

Konkurrens, kontrakt och kvalitet – hälso- och sjukvård i privat regi

*Fredrik Andersson
Nils Janlöv
Clas Rehnberg*

*Rapport till
Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi
och Myndigheten för vårdanalys
2014:5*



REGERINGSKANSLIET

Finansdepartementet

Rapportserien kan köpas från Fritzes kundtjänst.

Beställningsadress:
Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Orderfax: 08-598 191 91
Ordertel: 08-598 191 90
E-post: order.fritzes@nj.se
Internet: www.fritzes.se

Tryckt av Elanders Sverige AB
Stockholm 2014

ISBN 978-91-38-24181-3

Förord

Under de senaste decennierna har andelen offentligt finansierade verksamheter som utförs i privat regi ökat tydligt. Utvecklingen har bl.a. motiverats med att verksamheterna kan drivas mer effektivt i enskild regi. Inom vissa områden väntas också förekomsten av privata alternativ och konkurrensutsättning leda till ökad effektivitet i de verksamheter som kvarstår i offentlig regi.

Privatiseringsgraden varierar emellertid mycket mellan olika områden. Nationalekonomisk forskning talar för privatisering och konkurrensutsättning av enklare tjänster där det är lätt att bedöma kvalitet, men manar till större försiktighet med mer komplicerade tjänster. Det är därför angeläget att diskutera förutsättningarna för privata driftsformer för olika typer av verksamhet.

Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) har under de senaste åren initierat ett antal projekt om förutsättningarna för konkurrensutsättning och privata driftsformer inom olika välfärdsområden. I en tidigare rapport belystes förhållandena inom äldreomsorgen (2014:1). I en annan rapport studeras villkoren för privat drift av institutionsvården för unga (2014:8).

I denna rapport - som utarbetats i samarbete mellan ESO och Myndigheten för vårdanalys - diskuterar Fredrik Andersson, Nils Janlöv och Clas Rehnberg förutsättningarna för alternativa driftsformer inom hälso- och sjukvården.

I rapporten analyseras hur institutionella faktorer som organisation och specifika egenskaper hos enskilda vårdtjänster påverkar förutsättningarna för olika driftsformer.

Författarnas allmänna slutsats är att inslagen av privata driftsformer i svensk hälso- och sjukvård relativt väl följer det mönster som kan förväntas från nationalekonomisk teori, dvs. det är i huvudsak enklare tjänster som utförs i privat regi, medan mer komplicerade tjänster ofta kvarstår i offentlig regi. Denna överensstämmelse till trots anser författarna att det finns utrymme för förbättringar.

En viktig förutsättning för att vårdval och upphandling av vårdtjänster ska fungera väl, är att det finns tillförlitlig information om

kvaliteten i den vård som erbjuds. Författarna menar att den informationen kan förbättras och föreslår två konkreta åtgärder:

- Inför ett generellt ackrediteringssystem för vårdgivare. Ett sådant system skulle ge standardiserad och jämförbar information om kvaliteten i olika hälso- och sjukvårdstjänster.
- Inför en skyldighet för primärvården att informera och vägleda patienten i valet av specialistvård. Behovet av lättförståelig och tillförlitlig information är särskilt stort vid val av mer komplicerade tjänster. Förutsättningarna för välinformerade beslut om specialistvård skulle förbättras om primärvårdsläkarna hade ett uttalat ansvar även för rådgivning. Betydelsen av sådan information skulle öka om de patienter som har behov av en fast läkarkontakt i primärvården också får tillgång till det.

Arbetet med denna rapport har följts av en referensgrupp med god kännedom om det aktuella området. Gruppen har letts av Annika Sundén, ledamot i ESO:s styrelse. Som vanligt i dessa sammanhang ansvarar författarna själva för slutsatser och förslag i rapporten. Det är vår förhoppning att rapporten ska ge en bra grund för den pågående diskussionen om förutsättningarna för olika driftsformer inom hälso- och sjukvården.

Stockholm i oktober 2014

Hans Lindblad
Ordförande, ESO

Eva Lindström
Ordförande, Myndigheten för vårdanalys

Innehåll

Sammanfattning	7
Summary	23
1 Inledning.....	39
2 Hälsa- och sjukvårdens finansiering och organisation i ett internationellt perspektiv.....	43
2.1 Utvecklingen i Sverige av privata vårdgivare inom olika vårdgrenar	48
2.2 Kort diskussion av historiska erfarenheter.....	55
2.3 Kapitlet i korthet.....	57
3 Teoretiskt ramverk.....	59
3.1 Övergripande förutsättningar för privat medverkan och marknadslösningar inom sjukvården	59
3.2 Styrning och kontraktlösningar	62
3.3 Andra faktorer som påverkar styrning	69
3.4 Ersättningssystem och incitamentsstruktur.....	73
3.5 Ersättningssystem och marknadsutnyttjande	79
3.6 Kapitlet i korthet.....	81
4 Utkontraktering av olika verksamheter inom hälso- och sjukvården.....	83

4.1	Utvecklingen av hälso- och sjukvårdsmarknaden	83
4.2	Metod och data: analys av delsektorer	88
4.3	Reglering av utbud och inträde till marknaden	91
4.4	Transaktionsegenskaper.....	95
4.5	Information om vårdkvalitet inom olika vårdformer.....	100
4.6	Skillnader i andelen utkontrakterad vård mellan vårdformer och landsting.....	107
4.7	Kontraktsegenskaper och ersättningsformer	109
4.8	Förutsättningar för och förekomst av aktiva val inom olika vårdområden	119
4.9	Empiriska erfarenheter av utkontraktering	121
4.10	Kapitlet i korthet	127
5	Diskussion	129
5.1	Valfrihet inom primärvården	129
5.2	Valfrihet inom specialiserad vård	130
5.3	Vikten av kvalitetsindikatorer	131
5.4	Potential för större inslag av ackreditering.....	132
5.5	Subjektiv och objektiv mätbarhet inom olika vårdområden	133
6	Slutsatser och policyrekommendationer	137
	Appendix.....	141
	Referenser.....	201

Sammanfattning

Hälso- och sjukvården i Sverige har lång tradition av offentligt huvudmannaskap. Det gäller såväl finansiering som utförande av vårdtjänster. Medan den offentliga finansieringen varit oförändrad under de senaste årtiondena, har driften i offentlig regi minskat och kompletterats med privat utförd vård. Utvecklingen har gått olika långt för olika delar av vården. Inom primärvård, delar av den specialiserade öppenvården, och viss medicinsk service (t.ex. laboratorieprover) har den privata andelen ökat kraftigt. Den specialiserade sjukhusvården drivs fortfarande till största delen i offentlig regi. Utvecklingen skiljer sig dock markant mellan olika landsting.

Privatisering och kontraktering av vårdtjänster har i huvudsak genomförts enligt två modeller: *offentlig upphandling/entreprenadmodellen* och *kundvalsmodellen*. Vid offentlig upphandling köper den offentliga beställaren och finansiären in tjänster från privata eller offentliga aktörer, enligt regler för upphandling och kontraktsavtalade villkor. Entreprenadmodellen karakteriseras alltså av *konkurrens om marknaden*. I de fall privata aktörer vinner upphandlingen privatiseras därmed produktionen. I en kundvalsmodell (vårdval) får patienten själv välja mellan de vårdgivare som godkänns av beställaren. Konsumtionsbeslutet privatiseras. Vårdgivarna kan antingen vara privata eller offentliga. Det innebär att patienternas val styr resursflödet till producenterna – det uppstår *konkurrens på marknaden*.

Effekterna av privatisering och utkontraktering är generellt osäkra och för hälso- och sjukvårdens del saknas till stor del adekvata utvärderingar. Det råder dock enighet om att institutionella faktorer – dvs. egenskaper hos olika hälso- och sjukvårdstjänster och dessa egenskapers samspel med regleringar och kontraktsförutsättningar – påverkar utfallet. Det övergripande syftet med denna rapport är att analysera hur de institutionella

faktorerna påverkar förutsättningarna för effektiv medverkan från privata aktörer i hälso- och sjukvården. Vilken roll spelar exempelvis beställarens och patientens förutsättningar att bedöma kvaliteten i olika vårdtjänster, för ändamålsenligheten av upphandling, kundval och produktion i egen regi? Studien utgår från offentlig finansiering baserad på skatteuttag, och analyserar olika alternativ för utkontraktering och privat produktion.

Privatisering och utkontraktering av vårdtjänster är förenade med både för- och nackdelar. En grundläggande förhoppning är vanligtvis att de verksamheter som överförs till privat drift ska kunna tillhandahållas mer effektivt än under en offentlig huvudman. En relaterad aspekt är att införandet av privata alternativ och konkurrensutsättning också kan leda till ökad effektivitet i de verksamheter som kvarstår i offentlig regi. Samtidigt anses det sällan lämpligt att ge marknadskrafterna helt fritt spelrum inom ett område som hälso- och sjukvård. Såväl nationella som internationella erfarenheter visar att bristande reglering och kontroll kan leda till oönskade effekter. Denna rapport handlar dock inte i första hand om för- och nackdelar med drift i privat eller offentlig regi. Rapportens centrala utgångspunkt är i stället att diskutera under vilka förutsättningar privata driftsformer kan användas för att skapa så stor samhällsnytta som möjligt. I rapporten diskuteras därför de grundläggande målkonflikter som kan uppstå, och de avvägningar som behöver göras när privata driftsformer är ett alternativ.

Analysen utgår från institutionell ekonomisk teori för att kategorisera hälso- och sjukvårdstjänster efter deras lämplighet för olika driftsformer. Det teoretiska ramverket prövas därefter empiriskt mot centrala delar av svensk hälso- och sjukvård.

Transaktionskostnaderna i centrum vid bedömning av förutsättningarna för utkontraktering

Analysen baseras på ekonomisk teori om organisationer och transaktioner – den s.k. transaktionskostnadsansatsen. Enligt denna är det samspelet mellan egenskaper hos en vara eller tjänst – i det följande kallade *transaktionsegenskaper* – och kapaciteten hos tillgängliga styr- och organisationsformer, som avgör om en verksamhet företrädesvis bör bedrivas i huvudmannens egen regi eller kan kontrakteras ut. Om en tjänst produceras i egen regi kan

den sägas ha en hierarkisk struktur enligt i grunden samma logik som en offentlig förvaltning. Om den kontrakteras ut kommer den att åtminstone delvis följa marknadens logik. De viktigaste transaktionsegenskaperna är:

- *Transaktionsspecificitet*, dvs. i vilken utsträckning de resurser som krävs för att genomföra en transaktion är möjliga att använda i annan verksamhet, utan att deras produktionsvärde reduceras. Hög specificitet skapar risk för opportunistiskt beteende i marknadsrelationer och utgör ett argument mot kontraktering/privatisering.¹
- *Frekvens*. Avser hur ofta transaktionen förekommer. Detta avgör om det är lönsamt att investera i anpassade styrsystem, exempelvis ambitiösa uppföljningssystem. Återkommande transaktioner främjar möjligheterna för kontraktering/privatisering.
- *Osäkerhet*. Fångar i vilken utsträckning det finns flera kända alternativ, om parterna har ofullständig information samt risken för att det uppstår oförutsedda händelser under kontraktstiden. Stor osäkerhet utgör ett argument mot kontraktering/privatisering.
- *Mätbarhet*. Ju större svårigheter och mer komplext det är att mäta kvantitet, kvalitet och kostnader i en transaktion, desto större är kostnaderna för att förhandla, skriva och övervaka kontraktslösningar. Det står också klart att förutsättningarna för att mäta kostnader och kvalitet påverkar hur ändamålsenligt en verksamhet kan styras. Det kan också vara så att vissa mått är manipulerbara, vilket minskar användbarheten av måtten och möjligheterna till uppföljning.

Vid val av styr- och organisationsform utgör marknaden och hierarkin motpoler. Marknaden karakteriseras främst av begränsade kontraktslängder, relativt fullständiga kontrakt, huvudsakligen starka incitament och hårda budgetrestriktioner, samt av styrning via priser och kontraktsreglerade ersättningar. Marknadsstyrning är särskilt effektiv för tjänster som är enkla, lätta att specificera och mäta och som inte kräver särskilda investeringar. Hierarkin präglas i stället av mer långsiktiga relationer, svagare incitament och

¹ Ett exempel på teknologi med hög transaktionsspecificitet inom sjukvården är stötvågsbehandling (ESWL), vilken endast kan användas för behandling av njursten (och i viss mån gallsten). Blodtrycksutrustning är däremot ett exempel på teknologi med låg specificitet, då denna kan användas för ett brett spektrum av sjukdomar.

mjukare budgetrestriktioner, samt av styrning via intern kontroll och administrativa regler. Hierarkin är fördelaktig när transaktionen innehåller specifika investeringar, när avtalen kräver regelbundna omförhandlingar och när produktionen är svår att specificera och mäta.

Om egenskaperna i transaktionen utgör den ena sidan av myntet för effektiv kontraktering, utgör den faktiska utformningen av kontrakten den andra. Vi identifierar och analyserar därför även en rad *kontraktsegenskaper*, bl.a. regelverk för ackreditering, ersättningssystem, avtalslängd samt uppföljning av kontrakt. Transaktions- och kontraktsegenskaperna studeras sedan inom ett antal centrala delområden av hälso- och sjukvården. I ett antal fallstudier illustreras såväl kontraktering via offentlig upphandling som kundvalsarrangemang. Kontraktering av privat utförande exemplifieras med upphandling av laboratorieverksamhet och akutsjukhus (S:t Görans sjukhus i Stockholm). De olika vårdvalsmodellerna inom primärvården och delar av den specialiserade öppenvården (främst planerad kirurgi) utgör exempel på privat inflytande över konsumtionen. Vi analyserar även kontraktens form för särskilt reglerade privatläkare inom specialiserad öppenvård, dvs. de som är verksamma enligt den s.k. nationella taxan.

Visst samband mellan verksamheternas egenskaper och andelen utkontrakterad vård

I studien bedömer vi möjligheten till alternativ användning av olika teknologier inom sjukvården och finner att den varierar mellan vårdformer. För primärvård och enklare planerad verksamhet har lokaler och utrustning ofta alternativa användningar. Även humankapitalet i form av utbildad personal har flera användningsområden, både geografiskt och verksamhetsmässigt. Därmed är *transaktionsspecificiteten* i primärvården relativt låg. Ur detta perspektiv är primärvården en vårdform som är lämplig för utkontraktering. När det gäller den specialiserade vården är specificiteten generellt sett högre, men den varierar även här mellan olika specialistområden. För flertalet vårdvalsspecialiteter med kirurgisk inriktning är specificiteten måttlig, då standardiserad operationskapacitet samt även viss personal har alternativa användningsområden. För kirurger med specialistkompetens och inriktning mot vissa ingrepp är dock specificiteten högre. För andra

delar av specialistvård, som akutsjukvård och laboratorieverksamheter, är specificiteten i stället relativt hög. Detta gäller särskilt kapitalintensiv verksamhet såsom viss laboratorieutrustning som endast kan användas för specifika medicinska analyser. Vid kontraktering av dessa verksamheter hanteras transaktionen med avtal över längre tidsperioder. Avtal och överenskommelser inom detta område bygger även i hög grad på kontinuerlig dialog, långsiktig uppföljning och utvärdering av verksamheten.

Beträffande transaktionens *frekvens*, kännetecknas flertalet vårdformer med hög andel utkontrakterad vård av återkommande transaktioner. Inom primärvården tar sig detta uttryck genom att kontakten mellan patient och vårdgivare upprepas ofta. Flera specialistvårdsområden med möjlighet till vårdval, såsom förlossningsvård, gråstaroperationer samt höft- och knäoperationer, utmärks också av hög frekvens och ett stort antal patienter. Behandlingar av sällsynta diagnoser och sjukdomar, t.ex. vissa kirurgiska behandlingar eller speciella cancerformer, kännetecknas däremot av lägre frekvens. Dessa är därmed sällan föremål för externa kontrakt.

Inom medicinsk verksamhet finns alltid *osäkerhet* om såväl kostnader som utfall av en behandling. Inom primärvården avser osäkerheten främst utfall och sjukdomsförlopp, då behov av kostsamma och krävande behandlingar ofta hanteras genom remittering till specialistvård. Inom primärvården finns också begränsad kapacitet vilket innebär att kostnaderna oftast kan kontrolleras. Inom specialistvården finns jämförelsevis ökad risk vad gäller såväl kostnader som utfall. Osäkerheten skiljer sig dock mellan t.ex. planerade operationer/behandlingar och akut vård. Osäkerheten är i flera avseenden större i den akuta vården, gällande antalet patienter under en tidsperiod, vårdens resursåtgång och utfallet av behandling. Kontrakteringen inom specialistvården har främst ägt rum inom vårdformer där osäkerheten är mindre. I de vårdvalsmodeller som införts har också s.k. riskpatienter undantagits, vilket reducerat osäkerheten ytterligare. I avtalet med S:t Görans sjukhus ingår inte heller den högspecialiserade vården. För laboratorieverksamheter har osäkerheten minskat genom en utveckling mot mer standardiserade analyser. För vissa mindre frekvent förekommande analyser finns dock viss osäkerhet.

Mätbarhet vad gäller kvalitet, kostnader och volym är ytterligare en central faktor vid val av driftsform. Förutsättningarna att bedöma och mäta kvalitet varierar betydligt mellan olika

vårdformer. Viss vård har klara kriterier beträffande resultat, samt tydlig relation mellan insatta resurser och kvalitet. Inom primärvården däremot, med stor bredd av sjukdomar och hälsoproblem, finns betydande svårigheter att bedöma vårdkvalitet och effekter av insatta åtgärder. Några sammantagna kliniska mått för primärvårdens övergripande uppdrag existerar inte. Däremot finns exempel på specifika mått som används inom primärvården, t.ex. mått på blodsockervärden inom diabetesvården. De mest använda kvalitetskriterierna inom primärvården avser information om patienternas egna bedömningar, samt information om tillgänglighet och väntetider på vårdcentraler.

Inom den somatiska specialistvården finns ofta sjukdoms-specifika kvalitetskriterier, exempelvis beträffande patientens överlevnad, funktionsförmåga och hälsorelaterade livskvalitet. Vårdvalsmodeller inom specialiserad vård har även främst introducerats där det sedan längre tid finns etablerade kvalitetsregister. Vid sidan av beställarens grundläggande krav på bl.a. kompetens och utrustning saknas dock ett ackrediteringsförfarande för oberoende kontroll och säkerställande av kvalitet, avseende såväl processer som utfall av behandlingar. Den enda vårdform som utvecklat och tillämpar ett från beställaren oberoende ackrediteringssystem för kvalitet är laboratorieverksamheterna. Inom denna verksamhet är ackreditering, även av processer och kvalitetsutfall, en förutsättning för att få kontrakt.

Sammantaget finner vi att verksamheter som karakteriseras av låg transaktionsspecificitet, hög frekvens, mindre osäkerhet och god möjlighet till uppföljning och mätbarhet, i större utsträckning läggs ut på privata aktörer. Det gäller främst vårdområden som primärvård och planerade behandlingar med relativt låg osäkerhet, och större möjlighet till mätbarhet. Den höga andelen privat vård inom primärvården, vilken karakteriseras av få kliniska kvalitetsmått, förklaras av att denna vårdform i gengäld har goda förutsättningar att mäta kvalitet via patienternas egna bedömningar. Inom den specialiserade vården har företrädesvis specialiteter med tydliga kvalitetskriterier varit föremål för extern kontraktering, medan vård med oklara kvalitetsindikatorer nästan uteslutande drivits i offentlig regi. Vi ser även att vårdformer med stor osäkerhet generellt har mindre andel extern vård.

Även kontraktslösningarna varierar med vårdområdenas egenskaper

Kontraktslösningar eller utformningen av kontrakten är viktiga medel för att styra externa vårdgivare. De styrinstrument som studeras i denna rapport är regelverk för ackreditering, ersättnings-system, avtalslängd på kontrakt, samt uppföljning. Sammantaget noteras ett mönster där kontraktslösningarna varierar med de egenskaper som vårdformerna uppvisar.

Generellt har *ackrediteringen* av vårdgivare främst fokuserat på krav rörande insatsfaktorer (personalens kompetens, bemanning och utrustning) samt på ekonomisk stabilitet. Detta gäller både vårdvalssystem inom primärvård och specialiserad vård. I det senare fallet rör kraven även erfarenhet, t.ex. viss volym av tidigare operationer/behandlingar. Ett mer långtgående ackrediteringsförfarande, baserat på slumpmässiga kvalitetskontroller utförda av oberoende ackrediteringsinstitut, finns inom laboratorieverksamheten.

Ersättningsprinciperna beror på vårdformens egenskaper, och utgör centrala delar i kontraktet. Ersättningsprinciperna har flera syften. De ska definiera kostnadsramen, men samtidigt ge incitament till hög produktivitet och kvalitet, samt undvika urval av patienter. För att motverka alltför starka incitament i någon riktning tillämpas i dag i ökad utsträckning blandade ersättningsmodeller inom flera vårdområden. Som exempel utgår inom primärvården en andel av ersättningen per listad individ, dvs. som fast ersättning oavsett antal genomförda besök/åtgärder, vilket främjar kostnadskontroll. För att samtidigt uppmuntra god tillgänglighet och hög produktivitet utgår även en andel rörlig styckerersättning per genomfört besök/medicinsk åtgärd. Dessutom är en mindre andel av ersättningen i flera landsting kopplad till kvalitetsrelaterade mål. Det finns dock stora skillnader mellan landstingen i utformningen av ersättningen. Konsensus saknas om vad som är den optimala mixen av olika ersättningsformer, men det finns både teoretiskt och erfarenhetsmässigt stöd för att kombinerade ersättningsystem är att föredra framför renodlade modeller.

Inom den specialiserade vården är ersättningen i större utsträckning kopplad till antalet genomförda besök och operationer/behandlingar. För att säkra kostnadskontroll och stimulera kvalitetsutveckling, noteras dock att beställaren i ökad

utsträckning överför finansiella risker förenade med högt vårdutnyttjande och bristande kvalitet på vårdgivarna. Genom att exempelvis ersätta den samlade vårdepisoden med ett samlat paketpris, i stället för att låta ersättning utgå per enskilt besök och behandling, ges vårdgivarna incitament att hålla nere antalet aktiviteter. Samtidigt försöker beställaren ibland mildra osäkerheten i utfall genom krav på att kliniker som opererar ska ta ansvar (ekonomiskt och kliniskt) för eventuella komplikationer som uppstår efter avslutad behandling och utskrivning. Kontraktet hanterar således även ansvar på längre sikt. Detta gäller i än större utsträckning vid kontraktering av akuta verksamheter, som avtalet med S:t Görans sjukhus. När det gäller ersättningssystem finns ingen generell tillämpning av priser för välvgränsade delmoment vid utkontraktering. I stället noteras en trend mot mer blandade ersättningsformer och ökat fokus på att ersätta för helhetsansvar och kvalitetsutfall.

Avtalens längd varierar med grad av osäkerhet och transaktions-specificitet. Längre avtal återfinns exempelvis för S:t Görans sjukhus vars verksamhet präglas av stor osäkerhet och stora investeringar. Även inom laboratorieverksamheten har avtalen längre tidsperioder. Primärvård och enklare planerade behandlingar avtalas däremot på ca 1–2 år.

Beträffande *uppföljningen* av ingångna avtal saknas ofta kliniska mått på primärvårdens verksamhet och beställarnas uppföljning fokuserar främst på patientupplevd kvalitet samt vårdens väntetider och tillgänglighet. Inom den specialiserade vården baseras uppföljningen i väsentligt högre utsträckning på kliniska kvalitetsmått, och ofta via etablerade kvalitetsregister. Den nationella taxan för privatpraktiserande vårdgivare skiljer ut sig genom att staten fastställer ersättningsformen och att uppföljning av kvalitet och patientnöjdhet i stort saknas; landstingen har därmed små möjligheter att styra denna verksamhet.

Förutsättningar för valfrihet i primärvården

Primärvården är i flera avseenden den vårdform där införandet av valfrihetsbaserade modeller kommit längst. Följande punkter sammanfattar erfarenheterna av vårdvalsreformen 2010 (som emellertid endast varit i bruk en kortare tid):

- Vårdens tillgänglighet har ökat (främst i tätbefolkade områden). Ökningen har dels ägt rum geografiskt genom tillkomsten av fler vårdcentraler, dels i termer av faktiskt vårdutnyttjande.
- Kostnadsutvecklingen är i linje med perioden före vårdvalsreformens införande.
- De uppföljningar som gjorts tyder inte på undanträngning av vårdkonsumtion för särskilt vårdtunga patientgrupper. Utvecklingen skiljer sig dock delvis åt mellan olika socioekonomiska grupper.
- Den patientupplevda kvaliteten är relativt oförändrad, men befolkningens förtroende för primärvården har ökat.
- Det är inte möjligt att bedöma reformens effekter på den kliniska vårdkvaliteten. Detta till följd av bristen på mått inom detta område.
- En majoritet av svenska patienter uppger att de vill välja vårdcentral i primärvården. Dock är det en mindre andel av patienterna och medborgarna som i praktiken aktivt söker information och som gör aktiva val.

Även om vi främst identifierat positiva effekter av valfriheten i primärvården, finns anledning att lyfta blicken och ur ett vidare perspektiv betrakta de drivkrafter som valfriheten i primärvården skapar. Det står klart att valfriheten i primärvården drivit verksamheten mot större lyhörddhet för de önskemål på tjänster, service m.m. som den genomsnittlige brukaren har. Ökat vårdutnyttjande hos befolkningen i stort kan ses som ett uttryck för denna utveckling. Denna utveckling är också fullt rimlig, men inte komplikationsfri. Den väcker två direkta frågor:

- Sker denna utveckling på bekostnad av intressen för grupper som ligger långt ifrån den genomsnittlige brukaren?
- Finns det drivkrafter som på längre sikt kan påverka verksamheten i en riktning där vårdkvalitet prioriteras lägre än önskvärt?

Vi finner inte att utvecklingen mot att bättre möta den genomsnittlige brukarens preferenser har undanträngningseffekter som väsentligt hotar servicen till andra patientgrupper. Vi bedömer att de krav som ställs från huvudmännen, de nationella regelverken och den grundmurade prioriteringen av patientens säkerhet som finns i

den medicinska professionens normsystem, sammantaget innebär en god garanti för säkringen av vårdkvalitet. Detta betyder dock inte att önskade potentiella drivkrafter kan ignoreras.

Förutsättningar för valfrihet inom planerad specialiserad vård

Det finns flera avgörande skillnader mellan valet av primärvårdsläkare och val av vårdgivare inom specialistvården. Dessa bör beaktas vid utformning av informationsutbud, regelverk m.m. Valet av primärvårdsläkare ger större utrymme för subjektiva bedömningar eftersom primärvårdskonsumtionen generellt är av repetitiv karaktär, vilket innebär att patienten har möjlighet att bygga upp kunskap genom erfarenhet och kontakt med vänner och anhöriga. Valet av vårdgivare för specialistbehandlingar som t.ex. gråstarr- eller höftledsoperationer, är däremot av engångskaraktär, vilket försvårar valet. Tillgång till god information om effekter, biverkningar och andra kvalitetsindikatorer kan underlätta valet. Samtidigt är dessa aspekter svårbedömda för en person i behov av behandling. Valet av specialistvårdgivare skulle dock kunna underlättas om primärvårdsläkaren agerade som agent för patienten, och bistod i valet mellan olika alternativ. Ett sätt att främja informationsgivningen till patienter är att förbättra möjligheterna att ha en fast läkarkontakt i primärvården.

Utkontraktering kräver mätbarhet

En generell aspekt att ta hänsyn till vid utkontraktering, är i vilken utsträckning det finns möjligheter att mäta och följa upp resursåtgång och kvalitet. Vi ser ett mönster där överföringen till privat produktion är störst där dessa möjligheter är goda. Man kan förmoda att ökad privatisering av produktionen kommer att öka efterfrågan på information och indikatorer för kvalitet. En möjlig källa för sådan information är naturligtvis de nationella kvalitetsregistren, vars innehåll skulle kunna användas som uppföljningsparametrar i kontrakten. Det finns emellertid flera problem med ett sådant förfarande. Eftersom kvalitetsregistren byggts upp av representanter för den medicinska professionen, får dessa ett avgörande inflytande över vad som följs upp av huvudmännen. Detta bidrar till att informationsasymmetrin mellan beställare och

utförare kvarstår. Ett närliggande problem är att inrapporteringen till kvalitetsregistren påverkas, eller rent av manipuleras, om utfallet av indikatorerna påverkar framtida resurstilldelning. Detta skulle kunna motverkas genom validering av inrapporterade data, vilket i viss utsträckning redan förekommer i dag. Ett alternativ vore dock att etablera en oberoende ackreditering med slumpmässig insamling och kontroll av data, helt skilt från kvalitetsregistrens data-insamling. Här kan marknaden för laboratorieverksamheter tjäna som förebild.

Ett större inslag av ackreditering är önskvärt

I förlängningen av dessa observationer ligger att en mer formaliserad och framför allt mer offentligt tillgänglig ackreditering, i många fall skulle kunna spela en utvidgad roll som kvalitetskontroll för beställarna och som vägledning för patienterna. Vi bedömer att det finns utrymme för en institution som skulle kunna fylla en sådan roll, exempelvis genom att:

- verifiera att kvalitetskrav är uppfyllda (den formella kontrollen av detta torde behöva ligga kvar hos huvudmännen)
- publicera öppna jämförelser liknande de som SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) i dag tillhandahåller
- sätta betyg baserade dels på de öppna jämförelserna, dels på bedömningar och återkoppling från patienter

Denna typ av stöd för patienten skulle fylla två viktiga syften. Dels skulle det stärka patienten genom att förbättra informationen, dels skulle det garantera att objektiva vårdkvalitetsmått får stort utrymme. Tillsammans kan detta motverka risker för att val i alltför stor utsträckning baseras på bekvämlighetsfaktorer eller marknadsföring.

Mätbarhetens nivå och karaktär styr utkontrakteringens förutsättningar

Vi finner att mätbarheten av olika kvalitetsaspekter varit en central del i framväxten av olika kontraktlösningar inom vården. Generellt sett ökar förutsättningarna för kvalitetskontroll om tjänsterna

måste anpassa sig till såväl subjektiva som mer objektiva kvalitetskriterier. Med subjektiva kvalitetskriterier avses här kvalitetsegenskaper som rör den enskilde patientens uppfattning av vården (t.ex. rörande bemötande, inflytande eller hälsopåverkan). Med objektiv kvalitetsmätning avser vi i stället mått som främst baseras på kliniska processer och klinisk resultatmätning, där det finns väldokumenterad evidens och konsensus kring hur kvalitetsresultaten ska mätas.

Kundvalsarrangemang har större förutsättningar än upphandlingsförfarande att främja kvalitetsaspekter som svårigen låter sig mätas, kvantifieras eller valideras. En långsiktig och förtroendefull relation till sin läkarkontakt inom primärvården framstår i detta avseende som en väsentlig kvalitetsaspekt av patientens subjektiva upplevelse. Även om det finns brister med dagens system, torde förutsättningar för kundval generellt vara bättre för primärvårdstjänster än för andra sjukvårdstjänster. Detta eftersom den individuella primärvårdskonsumtionen är återkommande, och flertalet i befolkningen har kontakt med primärvården under ett år. Kundvalssystem inom primärvården har därför goda förutsättningar för positiv kvalitetskonkurrens, främst utifrån subjektiva kvalitetsdimensioner.

Ett centralt konstaterande är således att förutsättningarna för olika former av ändamålsenliga kontraktslösningar stärks om mätbarheten är god i antingen subjektiv eller objektiv bemärkelse. Förutsättningarna stärks ännu mer om mätbarheten är god inom båda dessa dimensioner. De studerade vårdvalen inom den specialiserade vården uppvisar i detta avseende andra förutsättningar än vad som är fallet inom primärvården. Inom dessa områden existerar oftast väletablerade mått på olika kliniska kvalitetsaspekter, antingen i form av medicinska mått eller patientrelaterade utfall. Dessa ökar möjligheterna att följa kvalitetsutvecklingen och att utforma uppföljning och kvalitetsrelaterad ersättning.

Slutsatser och policyrekommendationer

Avslutningsvis vill vi lyfta fram några sammanfattande iakttagelser kring förutsättningarna för utkontraktering, samt peka på vissa specifika förutsättningar som stärker argumenten för kundvalsarrangemang framför offentlig upphandling. Allra sist ges några

rekommendationer kring hur kontraktslösningar, givet valet att kontraktera ut verksamhet, kan fås att fungera så bra som möjligt.

Hierarki kontra marknad

Valet mellan produktion i egen regi och utkontraktering till externa aktörer påverkas av flera faktorer. Förutsättningarna för kontraktering och privatisering bestäms inom hälso- och sjukvården av enskilda vårdtjänsters egenskaper. Vi ser ett visst mönster där andelen utkontrakterad vård ökar om egenskaperna hos tjänsten är mer marknadslika. Det innebär att tjänster som har låg specificitet, upprepas ofta, har låg grad av osäkerhet men hög grad av mätbarhet, oftare är föremål för utkontraktering.

En övergripande slutsats är att marknadsutnyttjande är ändamålsenligt om det antingen finns bra och rimligt åtkomliga mått på verksamhetens kvalitet, eller om det finns goda möjligheter för patienterna att göra välinformerade och rationella val. I det förra fallet är upphandling mer lämpligt (t.ex. för laboratorietjänster), medan kundvalsarrangemang är att föredra i det senare (t.ex. primärvård). I de fall då varken mätbarhet eller förutsättningar för informerade val finns, har traditionella marknadslösningar dåliga förutsättningar att fungera väl, vilket exempelvis gäller för akutsjukvård. Produktionen sker då i allmänhet bäst i egen regi. Alternativet är mer långsiktiga och komplexa kontraktslösningar vid utkontraktering av denna typ av produktion.

Kundval kontra upphandling

Kundvalsmodeller innebär valfrihet för konsumenten där möjligheterna för individuella preferenser att slå igenom ökar. Framför allt kan patienterna i högre grad än vid upphandlingsförfarande även fånga upp icke-mätbara dimensioner i sina överväganden om val mellan vårdgivare. Kundvalsmodeller förutsätter reglering av marknaden och ackreditering av vårdgivare. För att kundvalsmodeller ska fungera väl krävs även att patienten har reella valmöjligheter, samt tillgång till jämförbar information om vårdgivarnas kvalitet.

Om kvalitet ska beaktas i offentlig upphandling förutsätts mätbara processer och utfall. Vi noterar en utveckling med

generellt minskad offentlig upphandling till förmån för ökad utkontraktering enligt kundvalsmodellen. Denna övergång kan förklaras av förekomst av väsentliga icke-mätbara kvalitetsaspekter inom flera vårdformer. Vår bedömning är att kundvalsinslag i relation till offentlig upphandling, främst genom ökade incitament till kontinuerlig kvalitetsutveckling, bidrar positivt till utfallet av utkontraktering och privatisering inom både primärvård och specialiserad vård.

Inom vårdformer där det finns goda förutsättningar för subjektiv mätbarhet, har ackreditering och kundval större möjligheter att främja en fungerande konkurrensmarknad, då samtliga producenter ges likvärdiga förutsättningar. Vid offentlig upphandling finns större risk att inte alla producenter behandlas lika; förutsättningarna blir likvärdiga endast för en del av marknaden.

Avslutande rekommendationer

Det finns starka argument för ett offentligt engagemang vid ackreditering av vårdgivare. Detta kan företrädesvis ske med en modell som insamlar och bearbetar kvalitetsdata, samt kombinerar dessa med brukarerfarenheter och en samlad bedömning. Härigenom minskar riskerna för 1) att beställaren i alltför hög grad är utelämnad till den medicinska professionens kunskap och information och 2) att patienter i alltför hög grad gör val som bestäms av bekvämlighetsfaktorer och marknadsföring.

När det gäller ersättningsformerna i kontrakt med externa vårdgivare, tycks det finnas en utveckling mot mer genomtänkta incitamentstrukturer. Det finns också en tendens med ökade krav på uppföljning. Det bör leda till att kontraktsformer, som den nationella taxan, som kombinerar ersättningar per besök och åtgärder utan tydlig uppföljning av verksamhetens kliniska utfall och patientnöjdhet, ersätts med avtalsformer där vårdgivarna tar större risk och beställaren ges möjligheter att följa upp verksamheten. En kundvalsmodell baserad på ackreditering där landstingen styr villkoren, innehållande bl.a. krav på rapportering av kliniska resultat och patientnöjdhet, är att föredra inom den specialiserade öppenvården.

Vidare är det angeläget att stärka primärvårdsläkarens roll som agent för patienten. Detta särskilt vid val av specialiserad vård, där läkaren kan bistå patienten i avvägningar baserade på såväl

subjektiva som objektiva kvalitetsmått. Ett sätt att stärka vårdens kontinuitet och informationsgivning till patienter, är att säkerställa att patienter som vill ha, eller har behov av, en fast vårdkontakt i primärvården ska få detta.



Summary

Health- and medical care in Sweden has a long tradition of being a government responsibility. This applies to both funding and the provision of medical care. While the public financing has been unchanged in the last few decades, the role of the public sector as a producer has been reduced and has been supplemented with private care. The extent of this trend has varied for different parts of medical care. In primary care and part of the specialist outpatient medical services and certain medical services (for example laboratory tests), there has been a strong increase in the private share. Specialist hospital care is still largely run by the public sector. However, the trend differs considerably between different county councils.

Privatisation and contracting of medical services have largely been implemented according to two models: public *procurement/the entrepreneurial model* and *the customer choice model*. In public procurement, the public buyer and the funder buy services from private or public agents in accordance with the rules for public procurement and contractual agreements. The entrepreneurial model is thus characterised by *competition for the market*. In those cases when private agents win the public procurement, production is thus privatised. In a customer-choice model (choice of medical care), the patient herself gets to choose between suppliers of medical care that have been approved by the buyer. The suppliers of medical services can be either private or public. This means that patient choice governs the flow of resources to producers – there is *competition in the market*.

The effects of privatisation and outsourcing are normally uncertain and for health- and medical care, there is to a large extent a lack of adequate evaluations. However, there is unanimity about the fact that institutional factors, i.e. characteristics of different services in health- and medical care and the interaction of these

characteristics with regulations and contractual conditions, affect the outcome. The overall objective of this report is thus to analyse how institutional factors affect the conditions for an efficient participation by private agents in health- and medical care. What role do, for example, the possibilities for the buyer and the patient of evaluating the quality in different services for medical care play for the expediency of public procurement, customer choice and production in the public sector? The study takes its starting point in government funding, based on taxes and, on this basis, analyses alternatives for outsourcing and private production within this framework.

Privatisation and outsourcing of medical services have both advantages and disadvantages. A basic expectation is usually that those activities that are privatised will be supplied more efficiently than under public authority. A related aspect is that the introduction of private alternatives and subjecting activities to competition can also lead to an increased efficiency in those activities that remain in the public sector. At the same time, it is seldom appropriate to give the market forces complete liberty within such an area as health- and medical care. Both national and international experience shows that insufficient regulation and control can bring undesired effects. However, this report is not mainly about advantages and disadvantages of private or public production. The central starting point of the report is instead to discuss under which conditions private forms of operations can be used to create the largest possible social utility. Thus, the report discusses the basic conflicts of goals and those adjustments that need to be made when private forms of care constitute an alternative. The analysis is based on institutional economic theory to categorize health- and medical care for their suitability for different modes of contracting. The theoretical framework is then tested empirically against key parts of the Swedish health care.

The transaction costs are in focus when evaluating the conditions for outsourcing

The analysis is based on economic theory on organisations and transactions – the so-called transaction cost approach. According to this approach, it is the interaction between the characteristics of a good or a service – which we will call *transaction characteristics* in

the following – and the capacity in available forms of governance and organisations that determine whether an activity is most suited to take place within the organisation of the principal or whether it should be outsourced. If a service is produced by a public agent, it can be said to have a hierarchal structure according to basically the same logic as a public authority. If it is outsourced, it will at least partly follow the logic of the market. The most important transaction characteristics are:

- *Transaction specificity*, i.e. to what extent that those resources that are required to carry out a transaction can be used in another activity without a reduction in their production value. High specificity creates a risk for opportunistic behaviour in market relations and constitutes an argument against outsourcing/privatisation.²
- *Frequency*. Refers to how often the transaction occurs. This determines whether it is profitable to invest in specialised control systems, for example ambitious follow-up systems. Recurring transactions favour the possibilities for contracting/privatisation.
- *Uncertainty*. Captures to what extent there are several known alternatives, if the partners have insufficient information and the risk for unexpected events occurring during the contract period. Great uncertainty constitutes an argument against contracting/privatisation.
- *Measurability*. The larger are the difficulties and the more complicated it is to measure the quantity, quality and costs for a transaction, the larger are the transaction costs for negotiating, writing and supervising contract solutions. It is also clear that the conditions for measuring costs and quality affect an appropriate control and monitoring of an activity. It might also be the case that certain measures can be manipulated, which reduces the possibilities for using the measures and the possibilities for a follow-up.

In the choice of the form of control and organisation, the market and its hierarchy constitute complete opposites. The market is

² An example of a technology with high transaction specificity within medical care is Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy (ESWL), which can only be used to treat kidney stone (and to a certain extent gallstone). Equipment for testing blood pressure is, however, an example of a technology with low specificity, since this can be used for a wide range of diseases.

mainly characterised by limited contract periods, relatively complete contracts, mainly strong incentives and tough budget restrictions and control through prices and contracted remunerations. Market control is particularly efficient for services that are simple, easy to specify and measure and that do not require any special investments. The hierarchy is instead characterised by more long-term relationships, weaker incentives and softer budget restrictions as well as governance through internal control and administrative rules. Hierarchy constitutes an advantage when the transaction contains specific investments, when the contracts require regular renegotiations and when production is difficult to specify and measure.

If the characteristics of the transaction constitute one side of the coin for efficient contracting, the actual design of the contract constitutes the other side. Thus, we also identify and analyse a number of *contract characteristics*, for example the regulatory framework for accreditation, remuneration systems, contract length and follow-up. The characteristics of transactions and contracts are then studied within a number of central sub-areas of health- and medical care. A number of case studies illustrate both contracting through public procurement and customer choice arrangements. An example of contracting of private providers is the procurement of laboratory work and hospitals for emergency care (S:t Görans Hospital in Stockholm). The different models for choice of medical care within primary care and parts of specialist outpatient care (mainly planned surgery) constitute examples of private influence on consumption. We also analyse the contract form for private practitioners within specialist open care who are subject to special regulations, i.e. those who work according to the so called national fee.

There is a certain relationship between the characteristics of the activities and the share of outsourced medical care

In this study, we evaluate the possibility for an alternative use of different technologies within health- and medical care and find that it varies between different forms of medical care. For primary care and simple planned activities, there are often alternative uses for premises and equipment. Also human capital in the form of trained staff has more areas of use, both geographically and as concerns its

activities (for example, occupational health care). Thus, the transaction specificity in primary care is relatively low. From this perspective, primary care is a kind of care with is suitable for outsourcing. When it comes to specialist care, the specificity is generally higher but there is a variation between specialist areas also in this case. For most choices of medical care with a specialisation that involves surgery, the specificity is moderate since there are alternative areas of use for standardised operation capacity and also for certain staff. But the specificity is higher for surgeons with specialist competence and specialising in certain kinds of surgical operations. For other parts of specialist care, such as emergency medical care and laboratory work, the specificity is instead relatively high. This does, in particular, apply to capital-intensive activities, such as certain kinds of laboratory equipment which can only be used for specific medical analyses. When contracting such activities, the transaction is carried out with contracts over longer periods of time. Contracts and agreements in this area do also largely build on an on-going dialogue with a long-term follow-up and evaluation of the activity.

As concerns the *frequency* of the transaction, most kinds of medical care are characterised by a large share of outsourced medical care with recurring transactions. In primary care, this is shown by the often recurring contact between the patient and the supplier of medical care. Several of the areas of specialist care with the possibility for health care choices, such as childbirth, cataract-surgery, and hip- and knee surgery, are also characterised by a high frequency and a large number of patients. Treatments of rare diagnoses and illnesses, such as certain surgical treatments or special forms of cancer, are, however, characterised by a lower frequency. Thus, these are more seldom subject to external contracts.

In medical activities, there is always an *uncertainty* about both the costs for and the outcome of a treatment. In primary care, there is primarily an uncertainty about the outcome of treatments and the course of the illness since the need for costly and demanding treatments is often dealt with through referrals to specialist care. There is also a limited capacity in primary care which means that the costs can often be controlled. In specialist care, there is a relatively larger risk as concerns both costs and outcome. However, there is a difference in the uncertainty of, for example, planned operations/treatments and emergency care. The

uncertainty in emergency care is larger in several respects, as concerns the number of patients in a certain time period, resource use as well as the outcome of the treatment. Contracting in specialist care has mainly taken place within kinds of care where there is less uncertainty. In those models for choice of medical care that have been introduced, so-called risk patients have also been exempt, which has further served to reduce the uncertainty. Thus, the agreement with S:t Görans Hospital does not include highly specialised care. There has been a decrease in the uncertainty of laboratory work with a trend towards standardised analyses. For less frequent analyses, there is, however, some uncertainty.

Measurability as concerns quality, costs as well as volume is another central factor when choosing organisational form. The conditions for evaluating and measuring quality vary considerably between different forms of care. Certain kinds of care have obvious criteria for the result and a clear relationship between the resources used and quality. In primary care, however, with its wide range of illnesses and health problems, there are large difficulties in evaluating the quality of care and the effect of the measures used. There are no overall clinical measures for the overall objective of primary care. There are, however, examples of specific measures that are used in primary care, for example measures of blood sugar levels within diabetes care. The quality criteria that are most often used in primary care concern information about the patients' own evaluations and information about availability and waiting times at the district health center.

In somatic specialist care, there are often illness-specific quality criteria, for example as concerns patient survival, the ability to function and health-related quality of life. The models for choices of medical care within specialist care have also mainly been introduced in areas where established quality registers have existed for a long period of time. Besides the buyer's basic requirements for, for example, competence and equipment, there is no accreditation system for independent controls and ensuring quality as concerns both processes and the treatment outcomes. The only form of medical care that has developed and applied an accreditation process for quality that is independent of the buyer is laboratory work. In this work, accreditation, also of processes and quality outcomes, is a requirement for obtaining a contract.

Altogether, we find that activities that are characterised by a low transaction specificity, high frequency, less uncertainty and the

possibility to follow-up and measure are to a larger extent outsourced to private agents. In particular, this concerns areas of care such as primary care and planned treatments with a relatively low uncertainty which can be measured. The large share of private care within primary care, which is characterised by few clinical quality measures, is explained by the fact that this kind of medical care instead has good conditions for measuring quality through the patients' own evaluations. In specialist care, it is mainly specialties with clear quality criteria that have been subject to external contracting while care with uncertain quality indicators is almost exclusively carried out by public providers. We also see that forms of medical care with large uncertainty have a smaller share of external medical care.

The contract solutions also vary with the characteristics of the areas of medical care

Contract solutions or contract design constitute important means for controlling external providers of care. Those control mechanisms that are studied in this report are regulatory frameworks for accreditation, remuneration systems, contract length and follow-up. Altogether, there is a pattern where contract solutions vary with the characteristics of the different forms of medical care.

In general, the *accreditation* of providers of care has mainly focused on requirements concerning input factors (staff competency, staffing and equipment) and economic stability. This concerns both the systems for choice of care within primary care and specialist care. In the latter case, there is also a requirement for experience, for example a certain volume of previous operations/treatments. A more long-term accreditation procedure, based on random quality controls carried out by independent accreditation institutes, exists in laboratory work.

The principles for remuneration depend on the characteristics of the form of medical care and constitute central parts of the contracts. The principles for remuneration have several objectives. They are to define the cost ceiling, but also provide incentives for high productivity and quality, as well as avoiding a selection of patients. In order to avoid too strong incentives in any direction, mixed remuneration models are used in several areas of medical

care. As an example, in primary care, a share of the remuneration is paid on basis of each listed individual, i.e. a fixed remuneration independent of the number of visits/medical treatments, which favours cost control. In order to encourage simultaneous good availability and high productivity, there is also a share of flexible remuneration per visit/medical treatment that is carried out. Moreover, in several county councils, a smaller share of the remuneration is connected to quality-related objectives. However, there are large differences in the design of the remuneration between county councils. There is no consensus on the optimal mixture of different remuneration forms, but there is both theoretical support and support based on experience of this kind of combined remuneration system being preferable to pure models.

In specialist care, the remuneration is to a larger extent related to the number of visits and the number of operations/treatments. In order to ensure cost control and stimulate that quality is subject to development, it should, however, be noted that that in several cases, the buyer does also, to a larger extent, transfer financial risks related to a high use of medical care and insufficient quality of the providers to medical care. By, for example, remunerating the total episode of medical care with a common package price instead of the remuneration being paid at each individual visit and for each individual treatment, the providers of medical care are given incentives to keep the number of activities down. At the same time, the buyer sometimes tries to mitigate the uncertainty in outcomes through requirements that clinics that perform surgery are to take a responsibility (economic and clinical) for possible complications that emerge after a completed treatment and discharge. The contract does thus also deal with a responsibility in the longer run. This does, to an even larger extent, apply to the contracting of emergency activities like the contract with S:t Görans Hospital within Stockholm County Council. When it comes to the remuneration system, there is no general application of more market-oriented incentives (i.e. more focus on prices for well-defined parts of the treatment) that is used in outsourcing. Instead, there is a trend towards more mixed forms of remuneration and an increased focus on remuneration for overall responsibility and quality outcomes.

The *contract length* varies with the degree of uncertainty and transaction specificity. Longer contracts are, for example, found for S:t Görans hospital in Stockholm, where the activity is

characterised by large uncertainty and large investments. Also within laboratory work do the contracts run over longer time periods. Primary care and simpler, planned treatments are contracted for 1-2 years.

As concerns the *follow-up* of existing contracts, there is often a lack of clinical measures for the activities of primary care and the buyers' follow-up of primary care primarily focuses on patient-perceived quality and the waiting times and availability of medical care. Within specialist care, the follow-up is to a considerably larger extent based on clinical quality measures, often through established quality registers. The national fee for private practitioners in medical care is distinguished by the fact that the government stipulates the remuneration form and that there is largely no follow-up of quality and patient satisfaction; the county councils thus have small possibilities to control this activity.

Conditions for freedom of choice in primary care

In several respects, primary care is the form of medical care where the introduction of models based on freedom of choice has made most progress. The following points summarize the experiences of the reform in the choice of medical care (2010) (which has, however, only been in use for a short period of time):

- There has been an increase in the availability of medical care (mainly in densely-populated areas). There has partly been a geographical increase through the emergence of more district health centres, partly in terms of the actual use of medical care.
- The cost trend is in line with the period before the introduction of the reform of choice of medical care.
- The follow-up that has been done does not show any repression of the consumption of medical care for groups with particularly heavy needs for medical care. The trend differs partly between socio-economic groups, however.
- Patient-perceived quality is relatively unchanged, but there has been an increase in the confidence of the population in primary care.
- It is not possible to evaluate the effects of the reform on clinical quality. This is due to the lack of measures within this area.

- A majority of Swedish patients state that they want to choose their district health centre in primary care. However, only a small share of patients and citizens do actively search for information and make active choices.

Even if we have mainly identified positive effects of freedom of choice in medical care, there is reason to look up and consider those driving forces that freedom of choice in primary care create from a wider perspective. It is clear that freedom of choice in primary care has driven the activity towards a larger sensitivity to the desires for services etc. of the average user. An increased use of medical care in the population as a whole is an expression of this trend. This trend is completely reasonable but not exempt from complications. This raises two direct questions:

- Does this trend take place at the cost of the interest of groups that are far from the average user?
- Are there driving forces that can, in the longer run, affect the activity in a direction where the quality of medical care is given lower priority than what is desirable?

We do not find that the trend towards better fulfilling the preferences of the average user has crowding out effects that constitute a considerable threat to the service to other patient groups. We consider that those demands that are made by the principals, the national regulatory frameworks and the firmly rooted priorities of patient safety that exist in the system of norms in the medical profession, as a whole constitute a good guarantee for ensuring quality in medical care. However, this does not mean that potential undesirable driving forces can be ignored.

Conditions for freedom of choice within planned specialist care

There are several decisive differences between the choice of doctor in primary care and the choice of provider of care within specialist care. These should be taken into consideration in the design of the supply of information, regulatory framework etc. The choice of doctor in primary care provides a larger scope for subjective evaluations since the consumption of primary care is generally of a repetitive nature, which means that the patient has the possibility of building up knowledge through experience and contacts with

friends and family. The choice of provider of care for specialist treatments like cataracts and hip-replacement surgery etc. is of a one-time nature, however, which makes the choice more difficult. The supply of good information about effects, side-effects and other quality indicators can facilitate the choice. At the same, these aspects are difficult to judge for a person in need of treatment. The choice of supplier of specialist medical care could, however, be facilitated if the doctor in primary care acted as an agent for the patient and provided support in the choice between different alternatives. One way of promoting the supply of information to patients is to improve the possibilities to meet the same doctor in primary care.

Outsourcing requires measurability

A general aspect to consider in outsourcing is the extent to which it is possible to measure and follow-up resource use and quality. We see a pattern where the transfer to private production is largest when the conditions for this are good. It can be assumed that an increase in private production will increase the demand for information and indicators of quality. The national quality registers do, of course, constitute a source for this, the contents of which could be used as follow-up parameters in the contracts. Such a procedure entails several problems, however. Since the quality registers have been created by representatives for the medical profession, these will have a decisive influence on what is followed-up by the principals. This contributes to a remaining information asymmetry between buyers and providers. A closely related problem is that reporting to the quality registers is affected or even manipulated if the quality of these indicators affects the future resource allocation. This could be counteracted by a validation process for reported data, which is to a certain extent also the case today. An alternative would, however, be to establish an independent accreditation with a random collection and control of data which is entirely separate from the data collection of the quality registers. The market for laboratory work could serve as a role model here.

A larger element of accreditation is desirable

In the longer run, these observations mean that a more formalised and, in particular more publicly available, accreditation would in many cases play a more extensive role as a quality control for buyers and guidance for patients. We consider there to be room for an institution that could fill such a role; for example by

- verifying that the quality criteria have been fulfilled (the formal control of this would probably have to remain with the principals),
- publishing open comparisons that are quite similar to the one that is currently made available by the Swedish Association of Local Authorities and Regions,
- giving grades partly based on the open comparisons and partly on evaluations and feedback from patients according to fairly strict but not entirely mechanical models.

This kind of patient support would serve to fulfil two important objectives. It would strengthen the patient by improving her information and it would guarantee a great deal of room for objective measures of the quality of medical care. This might counteract possible risks that choices are to a too large extent based on factors of convenience or marketing.

