



**GÖTEBORGS UNIVERSITET**  
Statsvetenskapliga institutionen

# **Kan osynliga händer hälsa?**

**En analys av Vårdval Stockholms konkurrensmodell**

Kandidatuppsats  
Statsvetenskap HT09

Författare:  
Karl Käll

Handledare:  
Peter Esaiasson

Omfattning:  
15 högskolepoäng

Antal ord:  
9 955

## ***Abstract***

*Denna uppsats handlar om incitamentsmodellen bakom Vårdval Stockholm. Syftet med uppsatsen är att bygga upp en modell som förklarar vad vårdvalsmodellen implicit förväntar av aktörerna för att den skall fungera, och att på några punkter pröva dessa antaganden mot empirisk data. Det som ligger i hjärtat av den modell som presenteras är att man genom att införa en prestationsrelaterad ersättning går från kvalitativa framgångsmått till kvantitativa och därför riskerar att skapa incitament att höja kvantiteten till priset av lägre kvalitet. Problemet blir framförallt att det kvantitativa måttet inte mäter hur väl man lyckas producera det man är tänkt att göra, nämligen vård snarare än läkarbesök.*

# Innehåll

1 Inledning .....	1
1.1 Tidigare skrivet om vårdvalet och ersättningssystem .....	2
1.2 Syfte och frågeställning.....	3
1.3 Vårdvalen i Stockholm, Västmanland och Halland.....	3
2 Teoretiska överväganden. ....	5
2.1 Från rational choice till street level bureaucrat .....	5
2.2 Den ekonomiska konkurrensmodellen .....	7
3 Vårdvalsmodellen .....	9
3.1 Ersättningsmodellen.....	9
3.2 Aktörerna .....	10
3.2.1 Organisationen & samhälle .....	10
3.2.2 Kunden/patienten.....	11
3.2.3 Läkaren .....	12
3.3 Sammanfattning.....	14
4 En empirisk ansats.....	15
4.1 Enkät.....	15
4.2 Vårdtillfällen .....	16
5 Resultat.....	18
5.1 Enkäten .....	18
5.2 Läkarbesök .....	20
5.3 Sammanfattning empiri.....	22
6 Slutdiskussion .....	23
Källförteckning.....	24

## **Tabellförteckning**

Tabell 1: Ersättningskvoter i vårdval Stockholm .....	10
Tabell 2: Attityder till vårdval Stockholm bland läkare .....	18
Tabell 3: Jämförelse av attityd till vårdval Stockholm mellan privat och offentlig primärvård .....	19
Tabell 4: Jämförelse av attityd mellan tre olika landsting.....	20
Tabell 5: Förändring antal läkarbesök - hela området .....	21
Tabell 6: Regressionsanalys av antal läkarbesök Stockholm exkluderat.....	22

## 1 Inledning

Debatten kring vården i Sverige har länge kretsat kring vad som uppfattats som effektivitetsunderskott och bristande tillgänglighet till vårdcentraler. Många har ansett att problemet främst ligger i att sjukvården endast bedrivits i offentlig regi och att offentlig regi med dess frånvarande marknadsmässighet lätt växer sig vildvuxen och så småningom svårundvikligen får problem med effektivitet och lyhördhet inför kundens krav. Denna debatt kan sägas följa mönstret från en större internationell debatt om statens och den privata sfärens roll som leverantör av välfärdstjänster i det moderna samhället.

New public management (NPM) är ett synsätt som fått mer och mer anhängare sedan det växte fram i slutet av 70 och början 80-talet. Vad NPM innefattar ett antal styrnings och ledningsmetoder där huvudpoängen är att i högre grad överföra styrningsprinciper från privat till offentlig sektor och med det också öppna upp mer för möjligheter för privata aktörer att producera välfärdstjänster. Grundtanken är att skapa incitamentsstrukturer som ökar produktivitet genom möjligheten för de enskilda aktörerna att göra ekonomiska vinster. (Johansson 2006; Farrel & Morris 2003)

På senare år har debatten kring sjukvården i Sverige mer och mer kommit att handla om privata alternativ till offentlig sjukvård och huruvida man kan lösa effektivitetsfrågan genom att införa system som skapar en marknad för vård. Intresset har varit stort både från kritikerna och från förespråkarna. Redan januari 2007 startade man det första systemet i Sverige genom vårdval Halland och året efter det kom vårdval Stockholm och Västmanland. 2009 antog man från riksdagens sida en proposition om att det senast i januari 2010 skulle införas vårdvalssystem i samtliga landsting samtidigt som Gotlands kommun och Kronobergs län redan sjösatte sina egna vårdvalssystem. Trots att Halland var snäppet före Stockholm har de senare fått mer medial uppmärksamhet. Kanske beror detta på att vårdvalssystemet i Stockholm utformades till att bli mer marknadsinriktat än systemen i Halland och Västmanland. Det som är nytt är alltså inte privata initiativ inom offentlig sjukvård. Detta har skett sedan länge genom upphandling och just Stockholms stad har varit en föregångare på området. Det som är nytt genom vårdvalet är det sätt på vilket man försöker skapa ett marknadsliknande system för resurs och nyttjandefördelning i en verksamhet som traditionellt sett ses som en av hörnstenarna i den Svenska offentliga verksamheten. (Calltorp 2009)

## 1.1 Tidigare skrivet om vårdvalet och ersättningssystem

Hur har då dessa reformer mottagits av forskarsamhället? Framförallt Stockholms vårdval har uppmärksammats mycket sedan dess lansering och det har också gjorts flera utvärderingar av systemet. Man har i regel undersökt variabler som kostnadsutveckling, patientnöjdhet och effekter på fördelningen mellan olika sociala grupper. I en utredning av Karolinska institutets folkhälsoakademi kom man bland annat fram till att kostnadsutvecklingen var under kontroll i det nya systemet, faktiskt ett bättre resultat än man fick i Hallands vårdvalssystem. Vidare såg man att resursfördelningen försköts till de områden med högre medelinkomst, medan själva produktionen av läkarbesök gick i omvänd riktning. Den ökade produktionen i systemet var dock konsekvent över de olika åldersgrupperna. (KFA 2009 s33f) Socialdemokraterna i Stockholms läns landsting kommer med liknande slutsatser i sin dock något mer polemiska skrift *Ett år med vårdval Stockholm* (2009).

Jag vill med denna uppsats peka på vissa saker som hamnat i skymundan i dessa rapporter men för den sakens skull inte är mindre relevanta, framförallt vårdvalets incitamentsstruktur. Det finns en parameter som fortfarande är väldigt svår att komma åt i sammanhanget och denna parameter är vårdens kvalitet. Alla de utvärderingar som gjorts av systemet försöker på olika sätt att komma åt denna parameter, vilket i vårdssammanhanget får sägas vara mycket svårt, särskilt på så kort sikt som vårdvalssystemen har varit i bruk. Men ännu viktigare för denna framställning är hur frånvaron av ett bra kvalitetsmått påverkar möjligheten för ett system som skall bygga på kortsiktig konkurrens, att fungera.

Ersättningssystem inom vårdsektorer världen över är ett område där lokala traditioner satt ribban för diskussionerna snarare än helhetslösningar som skall lösa alla problem, detta förmodligen för att områdets komplexitet inte ger utrymme för några enkla lösningar utan istället söker man verktyg för att komma åt vissa givna problem som uppstår. I Sverige kan man se att diskussionen går mer åt marknadsliknande ersättningssystem för att få bukt med problem med effektivitet i produktion och dålig tillgänglighet. Detta kan ses som att den svenska diskursen närmar sig en europeisk norm där de flesta länders ersättningssystem innehåller någon form av prestationsbaserad ersättning. En annan extrempunkt är ersättningssystemet eller snarare ersättningssystemen i USA, där man länge dragit sig för att formalisera systemet inom mer institutionella ramar, men där dess marknadssystem mer och mer kommit att bli ifrågasatt på senare år. Framförallt för att systemet som är det dyraste i världen inte lyckas nå upp till en produktionsnivå eller kvalitet<sup>1</sup> som ligger i paritet med priset. Vidare innebär denna lokala uppdelning att det också är svårt att säga något mer generellt om forskningsläget eftersom problemformuleringen skiftar mellan länder och system. (Calltorp 2009, Gugushvili 2007)

---

<sup>1</sup> Framförallt har rankningen som WHO gjorde år 2000 av alla länders sjukvårdssystem utifrån ett kvalitetsmått fått mycket uppmärksamhet. USA hamnade där på en pinsam 37e plats efter bland annat Colombia och med i stort sett samma poäng som Cuba, som dock hamnade 39e plats. (WHO 2000)

## 1.2 Syfte och frågeställning

Denna uppsats har sin utgångspunkt i frågan om hur väl marknadsliknande system ger goda förutsättningar för att bedriva offentlig verksamhet. Själva syftet med uppsatsen är att med utgång i konkurrenssystemet som byggdes i Stockholms vårdval klargöra vad som krävs av systemets aktörer och sedan på några punkter empiriskt pröva dessa antaganden. De frågor jag tänkt att med denna uppsats besvara är:

- Vilka implicita förväntningar lägger grunden för möjligheten att systemet skall fungera med önskvärt resultat?
- Visar tillgängliga indikatorer på att dessa antaganden håller?

