

Konkurrens på sjukvårdsmarknaden

<i>Uppdragsgivare:</i> Konkurrensverket	<i>Uppdragsforskare:</i> Fil dr. Mats Ekelund
<i>Titel på forskningsprojekt:</i> Konkurrens på sjukvårdsmarknaden	<i>Datum:</i> 2004-03-03

Bakgrund

Mats Ekelund beviljades år 2003 medel från Konkurrensverket för att bedriva uppdragsforskning inom området konkurrens på sjukvårdsmarknaden.

Mats Ekelund är Fil doktor i nationalekonomi. År 2001 disputerade han på Handelshögskolan i Stockholm med en avhandling om konkurrens och innovationer på läkemedelsmarknaden.

För närvarande är Mats Ekelund verksam som konsult inom områdena hälso- och sjukvård samt medicinsk industri på företaget Vasco Advisers.

Inledning

Det svenska sjukvårdssystemet ger stor frihet åt landstingen att själva bestämma hur de skall organisera och styra sin verksamhet. Under 1990-talet införde en rad landsting marknadsmekanismer i styrningen av sjukvården medan andra valde att hålla fast vid en mer traditionell förvaltningsstyrning.

De landsting som valt att pröva marknadsmekanismer har gjort detta inom ramen för beställar-utförar modellen. Denna modell innebär att sjukvårdsorganisationen i landstinget delas upp i en beställarorganisation och en utförarorganisation. Uppdelningen gör det möjligt att skapa en intern marknad där offentliga och privata aktörer konkurrerar om att få utföra vård på beställarorganisationens uppdrag.

Den forskning och de utvärderingar som hittills gjorts av förändringarna inom landstingen har i stor utsträckning granskat olika aspekter av beställar-utförar modellen, framförallt ur ett organisations- och styrningsperspektiv. Några studier har också analyserat effekterna av prestationsersättning på produktiviteten inom sjukvården. Däremot saknas studier som specifikt analyserar de konkurrensmoment som funnits i landstingen.

Syftet med denna rapport är att analysera effekterna av konkurrens på sjukvårdens priser och kostnader på sjukvårdsmarknaden i Stockholms län. Stockholms läns landsting har valts eftersom det är det landsting i Sverige som drivit konkurrensutsättningen längst. Framförallt analyseras två frågeställningar:

- Vilka konkurrensförhållanden existerar inom Stockholms läns landsting?
- Vilka effekter har dessa konkurrensförhållanden haft på priserna för olika sjukvårdstjänster?

Rapporten inleds med ett avsnitt som beskriver konkurrensforskningen inom sjukvårdsområdet i USA, Storbritannien och Sverige. Därefter beskrivs hur konkurrens påverkar effekterna av marknadsmisslyckanden inom sjukvården och huruvida dessa effekter är relevanta för sjukvårdsmarknaden i Stockholms län. Nästa avsnitt innehåller en analys av möjligheterna att jämföra och tolka priser på marknaden samt en diskussion kring lämplig definition på konkurrens. Detta avsnitt åtföljs av en beskrivning av hur konkurrensutsättningen gått till för olika typer av sjukvårdstjänster och möjligheterna att kvantifiera effekterna. Slutsatser kring hur konkurrensen kan utvecklas avslutar rapporten.

Tidigare forskning om effekter av konkurrens på sjukvårdsmarknaden

Effekterna av konkurrens på sjukvårdsmarknaden har studerats i både USA och Storbritannien. I Sverige har marknadsreformer studerats men med ett svagt fokus på konkurrens. Detta avsnitt ger en beskrivning av resultaten i några artiklar och rapporter.

USA

På den amerikanska sjukvårdsmarknaden existerar en mångfald av försäkringslösningar och former för att organisera sjukvården. Därmed saknas en enhetlig modell för finansiering, upphandling, och ersättning av sjukvårdsprestationer. Det fragmentiserade sjukvårdssystemet präglas av en kontinuerlig omvandlingsprocess där det ständigt pågår experiment med nya organisatoriska, finansiella och andra lösningar. Formerna för och effekterna av konkurrens kan därför se olika ut på olika delmarknader och över tiden. Den konkurrens som förekommer verkar på flera olika nivåer:

- Konkurrens mellan försäkringsbolag om att erbjuda företag och enskilda olika typer av försäkringslösningar.
- Konkurrens mellan olika vårdgivare och nätverk av vårdgivare om att omfattas av försäkringsbolagens sjukvårdsförsäkringar och de offentligt finansierade försäkringssystemen.
- Konkurrens mellan olika vårdgivare om patienter och personal.

De studier av konkurrens på den amerikanska sjukvårdsmarknaden som framförallt är av intresse för denna studie är de som berör sambandet mellan marknadskoncentration och kostnader för sjukvård samt priserna på sjukvårdstjänster. Några frågeställningar som analyserats i dessa studier är:

- Vilka är effekterna av ökat genomslag för ”managed-care”? (”Managed care” försäkrar patienter för vårdgivare med vilka de har slutit avtal/integrerat sig, till skillnad från ”indemnity insurance” som är kostnadsbaserad och som erbjuder patienterna ett fritt vårdval.)
- Leder sammangående av sjukhus till högre eller lägre priser och vårdkostnader?
- Finns det skillnader i hur vinstsyftande och icke vinstsyftande sjukhus påverkas av konkurrens?

Förändringar av konkurrensens effekter

Fram till mitten av åttiotalet fann nationalekonomerna ett positivt samband mellan konkurrens och kostnader för sjukvård. Detta samband förklarades av att de flesta försäkringslösningarna gav patienterna ett fritt vårdval. För att upprätthålla det fria vårdvalet hade en konvention uppstått för vad som var rimliga ersättningsnivåer som alla vårdgivare var villiga att acceptera. I praktiken innebar konventionen ersättning utifrån de kostnader som vårdgivaren kunde påvisa i samband med en behandling. Följden blev ett ”medical arms race” där sjukhusen med de mest avancerade (och därmed de dyraste) behandlingarna, attraherade flest patienter (Robinson och Luft 1985).

Som en följd av den medicinska kapprustningen steg sjukförsäkringspremierna snabbare än andra priser i ekonomin. Därmed uppstod en efterfrågan på försäkringslösningar med mekanismer som motverkade den medicinska kapprustningen. Dessa försäkringslösningar kom att gå under beteckningen managed care. Managed care innebär att försäkringsbolaget begränsar patientens valfrihet så att försäkringsvillkoren bara gäller vård hos vårdgivare som försäkringsbolaget äger eller har kontrakt med.

Genom att skärpa försäkringsvillkoren så att patientens försäkringsskydd minskar vid val av icke-kontrakterade/icke-ägda vårdgivare kan försäkringsbolaget inta en beställarroll. På t ex den Kaliforniska sjukvårdsmarknaden där genomslaget för ”managed care” varit särskilt stort ökade pris- och kostnadskonkurrensen mellan olika vårdgivare så att effekten av denna dominerade effekten av kvalitetskonkurrens. Detta kunde utläsas i ett allt starkare skattat positivt samband mellan marknadskoncentrationen och priserna på olika marknader (Keeler 1999).

Flera studier har granskat effekterna av sammanslagningar och sammangåenden mellan sjukhus. Exempelvis finns det forskare som påvisat stora potentiella effektivitetsvinster av sjukhussammanslagningar. Detta beroende på att stora sjukhus har ett jämnare patienttillflöde än små sjukhus och därmed ett bättre kapacitetsutnyttjande. Icke-vinstsyftande sjukhus antas i dessa studier vara mer benägna att föra över effektivitetsvinsterna vid sammanslagningar till konsumenterna. Vinstsyftande sjukhus antas däremot tillgodogöra sig effektivitetsvinsterna själva, samtidigt som de utnyttjar den ökade marknadsandelen för att höja priserna (Lynk 1995). Flera forskare har emellertid ifrågasatt dessa hypoteser och resultat. De finner belegg för att också icke vinstsyftande sjukhus höjer sina priser efter sjukhussammanslagningar (Dranove och Ludwick 1999). Generellt ökar priserna på DRG nivå när sjukhus slås samman och de ökar mest när sjukhusen får en dominerande ställning på marknaden. (Krishnan 2001). De sammanslagna sjukhusen ökar även intäkten per patient och sin vinstmarginal. Däremot minskar de inte sina kostnader (Krishnan 2003).