The level and characteristics of measurability control the conditions for outsourcing

We find that the measurability of different quality aspects has constituted a central part in the emergence of different contract solutions in medical care. In general, there is an increase in the possibilities for quality control if the services must be adjusted to both subjective and more objective quality criteria. More subjective quality criteria here mean quality characteristics that concern the individual patient's view of medical care (for example as concerns how they are received, influence, the effect on health etc.). Objective measures of quality do instead mean measures that mainly concern clinical processes and a clinical measurement of results where there is well-documented evidence and a consensus on how the results as concerns quality are to be measured.

Arrangements involving customer choice have better possibilities than public procurement to promote quality aspects that are difficult to measure, quantify or validate, for example how they are received and their influence. A long-term relationship that is built on trust in one's doctoral contact within primary care does, in this respect, emerge as an important quality aspect of the patient's subjective experience. Even if there are deficiencies in today's system, the conditions for customer choice would probably be better for services in primary care than for other medical services since the consumption of individual primary care is recurring and the major part of the population is in contact with primary care in the course of a year. Customer choice systems within primary care do, thus, have possibilities to favour a positive competition as concerns quality, mainly from a subjective quality dimension.

A central point is thus that the conditions for an appropriate contract design are reinforced if measurability is good, either subjectively or objectively. The conditions are further reinforced if the measurability is good in both these dimension. The choices of medical care that are studied within specialist care do, in this respect, show other conditions than what is the case in primary care. In these areas, there are often well-established measures of different clinical aspects of quality, either in the form of medical measures or patient-related outcomes. These increase the possibilities to follow the quality trend and to design follow-up and quality-related remuneration.

Conclusions and policy recommendations

As a conclusion, we would like to emphasize a few concluding observations on the conditions for outsourcing and also point out certain specific conditions that reinforce the arguments for an arrangement with customer choice rather than public procurement. Finally, we would also like to make some recommendations on how contract solutions, given the choice to outsource production, can be made to work as well as possible.

Hierarchy versus market

The choice between own production and outsourcing to external agents is affected by several factors. The conditions for contracting and privatisation in health- and medical care are determined by the characteristics of individual medical services. We observe a certain pattern where there is an increase in the share of outsourced medical care if the characteristics of the service are more similar to the market. This means that services with a low level of specificity, which are often repeated and have a low degree of uncertainty but a high degree of measurability, are more often subject to outsourcing.

An overall conclusion is that market use is appropriate if there are either good and reasonably accessible measures of the quality of the activity or if there are good possibilities for the patient herself to make well-informed and rational choices. In the former case, public procurement is more appropriate (for example for laboratory services) while arrangements with customer choice are preferable in the latter (for example primary care). In those cases when there is neither measurability nor possibilities for informed choices, there are bad conditions for traditional market solutions to work well which, for example, applies in the case of emergency care. In these cases, production is generally best carried out by public agents. The alternative is more long run and complex contract solutions when outsourcing this kind of production.

Customer choice versus public procurement

Models for customer choice mean freedom of choice for the consumer and increase the possibilities for individual preferences to have an impact. In particular, patients might also catch non-measurable dimensions in their deliberations on choice between providers of medical care to a larger extent than in a public procurement procedure. Models of customer choice require a regulation of the market and an accreditation of providers of medical care. For these to work well, it is also required that the patient has real possibilities to choose and access to comparable information about the quality of providers of medical care.

If quality is to be considered in public procurement, measurable processes and outcomes must be assumed. We note a trend with a

general decrease in public procurement in favour of increased outsourcing according to the customer choice model. This transition can be explained by the presence of important non-measurable quality aspects within several kinds of medical care. Our evaluation is that the presence of customer choice, mainly due to increased incentives for a continuous development of quality, makes a positive contribution to the outcome of outsourcing and privatisation both in primary care and specialist care.

Within those kinds of medical care where there are good possibilities for subjective measurability, accreditation and consumer choice have larger possibilities of favouring a well-working competitive market where all producers are given equal conditions. In public procurement, there is a larger risk that all producers are not treated equally; the conditions are equal only for part of the market, unless the whole supply is subject to public procurement.

Concluding recommendations

There are strong arguments for public sector involvement in the accreditation of providers of medical care. This can preferably be done using a model that combines collection and processing of quality data with user experiences and a measure of collective evaluation. Thus, there is a decrease in the risk that 1) the buyer is to a too large degree left in the hands of the knowledge and information of the medical profession and 2) that patients to a too large extent make choices that are determined by factors such as convenience and marketing.

When it comes to the remuneration forms in contracts with external providers of care, there seems to be a trend towards more well-reasoned structures of incentives. There is also a tendency for increased requirements for follow-up. This should lead to contract forms, such as the national rate, which combine the remuneration per visit and treatments without any clear follow-up of the clinical outcome of the activity and patient satisfaction being replaced by contract forms where the providers of care take a larger risk and the buyer is given possibilities to follow up the activity. A customer-choice model based on accreditation where the county councils control the conditions, consisting of, for example,

demands for reports of clinical results and patient satisfaction, is preferable within specialist outpatient care.

Moreover, it is important to reinforce the role of the doctor in primary care as an agent for the patient. This is particularly important for the choice of specialist care where the doctor can help the patient in balancing subjective and objective quality measures. One way of reinforcing the continuity and provision of information to patients about medical care is to ensure that patients who want to have a permanent contact in primary care will have this.

1 Inledning

Hälso- och sjukvården i Sverige har under många år varit organiserad inom den offentliga sektorn. Det gäller såväl finansieringen som utförandet av vårdtjänster. Den offentliga sektorn har däri-genom också haft stort inflytande över medborgarnas konsumtion av vårdtjänster. Under de senaste årtiondena har emellertid den offentliga sektorn kompletterats med privata aktörer och fått en minskad roll som producent. Huvudprinciperna för den offentliga finansieringen baserad på skatteuttag kvarstår dock.

Omfattningen av medverkan från privata aktörers sida varierar mellan olika delar av hälso- och sjukvården. Inom primärvård och delar av den specialiserade öppenvården samt inom viss medicinsk service, har den privata andelen ökat kraftigt. Den specialiserade sjukhusvården drivs fortfarande till största del i offentlig regi. Mönstret skiljer sig dock markant mellan olika landsting.

Effekterna av privatisering och utkontraktering är osäkra och omfattande utvärderingar saknas. I flera sammanställningar, t.ex. den uppmärksammade SNS-antologin "Konkurrensens konsekvenser" (Hartman, 2011) och Jordahl (2013), konstateras att kunskapsläget är bristfälligt och begränsat för flertalet välfärdssektorer. Vidare anges att det inte går att dra någon generell slutsats om huruvida välfärden blivit bättre eller sämre med konkurrensutsättning och privatisering. Den internationella forskningen ger också ofta motstridiga resultat. Det faktum att det är problematiskt att överföra erfarenheter och kunskap mellan olika hälso- och sjukvårdssystem, gör också att det är svårt att veta i vilken utsträckning slutsatser från internationell empiri kan generaliseras till svenska förhållanden.

Även om effekterna av konkurrensutsättning inte är tydliga står det helt klart att utfallet av privatisering och konkurrensutsättning påverkas av institutionella faktorer såsom egenskaper i olika hälso- och sjukvårdstjänster och dessas samspel med regleringar och

kontraktsförutsättningar. Det övergripande syftet med rapporten är att analysera hur institutionella faktorer påverkar förutsättningarna för effektiv medverkan från privata aktörer i hälso- och sjukvården. Formulerad på detta sätt är det en mycket stor fråga. Vår analys kommer därför att bestå av en serie mer avgränsade observationer kring förutsättningar för utkontraktering och empiriska erfarenheter av olika arrangemang där privata aktörer medverkar.

Hälso- och sjukvård utgör redan i dag en stor del av ekonomin, och mycket talar för att den kommer att växa framöver. Den tekniska utvecklingen är snabb både när det gäller medicinska behandlingar och nya möjligheter att använda informations- och kommunikationsteknologi för att förbättra patientnytta och för att spara resurser. Vi hoppas också att denna studie innehåller lärdomar som kan vara till stöd för navigeringen i detta föränderliga landskap.

Vi analyserar alltså inte direkt frågan om kontrakteringen med ökad privat medverkan lett till effektiviseringar av utförandet av sjukvårdstjänster, utan ansluter oss till uppfattningen att det saknas entydig evidens i den frågan (vilket till stor del beror på den stora betydelsen av institutionella faktorer). Vi berör inte heller den omfattande diskussionen om finansieringens nivå och vårdens resurser. Vårt fokus är på att identifiera organisatoriska arrangemang för bästa möjliga användning av de resurser som satsas på hälso- och sjukvården.

Medverkan från privata aktörers sida kan ske enligt två huvudprinciper. Enligt den första köper den offentlige huvudmannen tjänster av privata aktörer och tillhandahåller dem till medborgarna enligt i huvudsak samma principer som gäller för de tjänster som produceras av huvudmannen själv. Man kan här tala om *offentlig upphandling (entreprenadmodellen)* där den offentliga beställaren och finansiären köper in tjänster från privata aktörer enligt kontraktsavtalade villkor och i enlighet med reglerna för offentlig upphandling. Enligt den andra huvudprincipen får patienten själv välja mellan godkända vårdgivare (som kan vara både privata och offentliga). Detta system kallas ofta kundvalsmodellen. Denna modell innebär att patienternas val styr resursflödet till producenterna. I takt med att inslaget av valfrihetsmodeller ökar, ersätts alltså principen ”patienten följer pengarna” i allt högre grad av principen ”pengarna följer patienten”.

Vår studie utgår från ekonomisk teori om organisationer och transaktioner. I studien ingår även ett urval av fallstudier där förutsättningar och genomförande av konkurrensutsättning och utkontraktering analyseras. Fallstudierna täcker in såväl kontraktering via offentlig upphandling som kundvalsarrangemang. Kontraktering av privata utförare exemplifieras med upphandling av laboratorieverksamhet och akutsjukhus. De olika vårdvalsmodellerna inom primärvården och delar av den specialiserade öppenvården utgör exempel på privat inflytande över vårdkonsumtionen genom kundval. Vi analyserar även kontraktsformen inom den nationella taxan för privatläkare inom specialiserad öppenvård.

I vår analys kommer olika vårdtjänsters inneboende egenskaper – som vi kallar *transaktionsegenskaper* – att ställas mot kapaciteten hos tillgängliga styr- och organisationsformer, en kapacitet som bestäms av grundläggande ekonomiska drivkrafter i samspel med lagar, regleringar och informella normer. Genom det vill vi undersöka hur väl medverkan från privata aktörer kan väntas fungera i olika fall. I fallstudierna kommer dessa teoretiska förutsägelser att jämföras med konkreta erfarenheter.

En viktig utgångspunkt för vår analys är att all ekonomisk aktivitet, inte minst inom hälso- och sjukvård, inramas av regleringar kring allt från grundläggande principer för avtal och anställningar, till legitimationskrav för vårdpersonal och regler för godkännande av läkemedel. Givet dessa förutsättningar handlar huvudmannens val mellan olika organisatoriska lösningar ofta om att välja mellan:

- hög grad av marknadsstyrning kombinerad med begränsad möjlighet till uppföljning och kontroll
- mindre inslag av marknadsstyrning men högre grad av kontroll

Båda dessa fall är förknippade med dilemman rörande styrning och drivkrafter. Dessa kan i sin tur påverkas av och variera med den regleringsmässiga omgivningen och transaktionens egenskaper. Vår studie handlar i hög grad om avvägningen mellan för- och nackdelar med olika lösningar inom de ramar som ges av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet.

I mer specifika termer är de teoretiska utgångspunkterna olika bidrag inom institutionell ekonomi (vertikal integration, transakt-

ionskostnadsanalys, principal-agent etc.). Inom teorin kring transaktionskostnader och vertikal integration är Oliver Williamsons arbeten (1975; 1985) centrala. Där diskuteras förutsättningar för effektiv kontraktering, dels baserat på egenskaper hos transaktionen, dels beroende på kontraktens utformning. Viktiga egenskaper hos transaktioner är grad av osäkerhet, hur frekvent transaktionen genomförs, samt i vilken grad parterna gör transaktionsspecifika bindningar. Möjlighet till uppföljning och mätning av resultat, är också en viktig bestämningsfaktor i utformningen av ändamålsenliga kontrakt och ändamålsenlig styrning (Holmström och Milgrom, 1991). Vårt urval av litteratur och de egenskaper vi fokuserar på avspeglar våra egna bedömningar och har ingen omedelbar förlaga. Utgångspunkterna för studien ansluter dock relativt nära till diskussionen i mycket av den litteratur vi refererar till, inte minst de nyss nämnda studierna av Williamson samt Holmström och Milgrom. En liknande ansats används också i Andersson (2002).

Rapporten inleds med kapitel två som ger en bakgrund till utvecklingen av kontrakterad vård i framför allt Sverige, men även internationellt. I kapitel tre presenteras det teoretiska ramverket för studien, baserat på olika delar av ekonomisk institutionell teori. Kapitel fyra analyserar hur utkontraktering och konkurrensut-sättning utvecklats inom olika verksamheter av hälso- och sjukvården. Genomgången baseras på en rad fallstudier som belyser utkontraktering, antingen i form av upphandling eller genom kundval. Därefter följer en diskussion i kapitel fem. Slutligen drar vi sammanfattande slutsatser i kapitel sex. I rapporten ingår även ett appendix som presenterar fallstudierna.

2 Hälsa- och sjukvårdens finansiering och organisation i ett internationellt perspektiv

Hälsa- och sjukvårdssystemen i Europa har i flera jämförelser karakteriserats som antingen *skattebaserade* eller *socialförsäkringsbaserade* system, även benämnda Beveridge- respektive Bismarck-system³. Som exempel på det förstnämnda systemet brukar de skandinaviska länderna och Storbritannien nämnas, medan Frankrike, Nederländerna, Tyskland m.fl. är exempel på det senare. Denna senare grupp benämns ibland något slarvigt som ”försäkringssystem”, vilket är missvisande då finansieringen av sjukvården i dessa länder kan betraktas som offentligt finansierad. Principen är i stort sett densamma som i de skattebaserade systemen, dvs. medborgarna betalar via socialförsäkringssystemet en obligatorisk premie baserad på inkomst. Finansieringen kompletteras även med en del andra skatter. En skillnad mellan de båda systemen som ibland framhålls är att finansieringen av hälsa- och sjukvården är öronmärkt inom socialförsäkringsbaserade system.

Under de senaste 20 åren har jämförande analyser med olika fokus på finansiering och produktion i de olika sjukvårdssystemen gjorts av flera forskare och institutioner (se bl.a. Hurst, 2002). Beträffande finansieringen har en slutsats varit att utvecklingen gått mot en heltäckande offentlig finansiering som omfattar samtliga medborgare. Hur stora inslagen av patientavgifter och privata försäkringar är varierar, men officiell statistik visar att skatter och socialförsäkringspremier tillsammans utgör ca 75 procent av den

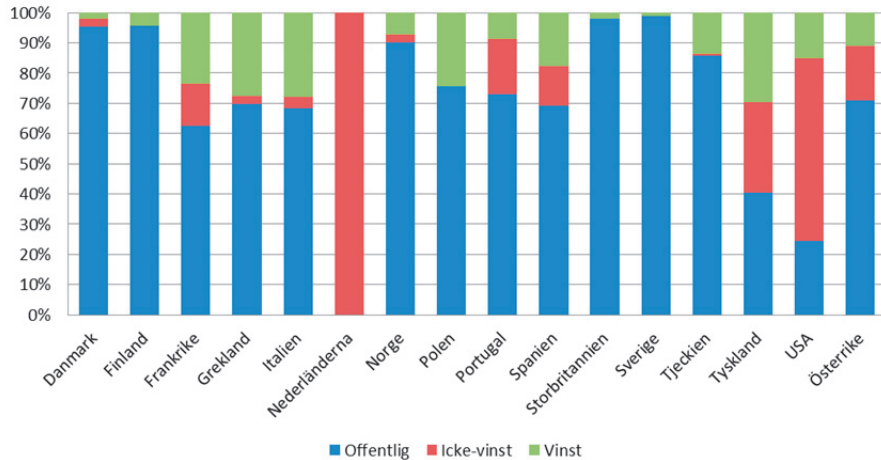
³ William Beveridge (1879–1963), brittisk ekonom och arkitekt till välfärdsystemet i Storbritannien och speciellt the National Health Service (NHS). Otto von Bismarck (1815–1898), rikskansler i Tyskland som under sin senare period lade grunden till det tyska socialförsäkringssystemet genom ett antal reformer strax före sekelskiftet.

totala finansieringen av sjukvården inom flertalet OECD-länder i Europa. Den andelen har varit stabil under de senaste 10–15 åren. Undantagen i Europa är en del länder i Öst- och Sydeuropa med makroekonomiska problem.

Skillnader främst inom vårdproduktion

Finansieringsformerna uppvisar alltså ett relativt homogent mönster inom OECD-länderna. Däremot finns stora skillnader mellan länderna vad gäller sjukvårdens produktion. En grundläggande skillnad mellan skattebaserade- och socialförsäkringsbaserade system har just varit driftsformerna för vårdproduktionen. Tyvärr är den officiella statistiken av fördelningen mellan privata vårdgivare (med eller utan vinstsyfte) och offentliga vårdgivare bristfällig. Fördelningen av vårdplatser nedbrutna per driftsform finns emellertid tillgänglig, och kan i viss mån beskriva fördelningen av sjukhusvården mellan olika driftsformer (se diagram 2.1).

Diagram 2.1 Vårdplatser efter ägandeform, år 2010



Källa: OECD Health database (2010 är senaste år med fullständig redovisning).

Av diagram 2.1 framgår ett mönster där länder med socialförsäkringssystem (Frankrike, Nederländerna, Tyskland och Österrike), samt länder med tidigare inslag av socialförsäkring (Italien,

Portugal och Spanien), har betydande inslag av privata icke-vinstdrivande sjukårdsföretag. Siffrorna för de traditionella skattebaserade systemen (Danmark, Finland, Sverige och Storbritannien) visar däremot övervägande offentlig vårdproduktion. Inslaget av privata vårdgivare är mindre än i länder med generellt socialförsäkringsbaserade system, men har ökat sedan 1990-talet, främst genom nya vinstdrivande vårdgivare. Diagrammet visar fördelningen av vårdplatser inom den totala sjukhusvården. För primärvården är den privata andelen ännu större i såväl socialförsäkringssystem som i skattebaserade system. Inom primärvården har den offentliga sektorns roll varit begränsad i flertalet länder och ett utbud av främst privata allmänläkare har varit utmärkande för sektorn. Enligt OECD:s kartläggning är det i dag bland europeiska länder endast Finland, Island, Italien, Portugal, Spanien och Sverige som har system där primärvården i huvudsak bedrivs i offentlig regi (OECD 2010).

Traditionellt har finansiering och produktion av vårdtjänster varit åtskilda i länder med socialförsäkringssystem. Privata icke-vinstdrivande vårdgivare har vanligen svarat för produktionen. Inom de skattefinansierade systemen tenderar däremot finansiering och produktion att fram till slutet av 1980-talet integreras under samma huvudman. Under 1990-talet inleddes en utveckling inom länder med offentliga skattebaserade system, främst Sverige och Storbritannien, där beställning och produktion av vårdtjänster skiljdes åt i den interna organisationen. I detta sammanhang inleddes även en process där vårdproduktionen började kontrakteras ut till privata vårdgivare. Denna privatisering av sjukvårdstjänster startade från en låg nivå, men har ökat konstant. I länder med skattefinansierade system saknas, till skillnad mot socialförsäkringssystem, ofta en tradition med icke-vinstdrivande privata sjukvårdsföretag, vilket kan tänkas förklara att de flesta nyetableringar som gjorts i dessa länder har gjorts av vinstdrivande sjukvårdsföretag. Vidare har lagstiftningen och regleringen av offentlig upphandling påverkat hur privatiseringen utformats. Detta har även avspeglats i debatten under senare år, där en diskussion har förts om hur mångfalden av vårdgivare utvecklats och påverkats av system för kontraktering och offentlig upphandling.

Den ojämna kunskapsfördelningen (s.k. informationsasymmetri) mellan producent och konsument inom sjukvården har varit ett motiv till att skydda individen från exploatering. Detta kan förklara

varför vinstdrivande sjukvårdsföretag haft en marginell roll i flertalet sjukvårdssystem. Den kanadensiske hälsoekonomen Robert Evans har vidareutvecklat analysen av ägandeformer inom hälso- och sjukvården, främst utifrån erfarenheter från Kanada men även USA. Enligt Evans (1984) hanteras sjukvårdskonsumenternas transaktioner med renodlat vinstmaximerande företag, t.ex. läkemedelsindustrin, ofta via mellanled, distributionsgrossister, apotek och förskrivande läkare. Även regleringar av inträdet till sjukvårdsmarknaden är till för att skydda konsumenten. Legitimationskrav och regler för marknadsföring av läkemedel och tjänster inom vården är ytterligare exempel på regleringar som syftar till att motverka exploatering av patienternas kunskapsunderläge.

Evans (1984) diskuterar även de olika driftsformer som finns inom hälso- och sjukvården. Utgångspunkten är uppdelningen i icke-vinstdrivande och vinstdrivande organisationer. Större delen av sjukhussektorn i Kanada och USA består av icke-vinstdrivande enheter, men det finns även en stor läkemedelsindustri vars enheter är vinstdrivande företag. En sektor som faller mellan dessa är den traditionella läkarpraktiken, som Evans menar visserligen oftast drivs som enskild firma eller motsvarande aktiebolag, men ändå inte kan likställas med t.ex. ett läkemedelsföretag. I analysen benämns denna sektor som "not-only-for-profit", vilket motiveras med att vinstmotivet delas med andra målsättningar och professionella riktlinjer, såsom läkaretiken. Enligt Evans finns empiriska bevis för att det privata läkarkollektivet accepterat en typ av självreglering, vilket minskat effekterna av konkurrens samt risken för exploatering av vårdkonsumenten. Det finns exempel där vårdgivare inom denna sektor avstått från vinst med anledning av andra målsättningar och etiska restriktioner. Att inte utföra vårdtjänster där nyttan för patienten är begränsad är ett exempel.

Under senare år har de vinstdrivande företagen ökat sin andel av den privata marknaden i såväl Nordamerika som Europa. Ett intressant exempel är östra Tyskland där de tidigare statligt ägda sjukhusen inom f.d. DDR i stor utsträckning i dag drivs av privata vinstdrivande företag. En förklaring till denna utveckling är tillgång till investeringskapital där de vinstdrivande företagen har en fördel gentemot privata icke-vinstdrivande organisationer (Rehnberg, 2007).

I flera studier har jämförelser gjorts rörande skillnader i kostnader och produktivitet mellan privata icke-vinstdrivande och vinstdrivande sjukhus. Empiri baserad på den nordamerikanska

sjukvården ger delade resultat. Devereaux m.fl. (2002) granskade i en meta-analys studier i Kanada och fann att ersättningen till icke-vinstdrivande sjukhus var signifikant lägre än till vinstdrivande sjukhus. Däremot fann Kessler och McClellan (2001) att vinstdrivande sjukhus hade lägre kostnader men likvärdiga behandlingsresultat för akuta hjärtinfarktspatienter. I viss motsättning till detta står slutsatserna från Silverman m.fl. (1999), vilka analyserade kostnaderna för den offentliga försäkringen för äldre i USA (Medicare). I sin studie fann de lägre kostnader i geografiska områden där icke-vinstdrivande sjukhus dominerade.

Det brittiska NHS har förmodligen den längsta erfarenheten av att konkurrensutsätta vårdgivare inom ett skattefinansierat sjukvårdssystem. Under de senaste 20 åren har NHS öppnat upp delar av sjukvårdsmarknaden för privata vårdgivare, vilket därmed har konkurrensutsatt offentliga enheter. Under 1990-talet infördes "interna marknader" baserade på beställar-utförar-modeller. Till skillnad från de svenska modellerna gavs primärvården här en roll som köpare av sjukhusjänster vid sidan av regionala beställare. Det innebär att de brittiska primärvårdsläkarna fick en resurstilldelning som inte bara täckte kostnaderna för deras egen verksamhet, utan även köp av vissa specialisttjänster och receptbelagda läkemedel.⁴ Propper (2012; 2013) summerar effekterna av den interna marknaden: i) lägre kostnader i konkurrensutsatta områden, ii) primärvårdsenheter som beställare av sjukhusvård är mer effektiva än större beställarorganisationer, iii) sjukhus som var utsatta för konkurrens reducerade väntetider, dock på bekostnad av icke-publicerade kvalitetsmått. Den sistnämnda slutsatsen baseras på en brittisk studie som analyserade dödligheten i hjärtinfarkt i anslutning till utskrivning från sjukhus. Resultatet visade att dödligheten var högre i områden med hårdare konkurrens mellan sjukhusen. Den negativa effekten var dock relativt liten (Propper m.fl., 2004).

Reformerna inom NHS under början av 2000-talet kom alltmer att fokusera på utkontraktering av planerad vård till privata aktörer. Samtidigt fokuserades mer på kvalitetsaspekter genom att offentlig

⁴ Systemet benämndes GP-fundholding till vilket brittiska primärvårdsläkare (General Practitioners) kunde ansluta sig frivilligt. Drygt hälften av alla GPs ingick i systemet vilket möjliggjorde jämförelser med den traditionella primärvårdsmodellen. Systemet kom senare under 1990-talet att ersättas av en modell där större s.k. Primary Care Trusts agerade som beställare av specialist- och sjukhusvård. År 2013 omvandlades dessa till en liknande organisation kallad Clinical Commissioning Groups, som består av flera GPs i ett geografiskt område som beställer stora delar av specialist- och sjukhusvård.

göra information om olika kvalitetsindikatorer. Utvärderingar visar att trots reformerna med upphandling och valfrihet varit tröga att införa, finns positiva resultatindikationer. Vårdgivare med högre kvalitet (mätt som lägre mortalitet hos patienter) och kortare väntetider har ökat sina marknadsandelar (Gaynor m.fl., 2010). Några studier indikerar även att områden med hård konkurrens bland vårdgivare, haft sjunkande dödlighet hos hjärtpatienter efter reformens införande. Det finns dock kritik mot studierna, som är behäftade med såväl metod- som dataproblem (Propper, 2012).

2.1 Utvecklingen i Sverige av privata vårdgivare inom olika vårdgrenar

Sett ur ett historiskt perspektiv har Sverige lång tradition av offentligt producerad vård. Ända sedan 1800-talet har offentliga vårdgivare utgjort grundstommen i utbudet av sjukvårdstjänster. Den privata vården har främst utgjorts av egenpraktiserande läkare och tandläkare i städerna, samt av privata sjukhem för vård av kroniskt sjuka. Inom sjukhusvården har det funnits ett begränsat antal enheter drivna av privata organisationer och stiftelser. Av dessa finns fortfarande Sophiahemmet, Carlanderska, och Ersta sjukhus kvar. Huvuddelen av sjukvårdens expansion under 1960- och 1970-talen ägde rum i landstingens regi, oavsett politisk majoritet. Denna situation gällde fram till mitten av 1980-talet och var fram till dess relativt okontroversiell (Rehnberg och Garpenby, 1995).

Inställningen till den privata öppenvården kom dock stegvis att förändras. I Stockholm och Göteborg öppnades de s.k. City-akuterna när nya regler för ersättning inom den nationella taxan för privatläkare infördes under tidigt 1980-tal. Etableringarna medförde en ny form av konkurrens till landstingens specialiserade öppenvård och fler landstingsanställda läkare utnyttjade möjligheten att öppna egna privata mottagningar vid sidan av sin anställning (s.k. fritidspraktiker). Med DAGMAR-reformen⁵ 1984 reglerades den fria anslutningen av fritidspraktiker och landstingen

⁵ DAGMAR reformen uppkallad efter namnsdag vid datumet (27 september 1984) för riksdagsbeslutet om reformen, syftade till att kontrollera kostnader för den privata specialistvården inom öppenvård och att ge landstingen kontroll över s.k. fritidspraktiker. Med reformen hanterades även delar av den statliga ersättningen till landstingen som tidigare varit prestationsbaserad, genom att den blev baserad på ett enhetligt belopp per invånare.

gavs viss etableringskontroll av den öppna specialistvården (Rehnberg och Garpenby, 1995).

Under 1990-talet genomfördes ett antal reformer där konkurrensutsättning och privatisering var centrala inslag. År 1994 infördes fri etableringsrätt för privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster samtidigt som en ny nationell taxa med höjda ersättningar infördes. Samma år öppnades genom husläkarreformen även primärvården upp för konkurrens och nya privata aktörer, så att alla invånare gavs möjlighet att välja sin allmänläkare. Lagen innebar att landstingen var skyldiga att erbjuda privata vårdgivare samma villkor beträffande ersättningssystem och listning av patienter m.m., men landstingen hade ändå stort utrymme att påverka regelverket. Reformen avskaffades redan 1994/1995 men fick konsekvenser även därefter. Flera landsting behöll nämligen delar av reformen, vilket tillät viss etablering av privata mottagningar. Möjligheterna till valfrihet för invånarna minskade dock.

Beslutet att införa fri etablering för privatpraktiserande läkare anslutna till den nationella taxan hade i praktiken större betydelse i ett etableringsperspektiv, även om också denna reform avskaffades vid regeringsskiftet 1994. Tidigare var nyetableringar endast möjliga genom s.k. ersättningsetableringar, dvs. via privatläkare som vid t.ex. pensionering valt att sälja sin praktik. Med den fria etableringen kom antalet privatpraktiserande läkare att öka kraftigt.

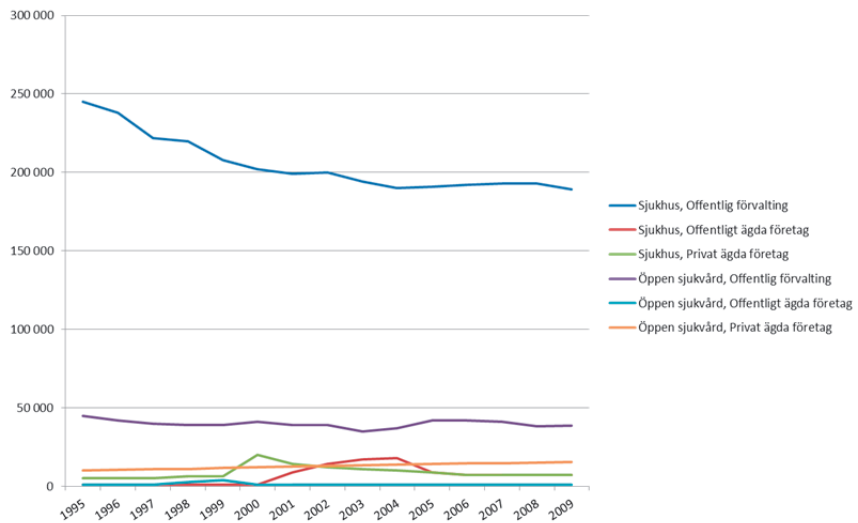
Utvecklingen inom sjukhusvården under de senaste decennierna har varit mindre dramatisk. Den offentliga dominansen bestod trots ökade privata inslag. Under 1980-talet etablerades dock ett antal privata kliniker inom den planerade kirurgin som ett svar på den offentliga vårdens långa väntetider till bl.a. ögon- och höftoperationer. Dessa vårdtjänster finansierades helt privat via patientavgifter och senare även via privata sjukvårdsförsäkringar. Under 1990-talet införde flera landsting s.k. köp-sälj-modeller som främst påverkade den interna resursfördelningen mellan offentliga vårdgivare inom landstingen. En decentraliserad beslutsrätt gav ofta vårdgivarna större möjlighet att fatta beslut om produktionsfrågor. En form av decentralisering var att bolagisera sjukhus, samtidigt som landstingen kvarstod som ägare och en viss konkurrens mellan de offentliga sjukhusen uppmuntrades (Rehnberg och Garpenby, 1995). Exempelvis bolagiserades 1993 S:t Görans sjukhus i Stockholm, följt av sjukhusen Huddinge, Danderyd samt Södersjukhuset. Andra sjukhus som bolagiserades var Ängelholm och

Simrishamn i Skåne, samt Lundby och Västra Frölunda sjukhus i Göteborg.

Fastän det privata inslaget inom specialist- och sjukhusvården ökat över tid, har den sammantagna förändringen varit begränsad då flera bolagiserade sjukhus återgått till att förvaltas av landstingen. Sammantaget kännetecknades utvecklingen mellan 1993–2006 av både införande och upphävande av stopplagar mot försäljningen av akutsjukhus, beroende på politisk majoritet. År 2007 avskaffade den dåvarande regeringen bestämmelserna om att hela sjukhus på privat entreprenad skulle drivas utan vinstsyfte. Förutom S:t Görans sjukhus som 1999 övergick till privat drift, har dock inget akutsjukhus sålts eller lagts ut på entreprenad. Däremot har ett antal sjukhusenheter och läkarhus med planerad specialistbehandling etablerats. En liknande utveckling finns inom vårdmarknaden för kroniska sjukdomar och rehabilitering.

Det ökade antalet vårdgivare i privat regi blir även tydligt vid en granskning av antalet anställda inom hälso- och sjukvården. Sammantaget ökade andelen anställda i privat regi inom sektorn från 4,5 procent år 1993 till 7,2 procent år 2000. Denna ökning förklaras av ett ökat antal privat ägda företag, samt av det faktum att antalet anställda i offentlig regi gick ner under den s.k. 90-talskrisen. I diagram 2.2 presenteras utvecklingen av antalet anställda per vårdform, för offentlig respektive privat vårdgivare.

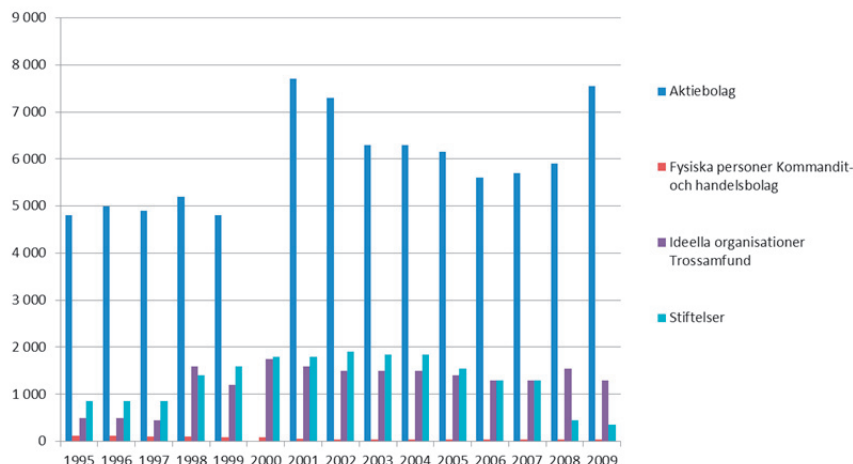
Diagram 2.2 Antal anställda inom privat och offentlig sjukvård, 1995–2009



Källa: Famna – Riksorganisationen för idéburen vård och social omsorg, 2011.

Diagram 2.2 visar en tydlig nedgång i antalet anställda vid offentliga sjukhus under 1990-talet. Detta var en följd av den ekonomiska krisen, men har också förstärkts av trender mot minskad slutenvård till förmån för vård i öppen regi, samt en allmän satsning på personal med hög kompetens. Inom den privata vården är det främst antalet anställda inom aktiebolag som ökat (se diagram 2.3), medan antalet anställda inom andra företagsformer varit relativt konstant. De icke-vinstdrivande företagen, såsom ekonomiska föreningar och stiftelser, tycks inte ha gynnats av upphandlingsförfarande eller andra former av privatiseringar av vårdverksamhet. Inom vårdvalssystem för allmänläkarverksamhet är den privata icke-vinstdrivande marknadsandelen marginell.

Diagram 2.3 Antal anställda hos privata vårdgivare, efter organisationsform, 1995–2009



Källa: Famna – Riksorganisationen för idéburen vård och social omsorg, 2011.

Avskaffandet av den s.k. stopplagen 2007 (SFS 2000:1440) fick inte någon större inverkan på utvecklingen. I stället kom valfrihet, privatiseringar och nya kontraktlösningar inom primärvården att prägla agendan, såväl bland landsting som på riksnivå. Ett antal landsting införde på eget initiativ vårdvalssystem inom primärvården. Landstinget i Halland införde en vårdvalsmodell 2007, följt av landstinget i Stockholm och Västmanland 2008, och Region Skåne och Västra Götalandsregionen under 2009. Avsikten med dessa reformer var att invånarna skulle ges tydlig information och

möjlighet att välja sin vårdcentral, samtidigt som marknaden skulle öppnas upp för nyetablering av privata vårdgivare. År 2010 drevs dessa reformer vidare, när lagstadgat fritt vårdval infördes inom primärvården i hela landet. Detta system gäller i dag. Reformen innebär att alla vårdgivare som uppfyller vissa grundkrav får etablera sig på valfri geografisk plats i länet och att det är patienternas val av mottagning som styr ersättningen till utföraren. Principen ”patienten följer pengarna” har alltså ersatts av principen ”pengarna följer patienten”. De enskilda huvudmännen har dock stor frihet att själva utforma sina egna vårdvalsmodeller när det gäller omfattning, ersättning och annan reglering (Rehnberg, 2014).

Sedan 2010 när Lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) inom primärvården infördes har det fram till oktober 2013 etablerats 251 nya primärvårdsmottagningar i Sverige. Av de som fanns före vårdvalet har 81 lagts ned. Den samlade ökningen för de återstående 170 mottagningarna motsvarar en ökning på knappt 17 procent under perioden. I tabell 2.1 presenteras förändringar i utbudet av vårdmottagningar i Sveriges landsting, uppdelat på offentliga och privata enheter.

Tabell 2.1 Totalt antal mottagningar före och efter vårdvalsreformen 2010

	Före vårdval			2013			Total förändring	
	Totalt	Offentlig	Privat	Totalt	Offentlig	Privat	Antal	%
Västra Götaland	151	118	33	208	116	92	57	37,7
Jönköping	39	33	6	52	31	21	13	33,3
Uppsala	40	24	16	49	26	23	9	22,5
Kronoberg	27	22	5	33	22	11	6	22,2
Stockholm	175	79	96	213	75	138	38	21,7
Halland	38	25	13	46	23	23	8	21,1
Södermanland	22	18	4	26	17	9	4	18,2
Västernorrland	28	23	5	32	21	11	4	14,3
Skåne	136	88	48	153	85	68	17	12,5
Kalmar	34	28	6	38	27	11	4	11,8
Gävleborg	38	29	9	42	29	13	4	10,5
Västerbotten	35	33	2	38	32	6	3	8,6
Jämtland	27	24	3	29	23	6	2	7,4
Västmanland	30	12	18	31	13	18	1	3,3
Dalarna	33	32	1	34	29	5	1	3,0
Östergötland	43	37	6	43	34	9	0	0,0
Gotland	8	6	2	8	6	2	0	0,0
Blekinge	21	15	6	21	13	8	0	0,0
Värmland	33	30	3	33	25	8	0	0,0
Örebro	30	26	4	30	26	4	0	0,0
Norrbottnen	35	33	2	34	31	3	-1	-2,9
Riket	1 023	735	288	1 193	704	489	170	16,6

Källa: Vårdanalys, 2014.

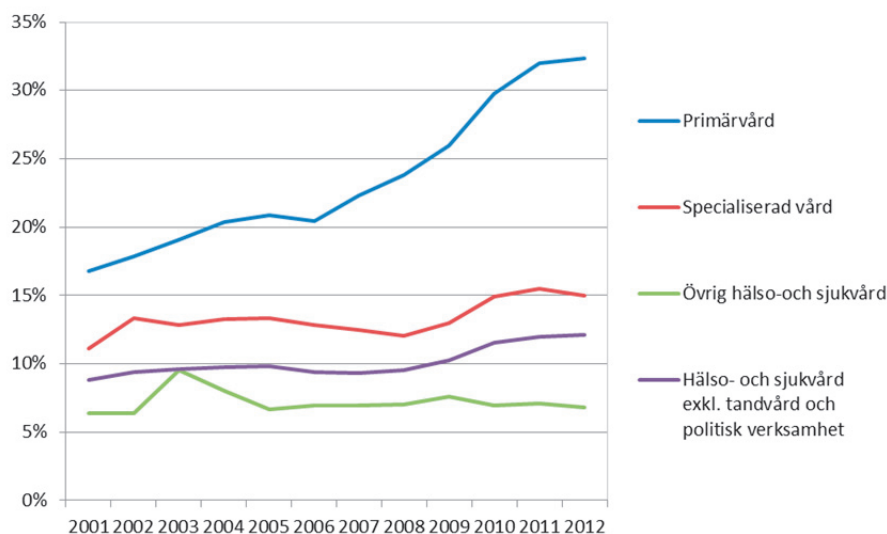
I tabellen är landstingen ordnade i fallande skala efter ökningen av antalet vårdcentraler, från tidpunkten för införandet av reformen fram till december 2013. Som framgår av tabellen utgörs nytillskotten av nya vårdcentraler uteslutande av privata enheter. Andelen nyetableringar har varit stor i storstadsregionerna, vilka också hade relativt stort inslag av privata vårdgivare sedan tidigare. Det finns emellertid även exempel på landsting där ökningen av primärvårdsutbudet varit omfattande och där inslaget av privata vårdgivare varit lågt före reformen, såsom exempelvis Jönköping. Det är främst de större landstingen samt landsting i södra Sverige som uppvisat en ökning av antalet vårdcentraler, medan flera

landsting i norra Sverige har oförändrat antal enheter. Konkurrensverket pekar på geografiska och demografiska skillnader mellan olika delar av landet som potentiell förklaring till att ökningen av antalet mottagningar inte är jämnt fördelad (Konkurrensverket, 2012a). Generellt motsvarar nyetableringarnas fördelning relativt väl befolkningstätheten i olika delar av landet.

I takt med vårdvalsreformernas införande inom primärvården har liknande modeller införts även inom den specialiserade vården. Även här har storstadsregionerna varit pådrivande, där särskilt utvecklingen inom SLL inneburit en utbyggnad av vårdvalsmodellerna inom specialistvården. Sedan 2009 har det införts 20 olika vårdvalssystem inom den specialiserade vården, främst inom olika opererande verksamheter avseende höft-, knä- och gråstarr-operationer, men även inom specialiserade öppenvårdsmottagningar för exempelvis öron-näsa-hals-området. Tio vårdval har införts i Stockholm och sex i Uppsala. Övriga vårdval har införts i Halland, Kalmar, Skåne och Östergötland. Modellerna är av olika karaktär och omfattar områden inom allt från avancerad ryggkirurgi till ljusbehandling av psoriasis. Dessutom är en rad ytterligare vårdval på gång att introduceras, främst i Stockholm och Halland (Anell 2013).

Den sammantagna ökningen av privata vårdgivare mellan 2001–2012, mätt som landstingens andel av köpt vård från privata utförare inom olika vårdgrenar, är störst inom primärvården (se diagram 2.4). En viss ökning, motsvarande ca 5 procentenheter, noteras även inom den specialiserade vården. Sammantaget har andelen köp av privata vårdgivare i relation till landstingens totala nettokostnader, ökat med 3 procentenheter under denna period.

Diagram 2.4 Landstingens andel köpt vård av privata vårdgivare i relation till nettokostnaden inom olika vårdgrenar, 2001–2012



Källa: SKL, Statistik om hälso- och sjukvård och regional utveckling, 2002–2013.

Som tidigare nämnts har den ideella, eller icke-vinstdrivande, sektorn en marginell roll som utförare av vård och omsorg i Sverige. Befintlig statistik från 2004 visar att endast ca 0,15 procent av antalet anställda inom denna sektor totalt finns i den ideella delen. Lundbäck (2012) menar att den svenska traditionen av landsting och kommuner som ansvariga för vård och omsorg, har medverkat till att tränga undan såväl vinstdrivande som ideella leverantörer. När marknaderna öppnas för konkurrens via kundval är det då främst de vinstdrivande företagen som har det kapital som krävs för att erbjuda tjänsterna, snarare än ideella organisationer.

2.2 Kort diskussion av historiska erfarenheter

De fåtal svenska studier som jämfört privat och offentlig produktion stödjer delvis internationella resultat som tyder på att offentlig produktion har generellt låg produktivitet, lägre produktivitet än privata alternativ, samt i högre utsträckning än privata alternativ använder sig av arbetsintensiva produktionsmetoder. Exempelvis visade en jämförelse mellan vuxentandvården

och den öppna läkarvården på 1980-talet, att produktiviteten var högre i den privata än i den offentliga sektorn. Detta förklarades av mer personal och större lokaler (kapital) i den offentliga verksamheten (Jönsson m.fl., 1983, Landstingsförbundet, 1985). Emellertid har viss tid passerat sedan dessa studier publicerades, vilken lämnar frågan öppen hur väl de kan generaliseras till dagens förhållanden. En viktig skillnad är exempelvis att ersättningssystem och incitamentstruktur på den tiden var olika för båda sektorerna. I viss överensstämmelse med ovan nämnda studier visade en undersökning från 1990-talet där landsting med beställar-utförare-modell hade högre produktivitet än landsting som fortsatt med traditionell anslagsfördelning (Gerdtham m.fl., 1999). Senare studier av bl.a. primärvården, där ersättningssystemen varit neutrala i förhållande till ägandeform, finner däremot inte några större skillnader i produktivitet mellan privat och offentlig verksamhet (Rehnberg m.fl., 2010, Janlöv, 2010).

Sammanställningar av studier av den ökade kommersialiseringen inom amerikansk sjukvård kan i viss mån bistå med ytterligare en bild av utvecklingen. En studie från National Academy of Sciences konstaterade att vinstdrivande sjukhus inte utförde sjukvårdsproduktion till en lägre kostnad, utan att deras bättre ekonomiska resultat snarare uppnåddes genom att generera högre intäkter. Vidare redovisades att i delstater med hög marknadsandel (30–40 procent) vinstdrivande sjukhus, behandlades en mindre andel oförsäkrade patienter. Relevansen av dessa studier för svenska förhållanden är dock begränsad av flera skäl. Framför allt står huvudsakliga finansieringskällor i kontrast till svenska förhållanden. USA har en omfattande privatförsäkringsmarknad och en allmänt mer pluralistisk finansiering. I Sverige ger det offentliga finansieringsmonopolet landsting och kommuner i princip en roll som monopsonister (ensam köpare).

Empiriskt är frågan om kvalitet vid privatiserad produktion omdiskuterad. En omfattande litteraturöversikt görs i Andersson och Jordahl (2013), med huvudslutsatsen att privat produktion faller tämligen väl ut när det finns mätbara kvalitetsfaktorer som kan preciseras väl i kontrakt. När det gäller svårämbärliga kvalitetsfaktorer är det desto svårare att definiera dessa, och därmed svårare att säkerhetsställa att de inte blir lidande.

2.3 Kapitlet i korthet

Hälsa- och sjukvården i Europa utmärks av en relativt hög andel offentlig finansiering via skatter eller obligatoriska socialförsäkringsavgifter. Detta mönster är stabilt för flertalet länder, med undantag för vissa länder i Öst- och Sydeuropa med makroekonomiska problem. När det gäller ansvaret för att producera vårdtjänster finns emellertid stora skillnader. Länder med socialförsäkringssystem har en lång tradition med privata vårdgivare i såväl vinst-drivande som icke-vinstdrivande företag. I skattebaserade system som det svenska finns en lång tradition med integrerad produktion under offentligt huvudmannaskap. Under de senaste tjugo åren har en utveckling ägt rum där offentlig vård konkurrensutsatts samtidigt som privata vårdgivare getts möjligheter till etablering på sjukvårdsmarknaden. Denna utveckling sammanfaller med införandet av s.k. köp-sälj-modeller som styrform inom landstingen. Det är främst inom primärvården, men även inom delar av den specialiserade somatiska öppenvården som den privata andelen av sjukvårdsproduktionen ökat. Utvecklingen i Sverige visar på stora geografiska variationer, men även skillnader mellan vårdformer.



3 Teoretiskt ramverk

I detta avsnitt formuleras en övergripande teoretisk ram som belyser våra fallstudier och leder till vissa slutsatser om för- och nackdelar med olika former av styrning och marknadsutnyttjande. Som vi nämnt i inledningen kommer vi i huvudsak att utnyttja väletablerad nationalekonomisk teori för transaktioner, incitament och organisationer. Vi tillämpar dessa teorier på svensk sjukvård och har dem som utgångspunkt för diskussion och analys. För att placera teorin i en kontext går vi igenom sjukvårdens särdrag, i synnerhet vad gäller olika ersättningssystem och med utgångspunkt i svenska förhållanden.

3.1 Övergripande förutsättningar för privat medverkan och marknadslösningar inom sjukvården

Förutsättningarna för tillhandahållandet av sjukvård skiljer sig från de förutsättningar som råder på många traditionella marknader. Dels är de grundläggande egenskaperna för tjänster inom hälso- och sjukvården speciella, dels är marknadens priser och kvantiteter föremål för specifika regleringar, även utöver gängse grundförutsättningar kring avtal, anställningar m.m.

För att marknadslösningar ska generera effektiva utfall i enlighet med det teoretiskt ideala fallet, måste en rad förutsättningar vara uppfyllda. Två viktiga förutsättningar är *fullständig information* och frånvaron av *externa effekter*. Det står klart att ingen av dessa är uppfylld när det gäller sjukvård. Dessa s.k. *marknadsmisslyckanden* som präglar sjukvårdsområdet medför att effektiva lösningar kräver regleringar. Regleringar brukar också försvaras utifrån rättvisekriterier (Arrow, 1963; Zweifel och Breyer, 1997). Låt oss beskriva dessa marknadsmisslyckanden ytterligare:

- *Ofullständig information.* En ideal marknadssituation bygger på att konsumenten har fullständig information om de priser och kvaliteter som erbjuds på marknaden. När det gäller sjukvård har patienten inte samma kunskap som läkaren och har därför svårt att skapa sig en uppfattning om vårdkvalitet. Dessutom är vårdkonsumtionen oregelbunden och jämförelser med andras erfarenheter kan endast ske i begränsad omfattning. En viktig insikt från ekonomisk analys är att denna typ av ofullständig information inte bara skapar osäkerhet, utan att den också kan leda till strategiska beteenden som minskar effektiviteten eller till och med omöjliggör ömsesidigt fördelaktiga transaktioner (t.ex. Akerlof, 1970). Förekomsten av asymmetrisk information mellan parterna på sjukvårdsmarknaden har stor betydelse vid utformningen av, och valet mellan, organisationsformer.
- *Externa effekter.* Externa effekter uppstår när en individs konsumtion av en vara eller tjänst även påverkar andra. Inom sjukvården förekommer främst positiva externa effekter då sjukvårdsinsatser för en individ, är positivt även för andra människors välbefinnande. Vaccination mot smittsamma sjukdomar är ett konkret exempel. Om vaccination tillhandahålls på en fri marknad finns risk för att för få vaccinationer genomförs om vissa "åker snålskjuts på andra" genom att ta del av det förbättrade kollektiva skydd som vaccination leder till utan att själva vaccinera sig. Det kan även finnas negativa externa effekter på sjukvårdsmarknaden, såsom exempelvis överanvändning av antibiotika.

Det är värt att påpeka att den osäkerhet patienten möter är avgörande för alla arrangemang på sjukvårdsmarknaden. Den tvingar fram tredjepartsfinansiering som svårligen kan hanteras av en oreglerad försäkringsmarknad dels på grund av osäkerhetens omfattning – många medicinska behandlingar är långt utanför en enskild persons ekonomiska ramar – dels på grund av att det råder ofullständig information.

Sammantaget kan sägas att argumenten för offentlig tredjepartsfinansiering är tämligen starka. Däremot har finansieringsformen och de nämnda marknadsmisslyckandena inte uppenbara konsekvenser för hur produktionen och tillhandahållandet av sjukvård bör organiseras. Innan vi går vidare till att diskutera detta ska vi beröra ett par viktiga särdrag inom sjukvårdssektorn.

Sjukvårdstjänsters särdrag

Förekomsten av tredjepartsfinansiering befriar konsumenter och producenter från det direkta finansiella ansvaret för sina beslut, och förändrar därmed de grundläggande förutsättningarna för en marknad. Oavsett om den tredje parten är en del av den offentliga sektorn eller en försäkringsgivare innebär finansieringsformen en omfördelning från friska och/eller rika, till sjuka och/eller fattiga. I Sverige finansieras sjukvården till mer än fyra femtedelar med offentliga medel. Det är alltså politikerna som har rollen som beställare på uppdrag av skattebetalarna, vilka är finansiärer. Konsekvensen av detta är att incitamenten att ta hänsyn till kostnaderna vid val av diagnos- eller behandlingsmetoder försvagas hos både patient och vårdgivare. Detta är ett klassiskt exempel på det som i ekonomisk teori benämns som *moral hazard*. Svårigheter att värdera vårdens innehåll och kvalitet gör det svårt att styra utvecklingen från politisk nivå, och därmed för finansiären att kontrollera kostnader. Incitamentproblematiken är nära sammankopplad med ersättningsstrukturen, där utformningen av ersättningen till vårdgivarna i hög grad påverkar de incitament som producenterna möter.

Olika sjukvårdstjänster har olika karaktär och olika organisatoriska lösningar kan vara mer eller mindre fördelaktiga. Ett konkret exempel som försvårar valfrihet är att patienten kan befinna sig i akut livshotande tillstånd. Naturligtvis finns inte möjlighet att då göra ett val, utan patienten är hänvisad till den geografiskt närmaste enheten. Hur komplicerad och specialiserad behandlingen är har också betydelse. Vid svåra fall såsom exempelvis brännskador och cancersjukdomar, krävs specialistkunskap och extra resurser. Dessa behandlingar kan inte erbjudas av samtliga sjukhus utan bör av effektivitetsskäl samordnas till speciella enheter. I Sverige är dessa behandlingar centraliserade till region-, läns- eller universitetssjukhusen.

Samtidigt ökar kraven på att sjukvården ska vara mer flexibel. Nya behandlingsmetoder tillkommer hela tiden, liksom nya möjligheter att utnyttja informations- och kommunikationsteknologi. Dessutom ställer patienterna allt högre krav på ökat inflytande i takt med generellt stigande kunskapsnivå och levnadsstandard. Sammantaget finns således krav på att sjukvården ska kunna anpassa sig till skilda förutsättningar. Detta talar mot en

långtgående centralisering av sjukvården, då en sådan gör det svårt att anpassa verksamheten till enskilda individer och lokala behov.

