

# New Public Management inom sjukvården

- en kvantitativ studie av effektiviteten i svensk sjukvård

Erik Kjellstenius & Jesper Svedgard

# Abstract

Styrningen av den svenska sjukvården har under de senaste tjugo åren ändrats drastiskt. Från en styrning baserad på traditionella budgetanslag till en styrning som ersätter per antal åtgärder och patienter. Reformerna kan härledas till New Public Management-teorier som förespråkar marknadslösningar inom den offentliga sektorn. Målet är att skapa en effektivare förvaltning, med konkurrens mellan vårdgivarna och valfrihet för patienterna.

Kritik har riktats mot de påstådda effektivitetsförbättringarna och även mot de konsekvenser införandet av reformerna har för demokratin. I denna uppsats undersöks huruvida några effektivitetsförbättringar ägt rum, samt resoneras kring de ekonomiska och demokratiska effekterna av marknadslösningar inom sjukvården.

Resultatet av undersökningen visar inte på några skillnader i effektivitet och diskussion förs kring varför så är fallet.

*Nyckelord:* Sjukvård, New Public Management, effektivisering, förvaltning, ekonomiska incitamentsstrukturer

*Antal ord:*  
8105

# Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Inledning</b> .....	<b>1</b>
1.1	Syfte och frågeställning.....	1
1.2	Teori .....	1
1.2.1	Weberiansk förvaltning .....	2
1.2.2	New Public Management .....	3
1.2.3	Kritik av New Public Management .....	4
1.2.4	Ekonomiska incitamentsstrukturer som vattendelare, om kvasi- marknaden.....	5
1.3	Metod .....	7
1.3.1	Metod och operationalisering.....	7
1.3.2	Material och källkritik.....	9
<b>2</b>	<b>Resultat</b> .....	<b>10</b>
2.1	Test av kvalitetsvariabler .....	10
2.2	Test av kostnadsvariabler .....	14
2.3	Sammanfattning av resultatet .....	18
<b>3</b>	<b>Diskussion</b> .....	<b>20</b>
3.1	Ekonomiska aspekter av New Public Management .....	20
3.1.1	Marknaden, konkurrensen och Baumols sjukdom .....	20
3.1.2	Övriga kostnader .....	22
3.2	Vad blir konsekvenserna för demokratin? .....	23
<b>4</b>	<b>Slutsatser</b> .....	<b>27</b>
<b>5</b>	<b>Referenser</b> .....	<b>29</b>

# 1 Inledning

Sveriges landsting har sedan tidigt nittiotal experimenterat med andra ekonomiska styrsystem än det traditionella budgetanslaget. Ersättning efter prestation har blivit mer vanligt och tanken är bland annat att vårdgivare ska agera mer som företag, detta för att förbättra kvaliteten och hålla kostnaderna nere. De nya ekonomiska styrsystemen är inspirerade av den teoribildning som kallas New Public Management (NPM). Tvivel har riktats mot reformernas påstådda effektivitet, samtidigt som kritiker menar att NPM-reformer kan vara ett hot mot grundläggande demokratiska värden som öppenhet och rättssäkerhet.

Fokus för denna uppsats ligger på effektivitetsfrågan, kanske den aspekt som förespråkare av NPM håller kärast. Vi undersöker om det går att finna bevis för att landsting som driver sjukvården mer enligt NPM-principer också har en effektivare sjukvård.

Uppsatsen är upplagd som följande: Först ett introducerande kapitel med teorigenomgång av NPM, klassisk weberiansk förvaltning (så att säga motpolen) och kritik av NPM-teorier. Sedan följer resultatet av vår undersökning där vi kvantitativt jämfört landstingen, grupperade efter grad av NPM-styrning. I undersökningen finner vi inga statistiskt säkerställda skillnader i effektivitet mellan grupperna. Till sist kopplar vi teori till empiri och försöker förstå varför inga skillnader går att finna, samt påminner om de demokratiska problem som kan följa.

## 1.1 Syfte och frågeställning

Vårt syfte är att undersöka huruvida NPM-reformer leder till en effektivare sjukvård genom att kvantitativt jämföra de svenska landstingen. Vi diskuterar även kring de ekonomiska och demokratiska komplikationer som reformerna dras med. Vår frågeställning är följande:

*Är sjukvårdsförvaltningar med New Public Management-styrning effektivare?*

## 1.2 Teori

NPM kan ses som ett direkt svar till – eller en kritik av – den klassiska weberianska förvaltningen. Det finns en antagonism däremellan som även står att finna inom den svenska sjukvårdsförvaltningen. Nedan redogör vi för de två

teoribildningarna och hur de kan förstås inom den svenska sjukvården. Vi kommer även presentera central kritik av NPM-teorier. Kritiken mot en mer traditionell weberiansk förvaltningsmodell lyfts fram vid presentationen av NPM som teori och idéströmning.

Ett viktigt led i definitionen av vad som ska klassas som influerat av den ena teoribildningen eller den andra är hur de ekonomiska incitamentsstrukturerna ser ut inom de olika landstingen. För att göra NPM-ideal möjliga krävs andra former av ekonomisk styrning än de traditionella budgetanslagen. Det måste skapas en så kallad kvasi-marknad som möjliggör och uppmanar till ett marknadstänk inom sjukvården, vilket leder till handlande med företaget som ideal för organisationen.

### 1.2.1 Weberiansk förvaltning

Som nämnt ovan är den utveckling som kan ses idag, och som pågått i två decennier i den offentliga sektorn baserad på en kritik av den weberianska förvaltningsmodellen. Så vad är då den weberianska modellen och vilka antaganden bygger den på? Donahue (1992:55f) diskuterar tre centrala punkter i Max Webers modell. Den första är att arbetsuppgifterna ska vara klart definierade, det får inte råda något tvivel angående vad de består av, det måste framgå för varje ämbetsman vad hen ska göra och varför. Detta kan ses som en självklarhet, men är något som ofta frångås idag och som det inte läggs så mycket fokus på i jakten på mer kostnadseffektiva arbetssätt (Jacobsson 2007:51ff).

Den andra punkten är att makten ska vara begränsad och hierarkisk. Detta dels för att ingen ska kunna förskansa sig allt för mycket makt över allt för stora områden, dels för att det ska bli möjligt med ansvarsutkrävande. Utan en tydlig hierarkisk ordning omöjliggörs ansvarsutkrävande eftersom ansvaret inte ligger på ett väldefinierat ställe i förvaltningen, utan ansvaret blir ett flytande fenomen som kan ligga på flera personer på olika ställen i förvaltningen.

Den tredje punkten är vikten av att procedurer, rättigheter och roller är formaliserade, detta för att skapa förutsättningar för förutsägbara beslut. Om det klart och tydligt framgår hur varje beslut ska fattas och av vem, går det att förutsäga vad utfallet kommer att bli, vilket är av avgörande betydelse för rättssäkerheten (Donahue 1992:55f).

Weber själv lyfter fram även andra centralt viktiga ideal för förvaltningen. Han pekar på professionaliseringen av den offentliga tjänstemannen som ett av de centrala idealen för förvaltningen. Det är helt enkelt viktigt att en offentlig tjänsteman ses som någon som utför ett professionellt arbete där rollen som offentlig tjänsteman lyfts fram istället för det direkt operativa arbetet. Det är också viktigt att tjänstemannen får en tillräcklig lön så att hen inte behöver dryga ut inkomsten med olika former av mutor (Weber 1978:958). I Sverige idag kanske inte lönenivån hos de anställda inom den offentliga förvaltningen är det viktigaste då de alla kan leva bra på den lön de får. Detta gör dock inte Webers idéer kring professionaliseringen av tjänstemannarollen mindre aktuell. Det som han påpekar angående den offentliga tjänstemannens roll som just offentlig tjänsteman framför de operativa uppgifterna är idag lika viktigt och Lennart Lundquist (1998) menar

att man borde återinföra betäckningen ämbetsman för de anställda i den offentliga förvaltningen för att belysa rollen som bärare av demokratin samt att ämbetsmannen inte endast svarar inför något styrdokument uppifrån utan har ett ansvar gentemot medborgarna.

För att stärka tjänstemannens roll och underlätta möjligheten att informera allmänheten och kritiskt uttrycka sig, är det viktigt att tjänstemannen har en klart och tydligt utstakad karriär och får lön efter befattning, inte på individuella meriter. Allt för att försvåra repressalier mot "besvärliga" anställda, underlätta informationsspridning till medborgarna och försäkra sig om att det inte bara är "ja-sägare" som snällt och lydigt följer order som blir befordrade (Weber 1978:963).

## 1.2.2 New Public Management

NPM är en samling teorier och idéer hämtade från den privata sektorn för att implementeras i den offentliga förvaltningen. Företagets driftsformer ses som det optimala sättet att driva en verksamhet på och genom att följa dessa principer kommer verksamheten effektiviseras (Røvik 2008:135). Förespråkare av NPM ser den klassiska weberianska förvaltningsmodellen som förlegad, stel och trögrodd. De menar att beslut tar allt för lång tid att genomföra, att tjänstemännen inte är tillräckligt autonoma och att den strikta hierarkiska modellen, utöver trögheten, är alltför kostsam. Om den offentliga förvaltningen utformas mer efter affärslogiker kommer dessa problem lösas. Individen – medborgaren, kunden, i sjukvården patienten – blir här en viktig kugge. Medborgaren borde i sin roll till staten snarare ses som kund, vilken kan välja att konsumera tjänster på en marknad (Røvik 2008:136). Med valfrihet på en marknad medföljer en tydlighet för producenterna som är svår att bortse från (Rothstein 2010:254), kunden röstar med fötterna. Producenter av varor och tjänster som inte uppfyller kundens krav kommer på en marknad med välfungerande konkurrens se sin verksamhet dala och måste därmed förbättra sig eller lägga ned. Vid överetablering av marknaden kommer de sämsta aktörerna gå under. Då denna marknad inte finns naturligt inom det offentliga är det statens uppgift att konstruera en så kallad kvasi-marknad där olika tjänsteproducenter konkurrerar om kundernas (medborgarnas) pengar. Meningen är att marknadsprinciperna ska tjäna det offentligas syfte (Simonet 2008:619).

