

September 2013

SNS ANALYS

nr13

Lärdomar från England om konkurrens i vården

TVÅ TYPER AV MARKNADSREFORMER. Storbritannien, framför allt England, var tidigt ute med olika typer av marknadsreformer inom sjukvården. Reformerna genomfördes i två steg – med olika modeller för konkurrens. Detta gör det särskilt intressant att studera reformernas effekter. I början av 1990-talet infördes en beställar-utförarmodell inom specialistvården som innebar att sjukhusen fick konkurrera mot varandra. Beställarna premierade i första hand lägre priser och minskade kötider. I början av 2000-talet infördes en modell där patienterna fick välja fritt mellan olika vårdgivare. Priserna på olika behandlingar var fasta. Därmed ökade inslaget av kvalitetskonkurrens.

KORTARE KÖER, MEN TILL PRISET AV SÄMRE

KVALITET. Beställar-utförarmodellen visade sig vara ett effektivt sätt att kapa värdköerna. Däremot finns vissa belägg för försämrad kvalitet i dimensioner som är svårare för beställarna att mäta och observera.

KUNDVAL FRÄMJAR KVALITET.

Kundvalsmodellen, i kombination med fasta priser, visade sig ge höjd vårdkvalitet, mätt som överlevnad och kortare vårdtider, utan att kostnaderna ökade. Det finns inte några tecken på att ojämlikheten i vården samtidigt ökade.

OSÄKRA VINSTER AV STORSJUKHUS.

Parallellt med marknadsreformerna genomfördes också omfattande sammanslagningar av sjukhus till större enheter. Det finns inga tydliga belägg för att detta har påverkat vårdens kvalitet eller produktivitet i någon riktning.



FÖRFATTARE

Carol Propper är professor i nationalekonomi vid Imperial College Business School och University of Bristol.

E-post: c.propper@imperial.ac.uk



SNS ANALYS En stor del av den forskning som bedrivs är vid sin publicering anpassad för vetenskapliga tidskrifter. Artiklarna är ofta teoretiska och inomvetenskapligt specialiserade. Det finns emellertid mycket forskning, framför allt empirisk och policyrelevant sådan, som är intressant för en bredare krets. Målet med SNS Analys är att göra denna forskning tillgänglig för beslutsfattare i politik, näringsliv och offentlig förvaltning och bidra till att forskningen når ut i medierna. Finansiellt bidrag har erhållits från Jan Wallanders och Tom Hedelius Stiftelse. Författarna svarar helt och hållet för analys, slutsatser och förslag.



Under de senaste decennierna har marknadsorienterade reformer av hälso- och sjukvården rönt stort intresse internationellt.

Storbritannien, främst England, har sedan början av 1990-talet legat i frontlinjen bland de länder som genomfört konkurrensfrämjande reformer.

Under de senaste decennierna har marknadsorienterade reformer av hälso- och sjukvården rönt stort intresse internationellt. Det finns en rad olika orsaker till detta. För det första anses konkurrens generellt sett vara ett bra medel för att stimulera tillväxten i ekonomin. För det andra finns det argument för att införa konkurrens i tungt reglerade sektorer med låg produktivitetstillväxt, såsom hälso- och sjukvård. Det finns dock inga entydiga svar på frågan om huruvida konkurrens gör nytta inom vården, och många av de reformer som genomförts väntar fortfarande på att bli utvärderade.

Storbritannien, främst England, har sedan början av 1990-talet legat i frontlinjen bland de länder som genomfört konkurrensfrämjande reformer inom sitt hälso- och sjukvårdssystem. Inom vården kan man antingen ha konkurrens på försäkringssidan eller på utförarsidan – eller både och. I till exempel USA har man konkurrens på båda sidorna. Det har man även i Nederländerna, som började med försäkringssidan, och i Schweiz, vars sjukvårdssystem dock är mycket reglerat. I Storbritannien har reformerna varit inriktade på att skapa konkurrens på utförarsidan, precis som i de nordiska länderna.

I denna skrift presenteras och diskuteras de viktigaste reformerna som genomfördes på 1990-talet i Storbritannien och det första decenniet under 2000-talet i England med hjälp av vetenskapliga studier om vilka resultat som reformerna lett till.¹

¹ Denna skrift bygger huvudsakligen på Gaynor, Moreno-Sera och Propper (2012, 2013) samt Propper (2012). För kopplingarna till den svenska vården har Anders Anell,

