



**EKONOMI  
HÖGSKOLAN**  
Lunds universitet

Nationalekonomiska institutionen  
Magisteruppsats

---

# Marknadsmekanismer inom vården

*- En studie av utvecklingen inom akutsjukvården i  
Stockholmsmodellen*

---

Handledare:  
Fredrik Andersson

Författare:  
Nils Janlöv

## **Abstract**

Den övergripande frågeställningen i uppsatsen utgörs av att utröna vilka risker och förtjänster som är kopplade till ett ökat användande av marknadsmekanismer, i form av B/U-modell, konkurrens, valfrihet och alternativa driftsformer, som styrsystem inom akutsjukvården i den s.k. Stockholmsmodellen. Hur påverkas de olika aktörernas agerande vad avser mål om att åstadkomma kostnadseffektivitet, kvalitetsutveckling, ändamålsenliga prioriteringar samt kostnadskontroll? Resultatet av studien är att det föreligger stora tveksamheter kring om det skapats en intern sjukvårdsmarknad i enlighet med de ambitioner som ställdes upp vid införandet. Idag sker istället en återgång mot tidigare styrformer. En viktig förklaring till denna utveckling utgörs av att införandet av starka effektivitetsincitament medfört att risken för att den totala vårdproduktionen inte skulle rymmas inom budgetramen ansetts som för stor hos beställaren. Detta kan i sin tur förklaras av bristande incitament till överskott hos utförarna, att ersättningssystemet inte i tillräckligt stor utsträckning beaktat exogena kostnadskillnader mellan utförarna samt att nödvändiga strukturbeslut inte ägt rum i tillräcklig utsträckning. Ses till hur olika ägar- och driftsformer påverkat utvecklingen så har incitamenten för kostnadsbesparingar varit starkare hos den privata utföraren. Vad gäller kvalitetsutvecklingen finns inget stöd för att denna på ett signifikant sätt skiljer sig mellan utförarna. På ett samlat plan förefaller det istället som att införandet av starka effektivitetsincitament haft större betydelse för kvalitetsutvecklingen än förekomsten av ett privatiserat produktionsbeslut.

Nyckelord: Stockholmsmodellen, privatisering, prospektiv ersättning, DRG-system, dysfunktionella drivkrafter.

<b>1. INLEDNING .....</b>	<b>5</b>
1.1. FRÅGESTÄLLNING OCH SYFTE .....	7
1.2. STUDIENS UPPLÄGG .....	8
1.3. METOD.....	8
1.4. AVGRÄNSNINGAR .....	9
1.5. DISPOSITION.....	9
<b>2. SJUKVÅRDENS ORGANISATION I SVERIGE .....</b>	<b>11</b>
2.1. UTVECKLINGSTENDENSER INOM SVENSK SJUKVÅRD.....	11
2.2. ÖVERGRIPANDE MÅL OCH ANSVARFÖRDELNING .....	12
2.3. ETISKA GRUNDER FÖR SJUKVÅRDENS PRIORITERINGAR .....	13
<b>3. MARKNADSMEKANISMER, PRIVATISERING OCH KONKURRENS .....</b>	<b>15</b>
3.1. BESTÄLLAR/UTFÖRARSTYRNING .....	16
3.2. KUNDVAL OCH VÅRDGARANTI.....	17
<b>4. VAD KARAKTERISERAR SJUKVÅRDSMARKNADEN .....</b>	<b>19</b>
4.1. TEORIN OM FULLSTÄNDIG KONKURRENS .....	19
4.2. GRUNDLÄGGANDE MARKNADSMISSLYCKANDEN .....	19
4.3. ANDRA AVVIKELSER FRÅN TEORIN OM FULLSTÄNDIG KONKURRENS .....	21
4.3.1. <i>Tredjepartsfinansiering</i> .....	21
4.3.2. <i>Läkarnas betydelse för sjukhusets agerande</i> .....	21
4.3.3. <i>Olika former av behandlingar</i> .....	23
4.3.4. <i>Politikermislyckanden</i> .....	23
4.4. SECOND BEST .....	24
<b>5. HUR SKALL SJUKVÅRDSMARKNADEN ORGANISERAS?.....</b>	<b>25</b>
5.1. MARKNAD OCH PLANERING .....	25
5.2. TRANSAKTIONSKOSTNADER UNDER MARKNAD OCH HIERARKI .....	25
5.3. ÄGANDERÄTTSTEORIER .....	27
5.4. PRINCIPAL/AGENT-PROBLEMATIKEN.....	29
<b>6. ERSÄTTNINGSSYSTEM.....</b>	<b>32</b>
6.1. OLIKA ERSÄTTNINGSFORMER.....	32
6.2. OPTIMAL UTFORMNING .....	35
6.2.1. <i>Optimal prospektiv ersättning – teorin om yardstick competition</i> .....	36
6.2.2. <i>Incitamenteffekter vid full kostnadstäckning versus prospektiv ersättning</i> .....	36
6.2.3. <i>Hur påverkar konkurrens incitamenten hos olika ersättningsystem?</i> .....	40
6.3. HUR PÅVERKAS LÄKARENS AGERANDE AV OLIKA ERSÄTTNINGSSYSTEM? .....	41
<b>7. STOCKHOLMSMODELLEN.....</b>	<b>43</b>
7.1. GRUNDERNA I BESTÄLLAR/UTFÖRARMODELLEN .....	43
7.1.1. <i>Övergripande organisation</i> .....	44
7.1.2. <i>Beställarorganisation</i> .....	44
7.1.3. <i>Ägarorganisation</i> .....	45
7.2. TOTALKOSTNADSPROBLEM.....	45
7.3. VAD INNEBÄR AKUTSOMATISK VÅRD? .....	46
7.4. FÖRÄNDRING AV STRUKTUR OCH DRIFTSFORMER .....	46
7.5. AVTAL OCH KONTRAKTSSTYRNING.....	47
7.6. DRG-SYSTEMET I STOCKHOLMSMODELLEN .....	48
7.7. DYSFUNKTIONELLA INCITAMENT VID DRG-SYSTEMET.....	49
7.8. FÖRÄNDRADE ERSÄTTNINGSSYSTEM.....	50
<b>8. ANALYS AV STOCKHOLMSMODELLEN.....</b>	<b>52</b>
8.1. PRISBILDNINGEN MELLAN SJUKHUSEN .....	52
8.2. VIKTSYSTEMET - KONKURRENS MELLAN KLINIKER.....	56
8.3. ÖVERGRIPANDE BEDÖMNING AV ERSÄTTNINGSSYSTEMET .....	57
8.4. VARFÖR HAR PRISKONKURRENS ÖVERGIVITS? .....	58

8.5. VALFRIHET OCH KVALITETSUTVECKLING .....	60
8.6. KVALITETSSTYRNING VIA ERSÄTTNINGSSYSTEMET .....	63
8.7. VÄRDGARANTI, VALFRIHET OCH PRODUKTIONSTAK .....	64
8.8. PRIORITERINGAR .....	64
8.9. SKILLNADER MELLAN OLIKA ÄGAR- OCH DRIFTSFORMER .....	65
8.9.1. <i>Avtalsformer</i> .....	65
8.9.2. <i>Hantering av underskott</i> .....	66
8.9.3. <i>Ägarstyrning</i> .....	67
8.9.4. <i>Avtalskonstruktioner</i> .....	67
8.9.5. <i>Övriga skillnader</i> .....	69
8.9.6. <i>Vilka skillnader i beteende kan iakttas</i> .....	69
8.10. LÄKARNAS ROLL .....	70
8.11. SAMLAD BEDÖMNING AV MODELLEN .....	72
<b>9. SAMMANFATTNING .....</b>	<b>77</b>
<b>10. KÄLLFÖRTECKNING .....</b>	<b>79</b>

# 1. Inledning

Utvecklingen av svensk sjukvård beskrevs som problemartad under 1970- och 80-talen. Sjukvården brottades med ökande kostnader, allt längre vårdköer och bristande kvalitet. I takt med denna utveckling ställdes allt hårdare krav på att sjukvårdsystemet måste förnyas. Den s.k. integrerade landstingsmodellen, i vilken politikerna styrde med en årlig rambudget, medförde svaga incitament till effektivitetsförbättringar och för att öka vårdens tillgänglighet. I syfte att stärka just effektiviteten har genomgripande förändringar av verksamheten ägt rum sedan slutet av 1980-talet, de flesta med det gemensamma draget att öka inslaget av marknadsstyrning. Exempel på dessa omvälvningar är att några landsting under 1990-talet infört interna marknader s.k. beställar/utförarmodeller (B/U-modell). Därtill har offentliga sjukhus bolagiserats och i vissa fall har även renodlade privatiseringar ägt rum.

Ett tydligt exempel på denna utveckling är den s.k. Stockholmsmodellen som infördes i början av 1990-talet. Här skulle istället de grundläggande målen med hälso- och sjukvården åstadkommas genom att skapa en ökad mångfald av aktörer inom vården, genom att stimulera till konkurrens inom vårdsektorn samt genom att stärka patientens ställning. Ambitionen var att skapa en intern sjukvårdsmarknad. Effektivitetsförbättringar skulle vidare åstadkommas genom att sjukhusen ersattes för de prestationer som utfördes, dvs. sjukhusen gavs en i förväg bestämd ersättning som baserades på patientens diagnos vid mottagandet och inte på nivån av de insatser som utförts i efterhand (benämns fortsättningsvis prospektiv ersättning). Därtill skulle patienternas egna val av producent styra resursfördelningen då ersättningen följde patienten.

Utvecklingen mot ett ökat inslag av marknadsstyrning inom vårdsektorn har dock inte heller den varit problemfri. Exempelvis brottas idag Stockholms läns landsting med ekonomiska underskott. Detsamma gäller Region Skåne där ett konkurrensprogram prövats under senare tid. Både i Stockholm och i Region Skåne sker en viss återgång mot tidigare styrformer och sammantaget pågår en utveckling mot ökad samverkan inom vården. Därtill har kritiker pekat på att införandet av marknadsmekanismer inom vården riskerar att leda till försämringar av kvaliteten och till ett frångående av principen om vård på lika villkor. Det finns därför inget enkelt svar på frågan hur sjukvården skall organiseras för att ge bästa möjliga vård givet en viss finansiell ram.

En utveckling mot en ökad grad av marknadsstyrning innebär vidare att de styrinstrument som politikerna har till sitt förfogande förändras. Frångåendet av central/regelstyrning till förmån för ett ökat inslag av kontraktstyrning och decentralisering har medfört att de ansvariga politikerna i mindre utsträckning styr genom att kontrollera att uppgiften utförs på önskat sätt till att istället styra genom att uppdragstagarens mål och intressen överensstämmer med uppdragsgivarens. Med andra ord: kärnan i styrsystemet är att utforma ändamålsenliga incitamentsstrukturer. Denna utveckling har även medfört ändrad logik hos producenterna. Istället för att behandlingar medför kostnader genererar de intäkter, vilket i sin tur kan skapa incitament till produktivitetsökningar (Anell 1994).

Oberoende av vilket styrsystem som är rådande och vilken organisationsform som finns så måste sjukvården göra prioriteringar. Beslut måste tas om hur mycket vård som skall produceras och tillhandahållas. En grundläggande målsättning för sjukvården i Sverige är att alla medborgare skall ges god vård på lika villkor och att patienten med störst behov skall ges vård först. En till övervägande delen skattefinansierad vård medför således att det inte är den enskildes betalningsförmåga som styr vårdkonsumtionen. Fördelningsproblematiken kvarstår dock och det existerar en konflikt mellan vårdtagare och finansiär om hur mycket sjukvård som ska tillhandahållas och vårdtagaren kan till följd av att denne inte betalar fullt ut för behandlingen vilja ha mer vård än vad finansiären vill betala för. I den integrerade landstingsmodellen var läkarna ansvariga för ransoneringen av vården varigenom dessa agerade som agent åt både politiker (skattebetalare) och patienter. I takt med marknadsmekanismens intåg och betalning efter prestation kan det dock skapas situationer där läkare och patient har ett gemensamt intresse av att så mycket vård som möjligt produceras då finansiären är motpart. Kontrakt och betalningsformer måste således utformas så att vårdproducenterna får incitament att agera på ett sätt som överensstämmer med olika effektivitetskrav.

Det finns vidare en risk för att ökad frihet och betalning efter prestation leder till att producenterna i sina strävanden att minska kostnaderna försämrar kvaliteten i verksamheten. Om producenten exempelvis erhåller en på förhand fastställd betalning för behandling (prospektiv ersättning) av en person med en specifik sjukdom så kan detta leda till att producenten minimerar insatserna varigenom exempelvis patienten skickas hem tidigare än vad som är medicinskt motiverat. Det har pekats på att utformningen av olika detaljer vid kontraktslösningar har stor betydelse för om de genererar felaktiga drivkrafter (Andersson 2002). Teorier påvisar även att konflikten mellan kostnadseffektivitet och kvalitet är extra tydlig vid privatisering av offentlig verksamhet, då den privata utföraren inte beaktar de negativa effekter som kostnadsminskningar kan medföra på kvaliteten i samma utsträckning som en offentlig utförare (Hart m.fl. 1996). Detta ställer frågan om vilken roll vinstmotiv bör spela inom sjukvården.

Vid kontraktstecknade måste även risken fördelas mellan beställare och utförare (Lundbäck 2000, Dixit 2000). Beställaren vill försäkra sig om att erhålla bästa möjliga vård för pengarna. Utföraren vill å sin sida försäkra sig om att ersättningen täcker de kostnader som är förknippade med tillhandahållandet. Fast ersättning kan här ses som en riskfördelning mellan beställare och utförare då den ger verksamheten en finansiell grund eller möjliggör investeringar. Ersättning per behandlad patient skapar å ena sidan förbättrade incitament ur produktivitetshänseende men medför å andra sidan att utföraren möter en högre finansiell risk. Utföraren riskerar nämligen att verksamheten inte går ihop om operationer eller besök inte blir av. Denna risk är vidare större i ett konkurrensutsatt system där patienterna kan välja var de skall konsumera vård. Hur konkurrenssituationen ser ut på marknaden och i vilken utsträckning som patienterna är fria att välja mellan olika utförare har därför avgörande betydelse för styrsystemets verkningssätt både avseende incitament och riskfördelning. Därtill pekar såväl teorier som empiriska studier på att konkurrens mellan olika utförare om kunderna (i det här fallet patienter) är av central betydelse för att kvalitetsnivån upprätthålls inom verksamheten (Domberger & Jensen 1997, Lundbäck & Staib 1998).

En viktig del vid utformningen av ersättningssystemet är därtill beställarens behov att på ett korrekt sätt uppskatta utförarens effektivitetsnivå (Lundbäck 2000, Dixit 2000). Beställaren befinner sig här i ett informationsunderläge gentemot utföraren vilket i sin tur kan föranleda att beställaren betalar ett för högt pris för tillhandahållandet av vård. Detta leder till frågan hur priser som stimulerar till kontinuerliga kostnadsförbättringar kan utformas på en reglerad marknad.

## 1.1. Frågeställning och syfte

Syftet med uppsatsen är att undersöka hur ett ökat inslag av marknadsmekanismer inom den s.k. Stockholmsmodellen i form av B/U-modell, konkurrens, valfrihet och alternativa driftsformer gestaltat sig inom vården. Här avses att göra en bedömning av i vilken utsträckning en fungerande vårdmarknad skapats inom Stockholmsmodellen i enlighet med ambitionerna som sattes upp vid modellens införande.

Den övergripande frågeställningen utgörs således av att utröna vilka risker och förtjänster som är kopplade till ett ökat användande av marknadsmekanismer som styrsystem inom vården. Hur har det nya styrsystemet påverkat de olika aktörernas agerande vad avser mål om att åstadkomma kostnadseffektivitet, kvalitetsutveckling, ändamålsenliga prioriteringar samt kostnadskontroll?

Mer konkret kommer bedömningar att göras av:

- I vilken utsträckning har införandet av prospektiv ersättning stimulerat till konkurrens mellan producenterna i syfte att skapa ökad kostnadspress.
- Hur har läkarens roll och dennes avvägning mellan olika aktörers intresse påverkats av införandet av prospektiv ersättning?
- I vilken utsträckning har patienternas valfrihet utgjort ett reellt påverkansinstrument på producenternas kvalitetsarbete.
- Vilka skillnader kring ovanstående aspekter kan iaktas mellan privata utförare, offentliga aktiebolag och förvaltningsdrivna sjukhus?

En central del av analysen utgörs vidare av en diskussion om effekterna av införandet av prospektiv ersättning och huruvida detta skapat ändamålsenliga incitamentsstrukturer avseende kostnadsförbättringar och kvalitetsutveckling. Vad avser den övergripande frågeställningen så kommer det även att ske en implicit jämförelse mellan Stockholmsmodellen och den gamla s.k. integrerade landstingsmodellen.

Vid analysen kommer styrsystemet att bedömas utifrån sin påverkan på kostnadseffektiviteten inom modellen. Denna avser kopplingen mellan använda resurser och vad som produceras (kan även ses som produktivitet). I uppsatsen kommer även begreppet inre effektivitet att användas. Därtill bedöms hur styrsystemet påverkat kvalitetsutvecklingen. Nivån på vårdkvaliteten och dess utveckling är dock inte enkel att definiera och bedöma. Detta är till stor del en konsekvens av att det inte är möjligt att mäta effekten av hälsoinstanser på ett objektiva sätt. Vid analysen används istället en rad indikatorer som vid tidigare studier ansetts spegla kvalitetsutvecklingen.

Analysen kommer inte att baseras på faktiska mätningar av dessa mått. Istället studeras främst hur ett ökat inslag av marknadsmekanismer påverkat incitamentsstrukturerna avseende dessa effektivitetskriterier. Vid analysen görs även jämförelser mellan hur Stockholmsmodellen förhåller sig till teoretiska idealkonstruktioner av olika sätt att koordinera ekonomisk aktivitet. I vilken utsträckning som styrsystemets utveckling påverkats av skiftande politiska majoriteter kommer dock inte att behandlas i analysen.

## **1.2. Studiens upplägg**

I den inledande delen av uppsatsen beskrivs generella utvecklingstendenser inom vården. Främst fokuseras på hur ett ökat inslag av marknadsmekanismer har och kan gestalta sig. Därefter behandlas teorier som tar fasta på hur en effektiv organisering av sjukvården kan komma till stånd. Syftet är här att skapa en teoretisk referensram utifrån vilken man kan bedöma utvecklingen inom Stockholmsmodellen.

Den empiriska delen av studien består av en fallstudie av den s.k. Stockholmsmodellen då Stockholms läns landsting gått längst i införandet av marknadsmekanismer i Sverige. Modellen utgörs av en B/U-organisation varvid den ansvariga beställarnämnden tecknar vårdavtal med utförarna, i vilka sjukhusens uppdrag specificeras. En väsentlig del av modellen är vidare införandet av ett prospektivt ersättningssystem.

Vad avser utvecklingen i Stockholms läns landsting så görs även jämförelser mellan ett privatägt sjukhus (S:t Görans sjukhus), ett landstingsägt bolagiserat sjukhus (Södersjukhuset) och ett sjukhus som drivs i förvaltningsform (Södertälje sjukhus).

## **1.3. Metod**

Vid studiet av hur ett ökat inslag av marknadsmekanismer gestaltar sig inom vården ställs man inför en rad olika metodval. Det övergripande valet står mellan kvalitativ och kvantitativ metod. I grunden har dessa olika metodesystem ett gemensamt syfte, att ge en bättre förståelse av olika samhällsfenomen. Valet bör styras av vilken metod som bäst belyser det valda problemområdet. Kombinationer av båda metoderna kan även vara fördelaktigt (Holme & Solvang 2001).

Då syftet med uppsatsen är att skapa en helhetsbild och djupare förståelse av hur marknadsmekanismer gestaltar sig inom vården är metodvalet i uppsatsen av kvalitativ karaktär. Genomförandet av en fallstudie av utvecklingen inom den akutsomatiska vården i Stockholmsmodellen utgör här en del, då denna avgränsning möjliggör ökad fördjupning. En ytterligare del av den kvalitativa undersökningsmetodiken består i genomförandet av djupintervjuer med representanter för de olika aktörerna inom sjukvårdssektorn. Syftet är här att öka informationsvärdet och nå en fullständigare förståelse av problemområdet. Analysen baseras, i detta avseende, på intervjuer med tjänstemän inom beställarorganisationen, representanter från sjukhusledningarna samt läkare vid de olika sjukhusen. Utgångspunkten vid val av intervjupersoner är ambitionen att skapa ökad bredd inom problemområdet samt nå fördjupad förståelse genom att intervjupersonerna besitter stor kunskap om de företeelser som



undersöks. Det är här väsentligt att beakta att dessa personers beskrivningar av verkligheten kan påverkas av att de har hög kännedom och medvetenhet.

Därtill baseras analysen på studier av de kontrakt och avtal som tecknats mellan beställare och utförare. Dessa kan karakteriseras som primära källor då informationen inte påverkats av någon utomstående part. Analysen baseras även på en rad tidigare studier av problemområdet i form av forskningsrapporter, revisionsrapporter samt konsultstudier genomförda på uppdrag av Stockholms läns landsting. De kan betecknas som sekundära informationskällor till följd av att de innehåller tidigare tolkningar av information. Det är här väsentligt att beakta att tolkningarna kan spegla författarnas värderingar. Ett kritiskt förhållningssätt är därför viktigt.

Styrkan med kvalitativa metoder är att de generellt leder till hög giltighet, dvs. metoden lyckas i stor utsträckning fånga det man avser att studera. En nackdel med detta val är dock att det är svårare att nå precisa och entydiga resultat, vilket kan ses som att metodens reliabilitet (tillförlitlighet) är sämre (Holme & Solvang 2001). Det är därtill inte möjligt att uttala sig kring om de bedömningar som görs av Stockholmsmodellen äger generell giltighet inom problemområdet. Ett annat syfte med valet av kvalitativ metod är att det kan skapa ökade möjligheter till teoriutveckling.

#### **1.4. Avgränsningar**

I uppsatsen behandlas främst organisationsutformningen av den akutsomatiska vården avseende både akut- och planerad vård. Områdena geriatrik och psykiatri kommer inte att studeras. Organisationsutformningen av primärvården kommer endast att beröras i den utsträckning som detta bidrar till en helhetsbild av problemområdet. Studien kommer därtill inte att behandla problematiken kring sjukvårdens finansiering.

#### **1.5. Disposition**

I kapitel 2 görs en genomgång av utvecklingstendenser inom svensk sjukvård. Därefter behandlas utformningen av den övergripande ansvarsfördelningen inom vården. Slutligen diskuteras olika etiska grunder för sjukvårdens prioriteringar.

I kapitel 3 definieras hur olika former av marknadslösningar kan gestalta sig inom offentligt finansierad verksamhet. Speciellt fokus riktas på B/U-modeller och privatisering av produktion och konsumtion.

I kapitel 4 studeras vad som karakteriserar sjukvårdsmarknaden och hur den förhåller sig till den teoretiska idealsituationen med fullständig konkurrens. Därefter behandlas andra faktorer som påverkar möjligheten att införa marknadsmekanismer.

I kapitel 5 kommer teorier kring effekter av skilda organisations- och driftsformer att behandlas. Kärnan kommer här att utgöras av teorier kring under vilka förutsättningar som offentlig (intern) produktion respektive privata marknadslösningar är fördelaktiga. Vidare kommer även teorier kring betydelsen av äganderätten av det fysiska kapitalet vid jämförelser

mellan privat och offentlig produktion att tas upp. Slutligen berörs även teorier kring hur ändamålsenliga kontraktslösningar kan utformas mellan beställare och utförare.

I kapitel 6 behandlas betydelsen av ersättnings utformning vid skapandet av ändamålsenliga incitamentsstrukturer. Därefter sker en genomgång av olika ersättningsformer som tillämpats inom vården. Sedan behandlas hur optimala ersättningsystem kan utformas och hur utformningen av dessa skiljer sig under olika förutsättningar. Slutligen diskuteras även hur ersättningsystemets utformning påverkar läkarnas roll.

I kapitel 7 görs en beskrivning av och redogörelse för B/U-organisationen inom Stockholms läns landsting. Främst fokuseras på utformningen av beställarnas kontraktstyrning av akutsjukhusen.

I kapitel 8 görs en analys av hur det nya styrsystemet påverkat de olika aktörernas agerande vad avser mål om att åstadkomma kostnadseffektivitet, kvalitetsutveckling, ändamålsenliga prioriteringar och kostnadskontroll.

I kapitel 9 sammanfattas studien.

## 2. Sjukvårdens organisation i Sverige

### 2.1. Utvecklingstendenser inom svensk sjukvård

Den traditionella bilden av svensk sjukvård som baserad på offentlig finansiering, utförande i egen regi och styrning genom central planering har genomgått stora förändringar under de senaste decennierna. Olika stadier i utvecklingen kan iakttas och det har genomförts en rad förändringar av både organisation och styrmedel. Dominerande inslag i förändringsprocessen utgörs dels av att det skett en ökad decentralisering av ansvar och befogenheter, dels av införandet av marknadsmekanismer. Idag är det dominerande utvecklingsdraget ökad samverkan (Den planerade marknaden 1995, Hallin & Sviverbo 2003).

Under 1970-talet blev det allt svårare för sjukvården att klara vårdåtagandet. Ekonomisk stagnation och högre arbetslöshet satte stopp för en fortsatt expansion av vårdapparaten, likt den som ägt rum under 1950- och 1960-talen. Istället uppstod en situation med ökade köer och patienter hade exempelvis svårt att få tid inom primärvården.

Under 1980-talet tillkom ytterligare problem, främst kring kostnadsutvecklingen. I arbetet med att komma till rätta med situationen uppmärksammades att dessa delvis grundades i svaga incitament för produktivitetsförbättringar hos sjukvårdsproducenterna. Trots detta fortsatte vårdapparaten att växa.

Under 1970-talet och början av 1980-talet bestod de flesta förändringarna av styrsystemet i en ökad decentralisering inom vården, exempelvis genom att direkt verksamhets- och ekonomiansvar gavs till primära vårdenheter. Politikerrollen betonades på att gälla den som befolkningsföreträdare och övergick till en form av mer indirekt styrning.

I början på 1990-talet påpekades i en studie att det fanns stora brister i den svenska vården i form av brist på incitament för effektivitet, brist på förmåga att anpassa sig till konsumenternas preferenser samt brist på incitament för samordning (Culyer m. fl. 1992). För att lösa problem med resursbrist, väntetider, produktivitet och organisation inledde olika landsting försök med mer marknadsliknade organisationsformer. Ökade resurser till vården var nu inte längre möjligt. Istället var sjukvården tvungen att möta de ökade kraven via effektiviseringar. Just effektivitetsskäl framfördes som motiv till ökat inslag av privata aktörer och övergång till mer marknadslika förhållanden (SOU 2002a).

Denna utveckling har resulterat i en rad nya organisationslösningar i form av olika kontraktstyper, ägar- och driftsformer samt olika ersättnings- och lönesystem. Dessa nya organisationsformer har delvis skapats till följd av landstingspolitikernas minskade direktinflytande över verksamheten. Staten styr istället via mål och generellt definierade ekonomiska ramar. En väsentlig del i utvecklingen mot ett ökat inslag av marknadsmekanismer har därtill bestått i en kontinuerlig övergång till att ersätta sjukhusen utifrån de prestationer som utförs istället via på förhand definierade rambudgetar.

Under slutet av 1990-talet har dock marknadsidén kommit att utmanas av samordning och samverkan som styrprincip. Härmed skall effektivitet uppnås via integrering istället för separering. Denna förändring har gestaltat sig i en rad sammanslagningar av sjukvårdsenheter. Den huvudsakliga drivkraften bakom denna utvecklingstendens utgjordes av landstingens ekonomiskt försämrade situation (Hallin & Sviverbo 2003)

Vid sidan av denna utveckling har det under 1990-talet rests krav på ett ökat patientinflytande över verksamheten. Krav på valfrihet och tillgänglighet har fått ökad betydelse och detta resulterade bland annat i en nationell vårdgaranti på tre månader som infördes 1992 för ett tiotal olika behandlingar. Idag existerar ingen lagstiftad vårdgaranti. Landstingen kan dock själva välja att införa egna tillgänglighetspolicys eller vårdgarantier.

Det har därtill skett en kraftig ökning av antalet privata aktörer inom vården. Detta belyses av att det under 1990-talet endast var ett landsting och fyra kommuner som inte hade privata entreprenader inom hälso- och sjukvården. I en statlig utredning om vårdens ägarformer framhålls således att frågan idag inte är om privata aktörer skall vara en del inom vården utan snarare vilken roll de skall spela och inom vilka områden de skall finnas (SOU 2002a).

## **2.2. Övergripande mål och ansvarsfördelning**

Den svenska sjukvården har sedan lång tid tillbaka byggt på gemensam finansiering. Lagstiftarens intentioner kan ses som att behovet av sjukvård till befolkningen utgör ett solidariskt ansvar. Den enskilde patienten betalar således endast en liten del vid nyttjandet av sjukvårdstjänster.

De grundläggande målen för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården i Sverige uttrycks vidare som att den skall:

- ge en god vård som är tillgänglig för alla, vara fördelad efter behov och bygga på öppet redovisade prioriteringar,
- vara demokratiskt styrd: medborgarna skall ha inflytande över alla avgörande beslut (SOU 2002a s. 20).

Ansvar för hälso- och sjukvården är i Sverige fördelat mellan tre olika huvudmän: stat, landsting och kommuner. Staten har det övergripande ansvaret. Den statliga styrningen sker genom utformandet av lagstiftning, direktiv, föreskrifter och tillsyn. I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) regleras de övergripande målen för hälso- och sjukvården och de olika huvudmännens ansvar. Därtill styr staten via tilldelningen av ekonomiska medel, både i form av generella och specialdestinerade bidrag. Idag förekommer specialdestinerade bidrag i mindre utsträckning och avser främst utbildning och forskning. Den övergripande statliga styrningen består således av mål- och ramstyrning samt definierandet av generella ekonomiska ramar. Styrning av hälso- och sjukvården sker därtill via indirekta kvalitetskrav, exempelvis i form av legitimationskrav för läkare. Kontroll, prövning och uppföljning av att verksamheten följer intentionerna i hälso- och sjukvårdslagen utövas av Socialstyrelsen och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (Hallin & Sviverbo 2003, Hälso- och sjukvårdslag 1982:763).