Detta är till stor del en teoretisk uppsats, men jag har försökt att samtidigt förstärka den bild jag målar upp genom att visa på tendenser i verkligheten. Problemet är, både för själva systemet i sig och för möjligheten att undersöka systemet, att det saknas ett bra sätt att mäta kvalité eller kvalitetsförändringar på kort sikt. Kvalité inom sjukvård är nämligen något som ofta visar sig på längre sikt men även då kan den framstå som ogreppbar.

## 1.3 Vårdvalen i Stockholm, Västmanland och Halland

Som tidigare nämnt är alltså vårdval Stockholm ett av de första experimenten med att införa mer av marknadsprinciper i svensk sjukvård. Speciellt för Stockholms vårdvalsmodell jämfört med de andra tidiga modellerna är att det går längre mot marknadsanpassning<sup>2</sup>. Man har i högre grad än de andra två landstingen att skapa ett system som har enkla mekanismer och minskar byråkratin genom att överföra mer kontroll till patienten och marknaden. På så sätt har man försökt att skapa en marknad med enkla och tydliga mekanismer för att göra modellen så transparent som möjligt. Jag kommer dock att återkomma till modellen mer specifikt lite längre fram. ( Prop 2008/09:74)

Stockholms vårdvalsmodell är sprungen ur det tidigare s.k. husläkarsystemet, men i det nya systemet skulle det läggas en större tyngd vid närhet till sin vårdgivare, patientmakt och tillgänglighet. I det nya systemet har man fri etableringsrätt, dvs. vem som helst kan öppna vårdcentral om man bara uppfyller auktoriseringskraven. Dessa krav handlar om del professionalitet, alla läkare skall vara specialister inom allmänmedicin eller i vissa fall geriatrik eller pediatrik; distriktssjuksköterskorna skall vara specialutbildade inom sitt område och de som sysslar med psykosocial verksamhet skall vara utbildade socionomer, psykologer eller annan grundutbildning i psykoterapi. Förutom de professionella kraven finns även krav på ekonomisk stabilitet från företagens sida för att försäkra sig om att vårdcentralen är en ansvarsfull och seriös aktör. Med fri etablering menas att alla som uppfyller dessa krav har rätt att öppna en vårdcentral, men däremot finns det inga garantier

---

<sup>2</sup> Marknadsanpassning är i sammanhanget relativt, men vad som åsyftas är dock att en större andel av vårdcentralernas inkomst skall vara prestationsrelaterad vilket har varit ett sätt att skapa marknadsliknande förhållanden. (Calltorp 2009, Asplund Johansson m.fl. 2009)

att den som öppnar vårdcentral skall få några kunder i och med att varje patient aktivt måste välja att registrera sig hos en vårdcentral. (KFA 2009; Jönsson m.fl. 2009 s40ff)

Vidare har vårdcentralen ingen rätt att välja sina patienter. Om en boende i landstinget vill registrera sig hos en vårdgivare måste hon också få göra det förutsatt att vårdcentralen har ledig kapacitet. Om det inte finns någon möjlighet att skriva in patienten direkt bildas helt enkelt en kö till den aktuella vårdcentralen där den som anmälde sig först också hamnar först i kön.

Ersättningssystemet är det i modellen som kommit att bli mest kontroversiellt, vilket jag kommer att återkomma till flera gånger i denna uppsats. Systemet baseras på en fast ersättning per listad patient och en produktionsrelaterad ersättning, dvs. en ersättning som utgår vid varje läkar-, sjuksköterskebesök eller dylikt.

Som tidigare nämnts blev Stockholms vårdvalssystem mer radikalt än de i Halland och Västmanland. I Västmanland vidareutvecklade man sitt tidigare familjeläkarsystem som redan fanns tidigare. Man hade i denna modell mindre fokus på produktivitet och tillgänglighet och mer fokus på regelbundenhet i kontakten mellan patient och läkare. I systemet listar man sig hos en familjeläkare och liksom i Stockholm blir man automatiskt listad hos en läkare om man inte aktivt väljer själv. Om man vill lista sig hos en familjeläkarenhet skall man få tillträde till denna senast tre månader efter man anmält önskan. Familjeläkaren (enheten) har ansvar för den listade dygnet runt alla veckans dagar. Ersättningen är knuten till antalet listade och varierar med ålder på patienten. Utöver denna grundersättning kan enheten få extra ersättning när kvalitetsmål uppfylls. I vissa undantagsfall får man även ersättning för enskilda läkarbesök.

Vårdvalet i Halland kan ses som ett lättare alternativ av marknadslösning. I denna modell försökte man liksom i Stockholm att föra in en produktionsrelaterad ersättning, men den rörliga delen var mindre i relation till den fasta. Den fasta delen varierade dessutom med vårdcentralens olika förmåga att uppfylla mål som landstinget satt upp inom områdena tillgänglighet, täckningsgrad, medicinsk kvalitet, läkemedel och hälsofrämjande arbete. En annan skillnad var att den produktionsrelaterade delen inte varierade beroende på vem som utförde behandlingen av patienten. I övrigt hade man även här fri etablering efter auktorisation. Den viktigaste skiljelinjen mellan de tre systemen är alltså i vilken utsträckning man försökt att göra systemen transparenta och marknadslänkande. Ett system som vårdval Stockholm har den fördelen att systemet i sin enkelhet är lätt att förstå för alla aktörer vilket gör att det är lättare att anpassa sina förväntningar och sitt beteende efter systemet och på så vis välja det för aktören mest rationella alternativet. Men om man jämför med Hallands vårdvalssystem som mer kan ses som en hybrid mellan den traditionella byråkratiska modellen och en marknadsmodell, framförallt med den stora skiljelinjen att man direkt belönar kvalité istället för att lita på att den nya marknaden tar hand om det. Förhoppningen med marknadsmodeller i offentlig sektor är ofta att man på något sätt skall



komma bort från de offentliga kvalitetsstandardmåten och uppnå ett mer objektiva mått på kvalitet, samtidigt som man slipper en del byråkratisk kvalitetssäkring. (Paulsson 2007; Prop 2008/09:74; Johansson 2006)

## **2 Teoretiska överväganden.**

I denna del av uppsatsen vill jag presentera en modell som beskriver incitamentsstrukturen bakom Vårdval Stockholm. Grunden till undersökningen finns alltså i en ekonomisk modell. I den nationalekonomiska litteraturen är det inte svårt att hitta verk som behandlar konkurrens då den teoretiska modellen för "perfekt konkurrens" har legat som grund för hela den senare tidens teoribildning alltsedan den neoklassiska skolan<sup>3</sup> blev den dominerande inom disciplinen. I denna litteratur talar man framförallt om och har sin utgångspunkt i marknaden. Detta är ofta en marknad med enkla incitamentsstrukturer som i de teoretiska modellerna leder till ett optimalt resultat<sup>4</sup>, där den enskildes nytto-maximerande leder att nyttan totalt maximeras. Jag kommer således presentera den nationalekonomiska utgångspunkten kortfattat, men kommer att försöka koncentrera mig mer på fallet med Stockholms vårdval och systemets konkurrensimplikationer än att utveckla konkurrens-teorin.

### **2.1 Från rational choice till street level bureaucrat**

Denna uppsats bygger till största delen på ett rational choice-perspektiv, eller vad man också kan karaktärisera som ett perspektiv av människor som ekonomiskt rationella. Rational choice-teorin kan sägas ha en enkel människosyn. Man anser att människan agerar för att tillfredsställa sina behov i första hand och att detta agerande i grunden är själviskt och många gånger kortsiktigt. Den positiva sidan av detta beteende skildras ofta i termer av ekonomisk konkurrens-teori där marknaden har funktionen av att fördela resurser optimalt mellan de marknadens aktörer. Negativa sidor av människans kortsiktiga beteende beskrivs ofta som sociala fällor eller marknadsmislyckanden. I båda fallen handlar det om situationer som uppstår där aktörernas eget nytto-maximerande skapar situationer där alla aktörer förlorar

---

3 Den neoklassiska skolan är den idag dominerande riktningen inom ämnet nationalekonomi. Det som utmärker denna inriktning är förutom fokus på ekonomiska modeller av olika slag som de flesta ekonomiska skolor begagnar, en grundteori om att aktörer på marknader agerar efter vilket alternativ som ger den högsta marginalnyttan givet deras konsumtionsmöjligheter. I och med den stora emphasisen på marginalistiska resonemang har även inriktningen kallats för marginalism. (Case m.fl. 1999 s3ff)

4 Optimalt resultat är i fallet med den neoklassiska konkurrensmodellen ett resultat förknippat med effektivitet och maximal välfärd. Effektivitet här i modellen samman med välfärd eftersom det är det enda man i slutändan har att relatera till som någon övergripande skala. Välfärd är i modellen ett teoretiskt antagande om att konsumenten är nöjdare ju fler varor den kan konsumera till ett pris som är lägre än vad den egentligen hade varit beredd att betala för varan. På samma sätt finns det ett motsvarande välfärdsmått även för producenten. Producenten anses vara nöjdare ju fler varor hon kan sälja till ett pris som överstiger det lägsta priset som producenten hade varit beredd att sälja produkten till. Marginalen mellan utbud och efterfrågan (det faktiska priset ligger någonstans däremellan) blir alltså total välfärd. (Case m.fl. 1999 310)

som en effekt av bristen på koordination mellan aktörerna i ett system. (Courty & Marchke 2003, Case M.fl. 1999 s286)