NPM-förespråkarnas huvudargument är att den privata produktionen är effektivare än den offentliga. De visar på att effektiviseringen har gått snabbare inom det privata och menar därför att de organisatoriska strukturer som finns inom företagsvärlden bör implementeras i den offentliga förvaltningen (Ankarloo 2005:33ff; Rothstein 2010:255ff). Den relativt dåliga effektiviseringstakten inom den offentliga produktionen antas leda till finansieringsproblem av det offentliga. För varje år som går blir det allt dyrare och mindre rationellt att investera i offentlig konsumtion. Detta fenomen kallas för Baumols sjukdom eller tjänstedilemmat (Ankarloo 2005:33ff). Detta fenomen kommer vi i diskussionsavsnittet behandla mer djuplodat.

### 1.2.3 Kritik av New Public Management

NPM hämtar inspiration från å ena sidan mikroekonomisk teori, å andra sidan organisationsteori. Här uppstår en del inte alltid förenliga mål då de mikroekonomiska teorierna ämnar göra verksamheten mer kostnadseffektiv, medan organisationsteorierna ofta snarare har som mål att förbättra kvaliteten av verksamhetens produktion. Det ter sig inte alltid självklart hur dessa mål ska kunna uppnås parallellt. Denna typ av dubbla måluppfyllelse kan möjligtvis vara möjlig i de organisationer där verksamheten uppenbarligen har för hög kapacitet för ändamålet, där torde kvaliteten i alla fall kunna förbli densamma. Men om samma dubbla måluppfyllelse appliceras på en redan effektiv verksamhet av besparingsskäl, kan det bli svårt att undvika kvalitetsförsämringar i kärnverksamheten (Pollitt & Bouckaert 2004:169ff).

NPM inom sjukvården ska i teorin leda till en effektivare och mer lyhörd vårdgivare. Också till patienter som har friare val och med det också mer makt att påverka sin egen situation. Möjligheten för patienten att välja bort en vårdgivare som inte uppfyller patientens krav ska leda till säkrare patienter och till vårdgivare som mer hängivet försöker tillfredsställa patientens behov. Samtidigt är det inte alltid lätt för en patient att göra något sånär rationella val. Sjukvårdstjänster fungerar sällan som standardiserade varor, vilka konsumenten lätt kan välja bort till nästa gång varan ska konsumeras. En patient som opereras, dessutom för första gången för en åkomma, har små möjligheter att välja bort vårdgivaren om något inte skulle vara till belåtenhet (Ankarloo 2008:176f). Ett sätt att komma runt det uppenbara problemet med patientens oförmåga att välja bland varor hen inte känner tillräckligt är att skapa ett gediget informationssystem för vårdtjänster, till exempel baserat på tidigare patienters upplevelser. En aspekt förespråkare av NPM ofta glömmer att nämna är de stora merkostnader sådana typer av utvärderingar och informationssystem leder till (Lindgren 2006).

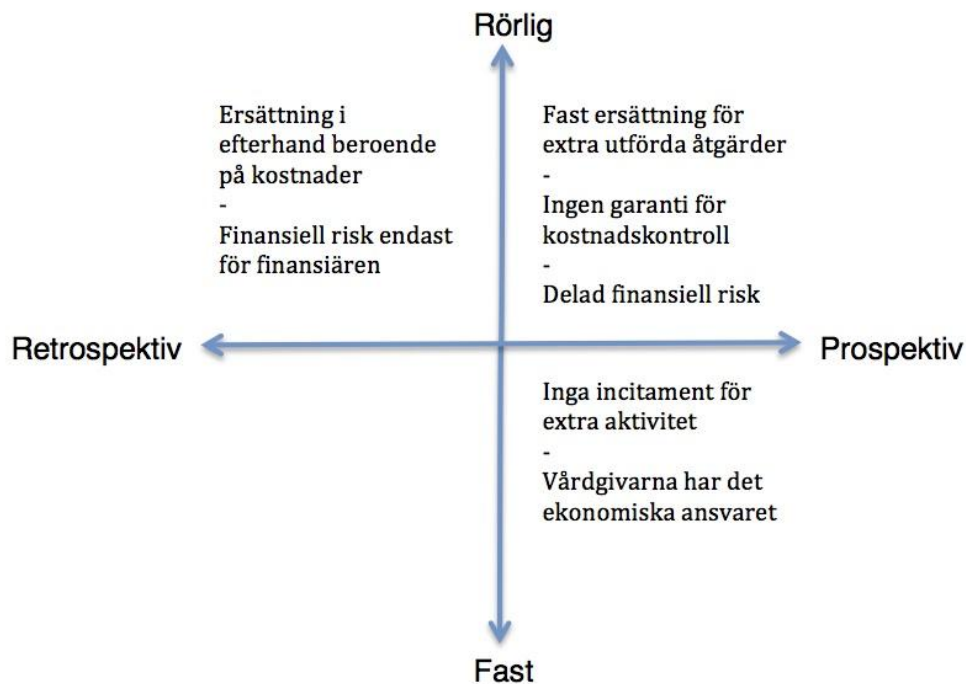
Det finns även kritiker som pekar på att marknadsanpassningen av den offentliga förvaltningen utmanar den representativa demokratin. Den representativa demokratimodellen bygger i stor utsträckning på tydliga gränser mellan det offentliga, det vi gemensamt beslutar om, och det privata, det som varje individ själv bestämmer över. Det är viktigt att denna uppdelning är tydlig för att kunna utröna var ansvaret ligger, vem ska kunna ställas till svars om något inte fungerar på det sätt som det borde (Pierre & Sundström 2009:17f). En annan för demokratin viktig stöttepelare är de offentliga tjänstemännens meddelarfrihet. Vad händer med denna rättighet när förvaltningen ska agera, inte som det gemensamma utan som det privata och olika delar av förvaltningen ska konkurrera med varandra (Lundquist 1998)?

NPM-förespråkarna hävdar det privatas överlägsna effektivitet och menar att det enda logiska för det offentliga är att efterlikna det privata. Kritikerna ifrågasätter detta och visar på att jämförandet av det privatas och offentligas effektivisering över tid, som används för att stötta bilden av det privata som överlägset, bara är en ideologiskt driven sifferexercis (Ankarloo 2005: 52ff).

## 1.2.4 Ekonomiska incitamentsstrukturer som vattendelare, om kvasi-marknaden

NPM inom sjukvården kräver en annan typ av finansiering än de traditionella budgetanslagen i vilka vårdgivarna inför året räknar ungefär hur mycket resurser som kommer krävas för att driva verksamheten. När patienten ska få valfrihet och vårdgivarna ska agera mer som företag krävs alltså ändringar i de ekonomiska incitament som ges till sjukvårdsproducenterna.

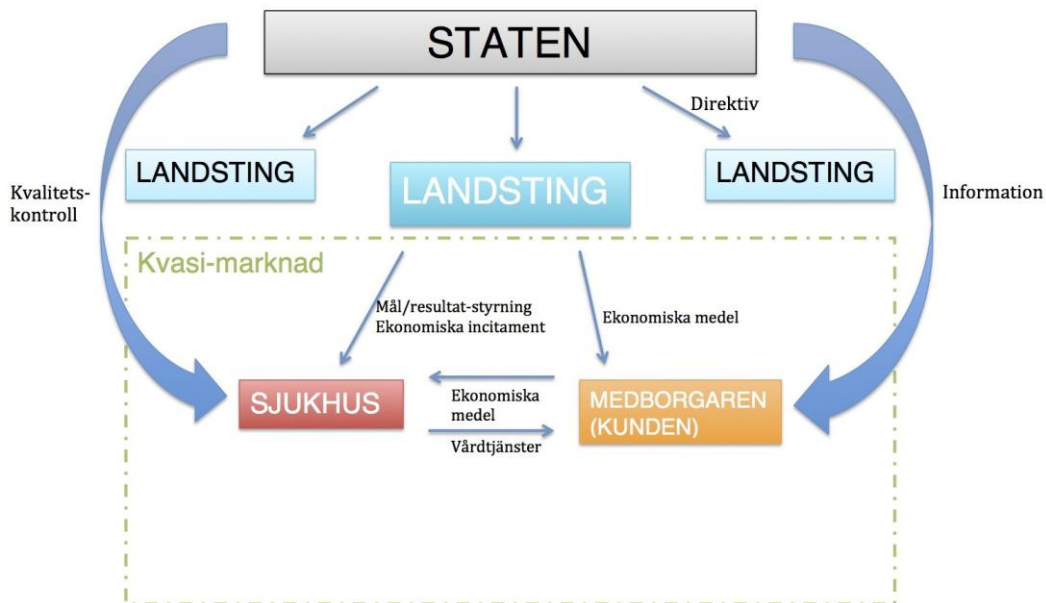
*Figur 1* (Källa: Finansdepartementet 2010) visar två skalor som skapar tre dimensioner för olika typer av ekonomiska ersättningsprinciper:



Detta är alltså en skiss över de förväntade incitament som ges vid olika kombinationerna av ersättningstyper. Traditionella budgetanslag är fasta ersättningar som delas ut prospektivt, vilket inte leder till ökad extra aktivitet och att vårdgivarna tar den finansiella risken på egen hand, de får eventuellt reprimander för nästa års budget. Med en sådan typ av ersättning finns inga förutsättningar för att vårdgivarna ska kunna agera som vinstdrivande företag, eftersom ersättningen inte är direkt knuten till antalet patienter eller medicinska ingripanden. Ett NPM-influerat sjukvårdssystem kräver istället ett ersättningssystem som är rörligt. Om vinst kan göras på de åtgärder som genomförs – alltså om kostnaderna för produktionen är mindre än den ersättning som producenterna erhåller – kommer vårdgivarna få incitament att producera mer. Rörlig ersättning kan både vara prospektiv och retrospektiv. Största skillnaden blir att kostnadskontrollen är sämre med prospektiv ersättning då ersättningen inte är beroende av de faktiska kostnaderna. Den rörliga ersättningen



i kombination med ambitionen att ge patienterna valfrihet i vården ska resultera i att vårdgivarna konkurrerar med varandra om de ekonomiska medel som patienterna med sina val delar ut. Konkurrensen i sin tur ska leda till effektivitetsförbättringar, som nämnts ovan kommer konkurrensutsatta producenter som halkar efter antingen förbättra sig eller gå under. *Figur 2* är en skiss över de olika aktörerna kring en kvasi-marknad för sjukvården:



Kvasi-marknaden är alltså nyckeln till en NPM-inspirerad styrning av sjukvården. Ändringarna i de ekonomiska incitamentsstrukturerna är nödvändiga för att marknadsprinciper ska kunna implementeras.