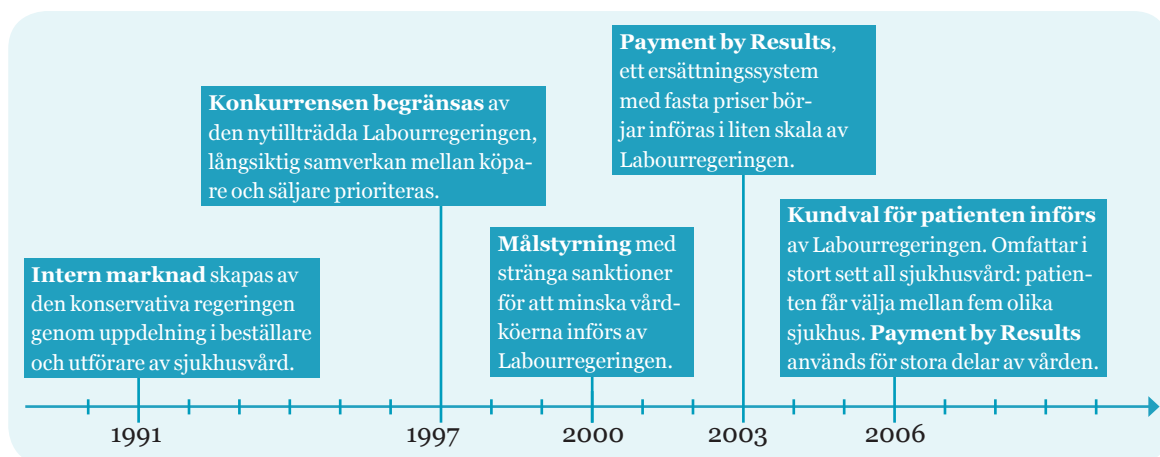
Det brittiska vårdssystemet

Hälso- och sjukvården i Storbritannien är skattefinansierad och avgiftsfri för patienterna. Den tillhandahålls av National Health Service (NHS), se faktabara på sidan 3. Primärvården sköts av allmänläkare, *General Practitioners (GPs)*. De utgör länken mellan patienten och NHS-sjukhusen där specialistvården bedrivs. Det har sedan länge funnits valfrihet inom primärvården: patienten väljer själv allmänläkare. Allmänläkarna arbetar vanligtvis vid lokala vårdmottagningar. Många är egenföretagare som har kontrakt med NHS.

Reformerna som behandlas i den här skriften var inriktade på sjukhusens vårdproduktion. De första reformerna under 1990-talet introducerade konkurrens genom att skapa en *intern marknad* för sjukhusvård. Under 2000-talets första decennium infördes *kundval* för patienterna och *fasta ersättningsnivåer* för olika behandlingar, dock enbart i England (se figur 1 nedan).

Även i Sverige har flera reformer införts och stora förändringar skett inom vården under de senaste decennierna, i vissa fall influerade av utvecklingen i England. Både den svenska och den brittiska sjukvården är offentligt finansierade och reformerna har i båda fallen varit inriktade på produktionssidan. Det finns naturligtvis också stora olikheter mellan länderna. Utöver skillnaderna i geografi och befolkningstäthet är det engelska sjukvårdssystemet nationellt, medan det i Sverige i hög utsträckning är landstingen som ansvarar för sjukvården.

adjungerad professor vid Institutet för ekonomisk forskning, Lunds universitet, konsulterats.



Figur 1: Brittiska sjukvårdsreformer under 1990- och 2000-talet.

The National Health Service (NHS)

Det brittiska hälso- och sjukvårdssystemet, *The National Health Service*, grundades 1948 och är i dag det största offentligt finansierade hälso- och sjukvårdssystemet i världen. Med vissa undantag, såsom receptbelagda mediciner, optikertjänster och tandvård, är vården avgiftsfri. Totalt tillhandahåller NHS vård till Storbritanniens drygt 63 miljoner invånare och har över 1,7 miljoner anställda. Ansvaret för hälso- och sjukvården i Nordirland, Skottland och Wales har överlåtits till dessa riksdelars förvaltningar. Den engelska delen, NHS England, är störst och tillhandahåller vård till 53 miljoner människor samt har över 1,35 miljoner anställda.

Vid tiden för reformerna på 1990-talet och i början av 2000-talet fanns också en liten privat sektor. Ungefär 15 procent av befolkningen hade privat sjukvårdsförsäkring, som ett komplement till den offentliga vården. Den täckte vård inom den begränsade icke-akuta privata sjukhusvården inom de områden där NHS hade långa väntetider. Det fanns också några privata vårdgivare som utförde vård på uppdrag av det offentliga, men de utgjorde mindre än 1 procent av sjukhusens verksamhet. Under de senaste åren har andelen privat utförd vård börjat öka.

1990-talet: intern marknad med priskonkurrens

Den första reformen, som genomfördes 1991 av den dåvarande konservativa regeringen, innebär att beställar- och utförarrollerna av sjukhusvård delades upp. Avsikten var att öka konkurrensen mellan sjukhusen. Före reformen drevs sjukhusen av de lokala hälsovårdsmyndigheterna. I och med reformen avskildes de från dessa myndigheter och blev självständiga förvaltningar, *NHS Trusts*.

I det nya beställare- och utförarsystemet var både pris och kvalitet förhandlingsbara, men informationen om kvalitet var mycket begränsad.

Det fanns två typer av beställare, de lokala hälsomyndigheterna och allmänläkarmottagningarna. De lokala hälsomyndigheterna fick i uppgift att upphandla sjukhusvård för invånarna i sitt område.² Vidare infördes ett system där allmänläkarna kunde välja att ta budgetansvar för den icke-akuta vården av sina patienter, i stället för den lokala hälsomyndigheten. De blev då *GP fund holders*. Därigenom fick de bland annat ansvar för att köpa specialistvårdtjänster från sjukhusen. De hade rätt att behålla eventuella överskott av de medel som de fått tilldelade. Syftet var att öka allmänläkarnas ekonomiska incitament att hantera vårdkostnaderna. Vissa mottagningar gick ihop i konsortier för att dela på resurserna och den finansiella risken.

Det fanns från början en oro för, och en kritik mot, att de två parallella vägarna till specialistvård – via hälsomyndigheterna respektive via allmänläkarna – skulle gynna de patienter som remitterades av allmänläkare på bekostnad av de andra patienterna samt leda till ökad byråkrati och skapa vårdköer. År 1997 avskaffade den nyttillträdde Labourregeringen *GP fund holder*-systemet av dessa skäl. Däremot behölls beställar- och utförarmodellen, men förutsättningarna ändrades med syfte att minska konkurrensen. I stället infördes mer långsiktiga samarbetsrelationer mellan beställare och utförare. Under den nya regimen, som liknade det som i USA kallas selektiv kontraktering (*selective contracting*), förhandlade beställare och utförare årligen om pris, kvalitet – i första hand definierat som väntetid – och volym. Majoriteten av kontrakten antog formen av årsvolymkontrakt.