Styrningen av sjukvårdsverksamhet kompliceras av att den slutgiltiga styrningen av vårdutbudet sker på kliniknivå. Läkaren svarar för det medicinska beslutsfattandet, och har i detta stor självständighet. Sjukvården är också en verksamhet med starka professioner som präglas av tydliga etiska koder. Politiker och administratörer är beroende av läkarnas kunskap vid styrning och kontroll av verksamheten. Läkaren har även ett kunskapsövertag gentemot patienter och annan personal inom hälso- och sjukvården. I den bemärkelsen kan läkaren ses som en agent åt både patient och ledning. Denna roll är inte helt oproblematiske. Exempelvis uppfattar läkare ofta resursbrist i vården som ett hot mot den kliniska friheten och den medicinska kvaliteten (Hallin och Siverbo, 2003).

3.2 Styrning och kontraktlösningar

Med utgångspunkt i hur svensk sjukvård finansieras – och med de argument för kollektiv finansiering som vi berört – kommer kollektiv obligatorisk finansiering av sjukvården att vara vår utgångspunkt i det följande. Med detta som bas finns emellertid fortfarande ett stort antal alternativ för organisering av sjukvården. Privata aktörer kan spela olika roller, och såväl konsumtions- som produktionsbeslut kan ske under mer eller mindre marknadsliknande former.

En grundläggande byggsten för den teoretiska diskussionen är den roll som kontrakt och kontraktstyrning spelar. Vi använder termen *kontrakt* i dess vardagliga betydelse, nämligen som ett avtal som får tvingande påföljder för en part i händelse av att kontraktet bryts. Som vi kommer att beröra nedan finns inslag av kontraktsförhållanden i många relationer, men när man anlitar en oberoende part är det kontraktet som definierar relationen och dess förutsättningar på ett sätt som inte är fallet när det gäller t.ex. en anställningsrelation. Kontrakt kan dessutom sägas spela en särskild roll inom välfärdsverksamhet eftersom den offentliga huvudmannen inte har mandat att vara flexibel på samma sätt som privata aktörer i många sammanhang kan. Av detta följer termen *kontraktstyrning*. Det motiverar också att man använder kontraktstyrning

som närmast synonymt med privatisering. Denna terminologi är tämligen etablerad och leder enligt vår uppfattning mer rätt än fel.

Privatisering av produktion och konsumtion

Offentligt finansierade tjänster kan organiseras på olika sätt. En enkel schematisk bild är att man givet den offentliga finansieringen kan variera privat medverkan i produktion, och privat inflytande över konsumtion. Ett stort inslag av privat medverkan i produktionen svarar helt enkelt mot privat utförande av själva tjänsten. Ett stort inslag av privat inflytande över konsumtionen uppstår i stället genom olika former av valfrihets-/kundvalsarrangemang, där kunden väljer producent. Här ska vi försöka tydliggöra de viktigaste avvägningarna i valet mellan olika alternativ utifrån dessa två dimensioner och samtidigt ge några referenser till relevant forskningslitteratur.

Från principiella utgångspunkter kan valet mellan offentlig och privat utförande/produktion beskrivas som ett val mellan att styra verksamheten på två sätt:

- *Offentligt utförande*: verksamheten styrs på övergripande nivå enligt en förvaltningslogik där regler och normsystem spelar stor roll. De människor som utför uppgifter i verksamheten är anställda av en offentlig huvudman. Anställningsrelationen regleras av ett anställningskontrakt som innebär måttlig direkt styrning och som främst ”kodifierar” grundläggande ansvar och normer.
- *Privat utförande*: verksamheten styrs av en offentlig huvudman genom kontrakt med en eller flera privata utförare. Kontrakten på denna nivå reglerar ersättning, sanktioner m.m. under olika omständigheter. De individer som utför uppgifter i verksamheten befinner sig i allmänhet i anställningsrelation med den privata utföraren. Dessas anställningskontrakt är till sin övergripande karaktär likt det som gäller vid offentligt utförande ovan.

En viktig fråga är hur dessa två sätt att styra skapar olika drivkrafter. Frågans enkla formulering kan förleda till en tolkning att svaret är okomplicerat. I själva verket finns en hel forskningslitteratur om hur marknadstransaktioner skiljer sig från interna mellanhavanden inom en organisation och hur ”marknadsnäret”

bidrar till att skärpa incitament.⁶ Även om det är vanskligt att summera allt detta, framgår två klara slutsatser med rimlig konsensus:

- att de starka ekonomiska drivkrafter – att en sparad krona ytterst tillfaller ägarna – som en privat aktör möter, ”sipprar ner” till verksamheten och har konsekvenser för avvägningar och beslutsfattande, och
- att kontraktsstyrningen har konsekvenser för verksamheten, framför allt när det gäller att sätta fokus på mätbara indikatorer på prestation – de indikatorer som belönas i kontrakt kommer att prioriteras i det dagliga arbetet.

Det är uppenbart, och har stöd både i teoretisk och empirisk forskning, att dessa slutsatser om effekter av privatiserad produktion har såväl positiva som negativa konsekvenser. Marknadskrafter skapar drivkrafter att hålla nere kostnader och förbättra effektivitet. Samtidigt finns risk att fokus i verksamheten koncentreras till det som mäts, ibland på bekostnad av det som inte mäts. Den underliggande förutsättningen att ”man får vad man mäter” är naturlig och väl dokumenterad.⁷ Vi kommer att utveckla dessa frågor när vi diskuterar marknadens och hierarkins respektive logik nedan.

Det är inte bara i fråga om terminologi som ”privatiserad konsumtion” är mer svårtillgängligt än ”privatiserad produktion”. Trots att det är lätt att ange enskilda exempel på valfrihet eller ”kundval” i olika sammanhang, är de allmänna principerna bakom dessa arrangemang inte lika okomplicerade att definiera. Förenklat kännetecknas offentlig respektive privatiserad välfärdskonsumtion av:

- *Offentligt styrd konsumtion*. Kvantitet, kvalitet, val av leverantör m.m. bestäms genom administrativa beslut
- *Stort privat inflytande över konsumtionen*. Brukaren har inflytande över åtminstone vissa av följande aspekter: hur mycket och av vilken kvalitet som han eller hon ska konsumera, samt vem som ska tillhandahålla tjänsten

⁶ Se t.ex. Williamson (1985), Hart (1995), Acemoglu m.fl. (2008), Andersson (2011 och 2012).

⁷ Inte minst i privatiseringskritisk litteratur, se t.ex. Sclar (2000).

Det ligger nära till hands att ställa samma fråga som när det gäller privatiserad produktion, nämligen vilka drivkrafter som skapas när konsumtionsbeslutet förflyttas. I kontrast till frågan om privatiserad produktion finns här emellertid inte en sammanhållen forskningslitteratur att referera till. Det finns icke desto mindre tre fundamentala dilemman att ta hänsyn till vid valfrihetssystem:

- *Hänsyn till svårämbar eller subjektiv kvalitet.* När brukaren själv fattar beslut om konsumtion så kommer producenterna att ha drivkrafter att möta brukarens önskemål. Detta står i kontrast till offentlig upphandling där producenterna uppmuntras uppfylla den offentlige huvudmannens önskemål. Privata konsumtionsbeslut kan därigenom sägas skapa förutsättningar att fånga upp svårämbar, eller subjektivt mätbar, konsumentnytta, som svårigen kan kontraktregleras. Detta gäller både vid offentlig och privat produktion. Denna observation kommer att vara central för vår diskussion i kapitel 5.
- *Görs riktiga och informerade val?* När det gäller tjänster som vård och utbildning finns en central frågeställning huruvida brukarna har den information som krävs för att göra ett välinformerat val, eller om det snarare är marknadsföring och förenklade mediala bilder som blir avgörande för beslutet.⁸ Relaterat till denna frågeställning finns också en djupare fråga om det individuellt önskvärda är förenligt med samhälleliga målsättningar eller, annorlunda uttryckt, vilka paternalistiska överväganden som kan och bör göras.
- *Urvalsfrågor (selektion).* Valfrihet med en prislapp som sätts av finansören riskerar att skapa incitament för producenter att försöka ”välja rätt” kunder, alltså att försöka attrahera kunder som är enkla och billiga att betjäna, men stöta bort de som är svåra eller dyra.

Transaktionsegenskaper och styrning

Vi ska nu återvända till frågan om privatiserad produktion och de styrlogiker som skapas i valet mellan att genomföra produktionen inom den egna organisationen – den egna hierarkin – och att lämna ut den på en marknad. Valet för huvudmannen kan ses som ett val

⁸ Vi återkommer till denna fråga i kapitel 4.

mellan hierarkins och marknadens respektive logik. I detta stycke går vi igenom vad som kännetecknar dessa olika logiker och i vilka situationer de är mer eller mindre lämpliga. Vår utgångspunkt är den s.k. transaktionskostnadsansatsen. Samspelet mellan en varus eller tjänsts inneboende egenskaper, i det följande kallade *transaktionsegenskaper*, och kapaciteten hos tillgängliga styr- och organisationsformer avgör om transaktionen är mest lämpad att äga rum inom en organisation eller bör kontrakteras ut. Kapaciteten hos tillgängliga styr- och organisationsformer bestäms av grundläggande ekonomiska drivkrafter i samspel med lagar, regleringar och informella normer. Denna karakterisering är en smula vag men att gå till botten med detta skulle föra mycket långt och ligger långt utanför ramarna för denna rapport. Man kan också notera att vissa av dessa bestämningsfaktorer kan ändras över tid.

Med utgångspunkt i framför allt Williamson (1985; 1988) och Holmström och Milgrom (1991) fokuserar vi på följande transaktionsegenskaper:

- *Transaktionsspecificitet*. Avser i vilken utsträckning de resurser som krävs för att genomföra en transaktion är möjliga att använda i annan verksamhet, utan att deras produktionsvärde reduceras. Hög transaktionsspecificitet innebär att investeringar som görs i en transaktion inom en relation har mycket lägre värde utanför denna relation. En part som gör sådana investeringar har därigenom starkt intresse att upprätthålla kontraktsrelationen. Samtidigt har denna part incitament att minimera sådana investeringar för att minska sin egen sårbarhet. Hög transaktionsspecificitet skapar därför risk för opportunistiskt beteende i marknadsrelationer och utgör ett argument mot utkontraktering/privatisering.
- *Frekvens*. Transaktionens frekvens, alltså huruvida den är ofta eller sällan återkommande, avgör om det är ändamålsenligt att investera i anpassade styrsystem, exempelvis ambitiösa uppföljningssystem. Även om uppbyggnaden av sådana är kostsam, kan hög frekvens i transaktionen göra att kostnaderna slås ut över flera transaktioner och att investeringen därmed blir lönsam, vilket talar för utkontraktering.
- *Osäkerhet*. Fångar i vilken utsträckning det finns flera kända alternativ, om parterna i en kontraktsrelation har ofullständig

information och om det kan uppstå oförutsedda händelser under kontraktstiden. Sådan osäkerhet skapar utrymme för opportunistiskt beteende och försvårar kontraktslösningar eftersom oförutsedda händelser är svåra att hantera i kontrakt.

- *Mätbarhet.* Graden av mätbarhet och övervakningsmöjligheter påverkar utrymmet för opportunism. Ju större svårigheter och ju mer komplext det är att mäta kvantitet, kvalitet och kostnader i en transaktion, desto större är kostnaderna för att förhandla fram, skriva och övervaka kontraktslösningar. Det står också klart att det ofta råder olika mätförutsättningar inom en verksamhet. Exempelvis är det ofta lättare att mäta kostnader än kvalitet. Sådana olikheter i förutsättningar försvårar styrning. Det kan också vara så att vissa mått är manipulerbara, vilket givetvis gör att de måste användas med försiktighet.

Produktion i egen regi (hierarki) och utkontraktering (marknad) utgör här organisatoriska motpolar. Den s.k. "hybridformen" är en organisationsform som kombinerar element av både marknadslogik och hierarkins logik. Det kan innebära att det finns marknadsinslag, såsom internprissättning och interna marknader, inom en offentligt producerad verksamhet. Ett annat exempel är om två parter på en marknad har en långsiktig och ömsesidig överenskommelse i form av relationskontraktering. Den i sjukvårdssammanhang viktigaste hybridformen är interna marknader.⁹ I tabell 3.1 nedan karakteriseras marknad, hierarki och intern marknad.

⁹ Hybridformen har beskrivits i Williamson (1998) och i hälso- och sjukvårdssammanhang av Bech och Pedersen (2005).

Tabell 3.1 Karakterisering av marknadsformer

	Organisation			Tillämpningar	
	Marknad	Hierarki	Intern marknad	Kundval	Offentlig upphandling
<i>Långsiktig/ kortsiktig relation</i>	Kort- eller långsiktig men begränsad av kontraktslängd	Långsiktig (t.ex. tillsvidare- kontrakt)	Långsiktig	Oftast långsiktig	Marknads- mässig
<i>Fullständiga/ ofullständiga kontrakt</i>	Oftast fullständiga kontrakt	Ofullständiga/ relations- baserade kontrakt	Ofullständiga men tydlig kontraktering gällande vissa aspekter	Tämligen full- ständiga	Fullständiga kontrakt
<i>Styrkan i incitament</i>	I huvudsak starka	I huvudsak svaga	Tämligen starka	Tämligen starka	I huvudsak starka
<i>Budget- restriktion</i>	Hård	Mjuk	Som huvudregel mjuk	Varierar beroende på huvudmanna- skap och spelregler	Hård
<i>Styrning</i>	Priser och kontrakts- reglerade ersättningar	Intern kontroll och administrativa regler	Priser och prestations- ersättningar spelar relativt stor roll	Priser och prestationsersätt- ningar spelar relativt stor roll, men kompletteras ofta med administrativa kontroller/regler	Priser och kontrakts- reglerade ersättningar
<i>Mest relevant lagstiftning</i>	Avtalsrätt (som kan leda till domstol eller skilje- förfarande)	Intern kontroll och tillsyn, arbetsrätt	Intern kontroll och tillsyn, arbetsrätt	Avtalsrätt (som kan leda till domstol eller skiljeför- farande)	Avtalsrätt samt upphandlings- lagstiftning

Tabellen illustrerar att marknad och hierarki skiljer sig åt i ett antal avseenden. Marknadssystem kännetecknas av starka incitament och små inslag av regelstyrning, medan ett hierarkiskt system kännetecknas av regelstyrning och svaga incitament. Särskilt noterbart är att de hybridarrangemang som kännetecknar interna marknader inte är att betrakta som ett sorts mellanting mellan marknad och hierarki. Snarare utgör de en (mer eller mindre) medvetet designad kombination av element från marknadens respektive hierarkins logik.

En allmän slutsats i forskningslitteraturen är att marknadsstyrning är särskilt effektivt för tjänster som är enkla, lätta att specificera och mäta, och vilka inte kräver relationsspecifika investeringar eller tillgångar. När avtalen kräver regelbundna omförhandlingar, produktionen är svår att specificera och mäta, samt när avtalen är särskilt ofullständiga är det däremot fördelaktigt att behålla produktionen inom den egna organisationen. I detta avseende kan offentlig produktion ses som ett sätt att tillhandahålla även tjänster som präglas av osäkerhet och svårigheter att mäta utfall, eftersom dessa försvårande omständigheter kanske gjort att tjänsten aldrig producerats på en fri marknad.

I tabellens två sista kolumner anges hur man kan karakterisera kundvalsarrangemang och offentlig upphandling. Enligt denna uppdelning innebär offentlig upphandling tydliga marknadsmässiga villkor för styrningen av tjänsten. Trots att själva tjänsten utförs privat ligger dock ansvaret kvar på den offentlige huvudmannen att övervaka verksamheten och garantera dess kvalitet. Detta regleras framför allt i kontraktet, men följs också upp kontinuerligt genom kvalitetskontroller. Styrningen i kundvalssystem är svårare att karakterisera generellt. Exempelvis kan graden av långsiktighet i kontraktsrelationen variera. En viktig övergripande slutsats är dock att det finns relativt stora marknadsmässiga inslag i styrningen.

3.3 Andra faktorer som påverkar styrning

Den klassiska ansatsen vs. relationskontrakt

Enligt den klassiska ansatsen kan framgångsrik konkurrensutsättning minska förekomsten av opportunistiskt beteende och dämpa parternas möjligheter att dölja olika former av information. För att detta ska ske krävs att ett antal förutsättningar är uppfyllda. Exempel på detta kan vara precisa och detaljerat formulerade kontrakt, att utförarnas kapacitet noga utvärderas vid kontrakts-tilldelning, samt att verksamhetens resultat följs upp rigoröst. Det är även viktigt att begränsa beställarens diskretionära makt över verksamheten, att använda legala medel vid väsentliga avvikelser från kontraktet samt att ha tillgång till expertis och beställare med särskild kompetens inom det område som tjänsten innefattar (Fernandez, 2007). Särskilt vid offentlig upphandling tycks konkurrens vara en väsentlig framgångsfaktor för att nå den bästa

avvägningen mellan pris och kvalitet. Teoretiskt borde en detaljerad avtalsprocess främja effektiviteten vid konkurrensutsättning, eftersom det leder till att beställarens förväntningar blir tydliga för utföraren och också underlättar beställarens ansvarsutkrävande.

Relationskontrakt bygger på en alternativ syn på kontrakt, där grundprincipen är att det ofta pågår ett givande och ett tagande inom ramen för en kontraktsrelation. I termer av national-ekonomisk teori kan relationskontrakt förstås som en form av upprepade spel. En framgångsrik kontraktsprocess präglas enligt detta synsätt av mjuka tvistlösningsmekanismer. Framgångsfaktorerna består i att de kontrakterande parterna återkommande kommunicerar med varandra, att de arbetar gemensamt för att lösa produktionsrelaterade problem och att de bygger upp förtroende för varandra. Komplexa uppgifter i kombination med osäkerhet försvårar framtagandet av specifika, omfattande och detaljerade kontrakt. Det är därför viktigt att parterna ständigt interagerar för att göra nödvändiga justeringar av processer, resultatmål, kvantiteter och priser som inte låter sig inrymmas i det ursprungliga kontraktet. I stället för att lösa konflikter via legala medel – vilka kan förstärka konflikten, medföra förluster för båda parter samt hindra ömsesidig justering – framhålls att det är bättre att lösa potentiella konflikter via förhandlingar och medling (Macneil, 1969; Fernandez, 2007).

De regler som gäller för offentlig upphandling kan generellt sägas försvåra förekomsten av relationskontrakt. Bland annat kräver lagstiftningen att kriterier för rangordning av anbud ska vara objektiva och på förhand kända, att utvärderingen ska vara strikt regelstyrd och att "det bästa" anbudet ska väljas. På pappret innebär detta en begränsning när man står inför att göra en ny upphandling så tillvida att goda och dåliga erfarenheter från arbetet under ett löpande kontrakt inte kan beaktas. I praktiken ser det inte riktigt så ut. Bergman och Jordahl (2014) räknar upp ett antal möjligheter till flexibilitet: kvalitativa bedömningar innan kontrakt tecknas, rätt att utan särskild motivering välja att utnyttja respektive inte utnyttja förlängningsoptioner, brukarnöjdhetsundersökningar för att möjliggöra kvalitativa bedömningar under kontraktets löptid, kvalitativa utvärderingar vid avtalstidens slut, samt inköpsvolymmer som kan varieras beroende på kvalitet. Icke desto mindre kan upphandlingslagstiftningen, som ursprungligen utformats för att motverka missbruk av offentliga medel, för

många verksamheter framstå överbyråkratisk eller till och med som ett hinder för effektiva inköp.

Professionsnormer

Professionella normer är sällan ett huvudnummer i nationalekonomiska analyser. Icke desto mindre har sådana normer utan tvekan betydelse, inte minst inom läkarkåren. Trots att denna rapport skrivs utifrån nationalekonomiska utgångspunkter blir det relevant att beröra dessa aspekter. Vi har redan i allmänna termer kommenterat ämnet i avsnitt 3.1 ovan, men vill ändå här poängtera professionella normers roll för styrningen av organisationer. En effektiv styrning bör ta hänsyn till de drivkrafter som skapas av professionella normer. I litteraturen finns diskussioner om betydelsen av ”pro-social motivation” hos offentliganställda, och hur olika tjänstemannaroller bör matchas mot olika attityder till klienter.¹⁰ Allmänt sett är budskapet från denna nationalekonomiska litteratur att normer är potentiellt viktiga för parter agerande, men att de inte gör dem oemottagliga för ekonomiska incitament. Det finns också empirisk evidens för en skillnad mellan tjänstemän i offentlig respektive privat sektor (Gregg m.fl., 2011). Det är oklart vilka konsekvenser detta har för sjukvården specifikt, men det kan tänkas att professionella normers styrka och karaktär skiljer sig (via påverkans- eller urvalseffekter) mellan offentliga och privata aktörer även här. Det är angeläget att skaffa kunskap om detta och att i förekommande fall, för sjukvårdshuvudmännens del, vara medvetna om normers påverkan på verksamheten, t.ex. via den lojalitet som finns mellan läkare och patient.

Kvalitetshänsyn

En central fråga vid produktion av offentligfinansierade tjänster är frågan om värnandet av kvalitet. Teoretiskt verkar det klart att de kvalitetsaspekter som är möjliga att direkt formulera i kontrakt bör tillgodoses väl vid privat produktion, som kännetecknas av kontraktsmässig precisering och ofta någon form av prestationsersättning med avseende på sådana aspekter. Det finns motsvarande

¹⁰ Francois och Vlassopoulos (2008) respektive Prendergast (2003); den senare diskuterar hur det är lämpligt att socialarbetare vill sina klienters bästa medan trafikpolis och skatteuppbördstjänstemän inte bör vara allt för benägna att vilja det.

teoretiska argument för att kvalitetsaspekter som inte kan formuleras i kontrakt riskerar att försummas. Empiriskt är frågan om kvalitet vid privatiserad produktion omdiskuterad. En omfattande litteraturoversikt görs i Andersson och Jordahl (2013) och huvudslutsatsen där är att privat produktion faller bättre ut ju bättre kontraktsförutsättningarna är. Med kontraktsförutsättningarna menas i detta sammanhang hur lätt parterna har att ingå ett kontraktsförhållande som specificerar verksamheten och hur tydlig koppling som finns mellan utfall och belöningar respektive sanktioner. Studiens slutsatser bekräftar generellt de teoretiska prediktioner som nämndes ovan.

Teoretiska observationer finns även för marknadsanpassning av konsumtionen av offentligfinansierade tjänster. Medan upphandling i högre grad bygger på kontraktsreglerad kvalitet, och därmed är hänvisad till mätbara och kontrakterbara kvalitetsmått, möjliggör ett valfrihetssystem i större utsträckning för enskilda brukare att basera sina konsumtionsbeslut på både objektiva och subjektiva kvalitetsmått. I många fall torde alltså ett valfrihetssystem vara mer lämpligt än ett upphandlingsförfarande, i bemärkelsen att det tillåter hänsyn till ”mjukare” kvalitetsaspekter.

Urvalseffekter

Ytterligare en aspekt att ta hänsyn till vid marknadsinslag i offentligfinansierade system är frågan om urval eller selektion. Grundmekanismen är enkel – om det sätts ett fast pris på en viss tjänst eller en behandling, kommer det att finnas anledning för utföraren att försöka dra till sig kunder/patienter som är enkla att betjäna eller behandla. På motsvarande sätt finns incitament att försöka hålla svårbehandlade eller kostsamma individer borta. Dessa drivkrafter kan ta sig många och ibland subtila uttryck. Ett exempel är val av etableringsort. Geografiska områden med potentiella patienter som i genomsnitt är lättare att behandla är, allt annat lika, mer attraktiva för etablering. Sådana drivkrafter kan motarbetas med t.ex. socioekonomiskt justerade ersättningar.

Ackreditering

Ackreditering är ett samlingsnamn för mer eller mindre frivilliga arrangemang för att säkerställa kvalitet. Ett exempel är den ackreditering av laboratorier som berörs nedan. Ackreditering kan ställas upp som ett krav på de aktörer som tillåts verka på en given marknad, men det kan också vara ett konkurrensmedel. Ackrediteringen kan grundas på två olika typer av underlag. Antingen uppställs kriterier som sedan följs upp med kvalitetskontroller, eller så görs bedömningar med mer övergripande eller värderande inslag. Ackrediteringen av laboratorier är i huvudsak av det första slaget.¹¹ Vi kommer nedan att kommentera möjligheterna för ackreditering att spela en större roll utanför laborativ verksamhet, och då tänker vi oss ackreditering som involverar även värderande bedömningar. Vi kommer att använda termen auktorisation för att mer allmänt beskriva uppställande och kontroll av krav som en aktör måste uppfylla för att kvalificera sig för att delta.

3.4 Ersättningsystem och incitamentsstruktur

Ersättningsystemets utformning är en viktig del av vårdens sammantagna styrsystem. Komplexiteten i vårdtjänsten skapar möjlighet till variation utifrån många dimensioner och här ska vi försöka klargöra de viktigaste övervägandena. Ytterst vore det givetvis optimalt om ersättningen kopplades till uppnådda hälsoeffekter hos patienterna. Trots flera ansatser att belöna kvalitet finns dock stora svårigheter för en rättvis och ändamålsenlig ersättning. Det finns knappast någon enskild ersättningsform som kan anses mest fördelaktig under alla omständigheter (Barnum m.fl. 1995, Charlesworth m.fl. 2012), utan olika ersättningsformer främjar olika mål. Några exempel på målområden som relaterar till ersättningsystemets funktion är:

- God kostnadskontroll – viktigt för att säkerställa hälso- och sjukvårdssystemets långsiktiga stabilitet
- Hög produktion – viktigt för att uppnå god tillgänglighet
- Produktivitet/kostnadseffektivitet – viktigt för att få mesta möjliga vård i förhållande till insatta resurser

¹¹ Den senare typen av bedömningar bildar en viktig del basen för ackreditering av ekonomi- och handelshögskolor (via s.k. peer-review-system).

- Kvalitet – goda medicinska resultat och hög patienttillfredsställelse (avseende såväl objektiv som subjektiv kvalitet)
- En rättvis fördelning – de med störst vårdbehov ska prioriteras först vid tilldelning av vård
- God koordinering av vården – viktigt för att undvika ineffektiva behandlingar samt onödiga övervältringar mellan olika vårdgivare

Det finns flera uppenbara konflikter mellan dessa målsättningar. Exempelvis kan hög produktion gå ut över den totala kostnadskontrollen. På samma sätt kan strävan efter kostnadseffektivitet genom ersättning per prestation (vårdaktivitet) gå ut över vårdens kvalitet, eller påverka prioriteringar vid tilldelning av vård.

När man diskuterar ersättningssystem är det ibland svårt att se skogen för alla träd. Det finns dock ett par grundläggande distinktioner som kan underlätta analysen:

- *Prospektiv vs. retrospektiv ersättning.* Med prospektiv ersättning menas att ersättningen fastställs i förväg och inte baseras på utfall i termer av resultat eller exakt volym. Retrospektiv ersättning innebär å andra sidan att ersättningen fastställs i efterhand och därmed kan betingas på utfall i olika avseenden.
- *Fast vs. rörlig ersättning.* Avser distinktionen mellan ersättning som är fast i förhållande till faktiska åtgärder, respektive rörlig ersättning som anpassar sig till faktiska kostnader.
- *Kapitering vs. åtgärdsbaserad ersättning.* Både kapitering och åtgärdsbaserad ersättning innebär att ersättningen är fast i någon bemärkelse. Vid kapitering baseras ersättningen på individ men är oberoende av utförda åtgärder. Åtgärdsbaserad ersättning innebär fixering för en given behandlingsepisod (som kan vara snäv och bestå av en enskild behandling, eller vid och därmed omfatta ett längre vårdförlopp).

Utifrån dessa definitioner ska vi nu gå igenom ett antal etablerade ersättningssystem.

Fast ersättning per period

Fast ersättning per period, såsom ersättning via anslag, utgår från organisationens behov av resurser. Antingen fastställs ett övergripande ramanslag eller så ges budgetar för skilda utgiftsslag, t.ex. löner, läkemedel eller utrustning. I detta senare fall utövar finansiären en stark reglering av verksamheten, främst i syfte att hålla nere lönekostnaderna. Teoretiskt är ersättningsformen prospektiv, men den rymmer retrospektiva inslag eftersom tidigare års ersättning ofta utgör beräkningsgrund för anslagen.

En fara med sådan historisk kostnadsbaserings är att den kan bevara ineffektiva mönster i resursanvändningen eller skapa incitament att spendera medlen snabbt, då överskott kan ses som ett tecken på alltför generös resurstilldelning. Detsamma gäller om ersättningen kopplas till olika normer, som att en viss personaltäthet ska gälla för ett visst antal slutenvårdsplatser. Generellt sett ger ersättningsformen svaga incitament till såväl hög produktivitet som innovationer och kvalitetsutveckling. Samtidigt kan den dämpa incitament att välja bort resurskrävande patienter. Ersättningsformen skapar också ofta relativt god kostnadskontroll.

Retrospektiv ersättning per åtgärd ("fee-for-service")

En rörlig retrospektiv ersättning innebär att kostnaderna för en viss åtgärd i efterhand ersätts till fullo, antingen via avgifter från finansiären eller från patienter och/eller försäkringsbolag. Den största bristen består i just det faktum att alla insatser ersätts, vilket skapar svaga incitament för kostnadseffektiva behandlingar. Dessutom finns risk för att producenterna i alltför stor utsträckning stimulerar efterfrågan (s.k. "supplier-induced demand") genom att bjuda ut mer sjukvårdstjänster än vad som är medicinskt motiverat, då detta kan vara i patientens och framför allt i vårdproducentens intresse. Fördelen med ersättningsformen är att full kostnadstäckning ger svaga incitament att välja bort vissa patienter.

Prospektiv ersättning per besök, åtgärd eller produktgrupp

Prospektiv ersättning är ett sätt att komma till rätta med de svaga incitamenten för kostnadskontroll som är problemet i ovanstående

ersättningsmodeller. I detta fall utgår en i förväg bestämd ersättning till vårdgivaren (antingen för en hel patientgrupp eller per patient) för att utföra besök eller vissa behandlingar. Väsentligt är att ersättningen ligger fast i förväg och att den inte är beroende av nivån på de insatser som ges till patienten, vilket ger vårdproducenterna incitament till kostnadsminimering. Ersättningsformen anses därmed uppmuntra till god produktivitet. Svårigheter att i förväg sätta rätt relativpriser på olika åtgärder medför dock risk för att vårdgivarna fokuserar på lönsamma åtgärder eller patienter. Sätts ersättningen fel kan den leda till onödiga besök och långa vårdtillfällen.

För att minska lönsamhetsskillnader mellan olika åtgärder har man försökt skapa produktgrupper baserade på medicinskt och resursförbrukningsmässigt homogena vårdtillfällen (s.k. diagnosrelaterade grupper, DRG). Vid klassificeringen beaktas typ av sjukdom (diagnos), sjukdomens svårighetsgrad och stadium, dess komplikationer samt patientens personliga karakteristika. Genom att sedan jämföra producenternas kostnader inom olika DRG-grupper skapas ett slags produktionsmått som kan användas vid fastställandet av ersättningen. Vid denna ersättningsform klassificeras således varje patient i en DRG-grupp beroende på fastställt diagnos. Ett fast pris är sedan knutet till varje DRG-grupp. Det är viktigt att ersättningen avgörs direkt vid fastställandet av patientens diagnos och innan behandlingen påbörjats. Vid ersättning enligt DRG ges därför vårdgivarna incitament att öka vårdvolymen, men samtidigt att kontrollera kostnaderna per vårdtillfälle, exempelvis genom att minska på vårdtiderna. Det finns även problem med ersättning baserad på DRG, såsom en tendens att ställa mer allvarliga diagnoser för att få högre ersättning. Ett annat potentiellt problem är att systemet kräver regelbundna uppdateringar efter den medicinsk-teknologiska utvecklingen.

Kapitering – prospektiv ersättning per individ

Kapitering utgör en form av prospektiv ersättning som i regel baseras på antalet individer i ett geografiskt område. Vid denna ersättningsform ges vårdgivarna en i förväg bestämd ersättning, baserad på det förväntade vårdbehovet per patient i området, eller på de patienter som listat sig hos vårdgivaren. Beräkningsgrunderna för det förväntade vårdbehovet kan i sin tur vara mer eller mindre

s sofistikerade. De baseras ofta på befolkningsmängd, ålders- och könssammansättning samt andra socioekonomiska kriterier som antas påverka vårdbehovet hos befolkningen. Detta skapar viss finansiell risk för vårdproducenten, då denna inte vet exakt hur stort det faktiska vårdbehovet kommer att vara. En väsentlig skillnad vid kapitering i jämförelse med anslagsfinansiering är att ersättningen baseras på förväntat vårdbehov och inte på historiska kostnader eller olika insatsmått. Från finansiärens perspektiv uppnås full kostnadskontroll eftersom det är bestämt på förhand hur mycket ersättning som totalt ska betalas ut.

Vid kapitering ges producenterna incitament att minimera skillnaden mellan intäkter och kostnader. Detta kan leda till att de utvecklar bättre behandlingsalternativ eller lägger mer resurser på förebyggande arbete. Modellen ger dock svaga incitament att öka antalet insatser eller förbättra tillgängligheten. Dessutom finns risk för selektionseffekter eller att kostnader övervältras på andra aktörer genom att patienter vidareremitteras till mer specialiserade vårdenheter.

Episodbaserad ersättning

Episodbaserad ersättning utgörs av ett i förväg fastställt belopp, avsett att täcka kostnaderna för vissa eller alla tjänster som levereras till en patient för en hel vårdepisod. Ersättningsformen omfattar således generellt flera vårdgivare, ibland inom både öppenvård, slutenvård och rehabilitering. Förhoppningen är att främja ett mer effektivt utnyttjande av dyra vårdtjänster (t.ex. slutenvård eller akutsjukvård), genom att ersätta kostnader för hela vårdepisoden. Ökad koordinering mellan vårdgivare kan också leda till bättre vårdresultat via minskat dubbelarbete och återinläggningar. Episodersättning har beskrivits som en mellanform mellan "fee-for-service" och helt kapitationsbaserad ersättning, eftersom det uppmuntrar leverantörer att arbeta tillsammans för att leverera vård för en viss episod (Crosson och Guterman, 2009). I teorin främjar ersättningsformen långvariga och patientfokuserade vårdkontakter, vilket borde motverka en situation där patienten skickas mellan olika producenter. Ersättningsformen har även framhållits som ett sätt att ge vårdgivarna ökad autonomi och incitament att betrakta verksamheten med helhetssyn. Anell (2013) diskuterar förutsättningarna för episodbaserade ersättningar inom

olika delar av vården och menar att dessa kan sägas variera utifrån följande faktorer:

- Möjlighet att definiera start- och slutpunkt för episodens längd
- Antalet vårdgivare som berörs och betydelsen av samverkan och helhetssyn
- Möjligheterna att inom vårdepisoden följa upp vårdkontaktarna via existerande beskrivnings- och uppföljnings-system
- Graden av variation i förväntade kostnader mellan patienter och förutsättningar för riskjustering

Generellt förbättras förutsättningarna för episodbaserade ersättningar om vårdperiodens start och slutpunkt är enkla att definiera, insatsen berör få vårdgivare, episodens vårdmoment är standardiserade och om kostnadsvariationerna bland patienterna är små. Det är således enklare att tillämpa episodersättning vid avgränsade kirurgiska ingrepp än vid vård av kroniskt sjuka, t.ex. diabetespatienter, där vårdepisoden är livslång och det krävs samverkan mellan olika vårdgivare. Samtidigt är poängen med denna ersättningsform större i det senare fallet. De främsta problemen med ersättningsformen utgörs av svårigheter att hitta rätt ersättningsnivå mellan olika vårdepisoder, samt att den kan ge upphov till betydande administrativa kostnader.

Målrelaterad ersättning

Ovan beskrivna ersättningsformer utgår främst som "belöning" för åtgärder eller behandlingar, vilka endast kan sägas vara indirekt relaterade till mål om hälsoförbättringar och hög patientnöjdhet. Delvis som en följd av detta har en rad olika former av målrelaterade ersättningar införts inom vården. Av dessa är olika former av kvalitetsmål mest vanligt förekommande. Målrelaterad ersättning utgörs oftast av en i förväg fastställd bonus, som utgår i det fall förutbestämda mål uppnås.

En nackdel med denna ersättningsform kan vara att inriktning mot vissa mål indirekt ger incitament till minskad aktivitet inom andra områden där ersättning inte lämnas ut. Detta problem hänger bl.a. samman med att det är svårt att mäta och ersätta det slutgiltiga målet om ökad hälsa hos befolkningen. Följden blir att finansiären i

stället ersätter de delmål som är möjliga att mäta. Mätproblematiken medför också att den målrelaterade ersättningen oftast bara kan utgöra en liten del av den totala ersättningen. Det finns därför osäkerhet kring vilka indikatorer som ska ligga till grund för ersättningen, hur resultaten ska mätas, samt hur belöningen ska utformas och värderas för att motivera till utveckling.

Värdebaserad ersättning

Det finns även idéer för hur vårdens ersättningssystem kan utvecklas för att främja dels hälsoresultat och vårdkvalitet, dels också gynna vårdens kostnadseffektivitet. Tankegodset kan sammanfattas i begreppet värdebaserad ersättning, vilket introducerades av Michael Porter (2010). I ansatsen framhålls att ersättningar bör utformas med syfte att generera högsta möjliga värde för patienten per spenderad krona. Med värde avses hälsorelaterade utfall utifrån specifika sjukdomstillstånd. Dessa är avsedda att fånga flera dimensioner snarare än att utgöra enskilda mått. Värdet och kostnaderna ska sedan mätas samlade för de aktiviteter som avgör hälsoutfallet för patienterna. Det är därför önskvärt att gå i riktning mot att ersätta vårdproducenterna utifrån hälsomål och kvalitet – målrelaterad ersättning – men också att ersätta hela den värdeskapande vårdkedjan, snarare än olika delmoment, dvs. episodersättning. Målet är att skifta fokus från att ersätta producerad vårdvolym inom olika delmoment, till att fokusera på alla delar som skapar värde i form av hälsoutfall. Inom ansatsen betonas även betydelsen av att ersättningarna tar sin utgångspunkt i de vårdprocesser som olika sjukdomsgrupper innebär, snarare än i den befintliga hälso- och sjukvårdsorganisationen. Viktigt är också att utfall och kostnader mäts över en längre tidsperiod. Det är även väsentligt att använda en hierarki av utfallsmått och att riskjustera utfallen bl.a. beroende på patientens initiala tillstånd och riskfaktorer.

3.5 Ersättningssystem och marknadsutnyttjande

Ma (1994) analyserar fördelarna med prospektiv ersättning jämfört med full (retrospektiv) kostnadstäckning, i en situation där vårdgivaren antas ha möjlighet att agera dysfunktionellt genom att

undvika kostnadskrävande patienter. Jämförelsen tydliggör att båda ersättningsformerna har sina brister. Vid full kostnadstäckning skapas starka incitament för kvalitetsanstängningar, men ingen uppmuntran att hålla nere kostnaderna. Inte heller prospektiv ersättning tycks skapa optimala kvalitets- och kostnadsanstängningar, och kan även leda till att för många patienter remitteras vidare. Ma (1994) framhåller att en mer ändamålsenlig avvägning mellan kvalitets- och kostnadsanstängningar kan åstadkommas genom att kombinera full kostnadstäckning med prospektiv ersättning. Systemet motsvarar då en slags *ytterfallsersättning*, där kostnader över en viss nivå ersätts till fullo. För dessa relativt sällsynta s.k. ytterfall finns dock en bevisbörd på vårdgivaren att redovisa varför patienternas kostnader avviker från standardfallet.

Det är också intressant att studera hur utformningen av ersättningssystemen påverkas av att patienterna har möjlighet att välja utförare. Ellis (1998) utvecklar en modell som inkluderar val från två håll: vårdgivarna konkurrerar om patienter, men har också möjlighet att välja vem de tar emot, samt att variera intensiteten i sina patienters behandlingar. Studien finner att denna form av konkurrens kan skapa negativa effekter i system med såväl prospektiv som retrospektiv ersättning. Under full kostnadstäckning (retrospektiv) framhåller Ellis, i överensstämmelse med Ma ovan, att kvalitetssträvan prioriteras alltför högt i förhållande till ambitionen att hålla nere kostnader. Dessutom kan konkurrens om patienterna vid denna ersättningsform göra att vårdgivaren behandlar för många patienter. Vid full kostnadstäckning är det nämligen förmånligt att behandla patienter även om kostnaderna överstiger värdet av vården för patienten.

Vid prospektiv ersättning däremot minskar behandlingsintensiteten för alla patienter jämfört med situationen under full kostnadstäckning, dvs. det uppstår en situation med underbehandling. Dessutom skapas i alltför stor utsträckning incitament att attrahera lönsamma patienter, dvs. det uppstår selektion. Om den prospektiva ersättningen baseras på genomsnittskostnader för exempelvis olika DRG-grupper skapas även incitament att underbehandla patienter med svårare hälsoproblem. När det förekommer konkurrens om patienterna framhåller därför Ellis en kombination av de båda ersättningsformerna, snarare än ett system helt baserat på prospektiv ersättning eller full kostnadstäckning.

Dessa generella slutsatser gäller även primärvården specifikt. Enligt McGuire (2011) finns såväl teoretiska som empiriska argument som talar mot renodlade ersättningssystem i primärvårdssektorn, oavsett om dessa är baserade på styckersättning eller kapitering. Kapiteringsersättning ger producenterna ekonomisk grund för nödvändiga investeringar, samt incitament att attrahera och ta emot patienter. Det är dock viktigt att den kapiteringsbaserade ersättningen riskjusteras för patienternas förväntade vårdbehov. En prestationsbaserad ersättning kan här mildra vårdgivarens finansiella risk, samt ge incitament till hög produktivitet och god tillgänglighet. Återigen framhålls en blandad ersättningsform med en kombination av styckersättning (ger tendens till överproduktion) och kapitering (ger tendens till underproduktion), som ett alternativ som ger balans i incitamentsstrukturen mellan olika mål. Inom forskningen råder dock ingen konsensus kring vad som utgör den optimala mixen mellan dessa former.

Den generella slutsatsen är att det bästa tänkbara ersättningssystemet inte leder till önskvärda resultat enbart via finansiella incitament. Ett väl utformat ersättningssystem inom vården måste också kompletteras med mätning och övervakning. Ju högre kostnaderna är, desto mindre troligt är det att enbart förändringar i ersättningssystem är ett kostnadseffektivt sätt att förändra utförarnas beteende i önskvärd riktning. Beställarna bör i stället fokusera på att balansera problem med att utförarna riktar sin ansträngning mot det som explicit ersätts, men lägger mindre vikt vid andra dimensioner av vården som kan vara minst lika viktiga (Cristianson och Conrad, 2011). Sammantaget framhålls att de flesta ersättningssystem som tar fasta på kostnader och vårdutnyttjande ger effekter som är i linje med de teoretiska förväntningarna. De empiriska erfarenheterna av ersättningar som tar fasta på kvalitetsutfall är dock få i antal och omfång.

3.6 Kapitlet i korthet

I detta avsnitt har vi redogjort för de speciella förutsättningar som finns inom hälso- och sjukvård och som alltid måste tas med i beräkningen när man analyserar olika organisatoriska lösningar inom dess olika delområden. Med utgångspunkt i distinktionerna mellan privat och offentlig vårdproduktion, samt privat och offentligt kontrollerad vårdkonsumtion, har vi diskuterat styrning

och styrlogiker. Vi har gått igenom skillnader mellan marknad och hierarki. Vi har också diskuterat hur ett antal transaktionsegenskaper bestämmer lämpligheten för marknadsstyrning respektive hierarkisk styrning.

Utifrån dessa grundförutsättningar har vi diskuterat ett antal aspekter som spelar roll för ändamålsenliga arrangemang i vård-sammanhang: kvalitetshänsyn, olika former av kontrakt och upphandlingsförfarande, hur man kan förstå betydelsen av professionsnormer m.m. Avslutningsvis har vi beskrivit och diskuterat olika principer för ersättning. Här är distinktionerna mellan prospektiv respektive retrospektiv ersättning, fast respektive rörlig, samt kapiterings- respektive åtgärdsbaserad ersättning centrala. I praktiken finns exempel på många olika kombinationer i dessa dimensioner. Mycket talar för att icke-renodlade ersättningsmodeller är att föredra i många sammanhang inom hälso- och sjukvården. Detta eftersom de undviker alltför stark uppbyggnad av snedvridande incitament.

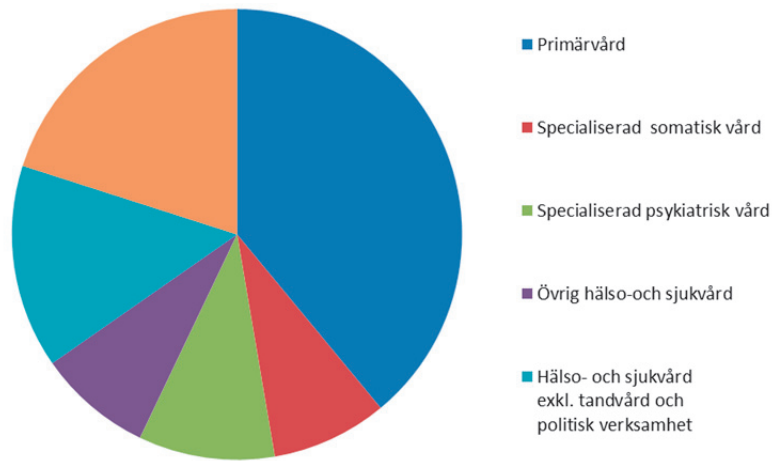
4 Utkontraktering av olika verksamheter inom hälso- och sjukvården

4.1 Utvecklingen av hälso- och sjukvårdsmarknaden

Den svenska hälso- och sjukvården har under de senaste två decennierna förändrats från en till stora delar hierarkisk organisation till en form av kvasi-marknad med flertalet olika produktionsformer och styrlogiker. Denna utveckling ser dock väsentligt olika ut i olika delar av landet. Det är främst i de stora och tätbefolkade landstingen som alternativa produktionsformer prövats. Det finns även skillnader i konkurrensutsättning mellan olika sektorer inom hälso- och sjukvården. Sammantaget innebär detta att vi inte endast kan förklara de skillnader vi ser med olikheter i transaktionsegenskaper, utan att hänsyn också måste tas till regionala förutsättningar och eventuella skillnader i synsätt mellan olika landsting och sjukvårdshuvudmän.

Enligt den statistik som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) sammanställer för samtliga sjukvårdshuvudmän, kan sjukvården avgränsas i sju övergripande delsektorer: primärvård, specialiserad somatisk respektive psykiatrisk vård, tandvård, övrig hälso- och sjukvård, läkemedelsförmån samt politisk verksamhet (se figur 4.1). År 2012 gick 53 procent av landstingens totala nettokostnader för hälso- och sjukvård (tandvård exkluderat) till specialiserad somatisk vård. 17 procent gick till primärvård och 9 procent till specialiserad psykiatrisk vård. Kostnaderna för övrig hälso- och sjukvård (bl.a. handikapp- och hjälpmedelsverksamhet samt ambulans och sjuktransporter) motsvarade 8 procent av nettokostnaderna, och kostnaderna för läkemedel inom förmånen ca 9 procent.

Figur 4.1 Nettokostnadernas fördelning per vårdsektor, år 2012



Källa: SKL, Statistik om hälso- och sjukvård och regional utveckling, 2013.

Ovanstående delsektorer kan även utgöra utgångspunkt för en diskussion om förutsättningarna för konkurrensutsättning och kontraktering av tjänster. De olika sektorerna inom hälso- och sjukvården visar i regel på betydande komplexitet och karakteriseras alla av olika egenskaper. Utifrån tidigare teoretiska ramverk analyserar vi dessa med avseende på hur vården kan organiseras och styras.

Inledningsvis kan vi konstatera att avvägningen mellan att producera vård i egen regi och via kontraktering skiljer sig åt mellan olika typer av vård. Inom svensk hälso- och sjukvård har kontraktering och privatisering varit mest vanligt förekommande inom primärvård, följt av specialistvård och sedan övrig hälso- och sjukvård.

Inom specialistvården finns sedan tidigare en lång tradition med privata specialisläkare, främst inom öppenvården. Dessa har finansierats med den nationella taxan. Användningen av just denna typ av kontraktering har minskat, men generellt har den privata öppna specialiserade vården vuxit genom ökad offentlig upphandling, samt olika vårdvalsreformer. Större enheter som akutsjukhus kontrakteras emellertid ut mer sällan. Det enda svenska exemplet i sammanhanget utgörs av avtalet mellan SLL och S:t Görans sjukhus. Under slutet av 1990-talet fanns flera lands-

tingsägda men bolagiserade sjukhus, där planer fanns på utförsäljning och privatisering. Med stopplagen förhindrades en sådan utveckling. I dag är det främst inom SLL som ett antal offentligt ägda sjukhus drivs i bolagsform (Danderyds; S:t Eriks och Södertäljes sjukhus samt Södersjukhuset). För inget av dessa finns dock planer på utförsäljning. Inom övrig hälso- och sjukvård är det främst tjänster inom laboratorieverksamheter samt administrativ verksamhet (kök, städning m.m.) som lagts ut på entreprenad. För planerade sjukvårdsbehandlingar och kroniska sjukdomar finns avtal mellan några landsting och mindre privata sjukhus/kliniker utan akutverksamhet. Även här råder dock stora regionala variationer.

Under 1990-talet hanterades huvuddelen av privat utförande inom hälso- och sjukvården genom offentlig upphandling. Undantaget var Husläkarreformen under en begränsad period på 1990-talet som byggde på principen om kundval. Sedan 2000-talet och framåt har privat utförande inom vården i allt högre grad varit kopplat till införandet av kundvalsmodeller. Dessa introducerades först inom primärvården under början på 2000-talet med syfte att möjliggöra för patienterna att välja vårdcentral. Därefter infördes ett antal vårdvalssystem inom ytterligare delar av primärvården och på senare tid även inom den specialiserade vården, och då främst inom öppna vårdformer där behandlingen inte kräver inläggning på klinik. Dessa senare reformer är initierade av enskilda landsting och inte av statlig styrning eller lagstiftning. Utvecklingen ser dock inte likadan ut för alla landsting. Det är främst SLL som nyligen har infört kundvalsmodeller inom ett antal vårdområden. Det finns även skillnader när det gäller vilka områden som valts ut för kundval (se tabell 4.1 och 4.2).

Tabell 4.1 Införda (eller annonserade) vårdvalsmodeller inom specialiserad vård per landsting fram till slutet av 2013

Område	Uppdrag	Landsting	Införande/ annonsering
Ortopediska tjänster	Höft- och knäprotesoperationer	Uppsala	2013
	Specialiserad ryggkirurgi	Stockholm	2013
	Höft- och knäprotesoperationer	Stockholm	2009
Ögonsjukvård	Specialiserad ögonsjukvård i öppenvård	Stockholm	2011
	Kataraktoperationer	Stockholm	2009
	Operation av grå starr	Region Skåne	2012
	Kataraktoperationer i öppenvård	Uppsala	2012
	Ögonbottenfotografering	Uppsala	2011
Hudsjukvård	Specialiserad hudsjukvård i öppenvård	Stockholm	2012
	Ljusbehandling för psoriasispatienter	Uppsala	2011
Öron-, näs- och halssjukvård	Specialiserad öron-näsa-hals-sjukvård i öppenvård	Stockholm	2012
Kirurgisk sjukhusvård	Obesitaskirurgi	Östergötland	2010
Specialiserad lungsjukvård	Allergologi	Stockholm	2013
Förlossningsvård	Förlossningsenheter	Stockholm	2009
Gynekologisk sjukhusvård	Specialiserad gynekologisk vård	Stockholm	2012
Gynekologisk vård eller förlossningsvård	Gynekologi	Uppsala	2013
Mentalvård på sjukhus	Psykioterapi	Uppsala	2011
Specialiserad psykiatri	Vuxenpsykiatri	Halland	2011

Källa: Konkurrensverket (2014). Valfrihetswebben.

Inom den specialiserade vården är det främst inom planerad kirurgi som vårdvalsmodellerna etablerats. Flera behandlingar inom ortopedi och ögonsjukvård omfattar relativt stora patientvolym. Det finns dock även exempel på vårdvalssystem för medicinska och psykiatriska behandlingar av icke-akut karaktär. Ungefär hälften av alla vårdvalssystem inom den specialiserade vården återfinns i Stockholm, och mer än 80 procent återfinns i Stockholm, Uppsala och Region Skåne.

Tabell 4.2 Införda (eller annonserade) vårdvalsmodeller för övrig primärvård och andra yrkeskategorier per landsting fram till slutet av 2013

Område	Uppdrag	Landsting	Införande/ annonsering
Sjukskötersketjänster	Vaccinatörer	Uppsala	2012
	Vaccination	Stockholm	2012
	Barnhälsovård	Stockholm	2012
	HPV-vaccination	Östergötland	2011
	Primär hörselrehabilitering	Uppsala	2011
Hygientjänster	Medicinsk fotvård	Jämtland	2012
	Medicinsk fotvård	Västmanland	2012
	Medicinsk fotvård för diabetiker	Uppsala	2009
	Fotsjukvård	Stockholm	2012
Tjänster av allmänpraktiserade läkare	Avancerad sjukvård i hemmet	Norrköping	2012
	Multimodal smärtbehandling	Region Skåne	2009
	Kognitiv beteendeterapi (KBT)	Region Skåne	2009
	Särskilt Läkarutlåtande (SLU)	Uppsala	2011
	Teambaserad Medicinska Utredningar	Uppsala	2010
	Avancerad sjukvård i hemmet	Stockholm	2012
Tjänster av allmänprakt. läkare/geriatrisk vård	Läkarinsatser i särskilda boenden för äldre	Stockholm	2012
Barnmorsketjänster	Barnmorskemottagning/Mödravårdcentral	Stockholm	2012
	Mödrhälsovård	Uppsala	2009
	Mödravård	Region Skåne	2011
Tjänster av allmänpraktiserade läkare/barnmorska/sjuksköterska	Barnhälsovård	Uppsala	2010
Paramedicinska tjänster	Primär hörselrehabilitering	Stockholm	2012
	Logopedverksamhet	Stockholm	2012
	Audionmottagning	Region Skåne	2009
	Utprovning/leverans peruk/hårersättning	Kalmar	2013
Sjukkymnasttjänster	Specialiserad sjukgymnastik	Stockholm	2012
Paramedicinska tjänster/sjukgym. tjänster	Primärvårdsrehabilitering	Stockholm	2012
Hälso- och sjukvård samt socialvård	Planerad specialiserad rehabilitering	Stockholm	2012
Sjukhusrehabilitering	Multimodala rehabiliteringar inom rehabgarantin	Kalmar	2013
Medicinsk bildbehandling	Obsterisk ultraljudsmottagning	Stockholm	2012
Pediatrik vård	Barnvårdcentral	Region Skåne	2009
Geriatisk vård	Specialiserad palliativ slutenvård	Stockholm	2012
Optikertjänster	Utprovning glasögon	Kalmar	2013
Psykiatrisk eller psykologisk vård	Kognitiv Beteendeterapi (KBT) inom rehabgarantin	Kalmar	2013

Källa: Konkurrensverket (2014). Valfrihetswebben.