Det är svårt att isolera effekterna av införandet av olika incitamentsstrukturer eftersom att de till stor del infördes samtidigt som hela finansieringsmodellen för den svenska sjukvården ändrades och man införde en beställar- utförarmodell. De effekter som observeras kan därför inte enbart härledas till de olika ekonomiska incitamentsprinciperna utan måste ses i ett större sammanhang (Jacobsson 2007:56). Man har kunnat se att rörlig ersättning leder till starka incitament att fortsätta producera sjukvård så länge marginalintäkterna är större än marginalkostnaderna. Detta leder till ökande kostnader, med möjliga finansieringsproblem som följd. De ökade kostnaderna för vården efter införandet av prestationsersättningssystem har lett till att olika takkonstruktioner har införts, vilket i sin tur resulterat i att vårdgivarna förlorat förtroendet för ersättningssystemet och att incitamenten för produktionsökning till stor del försvunnit (Jacobsson 2007:56- 59).

## 1.3 Metod

Nedan redogörs för den kvantitativa studiens utformning, för relevanta begrepp och för hur vi ämnar mäta dem.

### 1.3.1 Metod och operationalisering

Vi har valt att undersöka huruvida NPM-reformer lett till effektivitetsförbättringar inom den svenska sjukvården genom att kvantitativt jämföra samtliga svenska landsting. För att göra jämförelser möjliga har vi delat upp landstingen i tre grupper, efter till vilken grad de genomfört NPM-inspirerade ersättningssystem inom sjukvården år 2004. Den största gruppen (1) med tolv landsting, innehåller de som nästan uteslutande finansierar sjukvården genom traditionella budgetanslag, alltså som enligt vår definition, ligger närmast den weberianska förvaltningen. I Grupp 2 med sex landsting, finns de landsting som använder traditionella anslag *och* andra mer NPM-inspirerade ersättningsprinciper som prestationsersättning, ersättning per åtgärd och per kapitering. De tre stycken landstingen i Grupp 3 använder sig nästan uteslutande av NPM-inspirerade ersättningsprinciper. Indelningen är hämtad från en rapport som undersöker ekonomiska incitamentsstrukturer i den svenska sjukvården och är baserad på landstingens egna redogörelser för den ekonomiska styrningen (Ohlsson & Thorling 2005:10).

Då sjukvården är svår att jämföra över tiden, med befolkningsförändringar, ekonomisk konjunktur, forskningsframsteg och så vidare som störande faktorer, kommer vi att jämföra *mellan* landstingen vid fasta tidpunkter. De absolut flesta variabelvärdena är från 2011, men på de områden där data inte gick att finna från 2011 har vi valt att gå tillbaka i tiden, dock inte tidigare än till 2009.

Varför använder vi oss av en indelning från 2004 när vi väljer att undersöka hur sjukvården ser ut 2011? Vi har två huvudsakliga motiveringar: (1) 2011 ser sjukvårdsstyrningen drastiskt annorlunda ut än för bara ett par år tidigare, framförallt beroende på den borgerliga regeringens reformer för ökad konkurrens inom sjukvården med vinster och vårdval som exempel. (2) Det tar ofta tid för politiska reformer att nå resultat. Genom att använda en tidigare uppdelning har reformerna getts tid att verka och därmed borde det rimligen gå att mäta om ändringarna påverkat effektiviteten.

De begrepp vi använder för operationaliseringen är *kvalitet*, *produktion*, *kostnader* och *effektivitet*. Nedan redogör vi för begreppens betydelse i denna studie och hur vi ämnar operationalisera dem:

- **Kvalitet.** Det svåraste begreppet att definiera och operationalisera. Begreppet kan syfta till hur väl sjukvårdsarbetet utförs, men också till hur patienten upplever sig behandlad vid sjuktilfället. För att mäta kvaliteten har vi valt ett tiotal olika variabler som kan vara ett mått på ovan nämnda definitioner (Se appendix 1 för fullständig

lista). Ambitionen är inte att ge en fullständig bild av kvaliteten på sjukvården i de olika landstingen, utan snarare att se tendenser och övergripande mönster i kvaliteten för att kunna hitta eventuella skillnader landstingen emellan.

- **Produktion och kostnader.** Dessa två begrepp är lättare att både definiera och mäta än kvaliteten. Produktionen definieras som det antal tjänster och åtgärder som sjukhusen och vårdcentralerna producerar under en viss tidpunkt. Produktionen är alltså mätt oberoende kostnader, om man mäter produktionen i relation till kostnaderna handlar det istället om produktivitet, vilket kan definieras som ett led i effektiviteten. Kostnaderna i sin tur mäter vi på två olika sätt: Per antal invånare i landstingen och per DRG-grupp. Kostnaden per invånare är strukturjusterad, det vill säga hänsyn har tagits till landstingens demografi och DRG-grupper är ett sätt att dela upp patienter i olika grupper efter vilken typ av diagnos de fått, för att kunna se till kostnaderna per specialområde.
- **Effektivitet** är det vi till syvende och sist ämnar mäta och dra slutsatser kring. Effektiviteten är i sin tur också ett resultat av samspelet mellan begreppen ovan. En effektivitetsförbättring sker antingen om kvaliteten på en tjänst höjs, samtidigt som kostnaden är konstant och med bibehållen produktion; alternativt om produktionen höjs, kostnaderna är konstanta och kvaliteten oförändrad. Självklart är det även en effektivitetsförbättring om *både* kvaliteten och produktiviteten höjs men kostnaderna konstanta.

Genom att rangordna kvalitetsvariablerna landstingen emellan och sedan räkna ut det genomsnittliga rangtalet är regressionsanalyser möjliga genom att till exempel se om det finns ett signifikant samband mellan kvaliteten och till vilken grupp ett visst landsting tillhör. Om vi finner att kvaliteten på sjukvården skiljer sig mellan grupperna kan vi sedan testa om skillnaderna verkar bero på den ekonomiska styrningen eller om det beror på någon annan variabel, såsom hur mycket landstingen lägger på sjukvården per invånare eller DRG-grupp. Om skillnader i kvalitetsvariablerna finns och dessa beror på vilken typ av grupp landstingen befinner sig i – oberoende de ekonomiska resurserna – pekar detta på effektivitetsskillnader.

Den kvantitativa metoden är till för att kunna samla in och analysera mycket data för många variabler för att sedan jämföra likheter och skillnader mellan studieobjekten. Men de många variablerna och analysenheterna är ingen garanti för att forskaren ska kunna dra långtgående slutsatser om hur studieobjektens situation ser ut, vi ämnar vara försiktiga med våra resultat.

### 1.3.2 Material och källkritik

I teoridelen används främst akademisk litteratur och artiklar kring de olika förvaltningsteorierna, men också mer allmänt kring rollen mellan stat och marknad och om vad som händer när gränserna mellan de båda suddas ut.

I analysen har vi använt oss av redan behandlad data i form av Sveriges kommuner och landstings och Socialstyrelsens öppna jämförelser av sjukvården i landstingen från 2012. Här presenteras alla de variabler vi använt oss av i studien av kvaliteten, produktionen, kostnaderna och till sist effektiviteten. SKL har som paraplyorganisation för landstingen ett ansvar att överse sjukvårdsförvaltningen och landstingen har i rollen som uppdragsgivare till sjukvårdsproducenterna ett intresse av att granska verksamheterna. Om denna uppdragsgivarroll leder till någon form av missvisande rapportering är svårt att säga, men att landstingen är måna om att sjukvården verkligen håller god kvalitet känns troligt.

Vissa kvalitetsvariabler baseras på patienternas upplevda kvalitet och detta kan givetvis leda till mer diffusa definitioner som beror på andra faktorer än just den absoluta kvaliteten. Men samtidigt är det svårt att bortse ifrån det faktum att om patienten är nöjd borde producent och uppdragsgivare rimligtvis också vara det.

## 2 Resultat

För att undersöka huruvida New Public Management (NPM)-reformer leder till en effektivare sjukvård har vi valt att jämföra samtliga svenska landsting, i vilka tre grupper kan identifieras, varje grupp med olika ekonomiska styrsystem. Det är alltså de ekonomiska incitamentsstrukturerna som fungerar som kategoriserande karaktäristika. Grupp 1 (12 st.) består de landsting som 2004 i huvudsak använde sig av traditionella budgetanslag och som därmed representerar den weberianska förvaltningen. Grupp 3 (3 st.) består av de landsting som 2004 i huvudsak använde prestationsbaserad ersättning och representerar då alltså New Public Management-förvaltningen. Grupp 2 (6 st.) till sist, använde en blandning av de två ekonomiska styrsystemen.

Effektiviteten är en produkt av samspelet mellan kvalitet, produktion och kostnader. För att effektiviteten ska höjas krävs att antingen kvaliteten eller produktionen höjs samtidigt som kostnaderna för verksamheten är konstant. För att jämföra effektiviteten i sjukvården mellan landstingen har vi således valt att först se till kvaliteten på sjukvården och frågat om skillnader står att finna där. Om så är fallet krävs alltså enligt definitionen ovan att kostnaderna för sjukvården är densamma eller lägre för att en högre effektivitet ska vara fallet.

Nedan går vi först igenom kvalitetsvariablerna och testar med regressionsanalyser om skillnader finns. Efter det testar vi – igen med regressionsanalyser – om kostnaderna för vården påverkar kvaliteten. Vi kommer fram till att varken de ekonomiska incitamentsstrukturerna eller kostnaderna för vården ger signifikanta skillnader för kvaliteten.

### 2.1 Test av kvalitetsvariabler

Det är inte oproblemiskt att mäta kvaliteten på sjukvården. Men med den kvantitativa forskningsdesignen kommer möjligheten att undersöka flera variabler för många analysenheter. Genom att mäta ett relativt stort antal kvalitetsvariabler är förhoppningen att finna åtminstone indikationer för god kvalitet.