Människans kortsiktiga handlande kan stävjas dels med information om dess egen del i systemet, men också med olika piskor eller morötter. En del av rational choice-teorin, den s.k. principal agent teorin, behandlar relationen mellan beställare och utförare i olika hierarkiska system. Tanken är att beställaren av en vara alltid kommer att ha problem med att få verksamheten utförd eftersom utföraren oftast eller alltid har egna mål. Många maktrelationer kan beskrivas som principal-agentproblem vilket kan vara givande att ha som utgångspunkt. I sammanhanget vårdval Stockholm kan det byråkratiska beslutsledet beskrivas som en rad principal agent-relationer med patienten som den yttersta principalen och läkaren som den yttersta agenten. Detta under förutsättning att de inte delar samma mål, vilket förstås kan diskuteras. (Besley & Ghatak 1999, Courty & Marchke 2003)

Principal agent-teorin för oss inte helt osökt till det sista perspektivet som jag vill framföra som grund för denna uppsats. Detta är Lipskys teori om närbyråkraten som han presenterade i boken *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services* (1980). Intuitionen bakom detta är enkel. Bakgrunden till teorin kommer från det klassiska byråkratiska idealet om Staten som en beslutsmaskin med politiker i toppen som fattar beslut som förvaltningen sedan omsätter i praktiken. Lipsky invände mot detta att den klassiska bilden är alltför enkel. Han ansåg inte att byråkratin var det maktlösa redskap som man gärna ville se det som, utan han ville framhäva byråkraternas del i policyskapandet. Framförallt handlade hans teori om de s.k. närbyråkraterna. Dessa är de som i slutändan förverkligar de policybeslut som de beslutande har framtagit. Närbyråkraterna kan vara allt från sophämtare till lärare, eller som i denna framställning läkare. En viktig slutsats i denna teori är att man alltid kan förvänta sig att en närbyråkrat har ett visst handlingsutrymme.

Läkaren har ofta ansetts ha en speciell roll när man behandlat närbyråkrater och handlingsutrymme. Läkarkåren anses vara urtypen av en s.k. profession, d.v.s. en grupp som av olika anledningar åtnjuter en särställning vilket ger den makt. Hur denna maktposition skall yttra sig för att man skall kunna tala om en profession skiljer sig mellan olika teoretiker där vissa anser att det är den faktiska maktpositionen som är den viktiga, medan andra mer ser till formella krav på utföraren i form av legitimationskrav för utförandet av gruppens arbetsuppgift. Läkarkåren anses vara en typisk profession eftersom den uppfyller alla professionella kriterier. Dels har man ett krav på legitimation vilken kontrolleras av kåren, kunskapsmonopol eftersom kåren är de som bestämmer de yttre reglerna för hur arbetet skall skötas och en hög grad av självständighet i utförandet som en produkt av de båda tidigare nämnda orsakerna. Att professionen har ett vitt handlingsutrymme gäller både på grupp- och individnivå. De ovannämnda kriterierna gäller framförallt på gruppnivå, men eftersom medicin fortfarande i mer eller mindre grad är inexakt innehar läkaren också en omfattande självständighet på individnivå. Han har naturligtvis lagar och rekommendationer att hålla sig till, men då det finns få möjligheter för

förvaltningen att faktiskt kontrollera läkaren blir resultatet alltså en mycket hög grad av handlingsfrihet för den enskilde läkaren. (Farrel & Morris 2003)

## 2.2 Den ekonomiska konkurrensmodellen

I den neoklassiska konkurrensmodellen har vi två aktörer, en köpare och en säljare. I klassisk mikroteori brukar man tala om perfekt konkurrens<sup>5</sup> som en teoretisk konstruktion för att ha som referenspunkt när man värderar marknadens funktion. Modellens prediktionen är att ett pris på en vara uppstår där utbud möter efterfrågan. Detta pris innebär i den perfekta konkurrenssituationen att producenternas ständiga pristävlan leder till att priset blir lika med produktionskostnaden och företagaren erhåller s.k. nollvinst<sup>6</sup>. Framförallt uppstår på denna marknad en hög effektiv produktion utan överpris, vilket ger konsumenterna det lägsta hållbara priset för den mest kvalitativa produkten.

Perfekt konkurrens innebär att man gör vissa aningen orealistiska antaganden för att illustrera själva kärnan av marknadens funktion. När man sedan smått försöker återvända till verkligheten kan man ta bort dessa antaganden ett för ett för att se vad som händer med modellen. Det finns sex antaganden i denna modell, men det är framförallt de fyra första jag kommer att använda i min analys:

- Aktörernas mål är vinstmaximering
- Homogena produkter
- Perfekt information
- Inga transaktionskostnader
- Många köpare och säljare
- Inga barriärer på tillträde eller utträde från marknaden

7

Det kan vara bra att känna till dessa antaganden eftersom varje konkurrensmodell måste förhålla sig till dem. Eftersom man i teorin har perfekt konkurrens kan man sedan gå baklänges och ta bort ett kriterie efter annat och då analysera hur detta påverkar konkurrensläget. Naturligtvis är det inte direkt perfekt konkurrens man strävat efter i vårddval Stockholm men modellen är ändå lämplig som analysverktyg.

För det första så är huvudantagandet att köpare och säljare endast är ute efter att tjäna så mycket pengar som möjligt. Detta kanske oftast är fallet men mer eller mindre rimligt i olika marknader.

---

5 Själva epitetet ”perfekt” kommer sig av att man inom nationalekonomi grundar sina teorier på matematiska modeller där tanken är att modellen skall fånga verklighetens matematiska logik. I matematiska modeller blir resultatet alltid perfekt, rensat från verklighetens alla oförklarade störningar på de statistiska sambanden. Modellen härstammar från Antoine Augustin Cournot som var matematiker. (Case m.fl. 1999 s51)

6 Nollvinst är egentligen den vinst som gör att man fortfarande har incitament att stanna kvar i marknaden och producera. Om vinsten är över nollvinst så finns det kanske extra utrymme för ytterligare en säljare som kan konkurrera ner priset till en nivå som ger nollvinst igen.

7 Denna modell kan tas från vilken grundbok i mikroekonomi som helst, exempelvis Economics (Case m.fl. 1999 s51, 159)

Det andra kriteriet är att produkterna skall vara homogena. Detta kriterie handlar om att konsumenten skall ha en möjlighet att med lätthet jämföra produkterna som olika producenter erbjuder, för att verkligen kunna göra optimala val.

Det tredje kriteriet är perfekt information, vilket innebär att aktörerna har all tillgänglig information vilket gör att de också lättare kan ana hur de andra aktörerna kommer att agera förutsatt att de också handlar enligt en nyttomaximerande strategi. I verkligheten är detta kriterie naturligtvis väldigt sällan uppfyllt.

Transaktionskostnader kallas de hinder som en aktör måste överstiga för att handla. Det kan vara tid för att ta sig till en butik för att köpa eller ta reda på vilket pris denna butik har på en produkt för att sedan jämföra med andra. Transaktionskostnader kan vara en stor faktor för att försvåra konkurrens till transaktionskostnader hör också kostnader för information, framförallt i form av tid och energi.

Att det är många säljare och köpare på marknaden är viktigt för att enskilda aktörer inte skall få mer makt än andra genom att de kontrollerar stor del av efterfrågan eller utbudet på marknaden.

Slutligen har vi barriärer för in och utträde på marknaden. Detta handlar om kostnader för att etablera sig. Dessa barriärer skiljer sig åt mellan marknader beroende på kapitalkostnader och hur rörligt kapitalet är. Dessa sista två kriterier är dock som jag tidigare nämnt av mindre betydelse för den modell som presenteras i denna uppsats eftersom de är mindre applicerbara på de specifika förhållanden som rör vårdvalets incitamentsstruktur.

I den enkla konkurrensmodellen finns det som sagt två aktörer, kunden och producenten. I vissa fall kan dock en aktörs handlande för egen del gå ut över möjligheterna för kollektivet att konsumera samma vara, vad som är rationellt beteende för individen är då inte nödvändigtvis rationellt för kollektivet. I detta fall handlar det om en kollektiv vara vilket är en vara som är ändlig, men som kollektivet kan ha svårt att hindra en individ från att nyttja, eller överutnyttja. Vård är i Sverige en kollektiv vara eftersom den i allt väsentligt finansieras med skattemedel.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Exempel på detta i sammanhang med vårdvalet är då patienten får större makt än skäligt över läkaren och skulle då kunna få denna att skriva ut enklare läkemedel, som penicillin. I detta fall bli patienten nöjd, läkaren behåller sin patient men samhället tar skada av detta i och med att penicillinutskrivningen ökar och presumtivt också resistensen mot detta läkemedel. Se exempelvis Holcombe (1997) för en kort introduktion av kollektiva varor.

