

# Markedsmodellen uegnet i klinisk medisin?

– Det finnes ikke dokumentasjon for at profittorientert helse-tjeneste er mer effektiv enn ikke-profittorientert eller offentlig helsetjeneste. Når privatisering innføres kan man se tegn til innsparing de første 8–10 årene, men deretter går forsikrings-premiene i været.

Det hevdet den amerikanske sosiologen Donald W. Light som innledet på en konferanse i regi av Legeforeningens forskningsinstitutt i november 2001.



Donald W. Light

## Treffer bare utvalgte grupper

Light hevdet at markedsmodellen er ubrukelig i klinisk medisin og begrunnet det med at forutsetningen for markedsmodellens suksess er vekst og stadig nye markeder (tab 1). Han eksemplifiserte helsevesenets streben etter å tilpasse seg markedsprinsippene med at «shyness» (sjenanse) er blitt en ny psykiatrisk diagnose. Følgen er at forsikringsselskapene sørger for å markedsføre seg bare overfor utvalgte grupper i befolkningen.

Light fortalte at de beste forsikringsordningene, til unge, friske og rike overhodet ikke blir kjent blant folk flest. Mange produsere og leverer lister over personer som passer til bildet av forsikringsselskapenes ønskekunde. Light mente at denne måten å begrense forsikring på, er langt billigere og mindre kontroversiell enn gentester, som han ikke trodde ville bli anvendt i særlig grad.

## Regulering og restriksjoner

Den sterke reguleringen av helsemarkedet i USA de siste ti årene har ført til at legene opplever en betydelig restriksjon i sin kliniske frihet.

– Utviklingen henger sammen med en sviktende tillit til medisinen, sa Donald W. Light. I 1970-årene ble man oppmerksom på den store variasjonen i behandlingsopplegg for de samme lidelser, og et aktuelt spørsmål var hva man faktisk fikk for pengene. Light beskrev dette som «the buyers' revolt»: Kjøperne, det vil si myndigheter og arbeidsgivere, har tvunget frem kontroll over utgiftene gjennom helseforsikringsselskapene. Selskapene bruker to nøkkelspørsmål for å begrense kostnadene: Trenger denne pasienten sykehusinnleggelse? Må denne pasienten ligge til i morgen? I tillegg vektlegger de statistiske oppgaver over resultatene ved sykehus, avdelinger og den enkelte kirurg.

## Grensen nådd?

Light mente at han øynet en ny utvikling i det amerikanske helsevesenet. Man ser stadig oftere at sykehusene nekter å samarbeide

**Tabell 1** En sammenlikning av betingelser for et fungerende marked og helsetjenesten ifølge Donald W. Light

Betingelser for et fungerende marked	Betingelser for helsetjenesten
Mange som kjøper og selger	Få som kjøper og selger
Ingen bånd mellom dem som handler	Langvarige, sterke bånd mellom dem som handler
Mange leverandører	Få, ofte bare én leverandør
Ingen hindringer for å komme inn eller falle ut av markedet	Store, slike hindringer – meget vanskelig f.eks. å stenge et sykehus
Full informasjon om pris, kvalitet og tjeneste	Begrenset og usikker informasjon
Informasjon er gratis	Informasjon er dyr
Kjøpere søker den beste handel	Kjøpere vet ikke helt hva de bør handle
Kvikke signaler i markedet	Tregt marked
Prisen helt sentral informasjon	Prisen langt fra tilstrekkelig informasjon
Kjøper erfarer de fulle konsekvenser av handelen	Mange andre faktorer enn handelen avgjør kjøpers erfaringer

ved at de ikke tillater ytterligere prispress og kontroll.

En ikke-profittorientert nettside ([www.hschange.org](http://www.hschange.org)) følger utviklingen, dels basert på kontinuerlig innsamling av nasjonale data. Nettsiden kaster lys over endringer som er uheldige for kronisk syke, barn og generelt for folks økonomi. En tendens er at arbeidsgiverne, som er de største kjøperne av helsetjenester, ikke lenger vil betale de høye premiene. I stedet gir de pengene til de ansatte, som må forsikre seg selv. Et slikt forsikringsmarked er tyngre å drive og dyrere for alle parter. På tross av den ganske dystre beskrivelsen av forholdene i USA, gav Light ikke uttrykk for uforbeholden støtte til et rent offentlig helsevesen.

En av de norske innlederne ved seminaret, postdoktorstipendiat Olaug Lian ved Universitetet i Tromsø, pekte på at poenget med en velferdsstat er å redusere urettferdigheten som skapes av markedsstyring.

– Politikerne ser på markeder som verdinøytrale tekniske instrumenter, men det er de jo ikke. Kvaliteten i helsetjenesten må først og fremst bygges på normative standarder skapt internt. Et system av ytre kontroll eller administrasjon kan ikke noensinne erstatte dette, sa hun.

– Pål Gulbrandsen, *Tidsskriftet*  
[pal.gulbrandsen@legeforeningen.no](mailto:pal.gulbrandsen@legeforeningen.no)

## Franske leger flykter fra det offentlige

I en enquête blant franske leger i fjor høst oppgir 24 % av legene at de vil forlate offentlig virksomhet til fordel for privat virksomhet. Blant kirurgene var tallet hele 38 %.

38 % av de spurte ville ikke takke ja til et tilbud om å bli avdelingsoverlege. 87 % gav uttrykk for utilfredshet med situasjonen som offentlig ansatt. 80 % så tyngden av administrative oppgaver som et stort problem og 78 % mente at budsjettene var for trange. 66 % mente at forskning var den virksomheten som i størst grad led under forholdene.

Enquêten er referert i avisen *L'Express*. Intervjuer med en rekke erfarne leger utfyller bildet i enquêten. Trange budsjetter, tungrodd administrasjon og nedslitte sykehus med mangel på utstyr går igjen som de mest tungtveiende grunnene. Noen sier at bedre lønn hadde vært av betydning når de byttet beite.