Från tabell 4.2 framgår tydligt hur SLL, men i viss mån även landstinget i Uppsala, initierat vårdvalsmodeller för ett antal olika områden. Ytterligare vårdval är även på väg att introduceras under 2014, främst i Stockholm och Halland. Vid sidan av den vård som erbjuds vid vårdcentraler har även specifika vårdvalsmodeller införts för vissa tjänster som tillhandahålls av allmänläkare, såsom exempelvis avancerad sjukvård i hemmet. Möjlighet till vårdval har även införts för vissa sjuksköterske-, barnmorske- och paramedicinska¹² tjänster.

4.2 Metod och data: analys av delsektorer

Den empiriska delen av rapporten består av ett antal fallstudier av centrala delar av hälso- och sjukvården. Urvalet har gjorts utifrån syftet att på bred nivå studera den övergripande utvecklingen inom vården, samt för att illustrera och i informell mening testa det teoretiska ramverk som presenterats i kapitel 3. Det innebär att fallstudierna täcker in kontraktering via offentlig upphandling och vårdval. Kontraktering av privat utförande exemplifieras med upphandling av laboratorieverksamhet och akutsjukhus (S:t Görans sjukhus i Stockholm). De olika vårdvalsmodellerna inom primärvården och delar av den specialiserade öppenvården utgör i sin tur exempel på privat inflytande över konsumtionen. Som en särskild kontrakts- och ersättningsform inom den öppna specialiserade vården analyseras även den nationella taxan för privatläkare. I appendix återges en mer detaljerad genomgång av de olika vårdformernas transaktionsegenskaper, samt av hur kontrakt och ersättningar utformats inom respektive vårdområde.

Det empiriska materialet utgörs av sammanställningar av studier, statistik och regelverk, samt kontrakt och överenskommelser inom olika områden. Beträffande egenskaper hos de kontrakt som används – som mer systematiskt undersöks som kontraktsegenskaper nedan – har analysen omfattat överenskommelser om ackreditering, ersättningssystem, avtalslängd samt uppföljning. Det inkluderar även tidigare rapporter och utvärderingar genomförda av myndigheter och akademiska enheter, samt vetenskaplig litteratur. I analysen kombineras sedan

¹² Paramedicin är en del av sjukvården som arbetar med behandlingar som inte räknas som rent medicinska. Några exempel på yrkesgrupper inom paramedicinen är sjukgymnaster, arbetsterapeuter, kiropraktorer och logopedier.

ekonomisk institutionell teori med kvalitativ och deskriptiv analys av egenskaper hos marknader, tjänster och aktörer, tillsammans med en analys av vad som karakteriserar de kontrakt som slutits mellan parterna. Dessa faktorer analyseras med avseende på hur de kan påverka valet mellan produktion i egen regi och extern kontraktering. Transaktionsegenskaperna är, som diskuterats i kapitel 3, transaktionsspecificitet, frekvens, osäkerhet samt mätbarhet. I följande avsnitt diskuteras och analyseras hur införandet av kontraktslösningar och privatiseringar inom olika vårdområden påverkas av dessa egenskaper. Syftet är att analysera hur institutionella faktorer påverkar vilka regleringar och kontraktförhållanden som bidrar till effektiv medverkan från privata aktörer. Analysen utgår huvudsakligen från följande uppdelning av hälso- och sjukvårdssektorn:

Primärvård

Vårdvalsreformen i primärvården inleddes med att landstingen i Halland, Stockholm och Västmanland samt Region Skåne och Västra Götalandsregionen på eget initiativ införde vårdvalsmodeller med fri etablering för vårdgivare och valfrihet för patienterna. Under 2010 blev det obligatoriskt att införa valfrihetssystem i primärvården i hela landet. Reformen innebär att alla vårdgivare som uppfyller vissa grundkrav får etablera sig på valfri plats inom landstinget, samt att patienternas val av mottagning styr ersättningen till utföraren. Landstingen har dock stor frihet att själva utforma sina vårdvalsmodeller vad gäller principer för ersättningssystem, listning, åtaganden, kvalitetskrav m.m. Det innebär att landstingen i praktiken i stor utsträckning kan påverka möjligheterna för olika typer av vårdgivare att etablera sig.

Planerad specialiserad (öppen) vård

Med specialiserad vård avses den hälso- och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges inom primärvården. Den del av den specialiserade vården som omfattar kroppsliga besvär (somatisk vård), utgörs av: medicinsk och kirurgisk korttidsvård, rehabilitering, geriatrisk vård m.m. Verksamheten bedrivs i huvudsak vid sjukhus, men även på specialistläkarmottagningar eller vårdcentraler.

Forts. från föregående sida

Verksamheten innefattar därmed en rad olika specialiteter och besöks-/behandlingsformer. Med öppen specialiserad vård avses besök eller behandlingar där patienten inte förväntas läggas in på sjukhus (el. motsvarande). Begreppet inkluderar även operationer med hemgång samma dag, s.k. dagkirurgi. Landstingen fattar själva beslut om införande av vårdvalsreformer inom den specialiserade vården. Sedan 2009 har 20 olika vårdvalsmodeller införts i den specialiserade vården, främst inom verksamheter rörande gråstaroperationer samt höft- och knäkirurgi, men även inom specialiserade öppenvårdsmottagningar för öron-näsa-hals området etc. Ytterligare en kontraktsform inom (främst) den öppna specialiserade vården, som funnits under lång tid i svensk sjukvård, utgörs av privatpraktiserande läkare med ersättning enligt nationell taxa (s.k. taxeläkare). Kontraktsformen utmärks av dels en unik reglering av inträdet till marknaden, dels speciella principer för ersättning och avtal, där staten i stor utsträckning satt spelreglerna, men landstingen har ansvar för ekonomi och uppföljning. Den består främst av läkare, men även tandläkare och sjukgymnaster, som fram till den 1994 var anslutna till dåvarande motsvarigheten till Försäkringskassan.

Akutsjukhus

Denna form av utkontraktering är mycket sällsynt. Enda exemplet i dag utgörs av avtalet mellan SLL och S:t Görans sjukhus. Det befintliga avtalet mellan Capio AB och SLL om driften av sjukhuset löpte ut under 2012. Därefter valde SLL att upphandla driften av sjukhuset från och med 2013 och framåt. Upphandlingen genomfördes via ett urvalsförfarande, vilket innebär att anbuden bedömdes utifrån ett sammantaget utvärderingspris baserat på en viktning av anbudspris och tre kvalitetsdimensioner. Detta avtal mellan landstinget (som finansär) och sjukhuset, omfattar all verksamhet, såväl planerad som akut vård. Avtalet är komplext och kontraktstiden löper under nio år, med möjlig förlängning om fyra år. Upphandlingen och vårdavtalet avser driften av sjukhuset samt investeringar i utrustning. Däremot äger landstinget fortfarande fastigheterna där verksamheten bedrivs.

Forts. från föregående sida

Ersättningen baseras på den modell som tillämpas för samtliga akutsjukhus inom SLL med en i huvudsak rörlig (prospektiv) ersättning enligt DRG.

Laboratieverksamhet

Laboratiemedicinsk verksamhet är en sektor inom hälso- och sjukvården där utkontraktering till privata leverantörer inleddes relativt tidigt. Det råder dock stora skillnader mellan landstingen. Flertalet landsting har valt att behålla enbart offentlig produktion, medan andra kontrakterat ut främst stora laboratiespecialiteter. På den svenska marknaden för laboratiemedicin finns ett fåtal privata leverantörer vid sidan av de stora landstingsdrivna laboratorierna, vilka drivs i anslutning till universitetssjukhusen. Överenskommelser mellan landstingen och laboratorierna sker genom offentlig upphandling, medan ackreditering sker genom SWEDAC eller motsvarande kontrollorgan.

4.3 Reglering av utbud och inträde till marknaden

Olika marknader kännetecknas av skilda egenskaper och villkor, och kan därmed sägas ha olika marknadsstruktur. De speciella förutsättningar som gäller på hälso- och sjukvårdsmarknaden innebär att det finns s.k. marknadsimperfectioner (se kapitel 3). I flertalet sjukvårdssystem har man genom lagstiftning försökt korrigera för dessa. Exempel på detta är regleringar av inträdet till sektorn, processer för godkännande av läkemedel och andra produkter, samt regelbunden inspektion (med fokus på kvalitet och patientsäkerhet) av vården. Inträdet till hälso- och sjukvårdsmarknaden är i länder med skattefinansiering (t.ex. de nordiska länderna och Storbritannien) även reglerat genom att den offentliga sektorn utöver finansieringsansvaret också ansvarar för vårdproduktionen. Denna integrerade produktionsmodell växte fram under sjukvårdens expansiva period under 1960- och 1970-talen. I praktiken gavs landstingen genom detta full kontroll över privata

aktörers marknadsinträde¹³. Ett viktigt undantag har varit den öppna specialiserade läkarvården där staten reglerat tillträdet med den s.k. nationella taxan. Denna vårdform har dels unik reglering av inträdet till marknaden, dels speciella principer för ersättning och avtal. Staten har i stor utsträckning satt spelreglerna, men landstingen har ansvar för ekonomi och uppföljning. Även om landstingen i dag har finansiellt ansvar för ekonomin är deras möjligheter att säga upp eller överlåta avtal begränsad.

Inträdet till en marknad påverkas av den lagstiftning och de regler, exempelvis gällande omsättning och uppdragets omfattning, som köparen ställer upp för potentiella aktörer. Inom primärvården är uppdraget relativt begränsat och har inneburit snabb etablering av nya vårdgivare. Även inom delar av den somatiska specialistvården, såsom ögon-, knä- och höftoperationer, har nya vårdgivare snabbt kunnat etablera sig. Inom förlossningsvården är inträdet till marknaden trögare. Detta framför allt pga. krav på tillgång till akut beredskap, och det medföljande kravet på lokalisering i närheten av akutmottagning eller sjukhus. För akutsjukhusen, vilka ofta har en form av naturligt monopol, avgörs inträdet av offentlig upphandling som för S:t Görans sjukhus i Stockholm.

Upphandling av vårdtjänster omfattas både av den svenska lagstiftningen och av den parallella EU-lagstiftningen om offentlig upphandling. Syftet med reglerna är dels att säkerställa lika-behandling för anbudsgivarna, dels att ge förutsättningar för effektiv upphandling. Vid kundvalsarrangemang regleras marknadsinträdet genom olika uppställda krav vilka måste vara uppfyllda för att en vårdgivare ska få etablera sig. Etableringen ger emellertid inga garantier för försäljning av tjänster, utan vårdgivaren konkurrerar med andra auktoriserade aktörer. Detta kan uttryckas som att det vid kundvalsarrangemang uppstår *konkurrens på marknaden*, medan det vid upphandling uppstår *konkurrens om marknaden*. Övergången till vårdvalsmodeller har för landstingen varit frivillig. Dock är det sedan 2010-års lagstiftning obligatoriskt att bevilja auktoriserade vårdgivare inträde på primärvårdsmarknaden. I tabell 4.3 nedan sammanfattas inträdeskraven för olika vårdgrenar.

¹³ Vid sidan av den offentligt finansierade vården finns naturligtvis möjlighet till etablering utan landstingens godkännande. Den renodlat privata sjukvårdsmarknaden utgör i Sverige dock endast någon procent av de totala sjukvårdskostnaderna.

Tabell 4.3 Inträdesreglering för olika vårdformer

Vårdform	Statlig reglering	Upphandling	Kundval
Akutsjukhus	Stopplag t.o.m. 2006 ¹	Ja	Indirekt
Planerad specialiserad vård	Generellt inte, men för privatpraktiserande läkare med ersättning enligt nationell taxa (s.k. taxeläkare)	Förekommer, dock inte vid vårdval eller taxeläkare	Ja vid vårdval och vid taxeläkare
Primärvård	Obligatoriska valfrihetssystem enligt LOV ²	Tidigare i vissa landsting	Ja
Laboratorieverksamhet	Nej	Ja	Begränsat utrymme för kundval

¹ Lag (2000:1440) om inskränkning i landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan.

² Lag (2008:962) om Valfrihetssystem.

I primärvården är det ytterst staten som reglerar marknadsinträdet genom den lagstiftning som binder landstingen att acceptera etablering av auktoriserade primärvårdsläkare, samt genom reglering gällande den nationella taxan, vilket omfattar vissa privatpraktiserande läkare (se kap. 2). Vid den senare etableringsformen kan dock landstingen själva reglera nyetableringen genom att ställa krav på att vårdgivarna ingår samverkansavtal med landstingen. De privata vårdgivare som vill etablera sig är härmed hänvisade till olika vårdvalsmodeller inom både primär- och specialistvård. Inom den specialiserade vården kan därför landstingen neka nyetableringar om ingen vårdvalsmodell införts. För akutsjukhusens del begränsade staten fram till 2006 möjligheterna till privatisering med stopplagen (SFS 2000:1440). Med dagens lagstiftning har dock landstingen möjlighet att kontraktera ut driften av hela sjukhus.

Allmänna inträdeskrav

Landstingen ansvarar för auktorisation av utförare inom alla vårdformer, med undantag för de privatläkare och privata sjukgymnaster som omfattas av den nationella taxan. Som ensam köpare av tjänsterna sätter således landstingen villkoren för inträdet till marknaden. Dessa är dels av generell natur, dels specifika för respektive vårdområde. De generella kraven gäller vårdgivarnas ekonomiska status, samt anger riktlinjer för landstingens policy

och förordningar. De vårdspecifika kraven varierar mellan olika vårdformer, men de flesta gäller vårdgivarnas insatser, såsom krav på lokaler, utrustning, personalens kompetens m.m. Inom primärvården ställs krav på allmänmedicinsk kompetens och bemanning. Inom kirurgisk specialiserad vård, som höft- och knäoperationer, ryggkirurgi, gråstaroperationer och förlossningsvård, ställs krav på specifik utbildning och dokumenterad erfarenhet på vårdområdet. Exempelvis kan ett krav vara att man genomfört ett visst antal operationer inom området under en viss tidsperiod. Beroende på specialitet avser erfarenheten antingen enskilda läkare eller klinikens omsättning. Inom akutsjukvården ställs krav på ekonomisk stabilitet och omsättning, men även på teknisk kapacitet. Det senare innebär att vårdgivarna under de senaste fem åren ska ha utfört ett eller flera uppdrag som, vart och ett för sig eller tillsammans, omfattar minst två specialiteter i öppenvård och minst två specialiteter i slutenvård. Dessutom ställs krav på redogörelser avseende kvalitet, ledningssystem och övertagande av verksamhet. Inom laboratoriesektorn finns även ett väl utvecklat ackrediteringssystem där en oberoende granskning regelbundet äger rum för att kontrollera säkerheten och kvaliteten av laboratorieprover. Ett ackrediteringsgodkännande är en förutsättning för att de privata laboratorierna ska få kontrakt med landstingen. Med undantag av laborieverksamheten och upphandlingen av S:t Görans sjukhus, omfattar ackrediteringskraven inte i något fall dokumenterade resultat eller kvalitetsaspekter. Ackrediteringskraven inom laborieverksamheten är dock inte obligatoriska för offentligt ägda enheter.

Det finns här en väsentlig skillnad mellan ackreditering enligt vårdvalsmodeller och upphandling av tjänster. Vid ackreditering för vårdval fastställs grundläggande krav på strukturell förmåga, såsom exemplifierats ovan. Specificerade kvalitetskrav ingår dock inte, eftersom det förutsätts att kvaliteten upprätthålls och utvecklas genom marknadsmekanismerna, närmare bestämt genom patienternas val av vårdgivare. Vid upphandling ingår liknande krav på strukturell förmåga som kvalificeringskrav (s.k. skall-krav) för att en vårdgivare ska få delta i upphandlingen. Men här ingår ofta även vissa kvalitetskrav. Vid själva upphandlingen kan man dock gå längre och välja den utförare som erbjuder bäst kvalitet i förhållande till pris. I någon mån är därför kvalitetsutvecklingen mer dynamisk i vårdvalssystem. Vid offentlig upphandling sätts kvalitetsstandarderna i större utsträckning vid upphandlingstillfället.

4.4 Transaktionsegenskaper

Förutsättningarna för marknadslösningar och utkontraktering skiljer sig åt mellan verksamheter, bl.a. beroende på egenskaperna hos de aktiviteter som verksamheten omfattar. I teoriavsnittet angavs ett antal sådana transaktionsegenskaper, vilka baseras på den vetenskapliga litteraturen på området. Dessa är som nämnts i) transaktionsspecificitet, ii) frekvens, iii) osäkerhet, samt iv) mätbarhet. Nedan går vi igenom dessa egenskaper, först allmänt och därefter avseende hur pass utpräglade de är inom respektive vårdform.

Transaktionsspecificitet

Transaktionsspecificiteten avser i vilken utsträckning resurser och investeringar för en transaktion har alternativa användningsområden. Vid hög transaktionsspecificitet är beställaren och leverantören låsta vid transaktionen, eftersom resurserna har få alternativa användningar. Som redogjorts för tidigare kan detta leda till opportunistiskt beteende från bägge parter.

Inom hälso- och sjukvården finns stora variationer i transaktionsspecificitet. Exempelvis kan viss utrustning endast användas för en mindre grupp patienter eller behandlingar, medan andra teknologier har ett brett användningsområde. Ett exempel på en verksamhet med hög transaktionsspecificitet är protonterapi, som är en speciell och skonsam strålbehandling av cancersjukdomar där tumörer ligger djupt inne i kroppen. Ett annat exempel på hög transaktionsspecificitet är s.k. stötvågsbehandling (ESWL) där utrustningen endast kan användas för behandling av njursten (och i viss mån gallsten). Exempel på teknologier med låg transaktionsspecificitet utgörs av stetoskop och blodtrycksmätare som kan användas för diagnostik av många sjukdomar inom hjärt- och kärlområden, mag- och tarmsjukdomar, diabetes, m.m.

För primärvård och enklare planerad verksamhet har lokaler och utrustning ofta alternativa användningar. Även verksamhetens humankapital, i form av utbildad personal, har flera användningsområden såväl geografiskt som inom närliggande verksamheter, t.ex. företagshälsovård. Då merparten av resurserna inom primärvården och stora delar av den planerade specialistvården har alternativ användning kan vi konstatera att transaktions-

specificiteten på området är relativt låg eller måttlig. Exempelvis används standardiserad operationskapacitet för flertalet vårdvalspecialiteter med kirurgisk inriktning. Dessa har vanligtvis alternativ användning. Detsamma gäller för vissa delar av personalen, som kan medverka vid olika typer av operationer. Det är också främst inom verksamheter med låg eller måttlig specificitet som vårdtjänster utkontrakterats. Ur detta perspektiv är alltså primärvården en vårdform som är lämplig för utkontraktering. När det gäller andra delar av den specialiserade vården, exempelvis kirurger med specialistkompetens, är dock transaktionsspecificiteten högre. Detsamma gäller för akutsjukvård och laboratorieverksamheter, där specificiteten är relativt hög när det gäller utrustning och kapitalintensiv verksamhet. Vid kontraktering av dessa verksamheter hanteras transaktionen med avtal över en längre tidsperiod. Andra sätt att kompensera för hög transaktionsspecificitet är att basera avtal och överenskommelser på kontinuerlig dialog, långsiktig uppföljning och utvärdering av verksamheten. Akutsjukvård förutsätter allt detta, men ställer också krav på hög tidsmässig specificitet. Detta innebär att all kompetens och utrustning måste finnas tillgänglig dygnet runt.

Förfarandet vid upphandlingen av S:t Görans sjukhus illustrerar hur akutsjukvårdens transaktionsspecificitet påverkat både upphandling och avtalsutformning. Till att börja med motiverar både verksamhetens omfattning och komplexitet en lång avtalsperiod, vilket ger incitament till mer långsiktiga investeringar från vårdgivarens sida. Vid kortare avtalsperiod ökar risken för att investeringarna tillfaller köparen, särskilt då landstinget har rätt att återköpa bolaget till ett fastställt pris. En avtalad återköpsrätt kan också vara ett uttryck för att landstinget vill säkerställa tillräcklig kapacitet att bedriva akutsjukvård även efter avtalets upphörande. Att den fysiska byggnaden (lokalerna) ägs av landstinget kan också ses som ett sätt att säkra fortsatt drift vid utgången av vårdavtalet, samt för att mildra vårdgivarens investeringskostnader. Hyresavtalet kan därför ses som en form av riskfördelning mellan de båda parterna.

Frekvens

Transaktionens frekvens påverkar valet av kontraktsform. Återkommande transaktioner innebär låga transaktionskostnader för

kontrakt. Även om uppbyggnaden av överenskommelser och styr-system är kostsam, innebär återkommande transaktioner att kostnaderna kan slås ut över dessa. Enligt samma logik är transaktioner som förekommer mer sällan dyrare att kontraktera. Inom hälso- och sjukvården kännetecknas flertalet vårdformer av återkommande transaktioner. Exempelvis inom primärvården upp-repas kontakten mellan patient och vårdgivare ofta. Förlossnings-vård, vilket är den största DRG-gruppen inom akutsjukvården, och även gråstarr- samt höft-knäoperationer, utmärks även de av hög frekvens och stort antal patienter. Behandlingar av sällsynta diagnoser och sjukdomar som t.ex. speciella cancerformer, innebär lägre frekvens och är därmed sällan föremål för externa kontrakt.

Osäkerhet

Osäkerhet avser dels i vilken utsträckning parterna har fullständig information om transaktionen, dels risken för oförutsedda händelser under kontraktstiden. Inom medicinsk verksamhet finns alltid viss osäkerhet om såväl kostnader som utfall av en behandling. Att utveckla och upprätthålla ett kontrakt som öppnar för olika utfall och specificerar hur parterna ska agera vid dessa blir därför mycket kostsamt. Kontrakten blir därmed oundvikligen ofullständiga. Detta skapar utrymme för opportunistiskt beteende, särskilt vid förekomsten av informationsasymmetrier. En central frågeställning är dels hur denna osäkerhet varierar mellan olika vårdformer, dels hur dessa risker fördelas mellan beställare och leverantör.

Inom samtliga vårdformer finns osäkerhet om kostnadernas storlek och det medicinska utfallet. Inom primärvården finns begränsad behandlingskapacitet, vilket innebär att kostnader i relativt hög grad kan kontrolleras. Särskilt krävande behandlingar remitteras också ofta till specialistvård. Inom specialistvården är istället osäkerheten vad gäller såväl kostnader som utfall generellt sett högre. Osäkerheten skiljer sig dock emellan t.ex. planerade operationer eller behandlingar och akut vård. Osäkerheten i den akuta vården gäller såväl antalet patienter under en viss tidsperiod, som resursåtgång och utfall av behandlingar.

Kontrakteringen inom specialistvården har främst ägt rum inom vårdformer där osäkerheten är mindre. I de vårdvalsmodeller som införts har dessutom s.k. "riskpatienter" undantagits, vilket

reducerat osäkerheten ytterligare. Inom den opererande specialistvården är det patienter med stor risk för komplikationer vid operation och narkos som exkluderats. I avtalet med S:t Görans sjukhus ingår inte heller högspecialiserad vård. Inom specialistvården ställer dock beställaren i flera fall krav på att kliniker som opererar ska ta ansvar (ekonomiskt och kliniskt) för komplikationer som uppstår efter avslutad behandling och utskrivning. Kontrakten innehåller således även ett mer långsiktigt ansvar, där osäkerheten och risktagandet ligger hos vårdgivaren. Detta gäller i än större utsträckning vid kontraktering av akuta verksamheter, såsom avtalet med S:t Görans sjukhus. För laborativverksamheter har osäkerheten minskat i takt med utvecklingen mot standardiserade analyser. För vissa mindre frekvent förekommande laborativprover finns dock viss osäkerhet.

Enligt avtalet med S:t Görans har beställaren rätt att ändra åtagandet rörande volymer av vårdtillfällen inom olika specialistområden. Detta minskar beställarens osäkerhet om produktionen. För att ytterligare mildra osäkerheten och hantera oväntade förändringar under kontraktstiden innehåller avtalet även bestämmelser om ömsesidigt ansvar att informera motparten om kommande väsentliga förändringar av verksamheten.

Mätbarhet

Mätbarhet är en annan central faktor vid valet av organisationsform. Begreppet avser såväl kvalitet som kostnader och volym. Graden av mätbarhet och övervakningsmöjligheter påverkar i sin tur utrymmet för opportunist. Ju större svårigheter och mer komplext det är att mäta kvantitet, kvalitet och kostnader hos en transaktion, desto större är kostnaderna för att förhandla, skriva och övervaka kontraktslösningar. Det finns relativt klara mått för uppföljning av kvantitet av producerad vård. Även om kostnadsredovisningen inom vården har brister, finns också ofta möjligheter att följa upp resursåtgången för olika aktiviteter. Kostnaderna är relativt enkla att följa upp för de tjänster som ingår i kontrakten. Vid avtal inom akutsjukvården ställs dessutom krav på att vårdgivaren ska redovisa kostnaderna per patient (KPP), vilket möjliggör jämförelser mellan samtliga utförare av akutsjukvård i Stockholm. Däremot kan det vara svårt att bedöma kostnader som uppträder på längre sikt, exempelvis när oväntade komplikationer

förlänger vården, eller när kostnader "övervältras" på vårdgivare utanför kontraktet.

Förutsättningarna för att bedöma och mäta kvalitet varierar betydligt mellan olika vårdformer. Viss vård har klara kriterier beträffande resultat, och uppvisar en tydlig relation mellan insatta resurser och kvalitet. Inom primärvården, med dess stora bredd av sjukdomar och hälsoproblem, finns däremot betydande svårigheter att bedöma kvalitetsutfall av insatta åtgärder. Några kliniska mått för primärvårdens övergripande uppdrag existerar inte. Däremot finns t.ex. mått om blodsockervården inom diabetesvård som sköts av primärvården. De mest använda kvalitetskriterierna inom primärvården är annars information från patienternas subjektiva bedömningar, samt information om tillgänglighet och väntetider på vårdcentraler. Generellt har indikatorerna och måtten inom primärvården ofta omfattat processer, dvs. vilka åtgärder och metoder som används, snarare än den slutliga patientnyttan. Ett exempel på uppföljning av processer är i vilken utsträckning läkemedelsanvändningen i vården följer de riktlinjer som landstingen satt upp. Beroende på vilka mått som används skapas olika drivkrafter. Fördelen med resultatmått är att de kan främja innovationer som förbättrar den slutliga patientnyttan. Processmått tar i stället fasta på befintlig kunskap kring de insatser som främjar god vård. Visserligen finns ett klarlagt samband mellan god följsamhet till processmål och slutgiltiga hälsoeffekter hos patienten. Icke desto mindre innebär avsaknaden av kliniska kvalitetsindikatorer inom primärvården problem för utformningen av ändamålsenliga kontraktslösningar.

Mätbarheten inom den somatiska specialistvården är i det avseendet bättre. Här finns ofta sjukdomsspecifika kvalitetskriterier, såsom kriterier för patientens överlevnad, funktionsförmåga och hälsorelaterade livskvalitet. Dessa följs vanligtvis via nationella kvalitetsregister (se avsnitt 4.5). Dock saknas ackrediteringssystem för såväl processer som utfall av behandlingar. Den enda vårdform med utvecklat och tillämpat ackrediteringssystem avseende kvalitet är laboratorieverksamheterna. Här är ackreditering baserad på mätningar och kontroll av kvalitet en förutsättning för att få kontrakt. Ackrediteringsprocessen innebär även att ett oberoende ackrediteringsinstitut genomför regelbundna slumpmässiga kvalitetskontroller av verksamheten.

4.5 Information om vårdkvalitet inom olika vårdformer

En översikt av förutsättningarna för mätbarhet inom olika delar av hälso- och sjukvården kan fås genom att studera de kvalitetsindikatorer som presenteras i projektet Öppna jämförelser. Projektet är ett samarbete mellan SKL, Socialstyrelsen och flertalet nationella kvalitetsregister. Sedan 2006 har ett antal kvalitetsindikatorer presenterats, främst på landstings- men även sjukhusnivå. Syftet är att etablera jämförelser för förbättringsarbete och kunskapsstyrning. Data från Öppna jämförelser ger även möjlighet att studera kvalitetsvariationer mellan landstingen, samt hur dessa utvecklats över tid. Detta ger även en uppfattning om osäkerheten i olika vårdformer, samt förutsättningarna att hantera kvalitet i kontrakt och överenskommelser. Variationerna i kvalitet är olika för olika typer av sjukdomar, diagnoser och vårdformer. I tabell 4.4 presenteras de kvalitetsindikatorer som följts upp under 2006–2012, samt mått på hur resultaten varierar mellan landstingen. Kvalitetsindikatorerna är uppdelade på akut vård, vård av kroniska sjukdomar, planerad vård samt primärvård.

Tabell 4.4 Kvalitetsindikatorer inom Öppna Jämförelser, 2006–2012

Diagnosgrupp/sjukdom och huvudsaklig vårdform	Tidsperiod 2006–2012 (i vissa fall kortare tidsperioder)	Process-mått	Resultat-mått	Variationer i resultat (=osäkerhet)	Andel utkontrakterad vård (vårdval/off. upphandling)
Akut specialiserad vård					
Hjärtsjuk	28-dagars dödlighet efter hjärtinfarkt bland sjukhusvårdade		X	9%	2,5%
	Kranskärlsröntgen vid instabil kranskärlssjukdom	X		7%	
Stroke	28-dagars dödlighet bland sjukhusvårdade efter stroke		X	10%	5,2%
	Strokepatienter med trombolytisk behandling, andel (%)	X		38%	
	Strokepatienter som vårdats på strokeenhet, andel (%)	X		8%	
Höftfraktur	Patienter som är åter till ursprungligt boende 4 månader efter operation av höftfraktur		X	5%	6,6%
	Väntetid till operation efter ankomst till sjukhus vid höftfraktur	X		22%	
Intensivvård	Dödlighet efter vård på intensivvårdsavdelning (IVA)		X	12%	NA
	Återinläggning på intensivvårdsavdelning (IVA), andel (%)	X		25%	
Vård av kroniska sjukdomar					
Diabetes	Patienter med diabetes i primärvård som når mål för blodtryck		X	17%	Öppen vård: 4,6% Sluten vård 2,3%
	Patienter med typ 1 diabetes som når mål för blodsockervärde		X	19%	
	Relativ risk för död vid behandling med dialys eller njurtransplantation		X	11%	

Forts. tabell 4.4 Kvalitetsindikatorer inom Öppna Jämförelser, 2006–2012

Diagnosgrupp/sjukdom och huvudsaklig vårdform	Tidsperiod 2006–2012 (i vissa fall kortare tidsperioder)	Process-mått	Resultat-mått	Variationer i resultat (=osäkerhet)	Andel utkontrakterad vård (vårdval/off. upphandling)
Vård av kroniska sjukdomar					
Cancer – specialiserad planerad vård	5-årsöverlevnad bröstcancer		X	2%	
	5-årsöverlevnad tjocktarmscancer		X	4%	
	5-årsöverlevnad ändtarmscancer		X	7%	
	1-årsöverlevnad för patienter som diagnostiserats med lungcancer		X	10%	6,9%
	Kvinnor med bröstcancer som opereras inom 30 dagar på grund av komplikation		X	78%	
	Kvinnor med bröstcancer som opereras på grund av tumör		X	40%	
Planerad specialiserad vård					
Höftprotes	Implantat vid höftledsplastik som överlever 10 år		X	2%	10,3%
	Omoperationer inom 2 år efter höftledsplastik		X	9%	
Knäprotes	Knäproteser som inte opereras inom 10 år		X	2%	NA
	Syn under 0,5 på bästa ögat efter kataraktoperation		X	17%	11,7%
Gråstarr	Patienter med förbättrad självskattad synfunktion 3 månader efter gråstaroperation		X	3%	
	Döda inom 28 dygn, antal/1000 levande födda		X	25%	
	Födda med låg Apgar-poäng vid 5 minuter		X	18%	3,7%
Förlossning	Bristning III och IV vid vaginal förlossning		X	23%	

Forts. tabell 4.4 Kvalitetsindikatorer inom Öppna Jämförelser, 2006–2012

Diagnosgrupp/sjukdom och huvudsaklig vårdform	Tidsperiod 2006–2012 (i vissa fall kortare tidsperioder)	Processmätt	Resultatmätt	Variationer i resultat (=osäkerhet)	Andel utkontrakterad vård (vårdval/off. upphandling)
Planerad specialiserad vård					
Gynekologi	Kvinnor utan komplikationer och oväntade besvär efter borttagande av livmoder		X	10%	22%
	Kvinnor som uppger att de är nöjda eller mycket nöjda med operationsresultatet efter borttagande av livmoder		X	3%	
Primärvård					
Allmänläkarvård	Patientupplevd kvalitet avseende bemötande i primärvård		X	2%	Ca 30%
	Patientupplevd kvalitet avseende delaktighet i primärvård		X	3%	
	Patientupplevd kvalitet avseende information i primärvård		X	3%	
	Patienter som anser att det är lätt att få telefonkontakt med vårdcentral (motsv.)	X	X	13%	
	Patienter som erbjuds läkarbesök i primärvården inom 7 dagar	X	X	5%	
	Patientupplevd kvalitet avseende tillgänglighet i primärvård	X	X	3%	
Graviditet/mödravård	Kvinnor som röker eller snusar vid 30–32 veckors graviditet		X	21%	NA
	Kvinnor som screenats för riskbruk av alkohol under graviditet		X	29%	

Källa: SKL, Öppna jämförelser 2006–2012, www.skl.se

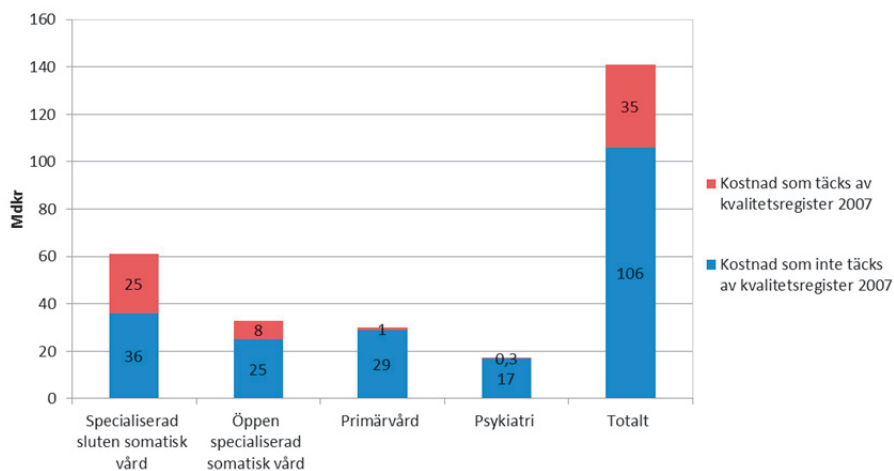
Tabell 4.4 visar dels inom vilka områden där mätbara kvalitetsindikatorer funnits etablerade under en längre tid, dels hur de regionala variationerna ser ut. Som framgår av tabellen är det inte direkt enkelt att utläsa inom vilka områden som osäkerheten är störst. Det är dock uppenbart att variationen i mortalitetsmått är lägre än variationerna i t.ex. patientnöjdhet och väntetider. Kvalitetsindikatorerna för några vårdvalsformer, såsom primärvård och planerade operationer av knä och höft, uppvisar dock små variationer, vilket indikerar låg osäkerhet.

Mätbarhet och kvalitetsregister

Ytterligare perspektiv på mätbarheten inom skilda vårdområden ges genom att kartlägga förekomsten av kvalitetsregister inom olika medicinska specialiteter. De svenska kvalitetsregistren visar i detta avseende förutsättningarna att mäta och följa upp hälso- och sjukvårdens resultat. Utvecklingen av kvalitetsregistren startade 1975 med ett register för knäproteser och ytterligare ett 1979 för höftproteser. Fler register har sedan tillkommit successivt, särskilt från 1990 och framåt då staten och landstingen började ge finansiellt stöd för att främja detta. År 2003 fanns 42 nationella kvalitetsregister, vilket kan jämföras mot dagens ca 100 nationella register. Flertalet register har i dag hög täckningsgrad, är väl använda i verksamheterna och utgör en viktig källa för forskning och utvecklingsarbete. Inom andra vårdområden är dock förutsättningarna väsentligt sämre. Det saknas exempelvis helt register på vissa områden och för vissa patientgrupper. Det finns också brister i täckningsgrad och hur stor del av vårdkedjan som fångas. Dessutom registreras inte patienternas egna bedömningar i alla register (Rosen, 2010, Vårdanalys, 2013a).

I diagram 4.1 redovisas hur stor andel av nettokostnaderna inom olika delar av hälso- och sjukvården som omfattas av kvalitetsregister. Under 2007 täckte kvalitetsregistren uppskattningsvis 25 procent av landstingens totala hälso- och sjukvårdskostnader och ungefär 41 procent av kostnaden för den somatiska slutenvården. För primärvård och psykiatri täcks en väsentligt lägre andel.

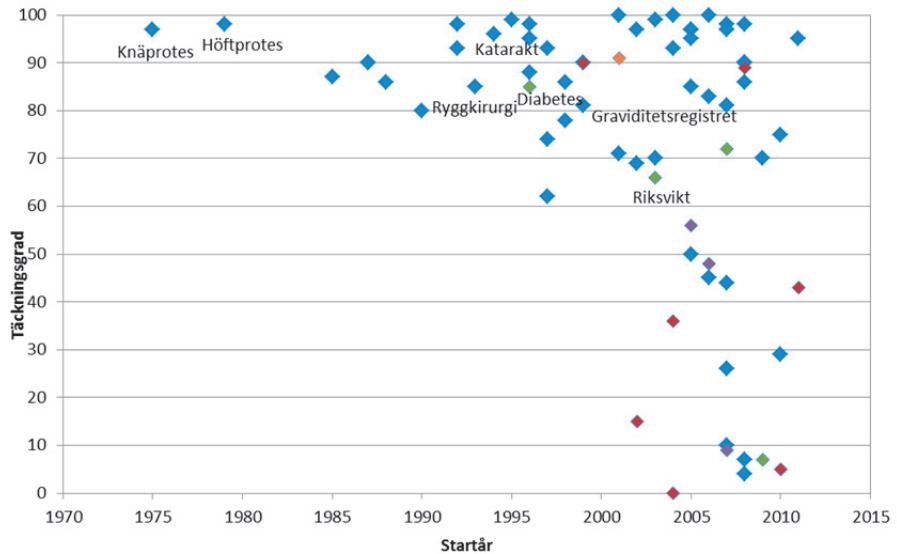
Diagram 4.1 Sjukvårdskostnader som täcks av kvalitetsregister



Källa: Boston Consulting Group 2009.

Skillnader i täckningsgrad (se diagram 4.2) mellan registren förklaras till stor del av olika startår. Flertalet av dessa register avser uppföljning av sjukdomstillstånd inom den planerade specialiserade vården, inklusive de fallstudier av vårdval som analyseras i denna studie. Det saknas dock ett heltäckande kvalitetsregister för primärvården. I dagsläget existerar heller inget hälsodataregister som täcker primärvård. Inom primärvården används i viss utsträckning olika sjukdomsspecifika register såsom Nationella diabetesregistret (NDR) och Riksvikt, men dessas täckningsgrad är ofta låg. Inom psykiatri och äldrevården har det under senare tid initierats satsningar att etablera register som uppföljnings- och utvecklingsverktyg.

Diagram 4.2 Relation mellan startår och täckningsgrad för nationella kvalitetsregister.



Not: Blå: Planerade somatiska specialiteter. Röd: Psykiatri. Grön: Tillämplbart inom primärvård. Orange: Intensivvård. Lila: övrigt.

Källa: SKL 2013.

I en utvärdering av hur väl de olika registren kan sägas ligga till grund för systematiskt kvalitetsarbete inom vården, framhålls att förutsättningarna generellt sett är bättre för diagnoser, åtgärder eller tillstånd med i högre grad homogena patientpopulationer och tydliga vårdprocesser. Förutsättningarna är också bättre där det finns enighet inom professionen kring utfallsvariabler samt hur dessa ska mätas. Förutsättningarna är sämre vid diagnoser som täcker stora och heterogena patientgrupper, särskilt om de i stor utsträckning hanteras inom primärvården. Det finns även problem för kroniska sjukdomar och diagnoser där vårdprocesser, behandlingsalternativ eller utfallsvariabler är svårdefinierade (Vårdanalys, 2013a).

4.6 Skillnader i andelen utkontrakterad vård mellan vårdformer och landsting

Utmärkande är även att andelen privat produktion skiljer sig mellan olika vårdområden, samt att det finns stora regionala variationer. Andelen sjukvård som utförs av privata aktörer på landstingsnivå, mätt som andel av omsättningen inom olika vårdområden, har presenterats ovan. I tabell 4.5 nedan anges ett alternativt mått på omfattningen av privat vårdproduktion; hur stor andel av alla vårdepisoder för olika behandlingar som utförs vid privata enheter. I tabellen visas genomsnittligt värde samt andelen för de landsting som har minst respektive störst privat produktion.

Tabell 4.5 Andel av vårdepisoder vid privata vårdenheter (per diagnos-/sjukdomsgrupp), 2008.

Diagnosgrupp/sjukdom och huvudsaklig vårdform	Max	Min	Medelvärde
Akut specialiserad vård			
– Hjärtsjukvård	5%	0%	2,5%
– Stroke	8%	0%	5,2%
– Höftfraktur	11%	0%	6,6%
Vård vid kronisk sjukdom			
– Diabetes	8%	0%	2,3%
– Cancer	9%	0%	6,9%
Planerad specialiserad vård			
– Höftprotes	18%	0%	10,3%
– Gråstarr	19%	2%	11,7%
– Förlossning	8%	0%	3,7%
– Gynekologi	29%	0%	22%
Primärvård			
– Allmänläkarvård	52%	12%	ca 30%

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Från tabellen framgår att den akuta sjukhusvården nästan uteslutande äger rum vid landstingsdrivna sjukhus. Enda undantaget är som nämnts S:t Görans sjukhus i Stockholm. Det finns emellertid en del eftervård som sker vid privata mindre sjukhus utan akutmottagning. För vård av kroniska sjukdomar finns en något större andel privat vård, främst inom den öppna specialiserade vården. Den privata andelen är ytterligare något större för planerad

specialistvård, främst inom ortopedi och ögonsjukvård. De senaste årens utveckling inom primärvården har medfört att andelen privat vård är störst i denna sektor. Som nämnts finns även stora regionala variationer när det gäller att lägga ut vård på externa vårdgivare.

Den tidigare redogörelsen för transaktionsegenskaper visar att dessa påverkar utformningen av kontrakt. Det är därför intressant att studera sambandet mellan olika vårdformers transaktionsegenskaper och förekomsten av utkontrakterad vård i praktiken. I tabell 4.6 nedan summeras de teoretiska egenskaperna för respektive vårdform tillsammans med uppgifter om andelen utkontrakterad vård. Statistik över andelen kontrakterad vård saknas dock för vissa områden.

Tabell 4.6 Egenskaper för transaktioner inom olika vårdformer och andelen utkontrakterad vård

Vårdform	Transaktions-specificitet	Frekvens	Osäkerhet	Mätbarhet	Andel extern vård
Akut vård	Medel/hög	Medel/hög	Hög	Etablerade kvalitetsmått inom ett antal områden, mestadels kliniska	< 5 %
Planerad specialiserad vård	Medel	Medel/hög	Medel	En rad etablerade kvalitetsmått, mestadels kliniska	10–15 %
Primärvård	Låg	Hög	Låg/medel	Saknas till stor del kliniska kvalitetsmått, men goda möjligheter att mäta patient-upplevd kvalitet	30–35%
Medicinsk service (laboratorie-tjänster)	Hög	Medel/hög	Låg/medel	Etablerade kvalitetsmått för både processer och resultat	10–15%

Mönstret för valet av organisationsform är inte helt tydligt inom hälso- och sjukvården. En generell iakttagelse är att förekomst av extern produktion är större för tjänster med låg transaktions-specificitet, hög frekvens och lägre osäkerhet. Detta är i linje med tidigare presenterad institutionell teori. För variabeln mätbarhet är mönstret mer svårtolkat. Den höga andelen utkontrakterad vård

inom primärvården, vilken generellt karakteriseras av få mätbara mått, kan i stället förklaras av att denna vårdform har bäst förutsättningar för att mäta kvalitet via patienternas subjektiva bedömningar. Inom den specialiserade vården har framför allt specialistområden med tydliga kvalitetskriterier varit föremål för extern kontraktering, medan specialistvård med oklara kvalitetsindikatorer nästan uteslutande drivs i offentlig regi. Tabellen visar även att vårdformer med generellt stor osäkerhet har mindre andel extern vård.

4.7 Kontraktsegenskaper och ersättningsformer

Utformningen av kontrakten, inte minst ersättningsformerna, har stor betydelse för hur väl samarbetet mellan beställare och producent fungerar. Kontraktsegenskaperna syftar till att tillgodose båda parter intresse i transaktionen och har utformats olika mellan vårdformer. De viktigaste kontraktsegenskaperna som tidigare redovisats är:

- *Ackreditering*. Här avses på vilket sätt vårdgivare måste uppfylla olika krav för att få verka på en given delmarknad.
- *Ersättningsystem*. Här ses till de huvudsakliga principerna för ersättnings utformning och villkor. Vilka incitament som vårdgivarna ges utifrån ersättningen i respektive sektor diskuteras också.
- *Selektionsincitament*. Här avses i vilken utsträckning det finns incitament för respektive vårdgivare att försöka styra sin användargrupp.
- *Avtalslängd*. Här avses hur villkor om avtalstid och uppsägning hanteras i avtal och överenskommelser med respektive sjukvårdshuvudman.
- *Uppföljning*. Här bedöms i vilken utsträckning avtal och överenskommelser anger att återkommande uppföljning av olika indikatorer för kostnader och kvalitet följs upp.

Ackreditering

Ackreditering sker i regel vid någon form av valfrihetssystem, men förekommer även för vissa områden inom offentlig upphandling. För kundvalsystem inom primärvården och specialistvården finns

ackrediteringskriterier angivna. Flertalet av dessa fokuserar på insatsfaktorer (personal, lokaler, utrustning etc.) och kriterier för ekonomisk stabilitet (t.ex. dokumentation av soliditet). Ackrediteringskrav för själva vårdprocessen och resultatet av behandlingen saknas däremot ofta. Ett undantag är ackreditering av medicinska laboratorier där ett väl fungerande system finns sedan flera år. Samtliga landsting som upphandlar laboratorieverksamhet kräver ackreditering. Vid vissa landsting är dock offentligt ägda laboratorier i egen regi undantagna från dessa krav.

Ersättningsprinciper

Ersättningssystemen varierar mellan såväl vårdformer som landsting. Ersättningssystemen och prisöverenskommelserna i avtalen har flera syften. Ett centralt syfte är att möjliggöra för tredjepartsfinansiären att kontrollera kostnader, eftersom varken patienten som konsument eller vårdgivaren som producent har incitament att begränsa dessa. Samtidigt ska ersättningssystemet premiera aspekter såsom hög produktivitet, tillgänglighet och god kvalitet. Många överenskommelser använder kombinationer av fasta och rörliga ersättningar i syfte att uppnå detta. Ersättningarna varierar även med avseende på den tidsperiod eller episod som betalningen avser. Dessutom finns klausuler i avtalen som påverkar selektionen av patienter. Sammantaget kan ersättningssystemen sägas påverka riskfördelningen mellan beställare och utförare.

I primärvården använder flertalet landsting fast ersättning (kapitering), vilken baseras på olika typer av behovskriterier, som huvudsaklig ersättningsprincip. Undantaget är Stockholm som har relativt hög andel rörlig ersättning per besök och åtgärd (ca 40 procent). Den fasta ersättningen baseras på antalet listade personer per mottagning. Beroende på dess utformning skapas olika incitament, t.ex. rörande konkurrensen om invånare inom ett visst område. Den fasta ersättningen har i några landsting viktats utifrån tidigare patientdiagnoser och landstingets socioekonomiska förhållanden. En bieffekt av detta har varit viss överregistrering av diagnoser som inte speglar sjukdomens allvarlighetsgrad. Med blandad fast och rörlig ersättning minskar oönskade bieffekter som ofta uppkommer vid enhetliga system. En blandad ersättningsform kan ge vårdgivarna incitament att både öka antalet listade individer och öka antalet besök (Rehnberg m.fl., 2013). Liknande resultat

presenteras i en del internationella översiktsstudier (se t.ex. Iversen och Lurås, 2006). I bl.a. Region Skåne tillämpas ett likartat system som ger primärvården incitament att hålla nere utnyttjandet av annan öppenvård (Anell m.fl., 2012).

För den specialiserade vården dominerar rörlig ersättning (som dock är fast per behandlad patient). Ingen extra ersättning utgår om vårdgivaren utför dyrare åtgärder än vad som ersätts enligt kontraktet. Undantaget är kostnadsytterfall (s.k. outliers) inom DRG-ersättningen vid sjukhusvård, där extra kompensation utbetalas för patienter som avviker från genomsnittspatienten. Detta fungerar som en "säkerhetsventil" för extrema patientfall. En relativt ny form av ersättning är att inte endast betala för en kort sjukhusvistelse, utan att låta ersättningen omfatta en längre vård-episod. Dessutom utgår i vissa fall extra ersättning för uppnådda resultat. Med denna s.k. vårdepisodersättning ges ett paketpris som inkluderar diagnostisering, operation eller behandling samt ansvar för uppföljning, eventuella komplikationer och eftervård. Tanken är att den ansvarige vårdgivaren ges incitament att upprätthålla god kvalitet så att komplikationer och eftervård minimeras. Ersättning per vårdepisod förutsätter någon form av på förhand definierat resursbehov och standardisering av behandlingen.

Generellt sett har beställarna frångått ersättningssystem där kostnadskontroll saknas. Det s.k. fee-for-service-systemet som tillämpas för privatpraktiker vilka omfattas av den nationella taxan finns dock fortfarande kvar. Med undantag för ett kostnadstak som bidrar till viss kostnadskontroll saknar landstingen möjlighet att påverka formerna för denna ersättning, då den regleras av staten. Däremot har flertalet landsting en mer eller mindre uttalad policy att inte acceptera nyetableringar inom taxesystemet. Marknadsandelen för privatpraktiker som ersätts via den nationella taxan minskar också kontinuerligt. Detta kan ses som ett uttryck för att landstingen som beställare frångår ersättningssystem som baseras på utförandet av deltjänster och som saknar kostnadskontroll.

För primärvårdens del säkerställs kostnadskontrollen antingen genom att en hög andel av ersättningen utgår per listad individ (kapitering) eller genom ett produktionstak. Det senare innebär att ersättningen minskas eller upphör om taket överskrids. Vid vårdval inom den specialiserade somatiska vården specificeras inga produktionstak. Inom dessa sektorer torde dock riskerna för kostnadsökningar vara mindre, då dessa specialistområden är relativt avgränsade och sammantaget utgör en mindre del av sjuk-

vårdsbudgeten. Dessutom förstärks kostnadskontrollen av relativt tydliga remisskrav, samt av att patienter med högst förväntade kostnader oftast är exkluderade från uppdragen. Utformningen är logisk från beställarens perspektiv, då denne måste säkerställa att den producerade vårdvolymen håller sig inom en given kostnadsram. Utformandet av, och nivån på, ersättningen för olika besök, åtgärder och produktgrupper är i sin tur avgörande för produktions- och produktivitetsutvecklingen. Dessa måste kontinuerligt ses över och anpassas till den medicinsktekniska utvecklingen. Det är därför viktigt att dessa baseras på omfattande kostnadsjämförelser mellan olika utförare, såväl privata som utförare i egen regi.

Inom laboratorieverksamheten utformas ersättning och priser via landstingens offentliga upphandlingar. Generellt sett förekommer priskonkurrens inom laboratoriesektorn, vilket möjliggörs med den standardisering och externa ackreditering som finns på marknaden. Ersättningen till en leverantör kan antingen ges direkt av landstinget som upphandlare eller genom att landstingen ersätter vårdcentraler och kliniker för deras produktion inklusive utnyttjande av laboratorietjänster. Det innebär att vårdcentraler och kliniker har ett kostnadsansvar för tjänsten och agerar som köpare av upphandlade laboratorier (eller enheter i egen regi), samt betalar för analyserna. Med kostnadsansvar följer att vårdgivaren har incitament att begränsa antalet laboratorieprover. Ett annat alternativ är att ersättning utgår direkt från landstingen till laboratorierna. Priset på laboratorietjänsten sätts då i upphandlingen, vilket ger vårdgivaren små incitament att hålla nere antalet prover och tester. Laboratorierna ersätts löpande enligt prislistor för olika typer av provsvar. Extra ersättning utgår i regel vid behov av akuta svar, vid behov av tolk m.m.

För S:t Görans del baseras ersättningen på den modell som gäller för samtliga akutsjukhus inom SLL. Till skillnad från övriga akutsjukhus inom SLL fastställs dock bolagets totalersättning utifrån det i upphandlingen angivna anbudspriset, och inte genom förhandling (det kan med andra ord ses som en slags fast komponent i ersättningen). Ersättningen består huvudsakligen (97,5 procent) av rörlig ersättning per producerad DRG-poäng upp till en avtalad målnivå. Två procent av ersättningen utgörs av målrelaterad kvalitetsersättning, medan 0,5 procent är kopplad till uppfyllandet av olika miljömål. I samband med det nya avtalet förändrades ersättningsmodellen till viss del. Bland annat infördes

särskild ersättning för kostnadsytterfall, samt krav på redovisning av kostnad per patient (KPP-data).

Ersättningen till S:t Görans sjukhus innehåller även inslag av riskfördelning mellan beställare och utförare. Vårdgivarens risk för underskott minskas genom rätten till full kostnadsersättning för särskilda kostnadsytterfall. Beställaren vill, å sin sida, försäkra sig mot ökade kostnader. I detta avseende reduceras ersättningen till 40 procent av DRG-priset för den produktion som överstiger den fastställda produktionsnivån. Om produktionen överstiger mer än 4 procent av den givna produktionsnivån lämnas ingen ersättning alls. Dessutom är DRG-glidning¹⁴ utöver 0,5 procent inte ersättningsberättigande. Merparten av risken faller således på vårdgivaren via rörlig ersättning per producerad DRG-poäng.

