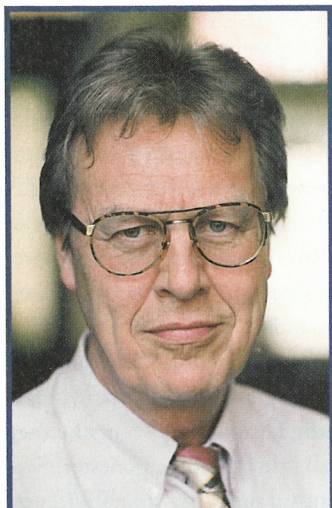


Fem scenarier for helsetjenesten 2010:

De fem scenariene – marked for alle pengene?

• AV STEINAR WESTIN



Steinar Westin er fastlege for 350 personer ved Tempe legesenter og professor i sosialmedisin ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, NTNU

La meg forkynne min dom straks: De fem scenariene vi har fått oss forelagt er lite lystelig lesning. De syder ikke av liv og lyst og lyse drømmer, slik det kunne vært naturlig når gode kolleger ser noen år frem i tiden. I det minste i et land som flyter av olje og honning, og der mulighetene for å skape Den Gode Helsetjenesten, med store bokstaver, aldri har vært bedre. Ville det ikke vært naturlig at det blant disse scenariene var noen stor-slagne byggverk – noe

som kunne tenne folks lyster og drømmer, i den minste én skisse av den helsetjenesten vi alle skulle ønske å møte den dagen vi trenger den? Hva er det som skurrer?

Det tok meg litt tids lesning før det gikk opp for meg. Til-siktet eller ikke – alle de fem alternativene har egentlig samme grunnforutsetninger, nemlig

- mere marked
- mere privatisering
- større sosiale forskjeller

Om mine fornemmelser er riktige, kan de lede til en advarsel nummer én: fantasien har muligens avgått ved døden. I så fall kan denne beklagelige bortgang være koblet til advarsel nummer to: markedet har allerede tatt herredømme over våre hoder. For følg meg nå, når jeg ganske løselig skummer gjennom teksten for de fem scenariene, og finner følgende formuleringer og metaforer som så opplagt tilhører markedets verden:

- dyre sykehus tjenester som det er helt naturlig å kjøpe der det er billigst og best
- kundegrunnlaget

- andre typer leverandører av helsetjenester konkurrerer med allmennlegen...
- i dette markedet: fysioterapeuter, kiropraktorer, homøopater og andre aktører
- den offentlige bestiller
- de private aktører
- fleksibilisering av lønnsstrukturen

Hører dere også markedets og børsens språk? Kanskje vekker ikke slike formuleringer lenger så stor oppsikt. Men jeg minnes første gang jeg hørte en kollega argumentere for kjøp av helsetjenester med konkurransedyktig kvalitet, til riktig pris og med kort leveringstid (1). Den gang skurret det i mine ører, opplært som jeg har vært til at omsorg og medisinsk behandling ikke er noe vi omtaler som handel med betong og stålør. Hold fast på denne tanken, for dette har skjedd raskt! Om noen år vil vi ha glemt at det fantes en verden der helsetjenesten ikke var innrettet som om det dreide seg å omsette varer i et marked. Om vi skal tro våre fem scenariemforfattere.

Hva er det ellers å si om de fem scenariene? De har fått litt kryptiske titler. Men noen av dem kan faktisk likne på gamle kjenninger i den internasjonale verden av reformer i helsetjenesten, de mest kjente fra England og USA. Derfor et forsøk på å sette dem inn i en slik kontekst – en diagnostisk øvelse:

Scenario 1. Ren fremskrivning

Dette oppfatter jeg som en ren fremskriving av de trender vi har sett i dagens helsetjeneste, med forvitring av den offentlige helsetjenesten, økende egenandeler og primærmedisinen på vei inn på et sidespor. Jeg antar at forvitringen henspiller på tidligere Tromsø-professor Yngvar Løchens interessante bok *Liv og forvitring* fra 1985 (2). Samfunnsmedisinen går gradvis i oppløsning mellom tekniske etater og private konsulenter.

Den nå vedtatte fastlegeordningen vil selvsagt endre dette bildet ganske radikalt. Trolig ligger det an til en ny giv for allmennmedisinen. Prognosene for samfunnsmedisinen er litt mer usikre, med mindre man tenker nytt og optimistisk som Anders Grimsø og Jon Hilmar Iversen (3).