Storbritannien

Storbritannien genomförde under 1990-talet en reform med intern konkurrens inom ramen för det statliga sjukvårdssystemet NHS. Denna reform har många likheter med de förändringar som samtidigt prövades i många svenska landsting.

Reformen innebar att det förvaltningstyrda och anslagsfinansierade NHS delades upp i en beställarorganisation och en utförarorganisation. Beställarorganisationen bestod av District health authorities (DHAs) som upphandlade sjukhusvård och General practice fundholders (GPFHs) som upphandlade primär- och öppenvård. Utförarorganisationen bestod av autonoma offentliga sjukhus med eget resultatansvar samt husläkare. (Propper och Söderlund 1998).

De studier som genomförts av effekterna av konkurrens inom ramen för den interna marknaden i NHS pekar på vissa samband mellan både priser och marknadskoncentration samt kostnader och marknadskoncentration.

Analyser av samband mellan konkurrens och priser

- Propper (1996) undersökte sambandet mellan genomsnittligt pris för öron-näsa-hals kirurgi, allmänkirurgi, ortopedi och gynekologi, marknadskoncentrationen och ett antal kontrollvariabler. Han fann ett statistiskt signifikant samband mellan lägre priser och ökad konkurrens för öron-näsa-hals kirurgi ($p < 0,05$), lägre priser för gynekologi ($p < 0,10$) men inga konsistenta resultat för allmänkirurgi och ortopedi.
- Propper m fl (1997) studerade sambandet mellan priset för åtta behandlingar som upphandlades av GPFHs och kontrollerade för kvalitet och DHA-andel av sjukhusens inkomster. För tre behandlingar var priserna signifikant lägre när konkurrensen ökade ($p < 0,05$). För de övriga fem behandlingarna uppmättes inga signifikanta effekter.
- Söderlund och Propper (1997) genomförde en analys av genomsnittligt pris för alla vårdtillfällen som köpts av GPFHs på 65 akutsjukhus. Det genomsnittliga priset analyserades med avseende på variabler för konkurrens, patienternas vårdtyngd, geografi, utbildningsjukhus, driftsform, sjukhusstorlek och DHA-andel av sjukhusens inkomster. När outliers togs bort förelåg ett signifikant ($p < 0,01$) samband mellan ökad konkurrens och lägre priser.

Analys av samband mellan konkurrens och kostnader

- Söderlund m fl (1997) undersökte effekterna av reformerna inom NHS på sjukhusens produktivitet under de första tre åren med intern marknad. I studien analyserades sambandet mellan konkurrens och kostnader per slutenvårdtillfälle vid akutsjukhus i England budgetåren 1991/92-93/94. Författarna kontrollerade för faktorer så som andel öppenvård, vårdtyngd, andel långa vårdtillfällen, undervisningsstatus, driftsform, sjukhusstorlek, specialisering och struktur på beställarsidan. En analys av paneldata visade att sjukhus i områden med högre marknadskoncentration också hade högre kostnader. Däremot fann de inga skillnader i kostnadsutveckling över tiden mellan marknader med hög grad av konkurrens och marknader med mindre grad av konkurrens.
- Csaba genomförde en analys liknande den som beskrivits ovan, men med en annorlunda modellspecifikation och med en längre tidsserie. Csabas resultat visade på effekter av konkurrens också över tiden. De 25 procenten av sjukhusen som fanns på de mest konkurrensutsatta marknaderna hade minskat kostnaderna med 14 procent budgetåren 91/92-94/95 medan de minst konkurrensutsatta 25 procenten av sjukhusen hade minskat sina kostnader med endast 4 procent.

De ovan refererade studierna kan tolkas som att konkurrensen haft en dämpande inverkan på priser och kostnader inom ramen för den interna NHS-marknaden men att dessa effekter varit begränsade.

En förklaring som framförts till de svaga sambanden mellan konkurrens och pris på den brittiska sjukvårdsmarknaden är att det potentiella konkurrensstryck som fanns inte togs till vara. Exempelvis gör Enthoven (2000) gällande att beställarna i systemm fldrig på allvar vågade utmana de dyraste sjukhusen med hot om att flytta över produktionen till billigare utförare. Detta beroende på att sjukhusnedläggningar orsakade av minskade beställningar var alltför politiskt känsliga.

Sverige

I likhet med det brittiska sjukvårdssystemet NHS införde många av de svenska landstingen beställar-utförar modellen och prestationsersättning under 1990-talet. Många svenska landsting gick emellertid längre i reformerna så till vida att de i större utsträckning än NHS köpte sjukvård från privata vårdgivare.

Förändringarna i den svenska sjukvården har analyserats i en rad utredningar och forskningsrapporter. Några försök har också gjorts att sammanfatta genomförda analyser för att dra övergripande slutsatser. Dock har inga studier genomförts som analyserat sambandet mellan marknadskoncentration, priser och kostnader. De nationalekonomiskt inriktade studierna har istället kretsat kring prestationsersättningens effekter på produktiviteten och produktivitetsskillnader mellan privata och offentliga vårdgivare.

Prestationsersättning

Införandet av prestationsersättning i vissa landsting innebar initialt kraftiga produktivitetsoökningar jämfört med landsting som inte införde prestationsersättning. Dessa effekter var dock inte varaktiga. Efter ett par år avtog produktivitetstillväxningen för att sedan bli negativ (Hallin och Siverbo 2002). Flera förslag på förklaringar till att produktivitetstillväxten upphörde har framförts. Bland annat har bristande incitament för att öka produktiviteten utpekats som orsaker:

- De enskilda klinikerna som genomförde produktivetsförbättringar fick avstå uppnådda överskott till andra kliniker som hade sämre produktivetsutveckling.
- Sjukhus som hade en sämre produktivetsutveckling tillfördes extra medel eller gavs högre ersättning i förhållande till sjukhus med bättre produktivetsutveckling.
- Flera landsting införde tak för de ersatta volymerna med syfte att uppnå förbättrad kostnadskontroll. Det innebar att produktivetsökningar inte längre kunde nås genom ökad produktion. För att öka produktiviteten blev det istället nödvändigt för sjukhusen att minska på personalen, något som är betydligt svårare att genomföra.

Inslag av konkurrens i prestationsersättningsmodeller

I flera landsting har det funnits förhoppningar om att kunna uppnå kostnadsbesparingar genom valet av prestationsersättningsmodell. I exempelvis Region Skåne försökte man under mandatperioden 1998-2002 att tillämpa en ersättningsmodell som innehöll konkurrensmekanismer. Grundprincipen för modellen var att priserna för olika typer av prestationer skulle sättas utifrån inrapporterade genomsnittskostnader för dessa prestationer. Om till exempel genomsnittskostnaden för höftledsoperationer utförda på samtliga sjukhus i Region Skåne var 50 000 kronor skulle priset för en höftledsoperation sättas till denna nivå. De sjukhus som lyckades producera höftledsoperationer till en lägre genomsnittskostnad skulle därmed generera ett överskott. Modellen var tänkt att skapa en stimulans för att sänka kostnaderna på det egna sjukhuset och därmed genomsnittskostnaderna som låg till grund för det regiongemensamma priset.

Modellen kom emellertid aldrig att leda till denna typ av kostnadspress. Detta berodde på att man aldrig lyckades ta fram en gemensam metodik för hur kostnadsberäkningen skulle genomföras. Priserna för olika prestationer fick därmed sättas ad-hoc varför de enskilda sjukhusens incitament att förbättra sin relativa produktivitet minskade (Reje m fl 2003).

Konkurrensmekanismer liknande dem som var tänkta att verka i det skånska systemet har prövats även i Stockholms läns landsting. Detta genom att sjukhusen ersattes utifrån genomsnittskostnad per DRG-poäng. (DRG-systemet är ett system för att beskriva prestationer i sjukvården som förklaras mer ingående längre fram). Därigenom skulle de mest produktiva sjukhusen belönas. Systemet kom emellertid att ifrågasattes av somliga sjukhus. De menade att systemet inte tog hänsyn till kostnadsskillnader mellan sjukhus som berodde på andra faktorer än produktivitet. (Till exempel att ett sjukhus bedriver en mer specialiserad vård och har patienter med högre vårdtyngd). Kraftiga underskott på universitetssjukhusen ledde till att systemet omprövades och att ersättningarna differentierades för att bättre motsvara varje sjukhus egna kostnader.