Huvudaktören inom sjukvårdssektorn är istället landstinget som har ett betydande ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen. Denna roll har stärkts under senare tid. Grunden för dess ansvar utgörs av att landstinget finansierar merparten av kostnaderna för hälso- och sjukvården via den landstingskommunala beskattningsrätten. Huvudansvaret avser utformning av mål och riktlinjer för sjukvårdens omfattning och inriktning, då landstinget har ett övergripande planeringsansvar för alla hälso- och sjukvårdsinsatser inom länet. Det innebär att det skall erbjuda en god sjukvård till dem som är bosatta inom området och insatserna skall vara planerade utifrån befolkningens behov. Landstingen har således även ett planeringsansvar för den hälso- och sjukvård som drivs i privata eller alternativa driftsformer. Lagen föreskriver vidare att landstingen skall organisera hälso- och sjukvården på ett sätt så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt att den främjar kostnadseffektivitet (Hälso- och sjukvårdslag 1982:763).

I övrigt är landstingen relativt fria att utforma sin egen hälso- och sjukvårdsorganisation. I lag regleras endast att landstingen måste styras av landstingsfullmäktige som i sin tur utser landstingsstyrelsen. Bedömare pekar således på att mycket av det som beskrivits som en enhetlig modell inom svensk sjukvård snarare bottnar i en gemensam grundsyn än att det är ett resultat av starkt detaljreglerad lagstiftning (SOU 2002b).

Kommunerna har sedan den s.k. ädelreformen som genomfördes 1992 ansvar för de medicinskt färdigbehandlade vid landstingens sjukhus och olika vårdinrättningar. Detta kan ses som att kommunerna har det huvudsakliga ansvaret för omvårdnad, habilitering och vård i livets slutskede.

### **2.3. Etiska grunder för sjukvårdens prioriteringar**

Prioriteringsutredningen (SOU 1995) fastslog att tillhandahållandet av hälso- och sjukvård skall bygga på tre grundläggande principer. Den första utgörs av människovärdesprincipen, dvs. att varje människa som person har samma värde och förtjänar respekt och vård helt oberoende av sin förmåga som aktör. Vidare skall vården vid prioriteringssituationer ges till den som har störst behov - behovsprincipen. En trafikskada oavsett utgång skall således gå före en enklare operation oavsett om den samhällsekonomiska nyttan av denna sista behandling eventuellt kan vara större. Tills sist skall prioriteringarna även bygga på kostnadseffektivitetsprincipen. Den är dock underordnad de andra två. Principen anger att det skall ske en avvägning mellan medicinska och kvalitetsmässiga insatser och uppnådda resultat. Detta skall inte utgöra grund vid prioriteringar mellan patienter utan vid val av behandlingsalternativ för samma patient.

En annan väsentlig aspekt gäller i vilken utsträckning vinstmotiv skall tillåtas inom vården. Detta har setts som tveksamt ur etisk synvinkel, då de flesta kan antas dela uppfattningen att ingen skall göra vinst på någon annans umbärande. En väsentlig fråga är dock hur umbärande skall definieras och i vilka sammanhang vinstmotiv inte är berättigat. Brist på mat, bostad och andra grundläggande behov kan exempelvis även föranleda lidande. Här är dock vinstmotiv sedan länge tillåtna (Zweifel & Breyer 1997).

Vinstmotiv utgör dock i många sammanhang en väsentlig drivkraft. Det kan exempelvis ses som en grundförutsättning för att bjuda ut varor på en marknad. Enligt den neoklassiska teorin kommer även ett vinstmaximerande företag att vara kostnadsminimerande varigenom detta agerar samhällsekonomiskt effektivt. Vinstmotiv kan även skapa incitament för utvecklandet av bättre arbetsprocesser, leda till att ett mer effektivt nyttjande av produktionsfaktorer kommer till stånd, samt skapa mer motiverad personal.

I den statliga utredningen kring vårdens driftsformer pekas dock på att vinstintresset kan leda fel (SOU 2002b). Vårdutbudet kan exempelvis inriktas mot lönsammare behandlingar än vad som är motiverat utifrån strikt medicinska behov. Vi kommer inte att vidare behandla den etiska aspekten av vinstmotiv utan endast se till vilka effekter vinstintressen kan ge inom sjukvården om de gör sig gällande.

Idag pågår lagstiftningsarbete kring möjligheten att avyttra akutsjukhus till privata bolag. Mellan 2001 och 2002 gällde en stopplag på detta område. Frågan är idag under remissförfarande och inte ännu avgjord i riksdagen. Övervägningarna rör huruvida privata bolag med vinstintresse bör ges utrymme inom den akuta vården. I de offentliga utredningar som studerat frågor kring vårdens driftsformer betonas att det, oavsett riskdagens beslut, behövs ökade inslag av statlig reglering vid en situation med alltfler aktörer inom vården. (SOU 2002a, 2002b)

En annan väsentlig del i utredningsförslaget, som överensstämmer med den tidigare beskrivna linjen, är att de föreslår att privatfinansierad vård skall förbjudas inom verksamheter som till övervägande delen fullgör uppgifter som finansieras av landstinget eller motsvarande huvudman. Idag är landstingsägda sjukhus förhindrade att bedriva privatfinansierad vård till skillnad från privata aktörer. Målet är här att säkerställa att s.k. gräddfiler undviks varvid resursstarka individer kan gå före i vårdkön.

I den statliga utredningen av vårdens ägarformer (2002a) uttrycks att vi vid val kring vårdens utformning står inför en avvägning mellan frihet och rättvisa. I vilken utsträckning skall vi tillmötesgå den enskildes vilja och val? Av väsentlig betydelse för denna dimension är i vilken utsträckning som patienten har rätt att kräva en viss behandling. I lagstiftningsarbetet avsågs införandet av patienträttigheter, då detta ansågs skapa för stora problem med uppnåendet av kostnadskontroll delvis till följd av att patienten endast står för en liten del av betalningen. Istället har vi en skyldighetslagstiftning i vilken landstigen är skyldiga att tillhandahålla vård, medan patienten saknar rätt att kräva vård (Hälso- och sjukvårdslag 1982:763).

Patientens ställning har dock stärkts under 1990-talet. Denne har getts större inflytande över val av behandling, rätt till information samt ökad möjlighet att välja läkare. Patienten har även rätt till en andra bedömning (second opinion) vid svåra fall.

### 3. Marknadsmekanismer, privatisering och konkurrens

Det är till att börja med väsentligt att definiera vad som avses med ett ökat inslag av marknadsmekanismer inom offentlig verksamhet i allmänhet och hur det förhåller sig till begreppet privatisering. Ett ökat inslag av marknadsstyrning kan äga rum utan att det sker någon form av privatisering. Att tillämpa marknadsstyrning är därför ett vidare begrepp då det handlar om att efterlikna förhållandet på den privata marknaden. Det innebär att någon ikläder sig rollen som köpare respektive säljare och att man försöker konstruera efterfrågan och utbud. Skapandet av interna marknader i form av B/U-konstruktioner innebär således en ökad form av marknadsstyrning utan att privata aktörer i form av konsumenter eller producenter ges ett ökat inflytande över verksamheten. Privatisering är således endast en del i utvecklingen mot ett ökat inslag av marknadsmekanismer. Med privatisering avses här varje form av ökat inflytande för privata aktörer inom offentlig verksamhet (Söderström m. fl. 2001).

Enligt ovan antas att sjukvården är offentligt finansierad via gemensam beskattning varvid denna dimension av privatisering inte kommer att behandlas vidare. I uppsatsen kommer istället privatiserade produktions- och konsumtionsbeslut att beröras. Det är inledningsvis väsentligt att skilja mellan dessa båda begrepp då de har olika betydelser för strukturen av sjukvårdsmarknaden.

Med privatiserad konsumtion avses att det är den enskilde individen som med sina val styr innehållet i eller utformningen av varan eller tjänsten. Inom sjukvården skulle detta innebära att patienterna står fria att välja mellan olika sjukhus när de söker vård. Denna valfrihet kan dock existera utan att det förekommer några privata alternativa att välja mellan. I ett system där finansieringen följer patientens val innebär det att det privatiserade konsumtionsbeslutet även skapar konkurrens mellan olika utförare (Andersson 2002). Valfriheten blir ett styrsystem och incitament till ökad tillgänglighet och kvalitet kan skapas hos producenten.

Med privatisering av produktion avses istället att kontrollen över produktionsfaktorer flyttas från det offentliga till privata aktörer. Det existerar vidare olika former av privatiserad produktion, i vissa fall kan huvudmannen lägga ut produktionen på entreprenad där en konstruktion är att den offentlige huvudmannen fortfarande äger det fysiska kapitalet men säljer rätten att driva det under ett visst antal år. Denna form av privatiserad produktion benämns vidare avproducering. I ett annat fall så säljer huvudmannen även det fysiska kapitalet till en privat utförare. Denna form av privatisering benämns avyttring. Vilken form av privatisering som äger rum kan ha betydelse för förekomsten av långsiktiga investeringar samt påverka styrkeförhållandet mellan beställare och utförare. Vid privatisering av produktionen skapas konkurrens mellan privata aktörer om utförandet (Andersson 2002).

De olika alternativen av privat och offentlig produktion och konsumtion illustreras vidare i nedanstående figur.

		<u>Produktion</u>	
		Offentlig	Privat
<u>Konsumtion</u>	Offentlig	Endast offentliga sjukhus	Sjukhus på entreprenad Huvudman anvisar plats
	Privat	Val mellan offentliga sjukhus	Fritt val mellan såväl offentliga som privata utförare

Figur 1:

Källa: Bearbetning Andersson 2002

Dahlgren (1994) lyfter fram fyra olika faser på vägen mot en genuin sjukvårdsmarknad där man kan värdera inslaget av marknad, konkurrens och finansieringssätt (kan även ses som inslag av offentligt/privat).

- Fas 1: Budgetstyrda vårdssystem där huvuddelen av vården både är offentligt producerad och finansierad. Styrningen sker genom anslag baserade på historiska kostnader. Den integrerade landstingsmodellen betecknas som den traditionella modellen.
- Fas 2: Offentliga vårdmarknader där beställare och producent särskiljs för att nå ökad effektivitet mellan i huvudsak offentliga aktörer.
- Fas 3: Subventionerade offentliga vårdmarknader utmärks av ett kraftigt ökat utbud av privata vårdgivare med i huvudsak offentlig finansiering och kontroll.
- Fas 4: Kommersiella vårdmarknader där vården både är privat och offentligt producerad. Den offentliga finansieringen omfattar vidare endast svaga grupper.

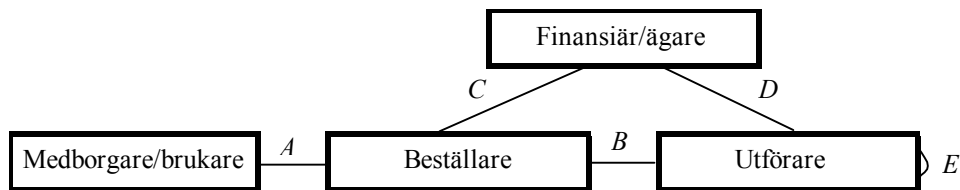
### 3.1. Beställar/utförarstyrning

Grundtanken vid en B/U-modell är att åstadkomma en tydligare roll- och ansvarsfördelning mellan aktörerna inom sjukvårdssektorn; att dela upp rollen mellan vad som skall göras och hur det skall göras. Politikernas roll som företrädare för väljarna skall stärkas, de skall bli en slags konsumentföreträdare och beställa sjukvårdstjänster utifrån medborgarnas behov. Politikernas styrningsroll förändras därtill då de skiljs från den direkta verksamheten (Walsh 1995).

Vid en B/U-modell ändras härmed det traditionella hierarkiska sättet att styra till styrning via kontrakt mellan beställare och utförare. Ett väsentligt inslag är att beställarna principiellt är fria att vända sig till vilken producent som helst, både privata och offentliga. Att dela upp funktionerna i beställare och utförare kan således vara ett led i att konkurrensutsätta verksamheten. Det övergripande politiska ansvaret återstår dock och såväl beställare som utförare måste hantera en rad olika relationer och ansvarsroller inom modellen. Landstingsstyrelsen har, som tidigare påpekats, det övergripande ansvaret för den Hälso- och sjukvård som bedrivs inom landstinget, dels som finansiär och dels som ägare till förvaltningsdrivna sjukhus och landstingsägda bolag. Dessa roller hålls åtskilda vid en B/U-modell. Nedan



illustreras de olika roller och relationer som en B/U-modell ger upphov till (Hallin & Sviverbo 2003).



Figur 2

Källa: Hallin & Sviverbo 2003

Till att börja med måste den demokratiska dimensionen beaktas så att medborgarnas behov och åsikter påverkar beslutsfattandet (*linje A*). I ekonomisk teori kan den ses som att politikerna skall beakta befolknings preferenser vid utformningen av vården.

Beställarstyrning består vidare i politikernas ansvar för att styra och påverka den konkreta verksamheten (*linje B*). Beställarna ansvarar här för att prioritera och beställa sjukvårdstjänster utifrån befolknings behov. Dessutom är de ansvariga för att det sker en effektiv samordning av resurser inom vårdkedjan. Därtill måste även beställarpolitikerna ha förmåga att styra utförarna så att politikernas intentioner förverkligas. Landstingsstyrelsen delegerar således ansvar till beställarnämnder och det är ägarens huvudansvar att förse beställarnämnden med ekonomiska resurser. Hur dessa fördelas från landstingsfullmäktige till beställarnämnden/er har avgörande betydelse (*linje C*).

Därtill har landstingsfullmäktige även ett övergripande ansvar för utförarna så länge det finns ett offentligt ägande av dem samt ett planerings- och kontrollansvar för verksamheter som drivs i annan regi (*linje D*). Ägaransvaret gäller utformandet av tydliga ägardirektiv i vilka resultat-, soliditets- och eventuella utdelningskrav fastställs. Därtill omfattar ansvaret sjukhusens grundläggande inriktning och omfattning. Det är dock svårt att skilja mellan vad som utgör beställarens och ägarens ansvar i vissa sammanhang. I vilken utsträckning skall exempelvis strukturbeslut kring nedläggningar eller byggnation av nya sjukhus fattas av landstingstyrelsen? Det övergripande ansvaret vilar fortfarande på landstingstyrelsen - men skall detta delegeras till ägarutskott (styrelser) eller till beställaren?

Det väsentliga är dock att det krävs en tydlig uppdelning mellan dessa olika roller vid en B/U-organisation. Införande av konkurrens kan dock skapa vissa konflikter i detta avseende då det å ena sidan kräver att producenterna ges ökad självständighet samtidigt som landstingets kontroll via ägarstyrningen å andra sidan riskerar att försvagas i alltför stor utsträckning.

Därtill finns det en intern styrdimension vad gäller utförarna. Dessa svarar för s.k. inre effektivitet och ambitionen i modellen är denna skall åstadkommas via decentralisering (*linje E*). Detta ansvar gäller således att bedriva en kostnadseffektiv vård med hög kvalitet i enlighet med de riktlinjer som beställaren fastställt.

### 3.2. Kundval och vårdgaranti

Ett sätt att korrigera och förbättra möjligheterna till kvalitetskontroll inom komplexa verksamheter som vård, skola och omsorg är att öka kundens valfrihet. En förutsättning för att

detta skall fungera effektivt är att ersättningen följer patientens val. Olika former av pengsystem (vouchers) har bland annat utvecklats inom skola och äldreomsorg. För att en sådan utformning av styrsystemet skall vara effektiv så förutsätter det att brukaren, i det här fallet, patienten är förmögen att fatta rationella beslut (något som kommer att behandlas mer senare).

Vid införande av valfrihetsmekanismer står man även inför en avvägning mellan frihet och rättvisa då valfriheten måste inskränkas om de grundläggande prioriteringarna skall kunna upprätthållas. Här avses i första hand att patientens valfrihet kring vårdvolym och behandlingsalternativ behöver begränsas (SOU 2002b).

Valfrihet kan även öka risken för urvalsproblem. Om det inte finns möjlighet att differentiera priset för en patient kan det leda till att man väljer ut de mest lönsamma inom en viss kategori eller att man rent av avstår från att ta emot eller behandla patienter. Valfrihet kan således ligga till grund för olika former av beteenderisker hos producenterna (Andersson 2002). (Detta kommer att behandlas mer framgent).

Vidare kan även valfrihet tillsammans med vårdgarantier skapa samordningsproblem för huvudmannen vad gäller den övergripande kostnadskontrollen. Det kan exempelvis utgå separat ersättning till de sjukhus som tar emot patienter som inte kunnat behandlas inom vårdgarantin på det sjukhus de uppsökt först. Valfrihet och vårdgaranti kan dock även skapa drivkrafter till att ta emot patienter från övriga landsting. Valfrihet kan här ses som ett incitament på riks nivå till att skapa god tillgänglighet i vården.

I Sverige har vi ingen lagstiftad vårdgaranti utan målet om tillgänglighet understryks endast i lagen. Vissa landsting har dock infört egna vårdgarantier. Därtill krävs det att olika landsting är överens om att ta emot och skicka patienter mellan landstingen. Patienterna kan endast begära att få byta landsting om de inte kan erbjudas adekvat vård i sitt eget landsting (Hälso- och sjukvårdslag 1982:763).

## 4. Vad karakteriserar sjukvårdsmarknaden

Till att börja med skiljer sig tillhandahållandet av sjukvård på ett markant sätt från de villkor som är rådande på de flesta marknader. Varken beslutet att producera sjukvårdstjänster eller efterfrågan (konsumtion) styrs av suveräna individer eller företag på en marknad där dessa själva bestämmer de finansiella konsekvenserna av sina beslut. Istället är både priser och kvantiteter föremål för reglering av statsmakterna. Orsaken till den kraftiga regleringen av sjukvårdsmarknaden är i sin tur att det existerar en rad avvikelser som gör att marknaden skiljer sig från den teoretiska situationen som är rådande under fullständig konkurrens (Arrow 1963, Zweifel & Breyer 1997).

### 4.1. Teorin om fullständig konkurrens

Enligt det första välfärdsteoremet kommer en marknad, i frånvaron av externa effekter och kollektiva varor, under de villkor som är rådande vid fullständig konkurrens att generera en allokering som är paretooptimal, dvs. ingen kan få det bättre utan att någon får det sämre via transaktioner på marknaden. Det är därför inte möjligt att via omallokeringar åstadkomma en mer effektiv situation. Paretoeffektivitet implicerar vidare att det simultant kommer att uppstå en situation som både är effektiv i produktion och konsumtion. Genom att företag och individer sedan agerar som vinst- och nyttomaximerare kommer konkurrensen på marknaden att verka genom prismetanismen så att en paretooptimal situation uppstår. Väsentligt är här att detta sker på frivillig väg genom marknadsutbyte mellan självständiga aktörer och utan regleringar av statsmakten.

För att en marknad (vi kan antingen studera hela marknaden eller avgränsa den till en viss marknad) skall generera en paretooptimal situation måste dock, enligt denna teori, en rad förutsättningar vara uppfyllda. Vi har tidigare pekat på att aktörerna agerar som vinst- och nyttomaximerare. Vidare skall agenterna ha perfekt information. Produkten eller tjänsten skall vara homogen och det skall finnas flera köpare och säljare som inte kan påverka marknadspriset. Därtill skall det inte förekomma naturliga monopol på marknaden.

### 4.2. Grundläggande marknadsmisslyckanden

Det finns i praktiken väldigt få marknader som uppfyller alla dessa antaganden. För sjukvårdens del är detta uppenbart. Tydliga exempel utgörs av att det exempelvis finns inträdesbarriärer i form av läkarlicenser. Det föreligger även stora informationsproblemen vid patientens värdering av sjukvårdsinsatserna. Därtill är inte vinstmotiv vanliga inom sjukvården. Dessa kan rent av vara förbjudna i lag.

Inom ekonomisk teori framställs det istället som att det på sjukvårdsmarknaden föreligger en rad marknadsmisslyckanden som medför att en paretooptimal lösning inte är möjlig att nå utan regleringar. Därtill brukar även regleringar på denna marknad försvaras utifrån rättvisekriterier (Arrow 1963, Zweifel & Breyer 1997).

Ett klassiskt exempel på marknadsmisslyckanden är förekomsten av externa effekter. Dessa uppstår när en individs konsumtion av en vara även påverkar en annan persons nytta. Inom sjukvården förekommer främst positiva externa effekter då en annan persons välbefinnande till följd av sjukvårdsinsatser även är positivt för andra människor. Vaccination mot smittsamma sjukdomar är ett exempel. De yttre fördelarna som skapas genom vaccination i form av en minskad samhällslig smittoris medför att denna externalitet även uppvisar karaktären av en kollektiv vara då konsumtionen av dessa yttre fördelar präglas av icke-rivalitet och av att ingen kan uteslutas från att konsumera dessa. Man kan exempelvis inte utestängas från att dra nytta någons vaccinering på grund av att man inte betalat för tillhandahållandet. Om vaccinering tillhandahålls på en fri marknad finns det således risk för att vissa åker snålskjuts på andra utan att betala varvid den konsumerade nivån blir för liten.

För att en marknad under fri konkurrens skall fungera optimalt så förutsätter detta vidare att agenterna på marknaden agerar rationellt. Förekomsten av sjukdom utgör dock ett exceptionellt mänskligt tillstånd varvid uppfyllandet av detta antagande starkt kan ifrågasättas under vissa sjukdomstillstånd. Uppenbara exempel utgörs av psykisk sjukdom och akut livshotande tillstånd.

Vidare förutsätter första välfärdsteoremet att konsumenten har perfekt information kring de priser och kvaliteter som erbjuds av samtliga producenter på marknaden. Detta villkor är dock långt ifrån uppfyllt på sjukvårdsmarknaden då patienten har svårt att utvärdera kvaliteten i tjänsten. Denna kan inte mätas på ett fullständigt objektivt sätt då hälsostatusen exempelvis är beroende av individuella biologiska faktorer. Därtill är det svårt att skapa sig en kvalitetsuppfattning då konsumtionen är oregelbunden och jämförelser med andras erfarenheter endast kan ske i begränsad omfattning. Det är vidare mycket svårt att värdera kvaliteten av en insats då patienten inte har samma kunskap som läkaren. Det leder till att läkaren har ett informationsövertag över patienten. Förekomsten av asymmetrisk information mellan parterna på sjukvårdsmarknaden har vidare stor betydelse vid utformningen av ändamålsenliga organisationsformer (Lundbäck 2000).

Därtill har studier utförts kring om sjukvården skulle utgöra ett naturligt monopol, dvs. att det skulle föreligga skalfördelar så att de genomsnittliga kostnaderna sjunker kontinuerligt vid ökad produktion. I så fall vore det exempelvis oekonomiskt med konkurrerade system. Från början av 1980-talet har det dock utvecklats en viss samstämmighet kring att det endast skulle föreligga skalfördelar upp till en produktionskapacitet motsvarande en storlek på ca 250 sängplatser (Folland m.fl. 1997).

Sammantaget finns det effektivitetsskäl som talar för att sjukvården finansieras via beskattning eller genom en obligatorisk försäkring då sjukvård i viss utsträckning har karaktären av kollektiv vara och det förekommer positiva externa effekter. Det viktigaste argumentet för skattefinansiering är dock att alla skall ha lika tillgång till vård. Därtill finns det skäl som talar för att statsmakterna reglerar utbudet och säkerställer en viss kvalitetsnivå varigenom läkarna exempelvis bör genomgå formell utbildning och licensieras. Dessutom bör de öka informationsmängden på marknaden. Enligt Zweifel och Breyer (1997) finns det dock inget som talar för att produktionen bör ske i offentlig regi.

### **4.3. Andra avvikelser från teorin om fullständig konkurrens**

Nedan studeras hur några andra karakteristika på sjukvårdsmarknaden påverkar möjligheten till marknadslösningar.

#### **4.3.1. Tredjepartsfinansiering**

Ett utmärkande drag för finansieringen av sjukvård i de flesta länder är s.k. tredjepartsfinansiering. Förekomsten av tredjepartsfinansiering förändrar de grundläggande förutsättningarna för en sjukvårdsmarknad. Istället för att konsumenter och producenter har det finansiella ansvaret för sina beslut så utgår finansieringen från en tredje part. Systemet kan beskrivas som en form av försäkringsskydd från finansiärens sida i utbyte mot skatter från alla potentiella patienter. Detta möjliggör en omfördelning från friska och/eller rika till sjuka och/eller fattiga. Finansiering via beskattning leder således till ett ofrånkomligt avsteg från teorin om den perfekta marknadssituationen (Jönsson 2002). I Sverige sker betalning till mer än fyra femtedelar med offentliga medel varigenom det är politikerna som har rollen som finansiär.

Konsekvensen av tredjepartsfinansiering är att incitamenten för att beakta kostnaderna vid val av diagnos- eller behandlingsmetoder försvagas hos både patient och vårdgivare. När konsumenten befriats från betalningsansvaret har denne i mindre utsträckning anledning att göra den mest rationella avvägningen mellan pris och kvantitet/kvalitet. Härvidlag föreligger ett klassiskt exempel på vad som benämns som moral hazard.

En kombination av legala patienträttigheter och förekomsten av moral hazard skulle skapa stora problem för uppnåendet av övergripande kostnadskontroll. Istället är det finansiären och härmed i det svenska systemet politikern som måste kontrollera kostnaderna. Bristen på incitament från både patient och vårdgivare att hålla nere kostnaderna tillsammans med svårigheter att värdera vårdens innehåll och kvalitet gör det dock svårt för politikerna att styra utvecklingen. Tredjepartsfinansiering skapar således problem kring både kostnadskontroll och effektivitet. Hur ersättningen till vårdgivarna utformas är av avgörande betydelse för att det skapas ändamålsenliga incitament hos producenten (Jönsson 2002).

#### **4.3.2. Läkarnas betydelse för sjukhusets agerande**

Inom ekonomisk teori görs ofta antagandet att företaget eller organisationen maximerar ledningens intresse eller ägarnas. Detta är dock en förenklad syn på organisationer. Detta gäller särskilt inom offentligt styrd verksamhet då samspelet mellan aktörerna ofta är än mer mångfacetterat och ägarnas eller ledningens mål inte lika enkelriktade som vid privat verksamhet (Dixit 2000). Hur ”sjukhuset” kommer att agera på ett sammantaget plan beror i sin tur på de enskilda aktörernas motiv inom sjukhuset. Här utgör läkarkåren en central aktör. Zweifel och Breyer (1997) pekar exempelvis på att sjukhusets slutgiltiga agerande avgörs i ett förhandlingsspel mellan aktörerna där deras relativa styrkepositioner är avgörande för hur sjukhuset agerar.

Ägarformen har naturligtvis avgörande betydelse för i vilken utsträckning sjukhuset är vinstorienterat. Oavsett driftsform så är dock ägarna och sjukhusledningen intresserade av sjukhusets ekonomiska ställning. Detta kan exempelvis manifesteras i en motvilja mot underskott. Ägarna och sjukhusledningen vill härigenom ha stor kontroll över övriga aktörer inom sjukhuset. Zweifel och Breyer (1997) uttrycker detta som att sjukhusledningen exempelvis kan försöka minimera läkarnas påverkan på det ekonomiska resultatet.

Det kan härigenom skapas spänningar mellan olika yrkeskategorier inom sjukhuset då det är läkarna på klinisknivå som står för den slutgiltiga styrningen av vårdutbudet. De svarar för det medicinska beslutsfattandet och de har mycket stor självständighet. Därtill är sjukvården en professionell verksamhet som styrs av läkarkåren och präglas av den etik som är gällande där. En väsentlig del av denna kommer till uttryck i speciella etiska koder som ligger till grund för läkarens yrkesverksamhet. Enligt läkarförbundets (Sveriges läkarförbund s. 3-4) etiska regler skall exempelvis läkaren ”i sin gärning låta sig ledas av människokärlekens och hederns bud och hans främsta mål skall vara patientens hälsa”.

Läkarens arbete kontrolleras i första hand av honom själv och dennes kollegor. Det innebär att kvaliteten främst är en fråga för den enskilde läkaren och hans/hennes kollegor. Läkarna har även ett kunskapsövertag över patienter och annan personal inom hälso- och sjukvården. Politiker och administratörer är således i mycket stor utsträckning beroende av läkarnas kunskaper vid styrning och kontroll av verksamheten. Resursbrist uppfattas exempelvis ofta av läkarna som hot mot den kliniska friheten och medicinska kvaliteten (Hallin & Sviverbo 2003).

Sammantaget pekar det på att läkaren i sin yrkesutövning måste göra en avvägning mellan sjukhusledningens och patientens intresse. Läkaren kan således ses som en agent åt både patient och sjukhusledning. Vad karakteriserar i detta fall en perfekt agent inom hälsoekonomin?

Lundbäck (2000) ger detta en formell framställning, i sin tur baserad på Ellis & McGuire (1986). Sjukhusledningen antas här till att börja med maximera vinstfunktionen:  $\pi(s) = t(s) - C(s)$  där  $s$  anger kvalitetsnivån,  $t$  ersättning från reglerare och  $C$  sjukhusets kostnader. Patientens nyttofunktion såväl som sjukhuslednings vinstfunktion ingår sedan som argument i läkarens målfunktion enligt  $U = U(\pi(s), B(s))$ .  $B(s)$  anger här patientens nytta av behandlingen som i sin tur beror på kvalitetsnivån. Första ordningens villkor för läkaren ges vidare av:

$$\frac{\partial U}{\partial B} \frac{dB}{ds} + \frac{\partial U}{\partial \pi} \frac{d\pi}{ds} = 0 \quad (1)$$

Den marginella substitutionskvoten mellan vinst till sjukhuset och patientens fördelar av behandlingen kan vidare uttryckas som:

$$MRS_{\pi,s} = \frac{(\partial U / \partial B) B'(s)}{(\partial U / \partial \pi)} = MRS_{\pi,B} B'(s) = \alpha B'(s) \quad (2)$$

$\alpha$  skall här tolkas som i vilken utsträckning läkaren är en perfekt agent åt samhället. Med en perfekt agent avses den som väger det sociala värdet av vinst till sjukhuset och det sociala värdet av de fördelar som behandlingen medför för patienten lika.

#### **4.3.3. Olika former av behandlingar**

Till att börja med finns det en rad olika dimensioner av tjänsten sjukvård att beakta vid införandet av marknadslösningar och som medför att konkurrens och skilda former av privatiseringar är mer eller mindre fördelaktiga.

Ett konkret exempel som försvårar för förekomsten av ett privatiserat konsumtionsbeslut är exempelvis akut livshotande tillstånd då patienten inte har möjlighet att göra ett reellt val av producent utan istället är hänvisad till den geografiskt närmaste enheten. Hur komplicerad och specialiserad behandlingen är har även betydelse för fördelaktigheten av marknadslösningar. Vid svåra fall som brännskador och cancerpatienter krävs exempelvis specialistkunskap och extra resurser. Dessa behandlingar kan således inte erbjudas av samtliga sjukhus utan dessa bör av effektivitetsskäl samordnas till speciella enheter. I Sverige är dessa behandlingar centraliserade till region-, läns- eller universitetssjukhus. (Den planerade marknaden 1995).