Scenario 2. Fund-holding fra England?

Privatisering og primærlegen som entreprenør – lyder denne varianten, og her ser jeg klare likheter med den britiske fund-holding-reformen, som var Margaret Thatchers grep, etter inspirasjon fra markedsøkonomer som Milton Friedman og Alain Enthoven (1). Modellen har vært prøvd i flere land, og nesten uten unntak med katastrofale konsekvenser. I New Zealand kostet den en høyreregjering makten i en skandalepreget prosess (4). I England var det blant annet kritikken av disse reformene som gav Tony Blair vind i valgkampen, da han blant annet proklamerte at han som en av sine første saker ville reversere dette indre markedet. Det engelske helsedepartementet innledet begrunnelsen for rettet slik i et White Paper fra 1997: «Ved å forlate markedsprinsippet vil vi vrake det som har slått feil: fragmentering, urettferdighet, vridning, ineffektivitet, byråkrati, ustabilitet og hemmeligholdelse.» Altså, lite å trakte etter. «Where there were formerly 100 nurses, there are now 100 economists», hørte jeg en allmennpraktiker klage da fund-holdingen var på sitt høyeste (1). Og det til tross for at fund-holdingen hadde overført makt og penger til primærlegene. De fleste av dem ville nok heller være leger enn regnskapsførere.

Scenario 3. HMO-modell fra USA?

Tilsiktet eller ikke – dette scenariet likner så opplagt på det amerikanske HMO-systemet, Health Maintenance Organisations. Her har forsikringsbransjen oppdaget at de, i stedet for bare å finansiere helsetjenester, selv kan kjøpe dem opp drive dem for egen regning. Vi har sett flikken av dette her hjemme med Ring og Volvat. Den nye trenden i USA er at slike HMO-er drives som private investeringsselskaper, hvorav noen er større enn det norske Rikstrygdeverket. De eier og driver rekke av sykehus, og har etter hvert gjenoppdaget allmennpraktikeren som sentral brikke i den helhetlige tjenesten. Ikke fordi de har så stor tro på allmennmedisinen per se, men de har fått sans for selve portvaktfunksjonen, henvisningsplikten. Vi kan godt merke oss dette, at private selskaper som vil drive en mest mulig effektiv og rimelig helsetjeneste, finner det fornuftig å sette generalister i første linje. I så måte kunne fastlegordningen være en idealmødel, men den har ikke fått noe gjennomslag blant amerikanere, som er indoktrinerte shoppere.

Problemene er likevel store. Utgiftene i disse ordningene stiger ukontrollert, premiene like så (5). Investorene stikker av med svære fortjenester, om ikke selskapet går på ryggen før

den tid. Noen store har gjort det nylig. En siste trend er at aksjeeierne selger ut til de store legemiddelfirmaene, som når de først er blitt eiere, selvsagt setter sine egne medikamenter på obligatoriske lister over preparatvalg. Det definitive farvel til den kliniske frihet, hør vi våre amerikanske kolleger klage (6).

Scenario 4. Helsetjenesten overlatt til markedet

Jeg ser av mine notater om denne modellen at jeg har notert Frp i margin. «Pengene følger pasientene», står det et stykke nede, og det lyder umiddelbart besnærende. Her skildres et system der det ikke gis noen begrensninger på hvor hen Folketrygdens penger til slutt havner. Et rått marked av ulike typer tilbydere har etterlatt den edruelege vitenskapelige medisinen i bakleksa. Det er blitt fri prisdannelse og høye egenandeler. Det grunnleggende problemet ser ut til å

bestå i at det lovpriste markedet allikevel ikke fungerer som Fremskrittspartiet tror. Den som skal «kjøpe» helsetjenester, pasienten, har ikke et fritt valg som «kunde». Et fritt valg forutsetter 1) at man vet hva man trenger, 2) at man har oversikt over tilbudene, 3) at nytten av tilbudene lar seg sammenlikne, og 4) at man har reelle valgmuligheter og styrke til å velge. Syke mennesker har det ikke slik. De er ikke ute med handlekurv eller høy sigarføring. De ønsker seg medmennesker, uten taksameter. Under slike forhold vil markedet ikke fungere. Om man likevel prøver, blir det den sterkeste rett i et uregulert marked.