Privat vård och offentlig vård

Enstaka svenska studier har genomförts för att jämföra produktiviteten i vård utförd i privat respektive offentlig regi. Exempelvis jämförde Rehnberg och Garpenby (1995) kostnader och produktivitet i öppen läkarvård och primärvård och fann att totalproduktiviteten var högre för privat vård. Studier genomförda av konsultföretaget Helseplan och Landstingsförbundet beskrivs i SOU 1997:179. Också dessa pekade på högre produktivitet för privat primärvård jämfört med offentlig primärvård.

Förstärks eller mildras effekterna av "moral hazard" och asymmetrisk information av konkurrens?

Det är svårt att styra produktionen och konsumtionen av sjukvård, oavsett om styrningen sker genom marknadsmekanismer eller politisk reglering. Huvudsakligen beror detta på asymmetrisk information mellan å ena sidan vårdgivarna och å andra sidan konsumenterna och finansörerna. En annan viktig orsak är tredjepartsfinansieringen som skapar incitament till överkonsumtion.

Detta kapitel syftar till att undersöka hur möjligheterna att uppnå en samhällsekonomiskt effektiv styrning inom ramen för en beställar-utförar modell påverkas av konkurrensinslag. Särskilt undersöks om villkoren för negativa effekter av konkurrens är uppfyllda på Stockholmsmarknaden.

Konkurrens och "moral hazard"

På grund av tredjepartsfinansieringen betalar patienten bara en del av den verkliga sjukvårdskostnaden, vilket kan leda till överkonsumtion. En effekt av detta är att brist på konkurrens, under vissa förhållanden kan leda till ökad effektivitet. Detta eftersom övrefterfrågan på grund av tredjepartsfinansiering dämpas vid monopolprissättning (Gaynor m fl 1999).

För att monopolprissättning vid tredjepartsfinansiering skall ha positiva effekter måste det pris som konsumenten möter vara en andel av det faktiska priset. (T ex om ett försäkringsbolag finansierar en viss procent av kostnaden för ett läkarbesök). Denna förutsättning är inte uppfyllt på den svenska sjukvårdsmarknaden eftersom patientavgifterna är fasta och oberoende av besökets faktiska pris.

Asymmetrisk information

För patienter och beställare av sjukvård är det i många lägen svårt att avgöra om den sjukvård som ges är av rätt omfattning och kvalitet. Detta förhållande gäller även om utomstående experter kallas in för att utvärdera och följa upp vårdgivarna. Enligt en bedömning är det bara möjligt att finna vetenskapligt väldokumenterat stöd för ca 15-20 procent av alla behandlingar som genomförs (Shekelle 1998).

Bristen på stöd i den medicinska litteraturen för vad som är rätt medicinsk behandling leder till att vetenskapligt baserad medicin i praktiken är vad en panel av välrenommerade läkare anser är best-practice. Men inte heller att låta utomstående läkare bedöma vad som är god sjukvård ger entydiga svar. I en studie fick välrenommerade läkare bedöma om ett antal genomförda behandlingar var motiverade. Alla rörde sig inom ramarna för "best-practice" men det skiljde hela 38 procent mellan de som konsekvent var restriktiva och de som konsekvent var offensiva (Lucien m fl 1993).

Osäkerheten kring vad som är best-practice skapar ett stort utrymme för vårdgivarna att själva bestämma ambitionsnivån när de skall behandla patienter. Detta utrymme kan användas för att välja de mest lönsamma behandlingsalternativen.

Utbudsstyrd efterfrågan

En marknadsimperfection som kan uppkomma till följd av att det är svårt att definiera vad som är en motiverad vårdinsats är utbudsstyrd efterfrågan.

På grund av fasta kostnader för medicinsk utrustning och bemanning är vårdgivarens lönsamhet högst när den sker nära kapacitetstaket. I ett läge då patienttillströmningen minskar, så att produktionen hamnar under kapacitetstaket, har vårdgivaren ett incitament att öka insatserna vid det genomsnittliga patientbesöket. Exempelvis kan läkarna välja att göra tester och undersökningar även vid låg sannolikhet för upptäckt av sjukdom

Om ökad konkurrens leder till att vissa vårdgivare förlorar somliga av sina patienter finns det en risk att de kompenserar sig genom utbudsstyrd efterfrågan. Därmed kan kostnadsbesparande effekter av konkurrens, så som lägre priser, komma att vägas upp av ökade volymer utförd vård. Exempel på utbudsstyrd efterfrågan som påvisats i litteraturen är:

- Läkare i Colorado gav mer vård till sina patienter när den offentliga sjukvårdsförsäkringen för äldre (Medicare) sänkte sina ersättningsnivåer. Detta tolkades som att läkarna skapade en ökad efterfrågan för att behålla sina inkomster (Rice 1983).
- Danska läkares behandlingsmönster förändrades när den fasta delen i deras ersättningar minskade till förmån för ökad prestationsersättningsdel. Efter förändringen ökade antalet medicinska åtgärder samtidigt som remitteringarna och sjukhusinläggningarna minskade (Krasnik m fl år 1990).

Ett exempel på en studie som inte lyckats påvisa utbudsstyrd efterfrågan är en undersökning av primärvårdsläkare i Norge. Varken läkare som ersattes med en fast ersättning per patient eller läkare som ersattes per prestation ökade sin produktion till följd av ökad konkurrens (Gytten 2001).

Risken för utbudsstyrd efterfrågan ökar när vårdgivarna får svårt att producera nära taket för sin kapacitet. Till exempel på grund av att ett ökat inträde på marknaden leder till ett utbudsöverskott. På Stockholmsmarknaden är det svårt att se hur ett sådant utbudsöverskott skulle kunna uppstå. Sjukvården i Stockholms län har i de flesta fall upphandlats så att det finns ett tak för antalet ersatta prestationer. Eftersom det råder ett efterfrågeöverskott med köer och väntetider i vården behöver vårdgivarna inte skapa en efterfrågan för att nå sina tak.

Stinting

Om kvaliteten på en behandling inte är observerbar för patienten och beställaren kan vårdgivaren minska kvaliteten och därmed uppnå kostnadsbesparingar (stinting), utan att detta upptäcks. Under sådana omständigheter kan ökad konkurrens leda till försämrad kvalitet. Detta genom att vårdgivare som sänker sina priser och kvalitetsnivåer vinner marknadsandelar på bekostnad av de vårdgivare som upprätthåller högre priser och högre kvalitet.

Dumpning och creamskimming

För vårdgivare som får en fast ersättning per vårdinsats och som kan påverka vilka patienter de skall vårda föreligger incitament att locka till sig patienter med låga förväntade kostnader per vårdinsats i förhållande till ersättningen. Randall m fl (1999) visar att ökad konkurrens förstärker detta incitament. Detta beroende på att lågkostnadspatienterna då har fler vårderbjudanden att välja mellan. Vårdgivare som inte förbättrar sitt erbjudande till de minst vårdkrävande drabbas då av en högre andel kostsamma patienter. I en amerikansk studie fann man att ökad konkurrens ledde till större kostnadsminskningar för högkostnadspatienter inom olika DRG jämfört med lågkostnadspatienter. Om detta var följderna av större effektiviseringspotential för högkostnadspatienter eller om det berodde på att vårdgivarna ökade den relativa kvaliteten för lågkostnadspatienterna kunde emellertid inte utläsas i studien (Meltzer m fl 2002).

Stinting och dumpning/creamskimming i Sverige

Hallins och Siverbos (2002) genomgång av de undersökningar som finns av ”stinting” och dumpning visar att sådana effekter har varit svåra att finna i Sverige. Däremot finns det enskilda personliga erfarenheter av att företeelserna förekommer, men i ringa omfattning.