Målstyrning med sanktioner

Långa väntetider för den icke-akuta specialistvården hade länge varit ett problem i den brittiska sjukvården. För att komma tillrätta med detta införde Blairs Labourregering ett målstyrningspaket i kombination med stränga sanktioner för sjukhusledningen om man inte uppnådde målen, bland annat offentlig publicering, minskad självständighet och till och med uppsägning. År 2000 tillkännagavs det att väntetiderna i England skulle minskas successivt under de kommande fem åren. Till

I det nya beställar- och utförarsystemet var både pris och kvalitet förhandlingsbara, men informationen om kvalitet var mycket begränsad.

² Dessa områden var administrativt definierade, geografiska områden med cirka 100 000 invånare.



att börja med sattes en maxtid på 18 månader, 2005 skulle den ha sjunkit till 6 månader. Sanktionerna framstod som så hårda att systemet kom att kallas *targets and terror*.

Enligt ekonomisk teori är risken med den här typen av styrning att den uppmuntrar ett beteende som gör att man ”när målen men missar poängen”. I det här fallet skulle det kunna innebära att väntetiderna hålls precis under den stipulerade maxtiden, eller att kortade väntetider prioriteras, i stället för att de sjukaste patienterna behandlas.

Effekter av 1990-talets reformer

Det finns ganska få studier av 1990-talets reformer. Nedan presenteras resultat från den forskning som finns.

Kostnaderna kan ha minskat

Kostnaderna kan ha minskat mer i områden med högre konkurrens.³ Allmänläkarna, *GP fund holders*, verkar ha fått bättre avtal med sjukhusen än de lokala hälsomyndigheterna, som hade ansvar för att upphandla all vård för hela befolkningsgrupper inom ett visst område. Det kan bero på att allmänläkarnas finansiella drivkrafter var starkare eftersom de fick behålla eventuella vinster i sin egen rörelse när de gjorde fördelaktiga avtal. Hälsomyndigheterna däremot styrdes av kraven på att uppvisa nollresultat varje år. De behövde också ta långsiktig hänsyn till att upprätthålla det lokala vårdbudet totalt sett. Det behövde inte allmänläkarna bry sig så mycket om eftersom de bara hade ansvar för att tillhandahålla vissa specialiserade sjukvårdstjänster.

Trots politikernas oro för ett tudelat vårdsystem, finns det få belägg för att patienter, vars specialistvård upphandlats av allmänläkare, fick mer vård än de patienter som omfattades av de större hälsomyndigheterna.⁴

Kortade vårdköer men lägre kvalitet

Sjukhus som mötte hårdare konkurrens riktade in sig på att kapa vårdköerna. Detta sked-

de dock till priset av minskad kvalitet i sådana dimensioner som var svåra för patienterna och beställarna att observera.⁵ Resultatet överensstämmer med enkla teoretiska modeller om konkurrens i kombination med bristfällig information. Eftersom de som upphandlade vården under den här perioden främst ville öka volymen och minska vårdköerna, samtidigt som mätningar av vårdkvaliteten inte offentliggjordes, är det föga förvånande att vårdgivarna riktade in sig på att korta vårdköerna på bekostnad av de kvalitetsdimensioner som var svårare att observera.

Kortlivade reformer och brist på data

Utvärderingen av de reformer som skapade den interna marknaden hämmas av bristen på data. Den mest omfattande och tillförlitliga studien av konkurrensens inverkan undersökte enbart väntetider och dödstal på sjukhus bland patienter som blivit inlagda efter hjärtinfarkt.⁶ Dödstal är visserligen ett viktigt mått som ofta används inom den ekonomiska litteraturen för att mäta sjukhuskvalitet, men det är ändå viktigt att påminna om att det enbart mäter ett slags kvalitet. Det finns också frågetecken kring detta måtts tillförlitlighet eftersom antalet inlagda patienter är litet och variationerna i uppmätta resultat varierar kraftigt från år till år.⁷ Se faktaruta på sidan 5 om att mäta kvalitet i vården.

En svårighet vid utvärderingen av de här reformerna är också att de blev så kortlivade. De infördes 1991 och upphörde 1997.

Kortare väntetider med målstyrning

När det gäller det målstyrningsprogram som startade år 2000 för att minska vårdköerna så finns en studie som undersöker dess effekter. I studien utnyttjas det faktum att programmet inte infördes med samma kraft i Skottland som i England, vilket gör en jämförelse möjlig. Studien visar att målstyrningen, i kombination med sanktioner, faktiskt lyckades mins-

Sjukhus som mötte hårdare konkurrens riktade in sig på att kapa vårdköerna, till priset av minskad kvalitet i dimensioner som var svårare att observera.

³ Propper och Soderlund (1998).

⁴ Cookson, Dusheiko, Hardman och Martin (2010).

⁵ Propper, Burgess och Green (2004); Propper, Sutton, Windmeijer och Whitnall (2008).

⁶ Propper, Sutton, Windmeijer och Whitnall (2008).

⁷ Kane och Staiger (2002).

Att mäta kvalitet i vården

Det är svårt att mäta kvalitet i vården eftersom kvalitet rymmer många olika dimensioner. Ekonomiska studier har tenderat att fokusera på ett särskilt mått för klinisk kvalitet, (lägre) dödstal bland patienter som tagits emot efter hjärtattack. Detta mått representerar förvisso endast en aspekt av kvalitet, men det har fördelen att det finns tillräckligt många dödsfall för att det ska vara statistiskt tillförlitligt, särskilt efter att man kontrollerar för *case-mix* (fallens varierande svårighetsgrad). Allt fler studier har på senare tid börjat fokusera på andra kvalitetsaspekter, inklusive patientrapporterade utfall.

ka väntetiderna.⁸ De genomsnittliga väntetiderna i England kortades med 12 dagar mer än i Skottland och med 55 dagar för dem som hade väntat längst. Väntetiderna minskades överlag, inte enbart för dem som väntat längst.