Samtidigt så ökar kraven på att sjukvården skall vara mer flexibel. Tjänsten är även av den karaktären att den måste anpassas till den enskilde. Därtill förändras vårdutbudet snabbt och det tillkommer nya behandlingsmetoder. Det finns således krav på att sjukvården måste utgöra en flexibel organisation som kan anpassa sig till skilda förutsättningar. Patienterna ställer idag även allt högre krav på ökat inflytande i takt med en generellt stigande kunskapsnivå.

Detta talar mot en centralisering av sjukvården då det är svårt att anpassa verksamheten till enskilda individer och lokala behov. Den väsentliga frågan är dock om ökad flexibilitet åstadkoms bäst via privatiseringar och marknadslösningar eller via en ökad decentralisering inom sjukvården.

I den statliga utredningen om vårdens ägarformer (SOU 2002a) pekas på att förutsättningarna för privatiseringar och marknadslösningar är bättre vid planerade vårdinsatser och mer standardiserade behandlingar. Det uttrycks som att den asymmetriska fördelningen av information som föreligger på sjukvårdsmarknaden innebär en ökad risk vid marknadslösningar av komplexa och tidsmässigt mer akuta fall. I utredningen görs således bedömningen att den akuta vården bör drivas i offentlig regi.

#### **4.3.4. Politikermislyckanden**

Det är inte säkert att politiska regleringar medför att sjukvårdsmarknadens effektivitet förbättras då de politiker som fattar beslut över finansiering och organisation tillsammans med tjänstemännen som implementerar dessa inte behöver agera i det allmännas bästa. Istället kan de drivas av egna motiv som i sin tur kan gå stick i stäv med kraven på effektivitet i resursanvändandet. Det kan av detta skäl ifrågasatts huruvida byråkratier är kostnadsminimerande, dvs. om de är tekniskt effektiva. De utsätts exempelvis inte för samma disciplinerande mekanismer av verksamhetens finansiella ställning som marknaden utövar

över privat verksamhet. Istället är ansvarsutkrävandet kopplat till en valsituation och det sker med betydande tidsfördröjning (Folland m.fl. 1997). Politiker kan därtill se till sina egna försörjningsmöjligheter eller till att de blir återvalda.

#### **4.4. Second best**

Om en paretooptimal situation inte är möjlig att nå så innebär detta inte att marknadsmekanismer är uteslutna. Om man vill öka inslaget av marknadsmekanismer inom en marknad så står man istället inför en situation där en insats kan förbättra marknadens funktion i en riktning samtidigt som denna leder till försämringar på ett annat plan. Alla former av ökat inslag av konkurrens och marknadsmekanismer kan således inte öka den samhälliga effektiviteten. De olika för- och nackdelarna måste således vägas mot varandra. Ett exempel är att licensiering av läkare ger denne ett extra informationsövertag över patienten varigenom det finns risk för att denne exploateras. Om dock krav på licensiering tas bort kan det leda till en ännu sämre situation för patienten om dess informationsunderläge inte stärks på andra sätt. (Folland m.fl. 1997). Den kommande delen av uppsatsen behandlar just dessa avvägningar.



## **5. Hur skall sjukvårdsmarknaden organiseras?**

### **5.1. Marknad och planering**

Utifrån föregående genomgång så föreligger på sjukvårdsmarknaden en rad avvikelser från den teoretiska konstruktionen av perfekt konkurrens. En fullständig marknadslösning är således inte önskvärd då den varken skulle vara effektiv eller leva upp till olika rättvisekriterier. Genom skattefinansiering ligger inte den enskildes betalningsförmåga till grund för vårdkonsumtionen vilket skapar förutsättningar för en behovsbaserad vård på lika villkor. Problemet med tredjepartsfinansiering kräver dock att det sker en begränsning av den enskildes valfrihet och att prioriteringar införs kring hur mycket vård som skall utföras. När dessa prioriteringar är gjorda kan såväl konsumtions- som produktionsbeslut ske under mer eller mindre marknadsliknade former. Det finns dock flera sätt att utforma koordinerings-systemet för såväl produktion som konsumtion i syfte att uppnå samhällsekonomisk effektivitet. Låt oss exemplifiera detta genom att studera produktionsbeslutet.

Som ansvarig för att producera sjukvårdstjänster står landstinget inför beslutet att genomföra detta i egen regi eller att kontraktera ut utförandet till en utomstående part, exempelvis ett privat företag. Beslutet kan ses som ett val mellan att genomföra produktionen inom hierarkin eller lämna ut denna på en marknad. Valet kan således delvis ses som ett val mellan hierarkins och marknadens logik. Vad kännetecknar dessa logiker och i vilka situationer är de mer eller mindre lämpliga?

Det finns i grunden två olika system för att koordinera ekonomisk aktivitet, dvs. för att åstadkomma utbyte av varor och tjänster mellan människor. Både administrativ styrning/-planering och marknad är i teorin användbara för att åstadkomma samhällsekonomisk effektivitet oavsett om det gäller en privat verksamhet eller en samhällstjänst. Administrativ planering och marknadslösningar är dock fördelaktigast under skilda förhållanden. Vi har tidigare pekat på att fördelaktigheten av marknadsmekanismer bl. a. är beroende en rad olika omständigheter som exempelvis informationsstrukturen bland involverade aktörer. En optimal marknadslösning förutsätter, förenklat uttryckt, ett stort antal välinformerade köpare och säljare samt att dessa har likvärdig kunskap om tjänstens pris och den nytta den ger. Effektiv administrativ planering förutsätter å sin sida att planeringsenheten har fullständig information om vårdbehovet i befolkningen och hur detta kan tillgodoses på bästa sätt.

### **5.2. Transaktionskostnader under marknad och hierarki**

En teori tar i detta avseende fasta på att den organisationsform som är bäst lämpad för att utföra eller leverera en viss vara eller tjänst är den som minimerar transaktionskostnaderna på marknaden (Williamson 1998, 1996). Med transaktionskostnader avses här de kostnader som är förknippade med att handel (byte) skall äga rum och exempelvis kan vara kostnader för att ingå kontrakt och för övervakning av att parterna följer ingångna överenskommelser. Transaktionskostnaderna kan exempelvis vara höga om marknaden är komplex p.g.a. att

konsumenter saknar tillräcklig information eller om det är svårt att värdera kvaliteten av en vara eller tjänst.

Marknad och hierarki utgör i detta avseende två olika sätt att koordinera ekonomisk aktivitet. På marknaden baseras överenskommelser på frivillig väg mellan självständiga och rationella parter där priset klarerar marknaden. En marknadslösning karakteriseras vidare av starka incitament hos aktörerna, liten administrativ kontroll och att konflikter löses via civilrättslig domstolsprövning. De enskilda aktörerna har stor frihet att utforma tjänsterna efter eget huvud. I en hierarki tas istället auktoritära beslut i toppen på organisationen som sedan koordineras i verksamheten. Hierarkin karakteriseras därför av svaga incitament, stor administrativ kontroll och av att konflikter löses inom organisationen. Vid en marknadslösning sker vidare anpassning till förändrade omständigheter på ett mer självständigt sätt hos de olika aktörerna. Anpassning inom ett hierarkiskt system sker istället via samarbete och koordination. Williamson pekar även på att det finns en hybridform mellan dessa två varianter.

Denna form har givits en rad olika namn som planerad marknad, nätverk, hybrid och har beskrivits som en situation präglad av s.k. relationskontrakt. Sammantaget kan dock formen beskrivas som ett mellanting av de ovanstående formerna och den baseras på ömsesidighet och förtroende mellan parterna. Relationen bygger på ett givande och tagande snarare än en bokstavstolkning av olika kontrakt (Andersson 2002). Detta kräver att de olika aktörerna är flexibla i sin anpassningsförmåga. En variant beskrivs som en planerad marknad där styrning utförs av politiker medan de s.k. marknadskrafterna bidrar till ett marknadslikt informationsutbyte av önskemål mellan befolkning och politiker (Den planerade marknaden 1995).

Vilken av dessa organisationsformer som är effektivast beror vidare enligt Williamson på förekomsten av en rad olika faktorer: dessa är osäkerhet, opportunism, begränsad rationalitet, komplexitet och specifika tillgångar.

Osäkerhet innebär att det är svårt att förutsäga framtida omständigheter. Begränsad rationalitet ser istället till att individer är kringskurna i sin intellektuella och analytiska förmåga. Om osäkerheten är stor och individens rationella förmåga är starkt begränsad så är det problematiskt att genomföra transaktionen på marknaden och upprepade omförhandlingar mellan parterna kan behöva äga rum. Under dessa omständigheter kan en hierarki vara att föredra då det är lättare att reagera på oförutsedda händelser inom en organisation än genom att omförhandla med en utomstående kontrakterande part. Anpassningsförmågan är i detta fall snabbare och mindre kostsam då det inte krävs formella förhandlingar. Anställningskontrakt inom en organisation är i detta avseende mer flexibelt än kontrakt på en marknad.

Opportunism ser istället till möjligheten att utnyttja eller exploatera motparten vid ett kontraktstecknande i syfte att generera egna vinster. Faran för detta beteende är i sin tur större när styrkeförhållandena p.g.a. av exempelvis tillgången till relevant information skiljer sig mellan parterna. Därtill är det vid brist på information svårt att avgöra vad som i grunden utgör ett opportunistiskt beteende. Faran för detta beteende är enligt Williamson större om transaktionen avser få parter och om konkurrensen på marknaden är bristfällig. Härav följer

att det kan vara lättare att motverka opportunistiskt beteende inom en organisation genom exempelvis sanktionsmöjligheter och utvecklandet av en intern kultur.

Med specifika investeringar avses investeringar i utrustning, kunskap eller förmågor som svårligen kan användas till andra syften än just till den särskilda transaktion som ingås. Vid detta förhållande kan det uppstå svårlösta beroendeförhållanden mellan parterna. Ett problem är investeringen kan förlora sitt värde om marknadsrelationen upphör vid utgången av kontraktet. Ett annat är att köparna hamnar i en beroendeställning om det exempelvis endast finns en säljare som kontrollerar tillgången. Säljarna kan å sin sida utnyttjas av en ensam köpare. Det kan vid dessa situationer vara fördelaktigt att genomföra dessa specifika investeringar inom en organisation så att avkastning och investering utfaller inom samma hierarki (Andersson 2002). Sammantaget finns det risk för att incitamenten för investeringar blir för svaga vid en marknadsrelation.

En marknadslösning utgör således inte alltid en optimal lösning på organisationsutformningen. Istället har exempelvis informationsstrukturen mellan parterna och förekomsten av specifika investeringar avgörande betydelse för vilken form av koordineringssystem som är effektivast. Hybridformen är fördelaktigast vid omständigheter som utgör ett mellanting av båda dessa situationer. Vid denna form skapas möjligheter till informella överenskommelser och problem med kvalitet kan tas upp och justeras via förhandlingar. Långsiktighet och förtroende skapar i sin tur grund för specifika investeringar (Andersson 2002).

### **5.3. Äganderättsteorier**

I en artikel av Hart m. fl. (1996) utvecklas en normativ modell kring under vilka omständigheter som privat eller offentlig produktion är bästa sättet att utföra offentlig finansierad verksamhet. Modellens huvudpunkt är att vem som har äganderätten över det fysiska kapitalet har avgörande betydelse för incitamentsstrukturerna, då denna medför rätt att bestämma över både kostnads- och kvalitetsförbättringar inom verksamheten. Äganderätten skall här tolkas i vid mening och ingen skillnad görs i modellen mellan om den privata utföraren exempelvis hyr eller äger lokalerna av huvudmannen. Det väsentliga är istället vem som äger rätten att bestämma över hur lokalerna skall nyttjas under en viss tidsperiod.

Valsituationen för huvudmannen i modellen består i att producera tjänsten i egen regi eller att kontraktera ut produktionen till en privat utförare. I det första fallet används anställningskontraktet som styrmekanism för de anställda och priset på tjänsten kan ses som de anställdas löner och den överenskomna kvalitetsnivån ingår som en del i deras arbetsbeskrivning. I det senare fallet skrivs istället ett kontrakt som inkluderar både pris och kvalitetsnivå.

Ett centralt antagande i modellen är att kvalitetsnivån inte kan specificeras direkt i kontraktet då det inte är möjligt att definiera denna på ett objektivt sätt. Situationen svarar på ett bra sätt mot den som gäller inom sjukvården då det är mycket svårt eller nästintill omöjligt att på förhand skriva ett kontrakt som specificerar en viss kvalitetsnivå. Vidare antas att det sker omförhandlingar när båda parter uppnått ökad kunskap kring de relevanta förutsättningar som omgärdar tillhandahållandet av varan eller tjänsten Detta antagande är väsentligt då det ger

utförarna incitament att både sänka kostnaderna och förbättra kvaliteten. Slutligen antas också att kunderna är begränsade i sina möjligheter att välja utförare.

Målet i modellen är att maximera den samhälliga nyttan ( $B$ ) till lägst möjliga kostnad ( $C$ ). Det finns vidare två olika incitament i modellen; att sänka kostnader ( $c(e)$ ) och att förbättra kvaliteten ( $\beta(i)$ ). I modellen antas att kostnadsförbättringar även leder till försämringar av kvaliteten ( $b(e)$ ). De samhälliga intäkts- och kostnadsfunktionerna ges av:

$$B = B_0 - b(e) + \beta(i) \quad (3)$$

$$C = C_0 - c(e) \quad (4)$$

Enligt de tidigare antagandena är det ägaren av det fysiska kapitalet som godkänner både kostnads- och kvalitetsinnovationer. Vid utförande i egen regi bestäms dessa vid omförhandlingar av kontraktet. Under drift via en privat utförare behövs dock inget godkännande av kostnadsinnovationer då den privata utföraren har äganderätten. För att den privata utföraren skall tjäna på kvalitetsinnovationer måste dock omförhandlingar genomföras, då producenten bör erbjudas ett högre pris som kompensation för kostnaderna av kvalitetsinnovationen. För båda typerna av innovationer antas vidare att den offentlige producenten har svagare incitament beroende på att den verksamhetsansvarige kan ersättas direkt av huvudmannen vid egen regi. De svagare incitamenten vid egen regi mäts av parametern  $\lambda$ ;  $0 < \lambda < 1$ .

Om inga störningar existerar på marknaden, dvs. om exempelvis kvalitetsnivån kan specificeras exakt, så väljer huvudmannen och utföraren  $e$  och  $i$  så att handelsutbytet maximeras. Första ordningens villkor för dessa båda innovationsparametrar ges av:

$$-b'(e) + c'(e) = 1 \quad (5)$$

$$\beta'(i) = 1 \quad (6)$$

Ovanstående optimala utfall gäller dock inte för de båda alternativen i modellen. Vid det privata fallet ges första ordningens villkor av:

$$c'(e) = 1 \quad (7)$$

$$1/2\beta'(i) = 1 \quad (8)$$

Vid privatiserad produktion kommer således kostnadsbesparingar att ske även utan omförhandlingar, då dessa ej behöver huvudmannens godkännande. De medföljande negativa effekterna på kvaliteten beaktas således inte av den privata utföraren. Kvalitetsförbättringarna behöver dock godkännas av huvudmannen vid omförhandlandet. Härigenom erhåller utföraren endast hälften av vinsten till samhället.

Första ordningens villkor för den offentlige utföraren ges istället av:

$$\lambda/2(-b'(e) + c'(e)) = 1 \quad (9)$$

$$\lambda/2\beta'(i) = 1 \quad (10)$$

I detta fall beaktar den offentlige utföraren de negativa effekterna som kostnadsförbättringar medför på kvaliteten. Det finns dock nya avvikelser från den optimala incitamentsstrukturen. Utföraren får nämligen endast hälften av vinsterna för både kostnads- och kvalitetsförbättringar. Därtill är styrkan hos incitamenten som mäts med  $\lambda$  vanligtvis längre än hos en privat utförare.

Vid en jämförelse mellan den optimala incitamentsstrukturen och de båda alternativa driftsformerna ges följande resultat. En  $*$  står här för optimal incitamentsstruktur och  $G$  och  $M$  betecknar offentlig respektive privat regi.

$$e_G < e^* < e_M \quad (11)$$

Incitamenten för kostnadsbesparingar är således för höga vid privat ägande och för svaga vid drift i offentlig regi.

$$i_G < i_M < i^* \quad (12)$$

Incitamenten för kvalitetsförbättringar är vidare för svaga under både offentlig och privat drift men ännu svagare vid offentlig regi om  $\lambda$  inte är lika med 1.

Modellens huvudresultat kan sammanfattas på följande vis. Vid privat drift är incitamenten för kostnadsbesparingar alltför höga. Incitamenten för kvalitetsförbättringar är dock å andra sidan för svaga. Incitamenten för båda typerna av aktiviteter är vidare lägre vid egen regi men i detta fall inkluderas även de negativa effekterna som kostnadsbesparingar medför på kvaliteten.

Vilket alternativ som är fördelaktigast beror således på de omständigheter som omgärdar tillhandahållandet av varan eller tjänsten. Privat produktion är fördelaktigare om de negativa effekterna av kostnadsbesparingar på kvalitetsnivån är små och/eller om det inte finns några eller låga vinster av kostnadsförbättringar varigenom incitamenten för att genomföra dessa är svaga. Offentlig drift är istället bättre om kostnadsbesparingar medför stora negativa effekter på kvaliteten. För att produktion i egen regi skall vara bättre så måste dock antingen förbättringar av kvaliteten vara oviktiga eller så får inte incitamenten till kvalitetsförbättringar hos en offentlig utförare vara lägre än de gällande vid privat drift. Modellen stipulerar slutligen att privat ägande av kontrollrättigheterna alltid leder till lägre kostnader men att kvalitetsnivån kan vara högre eller lägre beroende på vilka omständigheter som är gällande på den speciella marknaden. En viktig punkt är även att fördelarna med det privata alternativet ökar om konsumenterna har möjlighet att välja mellan olika alternativ. På så vis stärks incitamenten för att höja kvaliteten då kunderna kan byta producent om de inte är nöjda.

#### 5.4. Principal/agent-problematiken

Agentproblem uppstår vidare både inom organisationer och vid kontraktstecknande mellan utomstående parter. Ett tydligt exempel är B/U-organisationen. Beslutet att lägga ut en verksamhet på en privat utförare eller ha kvar den inom organisationen kan från huvudmannens sida ses som ett köp- eller säljbeslut, dvs. skall vi organisera produktionen internt

eller externt. Oavsett utformning så återstår problemet hur antingen en underanställd eller en utomstående kontrakterande part skall agera i principalens intresse. Man står inför ett delegeringsbeslut vid båda tillfällena.

Teorier kring principal/agent-problematiken behandlar främst hur effektiva belöningsystem skall utformas då en uppdragsgivare (principal) vill påverka agerandet hos en uppdragstagare (agent). Hur informationsbilden ser ut mellan aktörerna har i sin tur avgörande betydelse för vilket belöningsystem som är optimalt (Dixit 2000).

Här kommer främst att fokuseras på ett av dessa problem som går under benämningen moral hazard. Detta uppkommer när en agents agerande påverkar utkomsten för principalen och detta agerande i sin tur inte är direkt observerbart för principalen. Beroende på hur mätbart agerandet är så kan mer eller mindre tydliga kontrakt skrivas. Väsentligt är om en tredje utomstående part på ett objektivt sätt kan utvärdera hur agenten agerat (dennes ansträngning). Om båda parter har perfekt information så kan optimala kontrakt utformas varvid principalen kan övervaka agenten och styra denna via incitament och sanktionsmöjligheter. Utan perfekt information så kan inte principalen uttala sig om eventuella felaktigheter och brister beror på agentens agerande. Ur agentens synvinkel kan det därför vara fördelaktigt att anstränga sig mindre än vad som varit fallet om båda parter haft perfekt information.

Dixit illustrerar hur ett optimalt belöningsystem kan utformas under dessa omständigheter. Antag att en agent genom sitt agerande ( $a$ ) påverkar utfallet av en prestation eller insats som principalen eftersträvar ( $x$ ). Inom sjukvård rör det sig exempelvis om ett övergripande mål om goda hälsoeffekter till lägst möjliga kostnad. Problemet utgörs sedermera av hur principalen skall utforma ett belöningsystem  $y(x)$  som maximerar utfallet av relationen  $x - (y(x))$ . Agenten kommer vidare att maximera sin förväntade nytta som är beroende på ersättningen men även kostnaden för ansträngningen  $c(a)$ . Om agentens agerande kan verifieras på ett korrekt sätt så innebär det att både belöningsystemet och ansträngningen kommer att utformas på ett sätt som överensstämmer med paretokriteriet. Situationen kan vidare illustreras vid ett linjärt belöningsystem i vilket agenten ges en fast ersättning plus en bonusdel (rörlig del) som beror på antalet  $x$  som produceras.

$$y(x) = k + mx \quad (13)$$

Utfallet motsvarar vidare ansträngningen som antas följa en normalfördelning med varians ( $v$ ). Därtill antas att agentens kostnader för ansträngningen är kvadratisk  $c(a) = \frac{1}{2}ca^2$  och att båda parterna har konstant relativ riskaversion vilken anges med  $R$  för principalen och  $r$  för agenten. Resultat för bonusdelen ges nedan under ett linjärt belöningsystem:

$$m = \frac{1 + Rcv}{1 + (r + R)cv} \quad (14)$$

Den fasta delen är till att börja med så hög att agenten väljer att delta i relationen. Antag vidare att  $0 < m < 1$  vilket innebär att agenten endast får en del av det han producerar. Ju högre  $m$  är desto starkare incitament har agenten att agera. Till att börja med kan det påpekas att

bonusdelen skall vara lägre ju större den slumpmässiga delen är av utfallet är. Dessutom pekar formeln på att fördelaktigheten av starka incitamentsstrukturer i stor utsträckning beror på hur riskaversa de båda parterna är och hur graden av riskaversion skiljer sig åt. Ju mer riskavers principalen är desto fördelaktigare är det för denne att ha högre bonus då ersättningen till agenten endast beror på utfallet (dennes prestation). En riskavers individ vill dock inte att hela lönen baseras på utfallet (prestationen) då denne i detta fall bär all risk. Ju mindre riskavers agenten är desto högre kan dock bonusen vara.

En annan viktig aspekt gäller när det finns flera dimensioner vid utförandet av en aktivitet och dessa är inte lika lätta att mäta på ett objektiv sätt. Inom sjukvården är detta tydligt då strikt medicinska insatser endast är en del av producenternas uppdrag. Här ingår även insatser för exempelvis omvårdnad, rehabilitering, och förebyggande åtgärder. Andersson (2001) beskriver en modell av Holmström och Milgrom (1991) där de analyserar hur ett optimalt belöningsystem kan utformas vid denna situation.

Antag att uppdragstagaren kan variera sin arbetsinsats på två sätt, antingen genom att bestämma arbetstakt eller noggrannhet och de båda insatserna påverkar uppdragsgivarens resultat (målsättning). Uppdragsgivaren kan vidare basera ett kontrakt på hur uppdragstagaren utför dessa insatser, som båda innebär uppoffringar för uppdragstagaren.

Antag att snabbheten kan mätas exakt men inte noggrannheten, då måttet på denna är mycket trubbigt. Resultatet i modellen är att det vid denna situation är optimalt att inte ha någon prestationsersättning då all uppmärksamhet i detta fall skulle ägnas åt en variabel; att vara snabb. Slutsatsen är således att incitamenten skall vara svaga för de variabler som är lätta att mäta om andra variabler är svårare att uppskatta.

Detta resultat gäller om insatserna är substitut, dvs. om ökad ansträngning i en dimension leder till att kostnaden av ytterligare ansträngning i den andra dimensionen stiger. Om insatserna är komplement så uppstår inte detta problem och bonusdelen kan istället vara högre (Dixit 2000).

Det mest generella problemet kring att utforma starka incitament baserat på prestationer som lätt kan mätas är att det kan föranleda att andra önskvärda men mindre enkla dimensioner av tjänsten negligeras. En potentiell fara utgörs exempelvis av att kvaliteten negligeras i syfte att generera vinster inom en verksamhet.

## 6. Ersättningsystem

Ersättningsystemets utformning är av central betydelse för hur väl det sammantagna styrsystemet fungerar inom vården. Ett ändamålsenligt ersättningsystem ger producenterna incitament till att prestera hög kvalitet och effektiva behandlingar samtidigt som det sker en effektiv användning av resurser inom hälsosektorn. Det skall vidare vara tydligt och begripligt och skapa en rättvis fördelning av vårdutbudet enligt intentionerna i Hälso- och sjukvårdslagen (Engel 2000). De har dock visat sig att ersättningsystem kan ha negativa effekter i olika avseenden. Starka incitament för kostnadsbesparingar kan exempelvis gå ut över kvaliteten i verksamheten. Små detaljer vid utformningen kan vidare ha stor betydelse om de genererar felaktiga drivkrafter.

Optimalt vore om sjukhusens ersättning kopplas till i vilken utsträckning som slutgiltiga hälsoeffekter uppnås. Dessa kan dock inte mätas på ett objektivet sätt varvid kontrakt baserade på dessa oundvikligen blir ofullständiga. Detta problem tillsammans med de tidigare nämnda avvikelserna från den teoretiska marknadssituationen som förekomsten av asymmetrisk information och icke perfekta mått på produktiviteten inom sjukvårdsektorn leder till att flera hälsoekonomer påpekar att det inte finns någon första bästa ersättningsform, dvs. någon ersättningsform som är fördelaktigast under alla situationer (Lundbäck 2000, Barnum m. fl. 1995). Istället främjar olika ersättningsformer skilda mål inom hälsosektorn och vid utformningen av systemet måste positiva och negativa sidor vägas mot varandra.

Vid studiet av ersättningsystemets utformning måste även beaktas att den slutliga sjukvårdsproduktionen till stor del styrs av läkarprofessionens etik. Dessutom påverkas aktörernas agerande av om patienterna har möjlighet att välja utförare. Konkurrens mellan sjukhus om att attrahera patienter kan exempelvis vara ett sätt att förbättra ersättningsystemet incitamentsstruktur. Därtill påverkas ersättningsystemets funktionssätt av det motiv som sjukhuset är orienterat mot.

Vid en analys av olika ersättningsystems funktionalitet måste även de administrativa kostnaderna beaktas. Generellt tyder erfarenheter från olika system på att de administrativa kostnaderna stiger i takt med systemets sofistikeringsgrad, dvs. i vilken utsträckning det är utvecklat för att skapa bättre incitament. En avvägning mellan ökade administrativa kostnader och skapandet av mer fördelaktiga incitamentsstrukturer måste således göras (Barnum m. fl. 1995).

### 6.1. Olika ersättningsformer

En rad ersättningsformer har prövats inom vården. Nedan följer en genomgång av olika ersättningsvarianter och dess övergripande för- och nackdelar (Lundbäck 2000, Barnum m. fl. 1995).



### *Anslagsfinansiering*

Traditionellt sätt har de flesta länder försett sina sjukhus med fasta budgetar. En variant är att ha specialdestinerade budgetar för skilda utgiftsslag, t ex löner, läkemedel, utrustning etc. I detta fall utövar finansiären (huvudmannen) en stark reglering av verksamheten, främst i syfte att hålla nere lönekostnaderna. Sjukhusledningen ges ett begränsat ansvar och den starka centrala kontrollen riskerar i sin tur att hämma effektiviteten. En fara utgörs av att incitament ges till att spendera medlen snabbt för att säkerställa nästa års tilldelning då överskott kan ses, från huvudmannens sida, som ett tecken på en alltför generös tilldelning.

Ett alternativt sätt är att använda sig av i förväg fastställda ramanslag. Genom detta system åstadkoms en decentralisering där sjukhusledningen blir ansvarig för prioriteringar mellan olika områden. En effektivare användning av resurser kan härigenom åstadkommas.

En principiell fara vid anslagsfinansierade system är att basera dessa på historiska kostnader då ineffektiva mönster kan bevaras i resursanvändningen. Det samma gäller om ersättningen kopplas till olika normer, som att en viss personaltäthet skall gälla för ett visst antal slutenvårdsplatser. Generellt sett ger dessa ersättningsformer därtill svaga incitament till kvalitetsutveckling. Säkerställandet av denna måste istället ske via kompletterande kvalitets-säkringssystem. En väsentlig aspekt är vidare att dessa anslag utgör "hårda" budget-restriktioner för sjukhusen. Annars påminner systemet om full kostnadstäckning. Producenternas finansiella risk är vidare väldigt liten om ersättningen inte alls är kopplad till den mängd insatser som utförs.

### *Full kostnadstäckning*

Vid full kostnadstäckning ersätts sjukvårdproducenterna retroaktivt, dvs. kostnaderna för vården ersätts till fullo i efterhand via avgifter för behandlingen (fee-for-service) från finansiären, patienter och/eller olika försäkringsbolag. Den övervägande bristen hos denna ersättningsform är att alla insatser i sjukvården ersätts vilket uppenbarligen skapar svaga incitament för åstadkommandet av kostnadseffektiva behandlingar. Därtill finns det risk för att producenterna i alltför stor utsträckning stimulerar efterfrågan (supplier induced demand) genom att utbjuda mer sjukvårdstjänster än vad som är medicinsk motiverat då detta kan vara i både patientens och sjukhusledningens intresse.

### *Prospektiv ersättning*

För att komma till rätta med de svaga ekonomiska kostnadsincitamenten i ovanstående ersättningsmodeller så har istället s.k. prospektiv ersättning införts. Syftet med denna ersättningsform är att på ett grundläggande plan förändra incitamentsstrukturen inom vården genom att producenterna ges incitament till att sträva efter att minimera kostnaderna istället för att som vid vissa ersättningsformer maximera dessa. Vid denna ersättningsform utgår en fast ersättning till sjukhuset (antingen för en hel patientgrupp eller per patient) för att utföra vissa behandlingar. Väsentligt är att ersättningen ligger fast i förväg (sätts ex ante) och att den inte är beroende av nivån på de insatser som ges till patienten.

Kapitering utgör en form av prospektiv ersättning. Vid denna form ges sjukhuset en i förväg bestämd fast ersättning baserad på det förväntade vårdbehovet inom det patientområde som sjukhuset betjänar. Beräkningsgrunderna för det förväntade vårdbehovet kan i sin tur vara mer

eller mindre sofistikerade. De baseras ofta på befolkningsmängd, ålder och kön samt socioekonomiska kriterier som antas påverka vårdbehovet hos befolkningen. Detta skapar en viss finansiell risk för sjukhusen då dessa inte vet exakt hur stort det faktiska vårdbehovet kommer att vara. En väsentlig skillnad vid kapitering i jämförelse med anslagsfinansiering är att ersättningen endast baseras på det faktiskt förväntade vårdbehovet för en viss befolkningsgrupp och inte på historiska kostnader eller olika insatsmått.

