



EKONOMIHÖGSKOLAN
Lunds universitet

Nationalekonomiska Institutionen
Lunds Universitet

Magisteruppsats, 10 poäng
September 2005

Vinsten av konkurrens

En analys av Stopplagens konsekvenser för
konkurrensen på sjukhusmarknaden

Författare: Cecilia Halldelius

Handledare: Carl Hampus Lyttkens

Sammanfattning

- Titel** Vinsten av konkurrens – En analys av Stopplagens konsekvenser för konkurrensen på sjukhusmarknaden.
- Författare** Cecilia Halldelius
- Handledare** Carl Hampus Lyttkens
- Datum** 2005-09-05
- Syfte** Uppsatsen har som syfte att utreda hur förändringarna av Hälso- och sjukvårdslagen, primärt vinstförbudet, kommer att påverka konkurrensen på den svenska sjukhusmarknaden.
- Metod** Uppsatsen baseras på litteraturstudier. Genom att kombinera teori och empiri rörande hälso- och sjukvårdsmarknaden, konkurrens och vinst skapas en bredare förståelse för de faktorer som är av vikt för det valda ämnet. Detta, i kombination med utredningar, betänkanden och slutligen den nya lagen, leder fram till en analys som utreder Stopplagens innebörd för konkurrensen på sjukhusmarknaden i Sverige.
- Slutsats** Min slutsats är att det är troligt att effekten av förändringen av Hälso- och sjukvårdslagen kommer att bli en lägre förekomst av konkurrens på sjukhusmarknaden.
- Nyckelord** konkurrens, konkurrensutsättning, hälso- och sjukvårdsmarknaden, Stopplagen, vinst

Innehållsförteckning

1 Inledning.....	4
1.1 Bakgrund	4
1.2 Syfte.....	4
1.3 Metod	5
1.4 Fokuseringsområde.....	5
1.5 Disposition	6
2 Marknadsspecifika faktorer.....	7
2.1 Hälsa- och sjukvårdsmarknaden.....	7
2.2 Tredjepartsfinansiering.....	9
2.3 Konkurrens.....	10
2.3.1 Konkurrensens effekter.....	10
2.3.2 Hinder för etablering	11
2.3.3 Ersättningssystem	12
2.4 Konkurrensutsättning	13
2.4.1 Kontrakt.....	14
2.4.2 Investeringar	15
2.4.3 Entreprenad.....	16
2.4.4 Effekter av konkurrensutsättning.....	16
2.5 Förekomsten av vinst.....	17
2.6 Undersökningar av vinst inom sjukvården.....	19
2.6.1 Söderström och Lundbäck	19
2.6.2 Rosenau och Linder	20
2.6.3 Sloan et al.	21
2.6.4 Hirth och Grabowski	22
3 Den svenska sjukvården.....	24
3.1 Hälsa- och sjukvårdssystemet	24
3.2 Ökade privata inslag inom sjukvården	25
3.3 En jämförelse mellan privata och offentliga alternativ	26
3.4 Privat sjukhusvård i Sverige.....	27
3.5 S:t Görans sjukhus.....	27
4 Stopplagen	30
4.1 Hälsa- och sjukvårdslagen.....	30
4.2 ”Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus”	30
4.2.1 Förbud mot vinst.....	31
4.2.2 Driften av regionsjukhus och regionkliniker	32
4.2.3 Offentlig finansiering	33

4.2.4 Sjukhus i offentlig drift.....	33
5 Analys.....	34
5.1 Effekter av vinstintressen.....	34
5.2 Konkurrensens betydelse	34
5.3 Konkurrens i dagens sjukvårdssystem	35
5.4 Stopplagens innebörd för de olika aktörerna.....	37
5.4.1 Sjukhus på entreprenad.....	37
5.4.2 Privatägda sjukhus.....	38
5.4.3 Offentliga sjukhus	38
5.5 Stopplagens implikationer för konkurrensen.....	39
5.6 S:t Görans sjukhus.....	40
5.7 Svensk sjukhusmarknad utan Stopplagen.....	41
6 Slutsats.....	42
Källförteckning.....	44
Publicerade källor	44
Elektroniska källor	46
Abstract.....	48

1 Inledning

1.1 Bakgrund

Regeringen beslutade år 2000 att tillsätta en utredning för att utreda hur privatiseringar och privata vinstintressen påverkar hälso- och sjukvården. Med denna utredning som grund har en förändring av hälso- och sjukvårdslagen utarbetats, vilken innebär en reglering av de villkor som gäller för driften av offentligt finansierade sjukhus. Orsaken till den ökade regleringen är att det anses finnas en risk ”att en intressekonflikt uppstår mellan marknadens aktörer och vårdbehövande, där ekonomiska resurser och ekonomiskt vinstintresse går före de medicinska behoven.”¹ Den nya lagen, ”Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus”, även kallad Stopplagen, träder i kraft den första januari 2006.²

I och med lagens införande upphör möjligheten för privata aktörer att bedriva sjukhus på entreprenad i vinstsyfte. Vidare innebär lagen bland annat att enbart offentlig finansiering får användas då sjukhus drivs på entreprenad, vilket exempelvis innebär att dessa sjukhus inte kommer att kunna ta emot försäkringspatienter^{3,4}.

1.2 Syfte

Att utreda hur förändringarna av Hälso- och sjukvårdslagen, primärt vinstförbudet, kommer att påverka konkurrensen på den svenska sjukhusmarknaden.

¹ Socialdepartementet *Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus* (2005) s. 7ff.

² www.riksdagen.se

³ Med försäkringspatienter menas patienter med privata sjukförsäkringar.

⁴ Socialdepartementet *Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus* (2005) s. 7ff.

1.3 Metod

Arbetet baseras på litteraturstudier där ett flertal källor används för att tillsammans skapa en djupare förståelse för de områden som berörs av förändringarna av Hälso- och sjukvårdslagen.

För att kunna svara på uppsatsens syfte ämnar jag redogöra för teorier kring hälso- och sjukvårdsmarknaden, konkurrens och vinst. Vidare kommer arbetet att ta upp befintliga empiriska studier och undersökningar som har gjorts inom dessa områden. En stor del av framförallt undersökningarna av vinst är baserade på amerikanskt material. Förklaringen är att de flesta länder enbart använder sig av en typ av sjukhus och att jämförelser mellan länder är svåra att göra. Den amerikanska hälso- och sjukvårdsmarknaden utgör ett undantag, vilket förklarar övervikten av studier från USA. På grund av de skillnader som existerar mellan länderna är det viktigt att ha i beaktande att de resultat som de amerikanska studierna presenterat, inte alltid kan appliceras rakt av på den svenska marknaden. Empirin kommer också att ta upp de utredningar och lagförslag som den nya lagen är baserad på.

1.4 Fokuseringsområde

Den nya lagen innehåller fyra delar av vilka jag har valt att främst fokusera på förbudet mot vinst. Jag kommer, i större eller mindre utsträckning, att redogöra även för övriga delar av lagen, men detta syftar framförallt till att ge en bakgrund och en kontext.

Förändringen av Hälso- och sjukvårdslagen kommer troligtvis att ha stor inverkan på hälso- och sjukvårdsmarknaden. Jag har här valt att främst fokusera på hur den nya lagen kan komma att påverka förekomsten av konkurrens.

Ämnesvalet har inneburit stora utmaningar vad gäller insamlandet av empiri då exempelvis antalet studier av sjukhusmarknaden är begränsat. Av denna anledning har jag valt att, utöver undersökningar av sjukhusmarknaden, även ta upp undersökningar av hälso- och sjukvårdsmarknaden.

Analysen kommer i slutet att ta upp exemplet S:t Görans sjukhus. Detta görs för att påvisa vilka konsekvenser den nya lagen kan komma att få för offentligt finansierade sjukhus i privat drift.

Givetvis finns ett flertal faktorer som berör driften och utvecklingen av den svenska sjukvården, inte minst rådande politiskt klimat. Dessa faktorer kommer dock inte att behandlas i uppsatsen då detta skulle leda till ett alltför omfattande utredningsarbete.

1.5 Disposition

Uppsatsen är uppdelad enligt följande princip; en inledning, ett utökad teoriavsnitt, ett empiriavsnitt och ett avslutande analysavsnitt, totalt sex kapitel.

I detta, det första kapitlet, återfinns bakgrund, syfte, metod, fokuseringsområde och disposition, vilka tillsammans utgör inledningen.

Det utökade teoriavsnittet består av kapitel två, vilket behandlar teorier rörande hälso- och sjukvårdsmarknaden, konkurrens och vinst. I detta kapitel redogörs även för ett antal studier och undersökningar inom nämnda områden.

Uppsatsens tredje och fjärde kapitel skapar tillsammans empiriavsnittet. Det tredje kapitlet ger en beskrivning av det svenska sjukvårdssystemet. I kapitlet ges även en mer utförlig beskrivning av S:t Görans sjukhus. Den underliggande logiken till detta är att jag senare använder mig av S:t Görans sjukhus för att exemplifiera konsekvenserna av den nya lagen. I det fjärde kapitlet redogör jag bland annat för innehållet i den nya lagen, samt för ett par av de utredningar och betänkanden som ligger till grund för lagen.

Analysavsnittet består av kapitel fem och sex, där kapitel fem utgörs av min analys. I detta kapitel diskuterar jag möjliga konsekvenser av den nya lagen för hälso- och sjukvårdsmarknadens olika aktörer. Fokus ligger på hur förbudet mot vinst kan komma att påverka förekomsten av konkurrens. I det avslutande kapitel sex formuleras en slutsats utifrån de resonemang som har förts i uppsatsen.

2 Marknadsspecifika faktorer

2.1 Hälsa- och sjukvårdsmarknaden

Marknaden för hälso- och sjukvård skiljer sig från den vanliga marknaden, vilket ger upphov till marknadsmisslyckanden. Enligt Jeremiah Hurley beror skillnaden dels på att efterfrågan på hälso- och sjukvård är ett *derived demand*, dels på förekomsten av *externaliteter*, *asymmetrisk information* och *osäkerhet*, begrepp som i detta kapitel kommer att diskuteras och förklaras. Dessa egenskaper förekommer även på andra marknader, men det är kombinationen av dem som gör att hälso- och sjukvårdsmarknaden skiljer sig från andra marknader.⁵

Michael Grossman diskuterade i sin artikel ”On the Concept of Health Capital and the Demand for Health” efterfrågan på hälso- och sjukvård. Hälsa- och sjukvård skiljer sig från andra varor då det inte är hälsa- och sjukvården som efterfrågas i sig, utan dess effekt på hälsan. Efterfrågan på hälso- och sjukvård är därigenom ett *derived demand*.⁶ Hälsa- och sjukvården har inte någon positiv effekt på individens nytta, utan kan tvärtom ha en negativ effekt.⁷

Ett vanligt exempel på hur hälso- och sjukvård ger upphov till *negativa externaliteter*, är vid vaccinering mot smittsamma sjukdomar. Genom att låta bli att vaccinera sig, riskerar individen inte bara sin egen, utan även andra individers hälsa. I och med att individen vid beslutet om att vaccinera sig eller inte, enbart utgår från den egna nyttan, kommer efterfrågan att bli lägre än vad som vore optimalt ur samhällets synvinkel.⁸ Hälsa- och sjukvård ger även upphov till *positiva externaliteter* bland annat genom att individer bryr sig om andra individers hälsa.⁹ Genom att exempelvis förbättra en viss del av hälsa- och sjukvården gynnas

⁵ Hurley, Jeremiah, *An Overview of the Normative Economics in the Health Sector* (2000) s. 67.

⁶ Grossman, Michael, *On the Concept of Health Capital and the Demand for Health* (1972) s. 224.

⁷ Hurley, Jeremiah, *An Overview of the Normative Economics in the Health Sector* (2000) s. 68.

⁸ Arrow, Kenneth, J., *Uncertainty and the welfare economics of medical care* (1963) s. 944.

⁹ Ibid. s. 954.

inte bara de individer vars hälsa blir bättre, utan även övriga individer genom att de bryr sig om de andras hälsotillstånd. Enligt Kenneth J. Arrow är det en av förklaringarna till varför individer ger donationer till hälso- och sjukvårdssektorn, och även till varför det ofta anses att staten bör ansvara för hälso- och sjukvården¹⁰.

Med *asymmetrisk information* menas att den ena parten har mer information, vilket ger en möjlighet att exploatera den andra parten. Problemet förekommer inom tre områden på hälso- och sjukvårdsmarknaden: mellan patienter och sjukvårdspersonal, mellan patienter och administratörer¹¹ och mellan sjukvårdspersonal och administratörer. Asymmetrisk information kan leda till höga transaktionskostnader på grund av kostnader för strukturering, kontroll och kontraktsskrivande (se kapitel 2.4.1). Samma problem finns inom den privata sektorn, men inte i samma utsträckning, då förekomsten av vinstmotiv ger ökade incitament till kostnadskontroll.¹² Problemet förekommer främst i relationen mellan patient och läkare. Marknadsmislyckandet beror på att den vård patienten köper skiljer sig från den vård patienten hade köpt, om han/hon hade haft samma information som läkaren¹³. Problemet med asymmetrisk information förvärras av att patienten ofta är under tidspress och därmed inte har möjlighet att jämföra olika alternativ, av att patienten befinner sig i en känslig situation och av att möjligheterna till ”learning-effects” särskilt vad gäller sekundärvård, är små. Det är även svårt att veta vad resultatet skulle ha blivit, utan vård.¹⁴

Osäkerhet förekommer, enligt Arrow, i två former på hälso- och sjukvårdsmarknaden. Dels förekommer en osäkerhet angående risken att bli sjuk eftersom framtida hälsotillstånd är svårt att förutsäga, dels förekommer en osäkerhet angående möjligheten till tillfrisknande då det särskilt vid mer allvarliga tillstånd finns en brist på erfarenhet. En viktig skillnad gentemot normala varor, är att effekten av osäkerheten för individens nytta är större, särskilt vid allvarliga sjukdomar.¹⁵

Hälso- och sjukvård är en service, vilket innebär att produkten är densamma som produktionsaktiviteten. Patienten har därmed inte möjlighet att i förväg prova produkten, vilket gör det nödvändigt med ett förtroende mellan läkare och patient.¹⁶ Hälso- och sjukvårdsmarknaden kännetecknas vidare av att både preferenser och produkter är heterogena vilket ger läkarna en viss marknadsmakt. Den ekonomiska teorin ger inget entydigt svar på

¹⁰ Arrow, Kenneth, J., *Uncertainty and the welfare economics of medical care* (1963) s. 954.