Driftsform och effekter av konkurrens

Vinstsyftande aktörer kan förväntas ha starkare incitament att öka sin produktivitet jämfört med icke vinstsyftande aktörer. Detta torde innebära att prispressen ökar på delmarknader där vinstsyftande aktörer tillåts att delta i konkurrensen. Samtidigt har emellertid vinstsyftande aktörer starkare incitament att utnyttja eventuella marknadsimperfectioner och brister i ersättningssystemen. Vilken effekt som dominerar beror på hur ersättnings- och uppföljningssystemen fungerar.

Rosenau och Linder (2003) granskade 149 studier och 179 utvärderingar av vinstsyftande och icke vinstsyftande vårdgivare i USA avseende tillgänglighet, kvalitet, kostnader/effektivitet och välgörenhet. De fann fler studier som visade på bättre resultat för de icke vinstsyftande vårdgivarna än studier som visade på bättre resultat för de vinstsyftande vårdgivarna.

I det amerikanska sjukvårdssystemet är olika delar av sjukvårdsmarknaden utsatta för olika grad av konkurrenstryck beroende på vilka försäkringslösningar som dominerar och antalet aktörer på marknaden. Det är sannolikt att vinstsyftande sjukhus i högre grad än icke vinstsyftande söker sig till marknader med lågt konkurrenstryck, segment med hög betalningsvilja samt diagnoser och patientgrupper som är fördelaktigt prissatta. Detta skulle kunna förklara varför incitamenten att utnyttja marknadsimperfectioner tycks dominera incitamenten att öka produktiviteten i flertalet studier.

Rosenaus och Linders studie visar att vinstsyftande vårdgivare ibland är mindre effektiva än icke vinstsyftande vårdgivare. För att vinstsyftande vårdgivare skall vara mer effektiva krävs det att de agerar på en tillräckligt väl fungerande marknad.

Beställar-utförar modellen i Stockholms läns landsting

Sjukvården i Stockholms läns landsting har under den studerade perioden upphandlats inom ramen för beställar-utförar modellen.

I denna modell ska beställarsidan styra utbudet och innehållet i vården med avtal och överenskommelser. I dessa regleras villkor så som vårdinnehåll, kvalitet, mängd vård som skall utföras och ersättningen för utförda prestationer. De flesta avtalen och överenskommelserna omfattar ett tak för den mängd vård som vårdgivaren kan utföra med full ersättning per prestation. Om taket överskrids minskar ersättningen per prestation. Vårdgivaren ges därmed ett incitament att begränsa sitt utbud av sjukvård så att de utförda volymerna underskrider taket. Politikerna upprätthåller därmed en ransonering av sjukvården.

Olika typer av konkurrensmoment

Beställar-utförar modellen öppnar upp för möjligheten konkurrensutsätta all vård som utförs på landstingets uppdrag. Till exempel kan beställarna välja att bara ge uppdrag till de privata och offentliga vårdgivare som håller de lägsta priserna. Denna möjlighet har emellertid inte utnyttjats i något av de landsting som infört beställar-utförar modellen.

Marknadsliknande konkurrens har bara existerat på vissa utvalda delsegment där det funnits ett beslut om att upphandla i konkurrens. Dessa upphandlingar har genomförts i två olika former:

- Beställaren begär in anbud från olika anbudsgivare (privata och förvaltningsdrivna) om att få utföra en viss volym sjukvård, t ex 100 kataraktoperationer.
- Beställaren begär in anbud från privata entreprenörer, personalgrupper och egen förvaltning om att utföra driften vid en vårdfunktion. Denna form av upphandling har använts för att privatisera den förvaltningsdrivna sjukvården i landstinget.

Ett tredje och mer subtilt konkurrensmoment utgörs av patienternas valfrihet. Beställarna kan inte kommandera patienterna att konsumera den vård som är kontrakterad med vårdgivarna. Istället bestäms patientströmmarna av läkarnas och patienternas val. Vårdgivare som inte erbjuder tillräckligt god service och kvalitet kan i teorin få det svårt att utföra sina avtalade volymer av vård. Begränsningarna av det totala sjukvårdsutbudet bestäms av taken för de ersätta volymerna leder dock till efterfrågeöverskott och köer vilket försvagar denna konkurrens. I praktiken torde det därför vara professionens yrkesetik och beställarnas uppföljning av vårdgivarnas kvalitet som i högst grad styr kvalitetsnivån.

Konkurrensmått

I de amerikanska och brittiska studierna har marknadskoncentrationen uppskattats genom en beräkning av antalet vårdgivare inom ett upptagningsområde samt deras respektive marknadsandelar.

Detta sätt att mäta graden av konkurrens är sannolikt inte relevant för studier av konkurrens på sjukvårdsmarknaden i Stockholm. Ett skäl är att de förvaltningsdrivna enheternas marknadsandelar endast i begränsad omfattning är konkurrensutsatta. Konkurrensen sker huvudsakligen i samband med enskilda upphandlingar där ett antal aktörer får möjlighet att lägga anbud på en enhet eller en viss kvantitet vård. I båda dessa fall är det i princip möjligt för aktörer som ännu ej är etablerade på Stockholmsmarknaden att lägga anbud. De två möjligheter för analys som detta öppnar upp för är att jämföra konkurrensutsatt verksamhet med icke konkurrensutsatt verksamhet samt att studera effekten av antalet anbudsgivare för utfallet i en anbudstävlan. Det är en strategi som bland annat har använts av Fölster (1996) vid utvärdering av kommunala anbudsupphandlingar.

En svårighet med att jämföra upphandlad med icke upphandlad verksamhet är att den senare kan ha påverkats av ett hot om konkurrensutsättning. I studier av konkurrensutsättning i samband med kommunala entreprenader har forskare uppmärksammat produktivitetsökningar också i icke-konkurrensutsatt verksamhet (Högberg 1996).

Prisjämförelser

Sjukvårdstjänster är på grund av deras komplexitet svåra att definiera och prissätta. Detta hindrar prisjämförelser och försvårar konkurrensupphandling.*

Ersättningssystemen

Varje ersättningsmodell innehåller ett system för att beskriva de prestationer/det utbud som vårdgivaren producerar och ett system för att ersätta denna produktion. I Stockholms läns landsting tillämpas tre huvudsakliga modeller för att ersätta vårdgivare: Styckprissättning, DRG och kapitering.

Styckprissättning

Den enklaste ersättningsmodellen är när varje tjänst är beskriven och prissatt enligt en prislista. Denna modell är tillämpbar för i förväg definierbara vårdtjänster. Exempel är provtagningar, röntgenundersökningar och vissa sjukvårdsbehandlingar.

DRG

DRG-systemet är ett system för registrering av vårdtillfällen som med lokala variationer används runt om i världen. DRG-systemet togs fram för att göra det möjligt för tredje part att ersätta sjukhusens insatser utifrån andra kriterier än kostnader och därmed öka incitamenten att begränsa resursåtgången vid ett vårdtillfälle. DRG står för diagnosrelaterad grupp och är en kodning av ett vårdtillfälle baserat på en patientens diagnos vid inskrivningstillfället.

För att förenkla kodningen har antalet möjliga DRG begränsats till ca 500 stycken men kan i princip utökas. I praktiken innebär det att variationen i de vårdinsatser som sjukhuset kan sätta in för patienter som kodats med samma DRG är stort. Patientens allmänna tillstånd kan också få stor inverkan på omfattningen på vården. Exempelvis är en höftledsoperation på en senildement åldring med svagt hjärta en betydligt mer resurskrävande insats jämfört med samma insats på en i övrigt frisk person

Varje DRG kod ges en vikt som bestäms av hur resurskrävande insatserna är för den vård som registreras inom ramen för koden. Dessa vikter räknas fram utifrån genomsnittskostnaderna för behandlingar inom varje DRG. Till grund för beräkningarna ligger genomsnittskostnader inrapporterade från ett urval av kliniker och sjukhus.

Ett DRG med en genomsnittskostnad som motsvarar genomsnittskostnaden för alla vårdtillfällen ges vikten ett. I relation till detta standardvärde sätts sedan alla övriga DRG-vikter. Ett DRG med en genomsnittskostnad som är hälften av ett genomsnittligt vårdtillfälle ges till exempel vikten 0,5 och ett DRG som är dubbelt så dyrt som genomsnittet ges vikten 2.

* Identifierade brister hos befintliga ersättningssystem skall inte tolkas som en kritik mot att dessa ersättningssystem tillämpas. Traditionell anslagsfinansiering skapar också snedvridande incitament.