Vid kapitering ges producenten incitament till att maximera skillnaden mellan intäkter och utgifter. Detta kan leda till att de utvecklar bättre behandlingsalternativ eller att de lägger mer resurser på förebyggande arbete. Modellen ger dock svaga incitament till att öka antalet insatser eller förbättra tillgängligheten. Dessutom finns det risk för att kostnader övervältras på andra aktörer genom att patienter vidareremitteras till mer specialiserade vårdenheter. Kvaliteten kan även försämrats i syfte att minska kostnaderna.

Vid prospektiv ersättning per patient är den grundläggande principen att det är den enskilda patientens specifika sjukdomstillstånd som är avgörande för ersättningen till sjukhuset. Ersättningen avgörs här direkt vid fastställandet av patientens diagnos och innan behandlingen påbörjats till skillnad från full kostnadstäckning då ersättning motsvarar de i efterhand realiserade kostnaderna (Lundbäck 2000).

En vanlig metod vid fastställandet av prospektiv ersättning per patient är att basera denna på patientens DRG-registrering (diagnosis related groups). DRG-systemet är i grunden ett patientklassificeringssystem framtaget för att gruppera vårdtillfällen i medicinskt och resursförbrukningsmässigt homogena grupper och skapades av amerikanska forskare i slutet av 1960-talet. Systemet utvecklades ursprungligen i syfte att åstadkomma en förbättrad verksamhetsbeskrivning och för att underlätta kvalitetsjämförelser. Vid denna klassificering beaktas typ av sjukdom, sjukdomens svårighetsgrad, stadium, komplikationer och personliga karakteristika. Genom att jämföra sjukhusens kostnader inom de olika DRG-grupperna skapas ett mått på sjukhusens produktivitet vilket i slutändan kan användas vid fastställandet av ersättningen. Vid denna ersättningsform klassificeras således varje patient i en DRG-grupp beroende på den diagnos som fastställs i samband med mottagandet. Ett fast pris är sedan knutet till varje DRG-grupp. De väsentliga är att när ersättningen ligger fast i förväg så skapas incitament till att hålla nere kostnaderna per patient.<sup>1</sup>

DRG-systemet utgör inte det enda patientklassificeringssystem som kan ligga till grund för en prospektiv ersättning per patient. En rad olika system har prövats och komplexiteten beror delvis på hur många kategorier som finns vid patientklassificeringen. De administrativa kostnaderna kan förväntas stiga i takt med antalet klassificeringskategorier (Barnum m. fl. 1995).

#### *Erfarenheter av olika ersättningsmodeller*

Den traditionella landstingsmodellen karakteriserades av styrning som varit inriktad på ekonomisk balans via fasta ramanslag. Produktionsstrukturen var i princip reglerad till offentliga lokala monopol, där produktionsammansättningen bestämdes centralt och resurstilldelningen baserades på upptagningsområden. Producenterna gavs sedan en årlig rambudget

---

<sup>1</sup> I den kommande delen av uppsatsen behandlas endast denna form av prospektiv ersättning.

främst baserad på insatsmått och historiska kostnader i syfte att skapa strikt kontroll över insatserna. Ekonomisk balans skulle vidare skapas genom interna incitament för att begränsa kostnader, samt genom beredskap för strukturella omorganiseringar via nedläggningar och sammanslagningar. Prioriteringar inom verksamheten var dock i stor utsträckning sjukhusledningens ansvar. Konsumtionssidan var även denna starkt reglerad och konsumenten kunde inte välja producent, vårdkvalitet eller sjukförsäkringens omfattning. Sjukvårdsutbudet ansågs härmed långt ifrån vara anpassad till konsumenternas preferenser (Lyttkens 1994).

Lyttkens (1994) påpekar att det väsentligaste problemet i den s.k. integrerade landstingsmodellen utgjordes av att den var behäftad med en mjuk budgetrestriktion, varvid överskridande genererade extra ersättning. Detta skapade svaga ekonomiska incitament för kostnadsförbättringar då slutligen de fulla kostnaderna kom att täckas även om budgeten överskreds. Högre ersättning kunde exempelvis utgå om producenten uppvisade köer.

I USA och Tyskland har istället full kostnadstäckning använts vid ersättning av sjukvårdsproducenterna. I en rad studier pekas på att länder med detta ersättningssystem haft en större ökning av sjukvårdsutgifterna (SOU 2002a, Barnum m. fl. 1995) Inom dessa länder har det dock skett en kontinuerlig övergång till att tillämpa prospektiv ersättning per patient. Erfarenheterna av denna ersättningsform är att kostnaderna per patient minskade i form av kortare behandlingstider etc. (Barnum m. fl. 1995).

## 6.2. Optimal utformning

En rad teorier har utvecklats i syfte att studera vad som utgör optimal utformning av sjukvårdens ersättningssystem under olika omständigheter. Vid detta studium måste en rad olika aspekter beaktas. Generellt utgörs dessa av hur en reglerare (i vårt fall är denne beställaren) på bästa sätt skall ersätta en rad olika sjukhus som har en mer eller mindre heterogen kostnadsstruktur. Därtill förekommer asymmetrisk information mellan regleraren och sjukhusledningen avseende i vilken utsträckning som den slutgiltiga kostnadsstrukturen är beroende på sjukhusets ansträngningar i olika avseenden eller om denna bottnar i faktorer som sjukhuset har begränsade möjligheter att påverka, som exempelvis skillnader i patientsammansättning. Detta utgör ett tydligt exempel på principal/agent-problematiken. Vidare påverkas sjukhusets agerande av att det är läkaren som i stor utsträckning bestämmer över de insatser som ges till patienten. Härvidlag måste beaktas hur olika ersättningsformer påverkar läkarens avvägning mellan sjukhusledningens och patientens intresse. Dessa studier har främst fokuserat på de relativa fördelarna som skapas vid retroaktiva<sup>2</sup> och prospektiva ersättningssystem, dvs. mellan ersättningsformer som ger svaga respektive starka incitament för kostnadsbesparingar.

Vi är intresserade av att studera teorier kring hur regleraren (finansiären) kan uppskatta sjukhusens kostnadsstruktur så att en effektiv prissättning kan utformas. Därtill behandlas teorier kring de incitamenteffekter i form av kostnads- och kvalitetsansträngningar som retroaktiv och prospektiv ersättning kan skapa under skilda omständigheter. Därtill är vi intresserade av att studera hur dessa varianter påverkas av konkurrens och eventuella vinstmotiv inom vården. Slutligen beaktas även läkarens roll. Viktigt är här att den

---

<sup>2</sup> Full kostnadsersättning och retroaktiv ersättning används vidare synonymt.

traditionella landstingsmodellen kännetecknad av en mjuk budgetrestriktion medför att den i viss utsträckning kan likställas med full kostnadstäckning.

### **6.2.1. Optimal prospektiv ersättning – teorin om yardstick competition**

Shleifer (1985) utvecklar en modell kring åstadkommandet av ett effektivt sätt att ersätta sjukhus via enhetlig prospektiv ersättning. I modellen söks svaret på hur ersättningen för ett antal identiska sjukhus skall utformas, dvs. sjukhusen antas ha samma möjlighet att påverka sin kostnadsstruktur. Vidare antas att sjukhusens kostnadsstruktur kan observeras av regleraren samtidigt som denna delvis är en funktion av icke observerbara ansträngningar hos sjukhusledningen. Shleifer antar vidare att det råder konkurrens på marknaden och att sjukhusen strävar efter att maximera vinsten. Regleraren antas härmed inte ta ansvar för sjukhus som går i konkurs.

Kärnan i modellen utgörs av att finna ett sätt att ersätta sjukhus som inte baseras på det enskilda sjukhusets kostnader. Regleraren behöver istället tillgång till ett ”skuggsjukhus” mot vilket denne kan jämföra samtliga sjukhus agerande. Ett sätt är att använda sig av en regression över samtliga sjukhus kostnader för jämförbara patientgrupper. Härigenom behöver inte regleraren känna till i vilken utsträckning som det enskilda sjukhuset investerat i kostnadsminskningar utan denne behöver endast tillgång till sjukhusens kostnadsredovisning. Om ersättningen i sin tur baseras på de genomsnittliga kostnaderna för alla producenters marginalkostnader för jämförbara patientgrupper så leder detta till att sjukhusens och reglerarens motiv överensstämmer. Vid denna ersättningsform skapas härigenom incitament för sjukhusen att nå sin optimala kostnadsstruktur. Väsentligt för ersättningsformens funktionssätt är vidare att inget sjukhus kan påverka genomsnittspriset.

Systemet motsvaras väl av DRG-systemet där ersättningen till sjukhusen utgörs av en på förhand fastlagd ersättning baserad på patientens diagnos. Nivån på ersättningen utgörs av genomsnittskostnaderna för de patienter som faller i samma DRG-kategori.

Optimaliteten av denna ersättningsform är vidare beroende av att sjukhusen producerar en homogen produkt, dvs. sjukhusen måste i genomsnitt möta samma patientsammansättning. Regleraren kan nämligen inte observera heterogeniteten i patientsammansättningen varvid denne vid skillnader i patientsammansättning inte kan avgöra om sjukhuset agerat effektivt eller inte.

Om ersättningen baseras på genomsnittskostnaderna inom respektive DRG-kategori leder detta till att sjukhusen med en större andel svårare patientfall – dvs. de som har högre genomsnittskostnader per patient - går med förlust. Det finns således en risk för att det vid detta ersättningsystem skapas dysfunktionella drivkrafter som kan leda till en generellt lägre kvalitetsnivå eller till att vissa patienter inte alls behandlas utan vidareremitteras. Det finns således risker förknippade med att till fullo utforma ersättningen prospektivt.

### **6.2.2. Incitamenteffekter vid full kostnadstäckning versus prospektiv ersättning**

Prospektiv ersättning skapar, enligt ovan, starkare incitament för att förbättra kostnadseffektiviteten än full kostnadstäckning. Vid en jämförelse mellan dessa ersättningsformer

måste dock beaktas att prospektiv ersättning kan medföra negativa effekter på kvaliteten. Ma (1994) utvecklar en teori där han explicit modellerar hur incitamentsstrukturerna vid full kostnadstäckning och prospektiva ersättningar påverkas av att sjukhuset även kan agera dysfunktionellt. I modellen antas att sjukhuset kan anpassa sitt beteende efter patienternas förväntade kostnader. Sjukhuset modelleras vidare som en agent med möjlighet att utöva ansträngningar för att minska kostnaderna och förbättra kvaliteten tillsammans med möjligheten att vägra ta emot kostsamma patienter. Därtill antas att regleraren skall ersätta en enda producent.

Låt oss inledningsvis studera incitamentsstrukturerna i modellen då sjukhuset måste ta emot alla patienter. Ansträngningar för att förbättra kvaliteten och minska kostnader ges av  $t_1$  och  $t_2$  och dessa ger i sin tur upphov till en nyttoförlust för sjukhuset som motsvaras av funktionen  $\gamma(t_1 + t_2)$ . Där  $\gamma$  representerar det monetära värdet av onyttan av dessa ansträngningar. Ökade insatser för kvalitetsförbättringar föranleder ökande kostnader i form av högre onyttan och/eller högre kostnad per patient. Kostnaden per behandlad patient är vidare beroende av de båda ansträngningarna och ges av  $c(t_1, t_2)$ . Efterfrågan på sjukvårdstjänster motsvaras av  $u(t_1)$  och beror kvalitetsnivån som även anges av  $t_1$ . De totala kostnaderna för att behandla en patient kan således uttryckas som  $c(t_1, t_2)u(t_1)$ .

Under full kostnadstäckning ersätts sjukhuset för sina faktiska kostnader. Därtill antas att sjukhuset ges en vinstmarginal  $m$  i syfte att motivera sjukhuset till att erbjuda en viss kvalitetsnivå. Sjukhusets totala ersättning per patient uppgår således till  $c + m$ . Under prospektiv ersättning utgår istället en fast ersättning per patient ( $p$ ) som är oberoende av kostnaderna för behandlingen. Denna ersättningsform överensstämmer med prissättning utifrån DRG-systemet. Vidare antas att sjukhusen maximerar skillnaden mellan intäkter och behandlingskostnader samt onyttan av ansträngningarna. Sjukhusets nettovinstfunktioner under full kostnadstäckning respektive prospektiv ersättning ges av:

$$(c(t_1 + t_2) + m)u(t_1) - c(t_1 + t_2)u(t_1) - \gamma(t_1 + t_2) \quad (15)$$

$$= mu(t_1) - \gamma(t_1 + t_2) \quad (16)$$

$$pu(t_1) - c(t_1 + t_2)u(t_1) - \gamma(t_1 + t_2) \quad (17)$$

Ur samhällsekonomisk lönsamhetssynpunkt måste även de fördelar, i form av antalet patienter som behandlas och kvalitetsnivån på den vård de erhåller, beaktas vid optimeringen. Dessa betecknas med  $W(t_1)$  då båda dessa faktorer beror på kvalitetsnivån. Regleraren antas i sin tur beakta dessa vid utformning av ett optimalt ersättningssystem. Regleraren maximerar således skillnaden mellan bruttofördelarna till patienterna och de totala produktionskostnaderna som ges av kostnaden per behandlad patient och onyttan av de olika ansträngningarna. Reglerarens målfunktion ges av:

$$U_R = W(t_1) - c(t_1 + t_2)u(t_1) - \gamma(t_1 + t_2) \quad (18)$$

Ur reglerares synvinkel är det optimalt att endast ersätta sjukhuset för dess kostnader. Regleraren antas härmed kunna använda sig av en engångstransferering och anpassa denna så

att sjukhuset endast uppnår ett nollresultat. Eventuella vinster till sjukhuset ingår härmed inte i reglerarens målfunktion. Reglerarens mål är vidare att förmå sjukhuset att välja nivå på ansträngningarna så att målfunktionen maximeras. Den mest samhällsekonomiska allokeringen av ansträngningarna ges av första ordningens villkor.

$$W'(t_1^*) - c_1(t_1^*, t_2^*)u(t_1^*) - c(t_1^*, t_2^*)u'(t_1^*) = \gamma'(t_1^* + t_2^*) \quad (19)$$

$$-c_2(t_1^*, t_2^*)u(t_1^*) = \gamma'(t_1^* + t_2^*) \quad (20)$$

$c_1$  respektive  $c_2$  symboliserar här derivatan av kostnadsfunktionen med avseende på dess första respektive andra argument. Lösningarna karakteriseras vidare till fullo av första ordningens villkor till följd av konvexitet.

Under full kostnadstäckning kommer ansträngningarna att minska kostnaderna att vara minimala,  $t_2 = 0$ . Givet detta maximerar sjukhuset nettovinstfunktionen. Första ordningens villkor under full kostnadsersättning ges av:

$$mu'(t_1) = \gamma'(t_1) \quad (21)$$

Det optimala valet av  $m$  respektive  $t_1$  ges sedan av det som maximerar reglerarens målfunktion givet att  $t_2$  är minimal. Optimal nivå uppnås således genom att sätta

$$m = \frac{y'(t_1^+)}{u'(t_1^+)} \quad (22)$$

Då ansträngningarna för kostnadsbesparingar är minimala under alla omständigheter vid denna ersättningsform så leder det till att nivån på  $t_1^+$  kommer att avvika från  $t_1^*$ . Detta är en konsekvens av att den samhälliga marginalkostnaden av kvalitetsnivån antas vara ökande i  $t_2$ . Då inga kostnadsansträngningar görs,  $t_2 = 0$ , så kommer  $t_1^+ > t_1^*$ . Kvalitetsnivån är således alltför hög under denna ersättningsform beroende på att inga kostnadsansträngningar görs.

Under prospektiv ersättning tvingas istället sjukhuset att till fullo internalisera effekterna av dess kostnadsstruktur. Första ordningens villkor ges här av:

$$pu'(t_1) - c_1(t_1, t_2)u(t_1) - c(t_1, t_2)u'(t_1) = \gamma'(t_1 + t_2) \quad (23)$$

$$-c_2(t_1, t_2)u(t_1) = \gamma'(t_1 + t_2) \quad (24)$$

De privata incitamenten för ansträngningarna att minska kostnaderna överensstämmer således med reglerarens preferenser varav  $t_2$  är optimal under denna ersättningsform. Optimal nivå på kvalitetsansträngningen kan nu erhållas genom att sätta

$$p = \frac{W'(t_1^*)}{u'(t_1^*)} \quad (25)$$

Vid denna prissättning överensstämmer även de privata incitamenten med de samhälliga preferenserna. Under dessa antaganden leder prospektiv ersättning till optimala ansträngningar i de båda dimensionerna och är därför fördelaktigare än full kostnadstäckning.

Frågan är dock vilket ersättningssystem som är optimalt om sjukhuset har möjlighet att avstå från att behandla extra svårt sjuka patienter. Här antas att sjukhuset i förväg kan bedöma patientens sjukdomstillstånd och härigenom uppskatta kostnaderna för behandlingen av denne. Dessa antas vidare vara slumpmässigt fördelade enligt en kumulativ distribution,  $F[0; \hat{c}]$ . Vidare ges antalet patienter som kan behandlas med kostnaderna  $c$  eller lägre vid kostnadsansträngningen  $t_2$  av  $F[c; t_2]$ .

Vid full kostnadstäckning påverkas inte sjukhusets beteende då inga kostnadsansträngningar görs, varigenom inte heller några patienter kommer att skickas vidare. Under prospektiv ersättning kommer dock de patienter för vilka priset understiger  $\hat{c}$  inte att behandlas. Sjukhusets nettovinstfunktion ges under dessa omständigheter av:

$u(t_1) \int_0^p (p - c) dF(c; t_2) - \gamma(t_1 + t_2)$ , då de patienter där  $p < \hat{c}$  inte behandlas. Första ordningens villkor för de olika ansträngningarna ges nu av:

$$u'(t_1) \int_0^p (p - c) dF(c; t_2) = \gamma'(t_1 + t_2) \quad (26)$$

$$u(t_1) \int_0^p (p - c) dF(c; t_2) = \gamma'(t_1 + t_2) \quad (27)$$

Vid prospektiva priser mellan 0 och  $\hat{c}$  åstadkoms således inte optimal kombination av ansträngningarna. Första ordningens villkor i (26) och (27) skiljer sig från  $t_1^*$  och  $t_2^*$ . Endast om  $W'(t_1^*)/u'(t_1^*) > \hat{c}$  så kan vidareremittering av svåra fall undvikas. Detta förutsätter dock att priset inom respektive DRG-kategori motsvarar kostnaden för det svårast tänkbara patientfallet. Istället kommer sjukhuset att agera så att det gör en förtjänst på alla patienter varför överinvesteringar i kvalitet kan äga rum i syfte att nå en extra andel lönsamma patienter.

Sammantaget är det härmed inte möjligt att fastställa vilken ersättningsform som är mest fördelaktig under alla omständigheter. Vid full kostnadstäckning skapas endast incitament för kvalitetsansträngningar. Prospektiv ersättning skapar å sin sida inoptimala kvalitets- och kostnadsansträngningar samtidigt som vidareremitteringar kan förekomma. Intressant är att en förfining av DRG-kategorierna, innebärande att kostnadsvariationerna inom grupperna minskar, medför att vidareremitteringar blir mindre lönsamt.

Optimal mix av de olika ansträngningarna kan dock erhållas genom införandet av ytterfallsregler vid en viss kostnadsnivå,  $c^*$ , innebärande att extra kostsamma patienter ersätts för sina faktiska kostnader. Nivån på  $c^*$  kan finnas genom att priset görs beroende av kostnaderna  $p(c)$ . Det gäller således att finna ett  $c^*$  som är mindre än  $p^*$  och som uppfyller likheten

$$\int_0^{\hat{c}} (p^* - c) dF(c; t_2^*) = \int_0^{c^*} (c^* - c) dF(c; t_2^*) \quad (28)$$

Ett sådant  $c^*$  existerar och det medför att vid optimal utformning bör priset  $p(c)$  sättas till  $c^*$  för patienter som understiger denna kostnadsnivå. För patienter med kostnader över  $c^*$  skall istället full kostnadstäckning utgå. Optimalt ersättningssystem med hänsyn tagen till möjligheter att undvika att behandla alla patienter åstadkoms således genom att kombinera full kostnadstäckning och prospektiv ersättning. Vid denna ersättningsform gör dock sjukhuset en vinst på patienter med låga kostnader. Newhouse påpekar vidare att optimaliteten i modellen är avhängig av att inga snedvridningskostnader existerar vid finansieringen av dessa vinster (Newhouse 1996).

### 6.2.3. Hur påverkar konkurrens incitamenten hos olika ersättningssystem?

Det är vidare intressant att studera hur utformningen av ett optimalt ersättningssystem påverkas av att patienterna har möjlighet att välja utförare. I detta avseende använder sig Lundbäck och Staib (1998) av Mas modell för att studera incitamenteffekterna av dessa ersättningssystem när det föreligger olika former av konkurrens på sjukvårdsmarknaden. Härav överges Mas tidigare antagande kring utformning av ersättningen till ett enda sjukhus. Lundbäck och Staib antar vidare att regleraren använder sig av yardstick competition vid utformningen av den prospektiva ersättningen. Därtill antas att det föreligger konkurrens på marknaden varför kvalitetsnivån är avgörande för sjukhusets förmåga att attrahera patienter. Detta fångas upp av  $u(t_1)$  i modellen. Första ordningens villkor överensstämmer med de tidigare (se uttryck 19, 20) för respektive ersättningssystem.

Om ingen konkurrens existerar leder detta till att sjukhusen kan ta efterfrågan på sina tjänster som mer eller mindre given vilket kan uttryckas som att,  $[u'(t_1) \rightarrow 0]$ , dvs. ökade kvalitetsanstängningar genererar inga extra patienter. Vid full kostnadstäckning innebär det att regleraren fortsättningsvis kan bestämma kvalitetsnivån genom att ändra nivån på transfereringen. Vid prospektiv ersättning krävs istället mycket höga priser för att kvalitetsnivån skall upprätthållas då  $p^* \rightarrow \infty$  om  $u'(t_1) \rightarrow 0$  (se uttryck 25). Vad gäller incitamenten för kostnadsanstängningar så överensstämmer dessa med Mas modell.

Graden av konkurrens om patienterna är således avgörande för optimaliteten av ett prospektivt ersättningssystem. Vid avsaknad av konkurrens kommer kvalitetsnivån att vara lägre vid prospektiv ersättning. Vid en begränsad form av konkurrens är dock prediktionerna inte lika klara. Sjukhuset kommer här att göra kvalitetsanstängningar även under prospektiv ersättning då dessa till viss del påverkar förmågan att attrahera patienter. Om det förekommer en omfattande kvalitetskonkurrens så kan kvaliteten rent av förbättras, särskilt då konsumenterna är prisomedvetna. Kostnadsanstängningarna är dock alltid större vid prospektiv ersättning. Lundbäck och Staib pekar vidare på att en viss försämring av kvaliteten kan vara samhällsekonomiskt fördelaktig om det samtidigt sker stora kostnadsminskningar som möjliggör att fler patienter kan behandlas.

Om konkurrensen på marknaden är tillräckligt stor så medför detta att en effektiv såväl som kvalitetsmässigt god vård kan uppnås vid prospektiv ersättning. Lundbäck (2000) pekar även



på att målet att åstadkomma optimala kostnads- och kvalitetsförbättringar inte kan uppnås utan att producenterna konkurrerar om patienterna.

Lundbäck och Staib studerar dock inte Mas modell under antagandet att sjukhuset även kan agera dysfunktionellt. Ellis (1998) utvecklar en modell i detta avseende. Ellis inkluderar således både effekterna av konkurrens kring patienter samtidigt som sjukhuset tillåts att variera intensiteten i behandlingarna samt ta beslut kring vem som skall behandlas. Ellis finner att konkurrens kan skapa negativa effekter vid båda ersättningsformerna. Under full kostnadstäckning erhåller Ellis - i överensstämmelse med Mas modell - att kvalitetsnivån kommer att överstiga den optimala. Därtill kan konkurrens om patienterna vid denna ersättningsform medföra att sjukhusen behandlar för många patienter. Vid full kostnadstäckning är det nämligen förmånligt att behandla patienter även om kostnaderna överstiger värdet av vården för patienten.

Vid prospektiv ersättning minskar behandlingsintensiteten för alla patienter jämfört med situationen under full kostnadstäckning (skimping, underbehandling). Därtill skapas i alltför stor utsträckning incitament för att attrahera lönsamma patienter (creaming, selektering). Om den prospektiva ersättningen baseras på genomsnittskostnader för exempelvis olika DRG-grupper skapas även incitament för att underbehandla särskilt svåra patienter. Om sjukhusen är vinstmaximerande medför detta att de inte behandlar de svårast sjuka och/eller att dessa patienter underbehandlas. Ellis finner således att när det förekommer konkurrens om patienterna så är en kombination av ersättningsformerna fördelaktigare än att förlita sig på antingen helt prospektiv ersättning eller full kostnadstäckning.

Det finns dock stora tveksamheter till i vilken utsträckning som efterfrågemekanismen kan ha reell betydelse för producenternas agerande inom vårdsektorn. Vi har tidigare pekat på att patienten exempelvis har svårt att välja utförare under akuta tillstånd. Det finns även andra faktorer som försvårar för att patienternas valfrihet skall få full effekt på sjukvårdsmarknaden.

- Kapacitetsbegränsningar på produktionssidan
- Moral hazard hos patienter
- Kvaliteten kan inte värderas korrekt

### **6.3. Hur påverkas läkarens agerande av olika ersättningssystem?**

I de tidigare modellerna antas att sjukhuset på ett sammantaget plan agerat i överensstämmelse med sjukhusledningens intresse. Läkarna utgör dock en väsentlig agent inom vården vars agerande inte behöver motsvara sjukhusledningens ambitioner. Läkarna kan nämligen även sägas agera som en agent åt patienten. En väsentlig fråga utgörs således av hur finansieringen skall förvissa sig om att läkaren agerar kostnadsmedvetet till följd av den tredjepartsfinansiering som äger rum inom vården? En avgörande aspekt är här huruvida extra behandlingar genererar ytterligare intäkter eller om dessa ligger fast.

Vi har tidigare beskrivit hur läkaren inom hälsoekonomi modelleras som en agent vilken i sin utövning måste göra en avvägning mellan dels vinsten till sjukhusledningen och de fördelar som behandlingar ger patienten. Hur påverkar full kostnadstäckning respektive prospektiv ersättning denna avvägning?

Vid full kostnadstäckning finns en fara i att läkare och patient kan ha ett gemensamt intresse av att så mycket insatser som möjligt produceras då detta inte försämrar sjukhusledningens ekonomiska situation. Patienten är inte heller den intresserad av att hålla tillbaka kostnaderna när den är skild från betalningsansvaret. Systemet kan därför vara kostnadsdrivande, speciellt i en situation där sjukhusen konkurrerar om patienterna. Situationen förvärras därtill om läkaren frestas att utöva sitt kunskapsövertag mot finansiären. Läkarna kan således skapa efterfrågan på sina egna sjukvårdstjänster, vilket går under benämningen "supplier induced demand" (Folland m. fl. 1997).

Vid prospektiv ersättning skapas istället tryck från sjukhusledningen på att läkaren skall agera kostnadsmedvetet. Detta är i grunden positivt men kan samtidigt medföra ökad risk för dysfunktionella drivkrafter. En risk utgörs av att läkarna utsätts för ett alltför stort kostnadstryck vilket kan gå ut över kvaliteten i verksamheten. Vid frånvaron av konkurrens kan detta vara extra problematisk då det föranleder att kostnadsbesparingar kan vara ännu väsentligare än kvalitetsförbättringar. Risken med prospektiv ersättning påverkas i sin tur av i vilken utsträckning som sjukhusledningen är vinstmaximerande. Ett icke vinstdrivande företag antas i detta avseende vara fördelaktigare. Incitamenten för att öka vinsterna är inte lika stora i detta fall då överskottet inte kan tas ut som vinst utan i form av andra förmåner som värderas mindre. (Glaeser & Shleifer 1996). Offentlig verksamhet kan därtill ha ännu starkare restriktioner vad det gäller hantering av överskott och vinstsyfte.

Till skillnad från de tidigare studerade modellerna påverkas dock fördelaktigheten av prospektiv ersättning av att läkaren även agerar som en agent åt patienten. Läkaren framstår härigenom som en garant för att kvaliteten bibehålls på en viss nivå. Lundbäck och Staib (1998) beskriver detta som att läkarna internaliserar några av de negativa effekter som prospektiv ersättning kan ha på kvalitetsnivån. Hur denna avvägning sker i praktiken måste dock undersökas empiriskt.

## 7. Stockholmsmodellen

Den s.k. Stockholmsmodellen är ett exempel på en B/U-organisation inom sjukvården. Modellen infördes successivt mellan 1992 och 1995. Från och med 1994 har den haft en sammanhållen B/U-karaktär. Bakgrunden till modellens införande stämmer väl överens med den tidigare generella utvecklingen inom sjukvården. I Stockholms läns landsting (SLL) sågs dock situationen som extra problematisk. Patientköerna var långa samtidigt som det var bristande effektivitet inom sjukvården. Det gamla styrsystemet ansågs som en bidragande orsak till denna situation då uppfattningen var att det skapat svaga incitament för produktivetsförbättringar. Genom införandet av Stockholmsmodellen skulle istället de grundläggande målen med hälso- och sjukvården uppnås genom att skapa en ökad mångfald av aktörer, genom att stimulera till konkurrens inom vårdsektorn samt genom att stärka patientens ställning. Ambitionen var att skapa en intern sjukvårdsmarknad genom vilken en mer effektiv hälso- och sjukvård skulle uppnås (Jonsson 1993).

### 7.1. Grunderna i beställar/utförarmodellen

I enlighet med grundstrukturen i B/U-modellen särskiljdes rollerna mellan beställare och producent i och med Stockholmsmodellens införande. Den tidigare traditionella formen av hierarkisk regelstyrning kom således att ersättas med kontraktstyrning. Beställarna styr nu utförarna via avtal där vårdens utformning, volymer, ersättningsformer och prioriteringar fastställs. Beställarna är vidare, enligt intentionerna i modellen, fria att vända sig till en rad olika utförare, såväl till landstingets egna producenter som privata vårdgivare. Därtill har producentuppdraget avgränsats så att dessa får en mer självständig ställning. Bolagiseringar och privatiseringar utgör en del i denna process.

En väsentlig del av styrsystemet är vidare att det är patienternas vårdbehov och val som i slutändan skall styra resursfördelningen. Dessa ges rätt att själva välja utförare. De uppmuntras exempelvis att välja husläkare, som vid behov kan remittera patienten rätt i vårdkedjan. Patienten har dock själv rätt att välja till vilken producent denne skall bli remitterad. Väsentligt är att patienten ges rätt att välja en annan vårdgivare än landstingets egna.<sup>3</sup> Även vid akut sjukdom och olycksfall har patienten rätt att välja var behandlingen skall ske. Genom att pengarna följer patienten är ambitionen att skapa konkurrens mellan vårdgivarna om att dra till sig och behandla patienter.