Enligt transaktionskostnadsansatsen kan ersättningssystem som ökar vårdgivarnas finansiella risk och som i högre utsträckning baseras på priser för avgränsade och standardiserade tjänster, ses som mer marknadsorienterade än ersättningar med större inslag av fast ersättning. De senare är mer orienterade mot styrning enligt hierarkins logik. Vid dessa mer budgetorienterade modeller utgör historiska kostnader ofta grund för tilldelning av ersättning. Vårdgivarna har därmed liten möjlighet att påverka verksamhetens omfång. Hur betalningsstrukturen ser ut påverkar utförarnas incitament, vilket summeras nedan i tabell 4.7.

¹⁴ DRG-glidning innebär att registreringen av diagnoser (däribland bi-diagnoser ändras över tid) så att den genomsnittliga DRG-vikten (vårdtyngden) ökar. DRG-glidning kan sedan bero på antingen förändrad patientsammansättning, en mer korrekt registrering eller felaktig överregistrering.

Tabell 4.7 Betalningsstruktur för olika ersättningsformer

Anslag budget/ månadslön	Kapitering	Per period	Per patient och vård- episod	Per fall/ diagnos/ procedur	Per dag	Styckpris
Periodisk totalsumma - oberoende av antalet patienter	Periodisk totalsumma per inkluderad patient	Periodisk totalsumma per patient med diagnos i särskilt tillstånd	Totalsumma för alla vårdtjänster som krävs för en definierad vårdkedja	Ersättning per fall baserad på gruppering av patienter med likande diagnoser/ procedurer eller resursbehov	Betalning per vård dag på sjukhus eller annan plats	Betalning för enskild åtgärd eller patient- kontakt



I denna riktning präglas ersättningsformerna i ökad utsträckning av:
Styrning främst via kontroll

Generellt minskar vårdgivarnas finansiella risk då ersättningen i lägre grad är kopplad till producerad volym/aktiviteter

I denna riktning präglas ersättningsformerna i ökad utsträckning av:
Styrning främst via priser

Generellt ökar vårdgivarnas finansiella risk då ersättning i högre grad är kopplad till producerad volym/aktiviteter

Sammanställningen i tabell 4.7 visar att flertalet av ersättningsformerna är representerade. Vårdvalssystemen inom den specialiserade vården baseras främst på ersättning enligt DRG eller ”paketpris” för en hel vårdkedja. Inom primärvården består ersättningen i stället främst av en kombination av kapitering och rörlig ersättning för specifika åtgärder och patientkontakter. Vid upphandling av hela sjukhus kombineras en slags anslagsersättning och produktersättning enligt DRG. Det finns därmed ingen tydlig riktning, såtillvida att endast verksamheter med mer marknadsorienterade ersättningssystem varit föremål för utkontraktering. I stället tycks det som att beställare försöker balansera incitamenten inom olika kontraktsformer. Exempel på detta är att full kostnadsersättning ges för särskilda kostnadsytterfall, att riskjusteringen vid ersättning per DRG förfinats, samt att ersättning kopplats till kvalitets- och hälsoutfall. För att säkerställa kostnadskontroll har landstingen som beställare i flera fall även infört ersättningstak vid DRG-ersättning eller vid styckersättning per patientkontakt.

Selektionsmekanismer

Problem med selektion innebär i korthet att vårdgivarna försöker "välja" sina patienter. Om avtal och ersättningssystem inte tar hänsyn till skillnader i risk mellan patienter ökar risken för selektion. Till exempel kan det uppstå incitament att underbehandla eller undvika patienter med svårare hälsoproblem och förväntat höga kostnader. För att undvika risker för selektion och uppnå mer homogena patientgrupper exkluderas, i flertalet vårdvalssystem, patienter med hög risk för komplikationer. Ett ytterligare alternativ för att mildra risken för selektion är att lämna extra ersättning för t.ex. äldre patienter. Detta system tillämpas såväl inom primärvården som i DRG-systemet. Inom den specialiserade vården kombineras ofta DRG-ersättning enligt ett fast "genomsnittspris" för majoriteten av patienterna med full kostnadstäckning (s.k. ytterfallsersättning) för särskilt kostsamma patienter. Detta är i linje med tidigare redovisad forskning om ersättningssystem (Ma, 1994, Ellis, 1998) som pekar på att risken för olika former av urvalsbeteende minskar om rörliga prospektiva ersättningar kombineras med full kostnadstäckning i de fall kostnaderna överstiger en viss nivå.

Mer statistiska metoder för att justera ersättning utifrån den förväntade sjukdomsburden bland befolkningen (riskjustering) har fördelen att de ur teoretiskt perspektiv kan minska diskrepansen mellan förväntat resursbehov och faktiskt insatta åtgärder. Detta minskar generellt riskerna för olika former av urvalsbeteende. I takt med utvecklingen av register över sjukdomshistorik, generellt förbättrade hälsorelaterade förutsättningar, tillsammans med ökad kunskap om hur dessa förhåller sig till sjukvårdsbehov, ökar förutsättningarna för en mer ändamålsenlig resursfördelning. Detta kan leda till minskad kostnadsvariation inom olika uppdrag, vilket därmed ökar möjligheterna för kontraktslösningar. Å andra sidan ökar kostnaderna för att utforma systemen ju mer förfinad data som ska hanteras. Exempel på detta är information om diagnoser och socioekonomiska förutsättningar på individnivå som krävs för att beräkna förväntade kostnader. Kostnader för systemutveckling bör dock gå ner på sikt.

Vad gäller risken för selektion inom primärvården är det betydelsefullt om ersättningen justeras (riskkorrigeras) i samband med patientbesök eller listning. Med riskjusterad fast ersättning minskar sannolikheten att vårdgivarna försöker attrahera mer

lönsamma patientgrupper att lista sig på enheten, men den garanterar inte att dessa får vård i termer av besök och behandlingar. Iversen och Lurås (2006) menar att eftersom kapitering medför att vårdgivarna vill öka inkomsterna (dvs. antalet listade patienter), men inte arbetsbördan (antalet patientbesök), så har en besöksrelaterad ersättning större förutsättningar att förhindra vårdgivarna från att påverka urvalet av patienter. En rörlig riskjusterad besöksersättning kan därför vara ett alternativ för att stimulera såväl en jämlik tillgång till vård, som hög produktivitet i verksamheten. Denna ersättningsform kräver dock mer avancerade informationssystem för att beskriva vilka patienter som genomför besök och informationen behöver dessutom uppdateras frekvent. En form av ersättning som diskuteras alltmer är en mixad ersättningsmodell med kombinerad rörlig och fast ersättning. Denna ersättningsform har bl.a. använts inom husläkarverksamheten i Vårdval Stockholm. Denna modell har minskat de extrema bieffekter som ofta uppstår med renodlade ersättningssystem (Rehnberg m.fl., 2013). I system och kontrakt med endast prestationsersättning tenderar sjukvårdskostnaderna att stiga, medan renodlade fasta ersättningar ofta är förknippade med dålig tillgänglighet och låg produktivitet i verksamheten.

Ersättningsmodellen som används inom vårdval för ryggkirurgi är ytterligare ett exempel på en modell där den slutgiltiga ersättningen, såväl produktionsersättning som kvalitets- och målbaserad ersättning, korrigeras via individuell riskjustering. Detta kan ses som ett försök att belöna utfall som är bättre än förväntade. Denna typ av ersättningsmodell bör motverka olika former av selektionsbeteenden. Det finns dock även en rad svårigheter vid denna form av ersättning. Det är exempelvis svårt att avgöra hur stor del av de slutgiltiga utfallen som beror på vårdgivaren respektive patienten. Dessutom finns alltid inslag av slumpmässig variation i utfallet, och i många fall uppkommer hälsoresultaten först efter en längre tid.

Avtalslängd

Avtalens längd varierar med vårdform. Akut vård och i viss utsträckning planerad specialiserad vård omfattas generellt sett av längre avtal. Detta är naturligt då dessa vårdformer kännetecknas av relativt hög transaktionsspecificitet, samt osäkerhet rörande

kostnader och kvalitet. Primärvård och vård av kroniskt sjuka har i regel kortare avtal på 1–2 år. I de fall en leverantör måste göra stora investeringar eller upphandlingen på andra sätt är förenad med stora kostnader, tillämpas en relativt lång avtalstid. Exempel på detta är de upphandlingar av laboratorieverksamhet och S:t Görans. Det upphandlade avtalet mellan SLL och Capio (ägare av S:t Görans sjukhus) avser exempelvis en nioårsperiod, men med möjlighet för SLL att därutöver förlänga avtalet en eller flera gånger, upp till maximalt fyra år.

Uppföljning

Den uppföljning som genomförs av beställaren är dels av kameral natur där ekonomiska oegentligheter kontrolleras, dels uppföljning av medicinska faktorer och andra kvalitetsindikatorer. Uppföljning av de finansiella aspekterna sker med hjälp av stickprov och där misstanke om missförhållanden finns. Uppföljning av kvalitet är angivet för vissa vårdvalsmodeller, där flera följer Socialstyrelsens ramverk ”God vård”¹⁵. Där ingår att rapportera sjukdomsspecifika resultat till kvalitetsregistren. Dessa omfattar aspekter som tillgänglighet, patientsäkerhet, jämlik vård m.m. Det är dock oklart i vilken utsträckning beställarna använder sig av dessa i förhandling med vårdgivarna eller i utformningen av ersättningen. För vissa vårdvalsmodeller, som för ryggkirurgi i Stockholm, finns dock ett antal tydliga uppföljningskriterier angivna.

Det finns svårigheter att följa upp den patientupplevda kvaliteteten hos patienter till läkare verksamma enligt nationell taxa. Principiellt finns lika goda förutsättningar som inom övriga vården att göra detta, men så sker dock inte i dag. Det sker heller ingen uppföljning av medicinska utfall. Anledningen kan spåras till systemets speciella kontraktsförutsättningar, samt det faktum att dessa läkare inte omfattas av landstingens traditionella styrning av kontrakterad vård. Kritik mot systemet har även framförts avseende att det inte underlättar för vårdens kontinuitet och kunskapsspridning. I tabell 4.8 sammanfattas kontraktsegenkaperna enligt diskussionen ovan.

¹⁵ ”God vård” är ett samlingsbegrepp utvecklat av Socialstyrelsen som visar vilka mål och kriterier som ska vara vägledande när man följer upp hälso- och sjukvårdens processer, resultat och kostnader.

Tabell 4.8 Kontraktsegenskaper per vårdform

Vårdform	Ackreditering	Ersättning	Avtalslängd	Uppföljning	Kundval	
Akutvård/akut-sjukhus	Vissa grundläggande kvalificeringskrav på struktur och teknisk kapacitet för att delta i upphandling	I huvudsak rörlig enligt DRG samt visst inslag av anslag och målrelaterad ersättning	9 år	Produktion + vissa indikatorer avseende processer, medicinsk kvalitet och patientnöjdhet	Minimalt för akut vård. Planerad vård delvis styrd via geografiska upptagningsområden	
Planerad specialiserad vård	Vårdval vid planerad operation/-behandling	Struktur, inputfaktorer	Främst DRG och paketpris per episod	1–4 år	Produktion + vissa indikatorer avseende både medicinsk kvalitet och patientnöjdhet	Vårdval har införts för vissa specifika sjukdomar
	Öppen vård/ -privatläkare med ersättning enligt nationell taxa	Krav på samverkansavtal med landsting + krav på specialist i öppenvård	Per besök och åtgärd	Ersättningsvillkoren uppdateras årligen	Saknas i stort vid sidan av ersättning och produktion	Ja
Vårdval primärvård	Struktur, inputfaktorer	Kapitering och besöksersättning samt viss målrelaterad ersättning	1–2 år	Främst av produktion, processer, tillgänglighet och patientnöjdhet	Ja	
Medicinsk service (laboratorie-tjänster)	Struktur, process, resultat	Pris per analys	2–4 år	Indikatorer enligt avtal	Nej	

Av tabellen framgår att det finns skillnader mellan vårdformer vilka kan förklaras av vårdformens egenskaper, men även av marknadsmognad. Exempelvis finns inom medicinsk service (laborieverksamhet) längre erfarenhet av att anlita externa producenter. Inom denna sektor finns också ett väletablerat system för ackreditering av oberoende kontrollorgan. Inom primärvård och planerad specialiserad vård sker ackreditering i stället via de regler som beställarna satt upp.

Även gällande ersättningarna kan det urskiljas generella samband med transaktionsegenskaperna inom respektive vårdform.

Primärvården har i större utsträckning fasta ersättningar, medan övriga vårdformer ersätts efter producerad tjänst. Generellt har beställarna frångått ersättning för deltjänster. Undantaget för detta är laboratorieverksamheten, där kostnadskontrollen dock är lättare. Med ändrade ersättningssystem har riskfördelningen mellan beställare och utförare påverkats, så att vårdgivaren med ökad ersättning, men även ökat ansvar, tar på sig risken för felbehandling och kvalitetsavvikelser.

Sammanfattningsvis har utkontraktering ägt rum via såväl offentlig upphandling som via vårdvalsmodeller. Vidare har utkontrakteringen koncentrerats till vårdformer där det antingen existerar tydliga kvalitetsindikatorer, eller där vårdformen anses vara lämplig att utvärdera utifrån patienternas val och subjektiva bedömning av kvalitet. De regionala skillnaderna är dock betydande, där storstadslandstingen i klart större utsträckning anlitar externa vårdgivare.

4.8 Förutsättningar för och förekomst av aktiva val inom olika vårdområden

Med variationer i patienternas behov och önskemål försvåras kontraktslösningar som tar hänsyn till varje enskild patients behov. Med kundvalsmodellen ges förutsättningar för att skillnader i enskilda individers behov och förväntningar om väntetider, bemötande och kvalitet ska tillgodoses av konkurrerande vårdgivare på marknaden. Tanken är att patientens val av vårdgivare ska leda till kvalitetskonkurrens och därigenom kompensera för ofullständiga kontrakt. En grundläggande förutsättning för att vårdval ska fungera är dock att patienterna är tillräckligt välinformerade för att fatta välvägda beslut, samt att de är benägna att använda sig av valfriheten. Detta ställer krav på flera alternativ i utbudet, kunskap om möjligheten att välja samt information om skillnader mellan vårdgivare. Den informationsasymmetri som finns mellan producent och konsument (patient) inom hälso- och sjukvården, kan dock försvåra möjligheterna att välja utförare. Generellt sett ökar lämpligheten för vårdval i de fall individer har bättre förutsättningar än beställaren att värdera väsentliga kvalitetsaspekter hos vårdgivarna. Förutsättningarna är också generellt bättre om behoven i befolkningen varierar, vilket gör att det finns behov av en mångfald av vårdgivare med delvis olika inriktning (Anell, 2013).

En rad tidigare undersökningar visar att en majoritet av svenska patienter vill välja vårdcentral i primärvården (Vårdanalys, 2013c, Winblad m.fl., 2012). Däremot pekar resultat på att stödet för att välja specialistvård inte är lika högt. När det gäller förekomst av aktiva val redovisas i en enkätstudie att 24 procent av befolkningen har bytt vårdcentral under de senaste tre åren, medan 11 procent funderar på att byta (Vårdanalys, 2013b). Knappt hälften av de som bytt vårdgivare uppger att de gjort så pga. flytt. En femtedel anger att det är pga. av missnöje med vårdcentralen och en tiondel för att de upplever en annan vårdcentral som bättre. Drygt 7 procent av befolkningen uppger således att de gjort egeninitierade byten som inte baserats på yttre omständigheter.

Samtidigt tyder resultaten på att det är få individer som aktivt söker information vid val av vårdcentral och att bristande information är en orsak till att patienter inte byter vårdcentral. De grupper som har mer kontakt med hälso- och sjukvården söker dock information i större utsträckning än andra. Dessa grupper har förmodligen lägre alternativkostnad för att söka information, vilket exempelvis kan gälla för äldre utanför arbetsmarknaden. Samtidigt har de större egenintresse av att få information än andra, eftersom deras vårdutnyttjande är högre. För övriga grupper är det möjligt att valet inte upplevs som tillräckligt viktigt för att motivera en stor informationssökning (Vårdanalys, 2013b).

Den samlade bilden tyder på att de viktigaste faktorerna vid val av vårdgivare i primärvården är geografisk närhet, personalens bemötande och väntetider. Få patienter baserar valet på medicinska resultat och behandlingsmöjligheter på vårdcentralen. Generellt sett baserar patienter inte heller valet på jämförande information mellan vårdgivare, utan i större grad på information från familj och vänner, samt egna erfarenheter (Winblad m.fl., 2012). Det är därför rimligt att anta att allmänhetens val främst påverkar vårdgivarna avseende tillgänglighet och bemötande.

Förutsättningarna att välja vård skiljer sig mellan primärvård och specialiserad vård. Primärvården ska svara för samtliga individers grundläggande behov av olika sjukvårdstjänster under livets alla skeden. Detta omfattar exempelvis primär medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering. Primärvården ska således svara för en rad olika behov och utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Även om behoven kan skilja sig väsentligt mellan olika patientgrupper, är i princip alla någon gång under livet i behov av primärvård. Detta

gör att majoriteten av befolkningen ställs inför en reell valsituation. Detta återkommande behov medför att befolkningen har möjlighet att samla på sig information om olika vårdgivare, dels via egna erfarenheter, dels via anhöriga och bekanta. Behov av specialistvård inträffar däremot i allmänhet väsentligt mer sällan. Därför kan kostnader för att välja ”fel” vårdgivare inom denna sektor, ur den enskildes perspektiv, vara större än inom primärvården där man när som helst kan välja om.

4.9 Empiriska erfarenheter av utkontraktering

Få empiriska undersökningar har under senare tid särskilt studerat effekterna av utkontraktering inom olika vårdformer i Sverige. Det har dock genomförts en rad uppföljningar av vårdvalets effekter inom primärvården. Flertalet av dessa tar fasta på utvecklingen inom enskilda landsting, alternativt består av jämförelser mellan några landsting. I stort sett saknas dock uppföljningar av vårdvalsystemen inom specialiserad vård. En naturlig förklaring till detta är att utkontraktering inom specialistvården framför allt skett under senare tid.

Enligt transaktionskostnadsansatsen avgör summan av transaktions- och produktionskostnaderna vilket styrsystem som sammantaget är mest effektivt för att tillhandahålla en tjänst. Inom de områden vi studerar saknas dock kvantitativa uppskattningar av transaktionskostnaderna av olika styrsystem. Vi kommer därför i följande genomgång att visa hur kontrakten utformats samt redogöra de effektivitets- och kvalitetseffekter som kan iakttas i befintliga uppföljningar och utvärderingar. Vi fokuserar på effekterna av utkontraktering sedan slutet av 2000-talet och framåt.

Planerad specialiserad vård: höft- och knäplastiksoperationer

Den korta period som vårdvalssystem inom specialistvården varit i bruk innebär som sagt att mer omfattande utvärderingar saknas. De första åren med vårdvalsmodell för planerade höft- och knäprotesoperationer, vilken infördes i Stockholm den 1 januari 2009, har dock följts upp (Wohlin m.fl., 2009). I rapporten konstateras att samtliga åtta tidigare producenter, samt två privata kliniker, auktoriserades vid införandet av reformen. Detta samtidigt som

ersättningssystemet reformerades. Det tidigare systemet med DRG-ersättning per operation, ändrades till en s.k. vårdepisod-ersättning, där vårdgivarna får ett paketpris för hela ”vårdkedjan”. Paketpriset inkluderade diagnostik, operation, eftervård, proteskostnad samt nödvändiga för- och återbesök. Till ersättningssystemet kopplades även en komplikationsgaranti. Denna innebär att vårdgivarna är finansiellt ansvariga för icke-akuta komplikationer relaterade till primäroperationen i upp till fem år efter operation. Dessutom är ca 3 procent av ersättningen kopplad till målrelaterade kvalitetsmål. I uppföljningsrapporten framhålls att det vid tidpunkten för utvärderingen (2012) ännu är för tidigt att dra några definitiva slutsatser, men att mycket tyder på att vårdvalet resulterat i önskvärda effekter. I rapporten hänvisas till förbättrad koordinering av vårdkedjan, bättre resursutnyttjande samt större fokus på hälsoutfall och undvikande av komplikationer. Vidare framhålls att väntetiderna minskat, samtidigt som kostnaderna varit under kontroll (Wohlin m.fl., 2012).

Primärvård

För primärvårdens del har det gjorts en rad olika uppföljningar av vårdvalets effekter på bl.a. vårdens resursutnyttjande, tillgänglighet, fördelning samt vårdens medicinska och upplevda kvalitet. De nationella utvärderingar som gjorts har dock främst tagit fasta på utvecklingen av tillgängligheten, särskilt den geografiska, inom olika delar av landet. Nedan beskrivs perioden före och efter vårdvalsinförandet 2010.

Vi har tidigare nämnt att antalet vårdcentraler ökat med ca 17 procent sedan tidpunkten för införandet av vårdvalssystemen (fram till 2013). Nytillskotten utgörs uteslutande av privata enheter. Det kan tolkas som att landstingen som ägare av egna vårdcentraler intagit en relativt passiv hållning och överlätit nyetableringen till privata aktörer. De regionala skillnaderna är dock stora. Det är främst de stora landstingen och regionerna, samt landsting i södra Sverige, som noterar en ökning av antalet vårdcentraler. Flera landsting i norra Sverige har däremot oförändrade antal enheter (Rehnberg, 2014).

Vi kan samtidigt se att besöksvolymen i primärvården ökat med ca 10 procent sedan de första vårdvalsreformerna infördes. Mellan perioderna 2007–2009 och 2010–2012, dvs. de perioder då samtliga

landsting infört vårdval, har den totala besöksvolymen mätt som antalet viktade läkar- och sjuksköterskebesök ökat med 9 procent för hela riket. För läkar- och sjuksköterskebesöken är siffrorna 12 respektive -4 procent, dvs. en minskning för de sistnämnda. Resultaten från utvärderingar där landstingen indelats i olika grupper visar en generell ökning av läkarbesöken i samtliga landsting, medan sjuksköterskebesöken minskar i alla typer av landsting. Undantagen är landsting med system baserade på övervägande fast ersättning (kapitering), och där primärvårdens andel av det totala vårdutbudet är litet (Rehnberg, 2014). Den mest utmärkande skillnaden mellan landstingen är att landsting med låg befolkningstäthet generellt haft mindre ökning av vårdutnyttjandet än mer tätbefolkade regioner. Det styrker hypotesen att tillgängligheten främst tillfallit invånare med god eller medelmåttig närhet till tätort (Rehnberg, 2014).

Vad gäller kostnadsutvecklingen ses inga skillnader mellan de landsting som introducerade reformen i ett tidigt stadium jämfört med övriga landsting (Rehnberg m.fl., 2010). Den samlade utvecklingen i fasta priser per invånare skiljer sig inte heller mellan 2008–2012, då vårdval införts i samtliga landsting, jämfört med perioden 2003–2007, då vårdval endast införts på frivillig basis i ett landsting, Halland (SKL, 2013a). Utvecklingen motsvarar ungefär uppräknningen för löner och priser inom hälso- och sjukvården. Generellt har vårdvalsreformerna alltså inte medfört att primärvårdens kostnadsandel av landstingsbudgeten ökat, utan denna är relativt oförändrad runt 17 procent. Det finns inte heller några märkbara skillnader i kostnadsutveckling mellan landsting med hög andel rörlig ersättning och de med fast ersättning (Rehnberg, 2014).

Också patienternas omdöme om denna utveckling är relativt stabil över tid. Resultat från den nationella patientenkäten 2009–2013 indikerar att väntetid till besök och mottagningarnas telefontillgänglighet hållit jämn nivå. Motsvarande gäller även för frågor om hur patienterna upplever bl.a. vårdens bemötande, möjligheter till delaktighet och information, samt om de känner förtroende för vårdgivaren (SKL, 2014). Avseende väntetider tenderar dock nöjdheten att samvariera positivt med ökad grad av konkurrens mellan vårdcentraler på kommunnivå (Vårdanalys, 2014), så att områden med hög konkurrens generellt förknippas med hög patientnöjdhet i detta avseende. Winblad m.fl. (2012) menar därför att det främst är den geografiska tillgängligheten som

förbättrats av reformen. Det faktum att ett stort antal mottagningar tillkommit har gjort att restiderna minskat för en del av befolkningen. Samtidigt tycks inte dessa förändringar ha påverkat väntetiderna i särskilt stor utsträckning. Detta är även i linje med resultaten från en femårsutvärdering av effekterna av Vårdval Stockholm. Denna tyder på att tillgängligheten förbättrats avseende antal vårdcentraler och vårdutnyttjande, men att det trots detta inte kan utläsas ökad patientnöjdhet (Dahlgren m.fl., 2013). Dock tycks befolkningens förtroende för primärvården uppvisa förbättring under perioden 2001–2012, och detta framför allt under 2009–2010. Detta kan vara ett tecken på att reformen bidragit till att det skett en anpassning av primärvården efter befolkningens preferenser (Vårdanalys, 2014).

I några landsting har det också genomförts studier av hur vårdens produktivitet utvecklats i samband med vårdvalsreformen. Resultaten från uppföljningar i Stockholm indikerar generellt sett att det skett en produktivitetsökning, men att det finns stora skillnader mellan mottagningarna. Rehnberg m.fl. (2010) visar att kostnaden för varje besök sjönk med ca 10,6 procent året efter vårdvalets införande. 2009 och 2010 sjönk kostnaderna för varje besök ytterligare med 2,7 procent respektive 2,1 procent. Författarna drar slutsatsen att den nya ersättningsprincipen i samband med vårdvalsinförandet troligtvis har haft en engångseffekt. De mottagningar som inte auktoriserats via vårdvalssystemet, utan verkat på äldre kontrakt, uppvisar dock väsentligt lägre produktivitet utveckling än auktoriserade vårdgivare. En förklaring kan vara att de äldre kontrakten, som främst tilldelats via offentlig upphandling, var förmånligare ur ett producentperspektiv. Det är därför möjligt att det enhetliga auktorisationsförfarandet vid vårdval - där kontraktsvillkoren är lika för alla - stärkt beställarens förhandlingsstyrka jämfört med tidigare situation (Janlöv, 2010). Studier av produktivitet utvecklingen har heller inte påvisat någon motsättning mellan hög produktivitet och säkerhetsställande av vårdkvalitet utifrån flera dimensioner (Rehnberg m.fl., 2010, Janlöv och Rehnberg, 2011, Glenngård och Anell, 2012a).

Det har även genomförts studier av hur vårdval inom primärvården påverkat olika patientgrupper. I en studie av vårdutnyttjandet och den patientupplevda tillgängligheten för vårdtunga grupper (i relation till befolkningen som helhet i Stockholm, Östergötland samt Region Skåne) tycks det inte som att vårdvalsreformen medfört några absoluta undanträngnings-

effekter av personer med stora vårdbehov (Vårdanalys, 2013). Resultaten visar att den viktade vårdkonsumtionen i primärvården ökat för flertalet grupper, med undantag för personer med demensdiagnos. I den mån fysiska besök avspeglar möjligheterna till kontakt med primärvården, har tillgängligheten därmed förbättrats för flertalet av de vårdbehövande grupperna. I samtliga tre landsting som genomförde undersökningen har dock befolkningen i stort, i högre utsträckning än varaktigt vårdbehövande grupper fått relativt större del av ökningen av läkarbesök inom primärvården. Det finns dock inga tydliga tecken på att ökningen av antalet vårdkontakter i primärvården avlastat den öppna vården. Denna utveckling är likartad för olika behovsgrupper. Antalet besök hos privata specialister anslutna till den nationella taxan har dock generellt sett minskat i alla tre landstingen.

I samma undersökning framkom även att en större andel av patienterna var positiva till hur tillgängligheten har förändrats efter vårdvalets införande. Detta gäller både patienter med stora vårdbehov och övriga (Vårdanalys 2013c). Det finns inga tydliga tecken på att de med stora vårdbehov har mer negativ uppfattning än andra. Detta är i linje med resultaten av vårdutnyttjandet, där det inte finns några tydliga tecken på undanträngning av vårdbehövande grupper. En jämlikhetsanalys av resultaten visar dock att de med högre inkomst, oavsett sjukvårdsdiagnos och landstingstillhörighet, tenderar att vara nöjdare än andra med olika aspekter av primärvårdens utveckling efter vårdvalet.

Ovanstående resultat är i linje med en utvärdering av Vårdval Stockholm, vilken genomfördes fem år efter reformens införande. Utvärderingen visar att vårdutnyttjandet ökat för samtliga grupper, utan att denna ökning skett på någon enskild grupps bekostnad. Äldre patienter har större ökning av antalet läkarbesök än yngre. Förändringarna mellan män och kvinnor är små. Skillnaderna i besök och resurstilldelning mellan olika socioekonomiska områden är generellt små. Dock visar en analys av individdata att individer med genomsnittligt högre inkomster, har ökat sitt vårdutnyttjande procentuellt mer än individer med lägre inkomst. Däremot har inte högutbildade ökat sin konsumtion mer än personer med lägre utbildning. Författarna påpekar dock att det finns viss osäkerhet kring dataunderlaget, och att detta motiverar mer noggrann analys på individnivå (Dahlgren m.fl., 2013).

I utvärdering av de landsting som infört vårdval under 2007 till 2009 finner Inspektionen för Socialförsäkringen (2014) att vård-

valet medfört att antalet sjukskrivningar ökat och att de långa ersättningsperioderna förlängts. Effekterna observeras dock enbart i Stockholms läns landsting. Inspektionen pekar på att detta är naturligt eftersom detta landsting genom sin befolkningstäthet har bäst förutsättningar för både konkurrens och patientörslighet. Resultaten framhåller risken med att ökad patientmakt kombinerat med kontrollfunktioner kan leda till att läkarna utfärdar läkarintyg för att tillgodose individens önskemål, trots att läkaren inte själv upplever att det är medicinskt motiverat.

Analys av effekter vid utkontraktering till privata vårdgivare är få. I en jämförelse av olika dimensioner av patientupplevd kvalitet på vårdcentralsnivå efter att vårdvalsreformen introducerats i Skåne, Västra Götaland och Halland visas att privata enheter generellt sett fick högre betyg än landstingsdrivna enheter i Nationell patientenkät (Glenngård och Anell, 2012a). När resultaten korrigerades för vårdbehov och socioekonomiska förutsättningar bland listade patienter, fick privata utförare dock endast bättre betyg i en av sju dimensioner av patientupplevd kvalitet, nämligen helhetsintryck. Som förklaring till detta angavs att privata enheter i större utsträckning var lokaliserade i områden med bättre socioekonomiska förutsättningar. I en liknande uppföljningsrapport framkommer att det inom primärvården för Vårdval Stockholm är störst patientnöjdhet vid mindre, privata mottagningar. Större privata koncerner och offentliga vårdcentraler uppvisade lägre patientnöjdhet (Dahlgren m.fl., 2013). Dessa resultat kvarstår efter olika riskjusteringar. En central lärdom är att det vid jämförelser mellan olika enheter är väsentligt att korrigera för bakomliggande förutsättningar, såsom skillnader i patientsammansättning. En annan jämförelse mellan olika patientgruppers vårdutnyttjande och "listningsmönster" vid privata och offentliga enheter i Skåne och Stockholm, visar dock relativt små skillnader mellan ägandeformerna. Dock har privata nyetablerade enheter lägre andel listade personer med större vårdbehov (Vårdanalys, 2013c). Detta senare resultat stöds även av uppföljningar av vårdvalets införande i Jönköping (Lindström, 2012) och Blekinge (Zielinski m.fl., 2011). Ses i stället till produktivitetsutvecklingen framkommer inga större skillnader mellan privata och offentliga enheter (Rehnberg m.fl. 2010, Glenngård och Anell, 2012a).

Laboratorieverksamhet

Erfarenheterna av utkontraktering inom laboratorieverksamheten visar att avtalsperioden varierar mellan 2–4 år i landsting med regelbunden upphandling av laboratorietjänster. Upphandlingarna baseras på kostnader, givet kvalitetskriterier och ackreditering. Laboratorierna ersätts löpande enligt prislistor i kontrakten för olika typer av provsvar. Dessa priser är specificerade per typ av laboratorietjänst och räknas under avtalsperioden upp med landstingsprisindex för 80 procent av priset, medan 20 procent av priset ligger fast under avtalsperioden. Vid SLL har priset sjunkit kraftigt mellan upphandlingsstillfällena för laboratorietjänster inom klinisk kemi och klinisk fysiologi. Där visar kostnadsutvecklingen för de stora laboratorierna något minskad kostnad totalt, medan verksamhetsvolymerna av analyser är relativt oförändrad. I Konkurrensverkets uppföljning av laboratorieverksamheten i ett urval av landsting med olika modeller för egen produktion eller utkontraktering, framgår att priserna för samma typ av prover är lägre vid extern produktion. I urvalet ingick sex landsting, där två av dessa (Stockholm och Västra Götaland) upphandlat leverantörer av laboratoriemedicin, medan övriga (Gävleborg, Jämtland, Skåne, Örebro) endast anlitat landstingens egna laboratorier. Priserna för samtliga analyser var lägst i Stockholm och Västra Götaland, där laboratorietjänster har upphandlats. I dessa landsting finns också fler än en leverantör. Priserna var högst i Gävleborg, Jämtland och Örebro, där ingen upphandling genomförts och det generellt finns få laboratorier. I Skåne, där ingen upphandling gjorts, är prisnivån ungefär genomsnittlig (Konkurrensverket, 2012b). Sammantaget indikerar erfarenheterna av upphandling inom laboratorieverksamheten att det finns goda möjligheter för landstingen att pressa priserna via denna form av konkurrensutsättning.

4.10 Kapitlet i korthet

I avsnittet har förutsättningarna för olika typer av arrangemang för kontraktering analyserats, såväl utifrån teoretiska transaktionsgenskaper som kontraktslösningar i praktiken. Utgångspunkten har varit att med vägledning av institutionell teori studera om formerna för kontraktering med externa producenter följer ett visst mönster. I analysen utgår vi från definierade delsektorer inom

hälso- och sjukvården och studerar egenskaper i transaktionen, samt vad som kännetecknar olika kontrakt och ersättningsformer.

Utvecklingen visar att landstingen som sjukvårdshuvudmän delvis frångått den traditionella hierarkiska organisationsstrukturen och i högre grad kontrakterat vårdtjänster till privata vårdgivare. Utifrån den teoretiska ansatsen diskuterar vi sedan hur egenskaperna i transaktionen kan förklara i vilken utsträckning landstingen valt att använda olika former av kontraktslösningar. Vi ser att verksamheter som karakteriseras av låg transaktionspecificitet, hög frekvens, mindre osäkerhet och möjlighet till uppföljning och mätbarhet i större utsträckning läggs ut på privata aktörer. Det gäller främst vårdområden som primärvård och planerade behandlingar med relativt låg osäkerhet och möjlighet till mätbarhet. Svårigheter att mäta utfallet kan i vissa fall kompenseras med patienternas egna omdömen i vårdvalsmodeller, vilka fungerar som en form av privat inflytande över vårdkonsumtionen. Utvecklingen är inte enhetlig och det finns stora variationer mellan landstingen.

Generellt kan vi se ett mönster där kontraktslösningarna varierar i enlighet med de egenskaper som vårdformerna uppvisar. Ackrediteringen av vårdgivare är främst fokuserad på krav rörande insatsfaktorer och ekonomisk stabilitet. Det mest utvecklade ackrediteringsförfarandet finns inom laboratorieverksamheten, där det också genomförs slumpmässiga kvalitetskontroller av oberoende ackrediteringsinstitut. Även ersättningsprinciperna beror på vårdformernas egenskaper. Dessa definierar kostnadsramen, men ska samtidigt ge incitament till hög produktivitet och dämpa selektionsmekanismer. Inom flera vårdformer har man frångått enhetliga ersättningssystem och infört blandade ersättningsmodeller för att undvika negativa bieffekter. Ersättningen påverkar även incitament och fördelning av risk mellan beställare och utförare. Gemensamt för flera modeller är att finansiella risker för högt vårdutnyttjande och bristande kvalitet i stor utsträckning läggs på vårdgivaren. Avtalen är även utformade för att undvika selektion av patienter, antingen genom att utesluta riskpatienter eller att kompensera för dessa. Avtalens längd varierar med osäkerhet och transaktionsspecificitet, där längre avtal återfinns inom akutsjukhus med stor osäkerhet och stora investeringar. Även inom laboratorieverksamheten har avtalen längre tidsperioder, medan primärvård och enklare planerade behandlingar avtalas på 1–2 år.

5 Diskussion

Rapportens utgångspunkt är att belysa förutsättningarna för utkontraktering av tjänster inom hälso- och sjukvården. Vi konstaterar att det i huvudsak finns två modeller för privatisering och kontraktering av vårdtjänster: offentlig upphandling (entreprenadmodellen) och kundvalsmodellen. Valet mellan dessa två modeller är inte godtyckligt, utan beror till stora delar på egenskaperna för de olika vårdtjänsterna. Vi finner att institutionell teori om transaktioner, avtal och organisationer ger god vägledning och förståelse för hur utkontrakteringen hanteras. Det är framför allt inom två vårdsektorer som kundvalsmodellen använts: primärvården och delar av specialistvården. Offentlig upphandling har främst använts för akutsjukhus och laboratorieverksamhet.

5.1 Valfrihet inom primärvården

Kundvals- eller valfrihetsarrangemang har introducerats på flera håll i svensk hälso- och sjukvård, med primärvården som ledande exempel. Vi har i rapporten presenterat hur dessa arrangemang kombinerar direkt konsumentval med kvalitetskrav, som både ställs av huvudmännen och ges via nationell reglering. Dessa kvalitetskrav motsvarar en form av ackreditering, även om man inte alltid använder den terminologin i sammanhanget. Vi har på flera ställen i rapporten betonat att denna typ av ackreditering är nödvändig. Parallellt har vi argumenterat för att en mer formell ackreditering fungerar väl i laboratorieverksamheter.

Primärvården är på många sätt det viktigaste praktiska exemplet när det gäller valfrihetsbaserade modeller. Vi noterar att det generellt tycks finnas positiva effekter av valfriheten i primärvården och att evidens som tyder på betydande negativa konsekvenser saknas. Det finns dock anledning att lyfta blicken och ur ett vidare

perspektiv betrakta de drivkrafter som valfriheten i primärvården skapar. Det står, som vi ser det, klart att valfriheten i primärvården drivit verksamheten mot större lyhördhet för de önskemål på tjänster, service m.m. som den genomsnittlige brukaren har. Ökat vårdutnyttjande och förbättrad tillgänglighet är konkreta uttryck för denna utveckling. Detta är också fullt rimligt men inte komplikationsfritt. Utvecklingen väcker två direkta frågor:

- Sker denna utveckling på bekostnad av intressen för grupper som ligger långt ifrån den genomsnittlige brukaren?
- Finns drivkrafter som på längre sikt kan påverka verksamheten i en riktning där vårdkvalitet prioriteras lägre än önskvärt?

Vår slutsats av den forskning som finns är att utvecklingen mot att bättre möta den genomsnittlige brukarens preferenser inte har undanträngningseffekter som hotar servicen till andra patientgrupper. Denna slutsats baseras främst på de studier som diskuterades i avsnitt 4.9. Sammantaget är vår bedömning att kombinationen av de krav som ställs från huvudmännen, de nationella regelverken och den prioritering av patientens säkerhet som finns i normsystemet kring sjukvården innebär en god garanti för säkrad vårdkvalitet. Detta betyder dock inte att andra drivkrafter kan ignoreras.

5.2 Valfrihet inom specialiserad vård

Det finns flera avgörande skillnader mellan valet av primärvårdsläkare och val av vårdgivare inom specialistvården. Dessa skillnader måste man ta hänsyn till vid utformande av informationsutbud, regelverk m.m. Valet av primärvårdsläkare har generellt större inslag av subjektiva bedömningar än val inom specialistvården. Samtidigt är primärvårdskonsumtionen av mer repetitiv karaktär, vilket innebär att patienten kan bygga upp kunskap genom erfarenhet och kontakt med vänner och anhöriga. Valet av vårdgivare för specialistbehandlingar som gråstarrs- och höftledsoperationer är däremot av engångskaraktär, vilket försvårar valet. Tillgång till god information om effekter, biverkningar och andra kvalitetsindikatorer kan underlätta, men samtidigt är allt detta svårbedömt för en person i behov av behandling. Detta val skulle dock kunna underlättas om primärvårdsläkaren agerade som

agent för patienten, särskilt vad gäller värdering av medicinsk kvalitet; man skulle då kunna förbättra förutsättningarna för att avväga de olika alternativen med stöd av såväl subjektiva som objektiva mått. En sådan avvägning kan vara den mellan medicinsk kvalitet och väntetid. Möjligheterna till informerat vårdval där patienten engageras, skulle därmed kunna utnyttjas bättre med större utbud av information om kvalitetsaspekter. Ett sätt att främja informationsgivningen till patienter är att förbättra möjligheterna att träffa samma läkare i primärvården, dvs. ha tillgång till en fast läkarkontakt. Sverige uppvisar i detta avseende brister i vårdens kontinuitet. Andelen svenska patienter som uppger att de har en fast läkarkontakt är väsentligt lägre än i andra jämförbara länder (Vårdanalys, 2014).

Ett annat problem med valfrihetsmodellerna inom den specialiserade vården är dessas fokus på väletablerade behandlingsmetoder och s.k. standardpatienter. Här finns, liksom i primärvården, en risk för att den genomsnittlige brukarens preferenser kan ha undanträngningseffekter som hotar servicen till andra patientgrupper. Exempelvis kan prioriteringar mellan väntetider för vissa planerade behandlingar som berör breda patientgrupper å ena sidan och tillgänglighet i vården av kroniskt sjuka å den andra vara ett problem i detta avseende, ett problem som för övrigt kan förstärkas av vårdgarantier som sätter ett tak för väntetiden för vissa behandlingar.

5.3 Vikten av kvalitetsindikatorer

Ett problem med utkontraktering baserad på offentlig upphandling och entreprenad, är i vilken utsträckning det finns möjlighet att mäta och följa upp resursåtgång och kvalitet. Vi ser ett mönster där överföringen till privat produktion enligt denna modell är störst där dessa möjligheter är goda, som t.ex. inom laboratorieverksamheten. Man kan förmoda att ökad privatisering av produktionen kommer att öka efterfrågan på information och kunskap om främst kvalitetsindikatorer.

En källa till kvalitetsindikatorer är naturligtvis de nationella kvalitetsregistren, vars innehåll skulle kunna användas som uppföljningsparametrar i kontrakten. Det finns emellertid flera problem med ett sådant förfarande. Eftersom kvalitetsregistren byggts upp av representanter från den medicinska professionen får

dessa ett avgörande inflytande över vad som följs upp. Detta bidrar till att informationsasymmetrin mellan köpare och utförare kvarstår. Ett närliggande problem är att inrapporteringen till kvalitetsregistren påverkas, eller rent av manipuleras, i de fall utfallet av kvalitetsindikatorerna påverkar framtida resurstilldelning. Detta skulle kunna motverkas genom en procedur för att validera inrapporterade data, vilket i viss utsträckning redan förekommer i dag. Ett alternativ vore dock att etablera en oberoende ackreditering, med slumpmässig insamling och kontroll av data helt skilt från kvalitetsregistren. Här kan marknaden för laboratorieverksamheten tjäna som förebild.

5.4 Potential för större inslag av ackreditering

En mer formaliserad, och framför allt mer offentligt tillgänglig, ackreditering skulle kunna spela en utvidgad roll som kvalitetskontroll och vägledning för brukare. En sådan institution skulle kunna fokusera på följande uppgifter:

- verifiera genom regelbundna stickprov att kvalitetskrav är uppfyllda (den formella kontrollen av detta kan ligga kvar hos huvudmännen)
- publicera öppna jämförelser liknande de som SKL i dag tillhandahåller
- göra utvärderingsbaserade bedömningar (enligt strikta men inte helt mekaniska modeller baserade på t.ex. återkoppling från brukare och personal)

Denna typ av stöd för brukaren skulle fylla två viktiga syften. För det första skulle brukaren stärkas genom att dennes information förbättras. För det andra skulle det garantera att objektiva vårdkvalitetsmått blir tydligare och därmed kan spela en större roll i brukarens beslutsfattande och motverka risken för att val i alltför stor utsträckning baseras på bekvämlighetsfaktorer eller marknadsföring.

5.5 Subjektiv och objektiv mätbarhet inom olika vårdområden

Iakttagelserna i denna rapport pekar på att mätbarheten av olika kvalitetsaspekter är en central förutsättning för framväxten av olika kontraktslösningar inom hälso- och sjukvården. Förutsättningar för kvalitetskontroll ökar generellt om tjänsterna utsätts för drivkrafter att möta såväl subjektiva som mer objektiva kvalitetskriterier.

Med subjektiva kvalitetskriterier avses här kvalitetsegenskaper som rör den enskilde patientens uppfattning av vården (t.ex. bemötande, inflytande eller hälsopåverkan). En del, men inte alla, subjektiva kvalitetsaspekter kan fångas via enkäter. Som vi diskuterat i avsnitt 3.2 innebär privatiserade konsumtionsbeslut generellt att man skapar drivkrafter för producenter att möta subjektiva kvalitetskriterier.

Med objektiv kvalitetsmätning avser vi mått som baseras på kliniska processer och klinisk resultatmätning där det finns väldokumenterad evidens, samt konsensus kring de mått som används. Exempelvis finns en standard att diabetespatienters blodsockervärden ska mätas en gång per år. På samma sätt finns standardiserade mått på nyföddas hälsa avseende barnets andning, puls, hudfärg m.m. (s.k. Apgar-poäng). Den centrala aspekten är här att måtten är erkända, väletablerade och accepterade inom professionen, samt att de är direkt kopplade till antingen genomförandet eller resultatet av en åtgärd eller behandling. Ett viktigt exempel är givetvis processer och resultat som följs upp via etablerade kvalitetsregister.

Kundvalsarrangemang har större förutsättningar att främja sådana kvalitetsaspekter som svårligen låter sig mätas, kvantifieras och valideras, t.ex. avseende bemötande och patientinflytande. En långsiktig och förtroendefull relation till sin läkarkontakt inom primärvården framstår här som en väsentlig kvalitetsaspekt, främst – men inte bara – för patientens subjektiva upplevelse. Dagens system är inte problemfritt, men förutsättningarna för konkurrens i sådana dimensioner torde vara bättre vid primärvårdstjänster än vid andra sjukvårdstjänster. Dels är vårdkonsumtionen återkommande, dels kommer en stor andel av befolkningen i kontakt med primärvården under ett år. Kundval inom primärvården har därför förutsättningar att främja positiv kvalitetskonkurrens i subjektiva och ”mjukare” kvalitetsdimensioner.

Ett problem i sammanhanget är att det inom primärvården råder brist på allomfattande kliniska kvalitetsmått. Vidare omfattas sektorn endast till viss del av relevanta kvalitetsregister (8 av ca 100 register kan antas vara relevanta för primärvårdens verksamhet; SKL, 2010). Det är därför svårare för beställaren att vid sidan av krav på kompetens och bemanning, utforma mer detaljerade auktorisationskrav med fokus på kvalitet. Det är därför viktigt att fortsättningsvis arbeta för att stärka denna del i styrningen och uppföljningen av primärvården.

Vår poäng är att förutsättningarna för kontraktstutformning stärks om mätbarheten är god i antingen objektiva eller subjektiva dimensioner. Den stärks ännu mer om förutsättningarna är goda i båda dessa dimensioner. De studerade vårdvalsmodellerna inom den specialiserade vården uppvisar i detta avseende andra förutsättningar än primärvården. Inom dessa områden existerar oftast väletablerade mått på olika kliniska kvalitetsaspekter, antingen baserade på medicinska mått eller patientrelaterade utfall. Dessa ökar möjligheterna för en beställare eller ett ackrediteringsorgan att följa kvalitetsutvecklingen, och att utforma uppföljning och kvalitetsrelaterad ersättning (i vissa fall finns exempel på avancerad riskjustering på individnivå som en del av villkoren för ersättning och kostnadsansvar).

Å andra sidan är förutsättningarna för subjektiv kvalitetsinformation och mätning i vissa avseenden sämre inom specialistvården än inom primärvården. Konsumtionen av specialiserad vård är av engångskaraktär och betydelsen av en långsiktig och förtroendefull relation mellan läkare och patient är i detta avseende mindre. Samtidigt avser valet ett redan konstaterat vårdbehov och patienten har ett fokuserat intresse av att värdera god kvalitet. Vårdvalet skapar därför förutsättningar för individuell anpassning till väsentliga kvalitetsaspekter, men dessas värde varar ofta under en kortare tidsperiod än vad som är fallet inom primärvården. En försvärande omständighet kan också vara att de specialiserade tjänsterna är mer informationskrävande att sätta sig in i från ett patientperspektiv, särskilt vad avser kliniska kvalitetsresultat. Vid kontraktstutformning inom specialiserad vård är det således väsentligt att en beställare eller ett ackrediteringsorgan även har särskild möjlighet till fördjupad kvalitetsuppföljning via olika kvalitetsregister, och på detta sätt bistår patienten. Det finns dock risk för att en beställare eller ett ackrediteringsorgan, på samma sätt som patienten, i detta avseende befinner sig i ett informations-

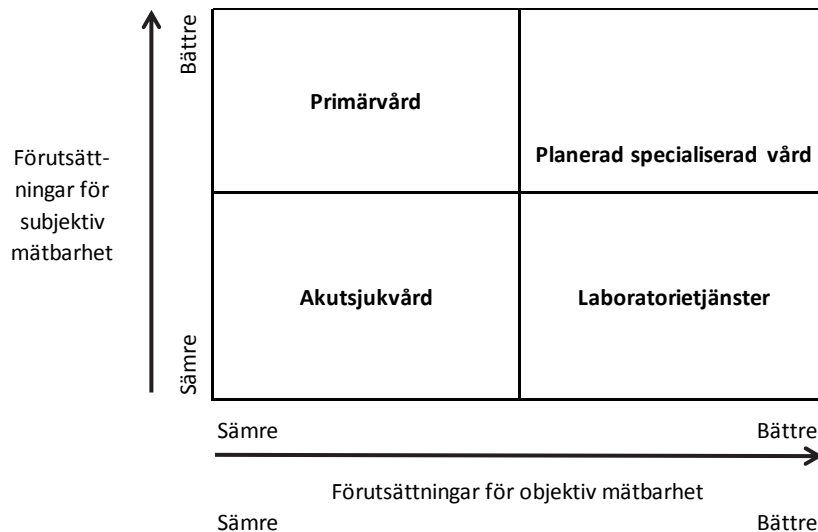
underläge gentemot professionen. Därför kan även patienternas valmöjlighet, och de subjektiva kvalitetsavgöranden som kommer till uttryck denna väg, vara ett väsentligt komplement för att säkra bredd i kvalitetsutvecklingen.

Vad gäller laboratorieverksamhet så finner vi att förutsättningarna för det vi kallar objektiv mätbarhet är goda inom detta område, då det finns väletablerade kvalitetskriterier av såväl processer som resultat. Dessa ligger också till grund för ett väl utvecklat ackrediteringssystem där en oberoende granskning regelbundet äger rum för att kontrollera laboratorieprovernas säkerhet och kvalitet. Att vara ackrediterad är även ett krav från samtliga huvudmän vid upphandling av laboratorieverksamheten. Det finns dock begränsat utrymme för kundval inom laboratorieverksamheten. Tjänsten akutsjukvård präglas å sin sida av stor tidsmässig osäkerhet vilket väsentligt försvårar möjligheterna för välinformerade och överlagda val – vilket är en hörnsten för att det vi kallar subjektiv mätbarhet ska vara verkningsfullt. På motsvarande sätt är tjänstens höga specialiseringsgrad, stora variation i patientunderlag och att tjänsten i relativt låg utsträckning täcks av kvalitetsregister försvårande omständigheter avseende tjänstens objektiva mätbarhet.

I figur 5.1 nedan skisseras schematiskt förutsättningarna för olika former av subjektiv och objektiv mätbarhet inom de vårdområden vi studerat. Framställningen är förenklad, vilket gör att det naturligtvis är möjligt att diskutera alternativa sätt att kategorisera olika vårdformer. Den stora variationen av vårdvalssystem inom den planerade specialiserade vården medför exempelvis att förutsättningarna skiljer sig beroende på vilken typ av behandling som avses. Som framgår av kapitel 4 finns här ett visst mått av privat medverkan sedan en längre tid; huvuddelen av den privata medverkan som ligger längre tillbaka gäller upphandling samtidigt som ett antal vårdval genomförts nyligen eller är på gång. Inom den planerade specialiserade vården sker i vissa landsting en snabb utveckling och introduktion av vårdvalsmodeller. Det är främst inom vårdformer där förutsättningarna för objektiv mätbarhet är goda – inte minst genom de nationella kvalitetsregistren. I samband med införandet av dessa har även informationen om kvalitetsaspekter till patienterna i viss mån förbättrats. Att konsumtionen av planerad specialiserad vård är av engångskaraktär medför dock att förutsättningarna för subjektiv mätbarhet är sämre än inom primärvården och därför placeras planerad

specialiserad vård längre ned på denna dimension i figur 5.1. Vår poäng är dock att tydliggöra principen som angavs ovan: förutsättningarna för olika former av kontraktlösningar förbättras om mätbarheten är hög i någon av nämnda dimensioner, och stärks ännu mer om mätbarheten är god i båda dimensioner.

Figur 5.1 Förutsättningar för subjektiv och objektiv mätbarhet inom olika vårdområden



6 Slutsatser och policyrekommendationer

I föregående diskussionsavsnitt har vi i resonerande termer försökt bena upp de viktigaste lärdomarna från rapportens analys. I detta avslutande avsnitt presenteras ett antal sammanfattande slutsatser kring förutsättningarna för utkontraktering i allmänhet samt vissa ytterligare slutsatser kring förutsättningar som stärker argumenten för kundvalsarrangemang i relation till offentlig upphandling. Avslutningsvis ges några rekommendationer kring hur kontraktslösningar, givet valet att kontraktera ut verksamhet, kan fås att fungera så bra som möjligt.