I studien hittar författarna föga belegg för farhågorna om manipulativt beteende. De ser inga starka tecken på att patienternas turordning ändrades för att målen skulle uppnås, att ansträngningarna för att minska väntetiderna gick ut över behandlingen eller att vårdutfallet försämrades.⁹

Författarnas tentativa förklaring till att målstyrningen var framgångsrik är att målen var riktade mot något som det rådde stor konsensus om – alla var överens om att vårdköerna var ett stort problem. De explicita målen kan ha gjort det lättare för sjukhusledningen att ta tag i de organisatoriska problem som orsakade de långa väntetiderna. Dessutom infördes målstyrningen under en period då den offentliga vårdens resurser ökade mer än någonsin tidigare. Resursökningen var visserligen inte skälet till åtgärdens framgång, eftersom en liknande resursökning skedde även i Skottland, men det kan vara lättare att genomföra verksamhetsförändringar i en tillväxtfas.

8 Propper, Sutton, Windmeijer och Whitnall (2008).

9 De fann vissa tecken på att sjukhus som löpte större risk att missa sina mål tog bort patienter från sina väntelister. Detta menar författaren kan tolkas antingen som att sjukhusen valde att klassificera vissa patienter på så vis att de inte räknades med mot de uppsatta målen eller som att sjukhusen var effektiva i hur de hanterade sina väntelister. I vilket fall som helst tycks denna omklassificering inte ha försämrat patientutfallet.

2000-talet: kundval och fasta priser

Under 2000-talet genomförde Labour-regeringen stegvisa reformer i England som innebar en återgång till konkurrens mellan sjukhusen från och med 2006. De viktigaste reformerna var dels en åtgärd utformad för att öka patientens valmöjligheter och dels en förändring av ersättningssystemet – från förhandlade priser till fasta priser.

Kundval för patienterna

Möjligheten för patienterna att välja vårdgivare introducerades i januari 2006. Tidigare hade patienter remitterats av sin allmänläkare till det sjukhus i närheten som erbjöd den vård de behövde. Patienten hade i allmänhet inte något val avseende var de skulle få vård. Efter januari 2006 skulle patienterna erbjudas ett val mellan fem olika vårdgivare för sin sjukhusvård. Det blev allmänläkarnas uppgift att se till att patienterna kände till och blev erbjudna denna valmöjlighet.

Bättre information om vårdgivarna

Vid sidan av att ge patienter ett formellt val introducerades ett nytt informationssystem som gjorde det möjligt att göra remitteringar och boka tider på flera olika sätt: online, med sin allmänläkare eller via telefon.

Information för att hjälpa patienterna att göra mer informerade val tillhandahölls också. Genom webbsajten ”Choose and Book” som introducerades 2007, kan man söka sjukhus baserat på avstånd och se vilka uppskattade väntetider varje sjukhus har. Uppgifter ges också om bland annat riskjusterade dödstal och infektionsrisk samt sådant som tillgänglighet, besökstider och parkeringsmöjligheter.

Möjligheten för patienterna att välja vårdgivare introducerades i januari 2006.



Reglerade priser

Fasta priser började introduceras 2003, i mycket begränsad skala. Priset för varje medicinsk åtgärd bestäms centralt av hälsodepartementet, *The Department of Health*, baserat på genomsnittliga kostnader vid NHS-sjukhusen. Vissa justeringar görs sedan beroende på patientens tillstånd, lokala lönenivåer och om sjukhuset är ett akademiskt center. Ersättningssystemet är känt som *Payment by Results*. Det är modellerat på det så kallade DRG-systemet som används av amerikanska Medicare och många privata försäkringsgivare i USA.¹⁰

I detta system är priset med andra ord givet för både beställare och utförare. Målet var att sjukhusen bara skulle få betalt om de attraherade patienter och att fasta priser skulle innebära att valet berodde på kvalitet, inte på pris – som i det tidigare systemet.

Payment by Results-systemet utvidgades successivt, både avseende vilka behandlingar och vilka vårdgivare som omfattades. År 2006 tillämpades systemet på nästan all akut och icke-akut vård.

Payment by Results, tillsammans med införandet av valmöjligheter för patienten, innebar slutet för eran med selektiv kontraktering och förflyttade sjukhusen från en miljö präglad av förhandlade priser till en miljö präglad av reglerade priser.

Incitament till välskötta sjukhus

För att ytterligare främja konkurrensen infördes programmet *Foundation Trust* (FT). Från april 2004 kunde högpresterande NHS-sjukhus söka FT-status. Denna status innebar större ekonomisk självständighet. FT-sjukhusen fick rätt att behålla och återinvestera överskott i verksamheten från ett räkenskapsår till nästa. Detta var en stor skillnad i jämförelse med de andra sjukhusen som hade krav på att uppnå ”budget i balans” för varje räkenskapsår.

En oberoende myndighet, Monitor, blev ansvarig för att bevilja FT-status. Bedömningen byggde i första hand på att sjukhusets finansiella ställning var god samt på hur väl man lyckats

med att minska väntetiderna till den icke-akuta vården.

Samtliga sjukhus kunde ansöka om att få FT-status. Därmed gav programmet alla sjukhus incitament att inte skapa underskott, att korta väntetiderna samt möjligen även att öka kvaliteten.¹¹ Fler och fler sjukhus har erhållit FT-status sedan programmet introducerades. Att inte ha denna status anses vara ett tecken på svaga prestationer. NHS har ambitionen att alla dess vårdförvaltningar ska bli *foundation trusts* under 2014.¹²

Effekter av 2000-talets reformer i England

Utvärderingen av de reformer avseende kundval, prisreglering och förbättrad information som genomfördes i England under 2000-talets första decennium pågår fortfarande. Nedan presenteras resultat från studier som gjorts.