DRG-systemet innebär att beställarna kan förhandla med sjukhusen om ett pris per registrerad DRG-poäng och de slipper prisförhandla separat för varje enskilt DRG. Beställaren kan också reglera den totala volymen sjukvård genom att t e x trappa ner ersättningen per DRG-poäng om produktionen överstiger en viss mängd DRG-poäng under ett år.

För vissa patienter överstiger sjukvårdsinsatserna kraftigt genomsnittet för DRG-koden. För dessa patienter finns så kallad ytterfallsersättning. Denna utfaller för de 5 procent dyraste patienterna inom ett DRG och ger då en förhöjd ersättning.

Ett separat viktsystem tillämpas för öppenvård på sjukhus (KÖKS). Också detta är baserat på genomsnittskostnader för olika åtgärder och är konstruerat så att det skall vara möjligt att jämföra dessa åtgärder med DRG-kodade vårdtillfällen. Därmed finns det möjlighet att beräkna den totala sjukvårdsproduktionen vid ett sjukhus i ett gemensamt mått.

Svårigheter att fastställa DRG

När registrerat DRG används som förklarande variabel till kostnader för olika enskilda vårdtillfällen visar det sig att DRG har lågt förklaringsvärde. Endast ca 50 procent av variationen i kostnaderna för vårdtillfällen förklaras av DRG. Detta har flera orsaker. Till viss del beror det på att antalet DRG är begränsade och rymmer många olika behandlingsmöjligheter. Det beror också på att patienternas medicinska tillstånd och därmed deras vårdtyngd varierar. En annan viktig förklaring till variationen är det sätt som DRG-vikterna fastställs:

- Eftersom DRG-vikterna räknas fram utifrån historiska kostnadsdata kan de snabbt bli inaktuella. Introduktionen av nya teknologier kan leda till att kostnaden för att behandla inom ett visst DRG kraftigt förändras.
- Det är svårt för den enskilde klinikchefen att uppskatta kostnaderna i samband med enskilda vårdtillfällen. De rådata som utgör grunden för beräkningen av genomsnittskostnaderna är därför ungefärliga. För vissa mindre frekventa diagnoser kan det statistiska urvalet dessutom vara litet varför den beräknade genomsnittskostnaden kan avvika betydligt från den faktiska genomsnittskostnaden.
- Inom den högspecialiserade vården kan det förekomma att de kostnadsdata som ligger till grund för DRG-viktningen rapporteras in av endast ett sjukhus. Det innebär att de inrapporterade kostnaderna helt avgör vikten för sjukhusets intäkter inom detta DRG, vilket skapar incitament att rapportera in höga kostnader.
- Det förekommer förändringar av registreringspraxis. Dessa kan t e x bero på att personalen blir skickligare på att identifiera ersättningsgrundande diagnoser för patienterna.

Snedvridande incitament i DRG-systemet

DRG-systemets inexakthet riskerar att utnyttjas av vårdgivare. Detta ställer höga krav på beställarens uppföljning.

En viktig uppgift för beställaren är att försäkra sig om att vårdgivarna inte registrerar vårdtillfällen på ett allt för kreativt sätt. Tvetydigheterna i DRG-systemet gör att det i vissa fall är möjligt att välja att registrera något av flera DRG. Det finns då starka incitament att välja det bäst ersatta.

Det faktum att vissa DRG är felviktade i förhållande till de faktiska resursinsatserna ger ett incitament för vårdgivarna att öka produktionen inom dessa DRG. Detta kan ske genom att vårdgivaren skapar en efterfrågan inom dessa diagnoser. Till exempel genom att utvidga behandlingsindikationen så att även patienter med lindriga besvär behandlas.

Om vårdgivaren kan styra sina patientflöden med remitteringar från enheter utanför sjukhuset finns ett incitament att välja ut patienter med förväntat låga behandlingskostnader i förhållande till DRG-ersättningen. Vårdgivaren har också ett incitament att vidareremittera patienter med höga förväntade kostnader.

Jämförbarhetsproblem DRG-priser

Det är inte möjligt att jämföra priser enbart utifrån pris per utförd DRG. Detta beroende på att ett och samma DRG kan ha olika innehåll beroende på vilket sjukhus som registrerar det:

- Sjukhus som erbjuder akutvård har mindre möjligheter att optimera sin kapacitet på grund av att patienttillströmningen varierar. Att erbjuda produktion inom ett DRG för akuta vårdfall är därmed en delvis annan tjänst än DRG som produceras i planerad vård.
- Undervisningssjukhus har ofta högre kostnader för sin produktion. Exempelvis kan läkare i undervisning ha en lön som inte speglar deras marginalproduktivitet. Intrånget från forskningen kan också leda till högre kostnader.
- Högt specialiserade sjukhus kan antas erbjuda mer avancerade behandlingar vilket innebär att de behandlar patienter med större vårdtyngd inom varje DRG.
- Större sjukhus med ett mer varierat utbud kan vårda patienter där det finns risk för komplikationer vid behandling. Något som inte mindre sjukhus klarar av. Dessa patienter har i allmänhet en högre vårdtyngd vilket medför högre kostnader.

Kapitering

Primärvården ersätts enligt principer som i mindre grad än sjukhusvården är baserade på prestationer. Den största delen av ersättningen kommer från kapitering vilket innebär att vårdgivaren får en fast ersättning per listad patient. Storleken på kapiteringen bestäms av faktorer som påverkar den listade patientens förväntade vårdbehov så som ålder, kön, etc.

Incitament vid kapitering

I en ren kapiteringsmodell kan vårdgivaren bara öka sina intäkter genom att öka antalet listade patienter. Eftersom vårdgivarens huvudsakliga intäkter per patient är fasta och oberoende av antalet besök saknas incitament att skapa efterfrågan hos patienten. Däremot finns ett

incitament att begränsa vårdutnyttjandet. I värsta fall kan detta innebära att vårdgivaren ger för lite vård till patienterna eller att vårdgivaren försöker attrahera patienter som i förhållande till sin ersättning har ett lågt förväntat vårdbehov.

Beskrivning av segment med konkurrens

I detta avsnitt studeras ett antal segment av sjukvårdsmarknaden i Stockholms län. För varje segment beskrivs hur konkurrensutsättningen gått till och vilka kända resultat som finns. Förutsättningarna att utveckla konkurrensen diskuteras också. Avsnittet är baserat på intervjuer och revisionsrapporter.

Primärvård

Nära hälften av primärvården i Stockholms län bedrivs idag i privat regi. Andelen privat regi ökade kraftigt under mandatperioden 1998-2002. Privatiseringen skedde i samband med att landstingets enheter upphandlades i konkurrens samt vid personalövertaganden. Räknat i antal upphandlingar var konkurrensutsättningen av primärvården den mest omfattande.

De primärvårdsenheter som upphandlades bestod i allmänhet av både en vårdcentral och av hemsjukvård. En stor andel av upphandlingarna föregicks av en uppdelning mellan hemsjukvårdsverksamheten och vårdcentralen så att de båda delarna kom att upphandlas separat. Upphandlingsprocessen innebar även att enheternas åtaganden definierades på ett tydligare sätt än tidigare och att innehållet i verksamheten granskades. I många fall fann man skillnader mellan kraven på verksamheterna och det faktiska innehållet. Exempelvis var läkarbemanningen och andelen fast anställda i många fall för låg. Detta kom att innebära att förfrågningsunderlagen ofta innehöll krav som höjde kvalitetsnivån med avseende på läkarbemanning, andel vikarierande läkare, etc.

Den huvudsakliga modellen för upphandling som tillämpades var upphandling enligt LOU där anbuden utvärderades utifrån pris och kvalitetsaspekter. I några fall har vården direktupphandlats med motiveringen att detta behövdes för att säkerställa kontinuiteten. Argumentet har t ex använts i samband med avknoppningar där personalen tagit över.

I Revisionsrapport nr 8 (2001) granskades 6 upphandlingar av primärvårdstjänster. I denna framförs kritik mot förekomsten av direktupphandlingar i strid mot LOU. Det framförs också kritik mot att utvärderingskriterierna inte varit tydliga för anbudsgivarna. Brister påtalas också i möjligheterna att jämföra kostnader i egenregi jämfört med anbud.