Hierarki kontra marknad

Valet mellan produktion i egen regi och att utnyttja externa aktörer påverkas av flera faktorer. Förutsättningarna för kontraktering och privatisering bestäms inom hälso- och sjukvården av enskilda vårdtjänsters egenskaper. Vi har i denna rapport fokuserat på transaktionsspecificitet (hur specialiserade resurser som behövs för tjänstens utförande), hur ofta tjänsten utförs, hur stor osäkerhet som präglar utförandet och hur väl resultatet av tjänsten kan mätas. Vi ser ett visst mönster där andelen utkontrakterad vård ökar om egenskaperna hos tjänsten befinner sig i den del av spektrumet för respektive egenskap som innebär goda förutsättningar för marknadslösningar. Tjänster som har låg transaktionsspecificitet, upprepas ofta och är förenade med låg grad av osäkerhet och hög grad av mätbarhet, och därmed är mer lämpade för utkontraktering, är också föremål för utkontraktering i högre grad.

En övergripande slutsats är att marknadsutnyttjande har förutsättningar att leda till goda utfall om det antingen finns bra och rimligt åtkomliga mått på verksamhetens medicinska kvalitet

som kan användas i kontraktsreglerad upphandling, eller om det finns goda möjligheter för patienter själva att göra välinformerade och rationella val samtidigt som den medicinska kvaliteten garanteras. I det förra fallet ger upphandling bäst förutsättningar (t.ex. av laboratorietjänster). I det senare fallet är kundvalsarrangemang (t.ex. för primärvård) att föredra. I de fall då varken mätbarhet eller förutsättningar för informerade val finns, har traditionella marknadslösningar dåliga förutsättningar att fungera väl, vilket exempelvis gäller för akutsjukvård. Utnyttjande av privata aktörer kräver i detta fall väl utvecklade relationskontrakt.

Kundval kontra upphandling

Kundvalsmodeller innebär valfrihet för konsumenten och ökar möjligheterna för individuella preferenser att slå igenom. Framför allt kan användarna även ta hänsyn till icke-mätbara egenskaper i sina överväganden om val av vårdgivare. Kundvalsmodeller förutsätter reglering av marknaden och kvalitetskontroll och auktorisation av vårdgivare. Det krävs också reella valmöjligheter för patienten och tillgång till jämförbar information om olika vårdgivare.

Inom vårdformer där det finns goda förutsättningar för individer att bedöma och värdera olika vårdgivare – det vi kallar subjektiv mätbarhet – har auktorisation och kundval större möjligheter att främja fungerande konkurrens. Ytterligare en viktig faktor, som stärker detta alternativ gentemot upphandling när dessa förutsättningar är uppfyllda, är att samtliga producenter på marknaden ges likvärdiga förutsättningar. Vid upphandling uppstår problemet att skapa neutralitet mellan externa aktörer och egen regi; förutsättningarna blir likvärdiga endast för en delmängd av marknaden, såvida inte hela utbudet upphandlas.

Om kvalitet ska beaktas i offentlig upphandling förutsätts mätbara processer och utfall. Vi noterar en utveckling med generell övergång till kundvalsmodellen, vilket troligtvis kan förklaras av förekomsten av väsentliga icke-mätbara kvalitetsaspekter inom flera vårdformer. Vår bedömning är att kundvalsinslag i relation till offentlig upphandling, främst genom ökade incitament till kontinuerlig kvalitetsutveckling, bidrar positivt till utfallet av utkontraktering och privatisering inom både primärvård och specialiserad vård.

Avslutande rekommendationer

Det finns starka argument för offentligt engagemang i ackreditering av vårdgivare. Vi förordar en modell som kombinerar insamling och bearbetning av kvalitetsdata och brukarerfarenheter. Modellen bör också innehålla ett mått baserat på en samlad bedömning med subjektiva inslag. Genom detta minskar riskerna för 1) att beställaren i alltför hög grad är utlämnad till professionens kunskap och information och 2) att patienter i alltför hög grad gör val som bestäms av bekvämlighetsfaktorer och marknadsföring.

När det gäller ersättningsformerna i kontrakt med externa vårdgivare, finns en utveckling mot att sträva efter en balanserad incitamentsstruktur, kombinerat med krav på uppföljning. Det bör leda till en avveckling av kontraktsformer som kombinerar ersättningar per besök och åtgärder utan tydlig uppföljning (t.ex. nationella taxan), till förmån för avtalsformer där vårdgivarna tar större risk och där beställaren ges möjligheter att följa upp verksamheten. En auktorisationsbaserad kundvalsmodell där landstingen styr villkoren, med krav på rapportering av kliniska resultat och patientnöjdhet m.m., är att föredra inom den specialiserade öppenvården.

Vidare är det angeläget att stärka primärvårdsläkarens roll som agent för patienten. Detta särskilt vid val av specialiserad vård, där läkaren kan bistå patienten i avvägningar baserade på såväl subjektiva som objektiva kvalitetsmått. Ett sätt att stärka vårdens kontinuitet och informationsgivning till patienter, är att säkerställa att patienter som vill ha, eller har behov av, en fast vårdkontakt i primärvården ska få detta.



Appendix

I detta appendix sker en mer detaljerad genomgång av de olika vårdtjänsterna som ingår som fallstudier i rapporten. Fallstudierna utgörs av:

- Vårdval i primärvård
- Kontraktformer i specialiserad vård
 - o Vårdval vid höft- och knäprotesoperation
 - o Vårdval ryggkirurgi
 - o Vårdval förlossning
 - o Vårdval kataraktoperation
- Specialistläkare i öppenvård med ersättning enligt nationell taxa
- Upphandling av laboratorietjänster
- Upphandling av akutsjukhus

För respektive fallstudie sker en genomgång av de viktigaste transaktionsegenskaperna inom respektive tjänst. Dessa utgörs av:

- *Transaktionsspecificitet*, dvs. i vilken utsträckning som resurserna som krävs för att genomföra en transaktion är möjliga att använda i annan verksamhet utan att deras produktionsvärde reduceras. Hög specificitet skapar risk för opportunistiskt beteende i marknadsrelationer och utgör ett argument mot kontraktering/privatisering.
- *Frekvens*. Transaktionens frekvens avser om den är ofta återkommande eller snarare kännetecknas av en enda utdragen process. Detta avgör om det är lönsamt att investera i anpassade styrsystem, exempelvis ambitiösa uppföljningssystem. Återkommande transaktioner främjar möjligheterna för kontraktering/privatisering.
- *Osäkerhet*. Fångar i vilken utsträckning det finns flera kända alternativ, om parterna har ofullständig information samt

risken för att det uppstår oförutsedda händelser under kontraktstiden. Stor osäkerhet utgör ett argument mot kontraktering/privatisering.

- *Mätbarhet*. Ju större svårigheter och mer komplext det är att mäta kvantitet, kvalitet och kostnader av en transaktion, desto större är kostnaderna för att förhandla, skriva och övervaka kontraktslösningar.

Hur kontrakt utformas med avseende på olika egenskaper, inte minst ersättningsformer, har stor betydelse för hur ändamålsenlig en utkontraktering av verksamhet blir. Därför sker även en genomgång av hur de viktigaste *kontraktsegenskaperna* utformats inom olika vårdformer. De viktigaste kontraktsegenskaperna som avses är:

- *Ackreditering*. Avser på vilket sätt vårdgivare måste uppfylla olika krav för att få verka på en given delmarknad.
- *Ersättningsystem*. Avgör de huvudsakliga principerna för ersättnings utformning och villkor, vilka påverkar vårdgivarnas incitament.
- *Selektionsincitament*. Avser i vilken utsträckning det finns incitament för respektive vårdgivare att försöka styra sin användargrupp.
- *Avtalslängd*. Avser hur villkor om avtalstid och uppsägning hanteras i avtal och överenskommelser med respektive sjukvårdshuvudman.
- *Uppföljning*. Bedömer i vilken utsträckning avtal och överenskommelser anger att olika indikatorer för kostnader och kvalitet följs upp.

De olika fallstudierna baseras främst på en genomgång av landstingens förfrågningsunderlag vid auktorisation inom vårdvalsystem, samt på analyser av avtal och anbudsunderlag vid offentlig upphandling.

A.1 Primärvård

Andelen privat vård i primärvården har under tidsperioden 2001–2012 ökat från 17 till 32 procent. År 2010 blev det obligatoriskt att införa valfrihetssystem i primärvården i hela landet. Några landsting hade tidigare infört vårdvalsystem på frivillig väg. Reformen

från 2010 innebär att alla vårdgivare som uppfyller vissa grundkrav får etablera sig på valfri plats i landstinget, och att patienternas val av mottagning styr ersättningen till utföraren. De enskilda huvudmännen (landstingen) har dock stor frihet att själva utforma sina egna vårdvalsmodeller vad gäller principer för ersättnings-system, listning, åtaganden och kvalitetskrav m.m. Det innebär i praktiken att landstingen i stor utsträckning kan påverka möjligheterna för olika typer av vårdgivare att etablera sig inom systemet.

A.1.1 Transaktionsegenskaper

Primärvården utgör vårdens första instans. Uppdraget är att förse befolkningen med den vård som de flesta har behov av någon gång under livet. Det gäller t.ex. medicinsk behandling, rehabilitering, omvårdnad och förebyggande arbete. Primärvården har en central roll i förebyggande sjukvård och diagnostisering, samt en uppgift att lotsa patienten vidare i vården. Svensk primärvård karakteriseras även av att den inte har någon formell ”gate-keeping-funktion”, utan patienterna är fria att direkt ta kontakt med en specialist. Det finns inte heller någon detaljreglering av vilka vårdbehov som ska behandlas på respektive vårdnivå. Detta medför att de olika vårdnivåerna måste betraktas som kommunicerande kärl.

Tabell A.1 Egenskaper i tjänsten primärvård

Egenskaper	Kommentar
Transaktionsspecificitet	Relativt låg för huvuddelen av verksamheten.
Frekvens	Hög. Viss säsongvariation.
Osäkerhet	Relativt låg.
Mätbarhet	
• Kvalitet	God vad gäller flera dimensioner av patientupplevd kvalitet. Stor variation när det gäller medicinska utfall.*
• Kostnad	God, relativt standardiserat omfång.
• Volym	Relativt förutsägbar.
• Manipulerbarhet	Finns visst utrymme via diagnosglidning, SID** och bristande följsamhet vid förskrivning (t.ex. antibiotika).

* Vissa diagnoser (t.ex. diabetes) täcks av kvalitetsregister.

** SID står för den engelska termen *supplier induced demand* och innebär att vårdgivaren utnyttjar sitt informationsövertag gentemot patienten för att uppmuntra denne att efterfråga en större mängd sjukvårdstjänster än vad som är optimalt.

Transaktionsspecificitet

Primärvårdens transaktionsspecificitet bedöms som relativt låg för huvuddelen av verksamheten. Flertalet av de resurser som används, exempelvis inom administration, möblemang och byggnadsunderhåll, är möjliga att använda i alternativa verksamheter. De mest specifika tillgångarna utgörs av läkarnas humankapital, särskilt läkarnas kunskap om patienternas historia, behov och preferenser. I den utsträckning allmänläkarna har en specifik inriktning eller specialitet, kan man därför anta att graden av transaktionsspecificitet ökar. För humankapitalet hos flertalet allmänläkare finns sannolikt många användningsområden, såväl geografiskt som inom närliggande verksamheter, t.ex. företagshälsovård.

Frekvens

Besöksfrekvensen inom primärvården karakteriseras som hög, särskilt avseende traditionell husläkarverksamhet. Om samtliga läkarbesök i primärvården under ett år slås ut på hela befolkningen, görs i genomsnitt knappt 1,5 besök per invånare. Det är dock endast ca två tredjedelar av befolkningen som är i kontakt med en allmänläkare varje år. Antalet besök varierar i sin tur med bl.a. ålder och sjukdom. Oavsett besöksfrekvens hos enskilda patienter innebär det att allmänläkare genomför ca 12,5 mottagningsbesök per arbetsdag (om samtliga läkarbesök i primärvården fördelas lika på totalt antal verksamma läkare i primärvården, s.k. helårsekvivalenter). Dessa kan naturligtvis skifta väsentligt i innehåll och typ av åtgärd, men dess form och tidslängd får betraktas som relativt standardiserad. Det sistnämnda förhållandet innebär att det är ändamålsenligt att bygga upp omfattande rapportering och uppföljningsmöjligheter kring läkarbesöken. Generellt kan verksamheten karakteriseras av olika produktionstoppar, vilka ofta sammanfaller med influensor och liknande. Dessa mönster är dock relativt likartade från år till år, vilket gör att planeringsförutsättningar bör vara goda. Efterfrågan på primärvård bör därför sammantaget betraktas som relativt förutsägbar.

Osäkerhet

Medicin är i grunden en vetenskap som präglas av osäkerhet. För varje åkomma finns flera kända alternativ för att förebygga, diagnostisera och behandla denna. Osäkerheten mildras dock till följd av den relativt stabila marknadsefterfrågan på primärvård, samt genom det faktum att allmänläkarna vid svåra fall har möjlighet att remittera patienten till olika specialistkliniker. Dessutom torde nya teknologier eller förändrade tillgångspriser vara relativt sällsynta, framför allt eftersom konsultation och olika former av undersökningar får betraktas som kärnan i tjänsten. Den kanske största osäkerheten inom husläkarverksamheten utgörs av risken att missa allvarliga sjukdomar, felaktigt friskförklara patienten, eller ge denne felaktig behandling för symtom.

Ur producentens perspektiv utgörs osäkerheten i stället främst av risken för att beställaren ändrar auktorisationsvillkoren, särskilt avseende villkoren för listning och ersättning. Tidigare kartläggningar av villkoren inom primärvården pekar på att dessa varit relativt stabila, men att ersättningen till viss del ändrats vad gäller justering för vårdbehov (Anell m.fl., 2012). Förutsättningarna är dock kända åtminstone ett år framåt. Det är också möjligt för producenterna att komma med synpunkter på förändrade villkor etc.

Mätbarhet

En central aspekt vid kontraktutformning gäller hur pass väl det går att mäta olika aspekter av verksamheten. Primärvårdens verksamhet är bred och komplex. Detta innebär att det finns uppenbara svårigheter att mäta och bedöma kvaliteten i verksamheten. Många gånger är det svårt att urskilja effekten av primärvårdens insatser, eftersom tillgängliga mått på befolkningens hälsa alla är funktioner av samverkande faktorer. Ur patientperspektivet finns i huvudsak två typer av kvalitet. Den första rör den rent medicinska kvaliteten avseende behandlingens effekter på patientens hälsa. Inom vissa medicinska discipliner kan dessa uppgifter hämtas ur kvalitetsregistren. För merparten av patientbesöken inom primärvården saknas dock kvalitetsregister som möjliggör utvärdering och jämförelser av effekterna av vårdens insatser på den medicinska kvaliteten. I viss utsträckning finns dock relevanta kvalitetsregister

för att mäta medicinska effekter inom primärvården. Det gäller t.ex. uppföljning av blodsocker för patienter med diabetes.

Den andra dimensionen av kvalitet utgår från patienternas egna bedömningar och upplevelser av vården och dess tillgänglighet. Sedan 2009 genomförs vartannat år en nationell patientenkät avsedd att mäta dessa aspekter inom primärvården. Undersökningen är dock frivillig vilket gör att samtliga landsting inte deltar. Vid första mätningen 2009 omfattade enkäten endast besök hos läkare. Vid mätningarna därefter har enkäten omfattat både besök hos läkare och sjuksköterskor. Enkäten består av 55 frågor, varav åtta rör tillgänglighet, fem rör mottagningen, 22 behandlar själva besöket, fem avser provtagning, nio det övergripande helhetsintrycket och sex rör bakgrundsuppgifter för patienten.

Undersökningen skapar goda förutsättningar att jämföra och följa upp patienterfarenheter på enhetsnivå inom svensk primärvård. Analyser av resultaten har exempelvis pekat på att det är väsentligt att korrigera dessa för skillnader i patientsammansättning bland enheterna. I annat fall riskerar tolkningen av jämförelserna att leda fel (Glenngård och Anell, 2012b).

Möjligheterna att prissätta olika insatser inom primärvården bedöms som goda. Flertalet insatser är väletablerade och, över tid, har landstingen utvecklat en rad beskrivningssystem för att mäta innehåll och kostnader för olika tjänster. Det mest avancerade verktyget används för att beräkna kostnaden per patient (KPP). Detta används sedan bl.a. vid tidsseriestudier för att skatta kostnaderna för besök hos olika personalkategorier eller för detaljerad analys av verksamheternas kostnadsredovisningar. För att förbättra prissättningen ytterligare krävs dock att fler landsting än i dag använder KPP-redovisning. Utvecklingen försvåras av att det i dag saknas ett nationellt beskrivningssystem över insatserna inom primärvården (Socialstyrelsen, 2012).

Manipulerbarhet

Ett problem som lyfts fram med vissa ersättningsmodeller är risken för att dessa i stor utsträckning bygger på att vårdgivarna gör korrekta registreringar av utförda vårdinsatser. Beställaren har i praktiken begränsade möjligheter att kontrollera dessa. I detta avseende finns exempel på fusk och oegentligheter inom bl.a. vårdval Stockholm. Vårdgivarna uttryckte där även att det är

komplikerat att registrera vårdinsatserna i enlighet med ersättningsmodellen (Landstingsrevisorerna SLL, 2013). I utvärderingar av vårdvalet i Skåne framhålls att registreringen av vårdtunga diagnoser ökat till följd av införandet av diagnosbaserad ACG¹⁶-ersättning (Paulsson m.fl., 2009). Liknade resultat påvisas även från utvärderingar av effekterna av valfrihet i Jönköpings läns landsting. Det tycks alltså finnas risk för att ersättning baserad på diagnosättning (ACG) kan skapa incitament hos vårdgivarna att vara alltför generösa i sin diagnosättning, i syfte att få högre ersättning (Anell m.fl., 2012).

Det faktum att ersättningen följer patienten kan trigga till ökad konkurrens mellan mottagningar. Det kan också leda till stärkta incitament för vårdgivaren att öka antalet egenproducerade aktiviteter och att förbättra tillgängligheten. Utvärderingar av införandet av patientdriven konkurrens i Norge visar att allmänläkarna upplever att det har blivit viktigare att tillfredsställa patientens behov. Detta eftersom de är oroliga för att förlora patienter (Carlsen och Norheim, 2003). Samtidigt kan den ökade konkurrensen i detta perspektiv också leda till ökad remittering till andra vårdgivare. Allmänläkarna i Norge uppgav i detta avseende att de inte såg sig själva som "gate keepers", och att det för att tillfredsställa patientens behov var lättare att hänvisa denna till specialistvård (Carlsen och Norheim, 2003). Detta resultat stöds också av den forskning som visar att ökad konkurrens inom allmänvården är förenat med ökad förskrivning av läkemedel till äldre patienter (Kann m.fl., 2010).

I samband med införandet av vårdvalsreformerna fanns farhågor om att konkurrensen och förbättrad tillgänglighet skulle leda till överkonsumtion av vissa tjänster. Denna tendens syns dock inte exempelvis i förskrivningen av antibiotika. Tvärtom visar utvecklingen där generellt en nedåtgående trend. Denna utveckling har dock knappast påverkats av vårdvalsreformerna, utan är med stor sannolikhet en effekt av myndigheters olika åtgärder för att minska förskrivningen. Utvecklingen kan eventuellt tolkas som att vårdvalsreformerna inte påverkat detta arbete i negativ riktning (Rehnberg, 2014).

¹⁶ ACG (Adjusted Clinical Groups) är en metod som kan användas såväl för att beskriva hälsotillstånd i befolkningen som för att fördela sjukvårdsresurser efter förväntad vårdtyngd, med utgångspunkt i registrerade diagnoser.

A.1.2 Kontraktsegenskaper

I det följande tar vi fasta på den del av vårdvalssystemen som omfattar s.k. husläkarverksamhet. Denna avser mottagningsverksamhet, inklusive hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser, samt rådgivning och hembesök för de patienter som listat sig hos en vårdgivare (samt de patienter i området vilka ännu inte valt vårdgivare). Det finns sedan tidigare ett antal sammanställningar om likheter och skillnader mellan vårdvalsmodellerna i landstingen (se t.ex. Lindgren, 2014; Anell m.fl., 2012; Konkurrensverket, 2012). Den följande redogörelsen är delvis baserad på dessa sammanställningar.

Tabell A.2 Kontraktsegenskaper i tjänsten primärvård

Kontraktsegenskaper	Kommentar	Not
Akreditering	Styrning av insatsfaktorer (minimikrav) främst gällande kompetens och bemanning.	
Ersättningssystem	Pengar följer patienten. Generellt tillämpas mix mellan fast och rörlig ersättning samt kvalitetsersättning, men det varierar mellan landsting. Även kostnadsansvar för tilläggstjänster och läkemedel varierar mellan landsting.	Den övervägande merparten av landstingen ersätter vårdenheterna med minst 80 % kapitering mot att denna utgör ca 40 % i Stockholm.
Selektionsincitament	Beror på ersättningssystem. Begränsade möjligheter.	
Avtalslängd	Generellt kan kontraktperioden liknas vid ettåriga förlängningsavtal.	Förutsättningar kända minst ett år i förväg.
Uppföljning	Störst fokus på uppföljning av produktion, vårdprocesser och till viss del tillgänglighet och patienterfarenheter. Svårare att följa upp medicinska resultat. Sammantaget relativt begränsad uppföljning och ansvar.	Tar generellt fasta på de dimensioner som Socialstyrelsen definierat inom ramverket "God vård".

Vårdvalens omfattning uppvisar viss variation mellan landstingen. Vid sidan av kärnverksamheten, som kan beskrivas som traditionell husläkarverksamhet, ingår även barnhälsovård (BHV) och rehabilitering i de flesta av uppdragen. Vad gäller inkluderandet av mödrahälsovård och fotvård noteras större spridning bland landstingen. Utmärkande är även att Stockholm och Uppsala

organiserar de olika uppdragen inom separata vårdvalssystem. Det finns således viss tendens till att uppdragen är bredare i landsting som i större utsträckning omfattar glesbygdsområden. Generellt har uppdragen varit relativt stabila över tid.

Ackreditering

I auktorisationsvillkoren ställs krav på verksamhetens ekonomiska status, samt att vårdgivarna följer beställarens allmänna villkor avseende bl.a. lagar, förordningar, landstingens riktlinjer och policys. Villkoren avser även samverkan, tillgänglighet, personal, kvalitetsarbete, uppföljning, informationsförsörjning och verksamhetsrapportering. Flertalet av kraven tar fasta på styrning av insatsfaktorer, dvs. fokuserar på strukturkvalitet i form av utrustning, bemanning och kompetens. Det ställs t.ex. krav på att medicinskt ansvarig läkare ska vara specialist i allmänmedicin. Kraven omfattar även lägsta bemanningsnivå (t.ex. att vårdcentralen bör vara bemannad med minst tre läkare och en distrikt-sköterska), samt att all personal som ger hälso- och sjukvårdsrådgivning ska ha lägst sjuksköterskekompetens.

Ersättningssystem

Det finns relativt stor spridning i ersättningssystemens utformning mellan landstingen, men några övergripande principer kan iakttas. Flertalet landsting tillämpar en kombination av fast ersättning per listad individ, rörlig ersättning kopplad till besök eller åtgärd (antingen direkt eller indirekt), samt målrelaterad ersättning. Skillnaderna består främst i avvägningen mellan fast ersättning per listad och besöksrelaterad ersättning. Merparten av landstingen ersätter vårdenheterna med minst 80 procent kapitering. Detta kan kontrasteras mot Stockholm där kapitering utgör ca 60 procent av ersättningen. Det finns även skillnader i hur den fasta ersättningen (kapiteringen) justeras utifrån förväntad vårdtyngd. 18 landsting justerar ersättningen efter ålder hos patienten, medan 12 utifrån vårdtyngd, baserat på diagnosklassificering (ACG). Sexton landsting justerar även ersättningen utifrån socioekonomiska förutsättningar, med hjälp av ett viktat index av olika socioekonomiska variabler. Sammantaget varierar justering av ersättningen

mellan 5–30 procent beroende på socioekonomiska variabler. I 15 av landstingen justeras även ersättningen för vårdenhetens geografiska lokalisering.

Utformningen av en rörlig ersättning skiljer sig i stället med avseende på om ersättningen justeras beroende på täckningsgrad, dvs. andelen av totala antalet besöken som äger rum i öppenvården. I 15 landsting justeras ersättningen efter täckningsgrad, dock med relativt stora skillnader i beräkningsgrund. Den rörliga ersättningen kan vara differentierad mellan olika personalkategorier och beroende på åtgärd eller vara enhetlig. Stockholm och Uppsala sticker här ut med i hög grad differentierade ersättningar. I nio landsting saknas helt direkt besöksersättning för listade individer.

En målbaserad ersättning kan utformas olika avseende antalet indikatorer, dess konstruktion och ersättningens storlek. I ett landsting finns hela 39 ersättningsrelaterade mål, medan ett annat landsting inte tillämpar målrelaterad ersättning alls. Ersättningsnivån varierar mellan 1–6 procent. Det kan anas utvecklings-tendenser bland landstingen i form av att flera av dessa avser att införa ACG och vidareutveckla den målbaserade ersättningen.

Selektionsincitament

Det är svårt att bedöma hur de olika ersättningssystemen kan tänkas påverka risken för urvals beteenden. En högre besöksrelaterad ersättning (såsom t.ex. i Stockholm) kan motverka att svårare patientgrupper ges färre besök, eftersom vårdgivaren ersätts för alla dessa. Men frågan är om ersättningen är tillräckligt differentierad mellan olika patientgrupper. I övriga landsting där ersättningssystemen huvudsakligen baseras på kapitering, är risken för negativa urval större i denna bemärkelse. Samtidigt tar kapiteringsersättningen oftast större hänsyn till förväntat vårdbehov och socioekonomiska förhållanden. Det är därför möjligt att konkurrensen om att få patienterna att lista sig på mottagningen, medför att utförarna i ökad utsträckning även försöker tillfredsställa efterfrågan från patientgrupper med svårare eller tyngre diagnoser.

Uppföljning

Uppföljningens utformning varierar mellan landstingen, men tar generellt fasta på de dimensioner som Socialstyrelsen definierat inom ramverket "God vård". Enligt detta är målrelaterad ersättning knutet till målpuppfyllelsen inom sex kvalitetsområden:

- kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård
- effektiv hälso- och sjukvård
- hälso- och sjukvård i rimlig tid
- säker hälso- och sjukvård
- patientfokuserad hälso- och sjukvård
- jämlik vård

Utformningen av målrelaterade ersättning berör aspekter av insatsernas mätbarhet inom olika delar av primärvårdens verksamhet. Det är här vanligt att skilja på om målen fångar struktur-, process- eller resultat-kvalitet. Logiken är att vårdens resultat-kvalitet påverkas av vårdgivarnas resurser och kunskaper (struktur), men även av vilka åtgärder och metoder som används (process). Flertalet av de målrelaterade ersättningar som syftar stimulera vårdens resultat-kvalitet, baseras i detta avseende på vårdprocesser snarare än på den slutliga patientnyttan. Exempel kan utgöras av följsamhet avseende läkemedelsanvändning, eller i vilken utsträckning patienter erbjuds hälsofrämjande insatser. Antalet resultatmått är få och återfinns främst inom områdena tillgänglighet och patienterfarenheter (Anell, 2010; Anell m.fl., 2012). Beroende på vilka mått som används skapas skilda drivkrafter. Fördelen med resultatmått är att de kan främja innovationer som förbättrar den slutliga patientnyttan. Processmått tar i stället fasta på befintlig kunskap kring de insatser som främjar god vård. Det finns belegg för ett samband mellan god följsamhet till processmål och slutgiltiga hälsoeffekter hos patienten. Dock är bristen på kliniska kvalitetsindikatorer inom primärvården en försvårande omständighet avseende sektorns mätbarhet. Sammantaget finns relativt goda möjligheter att följa upp patientupplevd kvalitet, men sämre möjligheter att följa upp medicinska resultat.

A.2 Specialiserad vård

Med specialiserad vård avses den hälso- och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges inom primärvården. Den del av den specialiserade vården som omfattar kroppsliga besvär (somatisk vård) utgörs av medicinsk och kirurgisk korttidsvård, rehabilitering, geriatrisk vård m.m. Verksamheten drivs i huvudsak vid sjukhus, men även på specialistläkarmottagningar eller vårdcentraler. Den specialiserade somatiska vården svarar för drygt hälften av sjukvårdens nettokostnader. Ses till andelen av landstingens köp av privata vårdgivare inom denna vårdgren har denna legat relativt konstant på ca 7 procent mellan 2001–2012.

I takt med ett ökat inslag av vårdvalsmodeller inom primärvården, har valfrihetsmodeller även införts på relativt bred front inom den specialiserade vården. Sedan 2009 har 20 olika vårdvalsmodeller införts inom den specialiserade vården. Detta främst inom olika opererande verksamheter såsom gråstaroperationer och höft- och knäplastik, men även inom specialiserade öppenvårdsmottagningar för öron-näsa-hals etc. Tio vårdval har införts i Stockholm och sex i Uppsala. Övriga har införts i Kalmar, Skåne, Östergötland och Halland. Vårdvalen är av skiftande karaktär och omfattar allt från avancerad ryggkirurgi till ljusbehandling av psoriasis. En rad ytterligare vårdvalssystem är på gång att introduceras, främst i Stockholm och Halland.

I det följande väljer vi att fördjupa oss i kontraktsvillkoren inom fyra olika planerade specialistområden inom den öppna somatiska vården. Dessa avser höft- och knäprotesoperationer, gråstarr-operation, ryggkirurgi och förlossningsvård. Områdena har valts för att belysa vårdområden som omfattar betydande patientgrupper, och för att illustrera att kontraktsvillkoren utformats på delvis skilda sätt. Ytterligare ett exempel på en kontraktsform som främst tillämpas inom den öppna specialiserade vården utgörs av de läkare som är verksamma med ersättning enligt den nationella taxan. Detta omfattar en rad läkarspecialister, även allmänläkare, men då flertalet specialister omfattas av kategorin för specialiserad vård, väljer vi att exemplifiera kontraktsformen under denna vårdnivå.

A.2.1 Höft- och knäprotesoperation¹⁷

System för fritt val av vårdgivare vid höft- och knäprotesoperation infördes i Stockholm under 2009 och under 2013 i Uppsala. Själva vårdvalsuppdragen, som är princip identiskt utformade i båda landstingen, omfattar planerade höft- och knäprotesoperationer för i övrigt relativt friska individer (klassifikationsgrupperna ASA 1 och 2.)¹⁸ Vårdgivarna har vid osäkerhet i klassificeringen ett visst bedömningsutrymme, men riskgrupper (ASA 3 och 4) ska hänvisas till akutsjukhusen. Uppdragen avser allt från bedömning av behandlingsnytta, till att utföra operation och svara för eftervård och rehabilitering, inkluderande återbesök och efterkontroller. För att vården ska kunna komma i fråga krävs i princip remiss från primärvårdsläkare eller övrig specialist i ortopedi. I avtalen poängteras även att vårdgivarna ska se till att patienten opereras inom den tidsramen som omfattas av den s.k. vårdgarantin. För övrigt består målen i att uppnå förbättrad rörelseförmåga hos patienten och ökad livskvalitet för denne. I dagsläget finns tio auktoriserade utförare inom vårdvalet i Stockholm.

A.2.1.1 Transaktionsegenskaper

Tabell A.3 Egenskaper i tjänsten höft- och knäprotesoperation

Egenskaper	Kommentarer
Transaktionsspecificitet	Måttlig i många fall.
Frekvens	Måttlig till hög.
Osäkerhet	Förekommer p.g.a. låg mognad i marknaden. Ingreppet är dock väldefinierat och standardiserat.
Mätbarhet	
• Kvalitet	God vad gäller patientupplevd kvalitet. I många fall god vad gäller medicinska utfall. Varierande grad av evidens.*
• Kostnad	Relativt förutsägbar.
• Volym	Relativt förutsägbar i de flesta fall.
• Manipulerbarhet	Måttlig. Diagnosglidning motverkas av kontroll; SID begränsas av remisskrav. Vårdgivare har ett visst informationsmässigt övertag.

*Finns i många fall specifika relevanta kvalitetsregister.

¹⁷ Om inget annat anges baseras framställningen på Landstinget i Uppsala läns regelbok för höft- och knäprotesoperationer 2013 (Landstinget i Uppsala, 2013) och SLL:s regelbok för höft- och knäprotesoperationer 2011 (SLL, 2011a).

¹⁸ ASA är ett internationellt klassificeringssystem avseende fysisk status inför operation. Klassificeringen har sex steg, från 1; helt frisk, till 6; hjärndöd.

Transaktionsspecificitet

Den planerade operationsverksamheten inom vårdval för höft- och knäplastik kräver mer specifika kunskaper, utrustning och lokaler än vad som är fallet med primärvårdstjänster. Dock är det troligt att vissa av dessa tillgångar kan användas inom andra verksamheter utan att de förlorar ekonomiskt värde. Tillgångar för mottagningsverksamhet, laboratorie- och röntgenkapacitet, operationssalar och vårdavdelning kan exempelvis komma till användning inom annan verksamhet. Tjänstens transaktionsspecificitet bedöms därför som måttlig. De mest specifika tillgångarna avser humankapitalet hos opererande läkare.

Frekvens

Under 2009 utfördes ca 15 500 förstagångsoperationer med totalprotes vid höftoperation och ca 4 500 med halvprotes (SKL, 2010). Motsvarande siffor för knäprotesoperation var ca 12 150 operationer under 2009. I Stockholm uppgick det totala antalet vårdtillfällen i slutenvård och antalet ingrepp i dagkirurgi vid höft- och knäprotesoperation till ca 5 000 under 2011. Motsvarande siffra för Uppsalas del var ca 1 000. Höft- och ledplastiksoperationer utgjorde därmed ca 1 procent av samtliga vårdtillfällen i slutenvård och antalet ingrepp i dagkirurgi under 2011. Frekvensen bedöms därför som måttlig till hög. Krav på viss frekvens i verksamheten ställs genom att varje opererande läkare ska utföra minst 50 ledplastiksoperationer per år.

Osäkerhet

Enligt auktorisationsvillkoren har vårdgivarna ekonomiskt ansvar för förlängd eftervård på annan enhet och för reoperationskostnader inom två år efter primäroperationen. I avtalsvillkoren framhålls dock att det inom professionen finns osäkerhet kring den förväntade reoperationsnivån, och att beställaren därför initialt kommer att söka ytterligare information inom detta område. I villkoren framhålls även att det kan bli aktuellt med medicinsk revision kring ställningstagande för eventuell avauktorisering, alternativt krav på åtgärdsprogram. En central dimension i marknadsvillkoren får därmed bedömas som osäker. Detta påverkar

riskfördelning mellan beställare och utförare. För beställarens del är osäkerheten knuten till att denne är beroende av medicinska utlåtanden av specialistrådet i ortopedi, vid bedömning i tveksamma fall av vilken part som är ekonomiskt ansvarig. För utförarnas del är det dock beställaren som slutligen avgör vem som är betalningsansvarig.

Mätbarhet

Mätbarheten bedöms som god, både vad gäller patientupplevd och medicinsk kvalitet. Båda dimensionerna fångas via de nationella kvalitetsregistren för höft- och knäproteser, vilka etablerades i slutet på 1970-talet. År 2008 uppgick täckningsgraden inom höftprotesregistret till 98 procent, och motsvarande 96 procent för knäproteser. Indikatorerna fångar bl.a. överlevnad av implantat och reoperationsfrekvens, dvs. de rymmer mått på både kort- och långtidskomplikationer. Inom höftregistret följs implantatens två-, fem- och tio-årsöverlevnad. Resultaten relateras också till patientfaktorer, för att i bedömningen ta hänsyn till patientens allmänna hälsa och operationens svårighetsgrad. Den patientupplevda kvaliteten följs genom att patienten efter operation anger smärta enligt VAS¹⁹, samt självskattad hälsorelaterad livskvalitet med EQ-5D²⁰ som instrument (ett, sex och tio år efter operation). Detta möjliggör en s.k. personbunden kostnadsnyttoanalys (SKL, 2010). Beställaren (SLL) genomför även en rad egna mätningar av patientupplevelse. Även om förekomsten av komplikationer inte alltid är känd, är kunskapen om den medicinska kvaliteten generellt god. Det kan dock vara problematiskt att bedöma vilken vikt som ska tillmätas subjektiv och klinisk kvalitet, vid beräkningen av den målrelaterade ersättningen.

Ses till mätbarheten av olika resursinsatser utgör de höft- och knäoperationer väletablerade DRG-grupper. För dessa har nationella kostnadsvikter enligt Nord-DRG²¹ upprättats. Dessa mått baseras på uppgifter från en majoritet av de svenska sjukhus som

¹⁹ VAS är en smärtskattningsskala där patienten graderar sin smärta från ingen smärta till värsta tänkbara smärta.

²⁰ EQ-5D är en metod för att skatta patientens hälsa.

²¹ Diagnosrelaterade grupper, DRG, är ett system för att dela in patienter i likartade grupper (patientklassificeringssystem) och används för verksamhetsbeskrivning i sjukvården. I Sverige används Nord-DRG, som utvecklats av de nordiska länderna gemensamt.

utför operationer inom området. Sammantaget gör detta att beställaren har relativt god bild av kostnadsnivån.

Manipulerbarhet

Det kan finnas visst utrymme för indikationsglidning²² hos vårdgivarna vid svårbedömda fall. Beställaren har dock möjlighet att jämföra förekomsten av operationer mot övriga delar av landet och även internationellt. Vårdgivarna kan även ha visst informationsmässigt övertag när det gäller att avgöra och påverka olika instanser, exempelvis när det uppstår tveksamheter om det ekonomiska ansvaret för utökad eftervård och eventuella reoperationer.

A.2.1.2 Kontraktsegenskaper

Tabell A.4 Kontraktsegenskaper i tjänsten höft- och knäprotesoperation

Kontraktsegenskaper	Kommentar	Not
Akreditering	Styrning av insatsfaktorer (minimikrav) främst gällande kompetens och bemanning, även volymkrav.	
Ersättningssystem	Pengar följer patienten. Rörlig ersättning. Kvalitetsersättning viktig. Kostnadsansvar för utvidgad vårdepisod/ytterfall varierar. Inga produktionstak.	I vissa fall kostnadsansvar för utfall även långt fram i tiden.
Selektionsincitament	Begränsade p.g.a. att riskpatienter ofta är exkluderade.	
Avtalslängd	Uppsala: fyraårig avtalsperiod. Stockholm: ej generellt specificerat, kan liknas vid ettåriga förlängningsavtal.	
Uppföljning	Relativt omfattande uppföljning och ansvar. Beställaren mer beroende av inomprofessionella bedömningar.	

²² Med indikationsglidning avses att registreringen av diagnoser (däribland bi-diagnoser ändras över tid) så att den genomsnittliga vårddyngden ökar (t.ex. via DRG).

Ackreditering

I auktorisationsvillkoren ställs förutom traditionella krav på ekonomisk stabilitet, också krav på att vårdgivarna följer beställarens allmänna villkor. Dessutom ställs specifika krav på bl.a. verksamhetens utrustning och lokaler, samt kring personalens erfarenhet och kompetens. Det ställs exempelvis krav på att opererande läkare är specialister i ortopedi och att de självständigt har genomfört eller assisterat vid 150 ledplastikoperationer. Kravet är sedan att varje opererande läkare genomför minst 50 operationer per år. I Uppsala tillämpas en fyraårig avtalsperiod, medan avtalsperioden i Stockholm generellt inte är specificerad utan snarare kan liknas vid ettåriga förlängningsavtal.

Ersättningssystem

Det finns vissa skillnader i utformningen av ersättningen mellan Stockholm och Uppsala. I Stockholm tillämpas en modell som kan ses som en variant av s.k. värdepisodersättning, dvs. vårdgivaren får ett paketpris för inledande bedömning, operation och eftervård. I Uppsala ersätts i stället dessa delar separat. Den sammantagna ersättningsnivån är dock likartad mellan de två landstingen.

Mer specifikt består ersättningen i Stockholm av en mix av en rörlig produktionsrelaterad ersättning, och en målrelaterad bonusersättning (eller vite). Den produktionsrelaterade ersättningen utgörs av paketpris i samband med operation samt därutöver specifik ersättning för särskilt definierade besök. I beställarens ersättning per operation inkluderas kostnaden för:

- läkarundersökning före operation
- operation inklusive eftervård
- protes, läkemedel och material

Om vårdgivaren uppfyller vissa fastställda kvalitetskrav ges sedan ca 3 procent av den produktionsrelaterade ersättningen under ett kalenderår som målrelaterad bonusersättning. Om vårdgivaren inte uppnår de fastställda nivåerna utdöms i stället vite. I Uppsala tillämpas inte någon målrelaterad ersättning.

Centralt i auktorisationsvillkoren, i både Stockholm och Uppsala, är vidare att vårdgivaren oberoende av orsak har ett kostnadsansvar för reoperationskostnader inom två år efter primär-

operation. Kostnadsansvaret omfattar reoperationskostnader i form av undersökning före operation, operation, protes/operationsmaterial samt eftervård med rehabilitering fram till hemgång. Vid osäkra fall kan dock betalningsansvaret mildras om detta är i linje med utlåtandet från specialistrådet i ortopedi. Vårdgivarna bekostar även slutenvårdsläkemedel (klinikläkemedel) när patienten befinner sig på mottagning, samt har fullt ekonomiskt ansvar för alla kostnader för medicinsk service.

Selektionsincitament

Risken ur selektionssynpunkt består i att vårdgivarna vidgar indikationsgränserna, och på så vis ökar den avsedda patientgruppen, eller att de remitterar vidare patientgrupper som egentligen borde behandlas. Detta beteende kan ur vårdgivarsynpunkt vara strategiskt så länge som de förväntade kostnaderna understiger de faktiska intäkterna. I syfte att förhindra en vidgning eller minskning av patientgruppen ställer beställaren krav på att vårdgivaren redovisar bakomliggande vårdprocess vid varje nybesök, dvs. vem som är remittent eller om sådan saknas. Dessutom bevakas andelen nybesök som inte leder till operation. Det utökade kostnadsansvaret för komplikationer och eventuella reoperationer kan dock medföra ökad risk för att vårdgivarna remitterar vidare högriskpatienter (som egentligen borde ha behandlats inom uppdraget) till andra vårdgivare.

Uppföljning

Uppföljningen syftar till att granska om vårdgivarna uppfyller kraven enligt auktorisationsvillkoren. I Uppsala sker uppföljningen i linje med de dimensioner som Socialstyrelsen definierat inom ramverket "God vård". Totalt följs 21 indikatorer varav de flesta avser kunskap- och ändamålsenlig vård. Här ingår bl.a. att rapportera till nationella kvalitetsregister. För övrigt framhålls att fördjupad kvalitetsuppföljning kan komma att äga rum via medicinsk revision. I Uppsala genomförs ingen egen patientenkät och ekonomiska incitament är inte heller kopplade till uppföljningsindikatorerna.

Även i Stockholm sker uppföljningen i linje med "God vård-ramverket". Sammantaget följs 55 indikatorer och i tillägg till ramverket även inom områdena behov, genomförda prestationer, patienteffekter och miljö etc. Den målrelaterade ersättningen baseras sedan på elva indikatorer omfattande patientnöjdhet och medicinska resultat. Uppgifterna samlas in via medicinska kvalitetsregister och landstingsinterna patientenkäter.

A.2.2 Ryggkirurgi²³

SLL:s vårdval inom ryggkirurgi avser specialiserad vård inom ortopedi och neurokirurgi. Vårdvalet trädde i kraft den 1 september 2013 och i dag finns två auktoriserade mottagningar inom vårdval ryggkirurgi. Målet för uppdraget är att verksamheten ska vara väl integrerad med övrig vård och präglas av hög kvalitet, tillgänglighet samt av professionellt bemötande och omhändertagande. Basuppdraget omfattar både tvärprofessionella bedömningar av operationsindikationer och specifika ryggkirurgiska operationer, däribland diskbräck och spinal stenos (trång ryggrad). Dessutom finns ett tilläggsuppdrag med liknande inriktning för ryggkirurgiska diagnoser i halsryggen. Detta uppdrag avser dock inte ryggmärgsskadade. Målet med vården är att öka patienternas livskvalitet, genom minskad smärta och ökad funktions- och aktivitetsförmåga. Sammantaget består uppdraget av diagnostisering, utredning och operation av specificerade diagnoser enligt bas- eller tilläggsuppdrag. I uppdraget ingår även rehabilitering av patienten efter operation, fram till tidpunkt för överremittering till primärvårdsläkare eller övrig öppenvård.

I uppdraget preciseras även målgrupp samt vilka remissvägar och tidigare utredningar som krävs för att få ersättning. En viktig begränsning av den inkommande volymen är krav på remiss från primärvårdsläkare eller annan specialist. Ofullständiga remisser måste därför kompletteras. Ambitionen är att patienten ska följa en på förhand väldefinierad vårdkedja. I villkoren anges även detaljerade specifikationer för medicinska prioriteringar och indikationsgrunder. Vidare fastslås att vårdgarantin ska uppfyllas. Detta kan exempelvis innebära att utomlänspatienter endast får behandlas om vårdgivaren uppfyller SLL:s uppställda besöks- och

²³ Om inget annat anges baseras framställningen på SLL:s förfrågningsunderlag enligt LOV för vårdval ryggkirurgi (SLL, 2013a).

vårdgivargarantier för patienter inom Stockholms län. Avtalstiden utgörs av fyra år.

A.2.2.1 Transaktionsegenskaper

Tabell A.5 Egenskaper i tjänsten ryggkirurgi

Egenskaper	Kommentarer	Not
Transaktionsspecificitet	Måttlig/medel i många fall.	
Frekvens	Måttlig.	
Osäkerhet	Förekommer p.g.a. låg mognad i marknaden.	
Mätbarhet		
<ul style="list-style-type: none"> Kvalitet 	God vad gäller patientupplevd kvalitet, samtliga mått baseras dock på patientupplevd kvalitet. Varierande grad av evidens.	Finns internationellt etablerat mått på smärtbedömning.
<ul style="list-style-type: none"> Kostnad 	Relativt förutsägbar.	
<ul style="list-style-type: none"> Volym 	Relativt förutsägbar i de flesta fall.	
<ul style="list-style-type: none"> Manipulerbarhet 	Måttlig. Diagnosglidning motverkas av kontroll; SID begränsas av remisskrav.	

Transaktionsspecificitet

Den planerade operationsverksamheten inom ryggkirurgi kräver viss specifik utrustning och anpassade lokaler, men generellt kan tillgångarna användas inom andra verksamheter utan att de förlorar i värde. Exempelvis kan tillgångar för mottagningsverksamhet, laboratorie- och röntgenkapacitet, operationssalar och vårdavdelning komma till direkt användning i annan sjukvårdsverksamhet. Viss specifik röntgenutrustning har dock högre transaktionsspecificitet. De mest specifika tillgångarna avser humankapitalet hos opererande läkare. Sammantaget bedöms tjänstens transaktionsspecificitet som måttlig, men något högre än vad gäller vårdval inom höft- och knäoperation. Detta framför allt eftersom ryggkirurgi utgör en mer avgränsad specialitet, varför de utomstående möjligheterna kan vara mindre för opererande läkare inom denna disciplin.

Frekvens

Uppdraget innehåller krav på att verksamheten utför minst 200 ryggoperationer respektive minst 40 halsryggsoperationer per år. Verksamheten är därmed relativt begränsad i omfattning. Specialistinriktningen mot ryggkirurgi är ändå så pass stor att det är viktigt att bygga upp välfungerande system för rapportering av verksamhet och olika kvalitetsutfall. Vid lägre frekvenser ökar dock i allmänhet kvalitetsriskerna, vilket kan motivera centralisering. Beställaren kan i detta avseende besluta att centralisera vissa fåtalsoperationer till endast en klinik som visar särskilt intresse av att utvärdera och utveckla behandlingen. Uppskattningsvis opereras i Sverige årligen 90–100 patienter per 100 000 invånare för någon form av ryggproblem. Exempelvis registrerades 2012 drygt 8 000 ländryggsopererade patienter i kvalitetsregistret för ryggkirurgi (Strömqvist m.fl., 2012).

Osäkerhet

Det finns viss osäkerhet inom vårdval för ryggkirurgi, framför allt kring vilka och hur många patienter som uppdraget omfattar. Vårdgivarna har i detta avseende viss möjlighet att påverka, samt ett informationsövertag gentemot beställaren. Justeringen av ersättningsnivån sker i samarbete med Svensk Ryggkirurgisk Förening. Det faktum att metodiken kan betraktas som avancerad gör att beställaren även här befinner sig i visst informationsunderläge gentemot professionen. Osäkerheten om utfall och riskjusteringar ökar ytterligare vid fåtalsoperationer.

Mätbarhet

Kvalitetsutfallet av de olika operationerna baseras i samtliga fall på det patientrapporterade utfallsmåttet Global Assessment, inom vilket patienten jämför sin smärta före respektive efter operation. Måttet är internationellt erkänt och hanteras av det svenska ryggregistret SweSpine. I registret mäts även patientens bedömning av bl.a. livskvalitet och funktionsförmåga. Uppföljning av komplikationer och patientens värdering sker sedan ett, två, fem och tio år efter operation. I registret följs även utvecklingen av vårdtider, antal diagnoser och utförda ingrepp samt komplikationer och

reoperationsfrekvens. Registrets täckningsgrad bedöms vara 75–80 procent (SKL, 2010).

Beställarens prissättning av de olika vårdepisoderna baseras på landstingets egen kostnadsredovisning. En vidare jämförelsegrupp hade här varit att föredra för att skapa sig en säkrare uppfattning av den faktiska kostnadsstrukturen.

Manipulerbarhet

Den specifika kunskap som krävs för diagnosticering, och den avancerade metodik som används vid beräkningen av riskjusterad prestationsersättning, är två faktorer som bidrar till att beställaren får visst informationsunderläge gentemot den medicinska professionen. Detta skapar utrymme för opportunist, vilket kan göra att vårdkvaliteten blir lidande. Beställaren kan på olika sätt försöka begränsa detta fenomen, exempelvis genom att utdöma vite om vårdgivarna inte rapporterar till kvalitetsregistret, eller på annat sätt brister i informationsrapporteringen.

A.2.2.2 Kontraktsegenskaper

Tabell A.6 Kontraktsegenskaper i tjänsten ryggkirurgi

Kontraktsegenskaper	Kommentar	Not
Akreditering	Styrning av insatsfaktorer (minimikrav) främst gällande kompetens och bemanning.	
Ersättningssystem	Pengar följer patienten. Rörlig ersättning. Kvalitetsersättning viktig. Kostnadsansvar för utvidgad vårdepisod/ytterfall varierar. Inga produktionstak.	I vissa fall kostnadsansvar för utfall även långt fram i tiden. Justeras på patientnivå utifrån förväntad kostnad och utfall.
Selektionsincitament	Kan förekomma då bedömning av riskpatienter utförs av vårdgivaren själv.	
Avtalslängd	Avtalstiden utgörs av fyra år.	
Uppföljning	Relativt omfattande uppföljning och ansvar. Beställaren mer beroende av inomprofessionella bedömningar.	

Ackreditering

I auktorisationsvillkoren ställs förutom traditionella krav på ekonomisk stabilitet, också krav på att vårdgivarna följer beställarens allmänna villkor. Vidare fastläs krav på specialistutbildning och krav på dokumenterad erfarenhet för medicinskt ansvarig och för opererande läkare. Dessa avser bl.a. krav på viss operationsvolym sedan tidigare. Det specificeras också att det måste finnas minst tre aktiva operatörer per kontrakt. Villkoren innehåller även krav på att lokaler och utrustning ska vara anpassade till relevanta miljö-, hygien- och säkerhetsstandarder.

Ersättningsystem

Ersättningsmodellen för ryggkirurgi beskrivs som en form av vårdepisodersättning. Det innebär att större delen av vården (dvs. även öppenvård före och efter operation), för de patienter som genomgår en operation ersätts med ett paketpris (ett fast prospektivt pris). Det innebär också att detta paketpris är knutet till patientens hälsoutfall. I ersättningen definieras nio olika operations- och åtgärdsprodukter (episodmoduler). Dessutom anges att vårdgivaren har kostnadsansvar för potentiellt undvikbara oönskade händelser.

Ersättning per vårdepisod innebär att ersättning för besök hos vissa personalkategorier i öppenvård, såväl före som efter operation, till viss del inkluderas i ersättningen. Viss styckersättning lämnas för bedömningsbesök före en eventuell operation (dessa får dock endast ske vid ett tillfälle). Vårdgivaren får därför, inom vissa kostnadsramar, ingen extra ersättning för återbesök hos smärtläkare eller besök avseende paramedicin/sjukgymnastik. Dessa behandlingar kan i sin tur utföras av vårdgivaren själv eller av en underleverantör. Att paketersättningen även inkluderar eftervård innebär således att vårdgivaren har incitament att hålla nere kostnaderna för denna.

Sammantaget består ersättningen för varje operation av en kombination av styckersättning och produktersättning, och där flera aktiviteter ersätts fullt ut eller till en viss procent av den historiska kostnaden. Den prestationsrelaterade ersättningen utgör ca 10 procent av totalersättningen. Summan av produkt- och prestationsersättning utgör den samlade episodersättningen.

Initialt ges en standardiserad ersättning för de tre komponenterna. Produktersättningen justeras sedan beroende på patientens förväntade behandlingskostnad. Faktorer som påverkar detta är t.ex. ålder, kön, samsjuklighet och antal opererade nivåer i ryggen. Prestationsersättningen korrigeras även beroende på utfallet av en patientrapporterad smärtbedömning/hälsoutfall. Vid denna bedömning ges patienten sex olika svarsalternativ om utvecklingen av hälsotillståndet. Frågan som ställs är: "Hur är din smärta i dag jämfört med före operation?" Resultaten justeras när de finns tillgängliga i kvalitetsregistret SweSpine. Justeringen baseras på faktiskt patientutfall i SweSpine jämfört med förra årets genomsnittliga utfall för aktuell patientgrupp (förväntat utfall). Analysen genomförs i samarbete med Svensk Ryggkirurgisk Förening och bedömningen följer måttet enligt verktyget Global Assessment.

I ersättningsvillkoren ingår även kostnadsansvar för potentiellt undvikbara oönskade effekter, upp till maxbeloppet om 200 000 kr. De oönskade effekterna är sedan kopplade till en viss garantitid som varierar mellan två månader till två år beroende på diagnos (dvs. om den oönskade händelsen avser en blödning, infektion eller ett felaktigt placerat implantat). Vårdgivaren har även kostnadsansvar för slutenvårdsläkemedel och all medicinsk service, exklusive vissa mer avancerade diagnostiska metoder.