Därtill har SLL utformat en vårdgaranti som ger patienten rätt till vård inom tre månader. Om producenten som mottagit patienten inte kan utföra behandlingen inom denna tid skall denne istället erbjuda ett annat alternativ. Vidare skall samma patientavgifter gälla för samtliga producenter (Intervjusvar 1)<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> De kan även välja slutenvård i ett annat landsting om motsvarande vård idag erbjuds inom Stockholms läns landsting (SLL).

<sup>4</sup> För intervjuperson se källförteckning.

En väsentlig del i modellen vad avser den akutsomatiska vården var vidare införandet av prestationsfinansiering, varvid gamla traditionella ramanslag övergavs till förmån för en i förväg bestämd prospektiv ersättning baserad på patientens DRG-registrering. Inom den akutsomatiska vården infördes exempelvis prospektiv ersättning baserad på en nordisk variant av DRG-systemet. Syftet med införandet av DRG-systemet var att skapa incitament till produktivitetsförbättringar och i förlängningen möjliggöra en priskonkurrens mellan olika utförare. Initialt var syftet även att öka informationen om de insatser som genomförs i vården (Johnsson 1993).

### **7.1.1. Övergripande organisation**

Landstingstyrelsen har det övergripande ansvaret för utformningen av sjukvården inom länet och detta ansvar regleras i Hälso- och sjukvårdslagen. Dess ansvar gäller modellens övergripande effektivitet vad avser totalkostnader, struktur och kapacitet samt mål om att slutgiltiga hälsoeffekter uppnås. Genom införandet av en B/U-modell separeras dock det politiska ansvaret i två olika roller vilka kan beskrivas som beställar- och ägarstyrning. Beställarstyrningen är inriktad på att vårdutbudet motsvarar befolkningens efterfrågan. Detta kan ses som att beställarna agerar som ställföreträdande konsument. Ägarstyrning handlar istället om att säkerställa att sjukhusen bedrivs kostnadseffektivt (inre effektivitet). Det är här viktigt att påpeka att ägarstyrningen kvarstår som ett politiskt ansvarsområde för de vårdenheter som bedrivs i förvaltningsform eller som bolagiserade landstingsägda enheter.

### **7.1.2. Beställarorganisation**

Vid modellens införande delegerade landstingstyrelsen det samlade ansvaret för att beställa sjukvårdstjänster till hälso- och sjukvårdsnämnden, HSN. Denna fördelade i sin tur resurser till nio geografiska områdesstyrelser utifrån en kapiteringsmodell. Budgeten till de olika sjukvårdsområdena baserades bl. a. på befolkningens mängd, åldersstruktur samt en rad socioekonomiska variabler som antogs spegla det förväntade behovet av sjukvårdsinsatser. Budgeten skulle vidare finansiera det totala behovet av sjukvårdsinsatser inom området, d v s såväl förebyggande vård, öppenvård inom primärvården samt öppen och sluten vård på akutsjukhus eller specialistmottagningar. Områdesstyrelserna gavs således ett samlat hälsoansvar för befolkningen inom området och de ansvarade för att tillhandahålla sjukvård inom ramen för den budget de tilldelats. Detta kan beskrivas som ett planeringsansvar för tillgodoseendet av befolkningens hälso- och sjukvårdsbehov samt att det sker en effektiv uppdelning av beställningarna mellan förebyggande, öppen och sluten vård (Johnson 1993).

Ansvaret för implementering delegerades i sin tur till ett beställarkontor för varje geografiskt område. Dessa tecknade sedan avtal med de olika utförarna om allt från primärvård till akutsjukvård.

Idag är HSN ersatt av ett hälso- och sjukvårdsutskott. Därtill har det skett en sammanslagning av beställarorganisationen till färre geografiska enheter och ansvaret mellan de olika vårdkategorierna har delats upp. Beställarorganisationen utgörs idag av fyra beställaravdelningar. De erhåller likt tidigare en budget som baseras på en kapiteringsmodell. Tre av dessa har en geografisk indelning; Söder, Stockholm och Norr. Dessa är ansvariga för avtal

inom primärvård, psykiatri och geriatrik. Därtill finns en gemensam beställarenhet som ansvarar för avtalstecknande med akutsjukhusen och vårdenheter som bedriver planerad slutenvård inom hela Stockholms läns landsting (Beställarkontor vård 2003a).

Den totala sjukvårdbudgeten för 2003 är på ca 35 miljarder kr. Av denna totalsumma utgör den akutsomatiska vården ca 17 miljarder. Av dessa går ca 12,5 miljarder till den akutsjukvård som bedrivs på länets sju akutsjukhus. Resterande del av budgeten går till planerad vård vid en rad olika kliniker som exempelvis Sophiahemmet och Ersta sjukhem och till ca 800 privatspecialiserade läkarmottagningar (Beställarkontor vård 2003b). I stort sett skrivs vårdavtal, i vilka vårdvolym och ersättningsformer specificeras, med samtliga producenter (Intervjusvar 1).

### **7.1.3. Ägarorganisation**

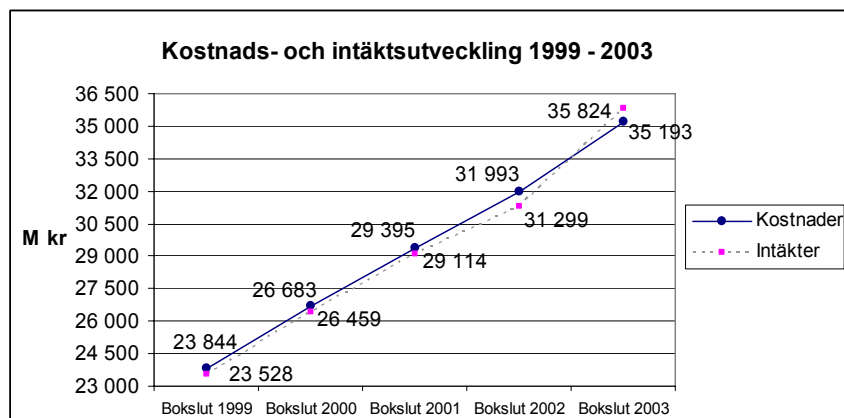
Landstingsstyrelsen har det slutgiltiga ansvaret för de landstingsägda sjukhusen. Detta ansvar låg initialt även på HSN. Ägaransvaret övertogs därefter av en produktionsstyrelse för den vård som bedrevs i förvaltningsform. Dess ansvar formulerades av landstingsstyrelsen som säkerställandet av att sjukhusen har hög kvalitet, god tillgänglighet och att de är i ekonomisk balans. De landstingsägda bolagen hade istället egna styrelser som rapporterade direkt till landstingsstyrelsen. Idag är produktionsstyrelsen borttagen och samtliga akutsjukhus har egna styrelser (Intervjusvar 1).

## **7.2. Totalkostnadsproblem**

Totalkostnadsproblem inom vården kan antingen ses som ett finansieringsproblem till följd av att vården inte erhåller de resurser som krävs eller som ett kostnadsproblem om kostnaderna är för höga. Vi är främst intresserade av kostnadsproblemet då detta påverkas av utförarnas agerande och främst innesluts i relationen mellan beställare och utförare. Eventuella underskott hos utföraren utgör således avvikelser från beställarens fastställda budgetram. Fastställandet av den totala resurstilldelningen kan istället ses som ett allokeringsbeslut av landstingsstyrelsen bestående av beslut kring skattesatser och prioriteringar mellan olika områden. Dessa beslut styr sedan tilldelningen till olika beställarnämnder. I slutändan kan dock landstingsstyrelsen tillföra beställaren mer resurser för att undvika eventuella underskott till följd av omprioriteringar eller ökade statliga ersättningar.

Generellt sett har det skett en förvärring av kostnadsproblemet sedan modellens införande. Detta är till viss del beroende på ökade totalkostnader under modellens senare period samt även pga. att de statliga bidragen till vården minskat. De totala kostnaderna för sjukvården inom länet sjönk dock i fasta priser med 3 procent mellan 1992-96. För akutsjukhusens del sjönk kostnaderna med 1 procent under 1991-96. Denna sänkning berodde främst på en kraftigt ökad produktivitet under Stockholmsmodellens inledande år. Totalt sett sjönk dock produktionen mätt som antal producerade DRG-poäng med 1 procent varvid produktiviteten totalt sett är oförändrad under denna period. De totala kostnadsproblemen ökade dock under perioden till följd av sänkta statsbidrag med ca 60 procent. De reala nettokostnaderna inom Stockholms läns landsting steg således under perioden med 14 procent (Charpentier & Samuelsson 1999).

Under den senare delen av perioden har problemen kring kostnadsutvecklingen förvärrats och mellan 1999 - 2003 har kostnaderna för den totala vården inom landstinget stigit med i genomsnitt 8 procent per år i fasta priser. Nedan ges den faktiska kostnads- och intäktsutvecklingen under perioden.



Figur 3

Källa: Beställarkontor vård 2003b

Diagrammet visar att kostnaderna ökat i en relativt stabil takt under perioden. Orsaken till att de senaste årens underskott väntas till ett överskott för 2003 är att landstinget erhållit högre landstingsbidrag än tidigare år (Beställarkontor vård 2003b).

### 7.3. Vad innebär akutsomatisk vård?

Akutsomatisk vård är vård som bedrivs på sjukhus i både öppen och slutna form. Dessutom finns en vårdform som betecknas som dagkirurgi. Med öppenvård avses besök hos läkare vilket kan ske på en specialistklinik eller så kan patienten komma till sjukhuset akut. Vidare kan även patienterna remitteras till olika avdelningar (kirurgi, medicin och ortopedi) från primärvården. I öppenvården sker inga direkta medicinska insatser annat än provtagningar och fastställande av diagnoser. Dessa sker istället i form av dagkirurgi varvid behandling sker under en dag. Med slutenvård avses vård då patienten läggs in på sjukhuset. En väsentlig skillnad vid alla dessa former går mellan akut och planerad vård. Därtill är det väsentligt att patienten klassificeras i rätt kategori då denne kan komma att flyttas mellan olika vårdformer. Dessutom tillämpas skilda ersättningssystem inom de olika vårdkategorierna. Vi fokuserar här på ersättningssystemet inom den slutna vården.

### 7.4. Förändring av struktur och driftsformer

Det har sedan modellen infördes skett en rad strukturförändringar inom den akutsomatiska vården. Akutmottagningar har lagts ner på en rad sjukhus medan andra fått ett ökat upptagningsområde. Visserligen har patienten rätt att välja vårdmottagning men de vårdvolymer som idag tecknas för respektive sjukhus är ändå baserade på upptagningsområden. Idag finns sju akutsjukhus kvar i länet.

Som ett led i att öka mångfalden inom vården har det även skett förändring av sjukhusens driftsformer. S:t Görans sjukhus var det första sjukhuset som bolagiserades. "Den politiska idén var att se om det kunde ge dynamiska effekter" (Intervjusvar 4). Sabbatsberg sjukhus

lades ner i samband med bolagiseringen och härigenom ökade S:t Görans patientunderlag med 40-50 procent.

1994 ville den nya socialdemokratiska ledda politiska ledningen avbolagisera sjukhuset. Detta förhindrades delvis till följd av en facklig process bland de anställda. 1998 var det åter borgerlig majoritet och de beslutade istället att ett sjukhus skulle avyttras. Överst på utförsäljningslistan stod S:t Görans sjukhus. Upphandling gick till Bure Hälsa och sjukvård och i december 1999 övergick ägandet till Bure. Inom Burekoncernen har sedan sjukvårdsdelen lösgjorts och det har skapats en ny underkoncern, Capio hälsa och sjukvård (Intervjusvar 4).

Under perioden 1998 till 2002 har fyra sjukhus bolagiserats. Danderyd och Norrtälje sjukhus var först ut. Södersjukhuset bolagiserades 2001 tillsammans med Huddinge. Målet var även att Södertälje sjukhus skulle ha bolagiserats. Till följd av en ny majoritet efter valet 2002 ändrades dock detta beslut och sjukhuset blev kvar i förvaltningsform (Intervjusvar 4). Karolinska sjukhuset bedrivs fortsättningsvis även i förvaltningsform.

Därtill har sjukhusen delvis olika uppdrag varav de två universitetssjukhusen (Huddinge och Karolinska) avviker mest från de övriga. Dessa har ett större inslag av s.k. högspecialiserad vård samt mer ansvar för forskning och utbildning. Vid sidan om akutsjukvården har det startats koncept med närsjukhus som erbjuder specialistvård under dagtid. Dessa är i flera fall privat drivna (Intervjusvar 1).

Den tidigare borgerliga majoriteten hade vidare ambitioner om att konkurrensutsätta hela akutsjukvården i den s.k. ”stora upphandlingen” (DSU) varvid all akutsjukvård skulle upphandlas och såväl egna som utomstående aktörer skulle ges möjlighet att delta i anbudsgivningen. Dessa avsikter delades inte av den nya socialdemokratiska ledda majoriteten efter valet. Istället behölls, som tidigare nämnts, vissa sjukhus i förvaltningsform (Intervjusvar 4).

## **7.5. Avtal och kontraktstyrning**

Vad gäller beställarnämndens avtal med de olika producenterna så tillämpas en generell modell för alla akutsjukhus. Skillnader existerar beroende på att sjukhusen till viss del har olika uppdrag. Universitetssjukhusen har exempelvis ett annat vårdinnehåll och en högre andel svårare patientfall än övriga sjukhus. Vid intervjuerna framkommer det vidare att beställarnämnden eftersträvar att uppnå konkurrensneutralitet mellan de olika producenterna vid avtalstecknandet (Intervjusvar 1).

Gemensamt för de studerade bolagen är den allmänna inriktningen av vården. Det övergripande målet är att ge medborgarna i landstinget en värdig och kvalitativt god vård inom rimlig tid. Därtill skall hög patientstillfredsställelse, bra bemötande och god omtanke vara ledstjärnor för den akutsomatiska vården.

Producenten ansvarar vidare för att det bedrivs en vård på lika villkor och att denna utgår från individens behov. Vid säkerställandet av detta specificeras en rad dimensioner av uppdraget i avtalen (Avtal). Dessa är:

- god tillgänglighet
- respektfullt bemötande
- hög medicinsk kvalitet
- god omvårdnad
- förebyggande hälsovård
- bidra till väl fungerande vådsamband
- ansvarfull och effektiv användning av resurser
- hög etisk medvetenhet

Vidare specificeras att vården skall ges i enlighet med lagstiftningen inom hälso- och sjukvårdsområdet och de prioriteringar som fastställs i hälso- och sjukvårdslagen. Sjukhusen skall vidare följa direktiv och policydokument från olika tillsynsmyndigheter som Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, Socialstyrelsen och Landstingets egna organ. Exempel på de sistnämnda dokumenten utgörs av olika instrument för kvalitetsutveckling. Därtill skall Stockholms läns landstings tillgänglighetspolicy gälla. I denna specificeras regler kring vårdgarantin som ger patienten rätt till behandling inom tre månader.

Vidare regleras även att principen om en lägsta effektiv omhändertagandenivå, ”LEON-principen”, skall vara vägledande för hälso- och sjukvårdsinsatserna. Den akutsomatiska vården skall således endast träda in när dess kompetens är befogad. Inriktningen är således att öppenvården främst skall utföras inom primärvården. Vidare specificeras även riktlinjer för rapportering, uppföljning, tvister, lokaler, miljö, organisation, personal samt läkemedelsanvändning i avtalen.

## **7.6. DRG-systemet i Stockholmsmodellen**

En central del i skapandet av den interna sjukvårdsmarknaden var införandet av prospektiv ersättning baserad på DRG-systemet. Detta gjorde det möjligt för beställarna att skapa sig en uppfattning om sjukhusens produktivitet genom att beräkna kostnaden per producerad DRG-poäng på de olika sjukhusen. Dessa kostnader kan sedan användas av beställarna för att ersätta producenterna, dvs. ligga till grund för en priskonkurrens mellan utförarna vid fastställandet av priset per DRG-poäng. Detta pris kan vidare fastställas på en rad olika sätt. Vid enhetlig prissättning kan exempelvis sjukhuset med lägst självkostnader stå som modell för prissättningen, eller så kan priset baseras på samtliga sjukhus genomsnittskostnader.

Det har skett förändringar av ersättningssystemets utformning över tid (behandlas ytterligare nedan). För att illustrera hur den slutgiltiga ersättningen per DRG-grupp fastställs beskrivs dock systemets grundprincip, vilken även varit gällande under den större delen av tidsperioden sedan modellens införande (Engel 2000).

Beräkningsgrunden vid fastställandet av sjukhusens ersättning utgörs till att börja med av sjukhusens självkostnader per DRG-grupp. Vid beräkningarna av dessa fördelas först



sjukhusets totalkostnader på olika kliniker och enheter. Inom dessa sker sedan en fördelning på öppenvård, dagkirurgi och slutenvård. Slutligen fördelas kostnaden inom enheten på respektive DRG-grupp/vårdtillfälle varvid en kliniks specifik kostnad per DRG ges. Landstinget samkör sedan de olika kostnadsgrupperna för de olika sjukhusen och beräknar genomsnittskostnaden per DRG-grupp. Denna utgör i sin tur grund för nästkommande års ersättning per DRG-grupp.

Istället för att ersättningen per DRG-grupp direkt motsvaras av de genomsnittliga kostnadsberäkningarna så ligger dessa beräkningar till grund för fastställandet av en DRG-vikt för de olika DRG-grupperna. Denna vikt är således ett relationstal som uttrycker den genomsnittliga resursförbrukningen för varje DRG-grupp i förhållande till alla andra grupper. Den genomsnittliga resursförbrukningen för samtliga grupper sätts vidare till ett. Vid fastställandet av den slutgiltiga ersättningen för en viss patient multipliceras vikten för den DRG-grupp som patienten klassificerats i med DRG-priset enligt nedan:

$$\text{Poängpris} * \text{DRG-vikt} = \text{ersättning}$$

Grundtanken i det tänkta ersättningssystemet överensstämmer således i stora drag med Shleifers modell där en fast prospektiv ersättning per patient ges till sjukhusen och denna baseras på genomsnittskostnaderna hos jämförbara producenter. Målet är att detta skall stimulera till ökad produktivitet då producenten generar ett överskott om kostnaderna per patient kan hållas lägre än samtliga producenters genomsnittliga kostnader.

## 7.7. Dysfunktionella incitament vid DRG-systemet

Då ersättningen inom varje DRG-grupp utgörs av samtliga sjukhus genomsnittskostnad för de behandlade patienterna inom gruppen så leder det till att intäkterna är desamma för varje patientfall inom gruppen. Detta medför att samma ersättning utgår oberoende om patienten skrivs ut snabbt eller om denne ligger kvar länge på sjukhuset. Den slutgiltiga resursförbrukningen kan dock i praktiken skilja sig relativt mycket mellan olika patienter inom en och samma DRG-grupp. Patienter som skrivs ut snabbt och är lättare att behandla är i allmänhet mer lönsamma än andra. En grundläggande förutsättning för att yardstick competition skall fungera effektivt är att sjukhusen i genomsnitt möter samma patientsammansättning annars riskerar på förhand icke observerbara variationer i patientsammansättning att påverka sjukhusens kostnadsbild, vilket i sin tur ökar risken för olika former av felaktiga beteenden hos producenterna.

Att patienterna skiljer sig ur lönsamhetssynpunkt inom en DRG-grupp samt mellan grupperna kan således skapa felaktiga incitament. I den tidigare teoretiska genomgången kring utformningen av optimala ersättningssystem har vi pekat på följande beteenderisker: Till att börja med kan olönsamma patienter vidareremitteras till exempelvis ett specialistsjukhus varvid totalkostnaden kan hållas nere på det remitterande sjukhuset (vidareremittering). Därtill har vi pekat på att det finns risk för att sjukhusen skickar hem patienterna tidigare än vad som är medicinskt motiverat (underbehandling). Slutligen har även nämnt att det finns risk för att sjukhusen selekterar lönsamma patienter, s.k. ”russinplockning” (selektering). Ytterligare exempel på beteenderisker är dock att svåra fall klassificeras i en grupp med högre

DRG-vikt till följd av att den genomsnittliga kostnaden inte täcker den faktiska (creeping, glidning). Till sist finns det även risk för att producenterna inriktar sig på hela vårdsegment som är mer lönsamma än andra vilket kan leda till en överproduktion av vissa behandlingar. Det är härvidlag viktigt att patientunderlaget är likartat för alla sjukhus med samma DRG-grupper (Engel 2000).

Vissa avtalsregler har införts för att förhindra dessa former av beteende. Inom en del grupper har mer förfinade DRG-klassificeringar som tar hänsyn till olikheter i resursförbrukning utarbetats och om patienten under sin behandling råkar ut för en komplikation så kan det medföra att även en bidiagnos som ger extra ersättning registreras. Detta är ett uttryck för målet att minska risken att patienter vidareremitteras, då detta enligt förutsägelsen i Mas modell ökar fördelaktigheten av prospektiv ersättning. Ett annat väsentligt exempel utgör begränsningen av möjligheten att förändra den genomsnittliga DRG-klassificeringen över tid. För att förhindra detta är en glidning med mer än en procent av den för vårdgivaren angivna samlade genomsnittsvikten per vårdtillfälle inte ersättningsgrundande. Andra regler för att hindra felaktiga beteenden är ytterfallsregler för extra resurskrävande patienter. Extra ersättning utgår exempelvis om slutenvårdstiden överstiger ett visst antal dagar.<sup>5</sup> Därtill ersätts sjukhuset för de faktiska kostnaderna vid särskilt komplicerade fall (Engel 2000).

Ersättningssystemet utgörs sålunda av en kombination mellan prospektiv ersättning och till vissa delar full kostnadstäckning. Denna utformning stämmer i viss utsträckning överens med Mas modell kring optimal utformning av ersättningssystemet när det finns risk för vidareremitteringar. Full kostnadstäckning kan ses som ett sätt att undvika negativa effekter av prospektiv ersättning då strävan efter att minska kostnaderna för ”olönsamma” patienter annars kan gå ut över kvaliteten och intensiteten i behandlingen (Lundbäck 2000).

## **7.8. Förändrade ersättningssystem**

Det har skett relativt stora förändringar av ersättningssystemets utformning över tid. Vid modellens införande tillämpades ett enhetligt styckepris för samtliga sjukhus vilket uttrycktes som ersättning per producerad DRG-poäng. Ersättningen var 15.500 kr och sattes 10 procent lägre än de genomsnittliga självkostnaderna på sjukhusen. Därtill fanns inga volymrestriktioner utan sjukhusen kunde själva bestämma produktionsnivån (Johnsson 1993).

Från och med mitten av 1990-talet har det dock införts mer eller mindre fasta produktionsstak för samtliga producenter varigenom både volym och DRG-pris regleras i vårdöverenskommelser. I avtalen specificeras således tak för antalet prestationer inom de sex olika vårdkategorierna samt genomsnittsvikt per besök och tillfälle. För vissa vårdkategorier har det förekommit rabattkonstruktioner för produktion över taket varvid exempelvis ersättningen per poäng minskats med 50 procent för en produktion upp till 10 procent utöver det fastställda taket (Lanstingsrev. rapport 2002a, 1998) . För 2003 gäller ett fast tak för den planerade vården, dvs. ingen ersättning utgår om sjukhusen producerar fler antal DRG-poäng inom dessa kategorier (Intervjusvar 1).

---

<sup>5</sup> Reglerna för när extra ersättning utgår vid antal slutenvårdsdagar skiljer sig i sin tur mellan grupperna.

Det har vidare skett förändringar av fastställandet av priset per DRG-poäng. Efter att priset sattes lägre än sjukhusens genomsnittskostnader, var sjukhusens genomsnittskostnader gällande. Under slutet av 1990-talet användes även sjukhuset med lägst självkostnader under en period som bas för DRG-priset (Lanstingsrev. rapport 1998).

En stor förändring av ersättningsystemet består i att det idag inte existerar en enhetlig prisbild längre utan alla sjukhus har sitt eget pris per DRG-poäng (behandlas vidare nedan). Detta avgörs i sin tur vid förhandlingar mellan producent och beställare och baseras på sjukhusets egna självkostnader.

Det har även skett en förändring av avtalens längd. Tidigare tillämpades en generell modell med treårsavtal. Idag fastställs istället volymer och DRG-priser på årsbasis. Vid dessa har främst prisförhandlingarna kretsat kring en indexuppräknings av priset från föregående år. För S:t Görans del tecknades ett vårdavtal 1999 på två år varvid en årlig indexuppräknings fastställdes. Detta har sedan förlängts fram till 2006. Både volym och pris är således reglerade i avtalet under denna period och kan endast ändras via formella förhandlingar mellan parterna (Intervjusvar 1).

## 8. Analys av Stockholmsmodellen

Nedan analyseras i vilken utsträckning Stockholmsmodellen lyckats i sina ambitioner att skapa en fungerande vårdmarknad. På ett övergripande plan avses att göra en bedömning av hur väl ett ökat inslag av marknadsmekanismer gestaltat sig inom vården. Ambitionen är här inte att göra konkreta jämförelser av produktivitets- och kvalitetsutvecklingen sedan modellens införande utan istället analyseras främst eventuella styrkor och svagheter i det nya styrsystemet. Främst fokuseras på hur styrsystemet påverkat aktörernas agerande vad avser mål om att åstadkomma kostnadseffektivitet, kvalitetsutveckling, ändamålsenliga prioriteringar och kostnadskontroll. Vidare kommer det även att studeras om ersättnings-systemet skapat förutsättningar för priskonkurrens i syfte att åstadkomma ökad kostnadspress hos sjukhusen. Därtill bedöms i vilken utsträckning som patienternas valfrihet utgjort ett reellt påverkansinstrument på producenternas kvalitetsarbete. En central del av analysen är att bedöma effekterna av införandet av prospektiv ersättning och mer specifikt de incitaments-effekter som detta medfört.

I den senare delen av analysen studeras vilken inverkan som olika drifts- och ägarformer haft på möjligheterna för skapandet av en fungerande konkurrensmarknad inom vården. Avslutningsvis analyseras även hur modellen påverkat en central agentroll inom vården. Här avses att åstadkomma en bedömning av hur läkarnas roll påverkats av ett ökat inslag av marknadsmekanismer. Främst fokuseras på betydelsen av prospektiv ersättning vid läkarens avvägning mellan sjukhusledningens och patientens intresse.

### 8.1. Prisbildningen mellan sjukhusen

#### *Modellens inledning - starka incitament och förbättrad produktivitet*

En enhetlig prospektiv ersättning per patient utan produktionstak var som nämnts gällande vid modellens införande. Vid denna ersättningsform bestämmer ”sjukhuset” själv nivån på vårdvolymen. I vilken utsträckning som införandet av detta ersättningssystem leder till volymförändringar och produktivitetsförbättringar är ur teoretisk synvinkel beroende på hur sjukhusens kostnadsstruktur såg ut vid införandet i relation till prissättningen. Därtill påverkas sjukhusets agerande även av vilket motiv som sjukhuset är orienterat mot. Vad avser den senare aspekten kan sjukhusen förväntas agera olika beroende på om de är orienterade mot vinstintresse eller ej. Därtill är det viktigt att påpeka att sjukhusets beteende i stor utsträckning påverkas av läkarnas agerande då dessa har stort inflytande över de insatser som utförs inom vården. Inledningsvis bortser vi från denna aspekt och antar att sjukhuset agerar i överensstämmelse med sjukhuslednings motiv.

Då ersättningen per DRG-poäng initialt sattes 10 procent lägre än sjukhusens genomsnittliga kostnader, så skapade detta ett kraftigt tryck på att sjukhusen måste förbättra produktiviteten. I själva verket var en övervägande del av sjukhusen tvungna att förbättra denna för att det skulle vara ekonomiskt lönsamt att öka volymen. En förbättrad produktivitet kunde i sin tur komma till stånd på olika sätt. Friheten att själv bestämma produktionsvolymen kan antingen ha gjort det möjligt för sjukhusen att sänka sina genomsnittliga kostnader genom att öka

produktionen utan att produktionsapparaten förändras (dvs. nivån på den tidigare produktionsvolymen var ineffektiv), eller också har sjukhusen, vilket är mer troligt, behövt åstadkomma en effektivare användning av produktionsfaktorerna för att möjliggöra en produktionsökning. Incitamenten för att åstadkomma dessa kostnadsinnovationer gavs till att börja med av nödvändigheten att åstadkomma ekonomisk balans. Om sjukhusen förbättrade produktiviteten så att genomsnittskostnaderna per DRG-grupp understeg priset genererades därtill ett överskott. Ersättningssystemet skapade således starka incitament till att förbättra produktiviteten. Det är dock viktigt att påpeka att det inte krävdes lika stora effektivitetsförbättringar för att nå ekonomisk balans som för att generera överskott.

Genom att priset gjorts oberoende av den enskilda producentens kostnadsstruktur skapades möjligheter till en priskonkurrens mellan producenterna likt den i Shleifers modell. Om sjukhusen vid denna prissättning genererar ett sammantaget överskott så kan priserna sänkas ytterligare i nästa ersättningsperiod. Ur teoretisk synvinkel är det vid denna ersättningsform således möjligt för sjukhusen att på sikt nå sin långsiktigt optimala produktionsnivå. Det är dock viktigt att påpeka att Shleifers i sin modell antar att marknaden består av identiska producenter och dessa tillhandahåller en homogen produkt. Därtill är de vinstmaximerade och sjukhus som inte kan anpassa sig till prisbilden slås ut.

Det är därför intressant att studera hur en vinstmaximerande agent skulle agera vid denna ersättningsform under några förenklade antaganden. Införandet av ersättning via DRG kan ses som att sjukhuset ges en konstant marginalintäkt för varje producerad poäng. Vi antar vidare att DRG-vikten ger en rättvisande bild av den genomsnittliga resursförbrukningen per DRG-grupp, dvs. marginalkostnaderna för att ta emot en extra patient inom en viss DRG-grupp är lika. Därtill bortser vi från ytterfallsregler. Härigenom blir det inte mer lönande att ta emot vissa patientkategorier för sjukhuset. Slutligen antas även att det inte föreligger skalfördelar i produktionen varigenom de genomsnittliga kostnaderna stiger efter en viss produktionsvolym på lång sikt. En vinstmaximerande producent skulle under dessa omständigheter välja att öka volym så länge som marginalintäkten är högre än marginalkostnaden för att behandla en extra patient. Flertalet av dessa antaganden kan ifrågasättas inom Stockholmsmodellen, men det visar att ur teoretisk synvinkel skapar denna ersättningsform starka incitament för effektivitetsförbättringar.