¹¹ Eller hälso- och sjukvårdssystem

¹² <http://econ.worldbank.org/view.php?type=5&confid=1552&id=1764>

¹³ Detta är inte detsamma som perfekt information

¹⁴ Hurley, Jeremiah, *An Overview of the Normative Economics in the Health Sector* (2000) s. 74.

¹⁵ Arrow, Kenneth, J., *Uncertainty and the welfare economics of medical care* (1963) s. 951f.

¹⁶ *Ibid.* s. 949f.

hur marknader med differentierade produkter ska behandlas. Det är exempelvis oklart vilken effekt konkurrens har på marknaden.¹⁷

2.2 Tredjepartsfinansiering

En viktig skillnad mellan hälso- och sjukvårdsmarknaden och en vanlig marknad är att konsumtion och finansiering är åtskilda. Istället för att marknaden består av två aktörer, köpare och säljare, består hälso- och sjukvårdsmarknaden av tre aktörer, köpare, säljare och finansiär. Systemet brukar benämnas tredjepartsfinansieringssystemet. Genom att patienten inte betalar för sin egen vård uppstår snedvridningar på marknaden och resultatet blir en högre kostnad än om patienten hade stått för hela vårdkostnaden själv. De ökade kostnaderna har två orsaker. Dels kommer patienten att efterfråga mer vård eftersom han/hon inte betalar hela kostnaden själv. Dels kommer läkaren, i vetskap om att patienten inte behöver stå för de ökade kostnaderna, öka kvantiteten och/eller höja priset. Tredjepartsfinansieringen leder därmed till överkonsumtion.¹⁸

Samma typ av problem förekommer på försäkringsmarknaden. Grunden är förekomsten av asymmetrisk information som orsakar problem med Moral Hazard.¹⁹ Problemet på försäkringsmarknaden är att försäkringstagaren, efter att ha tecknat en försäkring, kan ändra sitt beteende utan försäkringsbolagets vetskap och därigenom påverka sannolikheten för utfallet eller storleken på den försäkrade förlusten. Försäkringsbolagen använder sig därför av regleringar, inspektion och incitament.²⁰ Ett vanligt inslag på försäkringsmarknaden är exempelvis förekomsten av självrisk, där försäkringstagaren står för en del av kostnaden. På hälso- och sjukvårdsmarknaden används istället patientavgifter för att kontrollera storleken på efterfrågan.

¹⁷ Gaynor, Martin – Vogt, William, B., *Antitrust and Competition in Health Care markets* (2000) s. 1411f.

¹⁸ Hurley, Jeremiah, *An Overview of the Normative Economics in the Health Sector* (2000) s. 84.

¹⁹ Ibid. s. 84.

²⁰ Barr, Nicholas, *The Economics of the welfare state* (1993) s. 121f.

2.3 Konkurrens

Privatisering av offentlig verksamhet kan, enligt Fredrik Andersson, ske på tre sätt: genom privatisering av produktion, privatisering av konsumtion och privatisering av finansiering. Ett exempel på privatisering av produktion är då offentlig verksamhet läggs ut på entreprenad, vilket bland annat har skett inom äldreomsorgen. Vid privatisering av konsumtion ges konsumenterna möjlighet att välja mellan olika alternativ, exempelvis olika skolor, så kallat kundval²¹. Privatisering av konsumtion kan existera även utan förekomsten av privata alternativ.²² Vid privatisering av finansiering används exempelvis avgifter och försäkringspremier.²³

Då privatiseringar och dess effekt diskuteras är det viktigt att skillnad görs mellan effekter som uppstår på grund av privatiseringar och effekter som uppstår på grund av ökad konkurrens. Valet av driftsform är visserligen viktigt för resultatet, men förekomsten av konkurrens har en större betydelse. Förklaringen är att ”utan rimliga utsikter att ersättas av någon annan, är det ofta svårt att tygla privata potential för allmännyttiga syften”.²⁴

Privatiseringar i sin ursprungliga betydelse, det vill säga att fysiska tillgångar övergår från offentligt till privat ägande, innebär inte någon ökad konkurrens. Privatisering av produktion däremot, *contracting out*, innebär att verksamheter som tidigare inte varit konkurrensutsatta utsätts för konkurrens ex ante²⁵, genom att de tävlar om kontraktet att få erbjuda en tjänst (se kapitel 2.4).²⁶

2.3.1 Konkurrensens effekter

De positiva effekterna av konkurrens är bland annat ökad effektivitet och produktivitet, möjlighet till experimenterande och imiterande, vilket innebär en möjlighet att dra lärdom av andras framgång och misstag, samt högre löner för vårdpersonalen då det finns flera

²¹ Vid kundval kombineras offentlig finansiering med valfrihet för konsumenterna. Systemet ger upphov till en viss konkurrens men kräver samtidigt att det finns en överkapacitet (Andersson, Frederik *Konkurrens på kommunala villkor – En översikt* (2002) s. 11).

²² Andersson, Fredrik, *Konkurrens på kommunala villkor - En översikt* (2002) s. 21f.

²³ Söderström, Lars, et al., *Privatiseringens gränser* (2001) s. 15f.

²⁴ Donahue, John, D., *Den svåra konsten att privatisera* (1992) s. 93f.

²⁵ Ex ante betyder i förväg

²⁶ Domberger, Simon – Jensen, Paul, *Contracting out by the public sector: theory, evidence- prospects* (1997) s. 68f.

arbetsgivare som konkurrerar om personalen. De högre lönerna kan leda till en ökad kompetens inom branschen, men innebär samtidigt en ekonomisk belastning.²⁷

En viktig negativ effekt av konkurrens är risken för ”cream-skimming”. ”Cream-skimming” förekommer exempelvis då de privata aktörerna väljer att behandla de patienter som är mest lönsamma, något som leder till en tyngre situation för de offentliga verksamheterna. Ett annat exempel är då den mest kompetenta personalen väljer att gå över till den privata arbetsgivaren.²⁸

Det finns olika former av konkurrens och dessa kan ha olika effekter på marknaden. Konkurrens kan ske *inom* en marknad, vilket exempelvis innebär att ett antal sjukhus konkurrerar om patienterna. Konkurrens kan även ske *om* en marknad, vilket innebär att sjukhusen konkurrerar om rätten att erbjuda en tjänst på marknaden. Denna konkurrensform används exempelvis vid naturliga monopol. Enligt undersökningar från USA leder konkurrens *om* en marknad till lägre kostnader, medan konkurrens *inom* en marknad snarare leder till högre priser (se kapitel 2.3.3 ang. ”non-price-competition”).²⁹

För att få till stånd en fungerande konkurrens krävs bland annat att det finns ett tillräckligt antal aktörer på marknaden.³⁰ Två faktorer som är viktiga för konkurrensen är etableringsmöjligheterna och ersättningssystemet.³¹

2.3.2 Hinder för etablering

Hinder som föreligger för etablering kan exempelvis vara lagar och förordningar. Ett annat etableringshinder, som gäller sjukhus, är att det krävs stora finansiella resurser på grund av höga initiala kostnader.³² Driften av ett sjukhus kräver också ett stort kapital bland annat för att kunna finansiera investeringar i maskiner, inventarier och lokaler.³³ Enligt vissa ekonomer tyder det stora kapitalbehovet på att sjukhus bör drivas som vinstorienterade aktiebolag.³⁴

Begränsad etableringsfrihet leder på sikt till en situation med ökade kostnader och sänkt kvalitet. De kvasimarknader som bland annat har använts i Storbritannien kännetecknades av

²⁷ Bergström, Fredrik – Lund, Josefina, *Vinstdrivna sjukhus Är fallet S:t Görans färdigbehandlat?* (2003) s. 9ff.

²⁸ Ibid. s. 9ff.

²⁹ Rehnberg, Clas – Garpenby, Peter, *Privata aktörer i svensk sjukvård.* (1995) s. 64f.

³⁰ SOU 2003:23 *Vårda vården - samverkan, mångfald och rättvisa* (2003) s. 65.

³¹ Söderström, Lars – Lundbäck, Mattias, *Vinsten som drivkraft* (2000) s. 41.

³² DS 1992:108 *Alternativa verksamhetsformer inom vård och omsorg* (1992) s. 77.

³³ Ibid. s. 55.

³⁴ Söderström, Lars – Lundbäck, Mattias, *Vinsten som drivkraft* (2000) s. 24.

begränsad etableringsfrihet och begränsad utslagning. Eftersom dåligt fungerande verksamheter inte slås ut, hindras omvandlingen och utvecklingen går långsammare. Helt fri etablering är samtidigt inte optimalt på hälso- och sjukvårdsmarknaden eftersom den indirekta finansieringen innebär en risk för överkonsumtion varför det finns behov av någon form av ransoneringssystem.³⁵

2.3.3 Ersättningssystem

Det finns två möjliga ersättningssystem: *Cost-reimbursement* och *Prospective Payment*. Vid *Cost-reimbursement* ersätts de faktiska kostnaderna, systemet ger därmed inga incitament till kostnadskontroll utan kan tvärtom ge incitament för att öka kostnaderna. *Prospective Payment System* (PPS) däremot ger incitament till kostnadskontroll, men innebär istället en risk för sänkt kvalitet.³⁶ Denna ersättning har blivit vanligare under senare år och innebär att ersättningen varierar beroende på diagnos.³⁷ Ett exempel är DRG som används inom flera landsting i Sverige. DRG står för ”Diagnosis Related Groups” och är ett system som bland annat används för verksamhetsuppföljning och planering. Patienterna delas in i 499 grupper beroende på bland annat diagnos och vårdtyngd. DRG används även för debitering för slutenvård inom akutsjukvård genom att ett pris har satts på varje DRG.³⁸

Vilken typ av ersättning som används har stor betydelse för resultatet. Beroende på hur verksamheten är organiserad kommer olika ersättningsformer att vara lämpliga.³⁹

Används en retrospektiv⁴⁰ ersättning vid ett tredjepartsfinansieringssystem, leder inte konkurrens nödvändigtvis till prissänkningar. Undersökningar har visat att sjukhus under högre konkurrens uppvisar högre kostnader än sjukhus under lägre konkurrens. En förklaring är att sjukhusen konkurrerar genom ”non-price-competition”.⁴¹ ”Non-price-competition” innebär exempelvis att sjukhusen konkurrerar om de bästa doktorerna och därigenom patienterna, genom att erbjuda avancerad utrustning.⁴² Resultatet av konkurrensen blir därför

³⁵ Söderström, Lars – Lundbäck, Mattias, *Vinsten som drivkraft* (2000) s. 20ff.

³⁶ Chalkley, Martin – Malcomson, James, M., *Government Purchasing of Health Services* (2000) s. 853.

³⁷ Lundbäck, Mattias, *Asymmetric Information and the Production of Health* (2000) s. 81.

³⁸ Bergström, Fredrik – Lund, Josefina *Vinstdrivna sjukhus Är fallet S:t Görans färdigbehandlat?* (2003) s. 28.

³⁹ Söderström, Lars – Lundbäck, Mattias, *Vinsten som drivkraft* (2000) s. 7f.

⁴⁰ Retrospektiv ersättning innebär att kostnaderna täcks i efterhand

⁴¹ Rehnberg, Clas – Garpenby, Peter, *Privata aktörer i svensk sjukvård*. (1995) s. 68ff.

⁴² Keeler, Emmet, B., et al. *The changing effects of competition on non-profit and for-profit hospital pricing behavior* (1999) s. 71.

ökade sjukvårdskostnader.⁴³ Under dessa omständigheter kan det ha en positiv effekt på kostnaderna att minska antalet aktörer.⁴⁴ ”Non-price-competition” är framförallt vanligt vid asymmetrisk information, exempelvis inom sjukvården där patienterna inte har kunskap om kvaliteten. Priskonkurrens är vanligare då kvaliteten kan kontrolleras.⁴⁵

För vinstdrivande verksamheter är ersättningsformen av stor betydelse. Årliga ramanslag är exempelvis olämpliga och ett bättre alternativ är att använda en prestationsrelaterad ersättning. En fördel med denna ersättning är också att den kan kombineras med en kundvalsmodell.⁴⁶

2.4 Konkurrensutsättning

Den offentliga sektorn anses ofta vara mindre effektiv än den privata sektorn på grund av avsaknaden av finansiella incitament. Bristen på effektivitet skulle tala för privatisering.⁴⁷ Skälet till att öka de privata inslagen inom den offentliga sektorn är förhoppningen att det ska leda till ökad valfrihet och ökad konkurrens vilket i sin tur ska leda till ökad effektivitet.⁴⁸ Samtidigt finns det de som menar att privatisering inte skulle öka effektiviteten. Anledningen är att många verksamheter inom den offentliga sektorn är naturliga monopol, vilket gör det ineffektivt med flera producenter. För denna typ av verksamheter är det lämpligare att introducera konkurrens i form av konkurrensutsättning och låta olika aktörer tävla om kontraktet att erbjuda tjänsten på marknaden. I och med att aktören kan ersättas, kommer marknaden att vara *contestable* vad gäller pris och utbud, även under en monopolsituation.⁴⁹

Uppgifter är olika lätta att privatisera eller lägga ut på entreprenad. Beroende på hur uppgiften och förhållandena på marknaden ser ut, är det ibland bättre att konkurrensutsätta en verksamhet och ibland bättre att behålla produktionen inom förvaltningen eller organisationen. Medan marknaden kännetecknas av starka ekonomiska incitament, stor frihet och liten kontroll, kännetecknas organisationen tvärtom av svaga ekonomiska incitament,

⁴³ Rehnberg, Clas – Garpenby, Peter, *Privata aktörer i svensk sjukvård*. (1995) s. 73.