VI börjar med att undersöka ett något snär generellt mått på kvalitet. Med generellt menas att variablerna rör hela sjukvårdssystemet, med faktorer som påverkar från sjukhusens och vårdcentralernas samtliga verksamheter. Variabeln *åtgärdbar sjukhusrelaterad dödlighet* mäter de dödsfall som skulle kunnat undvikas genom medicinska insatser. Dödsfall på grund av stroke och diabetes är de sjukdomar som främst påverkar denna variabel (SKL & SoS 2012:37). De andra variablerna vi använt för att mäta den generella kvaliteten är den

*sjukvårdsrelaterade infektionsrisken, förtroendet för sjukhusen och vårdcentralerna samt den upplevda tillgången till sjukvård vid behov. Totalt mäts alltså fem variabler, såhär blev resultatet:*

**ANOVA<sup>a</sup>**

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1 Regression	2,814	1	2,814	,177	,679 <sup>b</sup>
1 Residual	302,226	19	15,907		
Total	305,040	20			

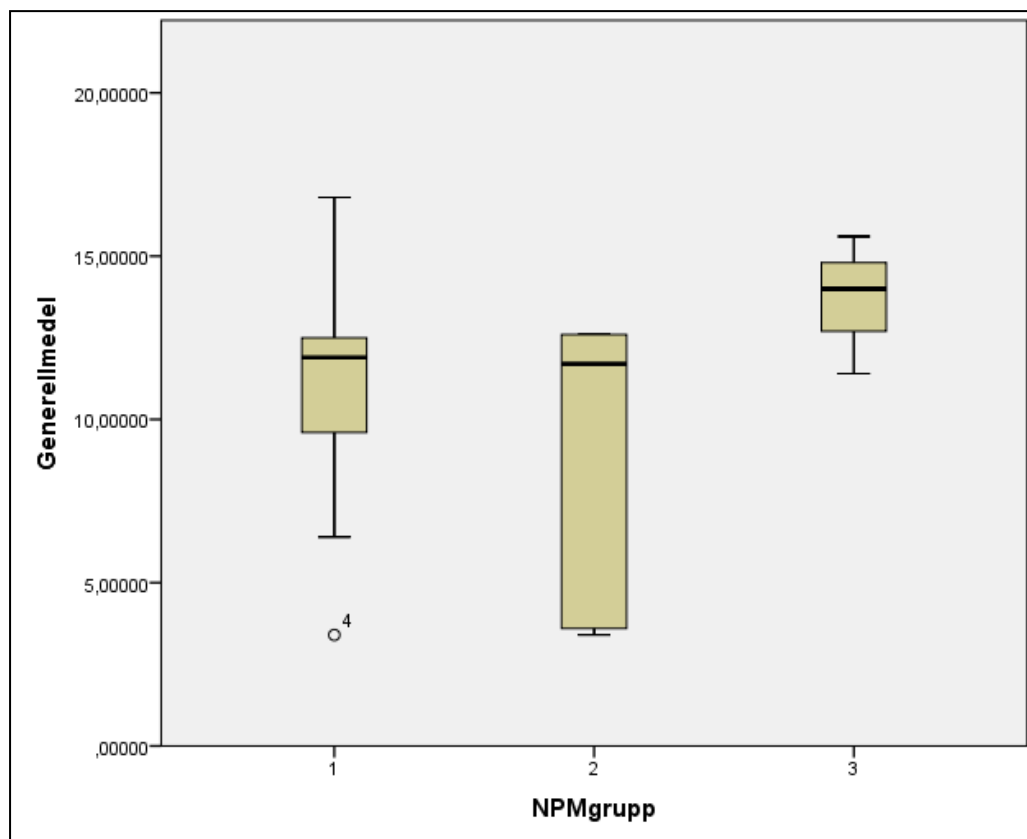
a. Dependent Variable: Generell kvalitet

b. Predictors: (Constant), Förvaltningsgrupp

**Tabell 1**

ANOVA-tablån ovan visar att det inte står att finna någon signifikant skillnad mellan de tre grupperna när den generella kvaliteten mäts. Signifikansen för regressionen – sambandet mellan kvalitet och typ av grupp – ligger på 0,679, vilket är långt över signifikansnivån 0,05.

Att skillnader i den generella kvaliteten inte står att finna blir även tydligt om man redovisar kvalitetsvariabeln i en boxplot:



**Diagram 1**

Boxploten visar spridningen för medelrangordningen mellan landstingen. Ju lägre medelrangtal desto bättre generell kvalitet. Medelvärdet för Grupp 1 och 2 ligger väldigt nära medan medelvärdet för Grupp 3 ligger något högre. Spridningen kring medelvärdena är dock stor, och därmed är regressionen inte signifikant.

Väntetider i vården kan ses både som ett mått på kvalitet och effektivitet. Patienten som slipper vänta länge på vård kommer att ha en mer positiv syn på vården än den patient som väntar länge; korta vårdköer är god service och därmed god kvalitet. Samtidigt kommer en effektiv vårdgivare leverera vårdtjänster med kortare kötider. För att testa kötider som en kvalitetsvariabel har vi valt att lägga till tre kötidsmått till de fem variabler vi testade ovan. De nya tidsvariablerna mäter hur många procent av patienterna i varje landsting som väntar kortare än: *7 dagar för att besöka primärvården, 90 dagar för att besöka specialistvården och 90 dagar för att få operation.* Med de tillagda tidsvariablerna blev regressionsanalysen:

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1 Regression	1,179	1	1,179	,090	,767 <sup>b</sup>
1 Residual	248,633	19	13,086		
Total	249,813	20			

a. Dependent Variable: Generell kvalitet med tidsvariabler

b. Predictors: (Constant), Förvaltningsgrupp

Tabell 2

Med tidsvariablerna tillagda blir regression än mindre signifikant med en nivå på 0,767. Skillnader i kvalitet mellan grupperna av landsting står alltså fortfarande inte att finna.

De generella kvalitetsvariablerna ger en fingervisning om att förvaltningsgrupperna verkar hålla relativt lika kvalitet, oberoende ekonomiska incitamentssystem. För att bli säkrare om detta har vi även valt att jämföra kvaliteten för mer specifika områden inom sjukvården. De områden som jämförs är: *cancervården, neonatal- och förlossningsvården, hjärtinfarkt och stroke samt verksamheten vid intensivvårdsavdelningen.* Vi har valt just dessa områden för att många människor kommer i kontakt med dem.

Några skillnader går inte att fastställa vid något av testen som utförts för samtliga variabler. Nedan följer ett par exempel. För en lista över samtliga kvalitetsvariabler med förklaringar se *appendix 1*. För ANOVA-tablåer och diagram för samtliga kvalitetsvariabler se *appendix 2*.

För att jämföra kvaliteten på cancervården rangordnas nio variabler, bland annat för tid till operation och överlevnad vid bröstcancer, lungcancer och prostatacancer. Regressionsanalys blev:

**ANOVA<sup>a</sup>**

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1 Regression	,432	1	,432	,078	,783 <sup>b</sup>
1 Residual	104,845	19	5,518		
Total	105,277	20			

a. Dependent Variable: Kvalitet cancervård

b. Predictors: (Constant), Förvaltningsgrupp

Tabell 3

Som tabellen ovan visar finns ingen signifikant regression för sambandet mellan kvaliteten på cancervården och vilken förvaltningsgrupp ett landsting tillhör. Boxploten nedan visar på liknande medelrangtal för landstingen:

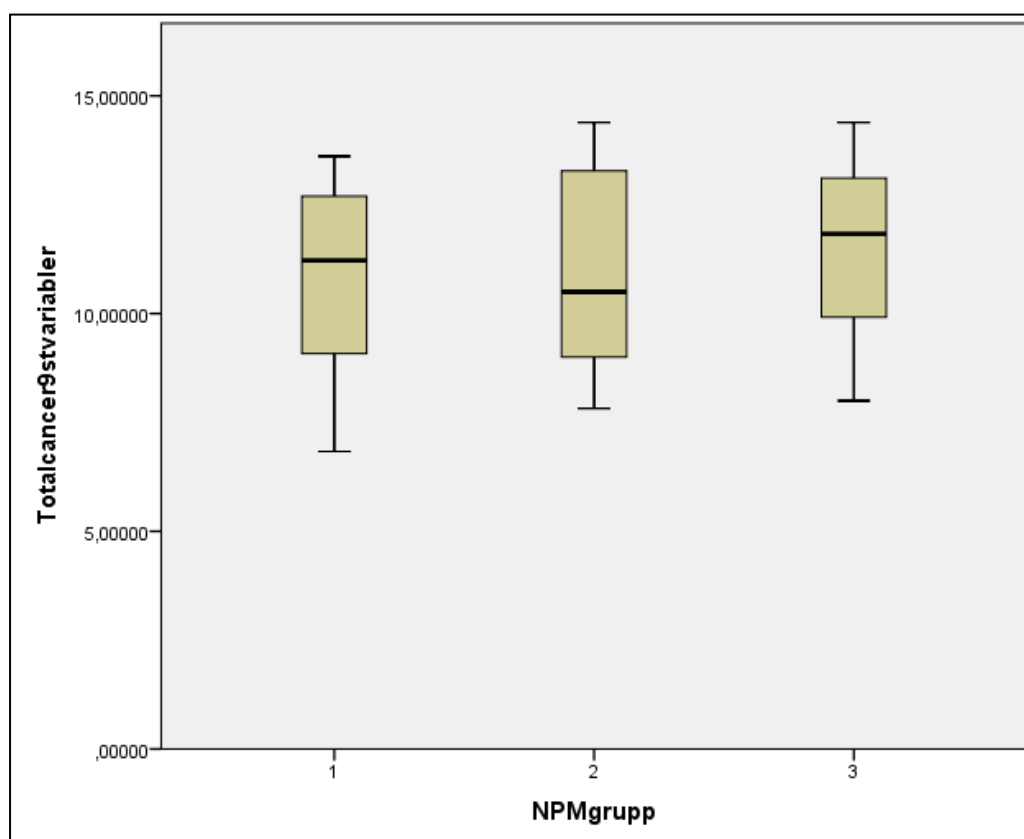


Diagram 2

Liktydiga icke-signifikant resultat visar sig när jämförelser mellan kvaliteten för hjärtinfarkt- och strokevården görs. De variabler som jämförs här är: *dödlighet efter hjärtinfarkt* och *dödlighet efter förstagångsstroke*:



**ANOVA<sup>a</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	6,484	1	6,484	,323	,576 <sup>b</sup>
	Residual	381,266	19	20,067		
	Total	387,750	20			

a. Dependent Variable: Kvalitet hjärtinfarkt och stroke

b. Predictors: (Constant), Förvaltningsgrupp

Tabell 4

Signifikansnivå för regressionen är 0,576, alltså långt över signifikansnivån 0,05.