### 3 Vårdvalsmodellen

Konkurrensmodellen man skapat i Stockholms vårdval är ett försök att erhålla den effektivitet som en konkurrensmodell i idealet medför, men problemet är att verksamheten är sådan att man nödvändigt måste kompromissa med konkurrensidealet för att den skall kunna vara applicerbar i verkligheten. Grunden för hela problematiken i denna uppsats är att man i Stockholms vårdvalsmodell i hög grad, högre grad än vårdvalen i Västmanland och Halland, har valt att förlita sig på en kvantitativ ersättningsmodell. I Stockholms vårdval har den fasta kapiteringsersättningen utgjort ungefär 40 % av den totala ersättningen, och resten rörlig ersättning av antal läkarbesök och besök till sjuksköterska; vilket kan jämföras med Halland och Västmanlands system där ungefär 80 % av ersättningen varit fast. Den kvantitativa ersättningsmodellen innebär att den stora delen av vårdcentralernas ersättning skall vara kopplat till antal utförda läkarbesök och besök till distriktsköterska. Parallellen till den enkla mikroekonomiska konkurrensmodellen är tydlig. Man vill att varan skall vara så homogen som möjligt för att jämförelsen för konsumenten skall vara enkel. Problemet som uppstår är dels att varan inte är homogen, läkarbesök kan innebära många saker vilket jag också kommer att diskutera lite längre fram; och dels att man faktiskt inte sätter ett pris på själva varan som vårdcentralen är tänkt att leverera. Det man vill ha när man kontaktar primärvården är inte ett läkarbesök i snäv mening, utan det man söker är snarare "vård" i vidare mening. Man vill ha den hjälp som krävs för att i högsta möjliga grad behandla det problem man har. Grunden för belöningsmodellen är inte detta, utan det man belönar är just besöket. Resten hoppas man på skall komma per automatik som produkt av läkarens professionalitet. I detta avsnitt skall jag behandla eventuella problem som kan uppstå ur denna modell för att sedan forma de hypoteser som ligger till grund för min undersökning. (KFA 2009; Jönsson m.fl. 2009 s40ff)

#### 3.1 Ersättningsmodellen

Ersättningsmodellen i vårdvalet byggde initialt på en modell som redan fanns innan vårdvalsystemet. Modellen grundar sig i fasta ersättningar för specifika tjänster och en grundersättning, s.k. kapiteringsersättning<sup>9</sup> för varje listad patient. Denna grundersättning är justerad för ålder med tanke på att äldre människor i regel är mer vårdtunga. Innan vårdvalet fanns även en liten justeringskvot för social tillhörighet, eller samhällsklass om man så vill, men denna togs bort i det nya systemet. Endast några få tillägg finns det till grundersättningen. Framförallt har man ansett det vara skäligt att ge en extraersättning om besöket har fodrat närvarandet av en tolk. Tabell 1 visar ersättningskvoterna för läkar- och sjuksköterskebesök i sin helhet. Syftet med tabellen är att visa hur enkel den rörliga delen av patientersättningen faktiskt är. Enkelhet i systemet är ett sätt att förbättra förutsättningarna för en effektiv konkurrensmodell då man på så sätt sänker informationskostnader minskar andelen resurser som företagen behöver spendera för att bara hålla sig à jour med systemet.

---

<sup>9</sup> Med kapiteringsersättning menas en fast ersättning per person (jmf *capita*)

Tabell 1: Ersättningskvoter i vårdval Stockholm

	Kr/besök		Kr/besök
Grundersättning läkarbesök	600	Grundersättning	200
-extra ersättning per läkarbesök i hemmet	500	sjuksköterskebesök	
-extra ersättning per läkarbesök för utfärdande av dödsbevis	1500	-extra ersättning per hälsosamtal för 75-åringar	50
-extra ersättning per läkarbesök för utfärdande/utredande av vårdintyg	500	-extra ersättning om tolk närvarar	500
-extra ersättning om tolk närvarar	400	-extra ersättning för spirometriundersökning	200

Kommentar: ersättningsnormer för vårdgivare inom vårdval Stockholm. Siffrorna är tagna från skrivelsen "Regelbok för vårdvalssystem" och är en del av det förslag till vårdvalssystem som klubbades igenom i juni 2007 (Hälso- Sjukvårdsnämnden – Stockholms läns landsting 2007). Siffrorna visar inte ersättningsystemet i sin helhet utan bara kvoterna för läkar- och sjuksköterskebesök.

## 3.2 Aktörerna

### 3.2.1 Organisationen & samhälle

I denna modell antas organisationen vara rationell och handla krasst ekonomiskt, liksom är utgångspunkten bakom vårdvalssystemet.

Givet de institutionella ramar som vårdvalet skapar antas vårdcentralen ha målet att maximera sin vinst som vilket företag som helst, särskilt då det gäller privatägda vårdcentraler, då man kan anta att vinst väger tungt som anledning till att ge sig in i branschen. Vad har detta då för funktion i vårdvalssystemet? Vid en första anblick är incitamentet att öka produktionen vilket är helt i linje med effektivitetsmålet. Det finns dock risker inbyggda i systemet. Framförallt att ersättningen per läkarbesök är konstant oavsett vårdtyngd. Om vårdcentralen då vill maximera sina vinster är en god strategi att försöka maximera vårdlätta läkarbesök, eller besök där man inte behöver göra några ingrepp alls. Detta kan ge två positiva effekter. Dels erhåller man naturligtvis en hög ersättning eftersom mindre resurser går åt för att producera fler läkartillfällen; dels ger man patienten upplevelsen av att man har en väldigt tillgänglig vårdcentral, vilket ger vårdcentralen konkurrensfördelar. I själva verket är detta naturligtvis ett väldigt inoptimalt förfarande från samhällets synvinkel. Risken är ju att friska människor direkt tar vårdtillfällen från de verkligt sjuka.

Man kan i förarbetena skönja en viss eftertänksamhet inför detta problem, vårdgivaren får inte neka en patient att skriva in sig på en viss vårdcentral. Strategier som skulle kunna tillämpas från vårdcentralens sida för att i alla fall delvis handskas med detta problem är dels att etablera sin vårdcentral i områden där folk inte är lika sjuka vilket ofta handlar om områden med högre medelinkomst, eller om man har en vårdcentral i ett område med många sjukare patienter kan man boka in samma patient på flera besök för att patienten skall ge en högre inkomst. (Stiernstedt & Wallin 2007 s2)

Dessa resultat är dock främst teoretiska, men även om enskilda personer vittnar om att det går till på detta viset har det inte ännu påvisats att det är ett systemfel och mer än enskilda fall. Ett exempel är en artikel i DN (Folcker 2009) där man framför ståndpunkterna från vissa kritiska läkare och sjuksköterskor. Man hävdar bland annat att multisjuka som är en dålig affär för sjukvården istället bokas om för fler besök än nödvändigt för att man skall få tillräcklig ersättning för att behandla patienten. I en ledarkrönika i Aftonbladet hävdar Eva Franchell att man tar in patienter med lindriga åkommor som förkylning som egentligen utgör en större smittorisk än läkarbesöket gör nytta eftersom man ändå inte kan behandla sjukdomen. (Franchell 2009)

### **3.2.2 Kunden/patienten**

Kunden eller patientens egenskaper är också en viktig del av modellen. I den ideala konkurrensmodellen är en av de främsta stöttstenarna det fria informationsflödet. För att kunna göra ett upplyst val mellan olika leverantörer av en vara behöver man så mycket information som möjligt. Pris och kvalitet är de kriterier som kunden dömer produkten utifrån och i princip kan man då karaktärisera resultatet av övervägningen som en ratio mellan pris och kvalitet. Jag skulle här vilja argumentera för att det finns anledning att misstänka att kunden har ringa möjlighet att välja utifrån något av dessa kriterier.

För det första har vi priset på produkten som i modellen aldrig passerar patientens vetskap. Priset bestäms av landstinget som skapar schabloner för hur mycket enskilda ingrepp är värda. Vård kan som jag tidigare nämnt beskrivas som en kollektiv vara, men med reservation för patientavgifterna som följer vid varje läkarbesök och kostnader för medicin. Saken är ju den att samhället subventionerar vård, men det patientavgifterna finns för att stävja det värsta överutnyttjandet. Om patienten betalade hela beloppet själv skulle det egentligen inte finnas något principiellt problem med överproduktion av läkarbesök eftersom man då skulle anta att patienten spenderade sina egna pengar på bästa sätt för att maximera sin egen nytta.

För det andra har vi kvalitén på produkten. För att kunna jämföra producenter av vård måste också patienten kunna skilja mellan olika vårdkvalité, men fråga är om det verkligen är rimligt att vänta sig det. Som Bodenheimer uttryckte det (2005):

*A patient with a headache does not know whether the cost of care will be a \$50 physician visit plus a bottle of aspirin or \$60 000 neurosurgery for a brain neoplasm.*

Vad som menas med detta citat, om än uppenbart, är att patienten kanske inte har den kunskap som krävs för att skilja mellan medicinska ingrepp. En invändning kan dock vara att detta citat är missvisande eftersom man avser valet av ingrepp när man i vårdvalet endast behöver avgöra vilken producent som skapar det bästa resultatet. Vård är dock i verkligheten sällan jämförbar på kort sikt, då sjukdomar tar tid att bota och de flesta av läkarbesöken handlar om kroniska sjukdomar som inte botas alls och många ingrepp eller

förändringar i dessa patienters vård kanske ger förändringar först efter en tid, vilket kan göra jämförelser svåra.