⁴⁴ Keeler, Emmet, B., et al. *The changing effects of competition on non-profit and for-profit hospital pricing behavior* (1999) s. 71.

⁴⁵ Rehnberg, Clas – Garpenby, Peter, *Privata aktörer i svensk sjukvård*. (1995) s. 68ff.

⁴⁶ Söderström, Lars – Lundbäck, Mattias, *Vinsten som drivkraft* (2000) s. 18.

⁴⁷ Domberger, Simon – Jensen, Paul, *Contracting out by the public sector: theory, evidence- prospects* (1997) s. 74f.

⁴⁸ DS 1992:108 *Alternativa verksamhetsformer inom vård och omsorg* (1992) s. 77.

⁴⁹ Domberger, Simon – Jensen, Paul, *Contracting out by the public sector: theory, evidence- prospects* (1997) s. 68ff.

stark reglering och omfattande kontroll. I de fall då resultaten enkelt kan mätas, vilket underlättar kontraktsskrivandet, och då det inte finns något stort behov av specifika investeringar, kommer marknadsrelationer att vara vanligare och tvärtom.⁵⁰

2.4.1 Kontrakt

Vid konkurrensutsättning uppstår transaktionskostnader genom exempelvis skrivande av kontrakt, utvärderande av anbud och förhandlande. Dessa kostnader kan vara mycket höga, så höga att de dominerar de positiva effektivitetsvinsterna. Under sådana omständigheter är offentlig produktion att föredra. Kontrakten kommer sannolikt att vara ofullständiga, eftersom det är omöjligt att skriva kontrakt som reglerar alla potentiella händelser.⁵¹

För många av de tjänster som produceras i den offentliga sektorn gäller att det är svårt att mäta kvalitet. Exempelvis är det svårt att avgöra kvaliteten på undervisningen i en skola eller kvaliteten på den vård som ges vid ett sjukhus. Svårigheten att mäta kvalitet leder till problem vid kontraktsskrivandet. En annan aspekt som orsakar problem vid kontraktsskrivandet, är att många verksamheter inom den offentliga sektorn har flera målsättningar, varav vissa är enklare att kontrollera. Under dessa omständigheter finns en risk att en alltför stor del av resurserna används för att förbättra kontrollerbara delar, på bekostnad av icke-kontrollerbara delar. Ett exempel är då kunskapstest används för att kontrollera kvaliteten på undervisning i skolor, vilket innebär en risk för att en alltför stor del av skolans resurser går åt till att förbättra just dessa resultat på bekostnad av övriga, icke-kontrollerbara, mål. Vid konkurrensutsättning av offentlig verksamhet är det därför viktigt att undvika alltför starka inslag av prestationsersättning. Regler och kontrakt skall helst utformas på ett sätt som ger incitament för både mätbara och omätbara prestationer.⁵²

Verksamheter där det är svårt att i förväg specificera och i efterhand kontrollera kvaliteten är svårare att lägga ut på entreprenad. I och med att kvaliteten inte kan kontrolleras finns en risk att företag sänker kostnaderna på bekostnad av kvaliteten. Det gäller framförallt privata företag, eftersom de har störst incitament för att sänka sina kostnader. Detta brukar betecknas ”quality–shading-hypotesen”. Ju viktigare kvaliteten är, desto starkare är därför argumentet

⁵⁰ Andersson, Fredrik, *Konkurrens på kommunala villkor – En översikt* (2002) s. 23f.

⁵¹ Domberger, Simon – Jensen, Paul, *Contracting out by the public sector: theory, evidence, prospects* (1997) s. 69f.

⁵² Andersson, Fredrik, *Konkurrens på kommunala villkor – En översikt* (2002) s. 27f.

mot att använda sig av konkurrensutsättning.⁵³ Valet av ersättningssystem är extra viktigt då kvaliteten är svårkontrollerad, eftersom det kan skapa incitament för ett visst beteende (se kapitel 2.3.3).⁵⁴ Principal-agent-problemet, som har sin grund i den asymmetriska informationen på marknaden, handlar just om detta, hur principalen genom att använda kontrakt, ska få agenten att agera i principalens intresse och inte i egenintresse.⁵⁵

2.4.2 Investeringar

Ägandet av tillgångarna är framförallt viktigt då det krävs stora och specifika investeringar. Vid låga investeringskostnader är ägandet av mindre betydelse och tillgångarna kan ägas av entreprenören eller av den offentliga sektorn. Då kostnaderna för tillgångarna är stora blir situationen problematisk. Om tillgångarna ägs av den offentliga sektorn riskeras att underhållet och investeringarna blir för små.⁵⁶ Anledningen är dels de relativt korta kontraktperioderna, dels att investeringarnas avkastning inte kan regleras i kontrakt. En entreprenör som inte är säker på att få fortsatt förtroende att driva verksamheten, har minskade incitament att göra investeringar i och med att vinsten av dessa i så fall kan komma att tillfalla någon annan. Problemet med för små investeringar brukar betecknas ”hold-up-problemet”.⁵⁷ Ägs tillgångarna av entreprenören krävs mycket långa kontrakt, vilket leder till två problem. Dels krävs att den offentliga sektorn kan köpa tillbaka exempelvis fastigheten från entreprenören om denne inte får fortsatt förtroende att driva verksamheten, dels innebär långa kontrakt att den positiva inverkan från ex ante konkurrensen minskar.⁵⁸

⁵³ Domberger, Simon – Jensen, Paul, *Contracting out by the public sector: theory, evidence, prospects* (1997) s. 71.

⁵⁴ Chalkley, Martin – Malcomson, James, M., *Government Purchasing of Health Services* (2000) s. 853.

⁵⁵ Lundbäck, Mattias, *Asymmetric Information and The Production of Health* (2000) s. 92f.

⁵⁶ Domberger, Simon – Jensen, Paul *Contracting out by the public sector: theory, evidence, prospects* (1997) s. 70.

⁵⁷ Andersson, Fredrik, *Konkurrens på kommunala villkor – En översikt* (2002) s. 28f.

⁵⁸ Domberger, Simon – Jensen, Paul *Contracting out by the public sector: theory, evidence, prospects* (1997) s. 70.

2.4.3 Entreprenad

Vid användandet av entreprenad har landstinget⁵⁹ ett avtal med en privat aktör om driften av en verksamhet. Landstinget fungerar under kontraktperioden som huvudman med ansvar för verksamheten.⁶⁰ I de flesta fall bestämmer landstinget verksamhetens kvalitativa och kvantitativa mål, prioriterar insatser, fastställer eventuella avgifter, gör upphandlingar och utför kontroller.⁶¹ Landstinget har även fortsatt ansvar för finansieringen.⁶²

Villkoren för att lägga ut sjukvård på entreprenad skiljer sig från villkoren för andra verksamheter. Vikten av kontinuitet innebär att kontraktperioderna kan behöva vara relativt långa, samtidigt som det är angeläget att nya anbud kommer in för att konkurrensen ska kunna upprätthållas. Det är viktigt att potentiella kandidater har samma möjligheter som den etablerade entreprenören, eftersom resultatet annars kan bli att upphandlingen inte uppfattas som reell och att konkurrerande anbud inte lämnas. Korta kontraktperioder kan samtidigt vara problematiskt för investeringarna (se kapitel 2.4.2 ang. ”hold-up-problemet”).⁶³ Ett annat skäl till varför sjukvård är svårt att lägga på entreprenad är, som tidigare nämnts, förekomsten av asymmetrisk information på marknaden vilken innebär en risk för ”quality-shading”.

Enligt Fredrik Andersson bör offentlig sektor inte lägga ut all verksamhet på entreprenad, utan behålla viss drift i egen regi. Dels ifall den privata verksamheten misslyckas, dels av konkurrensskäl.⁶⁴

2.4.4 Effekter av konkurrensutsättning

Enligt en internationell studie av effekterna av konkurrensutsättning ligger majoriteten av kostnadsbesparingarna mellan 10% och 30%. Dock är det svårt att utvärdera effekten av konkurrensutsättning, dels eftersom det är svårt att uppskatta kostnads- och kvalitetsförändringar, dels eftersom det är svårt att skilja effekten av ägande från effekten av konkurrens. Ett annat problem är att det kan saknas information då exempelvis kontroller av

⁵⁹ Det kan lika gärna vara exempelvis kommunen som lägger ut en del av sin verksamhet på entreprenad

⁶⁰ DS 1992:108 *Alternativa verksamhetsformer inom vård och omsorg* (1992) s. 9.

⁶¹ DS 1995: 25 *Vad blev det av de enskilda alternativen? – En kartläggning av verksamheter inom skolan, vården och omsorgen* (1995) s. 26f.

⁶² Socialdepartementet *Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus* (2005) s. 9.

⁶³ SOU 2003:23 *Vårda vården - samverkan, mångfald och rättvisa* (2003) s. 53f.

⁶⁴ Andersson, Fredrik, *Konkurrens på kommunala villkor – En översikt* (2002) s. 34.

verksamheten sällan anses lika viktiga innan kontrakt börjar användas. Avsaknaden av information gör det svårt att jämföra resultaten och bedöma effekten. Vilken effekt införandet av kontrakt har på kvaliteten är också svårt att avgöra då kvaliteten kan vara svår att kontrollera. En annan aspekt som orsakar problem är att privat och offentlig sektor ofta tar upp olika kostnader.⁶⁵

En av konkurrensutsättningens positiva effekter är lägre pris, men samtidigt finns en risk att konkurrensutsättningen kan leda till lägre kvalitet ("quality-shading-hypotesen"). Genom konkurrensutsättning blir det tydligare vilka krav som ställs, kontrollerna ökar och det finns en möjlighet att välja mellan olika utförare. Kombinationen av detta kan tvärtom leda till högre kvalitet. Att konkurrensutsättning resulterar i lägre kvalitet kan bero på att kontraktets utformning är felaktig. Undersökningar har visat att under konkurrensutsättning uppvisar offentlig produktion och produktion på entreprenad relativt likartade resultat. En förklaring till att de privata alternativen i vissa fall uppvisar större förbättringar, kan vara att konkurrensen är ofullständig.⁶⁶ Ofullständig konkurrens kan även vara en förklaring till varför sjukvården inte fungerar effektivt trots konkurrensutsättning.⁶⁷

2.5 Förekomsten av vinst

Valet av sjukvårdssystem skiljer sig mellan länder.⁶⁸ Medan Sverige framförallt har en vård i offentlig drift, har USA en stor andel privata vårdgivare. Viktigt att poängtera är att den största delen av den privata vården i USA är icke-vinstdrivande. Enligt en undersökning från 1995 hade de icke-vinstdrivande sjukhusen 60% av marknaden, de offentliga sjukhusen 28% och de privata vinstdrivande sjukhusen 12%.⁶⁹ I Nederländerna och Kanada är företag med vinstintressen helt förbjudna inom sjukvården.⁷⁰

En anledning till debatten om vinst inom hälso- och sjukvård, är rädslan att förekomsten av vinstintressen ska leda till lägre kvalitet. Risken anses särskilt stor i situationer där det är svårt

⁶⁵ Domberger, Simon – Jensen, Paul, *Contracting out by the public sector: theory, evidence, prospects* (1997) s. 72ff.

⁶⁶ Ibid. s. 74f.

⁶⁷ SOU 2003:23 *Vårda vården - samverkan, mångfald och rättvisa* (2003) s. 65.

⁶⁸ Ibid. s. 49.

⁶⁹ Sloan, Frank, A., *Not-for-profit ownership and hospital behavior* (2000) s. 1144.

⁷⁰ SOU 2003:23 *Vårda vården - samverkan, mångfald och rättvisa* (2003) s. 49.

att kontrollera kvaliteten. Detta är också en förklaring till varför sjukvården främst har bedrivits i offentlig regi och av ideella organisationer.⁷¹

Den viktigaste skillnaden mellan vinstdrivande och icke-vinstdrivande verksamheter är att vinstdrivande verksamheter kan dela ut vinst till ägarna för företaget, medan icke-vinstdrivande verksamheter enbart kan dela ut vinst indirekt, i form av förmåner. Trots att indirekt vinst inte värderas lika högt som direkt vinst, väljer många företag att vara icke-vinstdrivande.⁷² Det finns ett flertal förklaringar till förekomsten av icke-vinstdrivande verksamheter på sjukvårdsmarknaden. En förklaring är att de har andra mål med sin verksamhet än vinstdrivande aktörer, lägre pris, högre kvalitet eller bättre löner och arbetsvillkor för hälso- och sjukvårdspersonal.⁷³ En förklaring till den höga förekomsten av icke-vinstdrivande verksamheter på hälso- och sjukvårdsmarknaden i USA, är att de icke-vinstdrivande verksamheterna på grund av sin roll inom välgörenhetsvården har vissa fördelar. De icke-vinstdrivande verksamheterna är exempelvis undantagna från vissa skatter och har bättre villkor för donatorer.⁷⁴

En annan förklaring till de icke-vinstdrivande verksamheternas roll på hälso- och sjukvårdsmarknaden är att den beror på den asymmetriska informationen, något Arrow tidigt diskuterade. Enligt Arrow är förklaringen till att icke-vinstdrivande verksamheter är vanligare på hälso- och sjukvårdsmarknaden, trots att vinstdrivande verksamheter troligtvis är mer effektiva, att läkare och patienter ser vinstmotivet som tvivelaktigt och därför föredrar icke-vinstdrivande verksamheter. En annan förklaring är, enligt Arrow, att bidrag från offentlig sektor och privatpersoner gör vården på icke-vinstdrivande sjukhus billigare.⁷⁵

Liknande tankar återfinns hos Edward L. Glaeser och Andrei Shleifer som förklarar förekomsten av icke-vinstdrivande verksamheter med att det minskar incitamenten för vinstmaximering. Särskilt viktigt är det på marknader där företag lätt kan utnyttja kunder, anställda eller donatorer. Icke-vinstdrivande verksamheter innebär en trygghet för dessa grupper, vilket ger företaget en konkurrensfördel gentemot vinstdrivande företag. Vid tillfällen då kvaliteten är svår att kontrollera kan icke-vinstdrivande företag, i och med att de saknar starka finansiella incitamenten att sänka kostnaderna, bli synonymt med högre kvalitet. De kommer därför att kunna ta ut högre pris för sina produkter. Verksamheter kommer att välja att vara icke-vinstdrivande så länge de positiva effekterna överväger de negativa

⁷¹ Söderström, Lars – Lundbäck, Mattias, *Vinsten som drivkraft* (2000) s. 17.