Vad samtliga tester visar på är att det inte går att finna någon skillnad på kvalitet mellan grupperna. Kvaliteten tycks alltså vara oberoende de ekonomiska incitamentssystemen. Vi kan inte påvisa att NPM-styrning av sjukvården leder till bättre kvalitet än med weberiansk förvaltningsstyrning och vice versa. Men för att mäta effektivitet behövs även kostnaderna för vården jämföras, vilket görs under följande rubrik.

## 2.2 Test av kostnadsvariabler

För att mäta kostnaderna i vården använder vi två mått: *strukturjusterad kostnad per invånare* och *kostnad per konsumerad DRG-poäng*. Att kostnaderna per invånare är strukturjusterade innebär att strukturella skillnader mellan landstingen som åldersfördelning, socioekonomiska förhållanden och sjukdomspanorama tagits med i beräkningarna. DRG-grupperna i sin tur är ett sätt att gruppera patienter efter de diagnoser som ställs och de resurser som krävs. Kostnaderna jämförs då med den mängd prestationer som utförs (SKL & SoS 2012:92).

Låt oss först se om sjukvårdskostnaderna är beroende av vilken grupp ett landsting tillhör. Nedan regressionen för strukturjusterad kostnad per invånare:

**ANOVA<sup>a</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2023838,628	1	2023838,628	3,721	,069 <sup>b</sup>
	Residual	10333594,071	19	543873,372		
	Total	12357432,699	20			

a. Dependent Variable: Strukturjusterad kostnad per invånare

b. Predictors: (Constant), Förvaltningsgrupp

Tabell 5

ANOVA-tablån visar inte på en signifikant regression för strukturjusterade kostnader beroende av förvaltningsgrupp, men signifikanstestet på 0,069 är inte långt ifrån signifikansnivån 0,05. Boxploten nedan visar att medelvärdet för kostnaden är lägst för Grupp 3 och högst för Grupp 1:

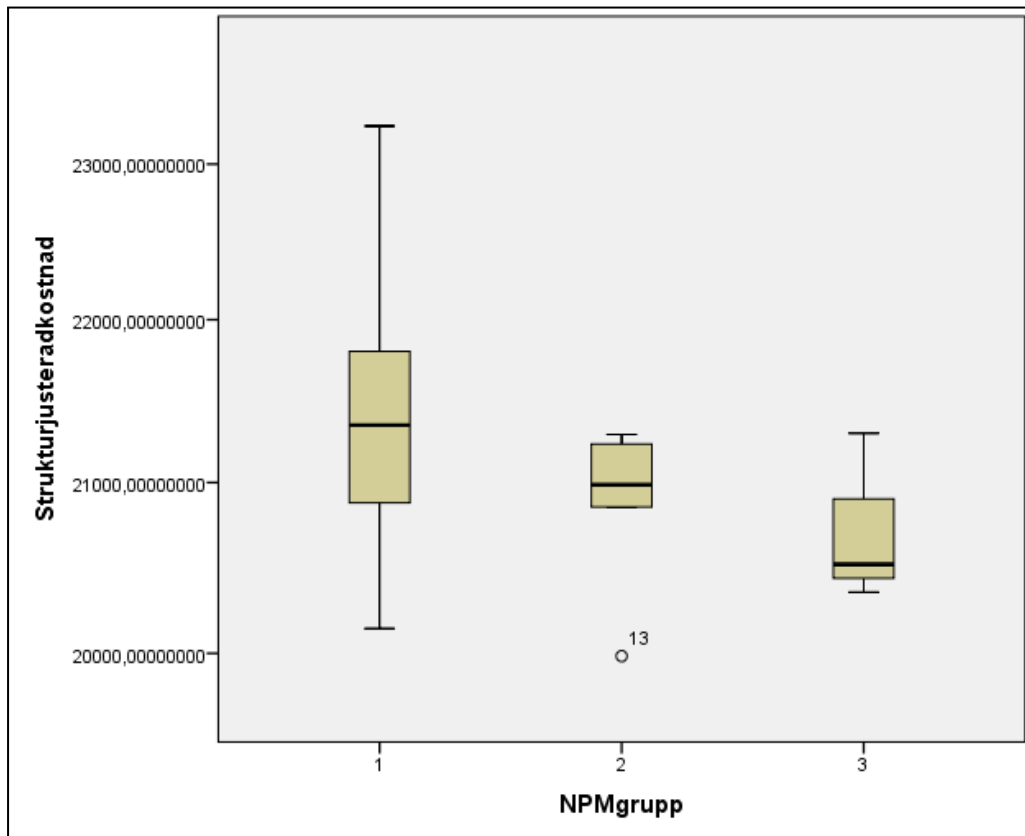


Diagram 3

Men skillnaderna är alltså inte tillräckligt stora för att kostnaderna säkert ska vara beroende av vilken grupp ett landsting tillhör.

Tendenserna till skillnader i kostnader försvinner när vi ser till konsumerade DRG-poäng istället. Regression ser då ut som följande:

ANOVA <sup>a</sup>						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	4501694,419	1	4501694,419	1,012	,327 <sup>b</sup>
	Residual	84539268,466	19	4449435,182		
	Total	89040962,885	20			

a. Dependent Variable: Kostnad per konsumerad DRG-poäng

b. Predictors: (Constant), Förvaltningsgrupp

Tabell 6

Alltså ingen signifikant regression; kostnaderna kan inte påvisas vara beroende av vilken grupp ett landsting tillhör.

Några signifikanta skillnader i kostnaderna står alltså inte att finna när vi jämför landstingen. Men samtidigt finns möjligheten att kostnaderna kan påverka kvaliteten på vården. Finns tendenser till att de landsting som lägger mer pengar på vården också levererar bättre kvalitet? Först testar vi samma generella kvalitet som vi testat ovan som beroende av strukturjusterad kostnad per invånare. Då ser ANOVA-tablån ut på detta vis:

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1 Regression	41,674	1	41,674	3,007	,099 <sup>b</sup>
Residual	263,366	19	13,861		
Total	305,040	20			

a. Dependent Variable: Generell kvalitet

b. Predictors: (Constant), Strukturjusterad kostnad per invånare

Tabell 7

Regression är alltså inte signifikant och vi kan inte påstå att den generella kvaliteten är beroende av hur mycket pengar landstingen spenderar per invånare. Men samtidigt verkar det rimligt att mer resurser borde leda till bättre sjukvård. När kostnaderna i förhållande till kvaliteten visas i ett spridningsdiagram framträder ett intressant mönster:

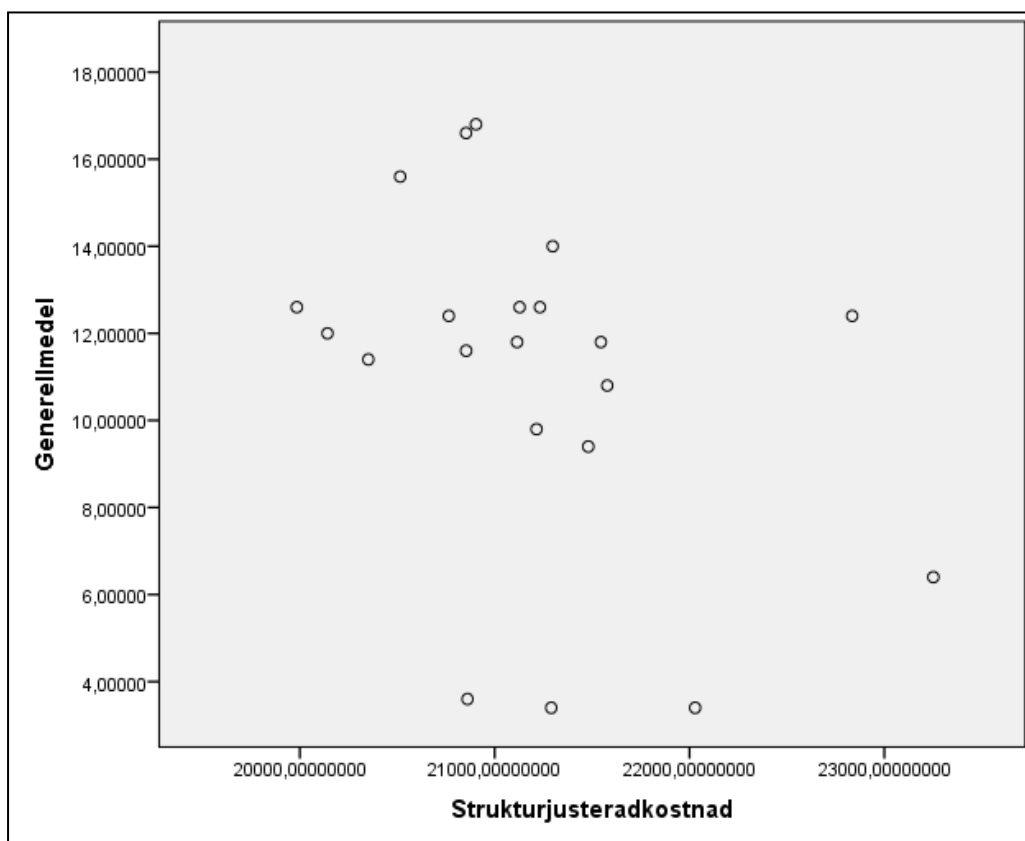


Diagram 4

I spridningsdiagrammet finns tre landsting som har betydligt lägre snitt än övriga och därmed bättre generell kvalitet. Två landsting är från Grupp 2: Halland och Kalmar, och ett landsting är från Grupp 1: Kronoberg, som är det landsting som lägger mer än de andra två på sjukvården, cirka 22 000 per invånare. Om man väljer att bortse från dessa landsting syns ett svagt samband mellan kostnader och kvalitet. Framförallt är det Jönköping som samtidigt lägger mycket pengar på vården (drygt 23 000) samtidigt som det generella medelvärdet för vården är det fjärde bästa.