Fund-holdning-reformen ble avvirket i England, men prinsippet om at allmennlegene skal lede utviklingen og utbyggingen av helsetjenesten ble ført videre, fordi myndighetene mener at allmennlegene best kan formidle befolkningens reelle behov for helsetjenester. Her illustrert på BMJs forside, fritt etter Gullivers reiser. Noe å tenke på for Tønne

Scenario 5. Et håp likevel?

Dette femte er det vanskeligste scenariet å sette merkelapp på. Her beskrives et samfunn i forvitring, med større sosiale ulikheter, fattigdom, kriminalitet og ghettodannelser. Assistert suicid er blitt et forventet valg fra dem som kjenner seg «unyttige». Ut av denne elendigheten beskrives et nytt samlet løft fra primærlegene, som «kommer sammen for å utvikle strategier som omfatter både samfunnsrettede og individrettede tiltak». Vi aner en ny giv for fellesskapsverdier og sosiale nettverk, – en slags gjenreisning etter de store markedsskapte elendigheter? Litt uklart er det hvordan denne prosessen skal komme i gang, og hvordan det var da vi nådde bunnen i grådighetens rike. Tror vi at vi som leger og samfunnsmedisinere kan skape nye samfunn ved å «komme sammen»? Eller er håpet avgrenset til at vi i det minste kan bidra til å skape en god og solidarisk helsetjeneste? For det kan vi vel – om vi vil det nok?

Slik ligger det et lite håp over scenario 5. De andre er håpløse, bokstavelig talt. Det er dette jeg mener med at scenariene var lite lystelig lesning. For stadig undrer det meg at norsk tenkning om fornyelse av helsetjenesten ubønnhørlig styrer mot modeller som allerede har vist sitt grimme ansikt, det som gjør omsorg til vare og pasienter til kunder. Det er markedet som er på fremmarsj, denne uimotståelige grådige skapningen som vi både elsker og hater, men som aldri har hatt omsorg for de svake (7).

Jeg har fire forsiktige motgifter.

1. Advarsler også fra Tyskland

Den 22. september 1999 marsjerte 25 000 leger og sykepleiere i demonstrasjonstog i Berlin mot de nye helselovene som den tyske helseminister Andrea Fischer hadde lansert. Hun er forresten nylig felt av sin manglende evne til å håndtere kugalskapen, men rakk altså å fremme et sett av lover som ble oppfattet som så usolidariske og så markedsorienterte at selv den tyske legeforeningen slo retrett. Foreningens president, Jörg Dietrich Hoppe, var intervjuet i Dagens Medisin for et knapt år siden (8). Om intervjuet gjengir ham riktig, kan vi ta hans støtte til motstanden mot de nye helselovene som uttrykk for at det faktisk er grenser for hvor langt en legeforening vil gå i støtten til markedsreformer. I Europa – får vi føye til, for i USA er det som kjent ingen slike grenser.

2. Look to Olaug!

For knappe to år siden hadde jeg gleden av å være opponent ved en doktordisputas i Tromsø. Avhandlingen tittel, mellom Hippokrates og Adam Smith (9), annonserte at temaet var profesjonsverdier satt opp mot markedsverdier, med ordet verdi i betydning som i Verdikommisjon. Dr. polit. Olaug Lian har gått empirisk til verks for å undersøke i hvilken grad leger og sykepleiere handler etter de styringssignaler som markedet foreskriver. I praksis dreier det seg om økonomiske incentiver, slik de er lagt inn i DRG-systemet og i ventelistegarantien. Så viser det seg altså at leger og sykepleiere ikke uten videre følger økonomiske styringssignaler i sine valg. Derav kunne man sluttet at de ikke var «flinke» nok, og burde oppdras bedre. Hvilket kunne vært en økonoms umiddelbare tolkning. Men ettersom Olaug Lian selv har arbeidet i helsetjenesten, som hjelpepleier, har hun hatt bakgrunn til å stille spørsmålene annerledes. Hva er det ved disse legene og sykepleierene som får dem til å handle tilsynelatende systemstridig? Gjennom intervjuer kommer hun etter hvert på sporet av hva slags verdsett disse preferan-

sene springer ut av. Og da forstår vi bedre avhandlingens tittel. Hun kommer på sporet av en medisinsk kultur, et sett av verdier som iblant overstyrer de økonomiske, og som kan bringe den enkelte til stor innsats uten tikkende taksametre. Takk og pris, vil de fleste av oss si, når vi ser nærmere etter i eksemplene på hvordan dette foregår. Før vi i neste