Ur upphandlarens perspektiv har det varit svårt att jämföra kostnaderna för verksamheten före och efter upphandling. Dels därför att kvalitetsmålen i vissa fall höjts i samband med upphandling och dels därför att enheter i egen regi delats upp före upphandling. Uppräkningstakten i ersättningsnivåerna har i de fleråriga avtalen ofta legat på låga nivåer jämfört med kostnadsökningarna i landstingets egna verksamheter. Huruvida upphandlingarna inneburit besparingar, beaktat kvalitetsjusterade kostnader i förhållande till tidigare huvudmannaskap och uppräkningstakt i förhållande till genomsnittliga kostnadsökningar i icke-konkurrensutsatt verksamhet, är en fråga som varken revisorer eller upphandlare besvarat.

Konkurrensen i samband med upphandlingar har varit begränsad. Antalet anbudsgivare har också minskat över tiden. I många fall har det bara funnits en anbudsgivare. Exempelvis förekom det egenregianbud i de tidiga upphandlingarna men dessa blev ovanligare med tiden.

I Sydöstra sjukvårdsområdet förekom 10 egenregianbud i samband med de tidiga upphandlingarna, men samtliga dessa förlorade, bland annat p g a högre pris. Samtidigt har betydande prisskillnader observerats mellan anbuderna när det funnits flera. Mellan högsta och lägsta pris förekom skillnader på 20 procent.

P g a de dåliga förutsättningarna att jämföra kostnader före och efter konkurrensutsättning är det svårt att utvärdera effekterna av konkurrensutsättningen på priserna.

Ur konkurrenssynpunkt är det låga antalet anbudsgivare vid tidigare upphandlingar otillfredsställande eftersom det förekommit stora skillnader i prisnivå mellan anbuderna.

Ett problem är den befintliga personalens övertag gentemot andra intressenter i upphandlingsprocessen. I många upphandlingar har personalen själva, eller med stöd av ett vårdföretag, lagt anbud på verksamheten. Detta kan ha avskräckt potentiella anbudsgivare som inte velat ta över en verksamhet där personalen varit konkurrenter i anbudsgivningen.

Laboratorietjänster

Laboratoriemarknaden omfattar en stor mängd tjänster. Dessa består huvudsakligen av test och tolkning av test. I de flesta fall tillämpas styckeprissättning. Till skillnad från många andra vårdtjänster kompliceras inte prisjämförelser av att tjänsteinnehåll och produktionskostnader påverkas av patienternas vårdtyngd. Möjligheterna till priskonkurrens är således goda.

Vid den senaste stora upphandlingen upphandlades laboratorietjänster avsedda för primärvård, psykiatri och geriatrik samordnat mellan de olika sjukvårdsområdena. (Den privata primärvården upphandlar själv sina laboratorietjänster.) Däremot konkurrensupphandlades inte laboratorietjänster avsedda för sjukhusen.

Vid upphandlingen var marknaden uppdelad i 7 sektorer. Anbudsgivarna tilldelades sektorer utifrån upphandlarens utvärdering av pris och kvalitet. Vid den senaste upphandlingen konkurrerade fyra aktörer: Laboratoriet på Huddinge Universitetssjukhus AB, laboratoriet på Karolinska sjukhuset, Medilab och Capio.

En allmän uppfattning tycks vara att priserna för laboratorietjänster pressats på grund av den konkurrensutsättning som ägt rum. Däremot finns det inga beräkningar på de besparingar som uppstått till följd av att laboratorietjänster konkurrensupphandlats. Den bristande kunskapen om konkurrensutsättningens effekter har flera orsaker:

- Det sker en snabb teknologisk och medicinsk utveckling inom laboratoriemedicin. Det innebär att nya testmetoder ersätter gamla så att prisjämförelser över tiden inte blir rättvisande.
- Det saknas en samlad statistik kring det totala antalet av olika laboratorietjänster som köps. Därmed är det inte möjligt att kvantifiera eventuella effekter på totalkostnaderna för landstinget.

En fråga som är av intresse för konkurrensen på marknaden är att Karolinska sjukhusets laboratorium och Huddinge sjukhus laboratorium har monopol på de labtjänster som köps av de egna sjukhusen. Detta skapar en möjlighet för sjukhuslaboratorierna att utnyttja sina

interna monopol för att subventionera de tjänster som säljs på den konkurrensutsatta marknaden. En förändring att bevaka är vad sammanslagningen av Huddinge Universitetssjukhus och Karolinska sjukhuset får för effekter på laboratoriemarknaden. Sammanslagningen innebär att antalet aktörer på marknaden minskar från fyra till tre.

Radiologi

År 2002 genomförde Stockholms läns landsting en länsövergripande upphandling av radiologitjänster. Totalt upphandlades enligt LOU ca 500 olika typer av undersökningar med en volym på 800 000 stycken. År 2001 uppgick kostnaderna för denna volym av radiologiundersökningar till 700 miljoner kronor.

Inför upphandlingen delades marknaden upp i tre zoner: innerstad, ytterstad och övriga länet på 3 mils avstånd från innerstaden. Anbudsgivarna hade möjlighet att lämna anbud på en eller flera zoner. Anbuden utvärderades enligt en viktning där 80 procent vikt lades på pris och 10 procent vardera på kvalitetsvariablerna dubbelgranskning och digitalisering.

Revisorerna noterar sin granskning att samtliga 13 anbudsgivare som deltog i upphandlingen tilldelades kontrakt (Revisionsrapport 9, 2003). Detta trots att det fanns stora prisskillnader mellan anbudena. I exempelvis Stockholms innerstad där 6 anbudsgivarna antogs för samtliga erbjudna undersökningar, förekom prisskillnader för frekventa enstaka undersökningar på 20 procent, 30 procent, 40 procent och i ett fall 85 procent. I en jämförelse av en vanlig mix av undersökningar skiljde det ca 20 procent i pris mellan det antagna anbudet med de högsta priserna och det antagna anbudet med de lägsta priserna. (Leverantörerna med de högsta priserna förhandlades efter upphandlingen ner med ca 10 procent).

Revisorerna kritiserar det faktum att upphandlarna inte utnyttjat de möjligheter till priskonkurrens som fanns, trots att priset enligt förfrågningsunderlaget skulle utgöra 80 procent av utvärderingen. Upphandlarnas motiveringar om att det var nödvändigt att anta dyrare anbud för att upprätthålla mångfald och geografisk spridning underkänns så som icke grundade i förfrågningsunderlagets angivna utvärderingskriterier.

En allvarlig brist var också att upphandlarna inte hade tagit fram volymuppgifter före upphandlingen så att de kunde göra sammanvägda prisjämförelser. Det fanns inte heller någon kalkyl som kunde tala om huruvida upphandlingen gav upphov till lägre kostnader för landstinget.

De kontrakt som anbudsgivarna vann stipulerade vilka volymer som anbudsgivarna totalt sätt fick utföra. Huruvida dessa volymer sedan utförs beror på om remitterande läkare väljer anbudsgivarna som utförare. Eftersom majoriteten av remitterter har radiologitjänster som fri nytta saknas incitament för dessa att remittera till de billigaste anbudsgivarna så att de kan utföra sina volymer. Någon information från upphandlarnas sida till remitterterna om vilka utförare som är billigast spreds inte efter upphandlingen.

Varför man allas valde att centralisera upphandlingen (istället för att ge varje remittent ett kostnadsansvar och låta dessa upphandla tjänsterna), när monopolsituation inte utnyttjades är oklart.

Kataraktoperationer (gråstarrsoperationer)

Kataraktoperationer är en standardiserad behandling med små skillnader i vårdtyngd mellan olika patienter. Dessa egenskaper gör att kataraktoperationer är relativt okomplicerade att prissätta och prisjämföra och därför lämpar sig väl för konkurrensupphandling. Den första samordnade upphandlingen av katarakter i Stockholms län genomfördes emellertid först år 2001. Tidigare hade upphandlingar i första hand skett genom att landstinget gått ut med förfrågningar till olika privata vårdgivare om att utföra vissa volymer. En orsak till att privata aktörer på detta sätt bjöds in att utföra volymer var den kraftiga ökningen av kataraktoperationer som genomfördes under 1990-talet.