Hur ser det då ut om kvaliteten är beroende av kostnaderna för konsumerade DRG-poäng? Regressionen blir:

ANOVA <sup>a</sup>					
Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1 Regression	24,145	1	24,145	1,633	,217 <sup>b</sup>
1 Residual	280,895	19	14,784		
Total	305,040	20			

a. Dependent Variable: Generell kvalitet

b. Predictors: (Constant), Kostnad per konsumerad DRG-poäng

Tabell 8

Inte heller här blir regressionen signifikant, vi kan alltså inte hävda ett samband mellan högre kostnader per DRG-poäng och högre kvalitet. I spridningsdiagrammet nedan syns en tydlig spridning i sambandet mellan generell kvalitet och kostnad per konsumerad DRG-poäng, vilket bekräftar det ANOVA-tablån redan visat, att ett samband inte står att finna.

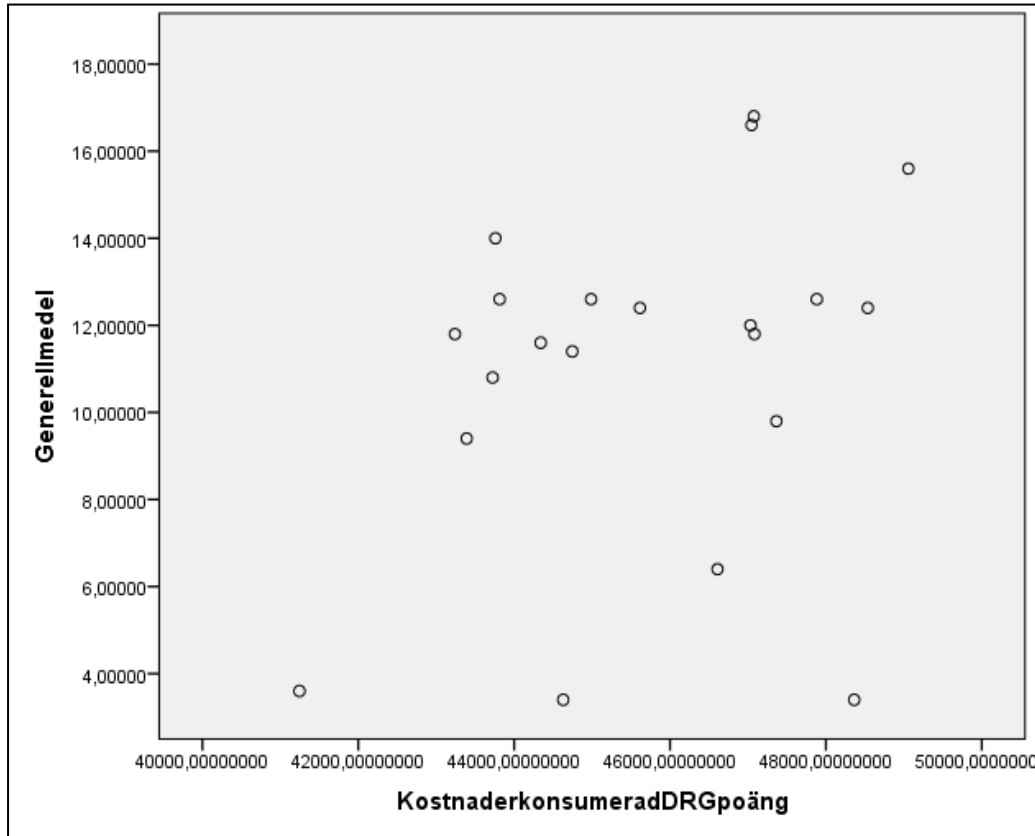


Diagram 5

Samma visa gäller när vi undersöker sambandet mellan kostnaderna och andra kvalitetsvariabler, oavsett om man lägger till väntetider, ser till hjärt- och strokevården, cancervården, intensivvårdsavdelningarna och så vidare, inga signifikanta samband står att finna.

## 2.3 Sammanfattning av resultatet

Först och främst: *vi har inte funnit ett enda statistiskt säkerställt samband*, vare sig när det kommer till förhållandet mellan typ av ekonomisk styrning och kvaliteten på vården, typen av ekonomisk styrning och kostnaden för vården eller kostnader för vården och kvaliteten för densamma. Det går dock att se två tendenser, att införandet av andra ekonomiska incitamentsstrukturer än de

traditionella anslagen verkar sänka kostnaderna något och att ökande kostnader ger bättre kvalitet. Men det är väldigt viktigt att man inte drar för stora växlar av dessa tendenser eftersom skillnaderna ej är statistiskt säkerställda, alltså inte tillräckligt tydliga för att dra några slutsatser. Dessa resultat ligger i linje med tidigare forskning på området (Jacobsson 2007:56ff).

I nästa kapitel diskuterar vi kring empirin genom att belysa ekonomiska och demokratiska aspekter.

## 3 Diskussion

I resultatet ovan fann vi inga statistiskt säkerställda skillnader i effektivitet mellan förvaltningsgrupperna. I detta diskussionskapitel analyserar vi resultatet först utifrån ekonomiska aspekter: Hur kan det komma sig att några effektivitetsförbättringar inte står att finna? Vi granskar de teorier som hävdar att effektiviseringar kommer ske med införandet av marknadsprinciper och diskuterar vidare om Baumols sjukdom. Vi diskuterar även kring extra kostnader som uppstår i och med införandet av marknadsprinciper, som kostnader för marknadsföring, ökade administrativa kostnader och utvärderingskostnader.

Sedan diskuterar vi utifrån demokratiska aspekter. Om de ökade svårigheterna att utkräva ansvar och de effekter detta får för den representativa demokratin. Om de komplikationer som uppstår när valfrihet och likabehandling eftersträvas samtidigt och om hur förvaltningens öppenhet kan påverkas med införandet av företagsideal.

### 3.1 Ekonomiska aspekter av New Public Management

Hur kommer det sig att införandet av New Public Management (NPM)-lösningar och marknadslogiker görs med motiveringen att effektiviteten ska höjas, kvaliteten ska bli bättre och kostnaderna ska pressas, detta utan att det går att observera någon kvalitetsförbättring eller minskande kostnader? Det kan delvis bero på svårigheterna i att mäta kvaliteten och att kostnadsskillnaderna är relativt små, men skulle även kunna bero på överoptimistiska förväntningar och felaktiga antaganden.

#### 3.1.1 Marknaden, konkurrensen och Baumols sjukdom

Förenklat kan man säga att NPM-lösningar inom sjukvården går ut på att få vårdgivarna att agera som företag och konkurrera med varandra genom att skapa en kvasi-marknad. Motiveringen till detta är att företaget är effektivare än förvaltningen, konkurrensen är alltid bra och att marknaden skapar förutsättningar för den. För det första bör sägas att perfekt konkurrens inte någon stans under några omständigheter är en realitet, och för det andra att strävan efter perfekt konkurrens inte alltid är önskvärt. I branscher med höga etableringskostnader, men med små marginalkostnader är det mer effektivt med färre aktörer och en så kallad monopolistisk konkurrens (Bergh & Jakobsson 2010:176ff). Det är alltså

inte säkert att många aktörer och fri konkurrens är önskvärt i alla sammanhang ur ett effektivitetsperspektiv.

En vinst med ett system med flera aktörer är möjligheten till inflytande över sjukvården. När medborgarna kan rösta med fötterna och därmed flytta pengar från en vårdgivare till en annan måste vårdgivarna bli mer lyhörda för individens krav (Rothstein 2010:250). Detta har uppmärksammats i en stor intervjuundersökning av Jens Hoff där han jämförde danska och svenska medborgares upplevda inflytande inom skol- och sjukvårdsområdet. Danskarna, som i alla fall då 1993 hade större valfrihet inom dessa två områden, ansåg sig ha mer inflytande (Rothstein 2010: 258f). Detta är givetvis eftersträvansvärt då det är viktigt att medborgarna känner att de har möjlighet att påverka. Frågan här blir om privata företag, och offentlig verksamhet som försöker att efterlikna den privata, alltid gör detta bäst. Olika marknadslösningar, eller marknadslänkande lösningar är inte alltid optimala, det är åtminstone inte givet bara för att valfrihet kan föra med sig andra positiva effekter. För att citera John Donahue:

”Det finns ett stort inslag av struntprat i privatiseringsdebatten. Förespråkare åberopar gärna den effektivitet som kännetecknar välskötta företag på konkurrensinriktade marknader, och trumpetar sedan, utan att besvära sig med några mellanliggande logiska steg, ut slutsatsen att privata företag kommer att utmärka sig även i offentliga uppdrag. Att gå från iakttagelsen att privata företag oftast gör vad de gör bättre än offentliga organ, till påståendet att företag borde ta över dessa organs plikter, kan liknas vid iakttagelsen att gästerna på hälsohem genomsnittligen är friskare än patienterna på sjukhus, och av detta dra slutsatsen att gympingledare borde ta över läkarnas roller. Offentliga uppgifter är annorlunda, och i de flesta fall svårare.”  
(Donahue 1992:208)

När det privatas överlägsenhet ska bevisas pekas ofta på den privata sektorns snabbare effektiviseringstakt. Låt oss därför återgå till Baumols sjukdom som på sikt innebär att privat konsumtion för varje år blir allt billigare i relation till den offentliga konsumtionen. Resultatet av detta blir att man i framtiden borde spendera sina pengar i privat konsumtion och att man bakåt i tiden borde ha investerat i offentlig konsumtion. Här uppstår en paradox. Eftersom att effektivitet inte kan mätas i absoluta siffror, och framför allt inte jämföras mellan olika typer av verksamheter, måste effektiviteten ses som en förändring i tid, där ett visst år måste vara startåret där privat och offentlig konsumtion beräknas vara lika effektiva. Från detta startår räknas effektivitetsförändringen och då kan den privata sektorns relativa effektivitetsförbättring ses i jämförelse med den offentliga (Ankarloo 2005:33ff; 2008:180). Om man, som vänsterpartiets riksdagsgrupp, sätter detta startår till 2002 (Ankarloo 2005:36) blir investeringar i det offentliga rationella under det förra århundradet och investeringar i privat sektor rationella under 2000-talet. Men om man om femtio år gör samma uträkning och då sätter startåret till 2050 vore det till synes effektivt att satsa på offentlig konsumtion under den första halvan av detta århundrade och på privat



konsumtion under den andra halvan. Denna jämförelse är helt beroende var i tiden man börjar räkna och är inget annat än en sifferexercis.