øyeblikk takker og bukker til systemer som i praksis likevel setter prislapper på pasientene, som i Chicago Hope. Her ligger antakelig helseminister Tønnes største problem: Han kan risikere å greie å oppdra oss til mer markedsstenkning i helsetjenesten, til større lojalitet til de økonomiske incentivene. Leger har i så måte vist seg å være mer lærenemme enn mange liker. Men vil vi dit, da?



Idéen til allmennpraktikeren (med GP på kofferten) som trekker sykehusflåten etter seg, har BMJ-tegneren Malcolm Willett hentet fra denne originalen ved Mils Winter.

3. Glem heller ikke gamle Julian

Sist jeg hørte fra vår britiske allmennpraktikerkollega Julian Tudor Hart, trimmet han roser i sin hage, til tross for sin vonde hofte. Han skriver ikke lenger så mye som han gjorde. Men om man i sitt faglige liv bare etterlater seg én enkelt artikkel av dimensjon som den han skrev i the *Lancet* i 1971, «Loven om den inverse omsorg» (10), da trenger man strengt tatt ikke skrive så mye mer. For her bretter han ut alle eksemplene på at helsetjenesten tenderer til å bli best der behovet er minst, og omvendt. Det er mekanismene bak denne så allmenngyldige regel han utforsker, og han gir etter hvert svaret: Loven om den inverse omsorg kommer klarere til uttrykk desto sterkere helsetjenesten eksponeres for markedskrefter. Det er med andre ord ingen naturlov vi snakker om, noe han nokså nylig har minnet oss om (11). Med politiske bevegelser og verdi-forankrede sosiale tiltak har vi møysommelig arbeidet for å motvirke denne loven, med fagbevegelsen, kristendommen og den borgerlige humanismen som viktige drivkrefter.

De fem scenariene som nå presenteres, tar alle som forutsetning at noen vil gjeninnføre markedets usynlige hånd som ledelsesprinsipp i helsetjenesten. Det får meg til å tenke at en leksjon med Julians artikler burde være obligatorisk for alle som har en hånd på rattet i helsetjenesten. I praksis kunne det gjøres ved at planleggere tok på alvor det helsemyndighetene anbefalte da de utga sin Helse for alle år 2000-publikasjon (12). Delmål 1 handlet om å redusere helseforskjeller mellom sosiale grupper med minst 25%. At markedet allerede truer med å dra oss i motsatt retning burde vel bekymre noen. Men i det minste kunne man kreve at nye

tiltak og organisasjonsformer i helsetjenesten også ble vurdert opp mot dette utjevningsmålet: Vil det fremme eller hemme utjevning av helseforskjeller mellom befolkningsgrupper? Hører du, Tønne?

4. Kan vi unngå driften mot «Det latinamerikanske endestadium»?

I forlengelsen av resonnementene til Julian Tudor Hart har en amerikansk helsetjenesteforsker påstått at alle lands helsetjenester er på drift mot det han kaller Det latinamerikanske endestadium (13). Denne Owe Reinhardt er blant dem som mener de har funnet en slags helsetjenestens tyngdekraft, som leder mot en tredelt helsetjeneste: Et helt privat marked av det aller mest moderne for samfunnets toppskikt, de rikeste, som knapt trenger noen helseforsikringer. Der nest et stort midtskikt av rimelig gode helsetjenester organisert som ulike varianter av HMO-ordninger for middelklassen. Og nederst, en minimumstjeneste, eller ingen tjeneste, for dem som lever på samfunnets skyggeside. Altså en ny illustrasjon av at helsetjenesten tenderer til å bli dårligst der behovet er størst. Men her omsatt til en beskrivelse av de strukturer som ser ut til å oppstå dersom man lar helsetjenesten utvikle seg fritt under markedets usynlige hånd. De fleste landene i Latin-Amerika har det slik, med Cuba som et radikalt unntak. Selv USA passer godt inn i denne modellen, riktig nok på et høyere teknologisk nivå. Med undring måtte vi se hvordan Hilary Clinton-planen ble kjørt overende, med den amerikanske legeforeningen som ivrige talsmenn for at over 50 millioner fattige amerikanere fortsatt skal være uten noen form for helseforsikring. Men også Uwe Reinhardt er innforstått med at denne tyngdekraften ikke er noen naturlov. Den er en markedets lov, og dermed helt avhengig av om vi politisk sett vil slippe den til eller ikke.