Ur riskfördelningssynpunkt möter producenterna en ökad finansiell risk vid denna ersättningsform, till skillnad från den tidigare fasta anslagsfinansieringen, då omställningen av produktionsapparaten till en ny volym idag kan leda till att kostnaderna för denna nya kapacitetsnivå inte täcks om operationer och besök inte blir av. Denna risk får dock bedömas som liten inom den akutsomatiska vården då efterfrågan till viss del får karakteriseras som utbudsstyrd. Därtill är konsumenterna prisokänsliga. Denna risk var initialt väldigt liten inom Stockholmsmodellen till följd av att sjukhusen befann sig i en situation med stora vårdköer. Ur beställarens synvinkel ökade istället risken för att en eventuellt högre kapacitetsnivå skulle gå ut över den totala kostnadskontrollen.

Inledningsvis ökade produktiviteten i Stockholmsmodellen kraftigt efter införandet av det nya ersättningssystemet. Produktiviteten är här mätt som antal DRG-poäng i relation till den totala kostnaden (Chapentier & Samulsson 1999). Denna observation stärks också i en studie av

antalet patienter behandlade per tidsperiod och per sängplats i Stockholm i jämförelse med en grupp av 14 kontroll-landsting som inte infört prospektiv ersättning (Johnsson 1994). Vårdvolymerna ökade och sjukhusen lyckades med att minska vårdköerna. Under 1992 gick samtliga sjukhus utom ett med överskott (Chapentier & Samuelsson 1999). Den sammantagna utvecklingen under denna ersättningsform är således i linje med prediktionerna från Mas modell varvid införandet av prospektiv ersättning stimulerar till effektivitetsförbättringar. Charpentier och Samuelsson pekar dock på att incitamenten för effektivitetsförbättringar förstärktes av en rad andra faktorer som ädelreform, lågkonjunktur samt tekniska innovationer. Det fanns således ett yttre omvandlingstryck på sjukvården att åstadkomma en effektivisering som även kan ha påverkat utvecklingen.

#### *Produktionstak – försämrad produktivitet och kostnadsutveckling*

Då sjukhusen genererade överskott fanns möjlighet att ytterligare sänka DRG-priset. Denna väg valdes dock inte fullt ut. Istället baserades priset på genomsnittkostnaderna för sjukhuset men efter en viss produktionsnivå sänktes DRG-priset, vilket kan ses som att HSN erhöll en rabatt på produktionen efter en viss volymnivå. Detta kan från beställarens sida ses som ett uttryck för värnandet av den totala kostnadskontrollen.

Under tidsperioden 1993 - 97 bröts dock den positiva utvecklingen, produktiviteten minskade och flera sjukhus uppvisade stora underskott. Utvecklingen var sämst under 1994 – 96 (Chapentier & Samuelsson 1999). Vilka förklaringar finns till att de tidigare positiva effekterna så snabbt förbytts i en markant sämre utveckling?

En förklaring till denna utveckling som påpekas i en studie av Stockholmsmodellens inledande effekter är att sedan vårdköerna minskats, fanns inte längre behov av en högre kapacitetsnivå (Charpentier och Samuelsson 1999). Sjukhusen lyckades dock inte med att dra ner på kapaciteten utan denna behölls på samma nivå. Kostnadsstrukturen var således konstant men allt färre prestationer genomfördes. Härmed sjönk produktiviteten och flera av sjukhusen gick med underskott. Därtill pekas på att vårdtyngden förändrades. Andelen svårare sjuka och äldre patienter ökade på sjukhusen och risk finns för att detta inte till fullo avspeglats i DRG-registreringen.

En orsak till att sjukhusen inte förändrade sin produktionskapacitet kan vara att sjukhusens underskott hela tiden hanterats av landstinget. Sjukhusen har således inte behövt balansera underskotten och åtgärda dessa genom framtida överskott. Detta kan ha betydande effekt på i vilken utsträckning sjukhuset eftersträvar ett nollresultat och i förlängningen få förödande effekter för effektiviteten. En grundförutsättning för att effektivitet skall uppnås är att sjukhusen själva tvingas hantera sina egna underskott. De förändrade strukturbesluten som fattades baserades exempelvis inte heller på historiska resultat utan på prognoser om framtida patientunderlag och investeringsbehov. Löwenströmska och Nacka sjukhus hade exempelvis inte sämst resultat under 1995 men dessa sjukhus lades ändå ner under 1996 (Charpentier och Samuelsson 1999).

En annan väsentlig förklaring till den försämrade effektiviteten kan vara frånvaron av incitament till överskott hos vårdproducenterna. Efter att sjukhusen anpassat sig till den initiala kostnadspressen har prissättningen baserats på sjukhusens genomsnittskostnader. En

förutsättning för att detta prissättningssystem skall framkalla en kontinuerlig kostnadspress mot den långsiktigt optimala är dock att det finns incitament till överskott hos vårdproducenterna. Ökad effektivitet och kostnadskontroll kan uppnås om priserna minskas i takt med produktivetsförbättringarna. Om sjukhus med lägre kostnader än genomsnittet intecknar sitt utrymme, eller värre om sjukhus med högre kostnader inte har incitament att sänka dessa då underskotten ändå täcks av landstinget, så kommer inte en kontinuerlig press av genomsnittskostnaderna att äga rum.

Därtill har beställaren i takt med att underskotten växt hos sjukhusen sökt hantera dessa genom att införa allt hårdare tak på produktionen. De införda rabattsystem kan ses som uttryck för detta. Beställaren vill således förbättra kostnadskontrollen och förhindra att vårdvolymerna ökar trots att sjukhusen går med underskott. Genom att specificera antal ersättningsberättigade DRG-poäng så minskar beställarna sin risk för överskridanden. Istället tar beställaren på sig en risk för lägre produktivitet då incitamenten till produktivetsförbättringar minskar till följd av att sjukhusen inte längre själva kan bestämma den optimala nivån på vårdvolymen. Detta är nackdel ur effektivitetssynpunkt då det kan antas vara svårare för beställaren att bedöma vad som är en effektiv produktionsnivå än för producenten själv. En stor del av förhandlingarna mellan beställare och utförare har även kretsats kring fastställandet av de s.k. rabattpriserna efter att sjukhusen nått upp till en viss produktionsnivå. Vid intervjuerna framkommer att beställaren ansåg att det inte var möjligt att betala fullt för hela volymen och samtidigt rymma denna inom budgetramen (Intervjusvar 1). Härigenom belyses en intressant frågeställning kring hur den totala kapacitetsnivån skall bestämmas.

En ytterligare effekt av införandet av allt striktare produktionstak är att producenterna i större utsträckning än tidigare tvingas prioritera inom verksamheterna så att de inte producerar utöver vad de får betalt för. S:t Görans sjukhus ställde exempelvis om sin produktionsapparat då de närmade sig taket inom en verksamhet (Intervjusvar 4). Sjukhusen kan härigenom tvingas ändra produktionsapparaten till en lägre nivå som inte behöver motsvara den optimala.

#### *Enhetlig prissättning överges - en effektivitetsmekanism går förlorad*

Den nya politiska majoriteten som tillträdde 1998 genomförde vissa förändringar av ersättningsystemet för att erhålla bättre kostnadskontroll och för att förbättra effektiviteten. Ersättningsreglerna ändrades till att det var sjukhuset med lägst självkostnader (S:t Görans sjukhus) som skulle stå som modell för prissättningen. Övriga sjukhus gavs omställningsbidrag för att kunna anpassa sig till denna prisnivå. Risker vid denna utformning är dock att vissa sjukhus inte förmår anpassa sig till kostnadsstrukturen varigenom de ofrånkomligen kommer att gå med underskott. Systemet övergavs snabbt då det föranledde att vissa sjukhus aldrig skulle nå fast mark. Det framstod inte heller som trovärdigt då S:t Görans sjukhus ansågs ha en fördelaktig kostnadsstruktur (Landstingsrev. rapport 1998).

Från och med 1999 övergavs den enhetliga prissättningen och ett differentierat DRG-pris baserat på sjukhusens olika självkostnader infördes. S:t Görans sjukhus har alltsedan prisdifferentiering haft ett lägre DRG-pris än samtliga övriga sjukhus. Denna skillnad har bestått även sedan utförsäljningen till en privat ägare. För 2002 ser en prisjämförelse mellan sjukhusen ut enligt följande (Landstingsrev. rapport 2003).

Sjukhus	DRG-pris
S:t Göran	24.493
Södertälje	26.975
Danderyd	27.020
Södersjukhuset	25.677
Norrtälje	25.873
Huddinge	
Karolinska	27.966

Figur 4

Källa: Landstingsrev. rapport 2003

Då DRG-priserna till viss del baseras på sjukhusens självkostnader per producerad DRG-poäng så kan prisjämförelser vara ett sätt att bedöma producenternas produktivitet. Det föreligger dock stora tveksamheter kring om DRG-priset i detta avseende utgör ett rättvisande mått. Till att börja med fastställs priset via förhandlingar varför priset inte till fullo motsvarar sjukhusens självkostnader. (Skillnader i självkostnader mellan sjukhusen kommer att behandlas nedan). I revisionsrapporter pekas därtill på att dessa priser i praktiken inte överensstämmer med det slutgiltiga pris som landstinget betalar till de olika sjukhusen. (Landstingsrev rapport 2003, 2001a) S:t Göran har exempelvis inte behövt betala tillbaka rabatter på produktion utöver avtalet, då dessa är föremål för lägre ersättning, men stäms av först i efterhand. Därtill har S:t Göran inte behövt återbetala ersättning som utgått från landstinget till följd av högre DRG-glidning än övriga sjukhus. Samtidigt så ger inte DRG-priserna för 2002 full kostnadstäckning för de övriga sjukhusen utan man skulle i genomsnitt ha behövt räkna upp priserna med 2 procent för att dessa sjukhus skulle nå ekonomisk balans. Vid produktivitetjämförelser måste därtill beaktas i vilken utsträckning som sjukhusen har samma möjlighet att påverka sin kostnadsstruktur (detta kommer att behandlas vidare nedan).

Väsentligt är här dock att genom införandet av prisdifferentieringen togs en grundläggande effektivitetsmekanism bort i ersättningsystemet, då det i detta avseende är centralt att priset inte baseras på den egna kostnadsstrukturen. För att ökad effektivitet skall kunna uppnås är det således av avgörande betydelse att sjukhusen ersätts lika för samma prestationer. Övergivandet av den enhetliga prissättningen kan istället ses som en följd av att vissa sjukhus skulle få mycket svårt att nå ekonomisk balans.

Den kombination av fast och rörlig prospektiv ersättning som införts under 2003 innebär att producenternas finansiella risk minskas ytterligare då den fasta ersättningen utgår oavsett hur många prestationer som genomförts. Därtill ger den lägre incitament för att hålla uppe produktionen då sjukhuset ändå är garanterad en viss ersättning. Den fasta ersättningen skapar vidare inte heller bättre totalkostnadskontroll än en takkonstruktion vid rörlig ersättning. Fördelar med denna ersättningsform är dock att den till viss del kan minska risken för manipuleringar inom DRG-systemet samt att den kan skapa bättre möjligheter för beställare och utförare att gemensamt planera långsiktiga investeringar.

## 8.2. Viktsystemet - konkurrens mellan kliniker

Trots att DRG-priset idag är differentierat och baseras på de olika sjukhusen självkostnader så skapas en viss konkurrens mellan de olika klinikerna om resurstilldelningen.



Genom att samtliga sjukhus genomsnittskostnader ligger till grund för viktningen av de olika DRG-grupperna så påverkas de enskilda sjukhusens lönsamhet inom de olika DRG-grupperna och härmed i förlängningen klinikernas lönsamhet då flertalet liknade DRG-grupper behandlas inom en och samma klinik. Huruvida sjukhuset totalt sett genererar ett över- eller underskott påverkas dock inte då variationen mellan klinikerna jämnas ut då DRG-priset baseras på de totala självkostnaderna på hela sjukhuset. Fastställandet av vikterna kan dock även fortsättningsvis ha viss betydelse för klinikernas agerande då vissa kliniker genererar underskott och andra överskott. För att en kostnadspress skall äga rum även vid differentierad prissättning är det således väsentligt att klinikerna strävar efter att förbättra kostnadsstrukturen. Om de som genererar överskott in-tecknar sitt utrymme samtidigt som kliniker som genererar underskott inte har möjlighet att minska kostnaderna så stiger de genomsnittliga kostnaderna. Det framförhandlade DRG-priset för sjukhuset kan då vara satt för lågt för att täcka kostnaderna, varför detta förhandlas upp framgent. Det är således väsentligt att det finns incitament till att minska kostnaderna på de olika klinikerna. Dessa incitament torde vara svagare än under enhetlig prissättning och de svaga incitamenten för överskott kan även här försämra ersättningssystemets verkningssätt.

### **8.3 Övergripande bedömning av ersättningssystemet**

Vid en övergripande bedömning av ersättningssystemet måste till att börja med påpekas att det är svårt att klargöra exakt vilka regler som tillämpats över tid i Stockholmsmodellen. Denna uppfattning framkommer även vid intervjuerna med producenterna och uttrycks som avsaknad av tydliga spelregler (Intervjusvar). Klart är dock att det skett en kontinuerlig övergång från ett ersättningssystem avsett att skapa starka incitament för produktivetsförbättringar till ersättningsformer som istället främst värnar om den övergripande kostnads-kontrollen. Risken för en alltför hög samlad produktionsvolym har sålunda ansetts för stor hos beställaren.

Hur nivån på vårdvolymen bestäms belyser vidare en intressant avvägning för beställarens del. Om detta beslut delegeras till producenterna själva så skapas förutsättningar för en effektivare produktion. Risken är dock att det går ut över den totala kostnadskontrollen. Detta gäller även om ökade volymer bottnar i produktivetsförbättringar. Extra problematiskt är det dock om volymen ökar eller hålls uppe samtidigt som sjukhusen går med underskott och produktiviteten är sviktande. För att undvika denna senare situation är det väsentligt att sjukhusen hanterar sina egna underskott.

Därtill har landstinget ett ansvar för de överordnade strukturbesluten på marknaden. Häri ingår att kostnaderna för akutsjukvården ryms inom budgetramen. Strukturbeslut har tagits i syfte att effektivisera och begränsa vårdapparaten. Dessa har dock inte främst baserats på de nedlagda enheternas effektivitet, vilket var en av grundtankarna i Stockholmsmodellen (Jonsson 1993). Därtill är det frågan om besluten tagits i den utsträckning som krävts för att förhindra ett totalt kostnadsöverskridande. Strukturbeslut för att komma till rätta med kapacitetsnivån går således hand i hand med skapandet av en fungerande priskonkurrens så att totalkostnaden håller sig inom ramen. Man kan även ifrågasätta hur väl priskonkurrensen fungerat i Stockholmsmodellen då sjukhusen överlag inte är orienterade mot vinstintresse.

Ersättningsmodellen består vidare idag i praktiken av en kombination av administrerade och förhandlade priser. Fastställandet av de olika DRG-vikterna sker på administrativ väg och är enhetligt för samtliga sjukhus. DRG-priset per poäng avgörs dock i förhandlingar mellan beställare och producent och baseras på sjukhusens självkostnader.

Dagens ersättningssystem kan således ses som en återgång mot tidigare former av budgetstyrning och ett steg mot full kostnadstäckning. DRG-systemet tjänar härav inte främst som ett effektiviseringsinstrument utan som ett instrument för att mäta produktionen på sjukhuset. Så länge som prissättningen var enhetlig fanns en tydligare dimension av konkurrens inom systemet. Idag existerar således endast en mycket begränsad form av konkurrens mellan sjukhusen.

#### **8.4. Varför har priskonkurrens övergivits?**

Grundtanken med Stockholmsmodellen var att genom att beräkna kostnaden per DRG-poäng så skapades ett mått på producenternas kostnadseffektivitet, vilket i sin tur kan ligga till grund för en priskonkurrens vid fastställandet av DRG-priset. För att en enhetlig prissättning baserad på genomsnittskostnaderna för de olika sjukhusen skall vara effektiv så måste dock sjukhusen ha samma möjligheter att påverka sin egen kostnadsstruktur. Utifrån Shleifers modell skulle detta innebära att sjukhusen är identiska.

I flera revisionsrapporter och vid intervjuerna framhålls dock att kostnaden per DRG-poäng inte utgör något bra mått på sjukhusens kostnadseffektivitet, varigenom en priskonkurrens baserad på denna ofrånkomligen leder till att vissa sjukhus går med underskott utan att dessa behöver vara ineffektiva (Landstingsrev. rapport 2003, 2001a). Sjukhusens kostnadsstruktur är således beroende av en rad faktorer som dessa själva inte till fullo kan påverka. Kostnadsstrukturen är exempelvis i stor utsträckning beroende av hur samarbetet med vårdgrannarna fungerar. Hur ser primärvården ut? Finns en fungerande geriatrik?

Därtill har sjukhusen delvis olika uppdrag. Universitetssjukhusen Karolinska och Huddinge skiljer sig väsentligt från de övriga sjukhusen. De förra har exempelvis en betydligt högre andel högspecialiserad vård och ett avsevärt större åtagande vad gäller forskning och utbildning. Detta ger en mer kostsam uppbyggnad av produktionsapparaten. Högre andel högspecialiserad vård medför exempelvis att dessa sjukhus generellt har resursförbrukningsmässigt mer krävande fall och det har pekats på att detta inte till fullo avspeglas i de ytterfallsregler som finns (Engel 2000). Det är därtill tveksamt om de speciella intäkter som ges till dessa sjukhus för utbildning och forskning motsvarar de sammantagna kostnaderna.

Skillnader i registreringsbeteende mellan de olika sjukhusen kan därtill påverka möjligheten till korrekta jämförelser av kostnadsstrukturen, då sjukhuset kan uppnå samma antal registrerade DRG-poäng fast det existerar skillnader i reell produktionsinsats. Det är dock svårt att avgöra vad som utgör skillnader i registreringsbeteende och vad som beror på skillnader i patientsammansättning. Fördelaktigheten av ett ersättningssystem som främst baseras på enhetlig prospektiv ersättning är dock till viss del avhängig av att sjukhusen i genomsnitt har samma patientsammansättning.

Sammantaget pekar detta på att det finns inneboende brister i ersättningssystemets konstruktion. Det tar inte i tillräcklig stor utsträckning hänsyn till opåverkbara skillnader i kostnadsstruktur mellan de olika sjukhusen. Detta är en väsentlig förklaring till att systemet övergivits då vissa sjukhus ofrånkomligen skulle generera underskott. Dagens differentierade prissättning avspeglar detta förhållande och beställarna uttrycker det som att det ”vid dagens prissättning sker jämförelser mellan sjukhusen, men man kan inte likrikta de olika sjukhusen” (Intervjusvar 1).

Kostnaden per DRG-poäng utgör således inte ett rättvisande mått på sjukhusens produktivitet. Detta är i sin tur båda parter medvetna om varvid kostnad per DRG-poäng har relativt liten betydelse vid prissförhandlingar mellan beställare och producent. I revisionsrapporter pekas således på att det under modellens slutskede i praktiken varit väldigt begränsade inslag av konkurrens och upphandling i Stockholmsmodellen. Priserna har i detta avseende i alltför stor utsträckning baserats på de olika sjukhusens självkostnader (Landstingsrev. rapport 2003, 2001a).

Det är därför inte möjligt att dra några entydiga slutsatser kring sjukhusens produktivitet baserade på kostnadsjämförelser per producerad DRG-poäng. Utifrån de beräkningar som landstinget gjort för 2002 hade S:t Görans det klart bästa kostnadsläget. Intressant är dock att kostnadsläget för de två universitetssjukhusen Huddinge och Karolinska är avsevärt högre än för de övriga (Landstingsrev. rapport 2003).

Sjukhus	Kostnad per DRG-poäng
S:t Görans	22.279
Danderyd	25.829
Södersjukhuset	25.455
Huddinge	27.509
Karolinska	28.284

Figur 5

Källa: Landstingsrev. rapport 2003

För att det skall skapas möjligheter till en reell priskonkurrens krävs således att de olika sjukhusens uppdrag avgränsas på ett tydligare sätt. Väsentlig betydelse för åstadkommandet av en mer rättvisande beskrivning av sjukhusens kostnader har därtill skapandet av gemensamma regler för kostnadsredovisningarna. Idag skiljer sig dessa vad gäller kontoplaner och hanteringen av overheadkostnader på olika DRG-grupper och kliniker. Därtill måste samtliga aktörer redovisa sina självkostnader. S:t Görans sjukhus har exempelvis förhandlat fram vissa undantag från dessa regler. Detta kan ses som frångående av en grundläggande spelregel på marknaden. Dessutom måste det ske en förbättring av de ytterfallsregler som gäller vid behandlingar av svåra fall så att skillnader i patientsammansättning inte i för stor utsträckning påverkar kostnadsstrukturen. Detta vore även en fördel vad avser motverkandet av dysfunktionella drivkrafter i form av exempelvis vidareremittering. Utifrån Mas modell krävs det således en sänkning av nivån vid vilken full kostnadstäckning för särskilt svåra patienter utgår. Vad gäller universitetssjukhusens större åtagande för forsknings och utbildningsverksamhet så kan detta även generera extra kompetens, vilket kan ses som en fördel ur strikt konkurrenssynpunkt.

Därtill föreligger det ett generellt problem vid ökad konkurrens då denna kan gå ut över samverkanskrav mellan olika delar inom sjukvården som ingår i sjukhusens uppdragsbeskrivningar. En fullt konkurrensutsatt modell kräver exempelvis att det sker en prissättning av rådgivning och konsultationer mellan sjukhusen. Detta belyser tydligt att det finns problem med att organisera sjukvården enligt en strikt tillämpning av marknadens logik.

## **8.5. Valfrihet och kvalitetsutveckling**

### *Valfrihet som kvalitetsinstrument*

En grundläggande styrmekanism vid införandet av Stockholmsmodellen var att patienternas valfrihet skulle utgöra ett reellt kvalitetsverktyg då ersättningen skulle följa patientens val. Tidigare forskning pekar på att just valfrihet haft avgörande betydelse för kvaliteten inom en rad olika verksamheter (Domberger & Jensen 1997). Detta bekräftar även ur teoretisk synvinkel varvid valfrihet och konkurrens om patienterna framhållits som avgörande för kvalitetsutvecklingen vid prospektiv ersättning (Lundbäck & Staib 1998).

Vi har tidigare beskrivit att det föreligger en rad hinder för att valfrihet skall kunna fungera fullt ut som påverkansinstrument på sjukvårdsmarknaden. Förekomsten av reell valfrihet kan exempelvis ifrågasättas vid akuta tillstånd. Dessutom har vi pekat på att denna försvåras av förekomsten av informationsasymmetrier på marknaden. Det är således intressant att bedöma i vilken utsträckning som det föreligger reella möjligheter till valfrihet inom Stockholmsmodellen och om detta i sin tur legat till grund för kvalitetsutvecklingen.

I intervjuerna framkommer att patientens valfrihet haft begränsad påverkan på utförarnas beteende. Denna slutsats grundar sig främst på att de anser att den övervägande delen av sjukhusens intäkter består av akut vård och att patienternas valmöjligheter är begränsade vid detta fall (Intervjusvar 2,3,4). För Södertäljes del består exempelvis 60 procent av intäkterna från akut vård och för Södersjukhuset del är motsvarande siffra 67 procent. Den planerade vården utgör dock en större andel av de totala besöken. Denna uppgår till ca 75 procent vid de båda nämnda sjukhusen (Avtal).

Enkätstudier genomförda på uppdrag av Stockholms läns landsting ger vidare litet stöd för att patientens bedömning av kvalitetsaspekter i någon större utsträckning styr dennes vårdval. Endast vissa sjukhus som Ersta och Sophiahemmet (som endast bedriver planerad vård) har i större utsträckning valts beroende på ett gott rykte inom allmänkirurgi och ortopedi. Detsamma gäller S:t Görans vad avser kirurgisidan. Vid planerad vård är det istället läkarna tidigare i vårdkedjan som till största delen styr patientens val. Vid akut vård är det däremot avstånd och tidigare sjukhusvistelser som haft störst betydelse (Konsultrapport 1999).

Ett avgörande hinder för att patienternas valfrihet skall utgöra ett reellt styrinstrument är vidare de relativt strikta produktionsstak som införts. Representanter för sjukhusledningarna uttrycker att de vill öka produktionsvolymen men produktionsstaken medför att det inte är tillräckligt fördelaktigt att utvidga vårdvolymen. Denna ses istället som relativt given för sjukhuset (Intervjusvar 2,3,4). Idag förekommer exempelvis ett fast tak vid planerad vård. Incitamenten för att förbättra kvaliteten i syfte att attrahera fler patienter är således svaga. Istället förefaller det som att det är beställarnämndens planeringsstyrning där antalet tilldelade

DRG-poäng främst baseras på upptagningsområden som agerar som övervägande resursfördelningsmekanism mellan sjukhusen. Detta kan ses som ett uttryck för att beställaren prioriterar kostnadskontroll i större utsträckning än betydelsen av valfrihet som kvalitetsinstrument.

Bedömningen är således att konkurrens om att attrahera patienter i mycket liten utsträckning utgjort ett reellt styrinstrument inom Stockholmsmodellen. Lundbäck och Staib pekar på att vid frånvaron av konkurrens finns risk för att införandet av prospektiv ersättning medför försämrad kvalitetsnivå. Detta ger upphov till frågor om kvalitetsutvecklingen inom Stockholmsmodellen.

### *Kvalitetsutveckling*

Vid studiet av kvalitetsutvecklingen till följd av Stockholmsmodellens införande föreligger till att börja med en rad svårigheter. Den första gäller på vilket sätt som vårdkvalitet skall mätas. Vårdkvalitet kan sägas innehålla en rad olika aspekter som exempelvis behandlings- och servicekvalitet. Idealiskt vore om det var möjligt att mäta uppnådda hälsoeffekter till följd av sjukvårdsinsatser. Det är dock inte möjligt att fastställa dessa på ett objektivt sätt då dessa exempelvis delvis beror på individuella faktorer. Lundbäck och Staib (1998) föreslår några andra användbara metoder. Ett sätt är att fråga läkare om deras beslut förändrats efter införandet av prospektiv ersättning. Ett annat är att studera kvalitetsindikatorer som antalet fall av klagomål och stämningar för felbehandlingar. Ett tredje sätt är att via enkäter fråga patienterna själva hur de upplever vården. En kombination av flera metoder ger naturligtvis säkrare resultat. Ett ytterligare problem vid dessa studier är att särskilja vilka effekter som beror på förändrade ersättningsystem och vad som härrör från andra faktorer som exempelvis ädelreform, ny medicinsk teknik, förändrade vårdstrategier eller besparingar.

Svennson och Garelius (1994) genomförde en studie av kvalitetsutveckling baserad på intervjuer med läkare två år efter modellens införande. Vid intervjuerna svarade 35 procent bekräftande på frågan om patienter behandlas mindre intensivt än vad som är motiverat utifrån medicinsk synpunkt sedan Stockholmsmodellens införande. För övrigt pekade svaren på att kostnadsmedvetenheten ökat samt att kvaliteten försämrats något sedan modellens införande. Kvalitetsaspekten gällde främst risken för att patienter skrivits ut för tidigt.

Bäck och Gröjer (1994) genomförde istället en studie omfattande kvalitetsutvecklingen i hela Stockholmsmodellen baserad på enkäter med patienter och rapportering av felbehandlingar. I enkätstudien jämförs svaren från Stockholmsmodellen med 14 kontroll-landsting utan prospektiv ersättning. I dessa framkom att 91 procent av patienterna i Stockholm hade positiva erfarenheter av sjukvården jämfört med 93 procent i kontrollgruppen. Vad det gäller bedömandet av om att felaktiga behandlingar förekommit så är motsvarande siffror 39 procent i Stockholm mot 25 procent i kontrollgruppen. Ses istället till bedömningar av omvårdnad, behjälplighet och konsultation så uppskattas dessa aspekter av 87 procent i Stockholm mot 97 procent i kontrollgruppen. Stockholmsmodellen uppvisar således genomgående sämre svar än kontrollgruppen. Väsentligt är här att detta till viss del även kan vara uttryck för andra skillnader än de som utgörs av enbart ersättningsystem och styrmodell.

Det förekommer vidare inte några större skillnader mellan landstingen vad gäller anmälningar om felbehandlingar. Om man dock även ser till att det initialt skedde en produktivitetsutveckling inom Stockholmsmodellen så minskade sannolikheten för felbehandlingar enligt detta kvalitetsmått i Stockholm.

I en sammanfattande studie av Stockholmsmodellens inledande effekter pekar Dahlström och Ramström (1995) på att kvaliteten på ett övergripande plan upplevs som oförändrad inom vården. De anser dock att det finns vissa tendenser till en ökad risk för underbehandling. De pekar dock även på att samarbetet mellan primärvård och akutsjukvård blivit bättre vilket i sig kan innebära en kvalitetsvinst. Carpentier och Samuelsson (1999) finner vidare att de dysfunktionella drivkrafterna i form av vidareremitteringar, underbehandling eller selektering inte förekommit i någon påfallande ökad omfattning.

Hur har kvaliteten utvecklats under senare tid? Ett svar ges i en sammanfattande konsultrapport (1999) omfattande patienters och medborgarens syn på vården som utförts på uppdrag av Stockholms läns landsting och genomförts kontinuerligt sedan 1992 och framåt. Denna består av enkätstudier genomförda inom allmänkirurgi och ortopedi på samliga akutsjukhus inom länet. Mer specifikt omfattar studien patienternas syn på sjukvården i allmänhet, möjligheter till valfrihet, informationsgivning, förekomsten av väntetider, personalens bemötande samt upplevelse av sjukhusvistelsen.

Vad avser utvecklingen fram till 1999 så har det inte skett någon direkt förändring av det allmänna omdömet. Ses istället till de övriga kategorierna framstår det dock som patienterna blivit mindre nöjda med den vård som ges. Väntetiderna för inläggning hade generellt blivit längre mellan 1992 och 1999. Vad avser upplevelsen av sjukhusvistelsen sjönk betyget på personalens bemötande och omvårdnad. Det har därtill skett en ökning av antalet patienter som inte fått diskutera val av undersökning eller behandlingsmetod i den utsträckning som de önskat. Vad avser behandlingstider så fanns en ökad uppfattning att patienterna borde ha fått stanna längre tid på sjukhuset. Det hade främst skett en minskning av antalet patienter som behandlades på sjukhuset mindre än en vecka.

Under 2000 – 2003 har det gjorts undersökningar av patienternas uppfattning av vården inom hela Stockholms läns landsting och som motsvaras av samma slags undersökningar vid andra landsting varvid jämförelser med rikssnittet kan göras (Beställarkontor vård 2003b, 2002). Kategorierna i dessa undersökningar avser respektfullt bemötande, väntetider, i vilken utsträckning patienten fått den hjälp denne förväntat sig samt tillgång till den vård som behövs. Generellt framkommer här att patienterna inom Stockholms läns landsting uppvisar något lägre skattning än riksgenomsnittet. I relation till rikssnittet förbättras dock omdömena inom Stockholm över tid. För 2003 motsvarar dessa i princip riksgenomsnittet. Beställarnämnden uttrycker det som att det för 2003 inte finns några signifikanta skillnader i hur vårdkvaliteten värderas i Stockholm och riket i övrigt. Ses istället till antal ärenden hos patientnämnden så har dessa stigit något från 1999 till 2003 (Beställarkontor vård 2003b).

