgaver når det er fritatt for sitt geografiske ansvar. Et slikt helseforetak vil, som private bedrifter, kontinuerlig analysere hvilke deler av virksomheten som gir fortjeneste og tap. Tapsvirksomhet som ikke kan snus til overskudd, legges ned. Om vanskelig flyttbare oppgaver dermed blir stående uløst, er ikke deres problem: Sørge for-ansvaret ligger hos det regionale helseforetak. Dermed vil det anbudssystem som skulle styrke det regionale helseforetaks evne til å stille krav, slå tilbake ved at datterforetakene kan skru opp prisen på oppgaver der de vanskelig kan erstattes.

En løsning det regionale helseforetaket kan bruke, er å pålegge datterforetak å utføre nødvendige oppgaver med høy risiko for tap.

Dette virkemidlet vil i løpet av kort tid true hele anbudssystemet. Datterforetaket vil måtte innføre intern kryssubsidiering og dermed prise andre tjenester høyere. Når det gjelder disse tjenester, taper man da i konkurransen med tilbydere som ikke er pålagt å drive tapsbringende virksomhet. For det regionale helseforetak blir det meget komplisert å inngå kontrakter som dekker alle medisinske behov uten at det oppstår udekkede områder eller uklare avgrensninger i forhold til forpliktelsene til de ulike utførerne.

En mulig løsning for å forenkle anbudsprosessen er å kjøpe et bestemt volum av tjenester, definert som DRG-poeng, innenfor de ulike deler av medisinen. Ett av mange problemer med en slik løsning er at utfører da vil vektlegge de oppgaver som lettest gir DRG-poeng og ikke fordele innsatsen ut fra en medisinsk prioritering. Fenomenet er velkjent i sosialistisk planøkonomi: Ved samlebestillinger fra sentralmyndighetene for ulike typer beslektede varer, blir produksjonen rettet mot de enkeltprodukter som gir de beste måltall med lavest innsats, ikke de produkter befolkningen ønsker og trenger. Jo mer man vil sikre seg mot dette ved å spesifisere oppgavene og lage individuelt tilpassede takster for ulike prosedyrer, desto mer komplisert og dyr blir anbudsprosessen, og desto flere fagfolk må bruke tid på å rapportere og kontrollere. En tankegang og utvikling som dette kan virke fjern. Men «kodesaken» i Helse Sør (4, 5) har lært oss at når økonomiske incentiver er sterke nok, vil en endring av den interne kultur kunne gå meget raskt. Ved utstrakt bruk av anbud kan det oppstå en endring i kulturene i våre offentlige sykehus. Opplevelsen av et helhetlig ansvar overfor befolkningen i eget område forvitrer og blir begrenset til oppfylling av måltall i avgrensede kontrakter.

Anbud på avgrensede og flyttbare oppgaver kan fungere utmerket i samspill med et generelt geografisk ansvar for datterforetak. Hvis regionale helseforetak går videre og legger om til et system som i større grad er basert på anbud, med påfølgende oppløsning av de enkelte helseforetaks ansvar for et geografisk område, bør de nøye vurdere disse sannsynlige holdningsendringene ved offentlige sykehus, og de store kostnader forbundet med anbud og kontroll. Man kan vikle seg inn i en lang rekke kostbare tvangssituasjoner som følge av sitt sørge for-ansvar der man ikke kan spille på marked og konkurranse. Det regionale helseforetak kan da bli den svake part som presses til å betale det fristilte datterforetak krever.

Baard-Christian Schem

baard-christian.schem@helse-bergen.no

Baard-Christian Schem (f. 1956) er dr.med., spesialist i onkologi og overlege ved Kreftavdelingen, Haukeland Universitetssykehus. Han er medlem av redaksjonskomiteen i Tidsskriftet.

Litteratur

1. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. www.lovdata.no/all/hl-19990702-061.html#2-1a. (28.8.2003).
2. Helse Vest: Kirurgiguiden 2003. www.helse-vest.no/graphics/hv/Images/kirurgiguiden2003.pdf (28.8.2003).
3. Carlsen F. Thatchers helsereform – hvordan gikk det? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 849–51.
4. Haug C: Diagnoserelaterte gråsoner. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1173.
5. Gedde-Dahl S, Hafstad A. Pasientene fikk mer lønnsomme sykdommer. Aftenpostens nettavis 7.3.2003. www.aftenposten.no/forbruker/helse/article.html?articleID=503943.