

Har offentlig helsemonopol en fremtid?

Bærekraftig økonomisk kreativitet og vekst følger av uavhengige økonomiske aktørers prøving og feiling koordinert av prismekanismene. I et helsemonopol akkumuleres kostbare feilbeslutninger over tid i mangel av uavhengige helseentreprenører og fører i økende grad til ineffektive og dyre helsetjenester.

Det har i mange år vært bred enighet om at det offentlige skal ha ansvaret for helsevesenet. Det skal gi alle lik adgang til helse-tilbud uavhengig av bosted og personlig økonomi. De fleste vil være enige i at dette så langt har vært en suksess, men vil det kunne fortsette i fremtiden? Jeg mener at et offentlig helsemonopol kommer til å få økende problemer med å løse sine oppgaver på en tilfredsstillende måte.

I et åpent og tilstrekkelig fritt marked kan uavhengige økonomiske aktører kjøpe og selge varer og tjenester. Det er prismekanismene som koordinerer markedsaktivitetene og sørger for at produksjonsmidler og råvarer kanaliseres slik at forbrukernes behov blir tilfredsstilt. Disse koordineringsmekanismene har vært velkjente lenge og ligger til grunn for den moderne økonomiske likevektsteorien. For at prismekanismene skal kunne fungere, er det nødvendig at det finnes tilstrekkelig med uavhengige økonomiske aktører.

Grunnen til at de kommunistiske landene kollapset, var at produksjonsmidlene ikke var distribuert på uavhengige aktører. De første årene kunne byråkratene i kommunistiske land bruke historiske priser og se på prisene i kapitalistiske land, men etter hvert ble gapet mellom den økonomiske virkeligheten og de historiske og kapitalistiske landenes priser for stor, og en økonomisk kollaps var uunngåelig. Uten uavhengige aktører var det umulig å bruke prismekanismene til å kanalisere produksjonsmidlene bærekraftig. Den store økonomiske kalkulasjonsdebatten i 1930-årene dreide seg om dette (1).

Uavhengige entreprenører og kreativitet

Moderne økonomisk likevektsteori er basert på at markedsinformasjon er kjent av alle aktører, eller i det minste at aktørene vet hvor de kan finne eller kjøpe den informasjonen som måtte være nødvendig. Men det finnes også kunnskap som er ukjent («unknown unknowns») (2). Den voldsomme økonomiske veksten de siste 200 årene skyldes i stor grad oppdagelser og mobilisering av kunnskap som ikke tidligere var kjent av noen. Det er uavhengige entreprenører som bringer ny kreativ informasjon og vekst inn i markedet. På forhånd er det ikke mulig å si om et nytt produkt vil være en suksess eller ikke. Det er mange flere måter å ta feil på enn å få rett (3). Igjen er det prismekanismene som kommer til unnsetning. Profitable produkter tilfredsstiller kunder, kopieres av andre produsenter og bidrar til vekst. Tap gjør at produktet fjernes fra markedet. Prismekanismene

koordinerer på denne måten entreprenørenes prøving og feiling via profitt og tap.

Koordinering av både ny og kjent kunnskap fører til økonomisk utvikling med et veldig kreativt potensial. Den samlede økonomiske utviklingen er internasjonalt bærekraftig så lenge uavhengige aktører er underlagt prismekanismene. Jeg mener begreper som konkurranse og incitament er misvisende for å beskrive kjernen i det frie markedet. Det er uavhengige aktørers prøving og feiling koordinert av prismekanismene som er kjernen.

Et helt sentralt punkt i teorien er at kreativitet på alle områder er basert på at uavhengige aktører prøver og feiler seg frem (4). En forutsetning er at det finnes mekanismer som plukker ut vinnere og luker ut feil (5). Men hva med et offentlig helsemonopol? Et monopol består per definisjon ikke av uavhengige økonomiske aktører. Et helsemonopol kan derfor ikke være kreativt på en økonomisk levedyktig måte innenfor det området det har monopol, dvs. behandling av sykdom, da samspillet mellom uavhengige helseentreprenører mangler.