Vid bedömningen av dessa enkätstudier måste man beakta att de delvis kan återspegla att medborgare idag generellt är mer kritiska än tidigare vad gäller nivån på offentlig service. Detta påpekas i Maktutredningen som bl.a. behandlar förändringar av medborgarnas sätt att

formulera sin syn på det politiska systemet. För vår del måste vi även beakta att vissa av dessa kvalitetsstudier är genomförda inom hela Stockholmsmodellen och inte enbart inom den akutsomatiska vården.

Vid en övergripande bedömning pekar dessa studier sammantaget på att kvaliteten försämrats något i relation till risksnittet under Stockholmsmodellens inledande år. Framst gäller detta förekomsten av underbehandling och att patienter skrivits ut för tidigt. Det är därefter svårare att bedöma kvalitetsutvecklingen. Det framstår dock som om kvalitetsnivån varit relativt oförändrad och att den på senare tid motsvarar risksnittet. Härvidlag måste det påpekas att det även skett en kontinuerlig förändring av ersättningssystemet i riktning mot full kostnads-täckning. Då ersättningssystemet haft en tydligare prägel av starka incitament för kostnadsbesparingar så framstår det dock som att kvalitetsutvecklingen varit sämre. Detta överensstämmer till viss del med tidigare behandlade teorier om effekterna av denna ersättningsform vid frånvaron av konkurrens om att behandla patienter.

## **8.6. Kvalitetsstyrning via ersättningssystemet**

Det är även viktigt att undersöka om ersättningssystemet bidrar till att utveckla kvalitetsarbetet. Om ersättningssystemet kopplas till relevanta kvalitetskriterier så skapas en ekonomisk risk för utföraren med kvalitetsbrister. Att knyta ersättningen till olika former av kvalitetssäkringssystem utgör en viktig ingrediens i detta arbete.

En generell brist vid prospektiv ersättning är att denna ersättningsform främst ger kvantitativa incitament, eller incitament till att åtminstone hålla upp vårdvolymen vid en takkonstruktion, och inte några direkta drivkrafter till att förbättra kvaliteten. Ersättningssystemet är i grunden inte heller kopplat till det slutgiltiga vårdresultatet i form av uppnådda hälsoeffekter.

I de avtal som beställaren tecknat med producenterna kan dock en viss del av ersättningen sägas vara målrelaterad och kopplad till kvalitetsarbetet. Den utgår om beställaren rapporterar in diagnoser och behandlingsresultat till de nationella kvalitetsregistren (Avtal). Endast en mycket liten del av den totala ersättningen utgår dock för detta. Då ersättningen i övrigt inte är kopplad till olika former av kvalitetskriterier så skapas små kvalitetsrisker hos producenten. En viss risk uppstår om lägre kvalitet leder till längre behandlingar eller att fler insatser måste utföras och att exempelvis de ytterfallsregler som finns inte till fullo täcker kostnaderna. Beställarens risk är i detta avseende större då denna vid ytterfallsersättning står för merparten av kostnaderna. I takt med att ersättningssystemet närmast sig full kostnads-täckning har även denna risk ökat för beställaren. Beställarens risk för att drabbas av kvalitetsbrister är dock generellt sätt relativt liten då det inte existerar några lagstiftade patienträttigheter.

Inom landstinget pågår idag arbete för att åstadkomma ökad kvalitetsuppföljning genom utvecklandet av olika kvalitetssäkringssystem. I takt med inrapportering av insatser och medicinska utfall till de nationella kvalitetsregistren skapas ökade möjligheter att jämföra uppnådda vårdresultat med förväntat utfall. Detta kan i sin tur ligga till grund för jämförelser mellan sjukhusen. I en del övriga landsting finns tydligare kopplingar mellan ersättning och kvalitetsutveckling då ersättning till sjukhusen även baseras på en rad olika indikatorer som patientundersökningar och förekomsten av anmälningar (Intervjusvar 8).

Fleruppgiftsmodellen pekar exempelvis på att det är riskabelt att utforma ersättningssystem som endast fokuserar på de dimensioner som är lätta att mäta när det finns flera andra dimensioner som är svårare att uppskatta. Detta kan leda till att all uppmärksamhet ägnas åt de medicinska insatser som genererar DRG-poäng medan att omvårdningsinsatser och förebyggande insatser negligeras. Inom sjukvården finns det dock ett bakomliggande normsystem för läkare och sjuksköterskor som tjänar som kvalitetsgrund. Därtill använder sig landstinget av en rad olika styrinstrument för att påverka och styra kvalitetsarbetet. Det finns dock en potentiell fara i att utforma ersättningssystemet främst mot kvantitetsincitament istället för mot kvalitetsincitament som inte får underskattas.

## **8.7. Vårdgaranti, valfrihet och produktionstak**

Konstruktionen med relativt fasta tak för antalet producerade poäng är införd i syfte att skapa kostnadskontroll för beställarna. Landstingets egen vårdgaranti innebär dock att beställarna inte till fullo kan kontrollera den totala produktionsvolymen och därmed inte heller totalkostnaden. Vårdgarantin ger patienten rätt till behandling inom en viss tidsperiod (tre månader). Om sjukhuset som patienten uppsökt inte kan utföra behandlingen på grund av långa väntetider eller till följd av att sjukhuset nått taket inom planerad vård så har patienten rätt att vända sig till en annan utförare. Det sjukhus som tar emot patienten erhåller i detta fall en styckeprisersättning som inte räknas av mot den övriga produktionen. Producenterna har således incitament att ta emot dessa ”valfrihetspatienter” då detta ger möjlighet att öka volymen. Detta incitament finns om ersättningen överskrider sjukhusets marginalkostnader. Det framstår dock som om producenterna generellt sett är positiva till att öka volymen (Intervjusvar 2,3,4).

Det finns således en avvägning mellan att utrusta patienten med valfrihet/vårdgarantier och möjligheten att kontrollera vårdkonsumtionen och därmed kostnaderna. En relevant fråga är dock om det är berättigat att valfrihet kostar extra (Andersson 2002). Det kan rent av vara så att de positiva kvalitetseffekter som skapas väger tyngre än betydelsen av ”total” kostnadskontroll. Det är just vad gäller dessa patienter som konkurrensen kan ha en kvalitetseffekt.

## **8.8. Prioriteringar**

I prioriteringsutredningen fastställs de övergripande prioriteringar som skall gälla inom sjukvården. Vård skall således utgå till alla på lika villkor och den med störst behov skall prioriteras först. I avtalen specificeras att sjukhusen skall följa de lagar, direktiv och förordningar som är gällande inom sjukvårdområdet. Därtill understryks att sjukhusen skall tillämpa den s.k. LEON-principen, dvs. att patienten skall tas om hand på den lägsta effektiva omhändertagande nivån. Målet är därför att minska den öppna vården på sjukhusen och att denna istället överförs till primärvården. Frågan är dock hur ersättningssystemet relaterar till dessa övergripande prioriteringar.

Idag tydliggörs inte några direkta prioriteringar via ersättningssystemet. I avtalen framgår hur stor del som skall produceras inom de olika vårdkategorierna men det är i praktiken tveksamt om dessa gäller i slutändan eller om det är sjukhusets totala produktion som är styrande (Avtal). Taken inom DRG-systemet är exempelvis satta som en begränsning för den totala



produktionen på sjukhuset (dock med vissa övergripande indelningar) och inte per DRG-grupp eller klinik. Det råder därmed oklarheter kring vilka behandlingar eller DRG-grupper som beställaren anser skall utföras inom ramen. Detta beslut är således delegerat till sjukhusledningen som måste göra prioriteringar mellan de olika klinikerna. Det kan därför föreligga konflikter mellan sjukhusledning och läkare kring vilka patienter som skall prioriteras.

Det är vidare svårt för sjukhusledningen att precisera produktionsvolymen för de olika klinikerna, särskilt då avtalen med beställaren i regel tecknas en bit in på verksamhetsåret. Klinikerna uppfattar således att produktionstaket börjar gälla efter ett visst datum (Landstingsrev. rapport 2002a). Sjukhuset kan härmed tvingas att omprioritera, vilket kan vara svårt då patienttillströmningen till de olika klinikerna inte kan bedömas i förväg. Ännu viktigare är att denna inte kan förväntas upphöra i och med att man nått taket inom en verksamhet. De sent ingångna avtalen skapar således problem för sjukhusen att i förväg söka anpassa produktionskapaciteten till de av beställaren uppsatta produktionstaken.

## **8.9. Skillnader mellan olika ägar- och driftsformer**

Det finns en rad faktorer som kan påverka sjukhusens ekonomiska resultat och härmed i förlängningen förutsättningarna för att åstadkomma fungerande konkurrens mellan sjukhusen. En grundläggande förutsättning för att en fungerande konkurrensmarknad skall skapas är vidare att sjukhusen har samma förutsättningar. Vi har tidigare påpekat att det föreligger skillnader i vilken utsträckning sjukhusen har möjlighet att påverka sin kostnadsstruktur beroende på exempelvis olika patientsammansättning, olikheter i förhållanden till vårdgrannar samt skillnader i åtagande kring forskning och utbildning.

Det är vidare intressant att studera om det föreligger konkreta skillnader i avtalskonstruktioner och i beställarens agerande vid olika ägar- och driftsformer. Därtill avses att bedöma i vilken utsträckning dessa påverkar utförarnas förutsättningar. Vidare studeras vilka skillnader i beteende som kan iakttas mellan de olika ägar- och driftsformerna avseende kostnadsmedvetenhet, kvalitetsutveckling, produktivitet samt registreringsbeteende. På ett samlat plan avses även att bedöma vilken inverkan som olika drifts- och ägarformer haft för möjligheterna till skapandet av en fungerande konkurrensmarknad inom vården. Jämförelser sker här mellan Södertälje sjukhus (förvaltningsform) Södersjukhuset, (SÖS, landstingsägt bolag) samt S:t Görans sjukhus (privatägt aktiebolag).

### **8.9.1. Avtalsformer**

En väsentlig skillnad mellan de olika driftsformerna gäller möjligheten att teckna affärsjuridiskt bindande avtal. De landstingsdrivna sjukhusen kan endast teckna vårdöverenskommelser då de inte är en fristående juridisk person. Denna möjlighet har såväl landstingsägda bolag som privata aktiebolag. Det föreligger dock väsentliga skillnader även vid det två sistnämnda ägarformerna vad det gäller hur juridiskt bindande avtalen är och vilka möjligheter som beställare och producent har att processa vid eventuella konflikter.

De landstingsägda bolagen riskerar exempelvis inte att drabbas av skadeståndskrav och rättsliga påföljder om de frångår de avtal som slutits, utan tvister avgörs av Landstingstyrelsen eller av ett organ som denna utsett. Avtalen med S:t Görans är striktare i denna bemärkelse då tvister löses i civilrättslig domstol och parterna kan riskera rättsliga påföljder i form av exempelvis skadeståndskrav. Här belyses tydligt skillnaderna mellan marknadens och hierarkins logik. Vid intervjuerna framkommer att dessa skillnader påverkar det faktiska avtalsförhållandet. Beställaren pekar på att det är tydligare krav vid avtalstecknande med S:t Görans sjukhus och de är hårda förhandlare (Intervjusvar 1). Det uttrycks i intervjun som att det är mer *”skarpt läge vid avtalstecknande med den privata producenten S:t Görans”* (Intervjusvar 1). De tecknade vårdavtalen för Södertälje eller Södersjukhusets del har å andra sidan inte uppfattats som att de utgör bindande restriktioner på deras verksamhet (Intervjusvar 2 och 3).

Dessa skillnader kan innebära såväl fördelar som nackdelar för de olika parterna. S:t Görans är exempelvis skyddat mot besparingskrav och andra former av krav som inte reglerats i avtalen och som kan tillkomma under avtalsperioden. Detta kan skapa extra förutsägbarhet i den ekonomiska planeringen för S:t Görans del. S:t Görans kan å andra sidan inte förvänta sig kompensation vid oförutsedda händelser.

### **8.9.2. Hantering av underskott**

Underskott i förvaltningsdrivna sjukhus kan antingen skrivas av direkt av landstinget eller så kan det ställa krav på att förlusten måste täckas genom olika former av besparingar. För Södertäljes del har underskotten kontinuerligt skrivits av. Detta kan allvarligt påverka kostnadsmedvetenheten. Sjukhusledningen pekar exempelvis på denna fara då underskotten inte medfört några former av direkta ingrepp i verksamheten. *”Det smyger sig ganska snart in en uppfattning att det spelar ingen roll utan det kommer ändå mer pengar. Det påverkar beteendet. Detta är extra allvarligt i en personalbristsituation. Om det saknas en överordnad policy för sjukhusen så kan det leda till en lönekarusell i vilken sjukhusen måste hänga med och i värsta fall hyra in personal”* (Intervjusvar 2).

Vad gäller sjukhus som drivs i bolagsform skall dessa hanteras enligt aktiebolagslagen och skattelagstiftningens regler. Förlusten kan således balanseras i en ny räkning och skrivas av mot framtida vinster. Ingår bolaget i en koncern finns möjligheter att utnyttja vinster från andra bolag till att skriva av förlusterna. Det uppstår dock problem om aktiekapitalet delvis är förbrukat. I detta fall måste ägaren(na), i det här fallet landstinget, gå in med kapitaltillskott för att undvika konkurs.

En väsentlig skillnad är således att landstinget kan gå in och täcka förluster för de egna ägda bolagen medan Capio istället måste vända sig till kapitalmarknaden. Ett exempel på en implicit förlusttäckning under senare tid är att landstinget skrev ner hyreskostnaderna för SÖS i syfte att minska underskottet hos bolaget (Intervjusvar 3). För både landstingsägda bolag och sjukhus i förvaltningsform finns en risk för att kostnadsmedvetenheten hämmas då landstinget som ägare har det slutgiltiga ansvaret för eventuella underskott. Det kan beskrivas som en risk för att landstinget återfaller i gamla beteendemönster varvid finansieringsformen karakteriserades som bestående av en *”mjuk”* budgetrestriktion.

### 8.9.3. Ägarstyrning

Det finns väsentliga skillnader i den ägarstyrning som utövats gentemot sjukhusen. Med ägarstyrning avses sjukhusens interna styrning och exempelvis de avkastningskrav som ställs på verksamheten. För Södertäljes del var tidigare den s.k. produktionsstyrelsen ansvarig för ägarfrågorna. Dess ansvar är formulerat av landstingsstyrelsen som säkerställandet av att sjukhusen skulle ha hög kvalitet, god tillgänglighet och är i ekonomisk balans. Flera rapporter pekar dock på stora brister i ägarstyrningen av de förvaltningsdrivna bolagen då dessa inte tagit sig uttryck i tydligt definierade krav på verksamheten (Svalander 2001, Olofsson 2001). Vid intervjuerna förstärks även bilden av en mycket otydlig kravs-specifikation och brist på operationella mått. *"Det behövs en stärkt ägarroll och sanktioner som utgår om sjukhusen inte uppfyller sina åtaganden eller är i ekonomisk balans. ...Produktionsstyrelsen besökte endast sjukhuset en gång på fyra år. Sjukhuset var inte ens föredragande i styrelsen"* (Intervjusvar 2). Idag har Södertälje sjukhus en egen styrelse som rapporterar direkt till landstingsstyrelsen.

De landstingsägda bolagen är istället själva ansvariga för att formulera sina avkastningskrav. Dessa beslut fattas av sjukhusets egen styrelse. För Södersjukhusets del antogs initialt ett avkastningskrav på två procent efter bolagiseringen. Idag är kravet omformulerat till ett krav på ekonomisk balans på grund av det landstingets svårare ekonomiska situation (Intervjusvar 3).

För S:t Görans del drivs bolaget (Capiokoncernen) i syfte att generera avkastning till bolagets ägare. Capiro har ett samlat avkastningskrav på 7-9 procent. För S:t Görans del är kravet på fem procent (Intervjusvar 4). Från beställarens sida upplevs det som att S:t Görans har orealistiska förväntningar på vinstmarginalen (Intervjusvar 1).

En central aspekt ur etisk synvinkel är hur vinsten inom bolaget används. Det har inte förekommit någon utdelning till aktieägarna för S:t Görans del. Detta är dock inte formellt reglerat i bolagsstämman. Ledning rekommenderar istället styrelsen som i sin tur förordar bolagsstämman (ägarna) att följa denna linje. Av den senaste vinsten på fem procent används tre procent till återinvesteringar, en procent till kompetensutveckling samt en procent som reserv. *"All vinst skall garantera den långsiktiga överlevnaden. Det vore problematiskt om stora summor överfördes till ägarna"* (Intervjusvar 4).

### 8.9.4. Avtalskonstruktioner

Inledningsvis tillämpades en generell modell med vårdavtal på tre år mellan beställarnämnden och samtliga sjukhus. Idag fastställs istället volymer och DRG-priser på årsbasis. Detta gäller dock inte för S:t Görans del. I samband med utförsäljningen 1999 tecknades istället ett vårdavtal på två år där en årlig indexuppräkningsnivå fastställs (Intervjusvar 4). Detta har sedan förlängts fram till 2006 i och med den s.k. förlängningsöverenskommelsen. Både volym och pris är således reglerade i avtalet under denna period och kan endast ändras via förhandlingar mellan parterna. Nedan följer en genomgång av väsentliga skillnader i avtalskonstruktioner som förekommit mellan 2002 och 2003 (Avtal, Landstingsrev 2001b, 2002b).

I avtalet med S:t Görans regleras att en procent årlig glidning av den genomsnittliga DRG-grupperingen är ersättningsgrundande. DRG-glidning definieras som en ökning av den samlade genomsnittsvikten per vårdtillfälle under ett år jämfört med en tidigare fastställd period. Konstruktionen har införts för att förhindra att sjukhusen successivt förändrar sitt registreringsbeteende, varvid manipulering vid registreringen kan förekomma i syfte att öka intäkterna. För de landstingsägda bolagen och förvaltningsdrivna sjukhusen gällde tidigare samma regel men denna har ändrats från och med 2002 till att inte tillåta någon form av DRG-glidning. En väsentlig skillnad är här att motsvarande ändring inte kan göras för S:t Görans del utan att beställarnämnden riskerar att drabbas av skadeståndskrav.

Det finns även skillnader i regler kring indexuppräknings av sjukhusens DRG-pris. För S:t Görans del är 60 procent baserat på ökningen av arbetskraftskostnaderna inom Stockholms läns landsting plus 30 procent som består av uppräkning i förhållande till konsumentprisindex. För de övriga sjukhusen sker istället arbetskraftskostnadsuppräkning baserad på ökningen i hela landet vad det gäller både offentlig och privat verksamhet. Denna konstruktion kan ses som en fördel för S:t Görans då ökningen av arbetskraftskostnaderna kan förväntas vara högre i Stockholm än i övriga landet.

Därtill har det i en revisionsrapport (2002b) pekats på att S:t Görans givits större möjligheter till volymförändringar än övriga sjukhus. S:t Görans har exempelvis kunnat öka produktionen med 1000 DRG-poäng som initialt var avsedda för en framtida ökning av befolkningsunderlaget. Därtill har volymtaket lyfts i och med den s.k. förlängningsöverenskommelsen.

Reglerna för momskompensation skiljer sig även mellan sjukhusen. Hälso- och sjukvård utgör inte momspliktig verksamhet varigenom den ingående momsen inte är avdragsgill. De förvaltningsdrivna sjukhusen kompenseras fullt ut för detta. För de landstingsägda bolagen och S:t Görans ges istället en momskompensation på 6 procent. Om sjukhusens kostnader för ingående moms understiger 6 procent subventioneras i praktiken deras verksamhet i förhållande till de förvaltningsdrivna sjukhusen. S:t Görans har härav i större utsträckning än de övriga bolagen bedrivit egenproducerade tjänster för städning och restaurangverksamhet. Detta sjukhus kostnader för ingående moms är således lägre än för de landstingsägda bolagen. Dessa har dock samma möjligheter att förändra sin interna tjänsteproduktion. De förvaltningsdrivna sjukhusen har en nackdel i detta avseende.

S:t Görans har vidare en möjlighet att öka sin produktion då sjukhuset inte är begränsat i sina möjligheter att vända sig till privatproducerad vård (försäkringsbolag m.m.). Kommunallagen reglerar dock att de landstingsägda bolagen och de förvaltningsdrivna sjukhusen inte får erbjuda vård till någon annan än sin huvudman. Endast ca en procent av de totala intäkterna kommer via privatfinansierad vård. Priset för denna sätts något högre än DRG-priset. S:t Görans är positiva till denna möjlighet. Den skapar kompletterande intäkter som avlastar landstingets budget. *"Den som väljer att betala själv släpper sin köplats så kön påverkas positivt"* (Intervjusvar 4). Den väsentliga frågan är dock om de behandlas före eller efter den plats i kön de skulle ha haft om landstinget stod som finansiär.

På ett samlat plan har det i en revisionsrapport (2002b) funnits att S:t Görans har konkurrensfördelar på en rad områden. Detta är dock främst en följd av de avtalskonstruktioner som

utformats av beställarnämnden med S:t Görans. Den primära skillnaden torde således vara att avtalen är juridiskt bindande varigenom de får konsekvenser för lång tid framöver, särskilt vad gäller en så lång avtalsperiod som S:t Görans erhållit i och med förlängningsöverenskommelsen. Det har även förkommit en del tvister mellan S:t Görans och beställarnämnden avseende olika överenskommelser (Intervjusvar 4).

### 8.9.5 Övriga skillnader

Det finns andra faktorer än rena avtalskonstruktioner som kan ligga till grund för mer eller mindre opåverkbara skillnader i kostnadsstruktur. Det har pekats på att vårdgrannarna varit mer effektiva för S:t Görans del vilket möjliggjort att dessa snabbare kan vidareremittera patienten i de olika vårdkedjorna (Landstingsrev. rapport 2003). Det är dock principiellt svårt för landstinget att kvantifiera hur stora fördelar detta skapat för S:t Görans del och härmed i sin tur att ta hänsyn till detta vid prisförhandlingar. En bristande logistik och sämre geografiskt läge har å andra sidan framhållits som nackdelar för Södertäljes del. Därtill skiljer sig uppdragen för forskning och utbildning åt mellan sjukhusen (Intervjusvar 2).

### 8.9.6. Vilka skillnader i beteende kan iakttagas

#### *Kostnadsmedvetenhet*

Det kan iakttagas tydliga skillnader i kostnadsmedvetenhet mellan producenterna. Från beställarens sida pekas på att kostnadsmedvetenheten är starkare hos de privata entreprenörerna. ”St: Görans skiljer sig från de övriga då man har en högre kostnadsmedvetenhet och att man lyckats sprida denna i organisationen så att varje anställd är kostnadsmedveten” (Intervjusvar 1). S:t Görans har exempelvis förbättrat en rad olika redovisningssystem så att kostnadsutvecklingen kan läsas av per dag på de olika klinikerna. Ledningen ställer tydliga krav angående rapporteringsvägar och ekonomiskt utfall. För Södersjukhusets del har kostnadsmedvetenheten ökat i och med bolagiseringen. ”Bolagiseringen har medfört ett ökat kostnadsmedvetande då verksamheten måste vara i ekonomisk balans” (Intervjusvar 3). En ytterligare faktor som i viss utsträckning kan påverka kostnadsmedvetenheten på de olika sjukhusen är att det inom S:t Görans finns ett visst vinstdelningssystem som går till en pensionsstiftelse (Intervjusvar 4). I övrigt finns inga individincitament på några av de studerade sjukhusen.

#### *Produktivitet*

Vi har tidigare pekat på att det inte är möjligt att avgöra vilket sjukhus som är effektivast på grund av att kostnaden per DRG-poäng inte utgör ett rättvisande mått då det inte i tillräcklig stor utsträckning tar hänsyn till inneboende kostnadsskillnader mellan de olika sjukhusen (se även tidigare stycke).

#### *Kvalitet*

Vad gäller kvalitetsutveckling så pekas i revisionsrapporter (2003, 2001a) på att S:t Görans inte skiljer sig på denna punkt, utan har en hög nivå i kvalitetsarbetet. Där tillämpas sedan 8 år tillbaka en grundlig kvalitetsredovisning som skiljer sig från övriga sjukhus. Vid de enkätundersökningar som genomförts inom akutsjukhusen framkommer inte heller några signifikanta skillnader i patienternas bedömningar av de olika sjukhusen avseende

patienternas uppfattning om vården i allmänhet, informationsgivning, väntetider, personalens bemötande samt upplevelse av sjukhusvistelsen. Det kan heller inte påvisas några skillnader mellan sjukhusen vad avser dysfunktionellt beteende i form av dumping, underbehandling eller selektering.

Såväl beställare som producent ser generellt positivt på en ökad andel ersättning som utgår för kvalitetsarbete eller som kopplas till medicinska revisioner. Samtidigt uttrycker vissa att detta även utgör en risk då kvalitetssäkringssystem kan manipuleras. Istället är det patienten som skall stärkas i sin roll att påverka kvaliteten genom sitt val (Intervjusvar). Problemet för akutsjukhusens del är dock att akut vård utgör den största andelen av vården.

### *Registreringsbeteende*

S:t Görans sjukhus har haft en större ökning av den genomsnittliga poängtyngden per vårdtillfälle. Under perioden 2000 - 2002 hade St: Göran en DRG-glidning som översteg genomsnittet för de övriga akutsjukhusen med 2,8 procent per år. Härigenom har S:t Göran även haft en högre DRG-glidning än vad som varit ersättningsberättigat enligt avtalen. Ersättning påverkas vidare även av antalet diagnoser per vårdtillfälle och dessa har också ökat under perioden och ligger högre än för samtliga övriga akutsjukhus (Landstingsrev. rapport 2003).

Det finns således skillnader i registreringsbeteende mellan sjukhusen. Revisorerna har dock svårt att avgöra huruvida detta beror på om S:t Göran genomför mer korrekta DRG-registreringar eller om det föreligger någon form av manipulering (Landstingsrev. rapport 2003). Enligt revisorerna är det inget som direkt talar för att ett felaktigt registreringsbeteende skulle äga rum utan istället kan glidningen återspegla att S:t Göran utvecklat mer avancerade rapporterings- och kontrollrutiner än övriga sjukhus. En annan möjlig förklaring som förs fram är dock att S:t Göran utnyttjar det tolkningsutrymme som finns inom DRG-systemets regelverk på ett mer medvetet sätt än andra sjukhus.

## **8.10. Läkarnas roll**

Både beställare, sjukhusledning och läkare pekar på att det finns stora brister i DRG-systemet vad det gäller dess förmåga att åstadkomma korrekta kostnadsbeskrivningar av olika behandlingar (Intervjusvar). En väsentlig fara utgörs vidare av att läkarna anser att systemet är manipulerbart, dels pga. av att det är svårt att överblicka samt dels genom att det inte ger en rättvisande kostnadsbild. *"Det finns risk för att kostnader flyttas mellan kliniker och DRG-grupper, vilket i förlängningen kan leda till ytterligare skevheter i kostnadsstrukturen"* (Intervjusvar 5).

Därtill har läkarna kännedom om vilka patientgrupper som i allmänhet är mer lönsamma än andra. Den väsentliga frågan är om det är önskvärt att läkarna har denna kännedom då detta möjliggör förekomsten av de beteenderisker som Ma och Ellis modellerar samt manipuleringar av DRG-registreringen. En ytterligare fara i detta sammanhang utgörs av att beställaren uttrycker att läkarna har ett stort informationsövertag varigenom det är svårt att kontrollera felaktiga beteenden. Detta kräver *"...i princip kontroll av samtliga journaler samt kunskap som endast läkarprofessionen besitter"* (Intervjusvar 1).

Läkarna är även kritiska till att en mängd insatser som rehabiliteringsåtgärder och omvårdnadsinsatser inte speglas i ersättningssystemet (Intervjusvar 5,6,7). Det finns härigenom en fara i att utforma starka incitament i en dimension som är enklare att mäta i överensstämmelse med fleruppgiftsmodellen.

Den övergripande frågan gäller dock hur beställaren skall förvissa sig om att läkaren agerar kostnadsmedvetet vid en övergång till prospektiv ersättning inom Stockholmsmodellen. Enligt ovan ses läkaren som en perfekt agent inom hälsoekonomi då denna väger det sociala värdet av vinst till sjukhusledningen lika med fördelarna av behandlingen för patienten. Hur påverkas i sin tur denna avvägning av de ersättningssystem som gällt i Stockholmsmodellen? Vid rörlig prospektiv ersättning ges incitament till att hålla nere kostnaderna per patient då ersättningen ligger fast oberoende av de insatser som utförs. Härigenom undviks situationen vid full kostnadstäckning då såväl läkare som patient har ett intresse av så många behandlingar som möjligt utförs då finansiären (beställaren) är motpart. Det finns således risk för att denna ersättningsform istället skapar tidigare nämnda beteenderisker och att dessa kan förstärkas i takt med allt hårdare kvar på överskott från sjukhusledningens sida.

Vid intervjuerna framstår det som att sjukhusledningen inom S:t Görans utövat kraftigare påtryckningar på läkarna att agera kostnadsmedvetet än vid de övriga ägar- och driftsformerna. Det finns dock inget som tyder på att detta skulle ha medfört en ökning av dysfunktionella beteenden i form av vidareremittering, underbehandling eller selektering. Detta ökande kostnadstryck kan även vara positivt då läkaren ständigt skall göra en avvägning mellan kostnader och behandlingseffektivitet. En fara utgörs dock av att läkarna maximerar antalet registreringsgivande insatser, då detta till viss del är i både sjukhusledningens och patientens intresse. Denna risk står vidare i proportion till DRG-systemets manipulerbarhet, läkarnas informationsövertag och hur vinstorienterade sjukhusledningen är. För sjukhusledningens del kan ökade vinster vid rörlig prospektiv ersättning uppnås genom att samma ersättning erhålls till lägre resursinsats. För patientens del kan även visst utrymme för extra insatser skapas. Det väsentliga är vidare att denna form av dysfunktionellt beteende inte påverkar kvaliteten i insatserna för patientens del. Det är dock inte möjligt att fastslå om S:t Görans större DRG-glidning bottnar i ett mer korrekt registreringsbeteende eller i någon form av manipulering.