Nu skulle vi vilja göra läsaren uppmärksam på att detta inte bara är ett underligt sätt att räkna på, att jämförelsen som görs inte alls är mellan privat och offentlig sektor. Det som faktiskt görs är en jämförelse mellan produktionssektor och tjänstesektor. Eftersom det offentliga endast består av en tjänstesektor blir effektivitetsökningen inte lika stor. Detta finner vi stöd för i vår undersökning eftersom vi inte kan se någon effektivitetsförbättring, eller försämring, vid införandet av marknadsprinciper i sjukvården.

För att läsaren nu inte ska misströsta ska det påpekas att det sker en effektivitetsökning inom tjänstesektorn, även om den inte är lika stor som inom tillverkningssektorn. Tjänstesektorn växer faktiskt både i absoluta tal och relativt tillverkningssektorn som istället minskar i antalet anställda (SCB 2003). Det är heller inte så att produktionsökningen inom tjänstesektorn måste finansieras med en effektivisering inom den egna sektorn. Vi ska illustrera detta med ett konkret exempel. Kalle finner det avslappnande och trevligt att läsa, men han måste även diska, vilket han gör för hand. Om Kalle nu införskaffar en diskmaskin frigör han tid som kan användas till läsning. Denna effektivisering av hans diskande gör att Kalle får mer tid över till läsning och det betyder inte att han borde diska mer bara för att han blir effektivare på det. Även om Kalle inte blir snabbare på att läsa lägger han mer tid på läsningen när han blir snabbare på att diska. Det är detta som de facto händer i verkligheten, när effektiviteten höjs inom tillverkningssektorn läggs mer och mer resurser på tjänstesektorn. Effektiviseringen i den ena sektorn finansierar den andra.

### 3.1.2 Övriga kostnader

Det förekommer kostnader för sjukvården som inte har med vårdtjänster att göra. Förutom de alldeles uppenbara kostnaderna som sträcker sig från kaffe till personalkostnader och tidningar att läsa för patienterna till städning av lokalerna och reparationer av de samma, finns det tre övriga kostnader av intresse för undersökningen. Kostnader för marknadsföring, administrativt arbete och utvärderingskostnader.

Kostnader för marknadsföring av vårdgivare, då i första hand vårdcentraler och kliniker är något som inte uppmärksammas i någon större utsträckning i den offentliga debatten. Framförallt inte om man jämför med den debatt som uppstått när skolor spenderar stora summor på marknadsföring (Aftonbladet 2011). Vi siar inte om huruvida detta beror på att skolor lägger mer pengar på marknadsföring eller om det är så att det helt enkelt är känsligare när skolor marknadsför sig. Detta är en kostnad som tillkommer vid införandet av konkurrens inom sjukvården som inte, eller näst intill inte, existerade tidigare. Denna merkostnad är inräknad i de sjukvårdskostnader som finns i undersökningen och verkar därmed inte ha någon avgörande effekt för kostnadseffektiviteten eftersom att varken kostnadsskillnader eller kvalitetsskillnader går att observera.

Det finns forskning som tyder på att de administrativa kostnaderna ökar i och med införandet av prestationsersättning och att trycket på läkarna därmed ökar då de förväntas utföra samma mängd medicinska arbete samtidigt som mängden administrativt arbete ökar. Den ökande kostnaden för det administrativa arbetet är också ekonomiska medel som tas från det medicinska arbetet. Kostnadsökningen menar Anell vara övergående och något som tillkommer endast vid införandet av ett nytt system (Jacobsson 2007:57). Kostnaden är inräknad i studien och tycks inte vara avgörande för utfallet.

Den tredje och sista kostnaden vi skulle vilja lyfta fram är utvärderingskostnaderna. Kostnader som inte är inräknade i undersökningen, på grund av att utvärderingarna inte utförs av vårdgivarna och därmed inte heller blir en utgiftspost för dem. Denna kostnad är intressant då den har ökat mycket de senaste två decennierna och för att den följer införandet av marknadsprinciper inom offentlig förvaltning (Lindgren 2006:13ff; Simonet 2008:628). Frågan är om sambandet mellan NPM och utvärderingskostnaderna är kausala.

Utvärderingar anses vara bra och viktiga hjälpmedel för att kontrollera verksamheten när man inte litar på att, eller är osäker om, tjänstemännen gör det de ska göra (Lindgren 2006:18). Förespråkare för många och kostsamma utvärderingar tenderar att se utvecklingen som att intresset för utvärderingar har ökat (Kodate 2010:263f). Vad som skulle generera detta ökande intresse är aningen oklart. Det är mer troligt att ökningen av utvärderingar har sitt ursprung i ett ökande behov (Lindgren 2006:18ff; Rothstein 2010:257).

Det ökande utvärderingsbehovet består dels i en tilltagande användning av resultatstyrning. Om politiker ska kunna ställas som ansvariga för sina beslut måste de kunna få vetskap huruvida de mål de specificerat för utföraren har uppfyllts. Utvärderingarna behövs även för medborgarna. När de skall agera som kunder vilka ska välja en vårdgivare måste de kunna ta del av information om olika vårdgivare (ibid.). Denna transaktionskostnad, kostnaden för informationsintag, står det offentliga för. Enligt marknadslogiker kommer marknaden sluta fungera vid allt för höga transaktionskostnader, helt enkelt för att extrakostnaderna de medför blir oproportionerligt stora. Kostnaden kommer att öka om antalet aktörer ökar på marknaden (Ankarloo 2008:174). Det är svårt att säga hur stora utvärderingskostnader som är rimliga och hur dessa kostnader skulle påverka undersökningen om de inkorporerades i den statistiska analysen.

## 3.2 Vad blir konsekvenserna för demokratin?

I den studie vi utfört kunde vi inte finna några skillnader i effektivitet mellan landstingen som beror på vilken typ av förvaltningsform som använts. Den effektivitetsförbättring som är New Public Management-förespråkarnas kanske viktigaste hjärtefråga står inte att finna när man mätt som vi gjort. Och resultatet ligger som sagt i linje med tidigare forskning inom området (Jacobsson 2007; Simonet 2008). Om mycket pekar på att effektivitetsförbättringar inte går att finna, är det då rationellt med fortsatt styrning av sjukvården med marknaden som

ideal? Som nämnades i inledningskapitlet ser läget i Sverige markant annorlunda ut idag än det gjorde 2004, året som vi valde att hämta vår indelning ifrån. Framförallt har sittande regering genomfört långtgående reformer för ökad valfrihet och konkurrens inom både primär- och specialistvården (prop. 2006/07:52). Röster har höjts inför oron att NPM-reformer kan komma att skada förvaltningens demokratiska funktioner. Den representativa demokratin, rättssäkerheten och öppenheten ligger samtliga i riskzonen, nedan redogör vi för vad som eventuellt kan gå förlorat i och med införandet av reformer som till synes ej heller ger positiva resultat för effektiviteten.

Låt oss börja med den representativa demokratin. När skillnaderna mellan det offentliga och det privata görs mer diffusa, blir ansvar svårare att utvärdera (Pierre & Sundström 2009:17ff). Med offentliga och privata aktörer som samtliga i princip styrs utifrån två intressen, den politiska och den vinstmaximerande, kan eventuella intressekonflikter uppstå. Vilket intresse har förtur i vilket sammanhang? Samtidigt kan det bli svårare att som politiker ta ansvar för de offentliga åtagandena då verksamheten läggs ut till autonoma aktörer. Vem ska ses som ansvarig om någonting går snett, beställaren eller utföraren? Politiker kommer i sin roll som beställare alltid kunna bli upprörd över att utföraren inte sköter sitt jobb, men möjligheterna till ansvarsutkrävande har minskat. Lägg då till den decentralisering av makten som följer med NPM-reformer (ibid.) så blir resultatet en förvaltning där ansvarsfrågan är uppe för tolkning.

Hur dessa komplikationer tar sig uttryckt i den svenska sjukvården är inte alldeles lätt att sätta om. Att politikerna ger vårdgivarna i uppdrag att vårda medborgarna och därmed lämnar över ansvar är ett logiskt led i förvaltningsorganisationen. Utvecklingen som skett inom den ekonomiska styrningen påverkar givetvis politikernas möjligheter att styra sina vårdgivare. Som nämnades i inledningskapitlet får ekonomiska incitament ofta effekter, men att det är svårt att förutse exakt vilka dessa kommer bli. Att dela ut ansvar till vårdgivarna i form av ekonomiska incitament som är designade för en viss måluppfyllelse för att sedan se hur resultatet blir ett helt annat är knappast önskvärt för beställaren. Och till vilken grad har beställaren rätt att vara missnöjd om utföraren hävdar att de följt de ekonomiska incitamenten som ska reflektera beställarens ambitioner?

Rättssäkerheten som del av den politiska demokratin skall garantera alla medborgares lika rätt inför lagen. Max Weber (1978:958) menar att tydliga procedurer och regler är naturliga för moderna offentliga organisationer. För varje fall förvaltningen ställs inför ska det finnas regelverk som garanterar likabehandling för alla medborgare. Denna princip står i bjärt kontrast till de logiker som finnes i det sociala samspelets nätverkande som istället resulterar i godtyckliga privilegier och favörer (ibid.). En viktig del av NPM-teorierna är fokuseringen på nätverket som ett sätt att förbättra förvaltningen. En tillbakagång till nätverksstrukturer – till skillnad från den strikt regelbaserade förvaltning Weber förespråkar – verkar reellt existerande (Lundquist 2011:37ff). Om så är fallet borde rättssäkerheten kunna påverkas och andra faktorer än den rent

juridiska kunna spela in i beslutsprocesser. Förespråkare av NPM ser nätverkandet som ett främjande element för demokratin, med jämställd deliberation mellan aktörerna (Pierre & Sundström 2009:17ff). Men frågan är om en jämställd deliberation i nätverk ens är möjligt, hur spelar till exempel ekonomiska resurser in när beslut ska fattas? Och handlar inte nätverkande just om att knyta sociala kontakter för att stärka sin maktposition inom en organisationsstruktur? Klart står i alla fall att det finns klara motstridigheter i förhållandet rättssäkerhet – nätverkande.