Påstanden om at et offentlig helsemonopol ikke er kreativt, synes uforenlig med at det utvilsomt har skjedd en imponerende utvikling innenfor helsevesenet over mange tiår. Men dette mener jeg kommer av at helsemonopolet er omgitt av et marked med mange uavhengige aktører på andre områder enn helse. Det har derfor vært mulig å kopiere fra markedet (og fra helsevesenet i andre land), men det er umulig for et helsemonopol å være kreativt på en økonomisk levedyktig måte fordi det mangler helseaktører å teste seg mot. Et monopol kan ikke bruke prismekanismenes koordinerende funksjon til levedyktig nyskapning og vekst.

Det kan hevdes at medisinsk forskning er kreativ og har bidratt til betydelig utvikling av nye behandlingsmetoder. Det stemmer selvsagt, men forskning dreier seg om kreativitet mot en annen standard enn prismekanismene – empirisk prøving og feiling i et vitenskapelig fellesskap. For at resultatene av medisinsk forskning skal kunne innlemmes i et økonomisk levedyktig helsevesen, trengs uavhengige helseentreprenører.

Begrenset levetid

Grunnen til at vi fortsatt har et godt offentlig helsemonopol, er at det er basert på skatteoverføringer som betaler for nye tilbud eller omorganiseringer. Men jo lenger et helsemonopol er basert på skatteoverføringer, desto mer vil helsetilbudene divergere fra et helsevesen basert på uavhengige aktører. Det

blir dyrere og dyrere å finansiere endringer som ikke er et resultat av prismekanismenes koordinerende og kreative funksjon. I økende grad tror jeg derfor helsevesenet vil få vansker med å løse nye problemer. Monopol har ingen andre løsninger enn mer skatteoverføring, omorganisering, «effektivisering» og rasjonering. Disse løsningene vil mislykkes i takt med at gapet til den økonomiske virkeligheten utenfor helsemonopolet øker. Taket for skatteoverføringer nås trolig snart. Et helsevesen med uavhengige helseentreprenører har derimot ingen grenser for videre bærekraftig utvikling.

De økonomiske problemene for et helsemonopol er de samme som for de kommunistiske stater. Forskjellen er at helsemonopol er omgitt av uavhengige økonomiske aktører på andre områder, mens uavhengige økonomiske aktører var fraværende på alle områder i de kommunistiske statene. Derfor har helsemonopol kunnet fungere over lengre tid enn kommunistiske stater, men argumentasjonen over tilsier at tiden er begrenset også for helsemonopol – i hvert fall hvis bærekraftig økonomisk vekst fortsetter ellers i samfunnet. I et helsemonopol vil mangel på uavhengige helseentreprenører over tid akkumulere kostbare feilbeslutninger.

Halvor Næss

halvor.ness@helse-bergen.no

Halvor Næss (f. 1957) er spesialist i nevrologi og i indremedisin. Han er assisterende avdelingsleder ved Nevrologisk avdeling, Haukeland universitetssykehus og professor 2 ved Universitetet i Bergen.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessenkonflikter.

Litteratur

1. von Mises L. Human action. Chicago, IL: Contemporary Books, 1963.
2. Phelps E. Mass flourishing. Princeton, NJ: Princeton University Press, 2013.
3. Næss H. Instructionism is impossible due to the second law of thermodynamics. J Mind Behav 2003; 24: 57–66.
4. Mayfield EM. Evolution as computation. New York, NY: Columbia University Press, 2013.
5. Deutsch D. The beginning of infinity. New York, NY: Viking, 2011.

Mottatt 10.10. 2014 og godkjent 15.10. 2014.

Redaktør: Hanne Støre Valeur.

Publisert først på nett.

 Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no