⁷² Glaeser, Edward, L. – Shleifer, Andrei, *Not-for-profit entrepreneurs* (2001) s. 100.

⁷³ Keeler, Emmet, B., et al. *The changing effects of competition on non-profit and for-profit hospital pricing behavior* (1999) s. 70.

⁷⁴ Sloan, Frank, A., *Not-for-profit ownership and hospital behavior* (2000) s. 1147.

⁷⁵ Arrow, Kenneth, J., *Uncertainty and the welfare economics of medical care* (1963), s 950.

effekterna av att inte kunna ta ut vinsten i form av högre lön. Icke-vinstdrivande verksamheter kommer att vara vanligast där risken är stor för ”quality-shading” och där kvaliteten är viktig för kunder och donatorer, exempelvis sjukhus.⁷⁶ Att både vinstdrivande och icke-vinstdrivande verksamheter förekommer på hälso- och sjukvårdsmarknaden beror, enligt Glaeser och Shleifer, på att konsumenter är heterogena. De som anser att kvalitet är viktigt väljer icke-vinstdrivande verksamheter, de som inte lägger lika stor vikt därvid väljer vinstdrivande verksamheter.⁷⁷

2.6 Undersökningar av vinst inom sjukvården

De undersökningar jag har studerat, vilka presenteras nedan, baseras samtliga på material från USA och bör därför vara jämförbara. Trots detta kommer de fram till mycket varierande resultat. Enligt den första studien, Söderström och Lundbäck, finns inga större skillnader mellan vinstdrivande och icke-vinstdrivande sjukhus, varken vad gäller kostnader eller kvalitet. Dock kan vinstdrivande sjukhus enligt studien ha en viss kostnadsfördel. Enligt den andra studien, Rosenau och Linder, presterar icke-vinstdrivande verksamheter bäst både vad gäller kostnader och kvalitet. Slutligen tyder den tredje studien, Sloan et al., på att det kvalitetsmässigt inte förekommer några större skillnader mellan verksamhetsformerna, men att vinstdrivande sjukhus har högre kostnader än icke-vinstdrivande sjukhus.

2.6.1 Söderström och Lundbäck

I rapporten ”Vinsten som drivkraft” gör Lars Söderström och Mattias Lundbäck en genomgång av dryg 100 studier av effekterna av etableringsfrihet och vinstmotiv inom sjukhusvård och utbildning. Studierna som har valts är framförallt doktorsavhandlingar och artiklar publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Då det enbart är ett fåtal av de undersökta studierna som redovisas explicit i rapporten har jag valt att föra ett mer allmänt resonemang kring rapportens innehåll och slutsats.

⁷⁶ Glaeser, Edward, L. – Shleifer, Andrei, *Not-for-profit entrepreneurs* (2001) s. 100ff.

⁷⁷ *Ibid.* s. 106.

De som är positiva till vinst inom sjukvården menar att vinsten är nödvändig för att få till stånd en fungerande konkurrens. För detta krävs att det finns flera aktörer som konkurrerar. Utan vinstmöjligheter saknas finansiella incitament för att verka på marknaden, vilket gör att konkurrenssituationen försämras. Dessutom menar de att det finns risker även med icke-vinstdrivande verksamheter då dessa kan ta ut vinsten i indirekt form.⁷⁸

De flesta länder, med undantag för USA, har enbart en typ av sjukvård, vilket gör det svårt att jämföra vinstdrivande och icke-vinstdrivande verksamheter. Studier från USA har visat att vinstorienterade och icke-vinstorienterade sjukhus är relativt lika vad gäller kvalitet och kostnader. I vissa studier har det, efter korrigeringar för icke-vinstdrivande sjukhus skattesubventioner, kunnat påvisas att vinstdrivande sjukhus har en viss kostnadsfördel. Det faktum att vinstorienterade och icke-vinstorienterade sjukhus uppvisar likvärdiga resultat förmodas bero på konkurrensen.⁷⁹ Konkurrensen leder till att villkoren för verksamheterna blir mer likartade, vilket resulterar i att icke-vinstdrivande sjukhusen börjar bete sig mer som vinstdrivande sjukhus. Vill man undersöka aspekter som påverkar effektiviteten och kvaliteten inom sjukvården bör man därför först undersöka konkurrenssituationen och därefter se till driftsformen.⁸⁰

2.6.2 Rosenau och Linder

I artikeln ”Two Decades of Research Comparing For-Profit and Nonprofit Health Provider Performance in the United States” jämför Pauline Vaillancourt Rosenau och Stephen H. Linder 149 studier från USA av vinstdrivande och icke-vinstdrivande verksamheter inom hälso- och sjukvård. Studierna som används har jämfört verksamheterna utifrån skillnader i kvalitet, tillgång, kostnad/effektivitet⁸¹ och/eller förekomst av välgörenhetsvård. Studierna har hittats bland annat genom sökande i databaser och valts ut utifrån följande krav:⁸²

- Data: de utvalda undersökningarna är baserade på originaldata och jämför verksamheterna utifrån minst en av de fyra valda variablerna.

⁷⁸ Bergström, Fredrik – Lund, Josefina, *Vinstdrivna sjukhus Är fallet S:t Görans färdigbehandlat?* (2003) s. 3.

⁷⁹ Söderström, Lars – Lundbäck, Mattias, *Vinsten som drivkraft* (2000) s. 7ff.

⁸⁰ Ibid. s. 41.

⁸¹ I denna kategori användes mått som utgift/patient, kostnad/patient och dag, kostnad/fall och effektivitet.

⁸² Rosenau, Pauline, Vaillancourt – Linder, Stephen, H., *Two Decades of Research Comparing For-Profit and Nonprofit Health Provider Performance in the United States* (2003) s. 220ff.

- Tidsperiod: Datainsamlingen är avslutad efter den första januari 1980.
- Publicering: undersökningarna har blivit publicerade i en erkänd tidskrift.

I 59% av studierna presterade de icke-vinstdrivande verksamheterna bäst. Dock visade det sig att 29% av studierna inte kunde ge något resultat eller att resultaten var motsägelsefulla. I kategorin kostnad/effektivitet presterade de icke-vinstdrivande verksamheterna bäst i 50% av fallen, de vinstdrivande verksamheterna var bäst i ungefär 23% av fallen. Studierna av kvalitetskillnader visade att icke-vinstdrivande verksamheter var bäst i 59% av fallen mot 12% för vinstdrivande. Även studierna som jämförde tillgång och förekomst av välgörenhet visade att de icke-vinstdrivande verksamheterna var överlägsna. För tillgång var de icke-vinstdrivande verksamheterna bäst i 67% av fallen och de vinstdrivande var bäst i 3% av fallen, för kategorin välgörenhet var samma siffror 67% mot 0%. Ett problem med studien är att resultaten av jämförelserna enbart redovisas numeriskt och att det inte framgår vilka resultat som är signifikanta.⁸³

2.6.3 Sloan et al.

I artikeln ”Hospital Ownership and cost and quality of care: is there a dime’s worth of difference” av Frank A. Sloan et al. undersöks hur sjukhus ägandeform påverkar dess prestation med avseende på kostnad och kvalitet. Utgångspunkt är de 35 800 personer som ingår i NLTCs⁸⁴, samt kompletterande uppgifter från bland annat Medicare⁸⁵. Utifrån detta har patienter äldre än 65 år, med problem inom områdena höftfraktur, stroke, kranskärslsjukdom eller kärlkramp, valts ut. Sjukhusen delades in i tre grupper, icke-vinstdrivande, vinstdrivande och offentliga sjukhus.⁸⁶ De tre sjukhustyperna jämfördes dels utifrån kostnaden för Medicare, dels utifrån kvalitet, där ägandeformens påverkan på mortalitet, funktionell och kognitiv förmåga samt boende⁸⁷ kontrollerades.⁸⁸

⁸³ Rosenau, Pauline, Vaillancourt – Linder, Stephen, H., *Two Decades of Research Comparing For-Profit and Nonprofit Health Provider Performance in the United States* (2003) s. 220ff.

⁸⁴ NLTCs – National Long-Term Care Survey är en panelstudie gjord 1982, 1984, 1989 och 1994

⁸⁵ Medicare är ett statligt sjukförsäkringssystem för bland annat äldre som används i USA

(www.gambro.se/page.asp?id=2951).

⁸⁶ Sloan, Frank, A., et al. *Hospital Ownership and cost and quality of care: is there a dime’s worth of difference* (2001) s. 4ff.

⁸⁷ Med denna kategori avses huruvida patienten bodde i eget boende.

⁸⁸ Sloan, Frank, A., et al. *Hospital Ownership and cost and quality of care: is there a dime’s worth of difference* (2001) s. 13.

Undersökningen visar att kostnaderna i allmänhet var högst för vinstdrivande sjukhus.⁸⁹ I fråga om kvalitet påträffades inga signifikanta skillnader vad gäller ägandeformens påverkan på mortalitet eller boende. Den funktionella och kognitiva förmågan hade i allmänhet försämrats över tiden *inom* grupperna, men det fanns inte några signifikanta skillnader *mellan* grupperna. Författarnas slutsats är därför att det inte finns några direkta kvalitetsskillnader mellan olika verksamhetsformer, men att patientkostnaden för vinstdrivande sjukhus är högre. De högre kostnaderna förklaras bero dels på sjukhusens vinstmaximeringsmål, dels på att vinstdrivande sjukhus väljer att verka där det är mest lönsamt.⁹⁰

2.6.4 Hirth och Grabowski

Enligt en teori av Richard Hirth leder konkurrens mellan icke-vinstdrivande och vinstdrivande verksamheter till högre kvalitet hos de vinstdrivande verksamheterna. Hirth utgår från två typer av patienter, de som är informerade om kvaliteten och de som är oinformerade. Under fullständig information kommer enbart vinstdrivande aktörer att agera på marknaden och erbjuda den kvalitet konsumenterna är villiga att betala för. I verkligheten är informationen ofullständig och det finns en risk att aktörer utnyttjar informationsbristen och sänker kvaliteten utan konsumenternas vetskap. Hirth menar därför att dåligt informerade konsument kommer att söka sig till icke-vinstdrivande verksamheter då dessa, genom att de saknar finansiella incitament för att sänka kvaliteten, blir en symbol för högre kvalitet. Genom att konsumenterna med minst information väljer icke-vinstdrivande verksamheter kommer de konsument som är kvar på marknaden att vara bättre informerade än den genomsnittlige konsumenten. Därmed blir det svårare för vinstdrivande verksamheter att sänka kvaliteten. Ju större andel de icke-vinstdrivande verksamheterna har av marknaden, desto troligare är det att de vinstdrivande verksamheterna kommer att erbjuda den kvalitet som efterfrågas.⁹¹

I artikeln ”Competitive spillovers across non-profit and for-profit nursing homes” från 2003, testade David Grabowski och Richard Hirth hypotesen att en större andel icke-vinstdrivande verksamheter leder till en högre kvalitet hos vinstdrivande verksamheter och på

⁸⁹ Ibid. s. 13.

⁹⁰ Sloan, Frank, A., et al. *Hospital Ownership and cost and quality of care: is there a dime's worth of difference* (2001) s. 18ff.

⁹¹ Hirth, Richard, A., *Competition between for-profit and nonprofit health care providers: Can it help achieve social goals* (1997).

marknaden genom att undersöka sjukhemsmarknaden. Resultaten visar att en större andel icke-vinstdrivande sjukhem leder till högre kvalitet både hos vinstdrivande sjukhem och på marknaden i stort. Däremot hittades inga bevis för att dåligt informerade individer väljer icke-vinstdrivande sjukhem. Deras slutsats var därför att effekten kan ha orsakats av någonting annat, exempelvis att en högre andel icke-vinstdrivande verksamheter leder till högre kvalitet genom ”non-price-competition”.⁹²

⁹² Grabowski, David C. – Hirth, Richard A., *Competitive spillovers across non-profit and for-profit nursing homes* (2003) s. 16ff.