Detta har man förstås tänkt på när man skapade vårdvalsmodellen. Landstingsstyrelsens allmänna utskott skriver i ett tjänsteutlåtande:

*För att vårdvalet skall fungera måste de som skall välja ha kunskap (..) om kvaliteten hos de olika mottagningarna. (Stiernstedt & Wallin 2007 s2)*

Vidare skriver man att man måste ge möjligheter för medborgarna att tillgodogöra sig öppna jämförelser mellan vårdgivarna för att patienten skall kunna göra ett upplyst val. I princip kan man kanske få ett sådant system till stånd, men det kräver också ett brett engagemang av medborgarna i sina vårdval. Frågan om detta är rimligt att förvänta sig lämnas här obesvarad. Jag vill endast belysa att denna information kan vara svår att komma åt och att jämförelser mellan vårdalternativ kan komma att ske på grunder som inte är helt rationella. I Karolinska institutets utredning av Vårdval Stockholm visade man att 90 % av landstingets befolkning listade sig på en vårdcentral inom sitt eget område, (KFA 2009 s15)

En stor fråga vid debatten och senare införandet av vårdvalet i Stockholm var tillgänglighetsaspekten. Resonemanget var att man skulle öka vårdutbudet om man bara gav patienten möjlighet att välja vårdgivare, vilket skulle göra att långsamma vårdgivare skulle förlora sina patienter och därför vara tvungna att anpassa sig eller försvinna. Tillgänglighet är också en egenskap som ur kundens synvinkel fungerar bra att konkurrera med. Det är relativt lätt att jämföra eftersom det till synes är rätt okomplicerat. Antingen tar det längre eller kortare tid att få läkartid hos x än y. Vårdvalssystemet är också till stor del byggt för att främja just tillgängligheten genom att öka produktiviteten, eftersom större vikt läggs på den prestationsrelaterade delen av vårdcentralens ersättning.

I en undersökning som publicerades 2007 studerades effekterna av ökade möjligheter för patienter att välja sjukhusvård i Danmark, Norge och Sverige i program som införts i dessa tre länder under tvåtusenålet. Denna rapport gav tre viktiga slutsatser. Den största delen av patienterna gjorde inget aktivt val när det gällde vilket sjukhus de skulle skrivas på (gruppen aktiva väljare ökade dock något efter tid), det var i högre grad högutbildade medborgare som gjorde ett aktivt val och vid de val som gjordes handlade det ofta om att välja det sjukhuset som låg närmast även om det låg i ett annat distrikt. (Vrangbaek m.fl. 2007)

### **3.2.3 Läkaren**

I Stockholms vårdvalsystem har läkaren naturligtvis samma uppgift som innan. Skillnader har dock uppstått i organisationen som omger henne. Ökat fokus på kvantitativa effektivitetsmått eller fördelningsprinciper och öppnandet för privata organisationers möjlighet att tjäna pengar inom systemet. Detta har förmodligen skapat en ny dimension i läkarens vardag, själva tanken är ju i alla fall att det skall göra det. En ny dimension som är tänkt att effektivisera organisationerna genom att sälla bort de ineffektiva företagen,



individerna eller åtminstone de ineffektiva beteendena. Allt detta följer en traditionell konkurrensmässig logik. Effekterna av detta system kan dock vara av olika art, både positiva och negativa. Vad man kan anta bli resultatet av detta beror i slutändan på vad man tror är det som driver läkarkåren till att göra ett bra jobb och vilket förhållande läkarens mål har till organisationen mål. Som jag tidigare påvisat finns det anledning att tvivla på att patienten har möjlighet att rationellt välja vårdcentral vilket skulle göra att den konkurrensmodell som jag tidigare ställt upp i princip misslyckas med målen effektivitet och effektivt resursutnyttjande. I vårdvalsmodellen kan dock läkaren komma in som en aktör som inte finns i den enkla konkurrensmodellen och som fungerar som en i varierande grad oberoende kontrollinstans. Detta beror helt på hur läkaren ser sig själv och agerar i förhållande till organisationen.

Vad är det då som driver läkare? Det finns framförallt två utpräglade synsätt man kan ställa mot varandra. För det första kan man i traditionell ekonomisk synvinkel se läkaren som rationell nyttomaximerande. I detta fall nyttomaximerande i snäv ekonomisk mening för att göra kontrasten tydlig. Om man har denna verklighetssyn tror man att läkaren är mottaglig för ekonomiska incitament såsom bonusar eller vinst för organisationen. Det är förmodligen inte många som tvivlar på att det är just det som driver företagsägare och i vårdorganisationer är det ofta läkare själva som öppnat vårdcentral. Rollen som företagsföreträdare och läkare skiljer sig dock åt.

Den andra synen på läkaren kan karaktäriseras som professionell. Läkarens mål och drivkraft är att hjälpa människor och ekonomisk ersättning kommer därför i andra hand. Enligt detta synsätt svärtas inte läkarens omdöme av kortsiktiga ekonomiska lockelser om dessa skulle uppstå utan professionellt beteende förväntas generellt. En variant av denna idealbild presenterar Besley och Ghatak (2003). De framhåller att det inte är ekonomiska faktorer som är de främsta redskapen för att få folk att arbeta hårdare eller göra organisationer effektivare, utan det som behövs är en större stigmatisering av arbetet genom att skapa bilden av jobbet som ett uppdrag<sup>10</sup>, snarare än bara ett jobb. Det handlar alltså om mer mjuka motivationstekniker. Ekonomiska bonussystem kan bara göra nytta till en viss gräns, men då man spenderar mycket tid på jobbet är det svårt att hålla detta i fokus hela vägen. Andra problem är att bonussystem ibland skapar beteenden som kretsar kring att vinna så mycket som möjligt på den arenan man spelar, vilket inte alltid är detsamma som att få verksamheten att gå framåt. I termer av principal agentteori kan man argumentera för att uppdragstänkandet löser problemet med olika mål mellan principal och agent på ett bättre sätt än ekonomiska ersättningar eftersom man då kommer närmare att faktiskt göra principalens och agentens mål till ett och samma.

Vad som hela detta stycke utmynnar i är egentligen huruvida läkaren av olika anledningar kan tänkas tumma på kvalitén för att uppnå kvantitetsmål för sin egen förtjänst eller för

---

10 Eg. mission, vilket också kan tänkas betyda något mer eller något högre än bara uppdrag.

organisationens del. Systemet i sig riskerar ge incitament för ett sådant beteende, men frågan är då om läkaren i regel är självständig nog i förhållande till organisationen.

### **3.3 Sammanfattning**

Denna uppsats har fram tills nu argumenterat för att det kan finnas vissa inbyggda tillkortakommanden i Vårdval Stockholms incitamentsstruktur.

Orsaken till att konkurrensmodeller inom vårdsektorn i Sverige inte fungerar som normala marknader är att produkten inte är homogen, informationsflödet är begränsat i och med att trösklarna för att tillgodogöra sig information om produkten kan antas vara höga. Det som modellen kräver av aktörerna för att fungera kan således sägas vara:

- Att vårdorganisationen/vårdcentralen skall sträva mot ekonomisk vinst.
- Att kunden/patienten kan göra ett val av vårdgivare på relevanta grunder.
- Att läkaren skall stå fri från organisationens krav på ekonomisk vinst och endast se till patientens bästa.

Poängen med att införa marknadsliknande förhållanden i en organisation är för att skapa en större emfas på efterfrågan av produkten, d.v.s. man lägger mer ansvar på kundens axlar under antagandet att denne har en klar bild av vad hon efterfrågar. Man kan dock invända att patienten inte behöver välja själva innehållet i vården då denna är liknande överallt, utan istället kan vårdvalet bidra till att andra saker som ligger utanför själva läkarvården förbättras, såsom tillgänglighet och service. Hur stor tillit man har till patientens förmåga att göra rationella val bestämmer sedan i vilken grad läkarens roll behöver vara att se till patientens behov, sina egna eller organisationens för att systemet skall fungera. Ett inoptimalt beteende som i princip kan uppstå är att man försöker rikta in sin vård mot redan friska människor eftersom dessa ger mest förtjänst. Ett annat tänkbart beteende är att man kan tänkas vilja boka in fler läkarbesök för de patienter som har är sjukare och har dyrare behandling, för att dessa patienter inte skall bli en förlustaffär. Risker för överutnyttjande av kollektiva resurser finns alltid. Skillnaden är att läkaren i den nya systemet får ett incitament att öka utnyttjandet snarare än att hålla igen.

På en vanlig marknad räknar man knappast med att producenten bryr sig om något annat än sin egen vinst, men skillnaden är där att man förväntar sig att kunden i större utsträckning kan bedöma kvalitén på produkten eller tjänsten. Om producenten däremot skulle ha ett stort informationsövertag skapar detta i teorin ett resultat som är inoptimalt ur kundens synpunkt. I den neoklassiska konkurrensmodellen är kundens möjlighet att enkelt jämföra produkterna en väldigt avgörande del av modellen. Vad man nu än jämför med så kan man knappast hävda att vård som produkt uppfyller kravet på jämförbarhet. Detta i kombination med att organisationen, läkaren och patienten kan anses ha små eller inga incitament för att hålla nere kostnaderna och för att effektivt utnyttja de resurser som finns, är den verkliga risken med systemet.

## **4 En empirisk ansats**

Tanken är nu att börja undersöka om det ligger något i den modell jag presenterat innan. Jag vill dock poängtera att jag ingalunda kommer att lägga fram några bevis, utan snarare empiriska fynd som i olika grad styrker de teorier jag framlagt. Anledningen till att jag har dessa låga ambitioner är att det fattas en viktig komponent för att göra den empiriska analysen fullständig, ett kortsiktigt mått på kvalitet. Detta problem är som tidigare nämnt genomgående då det är det största av de tänkta problemen med vårdvalssystemet, och för övrigt det problem på vilket hela denna uppsats vilar.