Att en fast ersättning utgår för produktion upp till en viss poäng förändrar vidare inte denna risk då ökad vinst även kan uppkomma genom en ökning av antalet registreringsgivande insatser. De striktare produktionstaken kan dock tänkas minska risken för dysfunktionella drivkrafter då taken försvårar för en ökning av volymen i vinstmaximerande syfte. Den främsta garanten för att höga kvalitetsnivåer upprätthålls är dock den enskilde läkaren. Enligt prioriteringsdelegationen är exempelvis kostnadsmedvetenhet underordnad de övriga två principerna om vård på lika villkor och att den som har störst behov skall få vård först. Vi har tidigare pekat på att olika etiska och legala aspekter har stor betydelse för läkarnas yrkesutövning. Läkarna styrs härav delvis av ett utomliggande normsystem som i sin tur utgör ett fundament inom kvalitetsstyrningen. Läkarna kan härmed i viss utsträckning sägas internalisera de negativa effekter som prospektiv ersättning kan ha på kvaliteten.

## 8.11. Samlad bedömning av modellen

Vid en jämförelse med den tidigare s.k. integrerade landstingmodellen så har Stockholmsmodellen inneburit ett väsentligt ökat inslag av marknadsmekanismer inom den akutsomatiska vården. Till skillnad från den tidigare relativt starka centrala styrningen över resurstilldelning, produktionskapacitet och konsumtionsval har det till att börja med åstadkommit en betydande decentralisering via den kontraktsstyrning som sker inom B/U-modellen. Dessutom har det skett privatiseringar av såväl produktions- som konsumtionsbeslut. En väsentlig del i modellen utgörs av att producenternas ansvar avgränsats och inriktats på att skapa inre effektivitet. Sammantaget innebär det att den politiska detaljstyrningen minskat och enskilda aktörer i form av producenter och konsumenter har givits större inflytande över vårdutformningen.

Det föreligger dock stora tveksamheter kring om det skapats en intern sjukvårdsmarknad i enlighet med de ambitioner som ställdes upp vid modellens införande. Idag sker istället en återgång mot tidigare former av styrsystem. Detta illustreras tydligt via den förändring av ersättningssystemets utformning som ägt rum. Frågåendet av en enhetlig prospektiv ersättning utan produktionstak till en differentierad ersättning baserad på sjukhusen självkostnader och med relativt fasta tak för vårdvolymen utgör en återgång mot tidigare former av budgetstyrning. Till viss del kan även den slutgiltiga ersättningen som utgått till sjukhusen karakteriseras som full kostnadstäckning då underskott kontinuerligt hanterats av landstinget.

Idag består den prospektiva karaktären av ersättningssystemet istället främst i säkerställandet av att en viss nivå av prestationer utförs inom sjukvården. Modellen påminner således under senare tid mest om en planerad marknad, som i sin tur utgör ett mellanting mellan de tidigare nämnda idealtyperna för ekonomiska koordineringssystem bestående av marknad och hierarki. De politiska organen ansvarar således för den övergripande styrningen av vårdens inriktning och omfattning. Marknadskrafterna i form av kontraktsstyrning, prospektiv ersättning och valfrihet bidrar å sin sida med ett marknadsligt informationsbyte mellan de olika aktörerna inom B/U-modellen. Utvecklingstendenserna inom modellen leder således till frågan varför det skett ett frågående av den mer marknadslikna situation som var gällande vid modellens införande.

Det är inledningsvis viktigt att påpeka att den grundläggande inriktningen av vården påverkats av skiftande politiska majoriteter inom landstingstyrelsen. En bredare politisk uppslutning kring ambitionerna i modellen kan därför ses som en grundförutsättning för att en fungerande marknad skall kunna skapas inom sjukvården.

En annan väsentlig förklaring som behandlats i uppsatsen är att starka incitament i form av rörlig prospektiv ersättning medfört att risken för att den totala vårdproduktionen inte skulle rymmas inom budgetramen ansetts som för stor hos beställaren. Förvärrandet av det totala kostnadsproblemet har medfört att beställaren främst tvingats värna om kostnadskontrollen. Detta beteende kan i sin tur botten i att det inledande ersättningssystemet, ämnat för priskonkurrens, inte förmådde skapa en kontinuerlig kostnadspress hos sjukhusen varigenom incitament för kontinuerliga volymökningar inte behövt föranleda en samlad ökning av



totalkostnaderna. Ändamålsenligheten av denna ersättningsform är dock i sin tur beroende av att det samtidigt åstadkoms övergripande strukturförändringar i syfte att begränsa totalkapaciteten. Dessa kan antingen äga rum i form av sammanslagningar eller genom att ineffektiva enheter läggs ner till följd av att de slås ut på marknaden.

Det finns i sin tur en rad olika förklaringar till frånvaron av skapandet av en kontinuerlig kostnadspress mot den långsiktigt optimala kostnadsstrukturen. En orsak utgörs av bristande incitament till överskott då sjukvårdsproducenterna till övervägande del inte varit orienterade mot vinstintresse. Detta är exempelvis ett grundläggande antagande i Shleifers modell kring yardstick competition. I själva verket kan även styrkan i incitamenten för att nå ekonomisk balans ifrågasättas till följd av att den svaga ägarstyrningen som gestaltat sig i en brist på tydliga resultatmål och att underskott kontinuerligt skrivits av. Detta har påverkat kostnadsmedvetenheten inom de förvaltningsdrivna sjukhusen såväl som de landstingsägda bolagiserade sjukhusen i negativ riktning. De mesta talar för att de bolagiseringar och privatiseringar som ägt rum medfört ett ökat kostnadsmedvetande.

En ytterligare bakomliggande förklaring som försvårat utveckling mot en priskonkurrens är att ersättningssystemet, främst baserat på en enhetlig prospektiv ersättning via genomsnittliga DRG-priser, inte i tillräckligt stor utsträckning beaktat mer eller mindre exogena kostnadskillnader mellan de olika utförarna. Sjukhusen har härigenom inte haft samma möjligheter att anpassa sig till den enhetliga prissättningen. Detta har i sin tur skapat bristande tilltro till en central del av regelverket hos utförarna. Åstadkommandet av en förbättrad och enhetlig redovisning tillsammans med utvecklandet av ersättningsformer som i större utsträckning tar hänsyn till svårpåverkade skillnader i sjukhusens kostnadsstruktur kan härigenom ses som förutsättningar för skapandet av en fungerande form av priskonkurrens mellan producenterna. Därtill finns tveksamheter kring om nödvändiga strukturbeslut i syfte att kontrollera kapacitetsutvecklingen i tillräcklig utsträckning ägt rum inom Stockholmsmodellen. Klart är dock att dessa inte bottnat i strikta effektivitetsöverväganden. Istället framstår det som att de långsiktiga investeringar som gjorts inom vissa verksamheter ansetts som väsentligare från beställarens sida än den faktiska sjukvårdsproduktionen som ägt rum på de avvecklade sjukhusen.

En central del i modellen är vidare åstadkommandet av ett mer avgränsat producentansvar och skapandet av en ökad mångfald av aktörer inom vården. Hur har de olika ägar- och driftsformerna påverkat de olika aktörernas agerande inom modellen och förutsättningarna för skapandet av en fungerande konkurrensmarknad? Ett sätt att besvara denna fråga är att studera de risker som de olika drifts- och ägarformerna ger upphov till för beställaren och vilka i sin tur bottnar i de grundläggande förutsättningar som omgärdar de olika drifts- och ägarformerna.

Då landstinget står som ägare av förvaltningarna och de landstingsägda bolagen medför detta att de avtal som tecknas mellan beställare och utförare i dessa fall inte är civilrättsligt juridiskt bindande. Detta kan utgöra en fördel för beställaren då det finns utrymme att på informell väg anpassa utförarnas agerande till förändrade omständigheter på marknaden vad avser mål som åstadkommandet av kostnadskontroll. Införandet av olika former av volymrestriktioner och att DRG-glidning upphört att vara ersättningsberättigande utgör exempel på nyttjandet av denna

möjlighet inom Stockholmsmodellen. Å andra sidan finns risk för att ägaransvaret föranleder försämrad kostnadsmedvetenhet hos dessa utförare då aktörerna inom sjukhusen vet med sig att landstinget, som ägare, måste ta det slutgiltiga ansvaret för deras ekonomiska situation. Utvecklingen i Stockholmsmodellem visar tydliga prov på denna risk till följd av att beställaren i liten utsträckning ställt krav på beteendeanpassning hos sjukhusen utifrån deras ekonomiska agerande. Landstingets agerande påminner i detta avseende om den mjuka budgetrestriktionen som skapade svag kostnadsmedvetenhet under den tidigare s.k. integrerade landstingsmodellen.

Vid kontraktstyrning med S:t Görans sjukhus är det ur beställarens synpunkt svårare och mer kostsamt att åstadkomma anpassningar till förändrade omständigheter då detta kräver formella omförhandlingar och eventuella tvister kan till slut bli föremål för civilrättsliga juridiska processer. Å andra sidan är risken för att beställaren behöver gå in och täcka eventuella underskott väsentligt mindre. S:t Görans måste istället på egen hand svara för bolagets långsiktiga överlevnad då de är fullt ansvariga för sina egna förluster. Detta självständigare ekonomiska ansvar avspeglas bl. a. i utformandet av en tydligare ekonomisk kravbild från sjukhusledningens sida, utvecklandet av mer detaljerade och avancerade ekonomistyrningssystem samt att kostnadsmedvetenheten i större utsträckning spridits bland de anställda än vad som varit fallet vid de övriga ägar- och driftsformerna. Ses till den tidigare studerade teorin kring betydelsen av äganderätten så ges här stöd för att incitamenten för kostnadsbesparingar varit starkare hos den privata utföraren.

Denna teori pekar vidare på att incitamenten för kostnadsbesparingar kan vara alltför starka vid privat drift och att privata utförare dessutom inte beaktar de negativa konsekvenser som kostnadsbesparingar kan medföra på kvalitetsnivån i samma utsträckning som offentliga utförare. Ur beställarens synvinkel kan detta ses som att denne möter en större kvalitetsrisk vid privat drift. Frågan är dock om erfarenheterna från modellen ger stöd åt teorins stipulationer avseende kvalitetsutvecklingen. En närbesläktad fråga gäller om införandet av vinstmotiv inom vården lett till ett frångående av principen om vård på lika villkor.

Vad gäller kvalitetsutvecklingen har vi inte funnit stöd för att denna på ett signifikant sätt skiljer sig mellan de olika ägar- och driftsformerna. Vi har exempelvis inte funnit att S:t Görans i större utsträckning påvisat de olika beteenderiskerna i form av att vidareremittera, underbehandla eller selektera patienter. En förklaring är här att läkarprofessionen utgör en stark motvikt mot att alltför kraftiga incitament för kostnadsbesparingar medför negativa effekter på kvaliteten. Läkaren kan istället med rätta även ses som en agent åt patienten. Läkarna styrs således till viss del även av ett eget normsystem som medför att de i stor utsträckning internaliserar de extra eventuella negativa effekter som vinstmotiv kan skapa på kvalitetsutvecklingen i vården. Det är således väsentligt att teorier inom detta område inkluderar att det är läkarna på basnivå som står för det slutgiltiga beslutsfattandet i vården. Den högre DRG-glidningen hos S:t Görans kan dock ses som ett utslag för en kraftigare vinstorientering då detta möjliggör att sjukhuset når samma ersättning men med lägre reell produktionsinsats. Väsentligt är här att detta inte innebär att kvaliteten i insatserna för den enskilde patienten skulle vara lägre. Istället utgör detta beteende en fara för att allt färre prestationer genomförs inom vården, vilket i sin tur måste beaktas vid produktivitetjämförelser mellan sjukhusen.

Det kan dock inte fastställas om S:t Görans högre DRG-glidning bottnar i ett mer korrekt registreringsbeteende eller om vinstmotivet medför att de i större utsträckning nyttjar det tolkningsutrymme som finns inom regelverket. Klart är dock att ett införande av vinstintresse inom vården skapar vissa risker. Kraven på att beställaren utformar stabila och ändamålsenliga incitamentsstrukturer via avtal och ersättningsformer ökar sålunda, då dessa avtal är mer långsiktiga och genererar sämre anpassningsförmåga än vid offentliga utförare. Att införandet av vinstintresse inom den akutsomatiska vården i Stockholm lett till ett frångående av principen om vård på lika villkor bedöms dock här som liten. Privatfinansierad vård förekommer i mycket liten utsträckning och det är lagstiftarens ansvar att avgöra om denna möjlighet skall kvarstå för privata utförare. Vinstintresset kan istället ha en positiv inverkan på flera plan. Ett exempel utgörs av att det är centralt vid åstadkommandet av en kontinuerlig kostnadspress enligt den utformning ersättningssystemet hade vid modellens införande.

På ett samlat plan framstår det istället som att införandet av prospektiv ersättning, då denna ger incitament till att hålla nere kostnaderna per patient hos alla utförare, har haft större betydelse för kvalitetsutvecklingen än förekomsten av ett privatiserat produktionsbeslut. Detta är i överensstämmelse med teorier som pekat på risker för kvalitetsförsämringar vid avsaknad av konkurrens mellan sjukhusen om att behandla patienter. Inledningsvis framstår det som att kvalitetsnivån försämrades något inom Stockholmsmodellen i jämförelse med andra landsting som inte infört prospektiv ersättning. Därefter är kvalitetsutvecklingen mer svårbedömd. Idag framstår det som att denna inte skiljer sig från riksgenomsnittet. Det är dock svårt bedöma vilken betydelse som frångåendet av ett ersättningssystem med starka effektiviseringsincitament till dagens allt mer budgetorienterade finansieringssystem haft för denna utveckling.

Avslutningsvis är det intressant att utifrån erfarenheterna av Stockholmsmodellen bedöma vilken av de tidigare nämnda idealtyperna av koordineringssystem för ekonomisk aktivitet som är mest lämpad inom akutsjukvården i Stockholm. Den s.k. traditionella integrerade landstingsmodellen, vilken i stor utsträckning kan ha sin plats inom planeringsdimensionen, var bristfällig på en rad plan, främst vad avser skapandet av alltför svaga incitament för effektiviseringar och åstadkommandet av ökad tillgänglighet samt möjligheter för patienterna att påverka vårdens utformning.

Erfarenheterna från Stockholmsmodellen visar dock att marknadsdimensionen även har tydliga begränsningar. En strikt tillämpning av marknadsmekanismer och konkurrens riskerar exempelvis att gå ut över de samverkanskrav mellan akutsjukhusen och andra delar av vårdkedjan som ingår i sjukhusen uppdragsbeskrivningar. Vi har vidare pekat på att det finns frågetecken kring i vilken utsträckning som patienternas valfrihet utgjort ett reellt påverkansverktyg på aktörerna inom vården till följd av den höga andelen akut vård. Enkätstudier med patienter pekar därtill på att en relativt liten del av patienternas val grundats i bedömningar kring producenternas kvalitetsnivå. Erfarenheterna från utformningen av ersättningssystemet visar även att det är svårt att uppskatta utförarnas produktivitet och härigenom utforma ersättningssystem som tar hänsyn till mer eller mindre svårpåverkbara faktorer i sjukhusens kostnadsstruktur. Vidare föreligger informationsasymmetrier varigenom ett flertal aktörer inom vården uttryckt att de befinner sig i ett informationsunderläge

gentemot läkarna. Därtill kan det krävas långtgående samarbete och informationsutbyte mellan beställare och producent för att möjliggöra långsiktiga investeringar. Slutligen måste beaktas att de administrativa kostnaderna kan ha stigit i takt med att mer sofistikerade styrningsmodeller införts samt till följd av att den politiska styrningen distanseras.

Införandet av marknadsmekanismer och konkurrens har dock även medfört flera positiva aspekter. De ökar informationen kring det som produceras inom vården samt möjliggör förbättrade produktivitetjämförelser vilket i förlängningen kan ligga till grund för effektiviseringar. Marknadskrafterna genererar således information som kan leda till utvecklandet av en förbättrad beställarkompetens vilket i sin tur kan ta sig uttryck i utformningen av mer ändamålsenliga kontrakts- och ersättningsformer. Valfrihet utgör därtill en väsentlig del i tillmötesgåendet av patienternas ökade krav på inflytande och delaktighet. Härigenom utgör denna en central del i arbetet med att stärka patientens ställning. Slutligen skapar en ökad mångfald av producenter stimulans till utveckling via jämförelser av arbetsprocesser och strukturer.

Sammantaget pekar detta på att ett mellanting mellan marknad och planering kan vara fördelaktigt vid utformandet av kommande styrsystem inom akutsjukvården i Stockholm. En rad olika aspekter talar för detta. Sjukvårdsmarknaden präglas av relativt stor osäkerhet exempelvis vad avser bedömning av kvaliteten i sjukvårdsinsatserna. Erfarenheter tyder även på att en minskad bokstavstolkning och ökat förtroende mellan parterna är väsentligt för att åstadkomma en gynnsam utveckling inom vården. Troligt är därför att marknadsmekanismer även framgent har en väsentlig del i skapandet och underlättandet av att en effektiv sjukvård kommer till stånd i Stockholm. För att utvidga den statliga utredningens bedömning kring privata aktörers roll inom vården så är frågan idag inte om marknadsmekanismer i form av konkurrens och privatiseringar skall vara en del inom vården utan snarare hur stor denna roll skall vara.

## 9. Sammanfattning

Införandet av Stockholmsmodellen har inneburit ett väsentligt ökat inslag av marknadsmekanismer inom den akutsomatiska vården. Det har åstadkommit betydande decentraliseringar via den kontraktsstyrning som sker inom B/U-modellen. Dessutom har det skett privatiseringar av såväl produktions- som konsumtionsbeslut. Sammantaget innebär det att den politiska detaljstyrningen minskat och enskilda aktörer i form av producenter och konsumenter har givits större inflytande över vårdutformningen.

Det föreligger dock stora tveksamheter kring om det skapats en intern sjukvårdsmarknad i enlighet med de ambitioner som ställdes upp vid modellens införande. Idag sker istället en återgång mot tidigare former av styrsystem. Frågåendet av en enhetlig prospektiv ersättning utan produktionstak till förmån för en differentierad ersättning baserad på sjukhusens självkostnader och med relativt fasta tak för vårdvolymen utgör en väsentlig tillbakagång mot tidigare former av budgetstyrning. Det ställer frågan kring varför det skett ett frågående av den mer marknadslikna situationen som var gällande vid modellens införande.

En viktig förklaring är att starka incitament i form av rörlig prospektiv ersättning medfört att risken för att den totala vårdproduktionen inte skulle rymmas inom budgetramen ansetts som för stor hos beställaren. Detta beteende kan i sin tur böttna i att det inledande ersättningssystemet, ämnat för priskonkurrens, inte förmådde skapa en kontinuerlig kostnadspress hos sjukhusen. Vilka förklaringar finns till denna utveckling?

En orsak utgörs av bristande incitament till överskott då sjukvårdsproducenterna till övervägande delen inte varit orienterade mot vinstintresse. I själva verket kan även styrkan i incitamenten för att nå ekonomisk balans ifrågasättas. En ytterligare förklaring är att ersättningssystemet inte i tillräckligt stor utsträckning beaktat mer eller mindre exogena kostnadsskillnader mellan de olika utförarna. Sjukhusen har härigenom inte haft samma möjligheter att anpassa sig till den enhetliga prissättningen. Därtill är det tveksamt om nödvändiga strukturbeslut i syfte att kontrollera kapacitetsutvecklingen i tillräcklig utsträckning ägt rum inom Stockholmsmodellen. Klart är dock att dessa inte bottnat i strikta effektivitetsöverväganden.

Hur har de olika ägar- och driftsformerna påverkat de olika aktörernas agerande inom modellen och förutsättningarna för skapandet av en fungerande konkurrensmarknad? Ses till teorin kring betydelsen av äganderätten så ges stöd för att incitamenten för kostnadsbesparingar varit starkare hos den privata utföraren. Vad gäller kvalitetsutvecklingen har vi dock inte funnit stöd för att denna på ett signifikant sätt skiljer sig mellan de olika ägar- och driftsformerna. Vi har exempelvis inte funnit att S:t Görans i större utsträckning uppvisar olika beteenderisker i form av att vidareremittera, underbehandla eller selektera patienter. En förklaring är här att läkarprofession utgör en stark motvikt mot att alltför starka incitament för kostnadsbesparingar medför negativa effekter på kvaliteten.

Den högre DRG-glidningen hos S:t Göran kan dock ses som ett utslag för en kraftigare vinstorientering då detta möjliggör att sjukhuset når samma ersättning men med lägre reell produktionsinsats.

På ett samlat plan förefaller det istället som att införandet av prospektiv ersättning har haft större betydelse för kvalitetsutvecklingen än förekomsten av ett privatiserat produktionsbeslut. Inledningsvis framstår det som att kvalitetsnivån försämrades något inom Stockholmsmodellen i jämförelse med andra landsting som inte infört prospektiv ersättning. Därefter är kvalitetsutvecklingen mer svårbedömd. Idag framstår det som att denna inte skiljer sig från riksgenomsnittet.

Avslutningsvis är det intressant att bedöma vilken av de tidigare nämnda idealtyperna av koordineringssystem för ekonomisk aktivitet som är mest lämpad inom akutsjukvården i Stockholm. Erfarenheterna från Stockholmsmodellen visar att marknadsdimensionen har tydliga begränsningar. En strikt tillämpning av marknadsmekanismer och konkurrens riskerar exempelvis att gå ut över samverkanskrav mellan akutsjukhus och andra delar av vårdkedjan. Införandet av marknadsmekanismer och konkurrens har dock även inneburit flera positiva aspekter. De ökar informationen kring det som produceras inom vården samt möjliggör förbättrade produktivitetjämförelser. Sammantaget pekar detta på att ett mellanting mellan marknad och planering kan vara fördelaktigt vid utformandet av kommande styrsystem inom akutsjukvården i Stockholm.

## 10. Källförteckning

- Andersson, F. (2002), *Konkurrens på kommunala villkor*, Svenska kommunförbundet, Stockholm
- Andersson, F. (2001), *Marknadens logik och byråkratins*, i Söderström m. fl. (2001), *Privatiserings gränser*, SNS Förlag, Stockholm
- Anell, A. (1994), *Sjukhusens kontrakt – från anslag till intäkter*, SNS Förlag, Stockholm
- Arrow, K. J. (1963), *Uncertainty and the Welfare economics of medical care*, American Economic Review, Vol. 53, No.5, 941-973
- Barnum, H., J. Kutzin & H. Saxenian, (1995), *Incentives and provider payment methods*, Departement of Human Capital and Operations Policy at The World Bank, Working paper, No. 51
- Beställarkontor vård, (2003a), *Uppdrag och relationer*, Stockholms läns landsting
- Beställarkontor vård, (2003b), *Årsredovisning 2003*, Stockholms läns landsting
- Beställarkontor vård, (2002), *Befolkningens syn på vården 2002*, Stockholms läns landsting
- Bäck, H. & A. Gröjer, (1994), *Stockholmsmodellen och vårdens kvalitet*, Företagsekonomiska institutionen Stockholms universitet, Stockholm
- Carpentier, C. & L. Samuelson, (1999), *Effekter av en sjukvårdsreform*, Nerenius & Santéus Förlag AB, Stockholm
- Cooper, R. & P. Schindler, (2001), *Business Research Methods*, McGraw-Hill, Singapore
- Culyer, A. J. m.fl. (1992), *Svensk sjukvård - bäst i världen?* SNS Förlag, Stockholm
- Dahlgren, G. (1994), *Framtidens sjukvårdsmarknader: vinnare och förlorare*, Natur och Kultur i samarbete med institutet för framtidsstudier, Stockholm
- Dahlström, A. & D. Ramström, (1995), *Stockholmsmodellen*, Spris förlag, Stockholm
- Dixit, A. (2000), *Incentives and organizations in the public sector: An interpretative review*, Manuscript, Princeton University
- Domberger, S. & P. Jensen, (1997), *Contracting out by the public sector: Theory, evidence and prospects*. Oxford Review of Economic Policy, Vol.13, No.4 67-78
- Ellis, P, S. & T. G. McGuire, (1986), *Provider behaviour under prospective reimbursement*, Journal of Health Economics, Vol. 5 , No. 2, 129-151

- Ellis, P, S. (1998), *Creaming, skimping and dumping: Provider competition on the intensive and intensive margins*, Journal of Health Economics, Vol. 17, No. 5, 537-555
- Engel, G. (2000), *Akutsjukvårdens ersättningssystem i Stockholm*, Vårdens Ägarformer – vinst och demokrati 2000: 8
- Folland, S., A. C. Goodman, & M. Stano (1997), *The economics of health and health care*, Prentice Hall, 2001
- Glaeser, E. & A. Shleifer, (1998), *Not for profit Entrepreneurs*, Journal of Public Economics, Vol. 81, 99-115
- Hallin, B. & S. Sviverbo, (2003), *Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård*, Studentlitteratur, Lund
- Hart, O., Shleifer, A. & Vishny, R. (1996), *The Proper Scope of Government: Theory and an Application to Prisons*, Quarterly Journal of Economics, vol. 112, no. 4, November 1997, 1127-61
- Holme, I. & B. Solvang, (2001), *Forskningsmetodik*, Studentlitteratur, Lund
- Holmström, B. & P. Milgrom, (1991), *Multitask principal-agent analyses: Incentive contracts, asset ownership, and job design*, Journal of Law and Economics and Organization Vol. 7, 24-52
- Hälso- och sjukvården i Stockholms län 2003 (2003), Stockholms läns landsting
- Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)
- Jonsson, E. (1994), *Har den s.k. Stockholmsmodellen genererat mer vård för pengarna? : en jämförande utvärdering*, Institutet för kommunal ekonomi, Stockholm
- Jonsson, E (1993), *Konkurrens inom sjukvården*, Spris Förlag, Stockholm
- Jönsson, B. (2002), *Marknader, ägandeformer och styrning inom vården*, Bilaga 4 i SOU 2002:31, Fritzes Förlag, Stockholm
- Konsultrapport (1999), *Vad tycker du om sjukvården? Jämförelse mellan 1992, -94, -97 och -99 års kirurgi- och ortopedienkäter*, Vårdvärdering nr 20, Inregia AB, På uppdrag av Stockholms läns landsting
- Landstingsrevisorerna (2003), *Jämförelser av sjukhusens effektivitet – Etapp2*, Rapport nr 03:10, Stockholms läns landsting, Revisionskontoret
- Landstingsrevisorerna (2002a), *Hälso- och sjukvårdens ersättningssystem*, Rapport 02:23, Stockholms läns landsting, Revisionskontoret



- Landstingsrevisorerna (2002b), *Fortsatt avtalsuppföljning; S:t Görans Sjukhus*, Rapport 02:21, Stockholms läns landsting, Revisionskontoret
- Landstingsrevisorerna (2001a), *Jämförelser av sjukhusens effektivitet - Etapp 1*, Rapport 01:32, Stockholms läns landsting, Revisionskontoret
- Landstingsrevisorerna (2001b), *Uppföljning och granskning av avtalen om nyttjandet av S:t Görans sjukhus*, Rapport 01:23, Stockholms läns landsting, Revisionskontoret
- Landstingsrevisorerna (1998), *Ersättningssystemen I 1998 års avtal mellan So:na och akutsjukhusen*, Rapport 98:18. Stockholms läns landsting, Revisionskontoret
- Lundbäck, M. (2000), *Asymmetric Information and The Production of Health*, Lund Economic Studies, Lund
- Lundbäck, M. & D. Staib (1998), *Reimbursement of Hospital services and hospital financing*, In Regulation of health : case studies of Sweden and Switzerland (red.) Zweifel. P., C. H. Lyttkens, & L. Söderström, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht
- Lyttkens, C. H. (1994), *Avreglering av svensk sjukvård: seglats på öppna men stormiga hav?*, Collin, S-O. & L. Hansson, (red.), *Kommuner och Landsting i förändring*, Studentlitteratur, Lund
- Ma, C. A. (1994), *Health care payment systems: Cost and quality incentives*, Journal of Economics and Management, Vol. 3, No. 1, 93-112
- Newhouse, J. P. (1996), *Reimbursing health plans and health providers: Efficiency in production versus selection*, Journal of Economic Literature, Vol. 34, September, 1236-1263
- Olofsson, S. (2001), *Styrning av vårdproduktion i Stockholm*, Landstingsrevisorerna, Stockholms läns landsting, Revisionskontoret
- Svalander, P. A. (2001), *Om det finnes en ägare*, Landstingsrevisorerna, Stockholms läns landsting, Revisionskontoret
- Shleifer, A. (1985), *A Theory of Yardstick Competition*, RAND Journal of Economics, Vol. 16, no. 3, Autumn, 319-27
- Socialstyrelsen (1995), *Den planerade marknaden. Om nya styrformer i hälso- och sjukvården*, Socialstyrelsen 1995:7
- Svensson, H. & L. Garelius, (1994), *Har ekonomiska incitament påverkat läkarnas beslutsfattande? : utvärdering av Stockholmsmodellen*, Spri rapport 392, Stockholm
- Söderström, L. m. fl. (2001), *Privatiserings gränser*, SNS Förlag, Stockholm

Vinst för vården (2002a), SOU 2002:31, Fritzes Förlag, Stockholm

Vårda vården (2002b), SOU 2003:23, Fritzes Förlag, Stockholm

Vårdens svåra val (1995), SOU 1995:5, Fritzes Förlag, Stockholm

Walsh, K. (1995), *Public Services and Market Mechanism*, MacMillan Press Ltd, London

Williamson, O. (1998), *Public and private bureaucracies: A transaction cost economics perspective*, Journal of Law, Economics and Organization, Vol. 15, 306-42

Williamson, O. (1996), *The mechanisms of governance*, Oxford University Press, New York

Zweifel, P. & F. Breyer, (1997), *Health Economics*, Oxford University press, Oxford

### **Avtal**

1. Avtal avseende akutsjukvård mellan Södersjukhuset AB och Stockholms läns landsting 2003
2. Avtal avseende akutsjukvård mellan Södertälje sjukhus Stockholms läns landsting 2003

*St: Görans Sjukhus:*

3. Aktieöverlåtelseavtal 1999
4. Förlängningsöverenskommelse 2000
5. Överenskommelse 1999

### **Intervjuer**

1. Olle Olofsson, Sjukvårdsdirektör, Beställarkontor vård, Stockholms läns landsting, 030611
2. Curt Brandt, Sjukvårdsdirektör, Södertälje Sjukhus, 030613
3. Piret Kaaman-Lepisk, Controller, Södersjukhuset, 030612
4. Thomas Phillip, Informationsansvarig, S:t Görans Sjukhus, 030612
5. Claes Falkenberg, Läkare, S:t Görans sjukhus, 030612
6. Eva Tillman, Läkare, Södersjukhuset, 030612
7. Håkan Götmark, Läkare, Södertälje Sjukhus, 030613
8. Birgitta Viklund, Sjukvårdsdirektör, Ystad-Österlens sjukvårdsdistrikt, Region Skåne, 030522