Bättre sjukhus valdes oftare

Patientens möjlighet att välja vårdgivare började utnyttjas i långsam takt och allmänläkarna erbjöd inte alla patienter möjligheten att göra ett val. En del allmänläkare var av uppfattningen att alla patienter inte vill, eller behöver, valfrihet. Två år efter reformen minns ungefär hälften av patienterna att de blivit erbjudna ett val. Studier visar att sjukhus som före reformen hade lägre dödstal och kortare väntetider valdes oftare efter reformen än sjukhus med högre dödstal och längre väntetider.

I en studie av remitteringar till kranskärlskirurgi finner författarna att kvalitet, definierat som dödstal, spelade roll när patienterna valde sjukhus.¹³ Effekten skiljer sig dock i hög grad mellan olika patientgrupper:

”Payment by results” tillsammans med kundval förflyttade sjukhusen från en miljö präglad av marknadsbestämda priser till en miljö präglad av reglerade priser.

Högpresterande sjukhus fick Foundation Trust-status, vilket bland annat innebar större ekonomisk självständighet.

¹⁰ DRG, diagnosrelaterade grupper, används även i Sverige för att klassificera patienter och för verksamhetsbeskrivningar. Ibland används DRG även som budgetinstrument och som debiteringsunderlag (Socialstyrelsen 2013).

¹¹ Det ska dock nämnas att en studie i vilken sjukhus inom kategorin med FT-status jämfördes med andra sjukhus, som inte fått den klassificeringen, visar att samtliga sjukhus förbättrades under andra hälften av 2000-talet. Författarna drar slutsatsen att skillnader mellan FT-sjukhus och andra skillnader verkar bero på saker som sträcker sig längre tillbaka i tiden, snarare än på själva FT-programmet (Verzulli, Jacobs och Goddard 2011).

¹² NHS (2013).

¹³ Gaynor, Propper och Seiler (2012).

- Effekten var starkare för de patienter som hade blivit informerade om möjligheten att välja när de skulle bli remitterade.
- De mer allvarligt sjuka patienterna tycks ha lagt större vikt vid sjukhusens kvalitet. Datamaterialet visar en högre sannolikhet för dessa patienter att komma till sjukhus med högre kvalitet jämfört med övriga patienter. Reformen har alltså haft starkast effekt på den patientgrupp som kan antas vara i störst behov av högkvalitativ vård.
- Patienter med låg inkomst reagerade inte annorlunda än patienter i högre inkomstgrupper. Ett av de viktigaste argumenten mot reformen var att välutbildade patienter som har det bättre ställt skulle ha lättare för att ta till sig information och göra ett välgrundat val. Det i sin tur skulle innebära ökad ojämlikhet i hälso- och sjukvården på grund av reformen. Författarna finner alltså inte stöd för att så skulle vara fallet.

Författarna gör också en skattning av reformens effekter. De finner att ungefär 3 procent färre patienter skulle ha överlevt varje år om reformen inte hade införts (9 färre dödsfall, relaterat till drygt 300 årliga dödsfall). Att fler patienter väljer bättre sjukhus leder således i sig självt till bättre hälsoutfall, även om sjukhusens kvalitet inte ökar.

Under 2000-talet mättes kvalitet bättre än på 1990-talet. Priskonkurrens var inte heller längre möjlig för den vård som täcktes av systemet med fasta priser. Resultaten tyder på att patienter och de som upphandlar vård bryr sig om kvalitet, och att konkurrens bidrar till ökad kvalitet när kvaliteten går att observera.

Viktigt med informationen om vårdgivare

Skillnaderna mellan resultaten av 1990-talets interna marknad och erfarenheterna från 2000-talets valfrihetsreformer belyser vikten av information om vårdproducenterna. Även om informationen på 2000-talet inte var perfekt, så var den mer omfattande än på 1990-talet. Detta kan ha hjälpt allmänläkarna att vägleda sina patienter till sjukhus som uppvisade bättre resultat. Eftersom priserna var fasta ställdes inte pris mot kvalitet under valprocessen.

Konkurrenstryck hade effekt på kvalitet

Förhoppningen med reformen var att den skulle ge sjukhusen incitament att förbättra kvaliteten för att locka till sig fler patienter. En studie undersöker om det finns anledning att tro att en sådan förändring har skett.¹⁴ Forskarna utnyttjar det faktum att sjukhus i områden där det finns fler sjukhus att välja mellan har blivit mer konkurrensutsatta efter reformen. De finner att dödstalen för patienter med hjärtinfarkt sjönk mer, efter reformen, vid sjukhus i områden med större konkurrens. Dessa resultat går i linje med två andra studier som visar att områden med högre konkurrens upplevde större ökning i patientöverlevnad och kortare inläggningstider efter introduktionen av kundval, utan ökade sjukhuskostnader.¹⁵ Resultaten är robusta och visar att kvalitetskonkurrens genom kundval kan förbättra sjukvårdens kvalitet. Se även figur 3 och faktarutan på sidan 8 om förändringar i konkurrenstryck.

Vilken betydelse har verksamhetsstyrningen?

De ovan nämnda studierna säger inte något om hur själva verksamheterna påverkades, till exempel hur sjukhuschefer eller läkare upplevde och hanterade reformerna.