Dit vi ikke vil

Problemet med scenarier i vår tid er at man ser så få alternativer (14). Og dertil at de så sjelden slår til. Ingen kunne forutse Internettets radikale vekst eller Murens fall, eller at gjentatte spådommer om det papirløse kontor eller bokens snarlige død har vært det rene vås. Når regjeringer i mange land har kastet inn håndkleet i sin manglende politisk evne til å styre helsetjenesten, da trer markedet inn og tilbyr løsninger. Det grunnleggende problemet er at man da slipper til en pengestyrt incentivstruktur og et sett av verdier som det kan være vanskelig å komme bort fra når bivirkningene og komplikasjonene begynner å vise seg, som i England og på New Zealand (4).

Det er her helseminister Tønne kan komme til å bli en murebrekker for markedsløsninger i sykehussektoren, selv om han muligens ikke ønsker det. Men det er kanskje med ham som med andre av de økonomene som nå settes til å styre

kultur, utdanning og helse i gamle Norge, de er utdannet til en type tenkning som antakelig er mer ideologisk betont enn de selv vet. Da kan det bli som Mark Twain sa om slike menn: «To a man with a hammer every problem is a nail», eller fritt oversatt, – for en mann med hammer ser alle problemer ut som spiker.

Det er mulig at jeg med disse kommentarene har vært lite konstruktiv. Det er opplagt ikke så lett å gi gode oppskrifter for fremtiden. Kanskje har jeg i praksis gjort som Ottar Brox, da han ble satt til å gi skisser for det fremtidige Norge (15). Han tenkte gjennom sakene og kom etter hvert til at det ville være ganske umulig å mobilisere noen enighet om hvor vi skal. Derimot mente han at det skulle være mulig å sette ned noen merkesteiner som markerer hvor vi ikke skal. Kanskje er det dette OLL også har gjort – gitt oss fem scenarier som alle samler seg under én felles fane: Dit vi ikke vil?

steinar.westin@medisin.ntnu.no

Litteratur

1. Westin S. Likhhet og brorskap – verneverdige verdier i helsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1474-9.
2. Løchen Y. Liv og forvitring. Tromsø: Universitetsforlaget, 1985.
3. Grimsø A, Iversen JH. Hvilke muligheter gir fastlegeordningen til å utvikle samfunnsmedisinen. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 275-7.
4. Hornblow A. New Zealand's health reforms: a clash of cultures. BMJ 1997; 314: 1892-4.
5. Silverman EM, Skinner JS, Fisher ES. The association between for-profit hospital ownership and increased medical spending. N Eng J Med 1999; 341: 420-6.
6. Woolhandler S, Himmelstein DU. When the money is the mission – the high cost of investor-owned care. N Engl J Med 1999; 341: 444-6.
7. Westin S. The market is a strange creature: family medicine meeting the challenges of the changing political and socio-economic structure. Fam Pract 1995; 12: 394-401.
8. Godal T. Den tyske legepresidenten: – Vi taper helsekrigen. Dagens Medisin 17. februar 2000: 11.
9. Lian O. Mellom Hippokrates og Adam Smith. Om utilitarisme, helsereformer og den medisinske kultur. Tromsø: Institutt for sosiologi, Universitetet i Tromsø, 1999.
10. Hart JT. The inverse care law. Lancet 1971; i: 405-12.
11. Hart JT. Commentary: Three decades of the inverse care law. BMJ 2000; 320: 18-19.
12. Helsedirektoratet. Helse for alle i Norge? Oslo: Kommunalforlaget, 1987.
13. Reinhardt U. A social contract for 21st century health care: three tier health care with bounty hunting. Health Econ 1996; 5: 479-99.
14. Smith R. Imagining futures for the NHS. BMJ 1998; 317: 4.
15. Brox O. Dit vi ikke vil. Halden: Exil, 1995.