Jag har delat in denna empiriska analys i två delar. Först presenterar jag resultat av en attitydundersökning som genomförts i slutet av 2008 av Sveriges läkarförbund.

I den andra delen undersöker jag några hypoteser som främst kretsar kring antalet läkarbesök på vårdcentralerna inom Stockholms läns landsting. Här blir problemet med bristen på kvalitetsmått uppenbart, och utan ett sådant mått kan jag endast visa på att förändringen av antalet läkarbesök i olika avseenden tenderar att följa de mönster som denna uppsats förutsäger.

### **4.1 Enkät**

Jag börjar alltså min empiriska framställning med att redovisa resultaten av en attitydundersökning som genomfördes av Sveriges läkarförbund 2008. Enkäten skickades ut till samtliga läkare i Stockholms, Hallands och Västmanlands landsting som är berörda av de olika vårdvalssystem för att få fram läkarnas egen syn på projekten och som underlag för läkarförbundets egna vägval efter vårdvalsreformen, dvs. vilken linje de skall driva mot landstingen.

Frågorna/påståendena som jag har valt att använda är:

- Ersättningssystemet premierar ett hälsoförebyggande arbetssätt
- Många korta besök premieras för mycket
- På min enhet har vi fått svårt att prioritera patienter med stora och kroniska vårdbehov

Fördelarna med att använda denna enkätundersökning är flera. För det första ger den ett resultat som är lättolkat och till synes hög validitet om man bara väljer de rätta frågorna. För det andra får jag en chans att göra en jämförelse mellan landstingen som infört vårdvalssystem. För det tredje täcker denna datamängd även de läkare som arbetar på privata vårdcentraler som inte heller är med i nästkommande del.

Det finns också flera nackdelar med data som denna. För det första är det man begär av läkarna att de skall analysera sin egen verklighet före och efter reformen och sedan komma med ett allmänt uttalande om hur systemet fungerat, vilket kan vara en svår uppgift i sig. För det andra finns det olika anledningar att misstänka att läkarna påverkats åt det ena eller andra hållet i frågorna. Dels har Stockholms vårdval varit rikligt omskrivet i medierna, vilket gör att de många läkare kan ha haft med andra saker i bagaget när de gjort sina analyser än

just vad de påträffat i deras arbetsliv. En annan anledning till att ställa sig frågande till vad resultatet säger är att vi fortfarande inte vet vad läkarens egen agenda är. Det är inte ovanligt att organisationsföreträdare visar motstånd<sup>11</sup> vid förändringar i organisationer. I princip skulle ett uttryckt ogillande i enkäten kunna vara ett symptom på att läkarens egen position försämrats vilket inte behöver vara detsamma som att resultatet för verksamheten försämrats. Jag kommer också att göra jämförelser av inställningen till påståendena ovan mellan grupperna privatanställd eller offentliganställd och vilket landsting man är anställd i. I princip är det svårare att hävda att ovannämnda problem skulle vara gällande även för dessa jämförelser.

## 4.2 Vårdtillfällena

I den andra delen av undersökningen använder jag mig av statistik över läkarbesök på de landstingsägda vårdcentralerna inom Stockholms läns landsting för att visa på om de tendenser som introducerats i den första delen går att visa på med statistik på faktiskt beteende. Att endast de landstingsägda vårdcentralerna är med i urvalet beror helt enkelt på att de är lättast att få tillgång till data för eftersom offentlighetsprincipen inte gäller privata företag och för att landstinget redan samlar in vissa data centralt för deras eget ekonomisystem.

Fördelen med denna datamängd är att den har högre reliabilitet och nackdelen är validitetsaspekten. Reliabilitetsaspekten handlar helt enkelt om att denna data är fri från misstankarna om att utslaget i datan är produkten av mänskligt förnuft snarare än faktiska förändringar.

Validitetsproblemet grundar sig i samma sak som flera gånger kommit upp i denna uppsats och det är bristen på ett kortsiktigt kvalitetsmått. Jag kan visa på om de tendenser som lagts fram stämmer i form av förändrade mönster för läkar- sjuksköterskebesök och anställd personal, men den viktigaste delen fattas alltså. Eftersom det fattas ett kvalitetsmått är det svårt att veta om resultatet av ökade läkarbesök är positivt eller negativt. En produktionsökning med bibehållen kvalitet är ju något positivt, medan ett fokus på kvantitet som går ut över kvalitén i princip kan vara något negativt.

Visst kan man mäta kvalitet i sjukvården, men det är just det kortsiktiga utslaget som är det svårastkomliga när det gäller att jämföra vårdcentralerna statistiskt. Mer aggregerat kan man använda exempelvis antal sjukdagar eller andra hälsomått för att se hur väl sjukvården klarar sitt folkhälsovårdande uppdrag, men ett gott sjukvårdsarbete ger dels utslag på lite sikt och sambandet mellan ett gott system och god hälsa störs dessutom av en hög grad av slumpmässighet.

---

<sup>11</sup> Förändringsmotstånd är ett omdiskuterat fenomen inom bland annat organisationsteori (se Jacobsen 2008 s427)

De hypoteser jag undersökt är följande:

- Frekvensen av läkarbesök har ökat

Denna hypotes är tvetydig. Visst kan man hävda att det kan tolkas som att läkaren spenderar mindre tid med varje patient, men om det står för sig själv kan man inte utgå från det. Huruvida det är en effektivitetsvinst eller ej beror ju på vart tiden för de nya läkarbesöken kommer ifrån.

- Fördelningen av läkarbesök och besök till sjuksköterska har förändrats.
- Fördelningen av antalet anställda sjuksköterskor och läkare har förändrats.

Enligt flera utsagor har läkarbesök i det nya systemet haft en högre vinstmarginal än sjuksköterskebesök, vilket gjort att många satsat på att öka läkarbemanningen och dra ner på sjuksköterskebemanningen. Detta i sin tur kan innebära att man spenderar dyra läkarresurser på att göra jobb som annars en mycket billigare sjuksköterska gjorde i det gamla systemet. För samhället blir det en stor förlust, man kan se detta genom att jämföra ersättningssystemets grundersättning för ett sjuksköterskebesök i jämförelse med ett läkarbesök vilket är 600kr respektive 200kr; men för den enskilda aktören kan det bli en liten vinst. Förutom det kan man också ana att patienten uppskattar mer att bli uppvakad av en läkare än av en sjuksköterska vilket ger vårdcentralen som ger större tillgång till läkare en konkurrensfördel. Individerna blir då antagligen nöjda, men från för samhället är det en inoptimal resursallokering.

Slutligen vill jag också använda måtten och jämföra dessa med några få geografiska indikatorer. För det första finns det en hypotes som kommit upp bl.a. i vissa tidningsartiklar (se exempelvis Folcker 2009) att de vårdcentraler som ligger i områden med sämre ekonomiska och sociala förutsättningar kommer att ha svårare att klara sig i det nya systemet eftersom den enhetsersättning per besök och registrerad patient inte räcker i en verksamhet där man i snitt har sjukare och därför också dyrare patienter. Istället har man då enligt dessa utsagor tagit in samma patient flera gånger för att man skall kunna få upp kvoten läkarbesök och för att patienten skall löna sig. Detta är i linje med vad jag har presenterat innan, men risken finns fortfarande för missförstånd. Var det inte i de välbärgade områdena man helst ville förlägga sin verksamhet? Det svaret min framställning erbjuder är att man som privat vårdgivare helst väljer att etablera sig i ett område med högre medelinkomst, men detta har inget med själva produktionsvolymen att göra. Vad håller volymen väntas läkarbesöken ha ökat i hela området, men än mer i de områden med sjukare patienter.

Jag har därför jämfört vårdcentralernas frekvens av läkarbesök med mått på genomsnittligt antal sjukdagar på kommunnivå och dels medelinkomst, där båda variablerna är två olika sätt att försöka komma åt samma parameter, dvs. klass.

Poängteras bör dock att den geografiska måttenheten jag haft tillgång till är kommuner, vilket gjort att jag varit tvungen att bortse från Stockholms kommun för att få ett någorlunda rättvist resultat. Anledningen till detta är att denna kommun innehåller halva landstingets befolkning och tillika en stor *klassmässig* spridning, vilket ger ett slätstruket resultat i den statistiska jämförelsen som blir mer missvisande än när jag exkluderar kommunen.

## 5 Resultat

I denna presenteras de resultat jag fått i min undersökning. Jag har valt att dela in avsnittet i två delar med avseende på det olika angreppssätt jag presenterade i metoddelen, nämligen en attitydundersökning från läkarna i Stockholms landsting och en statistisk jämförelse som grundar sig framförallt i antalet läkarbesök och besök till distriktssjuksköterska.

### 5.1 Enkäten

I första tabellen redovisas attityder till tre påståenden i Läkarförbundets enkät. Påståendena är alla kopplade till hypotesen om att det nya ersättningssystemet leder till ett kortsiktigare arbetssätt. Det som framgår av tabellen är att en övervägande andel av läkarna anser att systemet premierar kvantitet framför kvalitet och att detta motverkar ett hälsoförebyggande arbetssätt. Detta är svar som överrensstämmer med modellen jag tidigare presenterat.