3 Den svenska sjukvården

3.1 Hälsa- och sjukvårdssystemet

I Sverige är landstingen⁹³ ansvariga för hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdssystemet är uppdelat i tre nivåer, primärvård, läns sjukvård och regionsjukvård. Primärvården är basen i systemet och utgörs bland annat av vårdcentraler och distriktssköterskemottagningar. På läns sjukvårdsnivå finns drygt 60 läns- och länsdelssjukhus, vilka bedriver öppenvård och slutenvård. Den högspecialiserade vården sker på de nio regionsjukhusen.⁹⁴

År 2002 uppgick kostnaderna för den svenska hälso- och sjukvården till 197 miljarder kronor, 8,4% av BNP. Inkluderas den kommunala hälso- och sjukvården ökar kostnaderna till 213 miljarder kronor, 9,1% av BNP. Under senare år har Landstingen haft problem med stora underskott. 2002 uppgick det totala underskottet till 7,6 miljarder kronor, varav 80% kunde kopplas till Stockholms läns landsting och Region Skåne.⁹⁵

Landstingens verksamhet finansieras främst via landstingsskatten, 70% och via statliga bidrag, 20%. Patientavgifterna inbringar en relativt liten del av inkomsterna, ungefär 3%.⁹⁶ Patientavgifterna hålls låga för att möjliggöra lika tillgång till vård för alla, men detta innebär samtidigt att de finansiella restriktionerna på patienterna begränsas.⁹⁷ Internationella jämförelser har visat att system som det svenska, skattefinansierad vård som till största delen bedrivs av den offentliga sektorn, kännetecknas av lägre kostnader och längre köer. System med obligatoriskt försäkringssystem och privata vårdgivare har tvärtom högre kostnader och kortare köer.⁹⁸

⁹³ Med landsting avser jag förutom de 18 landstingarna även regionerna Västra Götaland och Skåne samt Gotlands kommun i och med att de har ansvar för sjukvården.

⁹⁴ www.skl.se

⁹⁵ Socialstyrelsen, *Hälso- och sjukvård* (2004) s. 13f.

⁹⁶ www.skl.se

⁹⁷ Dozet, Alexander, et al. *Health care for the elderly: two cases of technology diffusion* (2002) s. 52.

⁹⁸ SOU 2003:23 *Vårda vården - samverkan, mångfald och rättvisa* (2003) s. 63.

Landstingen i Sverige har kommit överens om att använda sig av fritt vårdval, vilket innebär en ökad valfrihet för patienterna. Patienter kan exempelvis välja att söka vård inom ett annat landsting eller hos en privat aktör som har avtal med landstinget.⁹⁹

3.2 Ökade privata inslag inom sjukvården

I Sverige bedrivs den största delen av vården av den offentliga sektorn. De inslag av privat vård som traditionellt funnits, har främst varit egenpraktiserande läkare och tandläkare, samt privata sjukhem.¹⁰⁰ Under framförallt senare delen av 90-talet ökade de privata inslagen inom sjukvården. Från att i början av 90-talet ha utgjort några procent av vården, ökade de privata inslagen till att år 2000 utgöra 9,1% av landstingens totala kostnader.¹⁰¹ Flertalet av de privata verksamheterna inom svensk sjukvård är vinstdrivande.¹⁰² Det är också framförallt de vinstdrivande verksamheterna som ligger bakom den senaste tidens ökning av privat vård.¹⁰³ Också den försäkringsfinansierade vården har ökat. År 2000 fanns över 100 000 privata sjukförsäkringar. Dock utgör denna finansieringsform fortfarande en relativt liten del av kostnaderna, år 2000 stod den för ungefär 2% av de totala kostnaderna.¹⁰⁴

Nästan vart tredje besök inom specialistvården, 31%, och något färre inom primärvården, 27%, görs hos privata vårdgivare med offentlig finansiering. Vanligast är denna vårdform i Stockholm, där vartannat läkarbesök görs hos en privat verksamhet med offentlig finansiering.¹⁰⁵ Förekomsten av privata verksamheter varierar mellan olika delar av landet och är i allmänhet vanligare i tätbefolkade orter.¹⁰⁶

I slutet av 80- och början av 90-talet genomfördes stora förändringar inom den svenska sjukvårdsorganisationen. Sjukhusen fick ett ökat budgetansvar och på vissa håll skedde en uppdelning av produktion och finansiering. Anledningen var bland annat ökade finansiella svårigheter.¹⁰⁷ En annan förändring var att ersättningssystemet ändrades från

⁹⁹ www.skl.se/artikel.asp?A=242&C=451

¹⁰⁰ Rehnberg, Clas – Garpenby, Peter, *Privata aktörer i svensk sjukvård* (1995) s. 10f.

¹⁰¹ Landstingsförbundet *Svensk hälso- och sjukvård under 1990-talet. Utvecklingstendenser 1992-2000.* (2002) s. 8.

¹⁰² SOU 2003:23 *Vårda vården - samverkan, mångfald och rättvisa* (2003) s. 111.

¹⁰³ Ibid. s. 52.

¹⁰⁴ Landstingsförbundet *Svensk hälso- och sjukvård under 1990-talet. Utvecklingstendenser 1992-2000.* (2002) s. 9.

¹⁰⁵ Socialstyrelsen, *Hälso- och sjukvård* (2004) s. 18.

¹⁰⁶ DS 1995:25, *Vad blev det av de enskilda alternativen inom vård och omsorg* (1995) s. 81.

¹⁰⁷ Dozet, Alexander, et al. *Health care for the elderly: two cases of technology diffusion* (2002) s. 53.

anslagsfinansiering¹⁰⁸ till en prestationsrelaterad ersättning. Systemet med anslagsfinansiering hade visat sig problematiskt, bland annat då det gav upphov till incitament att hålla på köer och ha långa väntetider, vilket ökade chansen till ökade anslag. På samma sätt innebar en hög effektivitet att sänka anslag riskerades. På grund av incitamentsproblemen valdes istället en prestationsrelaterad ersättning. Resultatet blev en ökad produktivitet, men även ökade kostnader i och med att det nya systemet saknade incitament för kostnadskontroll. För att kontrollera kostnaderna infördes ett kostnadstak, vilket i praktiken innebar en begränsning av antalet beställda prestationer.¹⁰⁹

3.3 En jämförelse mellan privata och offentliga alternativ

Resultaten från jämförande undersökningar av offentliga och privata verksamheter på entreprenad inom svensk sjukvård, tyder på att de privata verksamheterna är mer produktiva.¹¹⁰ Vad som också har visat sig, är att privata alternativ får fler positiva omdömen vid patientundersökningar. Även personalen är i allmänhet mer positiv till privata vårdgivare. Något som kan vara en effekt av detta är att sjukskrivningarna inom den privata sektorn är lägre. Personalens inställning är viktig, inte minst med tanke på framtida rekryteringsbehov.¹¹¹

Genom användandet av alternativa driftsformer kan nya arbetssätt testas och ny kompetens komma fram. Detta är fördelaktigt även för den offentliga verksamheten, då det innebär en möjlighet att lära av andras framgång och misstag. Privatiseringen gör även att ägandet, och därmed det ekonomiska ansvaret, blir tydligare. En annan fördel är att arbetsuppgifterna regleras i specificerade avtal som kan löpa över flera år, vilket underlättar en långsiktig planering. Kontrakten innebär alltså fördelar för de privata verksamheterna, men kan samtidigt leda till att den offentliga sektorns uppgift försvåras. Anledningen är att den offentliga sektorn måste ansvara för de uppdrag som inte regleras i avtal, vilket kräver en ökad flexibilitet.¹¹²

¹⁰⁸ Anslagsfinansiering innebär att vårdgivaren får årliga anslag för verksamheten.

¹⁰⁹ SOU 2003:23 *Vårda vården - samverkan, mångfald och rättvisa* (2003) s. 46.

¹¹⁰ Rehnberg, Clas – Garpenby, Peter, *Privata aktörer i svensk sjukvård*. (1995) s. 60.

¹¹¹ SOU 2003:23 *Vårda vården - samverkan, mångfald och rättvisa* (2003) s. 54f.

¹¹² SOU 2003:23 *Vårda vården - samverkan, mångfald och rättvisa* (2003) s. 56.

3.4 Privat sjukhusvård i Sverige

Under 1800-talet startades i Stockholm ett antal sjukhus av privata organisationer och stiftelser varav Sophiahemmet, Ersta och Röda Korsets sjukhus ännu är i drift. I övrigt har inslaget av stiftelser inom den svenska vården varit litet.¹¹³ Sophiahemmet, Ersta och Röda Korsets sjukhus är helt privata och ingår därmed inte i landstingens sjukvårdsorganisation. Dock har de avtal med landstingen och tar emot en del landstingspatienter. Socialstyrelsen ansvarar för tillsynen även av de privatägda sjukhusens verksamheter.¹¹⁴ Ersta och Röda Korsets sjukhus är exempel på sjukhus som drivs utan vinstsyfte,¹¹⁵ detsamma gäller Sophiahemmet.¹¹⁶

Under senare år har bland annat sammanslagningar lett till att antalet sjukhus i Sverige har minskat. Mellan 1985 och 2000 minskade antalet sjukhus med korttidsvård och vårdplatser från 94 till 75. Tre av dessa sjukhus är offentligt finansierade sjukhus som drivs privat: S:t Görans sjukhus i Stockholm, Simrishamns sjukhus på Österlen och Lundby Sjukhus i Göteborg.¹¹⁷ Det är dessa tre sjukhus som framförallt påverkas av den nya lagen, något som utvecklas vidare i kapitel fyra.

3.5 S:t Görans sjukhus

S:t Görans sjukhus bolagiserades 1994 och blev därmed Sveriges första akutsjukhus i Aktiebolagsform. Driften skedde fortsatt i landstingets regi, men genom försäljningen 1999 övergick S:t Görans sjukhus från offentligt till privat ägande. Landstinget har fått kritik för försäljningen av S:t Görans sjukhus då den inte skedde i enlighet med Lagen om Offentlig Upphandling (LOU). Vårdavtalet upprättades utan upphandling i konkurrens, vilket strider mot LOU.¹¹⁸ Sjukhuset drivs idag av den privata vårdkoncernen Capio.¹¹⁹

¹¹³ Rehnberg, Clas – Garpenby, Peter, *Privata aktörer i svensk sjukvård* (1995) s. 10f.

¹¹⁴ Socialdepartementet *Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus* (2005) s. 10ff.

¹¹⁵ SOU 2003:23 *Vårda vården - samverkan, mångfald och rättvisa* (2003) s. 111.

¹¹⁶ www.sophiahemmet.se

¹¹⁷ Socialdepartementet *Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus* (2005) s. 15f.

¹¹⁸ www.sll.se/w_rev/5778.cs

¹¹⁹ Bergström, Fredrik – Lund, Josefina, *Vinstdrivna sjukhus Är fallet S:t Görans färdigbehandlat?* (2003) s. 6.

Landstingsfullmäktige beslutade under våren att godkänna att landstingets avtal med Capio förlängs fram till år 2012.¹²⁰

S:t Görans sjukhus verkar både inom öppenvård och sluten vård och har såväl akuta som planerade tjänster. Deras uppgifter regleras i avtalet med landstinget, vilket fastslår att de bland annat ska vara verksamma inom invärtes medicin, ortopedi, kirurgi samt ha jour och beredskap.¹²¹ Den största delen, 94%, av sjukhusets intäkter kommer från patienter från Stockholms läns landsting. S:t Görans sjukhus tar dessutom emot patienter från andra landsting och privatfinansierade patienter, exempelvis sjukförsäkringspatienter, vilka står för 1,5% av intäkterna.¹²² Samtidigt med beslutet att förlänga landstingets avtal med S:t Görans beslutades att den privatfinansierade vården ska avvecklas. Vården vid S:t Görans sjukhus ska i fortsättningen vara offentligt finansierad.¹²³

Jämförelser visar att S:t Görans har ett lägre pris/producerad DRG-poäng¹²⁴ än övriga sjukhus, vilket tyder på en högre produktivitet. 2001 fick S:t Görans sjukhus 2650 kronor lägre ersättning /producerad DRG-poäng än genomsnittet, vilket motsvarar ungefär 10%.¹²⁵

Sjukhus	Pris/DRG-poäng
S:t Görans	23837
Norrtälje	26400
Danderyd	26398
Karolinska	26434
Södersjukhuset	25500
Huddinge	26500
Södertälje	26400

Siffrorna är från 2001.¹²⁶

Skillnaderna i DRG-pris kan troligtvis inte förklaras av skillnader i vårdtyngd eftersom det inte förekommer några större skillnader mellan sjukhusen¹²⁷ vad gäller andelen patienter från

¹²⁰ www.sll.se/w_pressinfo/141699.cs

¹²¹ www.sll.se/docs/w_lkk/landstingsstyrelsen/2005/2005-03-30/bil2211635.pdf

¹²² www.stgoran.se

¹²³ www.sll.se/w_pressinfo/141699.cs

¹²⁴ DRG-priset är ett fast belopp som, helt eller delvis, täcker kostnaderna för ett genomsnittligt vårdtillfälle. Landstinget i Stockholm använder sig av olika DRG-pris för olika sjukhus.

¹²⁵ Bergström, Fredrik – Lund, Josefina, *Vinstdrivna sjukhus Är fallet S:t Görans färdigbehandlat?* (2003) s. 15ff.

¹²⁶ Bergström, Fredrik – Lund, Josefina *Vinstdrivna sjukhus Är fallet S:t Görans färdigbehandlat?* (2003) s. 18.

olika MDC-grupper¹²⁸. En förklaring till det lägre DRG-priset kan istället vara att S:t Görans sjukhus har kortare vårdtider, vilket innebär en högre genomströmning. En bidragande orsak till detta är, enligt dem själva, att de har Stockholms enda akutröntgen.¹²⁹ Enligt landstingsrevisorerna kan konkurrens- och kostnadsfördelar till viss del förklara S:t Görans lägre DRG-pris. Exempelvis ges S:t Görans och landstingsbolagen¹³⁰ en momskompensation på 6%, vilken särskilt anses gynna S:t Görans sjukhus i och med att de har en låg grad av outsourcing. S:t Görans har också gynnsamma hyreskostnadsavtal och lägre utbildningskostnader än övriga sjukhus.¹³¹ S:t Görans sjukhus har lägst hyra per vårdtillfälle, 2400 kronor att jämföra med 5700 kronor för Karolinska sjukhuset som har högst hyra.¹³²

Då kvaliteten är svår att bedöma kan istället omdömen från patienter och personal användas som mått på kvaliteten. I en undersökning som jämförde fem sjukhus¹³³ i Sverige fick S:t Görans sjukhus i allmänhet mycket bra omdömen från patienterna. Som jag skrev tidigare gäller att personal i privat sektor överlag är mer positiva till sina arbetsgivare. En av anledningarna är att de anser sig ha större möjlighet att påverka sin situation.¹³⁴

¹²⁷ S:t Görans sjukhus jämfördes med Södersjukhuset, Danderyds sjukhus, Stockholms läns landsting och Sverige.