Selektionsincitament

Vid sidan av ryggmärgsskadade exkluderas inte särskilt svåra patientgrupper från att opereras inom uppdraget för vårdvalet. Tvärtom omfattar uppdraget alla patienter som, oberoende av ASA-klassificering (allvarlighetsgrad), bedöms klara en operation med adekvat rehabilitering fram till överremittering till primärvårdsläkare. Bristen på tydliga avgränsningar (vårdgivaren avgör i stor utsträckning själv om patienten kan opereras inom uppdraget) skapar visst utrymme för s.k. diagnosglidning. För att motverka att vårdgivarna själva stimulerar efterfrågan finns dock tydliga krav på remiss.

Uppföljning

I linje med God vård-ramverket, följer beställaren upp 23 indikatorer avseende tillgänglighet, vårdgaranti, patientsäkerhet och medicinsk kvalitet. Rubrikområdena för indikatorerna är: kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, säker vård, effektiv vård, sjukskrivningsprocessen, jämlik vård och förebyggande hälso- och sjukvård. Krav ställs även på att vårdgivaren ska inrapportera statistik, samt medverka i mätningar och revisioner. Vårdgivarna ska även delta i forskningsprojekt och kliniska prövningar.

A.2.3 Förlossningsvård²⁴

Det finns i dag sju auktoriserade förlossningsenheter i Stockholm. Vårdvalsuppdraget inom förlossningsvård infördes den 1 januari 2009 i Stockholm. Uppdraget omfattar förvård, förlossningsvård och eftervård, inklusive omhändertagande i både öppen och slutenvård dygnet runt under årets alla dagar. Det gäller såväl planerad som akut vård. Om vårdgivaren själv inte har alla resurser för uppdraget kan underleverantörer anlitas. Målen för verksamheten är, förutom en generellt väl fungerande verksamhet, att kvinnans patientsäkerhet sätts i centrum, och att verksamheten drivs i samverkan med mödravårdsmottagningar. I uppdraget ingår inte vissa mer komplicerade patientgrupper, såsom exempelvis för tidigt födda eller barn till mödrar med känd HIV-infektion. Patienter med behov av högspecialiserad vård ska i stället remitteras till Karolinska sjukhuset.

Vårdgivaren ska i förväg ange hur många förlossningar som planeras under den första tolv månadersperioden och sedan årligen upprepa denna bedömning. En viktig restriktion är att verksamheten ska omfatta minst 1 000 förlossningar per tolv månadersperiod. Om vårdgivaren inte kommer upp i denna nivå upphör avtalet att gälla. Avtalstiden är inte generellt specificerad, men kan liknas vid ettåriga förlängningsavtal.

Gravida kvinnor ska i samverkan med mödravårdscentralen planera sin förlossning hos vårdgivaren. Kvinnor som valt vård-enhet får endast hänvisas till andra enheter om medicinsk säkerhet i omhändertagandet inte kan garanteras. I praktiken framhåller dock

²⁴ Om inget annat anges baseras framställningen på SLL:s regelbok för förlossningsenheter 2013 (SLL, 2013b).

beställaren att det inte finns några garantier för att patienten får föda på den klinik som denna önskat. Detta eftersom det kan vara fullt på förlossningskliniken, då förlossningar som bekant inte går att planera exakt i tid (Vårdguiden, 2013). Om alla platser skulle vara upptagna och kliniken inte kan ta emot patienten, ansvarar dock vårdgivarna för att ordna en plats åt denna på en annan förlossningsklinik.

A.2.3.1 Transaktionsegenskaper

Tabell A.7 Egenskaper i tjänsten förlossning

Egenskaper	Kommentarer	Not
Transaktionsspecificitet	Måttlig i många fall. Måste lokaliseras i närheten av akutmottagning/sjukhus.	
Frekvens	Medel.	
Osäkerhet	Tjänstens delvis akuta karaktär är en källa till osäkerhet.	
Mätbarhet		
<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitet 	God vad gäller patientupplevd kvalitet. I många fall god vad gäller medicinska utfall. Varierande grad av evidens.	Finns i många fall specifika relevanta kvalitetsregister.
<ul style="list-style-type: none"> • Kostnad 	Relativt förutsägbar.	
<ul style="list-style-type: none"> • Volym 	Relativt förutsägbar i de flesta fall. Dock inslag av akut karaktär.	
<ul style="list-style-type: none"> • Manipulerbarhet 	Måttlig. Diagnosglidning motverkas av kontroll.	DRG-glidning över en halv procent är inte ersättningsberättigande.

Transaktionsspecificitet

Då tillgångar för mottagningsverksamhet, laboratorie- och röntgenkapacitet, operationssalar och vårdavdelning kan komma till användning inom annan verksamhet, bedöms förlossningsvårdens transaktionsspecificitet som måttlig. De mest specifika tillgångarna avser humankapitalet hos läkare med olika former av specialistkompetenser. Transaktionsspecificiteten ökar dock till följd av att verksamheten måste vara lokaliserad med direkt anslutning till bl.a. intensivvård och operationsresurser dygnet runt alla årets dagar (s.k. tidsmässig specificitet).

Frekvens

Vårdtjänsten förlossning präglas generellt av långsiktiga planeringsförutsättningar, men samtidigt kan förloppet vid förlossningen betraktas som akut. Den årliga förlossningsvolymen bör exempelvis kunna uppskattas relativt väl. Även det långsiktiga barnafödandet kan dock påverkas av bl.a. flyttmönster, vilket kan vara svårt att förutse. Under 2011 skedde totalt ca 28 000 förlossningar i Stockholm. Antalet innebär en minskning med 3,2 procent jämfört med 2010. Prognosen för 2012 ligger på samma nivå som utfallet för 2011. Andelen normala förlossningar i Stockholms län uppskattas till ca 50–60 procent.

Tidsmässig osäkerhet kring exakt när en förlossning infaller (tjänstens delvis akuta karaktär) kan medföra toppar i efterfrågan. Som nämnts kan detta exempelvis leda till att vald förlossningsenhet inte har möjlighet att genomföra förlossningen.

Osäkerhet

Tjänstens delvis akuta karaktär är en källa till osäkerhet.

Mätbarhet

Mätbarheten av den kliniska kvaliteten får anses god inom området. Flertalet kvalitetsindikatorer följs via det medicinska födelseregistret, registret för övervakning av fosterskador samt via det nationella kvalitetsregistret för mödrahälsovård. År 2012 uppgick täckningsgraden för kvalitetsregistret för mödrahälsovård till 85 procent. Under 2013 skedde en sammanslagning av kvalitetsregistren för mödrahälsovård (MHV-registret), fosterdiagnostik (PNQf) och förlossningsvård (PNQo) till Graviditetsregistret. Registret ska utgöra ett komplement till det Medicinska Födelseregistret, och möjliggöra uppföljning och utvärdering av mödrahälsovård samt skapa underlag för evidensbaserad sjukvård (Graviditetsregistret, 2013). Exempel på viktiga kvalitetsindikatorer som följs inom mödravården utgörs av (SKL, 2010):

- Andel förstföderskor som behöver akut kejsarsnitt. Det kan behövas om något händer under förlossningen och barnet måste förlösas snabbt.

- Andel nyfödda som har mindre än 7 Apgar-poäng fem minuter efter förlossning. Apgar är ett kvalitetsmått som anger hur barnet mår direkt efter förlossningen. Barnmorskan bedömer bland annat barnets andning, puls, hudfärg och hur barnet grimaserar eller skriker. En hög poäng visar att barnet mår bra. Högsta värdet är 10 poäng.
- Andel förstföderskor som fått omfattande bristningar (grad 3 eller 4) i underlivet efter att ha fött vaginalt (normalt). En känd riskfaktor för omfattande bristningar är förlossning med sugklocka.
- Kvinnors självskattade hälsa före graviditeten, under graviditeten och vid eftervårdsbesöket.

Sett till mätbarheten av olika resursinsatser utgör de olika förlossningsdiagnoserna väletablerade DRG-grupper. För dessa har nationella kostnadsvikter enligt Nord-DRG upprättats. Eftersom dessa baseras på uppgifter från en majoritet av de svenska sjukhus som utför operationer inom området, bör beställaren ha relativt god bild av kostnadsnivån. Även beräkning av kostnadsgränser för extra resurskrävande patienter (s.k. ytterfall) baseras på redan etablerade nationella principer för KPP-redovisning.

Manipulerbarhet

I syfte att generera extra intäkter kan s.k. DRG-glidning förekomma hos vårdgivarna. För att förhindra detta beteende är inte DRG-glidning över 0,5 procent ersättningsberättigande.

A.2.3.2 Kontraktsegenskaper

Tabell A.8 Kontraktsegenskaper i tjänsten förlossning

Kontraktsegenskaper	Kommentar
Ackreditering	Styrning av insatsfaktorer (minimikrav) främst gällande kompetens och bemanning.
Ersättningssystem	Pengar följer patienten. Rörlig ersättning. Kvalitetsersättning viktig. Full ersättning för extra komplicerade patientfall/kostnadsytterfall. Inga produktionstak.
Selektionsincitament	Vidarremitteringar ska undvikas genom full kostnadstäckning vid särskilt komplicerade förlossningar
Avtalslängd	Avtalstiden är ej generellt specificerad, men kan liknas vid ettåriga förlängningsavtal.
Uppföljning	Relativt omfattande uppföljning och ansvar. Beställaren mer beroende av inomprofessionella bedömningar.

Ackreditering

Vid sidan av att vårdgivarna ska följa beställarens allmänna villkor, anges särskilt under vilka tidsmässiga och geografiska förutsättningar (krav på tillgänglighet dygnet runt etc.) som uppdraget ska utföras. Dessutom ställs specifika krav på bl.a. kompetens och medicinsk service. Kompetensen hos verksamhetschefer och medicinsk ledningspersonal ska i detta avseende särskilt styrkas. Verksamheten ska vidare bemannas för både normala och komplicerade förlossningar, varigenom vårdgivaren ansvarar för att de specialistkompetenser som kan behövas finns tillgängliga. Vissa av dessa ska utgöra stadigvarande bemanning, medan andra måste vara beredda att inställa sig inom 30 minuter. Dessutom måste verksamheten vara lokaliserad så att det i direkt anslutning till verksamheten finns tillgång till bl.a. intensivvård och operationsresurser dygnet runt årets alla dagar.

Ersättningssystem

Ersättningen består av rörlig produktionsrelaterad ersättning enligt DRG och av målrelaterad bonusersättning. DRG-ersättningen baseras på nio olika produktgrupper, där den relativa DRG-vikten styr ersättningen. "Förlossningspengen" inkluderar även eftervård. Grund för beräkningen utgörs av förra årets genomsnittliga DRG-

vikt. Om kostnaden överstiger en viss nivå lämnas dock s.k. ytterfallsersättning, enligt de nationella principerna för KPP-redovisning. I avtalen specificeras även olika besöksersättningar. Vårdgivaren har även fullt kostnadsansvar för de läkemedel som används under behandlingen, samt för medicinsk service. Två procent av ersättningen är kopplad till uppfyllandet av elva kvalitetsindikatorer.

Selektionsincitament

Det kan finnas viss risk för att särskilt komplicerade patienter remitteras vidare till akutsjukhusen, trots att dessa borde omhändertagits inom vårdvalet. För att förhindra ett sådant beteende lämnas full kostnadstäckning vid särskilt komplicerade förlossningar, dvs. ersättning för faktiskt kostnad ges om kostnaden överstiger en viss nivå (ytterfallsnivån).

Uppföljning

I linje med God vård-ramverket följer beställaren upp en rad olika nyckeltal inom områdena: behov, vårdtyngd, kunskap- och ändamålsenlig vård, säker vård, patientcentrerad vård (via landstings-intern patientenkät), samt effektiv och jämlik vård. Vårdgivaren ska även rapportera till nationella kvalitetsregister. I villkoren fastställs även olika krav på samverkan för att tillgodose kontinuitet i vårdkedjan. Andelen kvinnor som hänvisas från sin valda förlossningsklinik följs också upp.

A.2.4 Gråstarroperation²⁵

Vårdval för gråstarroperation (katarakt) har införts i tre landsting. Först ut var Stockholm, där vårdvalet infördes den 1 januari 2009. Under 2012 infördes sedan vårdval i både Skåne (1 mars) och Uppsala (1 april). Målen för verksamheten är att synförmågan hos patienten ska förbättras, och därmed patientens livskvalitet. I

²⁵ Om inget annat anges baseras framställning på SLL:s regelbok för kataraktoperationer 2011 (SLL, 2011b) och Region Skånes ackrediteringsvillkor och avtal avseende verksamhet för operation av grå starr inom vårdval Skåne 2012 (Region Skåne, 2012) samt Landstinget i Uppsala läns regelbok för kataraktoperationer i öppen vård 2012 (Landstinget i Uppsala, 2012).

samtliga landsting är också förbättrad tillgänglighet av vården ett mål. I Uppsala tillämpas en fyraårig avtalsperiod, medan Skåne och Stockholm tillämpar ettåriga förlängningsavtal.

Själva vårdvalsuppgifterna är i princip identiskt utformade i de tre landstingen. Målgruppen avser personer med gråstarr som hamnar i indikationsgrupp 1, 2 och 3, enligt svårighetsklasserna i NIKE (Nationella Indikationer för Katarakt Extraktion). I målgruppen ingår därmed inte den högsta svårighetsklassen av patienter (NIKE 4). Dessa patienter är exempelvis de som av medicinska skäl kräver narkos eller särskild kompetens för viss kirurgi. Patienter ska tas emot utifrån medicinsk behovsbedömning. Endast vid förutsett behov av särskild kompetens kan patienter hänvisas till annan vårdgivare. Målet är att samtliga patienter ska slutbehandlas för det tillstånd som ingår i uppdraget. I Uppsala uttrycks tydliga krav på remiss från optiker eller specialistläkare i ögonsjukdomar. I övriga landsting anges att de traditionella kraven på remisshantering ska gälla.

Förutom gråstarroperation i dagkirurgi, omfattar vårdtjänsten i samtliga landsting:

- Förundersökning för att bedöma operationsindikationer.
- Minst ett återbesök hos vårdgivaren inom 28 dagar efter utförd operation för kontroll av operationsresultatet.
- Att komplikationer som uppstår i samband med det operativa ingreppet eller i dess omedelbara anslutning, ska bedömas och åtgärdas av vårdgivaren förutom för de fall som kräver akutsjukhusets resurser.

A.2.4.1 Transaktionsegenskaper

Tabell A.9 Egenskaper i tjänsten gråstarroperation (kataraktoperation)

Egenskaper	Kommentarer	Not
Transaktionsspecificitet	Måttlig i många fall.	
Frekvens	Hög.	
Osäkerhet	Låg. Ingreppet är väldefinierat och standardiserat.	
Mätbarhet		
<ul style="list-style-type: none"> Kvalitet 	God vad gäller både patientupplevd kvalitet och medicinsk kvalitet. Det existerar väletablerade kvalitetsregister, där synskärpa före och efter operation samt eventuella komplikationer följs upp.	Finns i många fall specifika relevanta kvalitetsregister.
<ul style="list-style-type: none"> Kostnad 	Samtliga åtgärder är väletablerade DRG-grupper vilket möjliggör kostnadsjämförelser. Inga produktionstak.	
<ul style="list-style-type: none"> Volym 	Relativt förutsägbar i de flesta fall.	
<ul style="list-style-type: none"> Manipulerbarhet 	Måttlig. Diagnosglidning motverkas av kontroll.	

Transaktionsspecificitet

Då tillgångar för mottagningsverksamhet, laboratorie- och röntgenkapacitet, operationssalar och vårdavdelning kan komma till användning inom annan verksamhet, bedöms tjänstens transaktionsspecificitet som måttlig. De mest specifika tillgångarna avser humankapitalet hos läkare med olika former av specialistkompetenser.

Frekvens

Gråstarroperation är Sveriges vanligaste operation med ca 75 000 ingrepp per år. Frekvensen av antalet gråstarroperationer bedöms därför som hög. I Stockholm uppgick det totala antalet vårdtillfällen i slutenvård och ingrepp i dagkirurgi för gråstarr till drygt 13 000 under 2011. Motsvarande nivåer för Skåne är knappt 10 000 och drygt 5 000 i Uppsala. I relation till totalt antal vårdtillfällen i

slutenvård och ingrepp i dagkirurgi på riks nivå, utgör behandling vid gråstarroperation knappt 3 procent.

Osäkerhet

Osäkerheten bedöms som låg då ingreppet är väldefinierat och standardiserat.

Mätbarhet

Mätbarheten av den kliniska kvaliteten får anses som god inom området. Flertalet kvalitetsindikatorer följs upp via det nationella kataraktregistret. Exempel på viktiga variabler som följs upp är demografiska data, väntetid, synförmåga vid operationstillfället, tidigare starroperation, annan ögonsjukdom, om båda ögon opereras samma dag, operationstyp, linstyp, samt om operationen är läkt och avslutad tre månader efter ingreppet. Patientenkäter skickas även före, samt tre månader efter operation. Dessa innehåller frågor om upplevda besvär. Registrets täckningsgrad uppgår till 98,3 procent (SKL, 2010).

Ses till mätbarheten av olika resursinsatser utgör de olika diagnoserna väletablerade DRG-grupper. För dessa har nationella kostnadsvikter enligt Nord-DRG upprättats. Eftersom dessa baseras på uppgifter från en majoritet av de svenska sjukhus som utför operationer inom området, bör beställaren ha relativt god bild av kostnadsnivån.

A.2.4.2 Kontraktsegenskaper

Tabell A.10 Kontraktsegenskaper i tjänsten gråstaroperation (kataraktoperation)

Kontraktsegenskaper	Kommentarer
Ackreditering	Styrning av insatsfaktorer (minimikrav) främst gällande kompetens och bemanning, även volymkrav.
Ersättningssystem	Pengar följer patienten. Rörlig ersättning enligt besök och åtgärd. Ett landsting tillämpar även målrelaterad ersättning.
Selektionsincitament	Begränsade p.g.a. att riskpatienter ofta är exkluderade.
Avtalslängd	I Uppsala tillämpas en fyraårig avtalsperiod medan i Skåne och Stockholm kan avtalsperioden liknas vid ettåriga förlängningsavtal.
Uppföljning	Relativt omfattande uppföljning och ansvar. Uppföljning varierar dock mellan landsting och sker främst via indikatorer (väsentligt fler i ett) eller primärt via medicinsk revision.

Ackreditering

I auktorisationsvillkoren ställs förutom traditionella krav på ekonomisk stabilitet, också krav på att vårdgivarna följer beställarens allmänna villkor. Det ställs också krav på verksamhetens utrustning och lokaler. Kraven innefattar också att all personal ska ha adekvat utbildning för och erfarenhet från verksamheten. Vårdgivaren ska också garantera att samtliga opererande läkare är specialister inom området, och självständigt har utfört gråstarrkirurgi de senaste fem åren. För att upprätthålla skickligheten ska självständigt opererande läkare genomföra minst 400 operationer per år. Dessa krav gäller i Uppsala och Stockholm. I Skåne ska ansvarig operatör självständigt ha utfört totalt 200 ingrepp, varav minst 100 ingrepp per år.

Ersättningssystem

I samtliga landsting utgörs ersättningen av prospektiva ersättningar per besök och åtgärd. Ersättning lämnas för:

- Bedömningsbesök hos läkare för att avgöra om operation ska genomföras eller inte
- Gråstaroperation
- Uppföljningsbesök efter operation hos läkare

I Skåne och Stockholm ingår uppföljningsbesöken i ersättningen för operation. I Uppsala däremot ges särskild ersättning för uppföljningsbesök. I samtliga landsting ersätts kostnaderna för linser och läkemedel. I Uppsala utgör vikterna enligt DRG-systemet grund för ersättning. Dessa uppdateras i samband med revisioner av viktlistan. Ytterfallsersättning tillämpas dock inte. Den sammantagna prisbilden är likartad i samtliga landsting.

I Stockholm utgör tre procent av ersättningen grund för beräkning av målrelaterad ersättning. Bonus lämnas om vårdgivaren uppnår eller överträffar specificerade nivåer. Denna utbetalas utifrån en för varje indikator angiven procentsats av den målrelaterade ersättningen. Om vårdgivaren inte uppnår specificerade nivåer ska denne i stället betala ett vite till landstinget, också enligt en angiven procentsats av den målrelaterade ersättningen. I Skåne och Uppsala tillämpas i dagsläget ingen målrelaterad ersättning, men de båda huvudmännen överväger att införa detta under 2013. I tillägg till ersättningen har även vårdgivarna fullt kostnadsansvar för slutenvårdsläkemedel och för medicinsk service.

Selektionsincitament

Risken ur selektionssynpunkt består i att vårdgivarna antingen vidgar indikationsgränserna för de grupper som omfattas av uppdraget, eller att de remitterar vidare patientgrupper som egentligen borde behandlas. Detta beteende kan ur vårdgivar-synpunkt vara strategiskt så länge som de förväntade kostnaderna understiger de faktiska intäkterna. I syfte att förhindra en vidgning/minskning av patientgruppen ställer beställaren krav på remiss från optiker eller specialistläkare i ögonsjukdomar.

Uppföljning

Landstingens uppföljning av vårdgivarna sker huvudsakligen i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter inom ramen för God vård. I Uppsala består uppföljningen av inrapportering av kontaktregistrering (produktion) mot att uppföljning enligt kvalitetsperspektivet sker via medicinsk revision. I Stockholm och Skåne sker en likartad uppföljning av produktion, men dessutom även av olika kvalitetsdimensioner. De senare följs upp via en rad olika

nyckeltal inom områdena behov i befolkningen, vårdtyngd, kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, säker vård, effektiv vård, patientfokuserad vård, jämlik vård, vård i rimlig tid, kostnader och patienteffekt. I Stockholm sker uppföljning av sammantaget 31 indikatorer. Tolv av dessa ligger även till grund för den målrelaterade ersättningen, och av dessa avser flest indikatorer för patienteffekter. För Skånes del följs sammantaget 15 olika indikatorer, varav flertalet är kopplade till olika målnivåer.

A.2.5 Specialistläkare i öppenvård med ersättning enligt nationell taxa

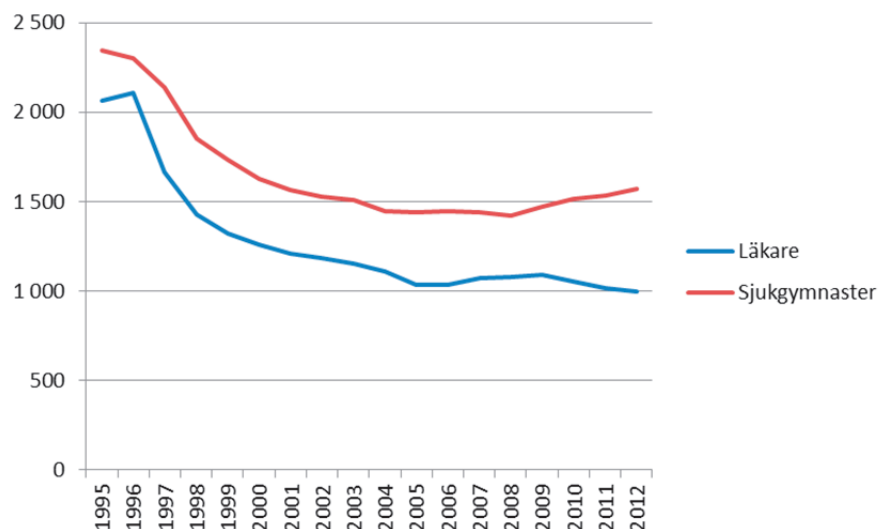
Enligt 3§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) får landsting sluta avtal med någon annan om att utföra uppgifter inom huvudmannens ansvarsområde. För att privata vårdgivare ska ha möjlighet att etablera sig krävs dock oftast att dessa får ersättning av landstingen, vilket regleras via ett vårdavtal. Som nämnts finns två huvudformer för utkontraktering med landstingen; offentlig upphandling enligt LOU, samt valfrihetssystem enligt LOV. Utöver dessa två huvudformer kan privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster även vara verksamma med offentlig ersättning enligt de så kallade ersättningslagarna, dvs. lagen om läkarvårdsersättning (LOL) och lagen om ersättning för sjukgymnastik (LOS). Sedan 1985 har landstingen kostnadsansvar för de läkare och sjukgymnaster som är verksamma enligt dessa ersättningslagar (Boström, 2012; Prop. 2008/09:64).

I dagsläget kan etableringen äga rum under olika former. Först och främst måste läkarna och sjukgymnasterna uppfylla vissa specifika grundkrav. Läkaren ska vara specialist i öppenvård (eller specialist i allmänmedicin), och sjukgymnasten ska vara legitimerad och bedriva behandling i öppenvård. Givet att dessa krav är uppfyllda, är huvudregeln att dessa ingår ett samverkansavtal med landstinget (vissa specialiteter är dock undantagna från rätt till ersättning, och ersättning ges ej heller till företags- och skolhälsovård). Samverkansavtal skiljer sig från vårdavtal, i den bemärkelsen att det för den tidigare finns nationellt fastställda bestämmelser om att ersättning lämnas enligt ersättningslagarna. Dessa föregås inte heller av någon upphandling. Vid vårdavtal finns inte någon nationell reglering om avtalets innehåll och omfattning, utan parterna kommer där själva överens om inriktning, ersättning,

åtagande, former för rapportering etc. Det finns även läkare och sjukgymnaster som p.g.a. olika övergångsbestämmelser har rätt till ersättning enligt den nationella taxan, utan att ha ingått något samverkansavtal med landstinget. Dessa kan utgöras av läkare eller sjukgymnaster som etablerade sin verksamhet 1994, då det var möjligt att fritt etablera sig med offentlig ersättning. De kan även gälla dem som mellan 1975 och 1993 var anslutna till dåvarande motsvarighet till Försäkringskassan (Boström, 2012, Prop. 2008/09:64).

Antalet läkare och sjukgymnaster med ersättning enligt den nationella taxan har, med något undantag, successivt minskat sedan 1995. Mellan 1995–2012 minskade antalet läkare från ca 2 050 till runt 1 000. Antalet sjukgymnaster har under samma tidsperiod minskat från ca 2 300 till drygt 1 500 (SKL, 2012). En förklaring till utvecklingen är att landstingen hellre väljer att teckna vårdavtal än att godkänna nyetableringar inom systemet för den nationella taxan. Detta eftersom de då har större möjligheter att styra över vårdens innehåll (Boström, 2012).

Diagram A.1 Antal läkare och sjukgymnaster 1995–2012 med ersättning enligt den nationella taxan



Det finns även ett antal läkare och sjukgymnaster som har så kallade vilande samverkansavtal med landstingen. Detta på grund av

att de en gång varit anslutna till den nationella taxan, men i dag i stället har vårdavtal med landstingen. År 2002 gällde detta 580 läkare och 253 sjukgymnaster (SOU 2003:7). Efter att vårdavtalen upphört att gälla har dessa haft rätt att återgå till ersättning enligt taxan, vilket även uttrycks i vårdavtalen. Denna typ av vilande samverkansavtal har beräknats uppgå till ca 140 stycken år 2012 (SKL, 2012).

Det sker även nya ersättningsetableringar. Mellan 2009–2011 har 122 läkare och 174 sjukgymnaster etablerats med ersättning enligt nationell taxa. Dessa avser befintliga läkare som överlätit sin verksamhet. Efter offentlig annonsering ska landstingen sluta samverkansavtal med de vårdgivare som betalat högst pris och som i övrigt uppfyller villkoren.

A.2.5.1 Transaktionsegenskaper

Tabell A.11 Egenskaper i tjänsten öppenvård hos specialistläkare verksamma enligt nationell taxa

Egenskaper	Kommentarer	Not
Transaktionsspecificitet	Måttlig i många fall. Varierar beroende på medicinsk specialitet.	Verksamheten avser huvudsakligen besök och utredning utan avancerad utrustning.
Frekvens	Medel/hög	
Osäkerhet	Relativt låg då verksamheten avser främst utredningsbesök och enklare behandlingar. Varierar beroende på medicinsk specialitet.	
Mätbarhet		
<ul style="list-style-type: none"> Kvalitet 	Goda förutsättningar vad gäller patientupplevd kvalitet. Saknas i stort vad gäller medicinska utfall.	Deltar ej i nationell patientenkät.
<ul style="list-style-type: none"> Kostnad 	Relativt god. Finns detaljerade administrerade priser för olika typer av besök och åtgärder.	Baseras på uppskattning av tidsstudier och normal ersättning per arbetsvecka.
<ul style="list-style-type: none"> Volym 	Relativt förutsägbar i de flesta fall.	
<ul style="list-style-type: none"> Manipulerbarhet 	Hög: arbetet kontrolleras i hög grad av utförarna själva.	

Transaktionsspecificitet

Transaktionsspecificiteten bedöms som låg för huvuddelen av verksamheten. Detta då flertalet av de resurser som används, exempelvis gällande administration, möblemanag och lokalunderhåll, är möjliga att använda i alternativa verksamheter. Vidare avser den huvudsakliga delen av verksamheten besök och utredning utan avancerad utrustning. Transaktionsspecificiteten kan dock variera beroende på den specialistkompetens som verksamheten avser. De mest specifika tillgångarna avser läkarnas humankapital, främst i form av deras kunskaper om patienternas historik, behov och preferenser. I den utsträckning som läkarna har en specifik inriktning eller specialitet kan man därför anta att graden av transaktionsspecificitet ökar. För flertalet läkare finns sannolikt många alternativa anställningsområden, såväl geografiskt sett och som inom närliggande verksamheter, såsom t.ex. företagshälsovård.

Frekvens

Av det totala antalet läkare med ersättning enligt nationella taxan, var 283 specialister i allmänmedicin år 2011. Antal besök hos läkare uppgick totalt till mer än 1,9 miljoner under 2011. Av dessa avsåg mer än 600 000 besök hos specialister i allmänmedicin. Slås dessa ut per läkare och per årsarbetsdag innebär det att varje allmänläkare i snitt gjort ca 8–10 patientbesök per dag. Besöksfrekvensen får därmed anses som relativt hög. Besöken utgjorde ca 10 procent av alla läkarbesök i den öppna specialiserade vården, och motsvarade ca 4 procent av läkarbesöken inom primärvården. Ca 75 procent av alla besök gjordes i Stockholm, Västra Götaland eller Skåne. Utbudet av läkare och sjukgymnaster som omfattas av systemet för nationell taxa, är främst knutet till storstadsregionerna. Dock finns även i Norrbotten ett stort antal av dessa läkare (i relation till befolkningen) (Boström, 2012).

Antalet verksamma läkare enligt denna avtalsform har successivt minskat. Som en naturlig följd av detta har även antalet läkarbesök minskat från ca 3,2 miljoner under 1998, till ca 1,8 miljoner år 2012. För sjukgymnaster har besöken minskat från en nivå på ca 4,5 miljoner till drygt 3 miljoner besök. Eftersom ersättningen per besök har gått upp (även i 2012-års fasta priser), har den totala

ersättningen från landstingen dock inte minskat i motsvarande grad.

Diagram A.2 Antal besök och ersättning till läkare och sjukgymnaster 1998–2012 med ersättning enligt den nationella taxan (2012-års prisnivå)

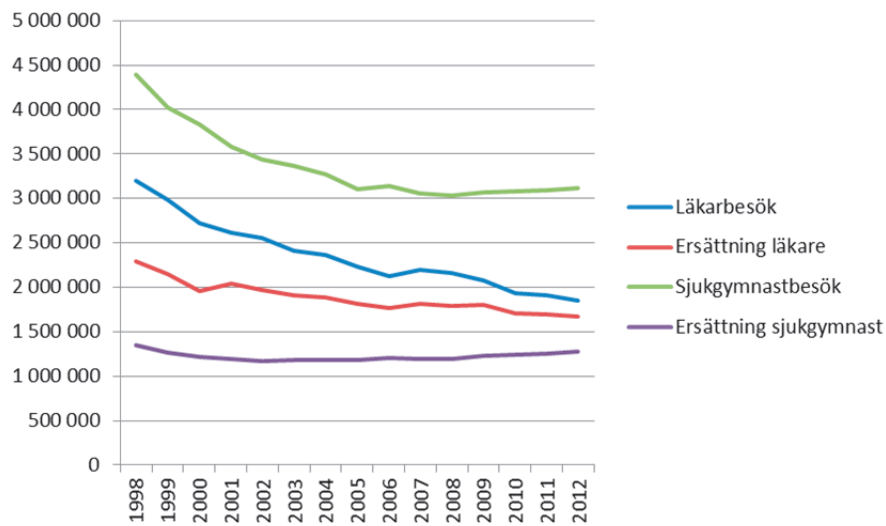
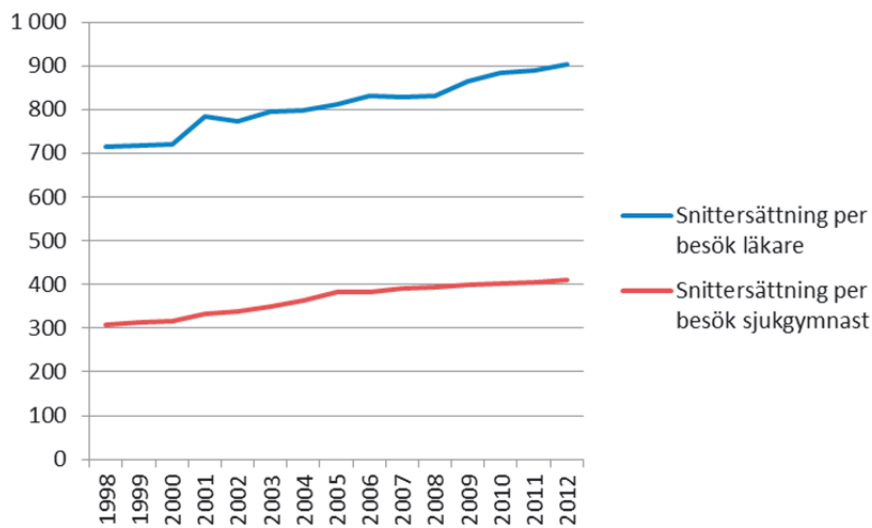


Diagram A.3 Ersättning per besök hos läkare och sjukgymnaster 1998–2012 (2012-års prisnivå)



Osäkerhet

Osäkerheten inom området mildras till följd av att marknads-
efterfrågan får bedömas som relativt stabil, samt genom det faktum
att läkarna vid svåra fall har möjlighet att remittera vidare patienten
till specialistkliniker eller sjukhus. Dessutom torde nya teknologier
eller förändrade priser på insatsvaror vara relativt sällsynt. Detta då
konsultation och olika former av undersökningar får betraktas som
kärnan i tjänsten.

Mätbarhet

Det finns principiellt goda förutsättningar att mäta vårdgivarnas
patientupplevda kvalitet, men detta sker inte i dag. Vårdgivarna
deltar exempelvis inte i den nationella patientenkäten. Uppföljning
av medicinska utfall saknas också i stort.

Gällande mätbarhet och möjlighet att prissätta de olika in-
satserna, kan dessa bedömas som goda. De olika insatserna är väl-
etablerade, och det existerar administrerade priser för olika besök
och åtgärder. Priserna baseras på bl.a. tidsstudier och upp-
skattningar utifrån vad som utgör normal ersättning per arbets-
vecka.

Manipulerbarhet

Manipulerbarheten bedöms som hög, då bristande uppföljnings-
möjligheter medför att arbetet i hög grad kontrolleras av utförarna
själva.

A.2.5.2 Kontraktsegenskaper

Tabell A.12 Kontraktsegenskaper i tjänsten öppenvård hos specialtläkare verksamma enligt nationell taxa

Kontraktsegenskaper	Kommentarer
Ackreditering	I dag råder ej fri etableringsrätt utan det krävs samverkansavtal med landstingen. Dessutom krav på att läkarna ska vara specialister i öppenvård eller legitimerad sjukgymnast. Vissa specialiteter är inte berättigade till ersättning. Krav på heltidsanställning (minst 35 timmar/vecka). Befintliga etableringar kan strida mot principerna för offentlig upphandling.
Ersättningssystem	Rörlig styckersättning per besök och åtgärder enligt tre svårighetsgrader. Kostnadskontroll genom ersättningstak efter vissa besöksvolym. Ersättning ej relaterad till patientnöjdhet eller medicinska utfall. Ersättningsvillkoren uppdateras årligen.
Selektionsincitament	Till fulla rörlig ersättning per besök och åtgärd (fee-for-service) bör ge svaga incitament till selektering. I stället risk för SID.
Avtalslängd	Generellt innefattar avtalsformen ingen specifik avtalsperiod, men den kan tidsbegränsas.
Uppföljning	Uppföljning av såväl patientupplevd kvalitet som medicinska resultat saknas. Endast uppföljning av kompetens, utrustning och vårdkontakter. Krav på redovisning av uppgifter till hälsodataregister.

Ackreditering

Avtalshemvisten för vårdgivare som verkar enligt den nationella taxan består av tre kategorier: 1) de som etablerade sig under 1994 när det rådde fri etableringsrätt 2) läkare som mellan 1975–1993 var anslutna till dåvarande motsvarighet till Försäkringskassan samt 3) läkare som kommit överens med landstingen att ingå samverkansavtal med ersättning enligt den nationella taxan. I dag råder som nämnts ingen fri etableringsrätt för läkare enligt nationell taxa, utan landstingen kontrollerar utbudet genom krav på samverkansavtal. Mellan 2009–2011 hade 122 läkare och 174 sjukgymnaster etablerats med ersättning enligt nationell taxa (siffrorna avser befintliga läkare som överlätit sin verksamhet).

Kompetenskraven för läkare innefattar att läkarna ska vara specialister i öppenvård. För sjukgymnasternas del inkluderar kompetenskraven allmän legitimering. Läkare med specialistkompetens enbart i laboratoriemedicin, socialmedicin, klinisk

neurofysiologi, rehabiliteringsmedicin, klinisk genetik eller bild- och funktionsmedicinska specialiteter utom klinisk fysiologi är dock inte berättigade till ersättning. Det finns också krav på heltidsanställning (minst 35 timmar/vecka).

EU-kommissionen riktade 2007 kritik mot systemet med ersättningsetableringar av sjukgymnaster. Kritiken bestod i att dessa inte följer principerna om icke-diskriminering och öppet förfarande vid upphandling av tjänster. Regeringen instämde i bristerna gällande att det saknas krav på offentlighöörande vid tilldelning av samverkansavtal. Regeringen menade dock att fri etablering inom primärvården, samt valfrihetssystem inom hälso- och sjukvården, skulle kunna utgöra fullgod ersättning till systemet men samverkansavtal för sjukgymnaster. Sammantaget har det framhållits som problematiskt med ett system med privata aktörer, vilka utan tidsbegränsning och finansierade med offentliga medel, kan verka som leverantörer till offentliga myndigheter, utan att verksamheten som helhet konkurrensutsatts. Detta strider mot principerna om rättvis och lika behandling, vilka ligger till grund för offentlig upphandling. För att komma till rätta med bristerna har utredare pekat på vikten av att det införs krav på att befintlig verksamhet kan följas upp inom områdena kvalitet och effektivitet. Därtill har det framhållits att systemet med nationell taxa som helhet bör fasas ut fram till 2018 (Boström, 2012).

Patienterna har rätt att söka sig direkt till vårdgivarna utan krav på remiss. Landstingen får endast kräva remiss för vård hos privat verksam läkare med specialistkompetens, om remisskrav gäller för motsvarande vård hos specialist inom landstinget. Remiss får dock inte krävas för läkarvård inom verksamheter som avser barnmedicin, gynekologi eller psykiatri.

Avtalslängd

Ersättningsystemet omförhandlas årligen av de ingående parterna. I dag råder inte fri etableringsrätt, varför det krävs samverkansavtal med landstingen. Generellt innefattar avtalsformen ingen specifik avtalsperiod, men den kan tidsbegränsas.

Ersättningssystem

Ersättningen lämnas enligt en nationell taxa som beslutas av regeringen, baserat på ett gemensamt underlag från SKL och Sveriges Läkarförbund och leg. sjukgymnasters riksförbund. Sedan 1994 lämnas ersättning per besök eller åtgärd baserat på tre olika arvodestyper: enkelt arvode, normalt arvode och särskilt arvode. Ett patientbesök berättigar till en av de tre arvodestyperna. För enklare undersökningar och behandlingar ges enkelt arvode. Under 2012 motsvarade dessa 240 kr för specialistläkare och 102 kr för sjukgymnaster. Den huvudsakliga delen av verksamheten ska dock ersättas med normalarvodet. Detta baseras på beräknade mot-tagningskostnader, samt en uppskattning av årlig besöksvolym för respektive specialitet. Normalarvodet för läkare varierade därför under 2012 mellan 272–1 293 kr. Normalarvodet för samtliga sjukgymnaster uppgick samma år till 232 kr. Särskilt arvode lämnas sedan för särskilt tids- och kostnadskrävande åtgärder. Under 2012 varierade styckeersättning för det särskilda arvodet för specialistläkare mellan 1 060–5 790 kr. För sjukgymnaster lämnas särskilt arvode för olika arbetskategorier om högst 847 kr, alternativt 744 kr. Efter en viss besöksnivå reduceras sedan såväl normalt som särskilt arvode. Till att börja med ges ett reducerat arvode, därefter får vårdgivarna endast patientavgiften.

Uppföljning

Uppföljningen av verksamheten är i dag ytterst begränsad. Den avser endast medicinskteknisk utrustning, antalet utförda besök inom olika kategorier och genomförda vårdåtgärder, för vilka vårdgivarna är skyldiga att rapportera till nationella hälsoregister. Det saknas dock öppen redovisning av kvaliteten i den vård som erbjuds. Taxeläkarna deltar exempelvis inte i den nationella patientenkäten. Det har också framhållits att systemet inte underlättar vårdens kontinuitet och att det inte i tillräckligt hög utsträckning bidrar till kunskapsspridning inom vården (Boström 2012).

A.3 Laboratorietjänster

Laboratoriemedicin står för ca 4 procent av de totala sjukvårdskostnaderna. Detta kan jämföras med t.ex. röntgenverksamhet som uppgår till ca 8 procent av de totala kostnaderna. Verksamheten kännetecknas av stora kapitalinvesteringar och avancerad medicinsk utrustning. Även om tjänsten inte behöver vara i direkt anslutning till vårdgivare, är flertalet laboratorier placerade nära eller i direkt anslutning till sjukhus. Kraven på snabb återkoppling av analys svar är ett skäl. Detta innebär att inträdeskraven till marknaden är relativt höga och att det är svårt att agera på flera geografiska marknader.

Laboratoriemedicinsk verksamhet är en sektor eller delmarknad inom hälso- och sjukvården där utkontraktering till privata leverantörer inleddes relativt tidigt. Det råder dock stora skillnader mellan landstingen. Flertalet har valt att behålla det offentliga monopolet, medan andra kontrakterat ut främst stora laboratoriespecialiteter. Enligt Konkurrensverket är det tre landsting som infört fritt val av laboratorietjänster för vårdgivarna (Konkurrensverket, 2012).

På den svenska marknaden för laboratoriemedicin finns i dag några få stora leverantörer. Förutom de stora landstingsdrivna laboratorier i anslutning till universitetssjukhusen, har Aleris Medilab och Unilabs etablerat sig på marknaden. Priserna för laboratorieanalyser har främst pressats i landstingen i storstadsregionerna där konkurrensutsatt upphandling ägt rum. Utmärkande är även de relativt stränga kvalitetskraven, vilka ska säkerhetsställa högsta möjliga patientsäkerhet. Ackreditering sker genom Swedac eller motsvarande kontrollorgan.

Unilabs är Europas största företag inom diagnostik och utför i Sverige 7,2 miljoner analyser per år. Årsomsättningen var 955 mnkr år 2010. Unilabs i Stockholm har sitt centrallaboratorium på S:t Görans sjukhus, samt även 15 "närlaboratorier" i länet. I Södermanland finns centrallaboratoriet på Mälarsjukhuset i Eskilstuna, men det finns också ett laboratorium på sjukhuset i Nyköping. I Västra Götaland har Unilabs laboratorier på sjukhusen i Falköping, Lidköping och Capio Lundby sjukhus i Göteborg. Aleris Medilab är en division inom Aleris Diagnostik, som är en av Nordens största leverantörer av medicinsk diagnostik med en årsomsättning på 703 mnkr (2010). Aleris Medilab utför i Sverige ca 4 miljoner analyser per år. Centrallaboratoriet ligger i Täby

utanför Stockholm. Ett 30-tal närlaboratorier finns i Storstockholm och Uppsala. Både Unilabs och Aleris Medilab är ackrediterade av Swedac och certifierade enligt ISO 17025.

Karolinska universitetslaboratoriet i Stockholm och Labmedicin Skåne (som är en förvaltning inom Region Skåne) är de två största offentliga aktörerna verksamma inom laboratoriemedicin. Karolinska universitetslaboratoriet utför ca 20 miljoner analyser per år och är verksamma i hela Sverige. Labmedicin Skåne är verksamma i Skåne och utför ca 16 miljoner analyser per år. Labmedicin Skåne är också en regional aktör som har avtal med andra landsting i södra Sverige. Dessutom är Labmedicin Skåne underleverantör till Aleris Medilab. I tabell A.13 presenteras fördelningen av privat och offentligt ägande vid ett urval av landsting av laboratorier inom klinisk kemi (den största laboratorieverksamheten).

Tabell A.13 Fördelningen av privat och offentligt ägande vid ett urval av landsting med laboratorier inom klinisk kemi

Ägandeform	Gävle	Jämtland	Skåne	Stockholm	Västra Götaland	Örebro
Offentligt ägda laboratorier	5	1	11	6	6	3
Privatägda laboratorier	0	0	0	2	4	0
Summa	5	1	11	8	10	3
Antal aktörer	1	1	1	3	2	1

Källa: Konkurrensverket, 2012.

Som framgår av tabellen är det främst Stockholm och Västra Götalandsregionen som upphandlat laboratorietjänster.

A.3.1 Transaktionsegenskaper

Transaktionsspecificitet

Laboratorieverksamhet är kapitalintensiv och kräver stora investeringar i utrustning och anpassning av lokaler. Dessa investeringar är specifika, såtillvida att de dels endast kan användas för laboratorieverksamhet inom sjukvården, dels ofta är lokaliserade geografiskt

nära kunder som sjukhus och vårdcentraler. Detta innebär att transaktionsspecificiteten antas vara relativt hög, även om investeringar för viss verksamhet kan användas för flera kunder och även för större geografiska marknader. Även humankapitalet för anställda inom laboratorier är specialiserat. Läkare med laboratorieinriktning fortsätter i regel inte karriären med kliniskt patientarbete. Slutsatsen är att transaktionsspecificiteten för laboratorieverksamheten som helhet är relativt hög.

Frekvens

Antalet undersökningar vid de breda laboratorieverksamheterna är mycket hög. Totalt genomförs i Sverige ca 80 miljoner analyser under ett år och för flertalet av dessa är frekvensen relativt välkänd och förutsägbar. För vissa specialiserade analyser är emellertid frekvensen lägre. Produktionen och analyserna är mycket standardiserade, vilket innebär att man klarar fluktuationer som kan förekomma. Dock har krav på snabb leverans av laboratorieresultaten ökat jämfört med tidigare. Bedömningen är att efterfrågan på laboratorietjänster sammantaget kan betraktas som relativt stabil och förutsägbar.

Osäkerhet

Utvecklingen inom laboratorieverksamheten har gått mot ökad standardisering av analyser och minskade problem när det gäller felaktiga resultatvar. Regelbundna kontroller görs dels av laboratorierna själva, dels av kontrollorgan som studerar och kontrollerar avvikelser. Det råder även relativ konsensus om hur resultat och avvikelser ska tolkas. Förutsättningarna att bedöma och kontrollera kostnader och resurser är relativt goda, vilket påverkar prissättningen. Mot bakgrund av relativt stora fasta kostnader, är de totala omkostnaderna (och priserna) beroende av volym. Viss osäkerhet i efterfrågan finns i de landsting där remitterande vårdgivare har valfrihet att välja mellan flera laboratorier.

Mätbarhet

En positiv egenskap inom laboratoriemedicinen är att det finns tydliga och standardiserade mått på såväl resultat av olika analyser som metoder för att studera avvikelser. Genom Swedac och Equalis sker regelbundna stickprov av avvikelser där specificitet och sensitivitet testas. Kvalitetskriterierna är således mycket goda och väletablerade, och möjligheterna till manipulation relativt begränsade. Beträffande resursåtgången är det möjligt för såväl producent som beställare att jämföra kostnader och priser för samma typ av tjänst.

Tabell A.14 Egenskaper i tjänsten laboratorieverksamhet

Egenskaper	Kommentarer
Transaktionsspecificitet	Medel/hög.
Frekvens	Medel/mycket hög.
Osäkerhet	Relativt låg för flertalet analyser. Hög för vissa analyser. Låga marknadsrisker, dock viss politisk risk.
Mätbarhet	
• Kvalitet	Mycket god, etablerade kvalitetskriterier.
• Kostnad	God förutsägbarhet. Marknadspriser.
• Volym	God förutsägbarhet för flertalet analyser.
• Manipulerbarhet	Minimal.

Marknaden för laboratorietjänster är relativt utvecklad i termer av etablerade aktörer, regelverk och konkurrens. Den osäkerhet som finns är den politiska risken, vilken tar sig uttryck genom det faktum att flertalet landsting valt att inte konkurransutsätta sektorn. Utvecklingen av ett ackrediteringssystem har varit väsentligt för att garantera hög kvalitet på tjänsterna. Här har den medicinska professionen i samarbete med upphandlare och staten, etablerat nationella ackrediteringsorgan som Swedac och Equalis. Detta har sannolikt underlättats av att det finns motsvarande ackrediteringssystem för närliggande sektorer för laboratorieanalyser utanför sjukvården. Trots detta konstaterar Konkurrensverket (Konkurrensverket, 2012) att det inte finns konkurrensneutralitet, då laboratorier i egen regi inte omfattas av kraven på ackreditering.

A.3.2 Kontraktsegenskaper

Ackreditering

Införandet av LOV och ökat anlitan­de av privata laboratorier har inneburit att kvalitetskraven för verksamheten förtydligats. För upphandling av laboratorietjänster krävs ackreditering av extern organisation som Swedac (statlig myndighet) eller deltagande i Equalis, som är ett aktiebolag samägt av SKL, Svenska Läkar­­sällskapet och Institutet för Biomedicinsk Laboratorievetenskap. Det är även vanligare med ackreditering av landstingens egna laboratorier när man utför upphandling, bl.a. i Stockholm. Vid en ackreditering av laboratorier bedömer ackrediteringsorganet (i Sverige Swedac) följande egenskaper:

- personalens tekniska kompetens
- laboratoriets oberoende
- provnings- och kalibreringsmetodernas giltighet och lämplighet
- spårbarhet hos mätningar och kalibrering
- utrustningens lämplighet och underhåll
- miljön vid provning och kalibrering
- insamling, hantering och transport av provföremål, material, instrument etc.
- kvalitetssäkring av provnings- och kalibreringsdata

Som framgår avser dessa egenskaper såväl inputsidan, som själva processen och i viss mån resultatet. Dessa bedömningar sker fortlöpande efter ackreditering för att kontrollera att kompetensen upprätthålls. För laboratorier inom hälso- och sjukvård är ackreditering i dag gängse norm. I stort sett alla landsting kräver numera ackreditering när de upphandlar laboratorietjänster eller när de inför valfrihetssystem där vårdgivaren själv får välja leverantör av laboratorietjänster.

Ersättningssystem

Det förekommer olika former av ersättning och prissättning av laboratorietjänster. Ersättningen kan även ske i olika steg. Ett alternativ är att landstingen ersätter vårdcentraler och kliniker för deras produktion inklusive utnyttjandet av laboratorietjänster. Det

innebär att dessa har kostnadsansvar för tjänsten, agerar som köpare av upphandlade laboratorier (eller laboratorier i egen regi) och betalar för analyserna. Ett annat alternativ är att ersättning lämnas direkt från landstingen till laboratorierna.

De faktorer som antas styra priset på laboratorietjänsten för den privata vårdgivaren är bland annat beroende av:

- om den privata vårdgivaren har kostnadsansvar för tjänsten
- om den privata vårdgivaren får välja laboratorium fritt

I de landsting där regelbunden upphandling genomförs varierar avtalsperioden mellan 2–4 år. Upphandling baseras på kostnader, givet kvalitetskriterier och ackreditering. Laboratorierna ersätts löpande enligt fastställda prislistor för olika typer av provsvar. Extra ersättning lämnas i regel vid behov av akuta svar, vid behov av tolk m.m. Priser räknas under avtalsperioden upp med landstingsprisindex för 80 procent av priset, medan 20 procent av priset ligger fast under avtalsperioden. I Stockholm har priset sjunkit kraftigt vid upphandlingstillfällena för klinisk kemi och klinisk fysiologi. Där visar kostnadsutvecklingen för de stora laboratorierna en totalt sett något minskad kostnad, medan volymerna av analyser är relativt oförändrad.

Tabell A.15 Kontraktsegenskaper i tjänsten laboratorieverksamhet

Egenskaper	Kommentarer	Not
Ackreditering	Etablerad ackreditering (profession/marknad). Slumpmässig kontroll av provresultat. Input: utrustning, personal.	Ackreditering av fristående och oberoende organ. Krävs dock inte för landstingens egna laboratorier.
Ersättningssystem	Ersättning lämnas i regel per utfört laboratorieprov, dvs. rörlig ersättning. Extra ersättning för komplicerade analyser.	I vissa fall har remitterande läkare/klinik kostnadsansvar för medicinsk service.
Avtalslängd	Medelhöga inträdeshinder. Kapitalinvestering.	
Uppföljning	Regelbunden och slumpmässig kontroll av avvikelser.	

A.4 Akutsjukhus²⁶

I SLL bedrivs den akutsomatiska öppna och slutna vården vid sju akutsjukhus. Sex av dessa drivs i offentlig regi: Karolinska Universitetssjukhuset (Solna och Huddinge), Danderyds sjukhus, Södersjukhuset, Södertälje sjukhus, Norrtälje sjukhus samt S:t Eriks ögonsjukhus. Det sjunde sjukhuset, S:t Görans sjukhus, drivs i privat regi och ägs av Capio AB. Sjukhusen styrs via avtal med beställaren. Den huvudsakliga ersättningen är rörlig och kopplad till utförda prestationer enligt DRG.

År 1993 lät SLL bolagisera vården vid S:t Görans sjukhus på Kungsholmen i Stockholm. Sjukhuset blev det första i Sverige som drevs i bolagsform, till att börja med som landstingsägt bolag. År 1999 privatiserades sedan driften av sjukhuset och från 2000 kom bolaget att ägas av Capio AB. Därefter har driften skett enligt olika vårdavtal mellan Capio S:t Görans Sjukhus AB och SLL. År 2005 ingicks ett nytt vårdavtal som sträckte sig till den 31 december 2012, utan förlängningsklausuler. SLL valde därför att använda en avtalad köpoption och återtog därmed äganderätten per den 31 december 2012 (SLL, 2012).