En faktor bakom den kraftiga expansionen av antalet upphandlade kataraktoperationer är den prisminskning som inträffat. Prisminskningen initierades för ca 10 år sedan då det skedde ett teknologiskt genombrott som innebar att kataraktoperationer kunde utföras i dagkirurgi. Därefter har den teknologiska utvecklingen varit relativt stillastående men vårdgivarna har blivit effektivare på att utföra operationen.

Totalt konkurrerar 6 aktörer på marknaden i Stockholms län, varav 5 är privata. Den allmänna uppfattningen är att priserna fallit kraftigt för kataraktoperationer över tiden och att marknadspriset i Stockholms län ligger nära marginalkostnad.

Upphandling inom ramen för vårdgarantin

Den 1 januari 1999 infördes en vårdgaranti i Stockholms läns landsting för att minska sjukvårdsköerna. Målet med vårdgarantin var att ingen skulle behöva vänta mer än 3 månader på operation. I september 1999 byggdes vårdgarantin ut till att med några få undantag omfatta samtliga medicinskt motiverade behandlingar.

För att kunna förverkliga löftet om behandling inom 3 månader engagerades vårdgivare som var intresserade av att utföra vård på patienter som väntat mer än tre månader. Upphandlingen gick till så att beställaren samlade in intresseanmälningar från olika vårdgivare där de fick beskriva vilka behandlingar de var intresserade av att utföra och till vilket styckpris. Utifrån dessa intresseanmälningar upphandlade beställaren sedan behandlingar allt eftersom patienter strömmade till.

Den upphandlingsmodell som infördes i samband med vårdgarantin innebar flera intressanta konkurrensmoment. Metoden vid upphandlingar var att vid uppkommet behov först kontakta den vårdgivare som lämnat offerten med det lägsta priset. Om denna saknade kapacitet kontaktades vårdgivaren med det näst lägsta priset. Principen följdes dock inte konsekvent. Vissa volymer fördelades för att upprätthålla en geografisk spridning och för att involvera många vårdgivare i processen. Beställaren hade ca 25 enheter som hade lämnat offerter inom olika områden.

Upphandlingsmodellen innebar en större dynamik jämfört med traditionella upphandlingar så till vida att vårdgivarna när som helst kunde ändra sina priser. Exempelvis förekom det att vårdgivare som inte fått beställningar på länge, ringde upp och frågade om lägsta pris för en viss behandling. När de upptäckte att de låg över detta pris sänkte de sitt eget pris så att de hamnade under.

För några behandlingar var priserna lägre för vårdgarantin än vad de var vid andra upphandlingar. Till viss del kan detta förklaras av att det rörde sig om marginalproduktion och att vårdgarantipatienterna togs in för att upprätthålla ett högt kapacitetsutnyttjande. Det bör dock påpekas att många av landstingets egna sjukhus till en början var avvaktande till att lämna offerter. De menade att det inte gick att bedriva sjukvård på ett rationellt sätt för behandlingar med så kort planeringshorisont.

Upphandling av närsjukhus

Under 1990-talet introducerades begreppet närsjukhus i Stockholms läns landsting. Närsjukhusen skapades i flera fall som en följd av sjukhusnedläggningar. Närsjukhusen skiljer sig från de större sjukhusen så till vida att de saknar högspecialiserad sjukvård och i liten utsträckning bedriver akutsjukvård. Tyngdpunkten ligger istället på planerad vård i öppna vårdformer.

Närsjukhusen har upphandlats både i konkurrens och som vid direktupphandling. Huruvida upphandlingarna resulterat i lägre kostnader jämfört med tidigare verksamhet är svårt att avgöra då upphandlingen i några fall gjordes i samband med att närsjukhusverksamheten skapades.

Möjligheterna att jämföra ersättningsnivåerna mellan närsjukhusen som upphandlats i konkurrens och de som inte upphandlats i konkurrens är begränsade. Tre av närsjukhusen ersätts enligt en särskild prestationsbeskrivning medan de övriga ersätts enligt prestationsbeskrivning enligt DRG-koder.

Somatisk vård inom utvalda behandlingsområden

1999 genomfördes en upphandling av somatisk vård inom behandlingsområden där det bedömdes att det fanns rationaliseringsmöjligheter. Framförallt rörde det sig om planerade behandlingar där det varit möjligt att uppnå ökad effektivitet genom att optimera kapacitetsutnyttjandet och genom att uppnå learning by doing effekter. Exempel är:

- Höfter, knäleder
- Allmänkirurgi
- Gynekologi
- Ortopedi
- Urologi

Anbudsgivarna angav sina priser som procentuella rabatter i förhållande till priset som gällde för motsvarande DRG i landstinget 1999. Anbudet utvärderades utifrån pris och kvalitet. Sammanlagt antogs 8 olika anbud och ett antogs inte.

Anbudsupphandlingen resulterade i att en ersättning sattes på motsvarande 20 procents rabatt och att leverantörerna fick fri medicinsk service av landstinget. Priset låg fast för 5 år, utan uppräknings. För två aktörer frångick man emellertid denna princip under 2001 och 2002 då deras ersättningar uppräknades med 2 procent.

Hur stor besparing som upphandlingen innebar finns det inte någon beräkning av. De upphandlade behandlingarna omfattade inte akut vård. Vårdtyngden för de behandlade patienterna bör emellertid inte skilja sig på ett systematiskt sätt. En skillnad är emellertid att de upphandlade vårdgivarna inte behandlar patienter med vissa komplikationer; diabetes, cancer etc. Dessa patienter omfattas dock av ett annat DRG.

Slutsatser

Flera studier som genomförts på den amerikanska sjukvårdsmarknaden visar på ett tydligt positivt samband mellan marknadskoncentration och priser. Detta samband har vuxit fram som ett resultat av att finansören av sjukvårdstjänster (försäkringsbolag, managed care, federala vårdprogram, etc) tagit på sig en mer aktiv roll som beställare av sjukvård. Studier som analyserat effekterna av införandet av beställar-utförar modellen i Storbritannien indikerar liknande effekter. I Storbritannien var dock prisskillnaderna mellan koncentrerade och mindre koncentrerade marknader mindre.

Effekter av konkurrens som berör kvalitet och fördelningseffekter har studerats i mindre omfattning. Det finns emellertid teoretiska möjligheter att konkurrens, beroende på ersättningsystem, både kan ha positiva och negativa effekter i dessa dimensioner. På den svenska sjukvårdsmarknaden förefaller riskerna för negativa effekter av konkurrens emellertid att vara mindre än på den amerikanska sjukvårdsmarknaden. Exempelvis är riskerna för utbudsstyrd efterfrågan mindre eftersom landstingen kan begränsa det totala antalet prestationer som ersätts. Det finns också få belägg för att vårdgivare systematiskt skulle försöka minska resursinsatserna för vårdkrävande patienter.

Konkurrensmoment har sedan 1990-talet förts in i allt större grad också i den svenska sjukvården. Om dessa konkurrensmoment varit rätt utformade och om de har lett till lägre priser för beställarna av sjukvård inom landstingen är en fråga som i liten grad studerats på ett systematiskt sätt.

Denna rapport visar att beställarna i Stockholms läns landsting haft svårt att analysera effekterna av upphandlingarna med avseende på landstingets kostnader. Detta har flera orsaker:

- Innehållet i de tjänster som upphandlats har förändrats i samband med att upphandlingen genomförts. Det är exempelvis fallet med primärvården där det varit svårt att göra kostnadsjämförelser baserat på kostnader före och efter upphandlingen. Jämförelserna har komplicerats ytterligare av att avtalen varit långa och att den verkliga kostnaden efter upphandlingen inte kan fastställas förrän avtalet löpt ut och den prisuppräknings som avtalet medgivit kan jämföras med den förväntade prisuppräknings utan upphandling.
- Beskrivningen av prestationerna har i vissa fall skiljt sig åt mellan olika avtal. I några avtal har DRG-systemet använts och i andra har ett separat kodsysteem använts.
- I vissa avtal har medicinsk service ingått som en fri nyttighet, i andra inte.
- Vid upphandling av laborietjänster och radiologi har upphandlaren jämfört prislistor på tjänster utan att ha kunskap om hur stora kvantiteter som konsumerats. I dessa fall har det varit svårt för upphandlaren att bedöma totaleffekten av prisskillnaderna i olika anbud.
- Prisjämförelser över tiden har komplicerats av den snabba medicinska utvecklingen som innebär att det medicinska innehållet i en prestation förändrats över tiden.
- Egenskaper hos olika vårdgivare så som status som undervisningssjukhus och akutsjukhus innebär att patienternas vårdtyngd och det medicinska innehållet för ett vårdtillfälle som kodas lika för samtliga vårdgivare skiljer sig åt. Något som försvårar direkta prisjämförelser.