¹²⁸ MDC, eller Major Diagnostic Categories är ett system där huvuddiagnoserna delas in i 25 olika grupper där en grupp kan bestå exempelvis av sjukdomar i ett visst organsystem.

¹²⁹ Bergström, Fredrik – Lund, Josefina, *Vinstdrivna sjukhus Är fallet S:t Görans färdigbehandlat?* (2003) s. 15ff.

¹³⁰ Andra bolagiserade akutsjukhus i Stockholm är Danderyds sjukhus AB och Södersjukhuset AB (Bergström och Lund s. 6).

¹³¹ http://www.sll.se/docs/w_rev/projr-01/rapp23-01.pdf

¹³² http://www.sll.se/docs/w_rev/projrapp/Rapp0008.pdf

¹³³ S:t Görans sjukhus patienter har jämförts med patienter från Norrtälje sjukhus, Lindesbergs Lasarett, Halmstads Länssjukhus och Thorax vid Karolinska Sjukhuset

¹³⁴ Bergström, Fredrik – Lund, Josefina, *Vinstdrivna sjukhus Är fallet S:t Görans färdigbehandlat?* (2003) s. 23.

4 Stopplagen

4.1 Hälsa- och sjukvårdslagen

I Hälsa- och sjukvårdslagen anges målet för den svenska hälsa- och sjukvården vilket är att ge hela den svenska befolkningen en god hälsa på lika villkor.¹³⁵ Lagen bygger på tre principer: människovärdesprincipen, behovsprincipen och principen om kostnadseffektivitet.¹³⁶ Människovärdesprincipen utgår från alla människors lika värde och innebär att aspekter som finansiell situation eller ålder inte får påverka möjligheten att få vård. Behovsprincipen innebär att den som har störst behov av vård skall ges företräde och att hänsyn ska tas till dem som är svagast i samhället. Kostnadseffektivitetsprincipen innebär att ett rimligt samband mellan kostnader och effekt ska eftersträvas.¹³⁷ Landstingen ansvarar för att tillhandahålla hälsa- och sjukvård, men kan välja att låta en utomstående aktör bedriva verksamheten. Undantaget är verksamheter som innefattar myndighetsutövning.¹³⁸

4.2 ”Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus”

Kortfattat kan den nya lagen, ”Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus”, sägas innebära följande förändringar av Hälsa- och sjukvårdslagen:¹³⁹

- Sjukhus som drivs på entreprenad får inte drivas i vinstsyfte.
- Regionsjukhusen ska drivas av landstingen.

¹³⁵ Hälsa- och sjukvårdslagen (1982:763) paragraf 2-3.

¹³⁶ SOU 2003:23 *Vårda värden - samverkan, mångfald och rättvisa* (2003) s. 13.

¹³⁷ www.socialstyrelsen.se

¹³⁸ Hälsa- och sjukvårdslagen (1982:763) paragraf 2-3.

¹³⁹ www.regeringen.se

- Sjukhus som drivs på entreprenad får enbart finansiera sin verksamhet med offentliga medel och vårdavgifter.
- Alla landsting ska ha minst ett sjukhus som drivs offentligt.

De nya förändringarna träder i kraft den 1 januari, 2006. Verksamheter som är under gällande avtal med landsting omfattas inte av de nya bestämmelserna. Primärvården är undantagen och omfattas därmed inte heller av den nya lagen.¹⁴⁰

Den nya lagen skiljer sig på ett antal punkter från slutbetänkandet ”Vårda vården – samverkan, mångfald och rättvisa” (SOU 2003:23) från utredningen ”Vårdens ägarformer – vinst och demokrati”. Även i slutbetänkandet föreslogs ett förbud mot privat finansiering och att regionsjukhusen skulle drivas av offentlig sektor. Däremot gjordes ingen skillnad mellan privat verksamhet med och utan vinst. I betänkandet föreslogs vidare förbättrade villkor för organisationer utan vinstsyfte och för små företag.¹⁴¹ Det som tillkommit är med andra ord dels förbudet mot vinst, dels att varje landsting ska driva minst ett sjukhus offentligt.

4.2.1 Förbud mot vinst

Även i fortsättningen kommer det att vara möjligt för landsting att lägga ut driften av hälso- och sjukvården vid ett sjukhus på entreprenad, förutsatt att det i avtalet klargörs att det inte sker i syfte att generera vinst.¹⁴² Entreprenörer som tar över driften av landstingssjukhus ska bedriva verksamheten enligt självkostnadsprincip, vilket innebär att eventuella överskott ska återinvesteras i verksamheten. Anledningen är att det anses finnas en risk att vinstutdelande företag kan komma att skilja på patienter, där kravet på lönsamhet kan komma att leda till en ökad segregation. Vinstmålet kan alltså komma i strid med de medicinska och sociala mål som finns för hälso- och sjukvården. Vidare riskeras att den förebyggande vården kan bli för liten och det kan vara svårt att garantera insyn och demokrati då offentliga sjukhus övertas av privata aktörer. Det finns en rädsla för att vinstdrivande verksamheter ska prioritera de patienter som betalar bäst, istället för de patienter som har störst medicinskt behov.¹⁴³

¹⁴⁰ www.regeringen.se

¹⁴¹ SOU 2003:23 *Vårda vården - samverkan, mångfald och rättvisa* (2003) s. 14ff.

¹⁴² Socialdepartementet *Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus* (2005) s. 5.

¹⁴³ Socialdepartementet *Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus* (2005) s. 27ff.

I lagrådsremissen som föregick den nya lagen, konstaterades att effekten av vinstintressen inom sjukvården troligtvis varierar beroende på ägarformen. Verksamheter som ägs av personal, vilka dagligen är i kontakt med patienter, förväntas agera annorlunda än placerare på en aktiebörs. Men på grund av de stora resurser som krävs, ansågs det inte troligt att mindre företag eller personalkooperativ skulle kunna driva sjukhus. I lagrådsremissen stod också att det kan finnas utrymme för privata och vinstdrivande aktörer inom den offentligt finansierade vården, och att dessa aktörer kan ha en positiv effekt i delar av systemet. Dock ansågs det att sjukhus skiljer sig från övriga verksamheter då de kräver stora resurser och då den stora variationen i patientflödet gör det svårt att reglera uppdraget i avtal.¹⁴⁴

4.2.2 Driften av regionsjukhus och regionkliniker

Den vård som bedrivs på regionsjukhusen är högspecialiserad och finns enbart på ett fåtal platser i landet. Idag har 7 av 21 landsting ett eget regionsjukhus. Av denna anledning måste landstingen samverka, vilket i sin tur innebär att förändringar av driften av ett regionsjukhus påverkar flera landsting. Andra skäl till varför regionsjukhusens ställning är speciell, är dels att de måste ha kapacitet att ta emot små patientgrupper med stora behov, dels att de bedriver forskning. Till viss del är dessutom staten både huvudman och finansiär för den medicinska forskning som bedrivs. Regionsjukhusen har vidare ett nära samarbete med universiteten, exempelvis vad gäller läkarutbildningen¹⁴⁵. Samarbetet med universiteten, statens involverande, samarbetet mellan landstingen och det faktum att regionsjukhusens uppdrag är mycket föränderligt vilket gör det svårt att reglera uppdraget i avtal och hitta lämpliga ersättningsmodeller, är anledningar till att driften av regionsjukhus anses olämplig att lägga ut på entreprenad.¹⁴⁶

¹⁴⁴ Socialdepartementet *Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus* (2005) s. 28.

¹⁴⁵ Regionsjukhusen brukar av denna anledning även kallas Universitetssjukhus (www.skl.se)

¹⁴⁶ Socialdepartementet *Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus* (2005) s. 20f.

4.2.3 Offentlig finansiering

Att sjukvård som drivs på entreprenad enbart ska finansieras via offentliga medel och vårdavgifter, vänder sig mot att entreprenörer väljer att, utöver landstingspatienter, ta emot patienter som finansierar sin vård med hjälp av privata medel och/eller privata försäkringar. Genom detta frångås den prioriteringsordning som svensk sjukvård bygger på, att vård ska ges enligt behov. Vårdavgifter får tas ut även i fortsättningen, men enbart i samma utsträckning som detta sker i landstingen. Privata kliniker, såsom Sophiahemmet i Stockholm och Carlanderska sjukhuset i Göteborg, omfattas inte av den nya lagen, varken vinstförbudet eller förändringen av reglerna för finansiering, eftersom deras verksamheter inte drivs på entreprenad. Dessa kliniker kommer även i fortsättningen, genom avtal med landstingen, att kunna ta emot såväl patienter med offentlig finansiering som patienter med sjukvårdsförsäkring eller helt privat finansiering. Detsamma gäller specialistkliniker, privatpraktiserande läkare och, som jag tidigare nämnt, primärvården.¹⁴⁷

4.2.4 Sjukhus i offentlig drift

Förklaringen till att varje landsting ska driva minst ett sjukhus i egen regi, är att det anses finnas en risk med landsting överlämnar all drift till privata entreprenörer, då detta skulle kunna leda till att landstingen inte klarar att uppfylla åtagandet att tillhandahålla hälso- och sjukvård för invånarna. Specifikt nämns att landstingen måste kunna fortsätta att ge sina invånare vård om entreprenören av något skäl skulle misslyckas med driften av sjukhuset. Vidare är det osäkert om landstinget kan ha samma kontroll på en verksamhet på entreprenad som på en verksamhet som bedrivs i egen regi. Som en orsak till de problem som uppstår vid upprättandet av avtal, nämns landstingens bristande kunskap och erfarenhet vad gäller beställarkompetens.¹⁴⁸

¹⁴⁷ Socialdepartementet ”*Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus*” (2005) s. 33ff.

¹⁴⁸ *Ibid.* s. 37.

5 Analys

5.1 Effekter av vinstintressen

De empiriska undersökningar av vinstintressen jag tidigare redogjort för uppvisar varierande resultat, vilket gör det svårt att dra några definitiva slutsatser angående effekten av vinst inom sjukvård. Till viss del kan skillnaderna i resultat förklaras av skillnader mellan studierna. Rosenau och Linder har exempelvis studerat verksamheter inom hälso- och sjukvård, medan Söderström och Lundbäck studerat sjukhus. Studien av Rosenau och Linder är vidare väldigt kortfattad och går inte närmare in på några studier. Det hade exempelvis varit intressant att veta om hänsyn har tagits till de ekonomiska fördelar som icke-vinstdrivande verksamheter har, eftersom de bör förbättra resultaten. I och med de stora skillnader som förekommer mellan Sverige och USA, vilka presenterats i kapitel 2.5, är det osäkert i vilken utsträckning slutsatserna från de amerikanska studierna kan överföras på Sverige.

I Sverige har driften av S:t Görans sjukhus fungerat väl, något som bland annat landstingets förlängning av kontraktet med Capio tyder på. S:t Görans sjukhus har i genomsnitt lägre kostnader än de landstingsdrivna sjukhusen och får dessutom överlag mycket positiva omdömen från sina patienter, vilket skulle kunna tyda på att kvaliteten upplevs som god.

5.2 Konkurrensens betydelse

Enligt den ekonomiska teori som bland annat har presenterats i kapitel 2.3.1. har förekomsten av konkurrens en positiv effekt på marknaden, bland annat genom att höja effektiviteten. Under konkurrensutsättning bör det bästa alternativet vinna marknaden och de alternativ som inte håller tillräckligt hög nivå slås ut. Därför bör det inte existera några större skillnader mellan privata och offentliga verksamheter under konkurrensutsättning, vilket även stämmer

med resultatet i de undersökningar som presenterats i kapitel 2.4.4. Detta tyder på att det främst är konkurrensen som är avgörande för resultatet, inte driftsformen, något som har diskuterats av bland andra Söderström och Lundbäck (kapitel 2.6.1) och John D. Donahue (kapitel 2.3). Jag kommer därför i min analys att se till hur den nya lagen kan tänkas påverka de olika aktörerna på sjukhusmarknaden, i syfte att se hur dessa förändringar kan komma att påverka förekomsten av konkurrens.

För att kunna dra slutsatser om den nya lagens effekt på konkurrensen är det viktigt att veta i vilken utsträckning, och i vilken form, konkurrens förekommer i det nuvarande sjukvårdssystemet.

5.3 Konkurrens i dagens sjukvårdssystem

Idag finns formellt både konkurrens mellan sjukhus, bland annat genom förekomsten av kundval, konkurrens *inom* marknaden, och konkurrensutsättning, i form av sjukhus på entreprenad, konkurrens *om* marknaden. Samtidigt är inte det en garanti för fungerande konkurrens, för vilket det bland annat krävs att det finns ett tillräckligt antal aktörer på marknaden. Viktigt för förekomsten av konkurrens är, som jag tidigare nämnt, bland annat etableringsmöjligheterna. De höga initiala kostnaderna som krävs för att etablera sjukhus utgör ett etableringshinder, vilket troligtvis innebär att konkurrensen inom sjukvården är bristfällig. Det faktum att undersökningar av den svenska sjukvården, presenterade i kapitel 3.3, har visat att privata verksamheter är mer produktiva än offentliga verksamheter kan också tyda på att konkurrensen är ofullständig. Dessa undersökningar gällde visserligen sjukvården i stort, men det är sannolikt att resultatet även gäller för sjukhussektorn.