SLL beslutade dock att vården vid S:t Görans sjukhus på nytt skulle upphandlas med driftstart den 1 januari 2013. Landstinget beslutade att avtalet ska gälla under minst nio år och vara flexibelt för förändringar inom hälso- och sjukvården. Upphandlingen genomfördes via ett urvalsförfarande. Sex leverantörer ansökte om att få lämna anbud. De sökande leverantörerna prövades mot ett antal uppställda krav på bland annat ekonomisk ställning och teknisk kapacitet. Fyra leverantörer kvalificerades och bjöds in att lämna anbud. Anbud inkom från två leverantörer, Aleris Holding AB och Capio AB. För att inte Capiokoncernen (som tidigare ägare) skulle gynnas på otillbörligt sätt vid upphandlingen (dvs. för att säkerställa att denna var förenlig med likabehandlingsprincipen), var det nödvändigt att alla anbudsgivare fick tillgång till relevant information om bolaget och dess verksamhet. Anbuden prövades och utvärderades i sin tur enligt en utvärderingsmodell bestående av utvärderingskriterierna pris och kvalitet. Utvärderingen resulterade i att Capio AB:s anbud antogs. Det kunde konstateras att kvalitet i detta fall vägde tyngre som utvärderings-

²⁶ Om inget annat anges baseras framställningen på SLL:s flerårsavtal för akutsjukvård avseende sjukhusgemensamma villkor 2012-2015 (SLL, 2012a).

kriterium än pris, och fick därmed större utslag på resultatet (SLL, 2012b).

SLL bedömde att det var nödvändigt för vinnande anbudsgivare att använda de resurser som fanns inom bolaget för att driva akutsjukvården vid S:t Görans sjukhus. SLL beslutade därför att vinnande anbudsgivare skulle förvärva de nödvändiga resurserna. Aktieöverlåtelsen innebar därför att personal, tillgångar, skulder, avtal och patientjournaler ingick i bolaget och övergick till den vinnande anbudsgivaren (SLL, 2012b).

Uppdraget

Avtalet med S:t Görans sjukhus avser specialiserad akutsjukvård. Med akutsjukvård avses akut och planerad somatisk sjukvård i öppenvård och slutenvård. Vårdgivaren ska tillhöra kategorin "utökat bassjukhus". Ett utökat bassjukhus ska ha öppet dygnet runt och året runt. Specialistinriktningarna allmän kirurgi, allmän internmedicin, ortopedi, kardiologi och neurologi ska finnas. All diagnostik ska vara tillgänglig dygnet runt, liksom slutbehandling av bröstsmärtor och stroke. Invärtesmedicinska och kirurgiska subspecialiteter ska även bedrivas i varierande omfattning och delvis i samverkan med universitetssjukhus.

Vårdgivaren ska dock inte utföra sådan vård som enligt Rikssjukvårdsnämndens beslut bedöms som högspecialiserad vård. Här ingår bl.a. stamcellstransplantationer och olika former av avancerad kirurgi. I uppdraget ingår inte heller omhändertagandet av särskilt svårt skadade patienter (trauman). Detta är i stället Karolinska Universitetssjukhusets ansvar. Andra exempel på avgränsningar av uppdraget är exempelvis de kvinnor som utsatts för våldtäkt, vilka i första hand ska omhändertas vid Södersjukhuset. Ytterligare ett exempel är omhändertagandet av patienter som tillhör målgruppen för geriatrisk vård, där det primära ansvaret ligger hos geriatriska vårdgivare.

Mer specifikt innefattar uppdraget en rad olika vårdtjänster som delas upp på s.k. bas- och grenspecialiteter:

- internmedicin - med grenspecialiteterna, kardiologi, medicinsk gastroenterologi och hepatologi, endokrinologi och diabetologi och hematologi
- kirurgi - med grenspecialiteten urologi
- ortopedi - med grenspecialiteten handkirurgi

- anestesi- och intensivvård - med grenspecialiteten smärtsjukvård
- neurologi
- akut omhändertagande, där vårdgivaren ska omhänderta akut sjuka och olycksfall årets alla dagar dygnet runt.

A.4.1 Transaktionsegenskaper

Tabell A.16 Egenskaper i tjänsten akutsjukvård

Egenskaper	Kommentarer	Not
Transaktionsspecificitet	Denna bedöms som hög, då uppdraget ställer krav på såväl tekniska resurser som tillgång till kompetens inom flera specialiteter. Bolaget ansvarar för personal, inventarier och medicinteknisk utrustning.	Fastigheten ägs av SLL och hyrs av vårdgivaren under avtalsperioden.
Frekvens	Hög. Viss säsongvariation.	
Osäkerhet	Hög till följd av hög andel akut vård.	
Mätbarhet		
<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitet 	God vad gäller patientupplevd kvalitet och medicinska utfall.	Flertalet bas- och grenspecialiteter täcks av kvalitetsregister.
<ul style="list-style-type: none"> • Kostnad 	God för huvuddelen av verksamheten, varierar dock stort för särskilt komplicerade fall.	
<ul style="list-style-type: none"> • Volym 	Relativt förutsägbar för planerad vård. Osäkerhet kring volymen akut vård.	
<ul style="list-style-type: none"> • Manipulerbarhet 	Finns visst utrymme för diagnosglidning.	

Transaktionsspecificitet

Transaktionsspecificiteten bedöms som hög för verksamheten vid S:t Görans sjukhus. Uppdraget som utökat bassjukhus inom specialiserad vård ställer krav på såväl tekniska resurser som tillgång till kompetens inom flera specialiteter. I vårdavtalets kravspecifikation fastställs bl.a. att vårdgivaren ska ha personal i den omfattning som krävs för att utföra åtagandet, och att personalen ska ha adekvat utbildning. Vårdgivaren ska även skriftligen informera beställaren om eventuellt byte av verkställande direktör.

Akutsjukvården ska vidare utföras i SLL:s lokaler på S:t Görans sjukhus (vårdgivaren hyr lokalerna av landstinget). Bolaget ansvarar dock för samtlig personal, inventarier och medicinteknisk utrustning.

Frekvens

År 2011 producerade S:t Görans ca 26 500 slutenvårdstillfällen, varav 86 procent omfattade akut vård. Antalet öppenvårdskontakter uppgick till ca 149 500, varav 31 procent utgjordes av akut vård. Den sammantagna frekvensen bedöms därför som hög, men den varierar mellan olika specialiteter. Sjukhuset har 31 vårdplatser, omkring 1 850 anställda och kan erbjuda 31 medicinska specialiteter.

Osäkerhet

Osäkerheten bedöms som hög till följd av att uppdraget innehåller en väsentlig del akut vård. Detta innebär att vårdgivaren ska omhänderta akut sjuka och olycksfall dygnet runt årets alla dagar.

Mätbarhet

Mätbarheten bedöms som god avseende både patientupplevd kvalitet och medicinska utfall. Detta då flertalet av bas- och grenspecialiteterna täcks av kvalitetsregister.

Tack vare krav på dataredovisning avseende kostnad per patient (KPP-data), finns goda möjligheter till kostnadsjämförelser mellan akutsjukhusen. Det gemensamma DRG-poängpriset fastställs också vid jämförelser mellan sjukhusen. Detta motsvarar det lägsta DRG-poängpriset som något av akutsjukhusen innehar för det kalenderåret. Det slutliga priset per DRG-poäng bestäms dock även via ett vårdgivarindividuellt påslag på DRG-priset, som bl.a. söker beakta strukturella kostnadsskillnader mellan akutsjukhusen. Till skillnad från övriga akutsjukhus inom SLL fastställs dock totalersättning (och därmed det slutgiltiga DRG-priset) utifrån det i upphandlingen angivna anbudspriset, och inte genom förhandling. För S:t Görans del är därmed DRG-priset konkurrensutsatt via upphandlingen för sjukhuset.

Manipulerbarhet

För att motverka ökad DRG-genomsnittsvikt som inte beror på ökad vårdtyngd, utan har tekniska orsaker (till exempel ändrat registreringsbeteende), ersätts inte så kallad DRG-glidning över 0,5 procent.

A.4.2 Kontraktsegenskaper

Tabell A.17 Kontraktsegenskaper i tjänsten akutsjukvård

Egenskaper	Kommentarer	Not
Akreditering	Grundläggande krav på ekonomisk ställning och teknisk kapacitet. Urvalsförfarandet baserades också på en sammantagen viktning av pris och kvalitet.	
Ersättningssystem	Rörlig prestationsbaserad ersättning enligt DRG till 97,5% (både baserad på gemensamt DRG-pris och upphandlat anbudspris). Mårelaterad kvalitetsersättning om 2% samt miljöersättning om 0,5%. Finns produktionstak.	Ersättning lämnas ej om produktionen överstiger målnivån med mer än 4%.
Selektionsincitament	Minskas genom ytterfallsersättning (som baseras på sjukhuset självkostnader) för särskilt komplicerade patientfall.	
Avtalslängd	Avtalet ska gälla under minst nio år.	
Uppföljning	Relativt omfattande uppföljning via såväl inrapportering av statistik och indikatorer samt via medicinsk revision.	

Akreditering

Mot bakgrund av att en leverantör måste göra stora investeringar och att upphandlingen är förenad med stora kostnader, bedömde SLL att det var rimligt med relativt lång avtalstid (SLL, 2012b). Det upphandlade avtalet, med start 2013, kommer därför att gälla i nio år. Möjlighet finns för SLL att därutöver förlänga avtalet en eller flera gånger, upp till maximalt fyra år.

Kvalificeringskraven i upphandlingen bestod av krav på ekonomisk ställning, krav på teknisk kapacitet samt krav på registrering i aktiebolagsregister m.m. Kraven på ekonomisk ställning bestod av att anbudssökandena skulle ha viss omsättning och viss ekonomisk stabilitet. Kravet på teknisk kapacitet bestod av att anbudssökandena utförde, eller under de senaste fem åren hade utfört, ett eller flera uppdrag inom hälso- och sjukvård. Dessa uppdrag skulle, var för sig eller tillsammans, omfatta minst två specialiteter i öppenvård och minst två specialiteter i slutenvård. Dessutom ställdes krav på redogörelser avseende kvalitet, ledningssystem och övertagande av verksamhet.

Upphandlingen baserades på en sammantagen viktning av både pris och kvalitet, där det från anbudsgivarens offererade anbudspris gjordes prisavdrag för uppnådd kvalitetspoäng. Resultatet blev anbudsgivarens utvärderingspris. Anbudsgivaren med lägst utvärderingspris skulle komma att antas. Priset på driften av akutsjukvården, det offererade priset, definierades i upphandlingen som totalersättningen för en av SLL angiven målvolym. Den angivna målvolymen var en uppskattning av 2013 års vårdproduktion. Vad gäller utvärderingskriteriet kvalitet, beslutade SLL att utforma underkriterier som omfattade akutsjukhusets hela verksamhet. Vägledande för utformningen var Socialstyrelsens begrepp ”God vård”, dvs. vård som är kunskapsbaserad, ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv och jämlik, samt ges inom rimlig tid.

Utvärderingskriteriet ”kvalitet” preciserades i tre kriterier:

- 1: Att minimera vårdsador (patientsäkerhet)
- 2: Att alla patienter inom rimlig tid ges den akuta vård de har behov av (tillgänglighet)
- 3: Att vård som inte kräver kompetens och resurser hos ett akutsjukhus, förs ut till vårdgivare utanför akutsjukhuset (effektivitet)

Anbudsgivaren bifogade till sitt anbud en kvalitetsredogörelse per underkriterium. Dessa poängsattes enligt en fyrgradig skala, där det maximala prisavdraget för uppnådd kvalitetspoäng uppgick till 120 miljoner kronor. En del i anbudsutvärderingen utgjordes även av förhandlingar med anbudsgivarna, där utfallet av förhandlingarna beaktades vid poängsättningen.

För planerad vård utgörs sjukhusets upptagningsområde av sammanlagt ca 420 000 invånare. Dessa utgörs av boende i Akalla, Bromma, Ekerö-Mälaröarna, Husby, Hässelby-Vällingby, Kista, Kungsholmen, Norrmalm, Rinkeby, Spånga, Tensta, Vasastan och Östermalm. Det innebär att sjukhuset får remisser från husläkare och andra vårdgivare i dessa områden. Som akutpatient har man rätt att söka vård hos S:t Görans sjukhus, oavsett var i Sverige man bor.

Ersättningssystem

Principerna för ersättningen av akutsjukhusen är gemensamma för samtliga akutsjukhus inom landstinget. Dessa består 2012–2015 av en kombination av rörlig prestationsbaserad ersättning enligt DRG, kvalitetsrelaterad ersättning och miljörelaterad ersättning. Den prestationsbaserade ersättningen täcker ca 97,5 procent av totalersättningen. Denna baseras på en målvolym uttryckt i totalt antal DRG-poäng för akut vård och majoriteten av all planerad vård. Ett fast pris är sedan knutet till varje producerad DRG-poäng. Det slutgiltiga DRG-priset består av en kombination av ett för alla akutsjukhus gemensamt DRG-pris, och ett vårdgivarindividuellt DRG-prispåslag. Det gemensamma DRG-priset fastställs årligen och motsvarar det lägsta DRG-priset som något av akutsjukhusen innehar för det kalenderåret. Det vårdgivarindividuella DRG-prispåslaget är tänkt att justera för omotiverade kostnadsskillnader som inte avspeglas i det gemensamma DRG-priset. Merkostnaderna kan avse skillnader i andelen komplicerade patientfall, olika ansvar för jourberedskap, skillnader i utbildningsuppdrag och hyresskillnader. Tidigare utgick denna del av ersättningen som en fast strukturersättning om ca 5–15 procent av totalersättningen. Numera lämnas denna endast för producerad vård. För S:t Görans sjukhus fastställs det vårdgivarindividuella DRG-priset utifrån det i upphandlingen angivna anbudspriset. Ersättningen för extra produktion över avtalad målvolym upp till 104 procent, ökas till 40 procent av poängpriset. Ingen ersättning ges för underproduktion.

Från och med 2012 införs på samtliga sjukhus även en prestationsrelaterad ersättning för kostnadsytterfall. Den innebär att det för varje DRG och varje årlig DRG-viktlista anges en kostnadsgräns. De vårdtillfällen vars kostnader är lika med eller

överskrider den angivna kostnadsgränsen, ersätts med vårdgivarens faktiska kostnad enligt vårdgivarens redovisade KPP-data.

Dessutom lämnas en kvalitetsrelaterad ersättning om ca 2 procent av totalersättningen. Denna baseras på en rad olika kvalitetsindikatorer, där ersättning antingen lämnas för redovisat resultat eller när resultatet överstiger en viss mål- eller miniminivå. Miniminivån utgörs av det näst sämsta resultatet för indikatorn i en jämförelse mellan akutsjukhusen. Målnivån fastställs utifrån det bästa resultatet för indikatorn i en jämförelse mellan akutsjukhusen, alternativt utifrån nationella krav och målnivåer. Indikatorerna följer ramverket God vård och baseras främst på struktur- och processmått. En halv procent av ersättningen är även knuten till uppfyllandet av olika miljöåtaganden.

Viten utdöms om vårdgivaren brister i tillgänglighet. Detta gäller exempelvis för patienter som väntat utöver vårdgarantins gränser, avseende nybesök och väntan på behandling (åtgärder/operationer). Vite utfaller inte för patienter där väntetiden kan definieras som medicinsk eller patientvald väntan. Ovan nämnda viten kan sammantaget uppgå till maximalt 1 procent av totalersättningen. Vite utdöms även för bristande rapportering till väntetidsregister och för bristande följsamhet till kvalitetsredogörelserna.

Vårdgivaren ansvarar även för kostnader avseende bland annat IT, tolkservice, fortbildning av vårdgivarens personal, medicinteknisk utrustning och medicinsk service som vårdgivaren beställt inom och utanför sjukhuset.

Selektionsincitament

För att undvika att särskilt svåra patientfall antingen remitteras vidare eller får mindre insatser än vad som är medicinskt motiverat, lämnas ersättning för faktisk kostnad (baserad på sjukhusets självkostnader) för särskilt svåra patientfall. Varje DRG-grupp har därför en angiven kostnadsgräns. Kostnader som överskrider den angivna kostnadsgränsen ersätts med vårdgivarens faktiska kostnad enligt redovisade KPP-data.

Uppföljning

Uppföljningen syftar till att skapa en grund för gemensam utveckling av vården och vårdgivarens uppdrag. Detta genom att stimulera till jämförelser, erfarenhetsutbyte och kvalitets- och förbättringsarbete. Uppföljningen ska även ge underlag för patienterna att göra kunskapsbaserade val av vårdgivare, samt tillgodose medborgarnas rätt till insyn. Beställaren äger rätt att publicera uppföljningsresultaten för allmänheten och andra vårdgivare. I detta ingår rätt att ge andra vårdgivare tillgång till aggregerad läkemedelsstatistik över vårdgivarens totala förskrivning. Mer precist sker uppföljningen via:

- löpande månadsavstämning
- löpande avstämningar av krav på tillgänglighet
- fördjupad uppföljning
- protokollförda möten
- uppföljning av redovisade indikatorer
- uppföljning av kvalitetsredogörelserna

En del av uppföljningen sker enligt SLL:s uppföljningsmodell för leverantörer, där vårdgivarna kan jämföra sig med vårdgivare med samma uppdrag. Nedan exemplifieras de olika kvalitetsindikatorer som låg till grund för den kvalitetsbaserade ersättningen 2011, och som ingår som en del i uppföljningen.

Tabell A.18 Indikatorer vid uppföljning av målrelaterad ersättning för akutsjukhus inom SLL 2011 (SLL, 2012a)

<u>Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård</u>	<u>Krav</u>
Andel strokepatienter som vårdats på strokeenhet	Miniminivå 72%, Målnivå 90%
Förekomst av trombolysbehandling vid stroke	Miniminivå 10%
Hjärtsjukvård, hjärtinfarkt, rapportering till RIKS-HIA/SWEDEHEART	Miniminivå 75%
Hjärtsjukvård, hjärtinfarkt, kvalitetsindex RIKS-HIA/SWEDHEART	Redovisa resultat
Cancersjukvård, täckningsgrad i cancerregister	Miniminivå 95%
Ortopedisk sjukvård, höftplastig rapportering Svenska höftprotesreg.	Miniminivå täckningsgrad 97%
Ortopedisk sjukvård, knäplastik, rapportering till Svenska knäprotesreg.	Miniminivå täckningsgrad 97%
Höftfraktur, andel protesopererade 65 år och äldre cervikal höftfraktur	Miniminivå 47%, Målnivå 55%
Kärlkirurgi, tid till operation vid förträngning av halspulsåder	Redovisa resultat
Kirurgisk vård, täckningsgrad i rapportering till SOReg (obesitas)	Redovisa resultat
<u>Säker hälso- och sjukvård</u>	<u>Krav</u>
Strukturerad journalgranskning enligt GTT	Redovisa resultat
Införande av läkemedelsavstämning och läkemedelsberättelse	Redovisa resultat
MRSA-odlingar bland riskpatienter	Redovisa resultat
Vårdrelaterade infektioner	Redovisa resultat
Förekomst av trycksår i samband med behandling	Redovisa resultat
<i>IVA</i>	
a) Registrering av SAPS3 i SIR	Miniminivå 90%
b) Riskjusterad mortalitet efter vård på IVA	Redovisa resultat
c) Utskrivning nattetid från intensivvårdsavdelningen	Redovisa resultat
<u>Patientfokuserad hälso- och sjukvård</u>	<u>Krav</u>
Nutrition	Redovisa resultat
<i>Strokepatienter</i>	
a) ADL-oberoende tre månader efter akutfasen	Redovisa resultat
b) Redovisa bortfall i rapporteringen	Redovisa resultat
<u>Effektiv hälso- och sjukvård</u>	<u>Krav</u>
Höftfraktur -- andelen som opereras inom 24 timmar	Miniminivå 57%, Målnivå 71%
<u>Vård i rimlig tid</u>	<u>Krav</u>
Vistelsetid vid akutmottagningen	Miniminivå 70%, Målnivå 83%

Referenser

- Acemoglu, D. Kremer, M. och Mian, A. (2008) "Incentives in Markets, Firms and Governments", *Journal of Law, Economics, and Organization*, 24, 273–306.
- Akerlof, G. (1970) "The market for 'lemons': Quality Uncertainty and The Market Mechanism" *Quarterly Journal of Economics* 84, 488–500.
- Andersson, F. (2002) "Konkurrens på kommunala villkor – Om konkurrensutsättning och gränsen mellan marknad och byråkrati", A Jour-rapport nr 7. Svenska Kommunförbundet.
- Andersson, F. (2012) "Till förändringsprogrammets försvar: en betraktelse kring incitament, byråkrati och att det bästa inte bör bli det godas fiende", Kapitel 4 i Andersson, F., T Bergström, L. Bringselius, M. Dackehag, T. Karlsson, S. Melander och G Paulsson, 2012. *Speglingar av en förvaltning i förändring*. Santérus Förlag, Stockholm.
- Andersson, F. (2011) "Make-or-Buy Decisions and the Manipulability of Performance Measures", *B.E. Journal of Theoretical Economics* 11 (1) (Advances), Artikel 23.
- Andersson, F. och Jordahl, H. (2013) "Outsourcing Public Services: Ownership, Competition, Quality and Contracting". Manuskript, Ekonomihögskolan och IFN. Andersson, F. (2002) *Konkurrens på kommunala villkor*, Svenska kommunförbundet, Stockholm.
- Anell, A. (2013) *Vårdval i specialistvården*, Sveriges Kommuner och Landsting 2013.
- Anell, A. (2010) *Vården i vården*, Rapport 2010:7 till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO). Stockholm: Fritzes.
- Anell, A. Nylinder, P. och Glenngård, A. (2012) *Vårdval i primärvården. Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar*, Sveriges Kommuner och Landsting 2012.

- Arrow, K. J. (1963) "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Economic Review*, 53 (5) 941-973.
- Barnum, H. Kutzin, J. och Saxenian, H. (1995) "Incentives and Provider Payment Methods", Department of Human Capital and Operations Policy at The World Bank, Working paper (51).
- Bech, M. och Pedersen, M.K. (2005) "Transaction Cost Theory applied to the Choice of Reimbursement Scheme in an integrated Health Care System". Health Economics paper 2005:2, University of Southern Denmark.
- Bergman, M. och Jordahl, H. (2014) *Goda år på ålderns höst? En ESO-rapport om konkurrens i äldreomsorgen*, Rapport (2014:1) till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO). Stockholm: Fritzes.
- Boström, M. (2012) "Nationell taxa – slutredovisning av uppdrag". Mona Boström AB, Stockholm.
- Carlsen, B. och Norheim, OF. (2003) "Introduction of The Patient-list System in General Practice", *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 21: 209-213.
- Charlesworth, A. Davies, A. och Dixon, J. (2012) "Reforming Payment for Healthcare in Europe to Achieve Better Value", Nuffieldtrust August 2012, London.
- Christianson, J.B. och Conrad, D. (2011) "Provider Payment and Incentives" i *The Oxford Handbook of Health Economics*, ed. Smith, P. och Glied S. Oxford University Press 2011.
- Crosson, FJ. och Guterman, S. (2009) "How can Medicare lead Delivery System Reform?" The Commonwealth Fund. New York.
- Dahlgren, C. Brorsson, H. Sveréus, S. Goude, F. och Rehnberg, C. (2013) "Fem år med husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm". Karolinska Institutet/Stockholms läns landsting.
- Devereaux, PJ. Schünemann, HJ. Ravindran N. Bhandari, M. Garg, AX. Choim, PT. Grant, BJ. Haines, T. Lacchetti, C. Weaver, B. Lavis, JN. Cook, DJ. Haslam, DR. Sullivan, T. och Guyatt, GH. (2002) "Comparison of mortality between private for-profit and private not-for-profit hemodialysis centers: a systematic review and meta-analysis". *JAMA*. 2002 Nov 20; 288(19):2449-57.
- Donahue, JD. (1992) *Den svåra konsten att privatisera*, SNS Förlag, Stockholm.

- Ellis, P.S. (1998) "Creaming, skimping and dumping: Provider Competition on the intensive and intensive margins", *Journal of Health Economics* 17 (5) 537-555.
- Evans, R.G. (1984) "Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care". Butterworths, Toronto.
- Famna (2011) "Tjäna eller tjäna? - om vård eller vinst" Privatisering av vård, omsorg, skola - vilka tar över? Famna, Stockholm.
- Fernandez, S. (2007) "What works best when contracting for services?" An Analysis of Contracting Performance at the local Level in the US. *Public Administration* 85(4) 1119-1141.
- Francois, P. och Vlassopoulos, M. (2008) "Pro-Social Motivation and the Delivery of Social Service". *CESifo Economic Studies* 54 (1), 22-54.
- Gaynor M, Moreno-Serra, och R. Propper C. (2010) "Death by Market Power: Reform, Competition and Patient Outcomes in the National Health Service", NBER Working Paper (16164).
- Gerdtham, U. Tambour, M. och Rehnberg, C. (1999) "Estimating the Effect of internal Markets on Performance in Swedish Health Care" *Applied Economics*, 1999;31:935-945.
- Glenngård, A. H. och Anell, A. (2012a) "Produktivitet och patientnöjdhet i primärvården – en studie av Region Halland, Region Skåne och Västra Götalandsregionen". Ekonomihögskolan, Lunds Universitet, KEFU-rapport.
- Glenngård, A. H. och Anell, A. (2012b) "Vad påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården?" Myndigheten för vårdanalys, rapport 2012:1, Stockholm.
- Graviditetsregistret (2013) Graviditetsregistret.se Mödrahälsovård – Fosterdiagnostik – Förlossning. Tillgänglig: <http://www.graviditetsregistret.se/> (2013-09-01)
- Gregg, P. Grout, P. Ratcliffe, A. Smith, S. och Windmeijer, F. (2011) "How important is Pro-social Behaviour in The Delivery of Public Services?" *Journal of Public Economics* 95, 758-766.
- Hallin, B. och Siverbo, S. (2003) *Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård*, Studentlitteratur, Lund.
- Hart, O. (1995) "Firms, Contracts and Financial Structure", Oxford University Press, Oxford och New York.
- Hartman, L. Anell, A. Mörk, E. Vlachos, J. Hanspers, K. Lundin, M. Szebehely, M. och Wiklund, S. (2011) *Konkurrensens*

- konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd?* SSNS Förlag, Stockholm.
- Holmström, B. och Milgrom, P. (1991) "Multitask Principal-agent Analyses: Incentive Contracts, Asset ownership, and Job design". *Journal of Law Economics and Organization* (7) 24-52.
- Hurst, JW. (2002) "Performance Measurement and Improvement in OECD Health Systems: Overview of Issues and Challenges". i: *Measuring up: Improving Health System Performance in OECD Countries*. OECD, Paris.
- Iversen, T. och Lurås, H. (2006) "Capitation and Incentives in Primary Care". i *The Elgar companion to Health Economics*, Jones A.M (eds). Elsevier.
- ISF (Inspektionen för Socialförsäkringen). "Vårdvalets effekter på sjukskrivningarna" Rapport 2014:17, Stockholm.
- Janlöv, N. (2010) "Measuring Efficiency in Swedish Health Care: Levels, Trade-offs and Determinants", Nationalekonomiska institutionen, Lund.
- Janlöv, N. och Rehnberg, C. (2011) "Uppföljning av husläkar-systemet inom Vårdval Stockholm – år 2010". Rapport nr 2011:15, Karolinska Institutets folkhälsoakademi, Stockholm.
- Jordahl, H. red. (2013) "Välfärdstjänster i privat regi: framväxt och drivkrafter". SNS Förlag, Stockholm.
- Jönsson B, och Faresjö, T. Westerberg, I. (1983) *Produktiviteten i privat och offentlig tandvård*. DsFi 1983:27 till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi. Stockholm: Fritzes.
- Kann, I.C. Biørn, E. och Lurås, H. (2010) "Competition in general Practice: Prescriptions to the elderly in a List Patient System". *Journal of Health Economics* 29: 751-764.
- Kessler, D. och McClellan, M. (2001) "The Effects of Hospital Ownership on Medical Productivity". NBER Working Paper No. 8537, Oktober 2001.
- Konkurrensverket (2014) Valfrihetswebben: Tillgänglig: <https://www.valfrihetswebben.se> 2014-03-01
- Konkurrensverket (2012a) "Val av mottagning", Rapport, Konkurrensverkets rapportserie 2012:2, Stockholm.
- Konkurrensverket (2012b) "Konkurrens inom laboratorietjänster", Rapport, Konkurrensverkets rapportserie 2012:5, Stockholm.
- Konkurrensverket (2010) "Uppföljning av vårdval i primärvården – Valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar". Slutrapport, Konkurrensverkets rapportserie 2010:3, Stockholm.

- Landstinget i Uppsala län (2013) *Regelbok för höft- och knä- protesoperationer*. Uppsala 2013.
- Landstinget i Uppsala län (2012) *Regelbok för kataraktoperationer i öppen vård*. Uppsala läns landsting, 2012.
- Landstingsförbundet (1985) Jämförande studie av privat och offentlig vård. Landstingsförbundet, Stockholm.
- Landstingsrevisorerna SLL (2013) Uppföljning av avtal inom vårdvalet – husläkarmottagningar och kataraktoperationer, projektrapport nr 13/2012, Stockholms läns landsting.
- Lindgren, P. (2014) *Ersättning i sjukvården*. SNS Förlag; Stockholm.
- Lindström, K. (2012) ”Vad utmärker nya vårdcentraler jämfört med äldre? Utvärdering av vårdvalsreformen i landstinget i Jönköpings län”, Primärvårdens FoU-enhet 2012:1.
- Lundbäck, M. (2012) ”Varför är det så få idéburna organisationer i välfärden?” Tillväxtverket, Stockholm, 2012.
- Ma, C. A. (1994) “Health care payment systems: Cost and quality incentives”, *Journal of Economics and Management*, 3(1) 93–112.
- Macneil, I.R. (1969) “Whither Contracts?” *Journal of Legal Education* 21: 403-418.
- McGuire, T. (2011) “Physician Agency and Payment for Primary Medical Care”. i *The Oxford Handbook of Health Economics*. ed. Smith, P. och Glied S. Oxford University Press 2011.
- OECD (2010) “Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries”, OECD Health Working Papers (50) OECD Publishing, Paris.
- Paulsson, G. (2009) Vårdval Halland - Utvärderingsrapport 2008. Rapport, Lunds universitet, Lund.
- Porter, M.E. (2010) “What Is Value in Health Care?” *New England Journal of Medicine* 2010; 363:2477-2481. December 23, 2010.
- Prendergast, C. (2003) The Limits of Bureaucratic Efficiency. *Journal of Political Economy* 111, 929-959.
- Propper, C. (2013) ”Lärdomar från England om konkurrens i vården”, SNS Analys nr 13, SNS Förlag, Stockholm.
- Propper, C. (2012) “Competition, Incentives and The English NHS”, *Health Economics*, 21: 33–40.
- Propper, C. Burgess, S. och Green, K. (2004) “Does Competition between Hospitals improve the Quality of Care? Hospital Death Rates and the NHS internal market”, *Journal of Public Economics* 88: 1247–1272.

- Regeringens proposition (2008/09:64) Ersättningsetablering för vissa privata vårdgivare, m.m.
- Region Skåne (2012) "Ackrediteringsvillkor och avtal avseende verksamhet för operation av grå starr inom vårdval Skåne", Förfrågningsunderlag enligt lag om valfrihetsystem 2008:962. Region Skåne, 2012.
- Rehnberg, C. (2014) *Vårdvalets påverkan på tillgänglighet. I Låt den rätte komma in. Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och kömiljarden?* Myndigheten för Vårdanalys, Rapport 2014:3.
- Rehnberg, C. Dahlgren, C. och Goude, F. (2013) "Vårdvalsmodeller i Sverige och internationellt (delrapport: Fem år med husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm). Karolinska Institutet/Stockholms läns landsting.
- Rehnberg, C. och Garpenby, P. (1995) *Privata aktörer i svensk sjukvård*. SNS Förlag, Stockholm.
- Rehnberg, C. Janlöv, N. Khan, J. och Lundgren, J. (2010) "Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm - redovisning av de två första årens erfarenheter", Rapport nr 2010:12, Karolinska Institutets folkhälsoakademi, Stockholm.
- Rosen, M. (2010) "Guldgruvan i häls- och sjukvården. Översyn av de nationella kvalitetsregistren. Förslag till gemensam satsning 2011–2015". Ljungbergs tryckeri, Stockholm 2010.
- Sclar, E. (2000) "You Don't Always Get What You Pay For: The Economics of Privatization", Cornell University Press, Ithaca och London.
- Silverman, EM. Skinner, JS. och Fisher, ES. (1999) "The Association between For-profit Hospital Ownership and increased Medicare Spending", *New England Journal of Medicine*. Aug 5;341(6):420-6.
- SKL (2014) Nationell patientenkät. Tillgänglig: <http://npe.skl.se> (2014-04-25).
- SKL (2013a) Statistik om hälso- och sjukvård och regional utveckling. Stockholm 2013.
- SKL (2013b) Nulägesrapport våren 2013: Satsningen på nationella kvalitetsregister, Stockholm 2013.
- SKL (2012) Privata läkare och sjukgymnaster i öppen vård med ersättning enligt nationell taxa 2012. Stockholm, 2012.
- SKL (2010) Nationella Kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården 2010. Stockholm 2010.

- Socialstyrelsen (2012) Nationell datainsamling i primärvården. Stockholm, 2012.
- SOU (2008:15) LOV att välja - Lag Om Valfrihetssystem. Frittvalutredningen 2008:15. Stockholm: Fritzes.
- SOU (2003:7) Åldergränser och ersättningstablering. Vårdgivarutredningen 2003:7. Stockholm: Fritzes.
- SLL (2013a) Förfrågningsunderlag enligt LOV vårdval ryggkirurgi. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting.
- SLL (2013b) Regelbok för förlossningsenheter 2013. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting.
- SLL (2012a) Flerårsavtal Akutsjukvård. Sjukhusgemensamma villkor 2012 – 2015. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting.
- SLL (2012b) Upphandlingen av S:t Görans sjukhus. Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning. Stockholms läns landsting.
- SLL (2011a) Regelbok för höft- och knäprotesoperationer 2011. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting.
- SLL (2011b) Regelbok för kataraktoperationer 2011. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting.
- Strömqvist, B. Fritzell, P. Hägg, O. Jönsson, O. och Sandén, B. (2012) The Swedish Spine Register, 2012 Report, SWESPINE
- Vårdanalys (2014) *Låt den rätte komma in. Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och kömiljarden?* Rapport 2014:3. Stockholm.
- Vårdanalys (2013a) *Satsningen på Nationella Kvalitetsregister - Tidiga iakttagelser av läget i satsningen 2013*, PM 2013:1. Stockholm.
- Vårdanalys (2013b) *Vad vill patienten veta för att välja?* Rapport 2013:4. Stockholm.
- Vårdanalys (2013c). *Vem har vårdvalet gynnat?* Rapport 2013:1. Stockholm.
- Vårdguiden (2013) Stockholms läns landsting. Välj barnmorskemottagning, ultraljudsmottagning och förlossningsklinik. Tillgänglig: <http://www.1177.se/Stockholm/Regler-och-rattigheter/Valj-barnmorskemottagning-ultraljudsmottagning-och-forlossningsklinik/> (2013-08-15).
- Williamson, O. E. (1975) *Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications*. The Free Press, New York.
- Williamson, O. E. (1985) *The Economic Institutions of Capitalism*, The Free Press, New York.

- Williamson, O.E. (1998) "Transaction Cost Economics: how it works; where it is headed", *De Economist* 146 (1) 23-58.
- Winblad, U. Isaksson, D. och Bergman, P. (2012) *Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvården. En kartläggning av kunskapsläget*. Myndigheten för Vårdanalys, Rapport 2012:2.
- Wohlin, J. Stalberg, H. Ström, O. Borgström, F. Garellick, G. och Brommels M. (2012) Uppföljningsrapport vårdval höft- och knäprotesoperationer. KI, Institute for Strategy and Competitiveness, Harvard Business School, Svenska höftprotesregistret, Stockholm läns landsting. 2012.
- Zielinski, A. Håkansson, A. Beckman, A. och Halling, A. (2011) "Impact of Comorbidity on the Individual's Choice of Primary Health Care Provider", *Scand J Prim Health Care*. 2011 Jun;29 (2):104-9.
- Zweifel, P. Breyer, F. (1997) *Health Economics*, Oxford University press, Oxford.

Förteckning över tidigare rapporter till ESO

2014

- Goda år på ålders höst? En ESO-rapport om konkurrens i äldreomsorgen.
- 3:12-Corporations in Sweden: The Effects of the 2006 Tax Reform on Investments, Job Creation and Business Start-ups.
- Företagandets förutsättningar – En ESO-rapport om den svenska ägarbeskattningen.
- Kapital på krita? En ESO-rapport om företagandets finansiering.
- Hållbara beräkningar – en ESO-rapport om att bedöma den offentliga sektorns finansiella hållbarhet.
- Med nya mått mätt – en ESO-rapport om indikationer på produktivitetsutvecklingen i offentlig sektor.
- Institutionsvård, incitament och information – en ESO-rapport om placering av ungdomar med social problem.

2013

- Bäste herren på täppan? En ESO-rapport om bostadsbyggande och kommunala markanvisningar.
- Allmän nytta eller egen vinning? En ESO-rapport om korruption på svenska.
- Var skapas jobben? En ESO-rapport om dynamiken i svenskt näringsliv 1990–2009.
- Transportinfrastrukturens framtida organisering och finansiering.
- Investeringar in blanco? En ESO-rapport om behovet av infrastruktur.

- Bonde söker bidrag – en ESO-rapport om effektivitet i det svenska landsbygdsprogrammet.
- The pension system in Sweden.
- Den offentliga sektorn – en antologi om att mäta produktivitet och prestationer.
- Utvinning för allmän vinning – en ESO-rapport om svenska mineralinkomster.
- Offentlig upphandling eller gröna nedköp? En ESO-rapport om miljöpolitiska ambitioner.

2012

- Svängdörr i staten – en ESO-rapport om när politiker och tjänstemän byter sida.
- En god start – en ESO-rapport om tidigt stöd i skolan.
- Den akademiska frågan – en ESO-rapport om frihet i den högre skolan.
- Income Shifting in Sweden. An empirical evaluation of the 3:12 rules.
- Samhällsekonomi på spåret – en ESO-rapport om att räkna på tunnelbanan.
- Hjälpa eller stjälpa? En ESO-rapport om kontrollfunktionen i arbetslöshetsförsäkringen
- Lärda för livet? – en ESO-rapport om effektivitet i svensk högskoleutbildning
- Forskning och innovation – statens styrning av högskolans samverkan och nyttiggörande

2011

- UD i en ny sats – organisation, ledning och styrning i en globaliserad värld.
- Försvarets förutsättningar – en ESO-rapport om erfarenheter från 20 år av försvarsreformer.
- Kalorier kostar – en ESO-rapport om vikten av vikt.
- Avtalsbestämda ersättningar, andra kompletterande ersättningar och arbetsutbudet.
- Sysselsättning för invandrare – en ESO-rapport om arbetsmarknadsintegration.

- Kollektivtrafik utan styrning
- Vägval i vården – en ESO-rapport om skillnader och likheter i Norden
- Att lära av de bästa – en ESO-rapport om svensk skola i ett internationellt forskningsperspektiv.
- Rapport från ett ESO-seminarium – decenniets framtidsfrågor.

2010

- En kår på rätt kurs? En ESO-rapport om försvarets framtida kompetensförsörjning.
- Beskattning av privat pensionssparande.
- Polisens prestationer – En ESO-rapport om resultatstyrning och effektivitet.
- Swedish Tax Policy: Recent Trends and Future Challenges.
- Statliga bidrag till kommunerna – i princip och praktik.
- Revisionen reviderad – en rapport om en kommunal angelägenhet.
- Vården i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården.
- Enkelt och effektivt – en ESO-rapport om grundtrygghet i välfärdssystemen.
- Kåren och köerna. En ESO-rapport om den medicinska professionens roll i styrningen av svensk hälso- och sjukvård.

2009

- Den långsiktiga finansieringen – välfärdspolitikens klimatfråga?
- Regelverk och praxis i offentlig upphandling.
- Invandringen och de offentliga finanserna.
- Fyra dyra fonder? Om effektiv förvaltning och styrning av AP-fonderna.
- Lika skola med olika resurser? En ESO-rapport om likvärdighet och resursfördelning.
- En kår i kläm – Läraryrket mellan professionella ideal och statliga reform ideologier.

2003

- Skolmisslyckande – hur gick det sen?
- Politik på prov – en ESO-rapport om experimentell ekonomi.
- Precooking in the European Union – the World of Expert Groups.
- Förtjänst och skicklighet – om utnämningar och ansvarsutkrävande av generaldirektörer.
- Bostadsbyggandets hinderbana – en ESO-rapport om utvecklingen 1995–2001.
- Axel Oxenstierna – Furstespegel för 2000-talet.

2002

- ”Huru skall statsverket granskas?” – Riksdagen som arena för genomlysning och kontroll.
- What Price Enlargement? implications of an expanded EU.
- Den svenska sjukan – sjukfrånvaron i åtta länder.
- Att bekämpa mul- och klövsjuka en ESO-rapport om ett brännbart ämne.
- Lärobok för regelnissar – en ESO-rapport om regelhantering vid avregleringar.
- Att hålla balansen – en ESO-rapport om kommuner och budgetdisciplin.
- The School’s Need for Resources – A Report on the Importance of Small Classes.
- Klassfrågan – en ESO-rapport om lärartätheten i skolan.
- Staten fick Svarte Petter – en ESO-rapport om bostadsfinansieringen 1985–1993.
- Hoten mot kommunerna – en ESO-rapport om ansvarsfördelning och finansiering i framtiden.

2001

- Mycket väsen för lite ull – en ESO-rapport om partnerskapen i de regionala tillväxtavtalen.
- I rikets tjänst – en ESO-rapport om statliga kårer.
- Rättvisa och effektivitet – en ESO-rapport om idéanalys.
- Nya bud – en ESO-rapport om auktioner och upphandling.
- Betyg på skolan – en ESO-rapport om gymnasieskolorna.

- Konkurrens bildar skola – en ESO-rapport om friskolornas betydelse för de kommunala skolorna.
- Priset för ett större EU – en ESO-rapport om EU:s utvidgning.

2000

- Att granska sig själv – en ESO-rapport om den kommunala miljötillsynen.
- Bra träffbild, fast utanför tavlan – en ESO-rapport om EU:s strukturpolitik.
- Utbildningens omvägar – en ESO-rapport om kvalitet och effektivitet i svensk utbildning.
- En svartvit arbetsmarknad? – en ESO-rapport om vägen från skola till arbete.
- Privilegium eller rättighet? – en ESO-rapport om antagningen till högskolan
- Med många mått mätt – en ESO-rapport om internationell benchmarking av Sverige.
- Kroppen eller knoppen? – en ESO-rapport om idrotts-gymnasierna.
- Studiebidraget i det långa loppet.
- 40-talisternas uttåg – en ESO-rapport om 2000-talets demografiska utmaningar.

1999

- Dagens och drivkrafter – en ESO-rapport om 2000-talets demografiska utmaningar.
- Återvinning utan vinning – en ESO-rapport om sopor.
- En akademisk fråga – en ESO-rapport om rankning av C-uppsatser.
- Hederlighetens pris – en ESO-rapport om korruption.
- Samhällets stöd till de äldre i Europa – en ESO-rapport om fördelningspolitik och offentliga tjänster.
- Regionalpolitiken – en ESO-rapport om tro och vetande.
- Att snubbla in i framtiden – en ESO-rapport om statlig omvandling och avveckling.
- Att reda sig själv – en ESO-rapport om rederier och subventioner.

- Bostad sökes – en ESO-rapport om de hemlösa i folkhemmet.
- Att ta sig ton – en ESO-rapport om svensk musikexport 1974–1999.
- Med backspegeln som kompass – en ESO-rapport om stabiliseringspolitiken som läroprocess.
- Med backspegeln som kompass – en ESO-seminarium om stabiliseringspolitik som läroprocess.

1998

- Staten och bolagskapitalet – om aktiv styrning av statliga bolag.
- Kommittéerna och bofinken – kan en kommitté se ut hur som helst?
- Regeringskansliet inför 2000-talet – rapport från ett ESO-seminarium.
- Att se till eller titta på – om tillsynen inom miljöområdet.
- Arbetsförmedlingarna – mål och drivkrafter.
- Kommuner Kan! Kanske! – om kommunal välfärd i framtiden.
- Vad kostar en ren? – en ekonomisk och politisk analys.

1997

- Fisk och Fusk – Mål, medel och makt i fiskeripolitiken.
- Ramar, regler, resultat – vem bestämmer över statens budget?
- Lönar sig arbete?
- Egenföretagande och manna från himlen.
- Jordbruksstödet – efter Sveriges EU-inträde.

1996

- Kommunerna och decentraliseringen – Tre fallstudier.
- Novemberrevolutionen – om rationalitet och makt i beslutet att avreglera kreditmarknaden 1985.
- Kan myndigheter utvärdera sig själva?
- Nästa steg i telepolitiken.
- Reglering som spel – Universiteten som förebild för offentliga sektorn?
- Hur effektivt är EU:s stöd till forskning och utveckling? – En principdiskussion.

1995

- Kapitalets rörlighet Den svenska skatte- och utgiftsstrukturen i ett integrerat Europa.
- Generationsräkenskaper.
- Invandring, sysselsättning och ekonomiska effekter.
- Hushållning med knappa naturresurser Exemplet sportfiske.
- Kostnader, produktivitet och måluppfyllelse för Sveriges Television AB.
- Vad blev det av de enskilda alternativen? En kartläggning av verksamheten inom skolan, vården och omsorgen.
- Hushållning med knappa naturresurser Exemplet allemansrätten, fjällen och skotertrafik i naturen.
- Företagsstödet Vad kostar det egentligen?
- Försvarets kostnader och produktivitet.

1994

- En effektiv försvarspolitik? Fredsvinst, beredskap och återtagning.
- Skatter och socialförsäkringar över livscykeln En simuleringsmodell.
- Nettokostnader för transfereringar i Sverige och några andra länder.
- Fördelningseffekter av offentliga tjänster.
- En Social Försäkring.
- Valfrihet inom skolan Konsekvenser för kostnader, resultat och segregation.
- Skolans kostnader, effektivitet och resultat En branschstudie.
- Bensinskatteförändringens effekter.
- Budgetunderskott och statsskuld Hur farliga är de?
- Den svenska insolvensrätten Några förslag till förbättringar inom konkurshandlingen m.m.
- Det offentliga stödet till partierna Inriktning och omfattning.
- Den offentliga sektorns produktivitet utveckling 1980–1992.
- Kvalitet och produktivitet – Teori och metod för kvalitetsjusterande produktivitetmått.
- Kvalitets- och produktivitet utvecklingen i sjukvården 1960–1992.
- Varför kulturstöd? Ekonomisk teori och svensk verklighet.

- Att rädda liv Kostnader och effekter.

1993

- Idrott åt alla? Kartläggning och analys av idrottsstödet.
- Social Security in Sweden and Other European Countries Three Essays.
- Lönar sig förebyggande åtgärder? Exempel från hälso- och sjukvården och trafiken.
- Hur välja rätt investeringar i transportinfrastrukturen?
- Presstödet effekter en utvärdering.

1992

- Statsskulden och budgetprocessen.
- Press och ekonomisk politik tre fallstudier.
- Kommunerna som företagsägare – aktiv koncernledning i kommunal regi.
- Slutbudsmetoden ett sätt att lösa tvister på arbetsmarknaden utan konflikter.
- Hur bra är vi? Den svenska arbetskraftens kompetens i internationell belysning.
- Statliga bidrag motiv, kostnader, effekter?
- Vad vill vi med socialförsäkringarna?
- Fattigdomsfällor.
- Växthuseffekten slutsatser för jordbruks-, energi- och skattepolitiken.
- Frihandeln ett hot mot miljöpolitiken eller tvärtom?
- Skatteförmåner och särregler i inkomst- och mervärdesskatten.

1991

- SJ, Televerket och Posten bättre som bolag?
- Marginaleffekter och tröskeeffekter barnfamiljerna och barnomsorgen.
- Ostyriga projekt att styra stora kommunala satsningar.
- Prestationsbaserad ersättning i hälso- och sjukvården vad blir effekterna?
- Skogspolitik för ett nytt sekel.

- Det framtida pensionssystemet två alternativ.
- Vad kostar det? Prislista för statliga tjänster.
- Metoder i forskning om produktivitet och effektivitet med tillämpningar på offentlig sektor.
- Målstyrning och resultatuppföljning i offentlig förvaltning.

1990

- Läkeförmånen.
- Sjukvårdskostnader i framtiden vad betyder åldersfaktorn?
- Statens dolda kapital. Aktivt ägande: exemplet Vattenfall.
- Skola? Förskola? Barnskola?
- Bostadskarriären som en förmögenhetsmaskin.

1989

- Arbetsmarknadsförsäkringar.
- Hur ska vi få råd att bli gamla?
- Kommunal förmögenhetsförvaltning i förändring – citykommunerna Stockholm, Göteborg och Malmö.
- Bostadsstödet – alternativ och konsekvenser.
- Produktivitetmätning av folkbibliotekens utlåningsverksamhet.
- Statsbidrag till kommuner: allt på en check eller lite av varje? En jämförelse mellan Norge och Sverige.
- Vad ska staten äga? De statliga företagen inför 90-talet.
- Beställare-utförare – ett alternativ till entreprenad i kommuner.
- Lönestrukturen och den "dubbla obalansen" – en empirisk studie av löneskillnader mellan privat och offentlig sektor.
- Hur man mäter sjukvård – exempel på kvalitet- och effektivitetmätning.

1988

- Vad kan vi lära av grannen? Det svenska pensionssystemet i nordisk belysning.
- Kvalitet och kostnader i offentlig tjänsteproduktion.
- Alternativ i jordbrukspolitiken.
- Effektiv realkapitalanvändning i kommuner och landsting.

- Hur stor blev tvåprocentaren? Erfarenheten från en besparings-teknik.
- Subventioner i kritisk belysning.
- Prestationer och belöningar i offentlig sektor.
- Produktivitetsutveckling i kommunal barnomsorg.
- Från patriark till part – spelregler och lönepolitik för staten som arbetsgivare.
- Kvalitetsutveckling inom den kommunala barnomsorgen.

1987

- Integrering av sjukvård och sjukförsäkring.
- Produktkostnader för offentliga tjänster – med tillämpningar på kulturområdet.
- Kvalitetsutvecklingen inom den kommunala äldreomsorgen 1970-1980.
- Vägar ut ur jordbruksregleringen – några idéskisser.
- Att leva på avgifter – vad innebär en övergång till avgifts-finansiering?

1986

- Offentliga utgifter och sysselsättning.
- Produktions-, kostnads-, och produktivitetsutveckling inom den offentliga finansierade utbildningssektorn 1960–1980.
- Socialbidrag. Bidragsmottagarna: antal och inkomster. Socialbidragen i bidragssystemet.
- Regler och teknisk utveckling.
- Kostnader och resultat i grundskolan – en jämförelse av kommuner.
- Offentliga tjänster – sökarljus mot produktivitet och användare.
- Svensk inkomstfördelning i internationell jämförelse.
- Byråkratiseringstendenser i Sverige.
- Effekter av statsbidrag till kommuner.
- Effektivare sjukvård genom bättre ekonomistyrning.
- Samhällsekonomiskt beslutsunderlag – en hjälp att fatta bättre beslut.
- Produktions-, kostnads- och produktivitetsutveckling inom armén och flygvapnet 1972–1982.

1985

- Egen regi eller entreprenad i kommunal verksamhet – möjligheter, problem och erfarenheter.
- Sociala avgifter – problem och möjligheter inom färdtjänst och hemtjänst.
- Skatter och arbetsutbud.
- Produktions-, kostnads- och produktivitetens utveckling inom vägsektorn.
- Organisationer på gränsen mellan privat och offentlig sektor – förstudie.
- Frivilligorganisationer alternativ till den offentliga sektorn?
- Transfereringar mellan den förvärvsarbetande och den äldre generationen.
- Produktions-, kostnads- och produktivitetens utveckling inom den sociala sektorn 1970–1980.
- Produktions-, kostnads- och produktivitetens utveckling inom offentligt bedriven hälso- och sjukvård 1960–1980.
- Statsskuldräntorna och ekonomin effekter på den samlade efterfrågan i samhället.

1984

- Återkommande kostnads- och prestationsjämförelser – en metod att främja effektivitet i offentlig tjänsteproduktion.
- Parlamentet och statsutgifterna hur finansmakten utövas i nio länder.
- Transfereringar och inkomstskatt samt hushållens materiella standard.
- Marginella expansionsstöd ekonomiska och administrativa effekter.
- Är subventioner effektiva?
- Konstitutionella begränsningar i riksdagens finansmakt – behov och tänkbara utformningar.
- Perspektiv på budgetunderskottet, del 4. Budgetunderskott, utlandsupplåning och framtida konsumtionsmöjligheter. Budgetunderskott, efterfrågan och inflation.
- Vem utnyttjar den offentliga sektorns tjänster.

1983

- Administrationskostnader för våra skatter.
- Fördelningseffekter av kommunal barnomsorg.
- Perspektiv på budgetunderskottet, del 3. Budgetunderskott, portföljval och tillgångsmarknader. Modellsimuleringar av offentliga besparingar m.m.
- Produktivitet i privat och offentliga tandvård.
- Generellt statsbidrag till kommuner – modellskisser.
- Administrationskostnader för några transfereringar.
- Driver subventioner upp kostnader – prisbildningseffekter av statligt stöd.
- Minskad produktivitet i offentlig sektor – en studie av patent- och registreringsverket.
- Perspektiv på budgetunderskottet, del 2. Fördelningseffekter av budgetunderskott. Hushållsekonomi och budgetunderskott.
- Enhetligt barnstöd? några variationer på statligt ekonomiskt stöd till barnfamiljer.
- Staten och kommunernas expansion några olika styrmedel.

1982

- Ökad produktivitet i offentlig sektor – en studie av de allmänna domstolarna.
- Offentliga tjänster på fritids-, idrotts- och kulturområdena.
- Perspektiv på budgetunderskottet, del 1. Budgetunderskottens teori och politik. Statens budgetfinansiering och penningpolitiken.
- Inkomstomfördelningseffekter av livsmedelssubventioner.
- Perspektiv på besparingspolitiken.