Den svenska lagstiftningen slår fast att befolkningen i sin helhet ska ges god hälsa och vård på lika villkor och att den som är i störst behov av vård skall lämnas företräde (SFS 1982:763). Det är alltså enligt lag hälso- och sjukvårdens aktörers plikt att garantera god hälsa och vård för befolkningen, vilket kan ses som ett uttryck för rättssäkerhet. Hur en mer nätverksinriktad sjukvårdsförvaltning kan påverka rättssäkerheten är ett uppsatsämne i sig och ingenting vi hastigt ämnar beröra i denna avslutande diskussion. Men för den teoretiska diskussionens skull är det intressant att belysa paradoxen valfrihet och likabehandling. Valfrihet *förutsätter* differentierade tjänster; annars vore valfriheten irrelevant. Konkurrens mellan aktörer leder inte till likvärdig service utan till just differentierad service som därmed omöjliggör likabehandling. Dessutom blir svårigheterna att göra välinformerade val större ju fler aktörer marknaden innehåller (Ankarloo 2008:175ff). Valfriheten i sig innebär inte att vårdgivarna inte kan genomföra sitt uppdrag: att förse befolkningen med god hälsa och vård, men kan leda till komplikationer för målet om likvärdig behandling för samtliga medborgare.

Till sist några ord om öppenheten i förvaltningen. NPM kan ses som en del av ekonomismen, teorier som hyllar företagets och marknadens överlägsna effektivitet. I företagsstrukturer är lojaliteten till överordnade en aktad dygd och tjänstemän som inte beaktar detta tenderar att se sin karriär stagnera (Lundquist 2011:52ff). Oron blir således den om vilka konsekvenser NPM-reformer får för ämbetsmannens roll. Om lojaliteten till överordnade premieras och ämbetsmannen är beroende av den överordnades godtycke, vad händer med viljan och incitamenten att vissla för allmänheten när något i organisationen inte sköts på rätt sätt? En sluten organisationsstruktur leder rimligtvis inte någon vidare öppenhet, vilket kan leda till problem vid granskningen av till exempel myndighetsutövning. Viss eftertanke krävs då, när reformer genomförs som kan inskränka öppenheten.

Hur tar sig frågan om öppenhet uttryck i den svenska sjukvårdsförvaltningen? En intressant aspekt – som inte med säkerhet behöver vara ett uttryck för ett hot mot öppenheten – är det faktum att många landsting de senaste åren valt att införa foto- och filmförbud på sjukhusen. Motiveringen till detta är att patienter och anställda på sjukhusen kan känna obehag inför att bli filmade (SKL 2011). Då landstingen mest verkar bekymrade över att det är media – och alltså inte privatpersoner – som filmar kan man undra varför denna reaktion kommer först nu på senare tid. Detta kan tolkas som en vilja att dölja vissa delar av organisationen för offentligheten. Om sedan denna utveckling kan härledas till NPM-reformerna, med vårdgivare som förväntas agera mer som företag går inte

att fastställa här, men som sagt, intressant är att landstingen börjat oroa sig för kamerorna först nu.

Det är inte vårt syfte att dra slutsatser om huruvida NPM-reformer inom sjukvården har lett till en mindre öppen förvaltning. Vi ser det som viktigt att påpeka vilka följder dessa typer av reformer möjligtvis kan få, och ställa detta i relation till avsaknaden av förbättringar för effektiviteten.

Efter denna diskussion är stunden kommen för våra slutsatser.

## 4 Slutsatser

Vårt syfte var att undersöka om New Public Management (NPM) inom sjukvården leder till effektiviseringar. Jämförelsen av sjukvården i de svenska landstingen, utifrån ett stort antal kvalitetsvariabler och två kostnadsvariabler, visar inte på några statistiskt säkerställda skillnader. Resultatet ligger i linje med tidigare forskning inom området.

Risken finns alltid att vi mätt effektiviteten på ett delvis felaktigt sätt. Framförallt finns det ingen allmänt vedertagen definition av kvalitet. Och det är självklart att vi inte enbart mäter de ekonomiska incitamentsstrukturernas effekter på kvaliteten och effektiviteten i denna typ av studie. Till exempel ligger Halland genomsnittligen i topp för nästan samtliga variabler, och detta beror givetvis på andra faktorer utöver det faktum att landstinget använder en blandning av ekonomiska incitamentsstrukturer (Grupp 2). Men vi anser att vi i vår undersökning mätt relevanta indikationer för kvalitet och effektivitet och vågar därmed dra följande slutsatser.

NPM-reformer genomförs många gånger på väldigt lösa antaganden om effektivitetsförbättringar. Man hävdar marknadsformens överlägsenhet med hänvisningar till den privata sektorns relativt höga effektiviseringsgrad jämte den offentliga sektorn. Det som egentligen jämförs är tjänstesektor och tillverkningssektor. Således blir resultatet när marknadsstrukturer införs att effektiviseringen uteblir. Om de genomförda reformer baseras på felaktiga uppfattningar om hur effektivisering uppnås kommer rimligen reformerna ha föga effekt på just effektiviteten. Problemet tycks alltså vara att förväntningarna om effektivisering baseras på felaktiga antaganden eller överoptimism.

Även om NPM-lösningar inte leder till ökad effektivitet inom vården kan det finnas andra vinster med marknadsprinciperna. Ökad valfrihet och mer ekonomisk makt till medborgarna kan ge vinster i form av mer lyhörda vårdgivare som försöker ge patienterna vad de efterfrågar.

De förändringar i den ekonomiska styrningen – som är nödvändig när NPM skall implementeras i sjukvårdsförvaltningen – medför inte bara effekter för just effektiviteten utan påverkar även förvaltningens demokratiska värden. Den annorlunda ekonomistyrningen kan påverka rättssäkerheten, öppenheten och den representativa demokratin. Kvasi-marknaden och det faktum att vårdgivarna inom den förväntas agera som vinstmaximerande företag kan leda till komplikationer för de demokratiska värdena. Valfrihet och likabehandling (en del av rättssäkerhet) är svåra att uppnå samtidigt, företagsidealet premierar sällan öppenhet utan snarare sekretess och förändringarna i ansvarsstrukturer påverkar den politiska demokratin kontroll över ansvarsfrågan. Det kan konstateras att det är av vikt att beakta att NPM-reformer även påverkar förvaltningens demokratiska aspekter.

Frågan som bör ställas nu är inte vad som blir effektivast utan fokus bör läggas på de andra effekterna av NPM inom sjukvården. Är de positiva effekterna i form av ökat patientinflytande och mer valmöjlighet större än de möjliga negativa effekterna på demokratin? Och hur bör man förhålla sig till spänningen mellan marknadens skapande av differentiering och rätten till god och likvärdig vård?

## 5 Referenser

- Aftonbladet, 2010. "Marknadsföring av skolor". Debattartikel. 2011-04-26. [Elektronisk] <http://skolgranskning.aftonbladet.se/blogg/filer/marknadsforing-av-skolor/>. Hämtdatum 2013-01-07.
- Ankarloo, Daniel, 2005. *Kris i välfärdsfrågan – vänstern, välfärden och socialismen*. Linköping: Nixon.
- Ankarloo, Daniel, 2008. *Marknadsmyster: En kritisk analys av nyliberala påståenden*. Stockholm: ETC förlag.
- Berg, Andreas & Niklas Jakobsson, 2010. *Modern mikroekonomi - marknad, politik och välfärd*. Stockholm: Norstedts
- Donahue, John D., 1992. *Den svåra konsten att privatisera*. Stockholm. SNS förlag.
- Finansdepartementet 2010. *Värden i vården - en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården*. ESO 2010:7. Rapport.
- Jacobsson, Fredric, 2007. *Monetära ersättningsprinciper inom hälso- och sjukvård*. Linköping: CMT Institutionen för hälsa och samhälle Linköpings universitet.
- Kodate, Naonori, 2010. "Events, Public Discourses and Responsive Government: Quality Assurance in Health Care in England, Sweden and Japan", *Journal of Public Policy*, vol.30, nr 3, s. 263-289.
- Lindgren, Lena, 2006. *Utvärderingsmonstret – Kvalitets- och resultatmätning i den offentliga sektorn*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundquist, Lennart, 1998. *Demokratins väktare*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Lundquist, Lennart, 2011. *Flocken i masshället- den politiska ordningens villkor och uttryck*. Lund: Arkiv förlag.
- Lundquist, Lennart, 2012. *Slutet på yttrandefriheten - (och demokratin?)*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Pierre, Jon & Göran Sundström, 2009. "Samhällsstyrning i förändring" i Jon Pierre & Göran Sundström (red.) *Samhällsstyrning i förändring*. Malmö: Liber AB.
- Pollitt, Christopher & Geert Bouckaert, 2004. *Public Management Reform – A Comparative Analysis*. New York: Oxford University Press.
- Prop. 2006/07:52. *Driftsformer för sjukhus*.
- Rothstein, Bo. *Vad bör staten göra? – Om välfärdsstatens moraliska och politiska logik*. Stockholm: SNS förlag.
- Røvik, Kjell Arne, 2008. *Management-samhället- trender och idéer på 2000-talet*. Stockholm: Liber.
- SCB, 2003. "Sysselsättning och strukturomvandling" i *Länens arbetskraft – Utveckling de närmaste decennierna*. IAM 2003:2 Rapport, s. 19-30.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*.



- Simonet, Daniel, 2008. "Events, Public Discourses and Responsive Government: Quality Assurance in Health Care in England, Sweden and Japan", *Canadian Public Administration*, vol. 51, nr. 4, s. 617-635.
- SKL, 2011. *Generella förbud mot ljud- och bildupptagning på sjukhus*. Avdelningen för juridik. Utlåtande.
- SKL & SoS, 2012. *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet – Jämförelser mellan landstingen*. Rapport.
- Weber, Max, 1978/1922. *Economy and Society*. Berkeley, Kalifornien: University of California Press.