Tabell 2: Attityder till vårdval Stockholm bland läkare

<b>Påstående:</b>	n	Instämmer	Instämmer inte
Ersättningssystemet premierar ett hälsoförebyggande arbetssätt	128	4.6%	78.1%
Många korta besök premieras för mycket	128	80.5%	10.2%
På min enhet har vi fått svårt att prioritera patienter med stora och kroniska vårdbehov	127	68.5%	19.6%

Kommentar: De tre frågorna är tagna från enkäten Läkarförbundet vårdvalsenkät som sändes ut av Svenska läkarförbundet 2008 och publicerades 2009. Respondenterna svarade på båda frågorna på en skala från ett till fem där stegen var "stämmer inte alls", "stämmer inte särskilt bra", "varken eller", "stämmer ganska bra" och "stämmer mycket bra". I denna tabell redovisas svaren i "instämmer" vilket är de aggregerade antalet ett och två svar och "instämmer inte", vilket är de aggregerade fyra och femsvaren.

Samma påståenden behandlas i tabell 3 fast här med en uppdelning mellan offentligt och privatanställda läkare. Vad som framgår är att effekten/missnöjet var mindre bland privatanställda läkare vilket faktiskt var oväntat. Eftersom hypoteserna grundar sig i att vårdcentralerna agerat kortsiktigt ekonomiskt borde effekten vara högst på de privata vårdcentraler där det finns ett vinstintresse. Även om detta är ett intressant fynd är det inget bevis på att privata vårdcentraler haft mindre problem med kortsiktigt tänkande. Datan är alldeles för grovhuggen för att göra ett sådant antagande. De privata vårdcentralerna i

Stockholms län är dels koncentrerade till mer välburna stadsdelar. Storlek på vårdcentraler och ledningens förhållande till de andra anställda kan också vara orsaker till att attityderna ser annorlunda ut i de olika sektorerna. Privata vårdcentraler är ofta mindre vårdcentraler som tagits över av en del av personalen genom s.k. avknoppning.

Tabell 3: Jämförelse av attityd till vårdval Stockholm mellan privat och offentlig primärvård

Påstående:	Offentlig	Privat	Skillnad
Ersättningssystemet premierar ett hälsoförebyggande arbetssätt	1.52	2.00	-0.48***
Många korta besök premieras för mycket	4.37	4.09	-0.28*
På min enhet har vi fått svårt att prioritera patienter med stora och kroniska vårdbehov	4.16	3.47	-0.69***
	n=75	n=53	

Kommentar: t-test av skillnader i medelvärde mellan grupperna offentligt anställda läkare och privat anställda läkare avseende vilka som är mest benägna att hålla med om påståendena. Respondenterna fick svara om de instämde i påståendena på en skala mellan ett till fem, där ett betyder *stämmer inte alls* och fem betyder *stämmer mycket bra*. Således är ett högt medelvärde att betrakta som att gruppen i hög grad instämmer i påståendet i fråga.

Slutligen vill jag också göra en jämförelse av inställningen till samma påståenden fast mellan de tre landsting som var först med att införa vårdvalssystem. Som tidigare konstaterat var Halland först med att införa vårdval, och strax därefter kom Stockholm och Västmanland. Det intressanta är att man kan gradera vårdvalssystemen från högre till lägre andel rörlig prestationsbaserad ersättning. Resultatet blir också väldigt tydligt. I alla tre påståenden framgick att läkarna i Stockholms län tyckte att problemen var mest påtagliga, följt av läkarna i Halland och läkarna i Västmanland ansåg att problemen var minst allvarliga. Skillnaden mellan Halland och Västmanland var mindre än skillnaden mellan Stockholm och de båda andra i alla tre fallen, men på alla tre punkter var alltså sambandet det förväntade. En slutsats som är nära till hands är att det är just graden av rörlig ersättning som genererat detta uttryckta missnöje bland läkarna.

Tabell 4: Jämförelse av attityd mellan tre olika landsting

<b>Påstående:</b>	Västmanland	Halland	Stockholm
Ersättningsystemet premierar ett hälsoförebyggande arbetssätt	34%	32%	<b>21%</b>
Många korta besök premieras för mycket	67%	69%	<b>89%</b>
På min enhet har vi fått svårt att prioritera patienter med stora och kroniska vårdbehov	69%	73%	<b>81%</b>
n=	170	210	291

Kommentar: De tre frågorna är tagna från enkäten Läkarförbundet vårdvalsenkät som sändes ut av Svenska läkarförbundet 2008 och publicerades 2009. Respondenterna svarade på båda frågorna på en skala från ett till fem där stegen var "stämmer inte alls", "stämmer inte särskilt bra", "varken eller", "stämmer ganska bra" och "stämmer mycket bra". I denna tabell redovisas svaren i "instämmer" vilket är de aggregerade antalet ett och två svar och "instämmer inte", vilket är de aggregerade fyra och femsvaren. Svartsbortfallet i mellan de tre landstingen varierar lite med 37% i Stockholm, 23% i Halland och 33% i Västmanland.

## 5.2 Läkarbesök

Först börjar vi med att titta på hela området, Stockholms läns landsting. Som tidigare nämnt representerar dessa siffror endast de vårdcentraler i området som ägs och drivs av Stockholms läns landsting, vilket gör att sambanden kan se lite annorlunda ut än de skulle göra om hela området innefattades. I övrigt är urvalet gott eftersom det ändå innehåller samtliga landstingsägda vårdcentraler. Denna del av empiriredovisningen kommer att förhålla sig till två olika presumtiva strategier som vårdcentralerna kan använda för att tjäna mer pengar; öka antalet läkarbesök totalt och ersätta besök till distriktssjuksköterska med läkarbesök.

I tabell 5 kan man se att läkarbesöken såväl totalt som i förhållande till antal sjuksköterskebesök och per vårdcentral. Detta går i linje med utgångspunkten för denna uppsats, men bevisar egentligen inget annat än att just läkarbesöken blivit fler. Vad vi får ut av jämförelsen är dock en antydning om att ett samband skulle kunna finnas givet den teoretiska grund jag vilar framställningen på och det resultat från läkarförbundets enkät jag presenterat tidigare.



Tabell 5: Förändring antal läkarbesök - hela området

	Genomsnittlig förändring
Förändring antal läkarbesök per besök till distriktssköterska	6,4% ***
Förändring antal läkarbesök per anställd läkare	12,0% **
Förändring antal läkarbesök per vårdcentral	7,2% **

Kommentar: t-test av förändring i de givna kategorierna mellan de två tidpunkterna angivna i procent. Stjärnorna står för signifikansnivåerna \*=90% \*\*=95% och \*\*\*=99%. Signifikansnivåerna relaterar till sannolikheten att förändringen är högre än noll.

En annan tes som jag velat foga är om ökningen i antalet läkarbesök skiljer sig mellan områden med olika social ställning. I tabell 6 redovisas en hypotesprövning som baseras på en regressionsanalys av tre beroende variabler, vilka är samma variabler som redovisas i tabell 5, dvs. förändringen i läkarbesök per sjuksköterskebesök, läkare och vårdcentral. De oberoende variabler jag använder som klassmått är kommunens antal genomsnittliga sjukdagar och medelinkomst. Hypotesen som ligger till grund för denna prövning är att läkarbesöken borde öka i områden med sämre ställt då de har presumtivt relativt vårdtunga patienter. Hypotesen går ut på att man handskas med detta genom att öka antalet läkarbesök.

I tabellen redovisas koefficienten först och  $R^2$ -värdet<sup>12</sup> inom parantes. Koefficientvärdet kan vara lite svårt att tyda vilket beror på att värdena på oberoende och beroende variabler i regressionsmodellerna har väldigt olika relativa värden. Vad som räknas i sammanhanget är huruvida sambandet går i rätt riktning och om det är statistiskt signifikant. Vad vi kan se i tabellen är sambanden ganska tydliga förutom effekten på förändringen i läkarbesök per sjuksköterskebesök. Antalet läkarbesöken har alltså ökat i områden med sämre ställt och högre sjukfrånvaro än rikare områden med mindre sjukfrånvaro, åtminstone per läkare och per vårdcentral. Liksom i tolkningen av tabell 5 fattas här variabler för att vi skall kunna dra en strikt slutsats, i princip skulle utfallet kunna tyda på att de områden med sjukare patienter får mer resurser<sup>13</sup> snarare än bara onödiga läkarbesök. Det som saknas är återigen ett kvalitetsmått. I denna uppsats nöjer jag mig dock med att konstatera att sambanden pekar i den förväntade riktningen.

12  $R^2$  mäter den beroende variabelns avvikelser från modellen och resultatet är ett sambandsmått som antar ett värde från noll till ett. Ur värdet utläses hur stor del av variationen i den beroende variabeln som förklaras av modellen. I denna uppsats används endast en oberoende variabel i samtliga fall, vilket gör tolkningarna av dessa enkla. (Körner & Wahlgren 2000 s334)

13 Även om andra utredningar har kommit fram till att resursfördelningen förskjutits från de fattigare till de rikare områdena lämnar jag osagt huruvida så är fallet. (se bl.a. KFA 2009 s33f)

Tabell 6: Regressionsanalys av antal läkarbesök Stockholm exkluderat.