Det finns en studie som tar upp verksamhetsstyrningen och till viss del belyser vad som kan ligga bakom resultaten.¹⁶ I studien undersöks sambandet mellan konkurrens, kvaliteten i sjukhusens styrnings- och ledningsmetoder samt olika utfallsmått. Författarna jämför cirka 100 akutsjukhus under 2006 med hjälp av en undersökningsmetod som har använts med goda resultat för att förutsäga prestationer i andra sektorer och branscher. De finner att styrnings- och ledningsrutinerna har ett samband med bättre utfall vid sjukhusen, bättre ekonomiskt resultat, större trivsel bland personalen och bättre resultat i kvalitetsbedömningarna. De finner också att ökad konkurrens tycks leda till bättre styrning och ledning. En möjlig orsak till detta är att konkurrensutsatta sjukhus rekryterar mer kvalificerade chefer.

¹⁴ Gaynor, Moreno-Serra och Propper (2013).

¹⁵ Cooper, Gibbons, Jones och McGuire (2011) och Gaynor, Moreno-Serra och Propper (2012).

¹⁶ Bloom, Propper, Seiler och Van Reenen (2010).

Patienter och de som upphandlar vård bryr sig om kvalitet.

Skillnaderna i resultat mellan de två reformperioderna belyser vikten av information om vårdproducenterna.

Eftersom priserna var fasta ställdes inte pris mot kvalitet under valprocessen.

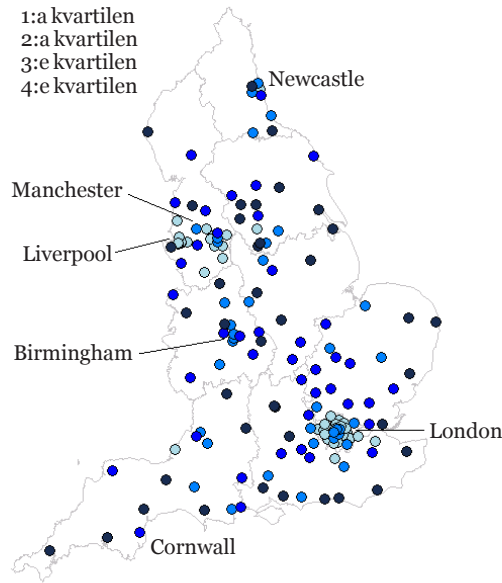


Koncentrationsnivåer: sjukhus 2003–2004

Förändringar av koncentration: sjukhus 2003/2004 till 2007/2008

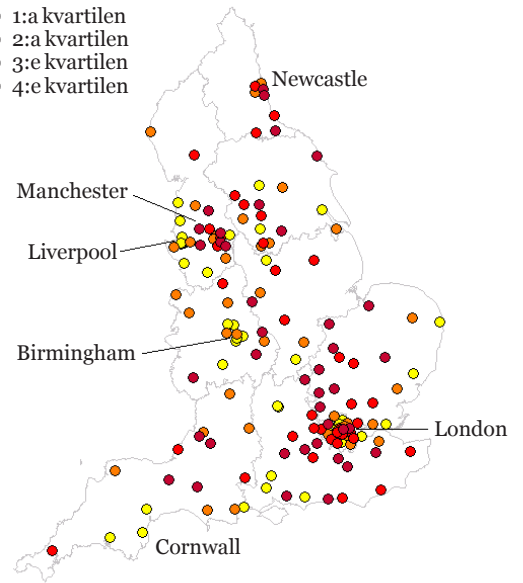
HHI-kvartil

- 1:a kvartilen
- 2:a kvartilen
- 3:e kvartilen
- 4:e kvartilen



Kvartil avseende förändring i HHI

- 1:a kvartilen
- 2:a kvartilen
- 3:e kvartilen
- 4:e kvartilen



Mått: HHI baserat på faktiska patientflöden. Varje prick representerar ett sjukhus.

Figur 2: Förändringar i sjukhusmarknadernas koncentration i England (Gaynor, Moreno-Serra och Propper 2013).

Marknadskoncentrationen förändrades efter reformen

Kartorna åskådliggör marknadskoncentrationen för sjukhusen i England. Låg marknadskoncentration innebär att det finns många vårdgivare som har små marknadsandelar. Måttet tar alltså hänsyn både till antalet vårdgivare och till deras marknadsandelar. En marknad med låg koncentration karaktäriseras således vanligtvis av hög konkurrens.*

Den vänstra kartan visar sjukhusens placering och deras koncentrationsnivåer 2003. De mörkare blå prickarna representerar mer koncentrerade marknader (med mindre konkurrens). Sjukhus i de mest koncentrerade marknaderna tenderade att ligga utanför storstadsområdena. Före reformen låg de mindre koncentrerade marknaderna (med större konkurrens) i hög utsträckning i de mer tätbefolkade storstadsregionerna, i synnerhet London och Manchester med omnejd.

Den högra kartan visar förändringar i marknadskoncentration. De mörkare röda prickarna representerar den största förändringen, och de gula prickarna representerar den minsta förändringen. Sjukhusen i de största storstadsområdena upplevde den största minskningen i marknadskoncentration. Men många av sjukhusen som upplevde den största minskningen efter reformen återfinns faktiskt runt om, snarare än i, urbana områden. Med andra ord skedde minskningar i marknadskoncentration för sjukhus både i mer tätbefolkade områden som redan före reformerna var relativt okoncentrerade och i även i mer glesbefolkade områden som tidigare var mer koncentrerade.

* Herfindahl-Hirschman Index, HHI är ett ofta använt mått på marknadskoncentration. Det beräknas genom att varje företags andel av en marknad kvadreras, varpå kvadraterna summeras. Ju närmare monopol en marknad är, desto högre siffra. Om det till exempel bara finns ett företag på en marknad, så att det företaget har 100 procent marknadsandel, skulle HHI vara 10 000. Om det finns tusentals företag på en marknad, och vart och ett har en marknadsandel närmare noll, skulle HHI närma sig noll, vilket indikerar nästan perfekt konkurrens.