Användandet av kundval, där konsumenterna själva kan välja var de vill söka vård, bör kunna hjälpa till att upprätthålla en fungerande konkurrens. Kundval leder till att verksamheter tvingas att konkurrera, vilket ökar prestationskraven. Möjligheten till kundval innebär även en ökad valfrihet för konsumenterna. På grund av förekomsten av asymmetrisk information kommer informationen dock att vara bristfällig, vilket bör minska kundvalets positiva effekter på konkurrensen. Konkurrens inom en marknad leder dessutom ofta, som tidigare nämnts, till ett högre pris, något som i kombination med det svenska tredjepartsfinansieringssystemet bör innebära att det finns en risk för ökade kostnader. Kombinationen av det faktum att varken sjukhus eller patienter har incitament att hålla nere

kostnaderna, tillsammans med konkurrens i form av kundval, leder troligtvis till en ökad förekomst av ”non-price-competition”. Förutsatt att kvalitetshöjningen gagnar patienterna, bör effekten bli att riskerna med vinstdrivande verksamheter, i form av ”quality-shading”, minskar. En nackdel är dock att landstingens finansiella situation troligtvis försämras. Genom att vi i Sverige använder oss av en prestationsrelaterad ersättning bör problemet med ökade kostnader minska, men istället finns en risk för att en alltför stor del av resurserna ägnas åt att förbättra de resultat som är mätbara.

Jag anser att det är tveksamt om förekomsten av kundval har någon större betydelse för konkurrensen på hälso- och sjukvårdsmarknaden utanför storstäderna. Anledningen är att jag tror att det framförallt är i storstäderna som det finns ett tillräckligt antal aktörer inom ett mindre område. Visserligen kan patienter välja att söka vård även utanför sitt eget landsting, men jag tror att de flesta väljer att söka vård i sin närhet. Något som jag tycker tyder på detta är de stora skillnader som existerar mellan olika landsting vad gäller vårdköer.

I Sverige finns, som sagt, tre sjukhus som är konkurrensutsatta och drivs på entreprenad. För att denna typ av konkurrens ska fungera krävs att det finns potentiella aktörer vilka kan ta över driften av verksamheten. Jag tror dock att det är osäkert om det idag existerar ett reellt hot från potentiella aktörer.

Givetvis finns möjligheten att landstinget kan överta driften om entreprenören skulle missköta sitt uppdrag, men jag tror att konkurrensen i detta fall kommer att vara lägre än om utomstående aktörer hade existerat, inte minst på grund av avsaknaden av finansiella incitament. Ett annat problem är att denna typ av verksamheter på grund av behovet av kontinuitet kräver relativt långa kontraktperioder, vilket, enligt kontraktsteorin (kapitel 2.4.1), innebär en risk för att konkurrensen inte kommer att vara effektiv.

Att konkurrensutsätta offentliga verksamheter kan föra med sig negativa effekter i form av effektivitetsförluster, exempelvis på grund av höga upphandlingskostnader, denna typ av transaktionskostnader har bland annat diskuterats av Simon Domberger och Paul Jensen (kapitel 2.4.1). Effektivitetsförluster kan också uppkomma genom systemförändringar som leder till förändrade villkor för marknadens aktörer, vilket exempelvis är fallet vid införandet av den nya lagen.

5.4 Stopplagens innebörd för de olika aktörerna

Den nya lagen innebär en reglering av de villkor som gäller för offentligt finansierade sjukhus. I syfte att analysera lagens konsekvenser för förekomsten av konkurrens på marknaden, kommer jag att diskutera på vilket sätt den nya lagen kan komma att påverka sjukhusmarknadens aktörer.

5.4.1 Sjukhus på entreprenad

Den nya lagen förbjuder förekomsten av vinstintressen för offentligt finansierade sjukhus i privat regi. En möjlighet är att icke-vinstdrivande aktörer istället övertar driften av de offentliga sjukhus som idag drivs på entreprenad. Något som talar för detta, är att icke-vinstdrivande verksamheter är vanligt förekommande i USA. Samtidigt är skillnaderna mellan USA och Sverige stora, både vad gäller samhälle och sjukvårdssystem. En skillnad är att icke-vinstdrivande verksamheter i USA har mer förmånliga villkor än vinstdrivande verksamheter, vilket troligtvis bidrar till den högre förekomsten av ideell verksamhet. I slutbetänkandet ”Vårda vården” föreslogs att villkoren för icke-vinstdrivande verksamheter skulle förbättras, men detta förslag finns inte med i den nya lagen.

För att privata bolag ska investera i en verksamhet, krävs rimligtvis att det finns möjlighet till kapitalavkastning. Förbudet mot vinst kommer därför troligtvis att innebära att det blir svårare att uppbringa det kapital som krävs för att etablera och driva ett sjukhus och därigenom göra det svårare för nya aktörer att etablera sig på marknaden. Förekomsten av etableringshinder diskuteras i DS 1992:108 (kapitel 2.3.2). Äger landstinget tillgångarna kan kapitalbehovet minskas och etableringen underlättas, men denna lösning innebär, som tidigare nämnts, samtidigt en risk för att investeringarna blir för små.

Skillnaderna mellan USA och Sverige och svårigheten att uppbringa kapital, gör att jag har svårt att tro att de icke-vinstdrivande verksamheterna kommer att överta driften av sjukhusen på entreprenad. I och med att den nya lagen inte påverkar villkoren för icke-vinstdrivande verksamheter, har jag svårt att se varför deras incitament att etablera sig på marknaden skulle ha förändrats.

5.4.2 Privatägda sjukhus

Den växande efterfrågan på privatfinansierad vård, vilket bland annat lett till ett ökat antal privata sjukförsäkringar, innebär större vinstmöjligheter vilket borde locka nya aktörer till branschen. I och med att offentliga sjukhus i privat drift inte längre tillåts ta emot privatfinansierade patienter, bör vinstmöjligheterna, och därmed incitamenten för att etablera privatägda sjukhus, öka ytterligare. Resultatet skulle därmed kunna bli ett ökat antal privatägda sjukhus, vilka inte omfattas av den nya lagen.

Förbudet mot vinst motiveras med risken att vinstintressen kan gå före patienternas välfärd, en risk som även borde gälla privatägda sjukhus. Risken borde vidare vara större i och med att privatägda sjukhus står utanför landstingens organisation, vilket antagligen innebär att kontrollen och insynen är mindre än för landstingsägda sjukhus eller sjukhus på entreprenad. Även om socialstyrelsen har det övergripande ansvaret tror jag att insynen är mindre omfattande. I och med att dessa sjukhus står utanför landstingens organisation finns heller ingen möjlighet att exempelvis genom kontrakt reglera vårdavgifterna eller minska förekomsten av ”cream-skimming”. Argumentet mot privatfinansiering av vård är att det innebär att prioriteringsordningen frångås, vilket även gäller privatägda sjukhus. Jag anser därför att det, utifrån de mål regeringen säger sig ha med lagen, är ologiskt att den enbart påverkar offentligt finansierade sjukhus i privat regi och inte även privatägda sjukhus.

5.4.3 Offentliga sjukhus

Förutsatt att de tre privata aktörer som idag driver offentliga sjukhus på entreprenad väljer att lägga ner sin verksamhet istället för att driva sjukhuset vidare utan vinst, tror jag resultatet kommer att bli att landstinget övertar driften. Inom landstingsorganisationen finns den kunskap och de resurser som krävs för att driva ett sjukhus och landstingen har dessutom tidigare drivit sjukhusen. Dessutom anser jag det inte troligt att icke-vinstdrivande aktörer skulle överta driften (se kapitel 5.4.1), vilket skulle innebära att landstingen, i och med att de är ansvariga för att tillhandahålla hälso- och sjukvård för befolkningen, kommer att överta driften av sjukhusen. Det känns därför som ett troligt scenario att effekten av den nya lagen för de offentliga sjukhusen kommer att bli att de ökar i antal. Resultatet borde bli att de

offentliga sjukhusens ställning stärks. Bidragande faktorer är att regionsjukhusen enbart får drivas av landstingen och att varje landsting ska driva minst ett sjukhus i offentlig drift.

5.5 Stopplagens implikationer för konkurrensen

De effekter som nämnts i kapitel 5.4 ligger här till grund för en fortsatt diskussion kring Stopplagens implikationer, nu med fokus på konkurrens.

Jag tror att effekten för de landstingsdrivna sjukhusen kommer bli att de får en starkare ställning på marknaden, bland annat då jag tror att de kommer att överta driften av de sjukhus som idag drivs i privat regi. Konkurrens borde kunna förekomma även mellan landstingssjukhus, exempelvis är, som tidigare nämnts, kundval möjligt utan privata alternativ. Avsaknaden av incitament tror jag dock innebär att denna konkurrens är lägre än vid konkurrens med privata alternativ. Resultatet tror jag därför kommer att bli att konkurrensen *inom* marknaden minskar. Frånvaron av potentiella aktörer som kan överta driften av sjukhusen på entreprenad innebär att även konkurrensen *om* marknaden troligtvis minskar i och med att det, vilket diskuteras i SOU 2003:23 (kapitel 2.3.1), för en fungerande konkurrens krävs ett tillräckligt antal aktörer på marknaden.

Den ökade efterfrågan på privat och privatfinansierad vård skulle kunna leda till att fler privatägda vinstdrivande sjukhus med privatfinansierade patienter etableras. Förekomsten av ett ökat antal privatägda sjukhus bör framförallt innebära en ökad konkurrens om de privatfinansierade patienterna. Förekomsten av asymmetrisk information kombinerat med begränsade möjligheter att kontrollera exempelvis kvaliteten, faktorer som diskuteras tidigare, kan innebära att den ökade konkurrensen medför en ökad risk för patienterna.

För att minska riskerna med vinstintressen inom sjukvården, men samtidigt kunna ta till vara på konkurrensens positiva effekter, hade kanske ett alternativ varit att, istället för att förbjuda vinstintressen, öka regleringen av de vinstdrivande verksamheterna. Genom att begränsa storleken på vinsten som får tas ut, eller ställa krav på öppenhet, skulle kanske de problem och risker som finns idag kunna minskas. Exempelvis tror jag att ökade och förbättrade kontroller skulle kunna minska vinstdrivande verksameters incitament att sänka kvaliteten.

Förutsatt vinstförbudet anser jag att förbättrade villkor för icke-vinstdrivande verksamheter borde ha införts, för att därigenom öka antalet icke-vinstdrivande aktörer på

sjukhusmarknaden. Förutsatt att landstinget hade behållit tillgångarna, kunde detta ha inneburit en större möjlighet att dagens sjukhus på entreprenad hade fortsatt att drivas i privat regi. Därigenom skulle en konkurrens *om* marknaden kunna existera och konkurrensen *inom* marknaden skulle kunna förbättras. Icke-vinstdrivande sjukhus innebär inte heller samma risker för patienterna som privatägda vinstdrivande sjukhus, i och med att de inte har incitament att sänka kvaliteten, vilket diskuterats av Glaeser och Shleifer (kapitel 2.5). Enligt Hirth och Grabovski kan dessutom förekomsten av icke-vinstdrivande verksamheter ha en kvalitetshöjande effekt på de vinstdrivande verksamheterna, något som redogjorts för i kapitel 2.6.4. Fler privata aktörer inom landstingsorganisationen skulle dessutom, i och med möjligheten till kundval, innebära en ökad valfrihet för konsumenterna. Jag anser att förbättrade villkor för icke-vinstdrivande verksamheter borde ha införts oavsett vinstförbudet.

5.6 S:t Görans sjukhus

Den nya lagen kommer, som tidigare nämnts, framförallt att påverka tre svenska sjukhus, S:t Görans sjukhus, Simrishamns sjukhus och Lundby sjukhus. Jag kommer att använda S:t Görans sjukhus för att exemplifiera möjliga konsekvenser av den nya lagen.

Stockholms läns landsting beslutade nyligen att förnya kontraktet med Capio angående driften av S:t Görans sjukhus. Landstinget i Stockholm drivs av en koalition bestående av Socialdemokraterna, Vänsterpartiet och Miljöpartiet, samma partier som beslutade ändra Hälso- och sjukvårdslagen för att förbjuda S:t Görans sjukhus i nuvarande form.

S:t Görans sjukhus är ett av de sjukhus som påverkas både av konkurrens *om* marknaden och av konkurrens *inom* marknaden. Sjukhuset drivs på kontrakt vilket innebär att det bör förekomma konkurrens *ex ante*. Dock är det osäkert om denna konkurrens är effektiv då landstinget tidigare har fått kritik för att avtal med S:t Görans sjukhus har upprättats utan upphandling i konkurrens. Förekomsten av kundval innebär att S:t Görans sjukhus bör påverkas av konkurrens *inom* marknaden. I och med att det i Stockholm finns ett relativt stort antal sjukhus bör förekomsten av kundval kunna ha en positiv effekt på konkurrensen.

I och med den nya lagen finns, enligt mig, två alternativ för Capio då avtalet med landstinget upphör 2012. Capio kan välja att fortsätta att driva S:t Görans sjukhus, förutsatt att det sker utan vinstintressen. Eller också kan Capio lägga ner sin verksamhet och låta

landstinget driva S:t Görans sjukhus som ett landstingsägt bolag.¹⁴⁹ I denna situation finns möjligheten för Capio att starta ett privat sjukhus med vinstintressen och privatfinansierade patienter och driva detta i konkurrens med övriga sjukhus på marknaden. På grund av svårigheterna som jag tidigare redogjort för, vad gäller bland annat kapitalanskaffning, ser jag det inte som ett troligt scenario att Capio skulle välja att driva S:t Görans sjukhus vidare efter 2012. En viktig anledning är dessutom att de, i och med vinstförbudet, saknar finansiella incitament för att driva sjukhuset.