	Sjukdagar	Medelinkomst
Förändring antal läkarbesök per besök till distriktssköterska	-.0022 (0,01)	.0003 (0,03)
Förändring antal läkarbesök per anställd läkare	.0140 (0,09)**	-.0011 (0,06)*
Förändring antal läkarbesök per vårdcentral	.0075 (0,13)***	-.0007 (0,11)**

Kommentar: Regressionsanalys av sambandet mellan läkarbesök och de två oberoende variablerna antal sjukdagar och medelinkomst i samtliga kommuner i Stockholms läns landsting förutom Stockholms stad. De redovisade värdena är R2-värdena för respektive regressionsmodell. Signifikansnivåerna är relaterade till sannolikheten att koefficienten skiljer sig från noll i den riktning hypotesen förutsäger.

### 5.3 Sammanfattning empiri

Vad har vi då kommit fram till i denna undersökning? Jag vill återigen understryka att min empiriska analys inte bevisar något om incitamentsmodellen bakom Stockholms vårdval, men till stor del pekar den i samma riktning som mina teoretiska antaganden.

Jag har visat att stor del av läkarkåren i Stockholms län uppfattar att man i för hög utsträckning har kvantitativa prestationsmätt i det nya systemet. Jag har använt tre enkätfrågor från en enkät som Sveriges läkarförbund skickat ut i slutet av 2008. Bilden som framkom var att läkarna anser att det nya ersättningssystemet gjort att korta besök premierats för mycket, gjort det svårare att tillgodose behoven av vårdtunga patienter och att ersättningssystemet inte skapar ett ohälsöförebyggande arbetssätt. Jag gjorde också en jämförelse mellan tre landsting med olika grad av fokus på prestationsersättning i deras vårdvalssystem; Halland, Västmanland och Stockholm. Stockholm var det landsting där flest läkare ansåg att problemen var vidkommande.

Den andra delen av analysen visar på samma tendenser fast med beteendedata. Det jag funnit var att läkarbesöken ökat totalt såväl som i relation till antalet besök till sjuksköterska. En annan effekt är att läkarbesöken ökat mer i områden med sämre social status, vilket var förväntat då dessa områden kan antas ha mer vårdtunga patienter.

## 6 Slutdiskussion

Jag har i denna uppsats haft två mål. Dels att teoretiskt komma fram till vad som krävs av aktörerna i Stockholms vårdval för att systemet skall fungera. I detta fall blev det att på ett modellplan försöka utröna vad man kan förvänta sig av aktörerna när man applicerar en konkurrensmodell. Det jag kom fram till var att man lägger en större del av systemets kvalitetssäkring på patientens egna axlar. Problemet är alltså att patienten eftersträvar kvalité, men det är fortfarande mycket osäkert om patienten har de verktyg som krävs för att bedöma kvalitén i den vård som den utförs. Risken finns dessutom att vårdcentralerna kryddar sina inkomster med att ge läkarbesök även då dessa inte behövs, eller i absolut värsta fall rent av motverkar sitt syfte.

Det som behövs här är dock gedigen empirisk prövning av effekterna av vårdvalet, och mitt andra syfte med denna uppsats var också att på några punkter börja pröva rimligheten i den modell jag ställt upp i den första delen av uppsatsen. Problemet var dock att det saknas ett mått på kvalité som är jämförbart med modellens andra variabler, som är lättare att se skillnad i på kort sikt. Denna undersökning är dock inte den enda som saknar mått på denna parameter, men i andra utredningar har man kunnat kringgå problemet på olika sätt genom att fokusera på andra variabler. Kärnfrågorna för utredningarna är dock desamma, d.v.s. om kvalitén i och kostnaderna för vården har förändrats.

Det som kom fram i den empiriska undersökning jag genomfört visade på samma tendenser som de jag påvisat i min teoretiska modell och de som andra utredningar pekat på. Bevisföringen är dock av ovannämnda orsaker ganska svaga, vilket gör att jag här eftersöker forskning som riktar in sig mer på att direkt skatta kvalitetseffekterna av vårdvalsreformen. Här kan man tänka sig att göra mer kvalitativa studier av förändringar på enskilda vårdcentraler, även om risken är stor att man drabbas av samma problem som denna rapport om man förlitar sig för mycket på verksamhetsföreträdarnas åsikter. Man får inte glömma att alla aktörer kan tänkas ha sina egna agendor, och de som jobbar i verksamheten har en dubbel roll som gör att det är extra svårt att utgå från en mer konsekvent rationalism.

Andra tänkbara forskningsområden är beteendemässiga studier av kunden/patienten i vårdvalet; vilken information den får, vilken förmåga den har att behandla denna information och hur använder den denna information i sitt val av vårdgivare?

## Källförteckning

Asplund Johansson, Susann mfl; 2009; *Läkarförbundets vårdvalsenkät*; Läkarförbundet; tillgänglig på <[http://www.slf.se/upload/Rapport%20vårdvalsenkät%20\\_slutversion.pdf](http://www.slf.se/upload/Rapport%20vårdvalsenkät%20_slutversion.pdf)>

Besley, Timothy, Maitreesh Ghatak, 2003; *Incentives choice and accountability in the provision of public services*; Oxford review of economic policy vol19 no2

Bodenheimer Thomas Md; 2005; *High and Rising Health Care Costs. Part 1: Seeking an Explanation*; Annals of Internal Medicine Vol142 No10

Calltorp, Johan; 2009; *Ersättningsystem inom hälso- och sjukvården – en kunskapsöversikt baserad på internationella erfarenheter*; Sveriges kommuner och landsting (SKL)

Case, Karl E mfl; 1999; *Economics*; Pearson Education; Harlow

Courty, Pascal & Gerald Marschke; 2003; *Dynamics of performance measurement systems* ; Oxford review of economic policy vol19 no2

Hälso Sjukvårdsnämnden – Stockholms läns landsting 2007; *Regelbok till vårdvalssystem - ersättning för husläkarverksamhet och basal hemsjukvård*

Holcombe, Randall G; 1997; *A Theory of the Theory of Public Goods*; Review of Austrian Economics 10, no. 1

Farrel, Catherine & Jonathan Morris; 2003; *The 'Neo-Bureaucratic' State: Professionals, Managers and Professional Managers in Schools, General Practices and Social Work*; Organization Vol10(1):129-156

Folcker, Annika; 2009; *Vårdval Stockholm: Allvarligt sjuka är en dålig affär för vården* ; Dagens Nyheter; publicerad 2009-06-13; tillgänglig på <<http://www.dn.se/sthlm/varval-stockholm-allvarligt-sjuka-ar-en-dalig-affar-for-varden-1.890708>>

Franchell, Eva 2009; *Vårdval Stockholm ökar inte valfriheten*; Aftonbladet; publicerad 2009-03-03 Tillgänglig på: <<http://www.aftonbladet.se/ledare/ledarkronika/evafranchell/article4542858.ab>>

Gugushvili, Alexi, 2007; *The advantages and disadvantages of needs-based resource allocation in integrated health systems and market systems of health care provider reimbursement*; Munic Personal RePEE Archive paper no3354

Jacobsen, Dag Ingvar, 2008; *Hur moderna organisationer fungerar*; tredje upplagan; Studentlitteratur; Lund

Johansson, Tobias, 2006; *Förvaltningens gräns mot marknaden*; Doktorsavhandling; Förvaltningshögskolan; Göteborg

Jönsson, Stefan m.fl.; 2009; *Uppföljning av vårdval i primärvården – förutsättningar och hinder*; konkurrensverkets rapportserie 2009:5

Karolinska institutets folkhälsoakademi ; 2009; *Uppföljning av vårdval Stockholm*; Karolinska Institutet

Körner, Svante & Lars Wahlgren; 2000; *Statistisk dataanalys*; tredje upplagan; Studentlitteratur; Lund

Lipsky, Michael; 1980; *Street-level bureaucracy : dilemmas of the individual in public services*; New York; Russell Sage Foundation

Paulsson, Gert; 2007; *Vårdval Halland utvärderingsrapport 2007*; Ekonomihögskolan; Lunds universitet

Prop 2008/09:74; *Vårdval i primärvården*; Regeringens proposition 2008/09:74

Stiernstedt, Göran och Elisabeth Wallin 2007; *Förslag till regler för vårdval och auktorisering inom primärvården*; Landstingsfullmäktiges allmänna utskott – Tjänsteutlåtande (LS 0706-0616)

Stockholms läns landsting; 2008; *Årsredovisning 2008 Stockholms läns landsting*; 2008; tillgänglig på: <<http://www.sll.se/upload/Budget/Årsredovisning%202008%20tillg.pdf>>

Socialdemokraterna i Stockholms läns landsting; 2009, *Ett år med vårdval Stockholm*; Tillgänglig på: <<http://www.socialdemokraterna.se/webben-for-alla/Arbetarekommuner/Solna/Nyheter/Filippa-Reinfeldts-vardval/>>

*Vardguiden.se*; 2010; Stockholms Läns Landsting; Databas; tillgänglig på: <<http://www.varguiden.se>>

World Health Organization; 2000; *World Health Report 2000*; tillgänglig på: <[http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf)>

Vrangbaek, Karsten Mfl; 2008; *Patient reactions to hospital choice in Norway, Denmark, and Sweden*; Cambridge University Press