Självständighet är viktigt

Det förefaller klart att det ökade oberoende som sjukhusen fick genom FT-statusen var viktigt. Framför allt betydde det mycket för sjukhusen att få ökad egen kontroll över ekonomin genom möjligheten att behålla överskott i verksamheten från ett år till nästa. Det är dock mindre tydligt om det också stimulerade dem att förbättra kvaliteten, eftersom FT-systemet betonar prestationer rörande ekonomi och väntetider, snarare än kvaliteten i själva vården. Denna bristande fokusering på kvalitet framgår tydligt av det faktum att åtminstone ett sjukhus som fått FT-status senare visade sig ha mycket låg vårdkvalitet.

Osäkra vinster vid sjukhussammanslagningar

Samtidigt som sjukvården i England reformerades för att öka konkurrensen skedde en kraftig konsolidering av sjukhussektorn. Mellan 1997 och 2003 var ungefär hälften av alla akut-sjukhus inblandade i en sammanslagning med andra sjukhus. Det ledde till en stor minskning i antalet sjukhusförvaltningar.

Regeringens avsikt med att minska antalet sjukhus var att höja kvaliteten i vården genom att dels koncentrera volymerna av de svåra fallen till ett mindre antal kliniker och dels stimulera till att behandlingar flyttas över till primärvården där så är lämpligt. Det finns dock få studier som undersöker effekterna av detta.

Den internationella forskningslitteraturen på området domineras av studier av sjukhussammanslagningar i USA. Sammanfattningsvis visar dessa att marknadskonsolidering tenderar att öka priserna, även om styrkan i sambandet och prisökningarnas omfattning varierar. Vidare tycks sammanslagningarna ha blandad påverkan på kvalitet och endast leda till mindre besparingar, som i liten utsträckning kommer vårdbeställare och konsumenter till godo i form av lägre priser.¹⁷

En studie finner att denna typ av sammanslagningar i England minskade verksamhetsvolymen och antalet anställda, dock utan att öka output per anställd. Kvalitetsökningar tycks

inte heller ha åstadkommit.¹⁸ Inte heller en fallstudie av ett litet antal sjukhussammanslagningar i England kommer fram till att sammanslagningarna har lett till några större vinster.¹⁹ Dessa begränsade förbättringar ger anledning att ifrågasätta sammanslagningens eftersom konsolideringar minskar konkurrensen. Å ena sidan kan sammanslagningar leda till skalfördelar samt högre volymer, vilket kan förbättra kvaliteten. Å andra sidan innebär färre aktörer att konkurrenstrycket minskar, vilket kan medföra att kvaliteten sjunker.

När det gäller ökningen av högteknologiska kliniker som har stora patientvolymer har den medicinska litteraturen visat ett starkt samband mellan volym och goda utfall, särskilt avseende ingrepp med avancerad teknik. Om sambandet är kausalt²⁰ behöver man väga vad man kan vinna i kvalitet genom sammanslagningar mot vad man riskerar att förlora i kvalitet genom minskad konkurrens.

Vad kan vi lära av reformerna i England?

Sverige har liksom England en offentligt finansierad hälso- och sjukvård. De båda ländernas system skiljer sig bland annat i det avseendet att sjukvårdssystemet i England är nationellt. I Sverige ansvarar staten för den övergripande hälso- och sjukvårdspolitiken, men huvudansvaret för finansieringen och produktionen ligger på landstingen och regionerna.²¹

En uppenbar skillnad mellan Storbritannien och Sverige handlar om geografi och befolkningstäthet. De flesta sjukhus i Sverige, med undantag för dem som finns i Stockholmsområdet, är belägna på så stort avstånd från varandra att konkurrens mellan dem är mycket låg. I Sverige har reformerna inte heller handlat om att införa konkurrens på sjukhusmarknaden.

På 1990-talet inleddes i Sverige en

¹⁸ Gaynor, Laudicella och Propper (2011).

¹⁹ Fulop med flera (2002).

²⁰ Det är inte klarlagt att det är så, men det finns viss ekonomisk litteratur som menar att så är fallet, se Gaynor och Town (2011).

²¹ För en översikt av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, se Anell, Glengård och Merkur (2012).

Det förefaller klart att det ökade oberoende som sjukhusen fick genom FT-statusen var viktigt.

En studie finner att sjukhussammanslagningar i England minskade verksamhetsvolymen och antalet anställda, dock utan att öka output per anställd.

¹⁷ Vogt (2009).



omstrukturering av sjukhusvården som fortfarande pågår, med specialisering och koncentration av olika vårdtjänster samt sammanslagningar av landsting till större regioner. Ett viktigt mål med förändringarna har varit att åstadkomma en förskjutning från slutenvård mot öppenvård vid sjukhusen och i primärvården.

Kundval och konkurrens har, i relativt begränsad skala, börjat införas inom enskilda specialistområden, framför allt i Stockholm. För dessa områden, bland annat höft- och knäkirurgi och ögonkirurgi, har det börjat utvecklas specifika marknader, där olika vårdgivare konkurrerar med varandra.

Kundval inom den svenska primärvården

Under de senaste tio åren har de svenska reformerna i hög utsträckning varit inriktade på att utveckla primärvården. År 2010 blev det obligatoriskt för landstingen att införa kundval och att tillämpa lagen om valfrihetssystem inom primärvården. Andelen privata utförare har ökat markant, men offentlig regi är fortfarande dominerande, med undantag för primärvården i Stockholms läns landsting.