5.7 Svensk sjukhusmarknad utan Stopplagen

Det är svårt att veta hur situationen hade utvecklats om den nya lagen inte hade genomförts. Ett troligt scenario är att ingenting hade hänt, i alla fall på kort sikt. Det faktum att vi idag enbart har tre offentligt finansierade sjukhus i privat drift, tyder på att det finns en politisk motvilja mot denna driftsform. Även om Stopplagen inte hade genomförts, tror jag inte att fler landstingssjukhus hade sålts ut inom den närmaste tiden, vilket talar för att situationen hade förblivit relativt oförändrad. Förutsatt att de tre privata aktörerna hade lyckats med driften av S:t Görans sjukhus, Simrishamns sjukhus och Lundby sjukhus, vilket bland annat förlängningen av kontraktet med Capio tyder på, är det möjligt att fler sjukhus på längre sikt hade lagts ut till privata vinstdrivande företag på entreprenad. På sikt tror jag därför att konkurrensen på hälso- och sjukvårdsmarknaden hade kunnat öka. Ett krav hade troligtvis varit att osäkerheten angående villkoren för sjukhus i privat regi hade minskat. Höga kostnader för etablering, *sunk costs*, kombinerat med stor osäkerhet kunde annars ha lett till att få aktörer vågat ge sig in på marknaden.

Av samma anledning tror jag att det är osäkert om antalet privata aktörer skulle öka, om de borgliga vid en valseger upphäver Stopplagen. Vetskapen om att en ny socialdemokratisk regering skulle återinföra lagen, skulle kunna avhålla potentiella aktörer från att etablera sig på marknaden. Eventuellt skulle klarare regler kunna leda till ett ökat antal privata aktörer, men då skulle det troligtvis krävas någon form av partiöverskridande överenskommelse.

¹⁴⁹ Möjligheten finns även att en ny privat aktör tar över driften, förutsatt att denna aktör driver verksamheten utan vinstintressen

6 Slutsats

Syftet med denna uppsats var att utreda hur förändringarna av Hälso- och sjukvårdslagen, primärt vinstförbudet, kommer att påverka konkurrensen på den svenska sjukhusmarknaden. För att kunna besvara detta syfte har jag dels presenterat olika teorier om hälso- och sjukvårdsmarknaden, konkurrensen och vinst, dels olika studier och undersökningar som har gjorts inom dessa områden.

Då resultaten från vinststudierna är tvetydiga har det varit svårt att dra några definitiva slutsatser om hur förekomsten av vinst påverkar marknaden. Dock är det sannolikt att förekomsten av vinst är förknippat med risker. Exempelvis kan risken för ”quality-shading” innebära allvarliga konsekvenser för sjukvården. Samtidigt tror jag att förekomsten av konkurrens, under rätt förutsättningar, kan ha en positiv effekt på marknaden.

Även i dagens system kan konkurrensen sägas vara bristfällig. Dock anser jag att det är sannolikt att effekten av lagen kommer att innebära en ännu lägre förekomst av konkurrens på hälso- och sjukvårdsmarknaden. Detta grundar jag på att förbudet mot vinstintressen troligtvis kommer att leda till att förekomsten av privata entreprenörer kommer att minska och att de sjukhus som idag drivs på entreprenad kommer att övertas av landstingen. I och med att villkoren för icke-vinstdrivande verksamheter inte har förbättrats, anser jag inte att deras incitament för nyetableringar på marknaden skulle ha förändrats. Detta kombinerat med svårigheten att skaffa kapital, gör att jag inte finner det troligt att icke-vinstdrivande aktörer kommer att överta driften av de sjukhus som idag drivs på entreprenad.

Effekten av förbudet för sjukhus på entreprenad att ta emot privatfinansierade patienter, tror jag kommer att bli att fler privatägda sjukhus kommer att etableras. Detta kommer sannolikt leda till att prioriteringsordningen frångås. De två övriga förändringarna, att landstingen ska driva regionsjukhusen och att landstingen ska ha minst ett sjukhus i offentlig drift tror jag ytterligare kommer att stärka landstingens ställning. Införandet av den nya lagen tror jag därför kommer att resultera i en lägre förekomst av konkurrens på sjukhusmarknaden.

Då jag tror att förekomsten av konkurrens kan ha en positiv på marknaden, anser jag att ett bättre alternativ hade varit att införa ökade regleringar, exempelvis i form av förbättrade

kontroller och/eller vinstregleringar. Detta i kombination med förbättrade villkor för icke-vinstdrivande verksamheter, villkor som borde införas även med den nuvarande Stopplagen, skulle sammantaget kunna ha en positiv inverkan på den svenska sjukhusmarknaden. De icke-vinstdrivande verksamheterna skulle bidra till en högre grad av konkurrens och är dessutom inte förknippade med samma risker som vinstdrivande aktörer.

Källförteckning

Publicerade källor

Andersson, Fredrik (2002) *Konkurrens på kommunala villkor - En översikt*. Svenska kommunförbundet.

Arrow, Kenneth J. (1963) "Uncertainty and the welfare economics of medical care". *The American Economic Review*, vol. 53, nr 5, s. 941-973.

Barr, Nicholas (1993) *The economics of the welfare state*. Oxford University Press. 2nd edition.

Bergström, Fredrik – Lund, Josefina (2003) *Vinstdrivna sjukhus Är fallet S:t Görans färdigbehandlat?* Timbro Hälsa.

Chalkley, Martin - Malcomson, James, M. (2000) "Government Purchasing of Health Services", s. 847-890 i Culyer Anthony, J. – Newhouse, Joseph, P. (eds) *Handbook of Health Economics*. Elsevier, vol. 1A.

Domberger, Simon – Jensen, Paul (1997) "Contracting out by the public sector: theory, evidence, prospects". *Oxford Review of Economic Policy*, vol. 13, nr 4, s. 67-78.

Donahue, John D. (1992) *Den svåra konsten att privatisera*. SNS förlag.

Dozet, Alexander - Lyttkens, Carl Hampus - Nystedt, Paul (2002) "Health care for the elderly: two cases of technology diffusion". *Social Science & Medicine*, vol. 54, s. 49-64.

DS 1992:108 (1992) "Alternativa verksamhetsformer inom vård och omsorg" Rapport från en arbetsgrupp i Socialdepartementet/Statskontoret, Socialdepartementet.

DS 1995:25 (1995) "Vad blev det av de enskilda alternativen? – En kartläggning av verksamheter inom skolan, vården och omsorgen" Rapport till ESO Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, Finansdepartementet, Fritzes förlag.

Gaynor, Martin – Vogt, William B. (2000) "Antitrust and Competition in Health Care Markets", s. 1405-1487 i Culyer, Anthony, J. – Newhouse, Joseph, P. (eds) *Handbook of Health Economics*. Elsevier, vol. 1B.

Glaeser, Edward, L. – Shleifer, Andrei (2001) "Not-for-profit entrepreneurs". *Journal of Public Economics*, vol. 81, s. 99-115.

Grabowski, David, C. – Hirth, Richard, A. (2003) "Competitive spillovers across non-profit and for-profit nursing homes" *Journal of Health Economics*, vol. 22, nr 1, s. 1-22.

Grossman, Michael (1972) "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health", *Journal of Political Economy*, vol. 80, s. 223-255.

Hirth, Richard, A. (1997) "Competition between for-profit and nonprofit health care providers: Can it help achieve social goals" *Medical Care Research & Review*, vol. 54, nr 4, s. 414-439.

Hurley, Jeremiah (2000) "An Overview of the Normative Economics of the Health Sector", s. 55-118 i Culyer, Anthony, J. – Newhouse, Joseph, P. (eds) *Handbook of Health Economics*. Elsevier, vol. 1A.

Hälso- och sjukvårdslagen, HSL 1982:763 § 2-3, Nordstedts Juridik.

Keeler, Emmet, B. – Melnick, Glenn – Zwanziger, Jack (1999) "The changing effects of competition on non-profit and for-profit hospital pricing behaviour" *Journal of Health Economics*, vol. 18, s. 69-86.

Landstingsförbundet (2002) "Svensk hälso- och sjukvård under 1990-talet. Utvecklingstendenser 1992-2000" Landstingsförbundet.

Lundbäck, Mattias (2000) *Asymmetric Information and The Production of Health*. Lund Economic Studies number 93, Distributed by the Department of Economics, Lund University, KFS i Lund AB.

Rehnberg, Clas – Garpenby, Peter (1995) *Privata aktörer i svensk sjukvård*. SNS Förlag.

Rosenau, Pauline, Vaillancourt – Linder, Stephen, H. (2003) "Two Decades of Research Comparing For-Profit and Nonprofit Health Provider Performance in the United States" *Social Science Quarterly*, vol. 84, nr 2 s. 219-241.

Sloan, Frank A. (2000) "Not-for-profit ownership and hospital behavior", s. 1141-1174 i Culyer, Anthony, J. – Newhouse, Joseph, P. (eds.), *Handbook of Health Economics*. Elsevier, vol. 1B.

Sloan, Frank A. – Picone, Gabriel A. – Taylor, Donald H. Jr – Chou, Shin-Yi (2001) "Hospital Ownership and cost and quality of care: is there a dime's worth of difference" *Journal of Health Economics*, vol. 20, nr 1, s. 1-21.

Socialdepartementet (2005) *Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus*. Lagrådsremiss Socialdepartementet.

Socialstyrelsen (2004) *Hälso- och sjukvård*. Lägesrapport 2003 Socialstyrelsen.

SOU 2003: 23 "Vårda vården – samverkan, mångfald och rättvisa" (2003) Slutbetänkande från utredningen "Vårdens ägarformer –vinst och demokrati".

Söderström, Lars – Lundbäck, Mattias (2000) *Vinsten som drivkraft*. Industriförbundet, Stockholm.

Söderström, Lars – Andersson, Fredrik – Edebalk, Per Gunnar – Kruse, Agneta (2001) *Privatiseringens gränser. Perspektiv på välfärdspolitiken*. Välfärdspolitiska rådets rapport SNS Förlag.

Elektroniska källor

<http://econ.worldbank.org/view.php?type=5&confid=1552&id=1764> 2005-03-02

Preker, Alexander S. - Harding, April (2000) "The Economics of Public and Private Roles in Health Care: Insights from Institutional Economics and Organizational Theory" Published by the World Bank.

www.gambro.se/page.asp?id=2951 2005-08-22

Gambros hemsida, information angående Medicare.

www.regeringen.se 2005-04-06

Regeringens hemsida, "Fakta PM (2005) Lagrådsremiss Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus", Socialdepartementet.

www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3120&doktyp=betankande&bet=2004/05:SoU18

2005-08-26

Riksdagens hemsida, information angående den nya lagen.

www.skl.se 2005-04-11

Hemsida för Sveriges kommuner och landsting, information angående landstingen.

www.skl.se/artikel.asp?A=242&C=451 2005-08-29

Hemsida för Sveriges kommuner och landsting, information angående vårdval.

www.sll.se/docs/w_lkk/landstingsstyrelsen/2005/2005-03-30/bil2211635.pdf 2005-05-08

Stockholms läns landstings hemsida, Uppdragsbeskrivning akutsjukvård "Beskrivning av verksamhetsuppdrag vid Capio S:t Görans sjukhus".

www.sll.se/w_pressinfo/141699.cs 2005-05-08

Stockholms läns landstings hemsida, information om landstingsfullmäktiges beslut.

www.sll.se/w_rev/5778.cs 2005-08-25

Stockholms läns landstings hemsida, "Försäljning av S:t Görans sjukhus AB" Rapport 00/00, Publicerad 2000-10-24.

http://www.sll.se/docs/w_rev/projrapp/Rapp0008.pdf 2005-05-03

Stockholms läns landstings hemsida, Revisionsrapport 8/2000 Projektrapport "Lokalutnyttjande vid akutsjukhusen – några nyckeltalsjämförelser", Landstingsrevisorerna (2000).

http://www.sll.se/docs/w_rev/projr-01/rapp23-01.pdf 2005-05-10

Stockholms läns landstings hemsida, Revisionsrapport 23/01 Projektrapport ”Uppföljning och granskning av avtalen om nyttjandet av S:t Görans sjukhus”, Landstingsrevisorerna (2001).

www.socialstyrelsen.se/om_Sos/organisation/Halso_o_sjukvard/Enheter/MRP/riktlinjer_vard_behand.htm 2005-08-22

Socialstyrelsens hemsida, ”Socialstyrelsens riktlinjer för vård och behandling”.

www.sophiahemmet.se 2005-05-16

Sophiahemmets hemsida, information om Sophiahemmet.

www.stgoran.se 2005-05-16

S:t Görans sjukhus hemsida, information om S:t Görans sjukhus.

Abstract

Title: Benefit from Competition – An analysis of the consequences of Stopplagen for the Swedish health care market

Author: Cecilia Halldelius

Tutor: Carl Hampus Lyttkens

Date: 2005-09-05

Purpose: The purpose of the thesis is to examine how the new legislation for the health care market, primarily the anti-profit-legislation, will affect the competition in the Swedish health care market.

Method: The thesis is based on literary studies. By combining theories and empirics regarding the health care market, competition and profit, a deeper understanding of the aspects important for the chosen subject, is created. Combined with official reports and the new legislation, an analysis is formed. In the analysis, consequences of the new legislation for the competition in the Swedish health care market are discussed.

Conclusion: My conclusion is that it is likely that the amount of competition in the health care market will decline because of the new legislation.

Keywords: competition, contracting out, the health care market, profit, Stopplagen