Frågan är i vilken utsträckning de brittiska erfarenheterna har bäring på den svenska primärvården. I England har valfrihet när det gäller specialistvård i kombination med fasta priser haft positiva effekter. Allmänläkarna spelar dock en viktig roll för att vägleda och anvisa patienterna till specialistvårdgivare. Detta har sannolikt stor betydelse för patienternas förmåga att göra informerade val. Erfarenheterna kanske ändå är möjliga att överföra till Sverige eftersom det kan vara lättare för patienter att själva observera kvalitet i primärvården, där det rör sig om enklare vårdtjänster som de flesta har personlig erfarenhet av som patienter.

Decentralisering leder till variationer

Det är ofta landstingen som tar initiativ till vårdreformer i Sverige, vilket medför relativt stora variationer inom landet. Trots att det således finns variationer att studera har det gjorts få vetenskapliga utvärderingar av reformerna i Sverige. På senare tid har dock den nationella styrningen av vården i Sverige ökat och rikstats in alltmer på kvalitets- och effektivitetsjä-

förelser. Det är möjligt att den ökade nationella styrningen kommer att leda till fler utvärderingar och större samordning mellan landstingen när det gäller att dra lärdomar av reformer.

De viktigaste lärdomarna

En sammanfattning av reformerna i England ger vid handen att konkurrens i en regim med centralt reglerade priser ledde till kvalitetsökningar utan kostnadsökningar samt utan tecken på ökad ojämlikhet. En del av dessa resultat kan bero på bättre ledning och styrning.

Det som forskningen säger avseende sjukhussammanslagningar i England är att dessa framför allt leder till minskad kapacitet, och att det saknas tydliga tecken på vinster i termer av högre kvalitet eller lägre kostnader.

En generell lärdom är att spelreglerna har stor betydelse – reformerna som infördes på 1990-talet fick andra effekter än de som infördes på 2000-talet. Det tar också tid för reformer att få fullt genomslag.

En generell lärdom är att spelreglerna har stor betydelse. Det tar också tid för reformer att få genomslag i praktiken.

Det är ofta landstingen eller kommunerna som tar initiativ till reformer i Sverige. Det medför relativt stora variationer inom landet.

Referenser

- Anell, Anders, Anna H. Glenngård och Sherry Merkur (2012). Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition* 14(5):1–159.
- Bevan, Gwyn och Katharina Janus (2011). Why hasn't integrated health care developed widely in the United States and not at all in England? *Journal of Health Politics, Policy and Law* 36(1): 141–164.
- Bloom, Nick, Carol Propper, Stephan Seiler och John Van Reenen (2010). The impact of competition on management quality: evidence from public hospitals. London School of Economics CEP Discussion Paper 983.
- Cookson, Richard, Mark Dusheiko, Geoffrey Hardman, Stephen Martin (2010). Competition and inequality: evidence from the English national health service 1991–2001. *Journal of Public Administration Research and Theory* 20: 181–205.
- Cooper, Zack, Stephen Gibbons, Simon Jones, Alistair McGuire (2011). Does hospital competition save lives? Evidence from the English NHS patient choice reforms. *The Economic Journal* 121(554): F228–F260.
- Fulop, Naomi, Gerasimos Protosaltis, Andrew Hutchings, Annette King, Pauline Allen, Charles Normand och Rhiannon Walters (2002). *British Medical Journal* 325: 246.
- Gowrisankaran G., V. Ho och R.J. Town (2006). Causality, learning and forgetting in surgery. Tillgänglig för nedladdning: http://www.u.arizona.edu/~gowrisan/pdf_papers/learn_forget_surgery.pdf [nedladdad den 6 maj 2010].
- Gaynor, Martin, Mauro Laudicella och Carol Propper (2011). Can governments do it better? Merger Mania and Hospital Outcomes in the English NHS. Working paper, Carnegie Mellon University.
- Gaynor, Martin, Rodrigo Moreno-Serra och Carol Propper (2012). Can competition improve outcomes in UK health care? Lessons from the past two decades, *Journal of Health Services Research & Policy* 17 (49): 49–54.
- Gaynor, Martin, Rodrigo Moreno-Serra och Carol Propper (2013). Death by market power: reform, competition, and patient outcomes in the National Health Service. Under utgivning i *American Economic Journal: Economic Policy*.
- Gaynor, Martin, Carol Propper och Stephan Seiler (2012). Free to Choose? Reform and Demand Response in the British National Health Service, CEP Discussion Paper, 1179, November.
- Kane, Thomas J. och Douglas O. Staiger (2002). The promises and pitfalls of using imprecise school accountability measures. *Journal of Economic Perspectives* 16:(4): 91–114.
- NHS (2013). <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/authoritiesandtrusts.aspx> [nedladdad den 20 augusti 2013].
- Propper, Carol (2012). Competition, incentives and the English NHS, *Health Economics*, 21: 33–40.
- Propper, Carol, Matt Sutton, Frank Windmeijer och Carolyn Whitnall (2008). Did "Targets and Terror" reduce waiting times in England for hospital care?, *The BE Journal of Economic Analysis and Policy* 8(2) (Contributions), Article 5.
- Propper, Carol, Simon Burgess och Katherine Green (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.
- Propper, Carol och Neil Soderlund (1998). Competition in the NHS internal market: an overview of its effects on hospital prices and costs. *Health Economics* 7: 187–197.
- Socialstyrelsen (2013). <http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/norddrgr> [nedladdad den 20 augusti 2013].
- Verzulli Rossella, Rowena Jacobs och Maria Goddard (2011). Do hospitals respond to greater autonomy? Evidence from the English NHS. University of York CHE Research Paper 64.
- Vogt, William B. (2009). Hospital Market Consolidation: Trends and Consequences. National Institute for Healthcare Management Foundation: Washington.