Samtidigt som det varit svårt att kvantifiera konkurrensutsättningens effekter finns det en utbredd uppfattning att konkurrensen pressat priserna för vissa enskilda sjukvårdstjänster.

I samband med revisionsrapporter har betydande prisskillnader noterats mellan olika anbud. För enskilda tjänster har dessa skillnader varit mycket stora. Detta indikerar att antalet anbudsgivare som deltar i en upphandling är av betydelse för priserna i de vinnande anbuden.

Inom några områden finns det goda förutsättningar att vidare analysera och skatta effekterna av konkurrensutsättningen på priserna. En möjlighet är att jämföra priser för sjukvårdstjänster som konkurrensupphandlats med priser för samma tjänster som inte konkurrensupphandlats. Sådana jämförelsepunkter finns både inom Stockholms läns landsting och i andra landsting. Identifierade områden är:

- Kataraktoperationer
- Radiologi
- Laboratorietjänster
- DRG upphandlade inom somatisk vård och inom ramen för vårdgarantin

Identifierade utvecklingsområden

Stockholms läns landsting kan bättre ta tillvara möjligheterna till priskonkurrens. På flera områden uppvisar såväl strategi som metodik brister.

Försvagad konkurrens till följd av prisförhandlingar efter anbudsupphandling

I flera av upphandlingarna blev anbudsgivare som angav de högsta priserna antagna efter förhandlingar där de gick med på att sänka sina priser. När ett sådant förfarande blir vanligt försvagas anbudsgivarnas incitament att lämna in anbud med låga priser.

Differentiering i kvalitetsdimensionen försvagar priskonkurrensen

I förfrågningsunderlagen anger upphandlarna att de väger in både pris och kvalitet i sina bedömningar. Detta sker i allmänhet enligt en princip eller en modell som anges i förfrågningsunderlaget.

En rationell anbudsgivare kommer att erbjuda en kombination av pris och kvalitet som ger upphov till en poängsumma som i förväntan överträffar det näst bästa anbudet med minsta möjliga marginal. (Givet att vinnaren tar allt). Därefter kommer anbudsgivaren att välja den kombination av pris och kvalitet som ger upphov till denna poäng till högsta möjliga vinst. Upphandlingarna kan således i teorin styra producentens avvägning mellan kvalitet och pris så att den motsvarar de preferenser som ligger till grund för upphandlingen.

Något som förefaller märkligt är att det mellan upphandlingar av samma typ av vårdtjänster förekommer olika viktning av variablerna pris och kvalitet. Det innebär att kvalitet och

kostnader kan variera mellan olika kontrakterade vårdgivare beroende på vilka upphandlingar de deltagit i.

En övergång till en landstingsgemensam utvärderingsmodell skulle minska riskerna för kvalitets- och kostnadsskillnader mellan upphandlingar. Det vore också intressant att försöka låsa kvalitetsnivån i upphandlingen och enbart tillåta konkurrens i prisdimensionen. Det vinnande anbudet skulle då karaktäriseras av att det hade det lägsta priset bland de anbudsgivare som klarat kvalitetskraven. En sådan endimensionell utvärdering skulle stärka priskonkurrensen eftersom den innebär minskade möjligheter för anbudsgivarna att differentiera sina erbjudanden.

Geografi och mångfald

Vid flera upphandlingar har en majoritet eller samtliga av inlämnade anbud antagits. Detta trots att det funnits stora prisskillnader mellan de inlämnade anbuden. Upphandlaren har i dessa fall motiverat detta med att det varit viktigt att bevara mångfalden eller att det funnits ett intresse av att ha en geografisk spridning på leverantörerna.

En kritik som framförts av revisorerna är att upphandlarnas sätt att väga in hänsyn till mångfald och geografisk spridning inte skett enligt någon angiven modell. Istället har dessa hänsyn vägts in ad-hoc.

Det tycks finnas en intuition bland många upphandlare om att det är viktigt att upprätthålla konkurrens genom att inte ge all volym till de anbudsgivare som anger de lägsta priserna. Hur avvägningen ser ut mellan att anta de mest förmånliga anbuden och att vårda konkurrensen på sikt är emellertid inte analyserat av upphandlarna.

Avvägningen mellan geografisk tillgänglighet bör göras tydligare. Det måste finnas en övre gräns för när ett dyrare anbud kan antas på basis av geografi.

Upphandling av objekt kontra behandlingsvolym

Inom framförallt primärvården och närsjukvården har upphandlingar gjorts av objekt istället för volymer. Detta medför inlåsnings effekter vid förnyad upphandling. I de fall då personalen varit med om att ta över verksamheten är det svårare för en utomstående entreprenör att lägga anbud på verksamheten då detta kan medföra ett motstånd från den befintliga personalen. En övergång till upphandling av volymer skulle kunna lösa denna problematik.

Upphandling av DRG-poäng kontra upphandling av enskilda DRG

I de fall då vården ersätts enligt DRG utgår upphandlingen från pris per DRG-poäng. Detta innebär att vårdgivarens genomsnittskostnad för samtliga DRG blir riktgivande för priset i anbudet. Det är emellertid sannolikt att produktiviteten med avseende på enskilda DRG-poäng är betydande hos en och samma vårdgivare. En upphandling per DRG för de vanligaste diagnoserna skulle kunna innebära en omfördelning av produktion mellan vårdgivare i riktning mot ökad specialisering på de behandlingar där vårdgivaren har komparativa fördelar.

För dessa DRG är det önskvärt att beskrivningssystemet förfinades. T ex genom att dela upp dessa DRG i beskrivningskoder som bättre fångar patientens vårdtyngd och om patienten behandlades akut. Ett sådant förfarande skulle också kunna innebära att de stora sjukhusens produktion inom icke-högspecialiserad sjukvård kunde konkurrensutsättas.

Intervjupersoner

Christer Andersson

Vice VD M&M Medical

Jan-Åke Andrén

Chef för patientstöd och rehabilitering

Stockholms läns landsting

Sören Berg

Informationsdirektör

Ledningsstaben för Beställarkontor vård

Stockholms läns landsting

Thomas Dreber

Enheten för akutsjukvård Stockholm

Avdelningen för gemensamma vårdbeställningar

Stockholms läns landsting

Fredrik Ellwén

Ekonomichef

S:t Eriks Ögonsjukhus

Georg Engel

Läkare, utveckling av ersättningsmodeller

Avdelningen för verksamhetsstyrning och finans

Stockholms läns landsting

Magnus Gjöttberg

Chefsläkare

S:t Eriks Ögonsjukhus

Anders Olsson

Chef för förhandlingsenheten

Beställaravdelning Stockholm

Stockholms läns landsting

Bo Wihlborg

VD Medilab

Produktionsdirektör i Stockholms läns landsting 2000-2001

Referenser

- Csaba, I. *Quasi markets and hospital behaviour. Analysing the UK Health Reforms*. Unpublished.
- Dranove, D. and Ludwick R. *Competition and pricing by non-profit hospitals: a reassessment of Lynks analysis* Journal of Health Economics 1999;18:87-98
- Enthoven, A, *In pursuit of an improving national health service* Health Affairs, vol 19, 3, 2000, 102-119.
- Fölster, F. *Sveriges systemskifte i fara? Erfarenheter av privatisering, avreglering och decentralisering*. Industrins utredningsinstitut 1997.
- Gaynor M, m fl. *Change, Consolidation, and Competition in Health Care Markets*, Journal of Economic Perspectives, Vol. 13, no. 1 (Winter 1999):141-164.
- Grytten, J and R Sörensen, *Type of contract and supplier-induced demand for primary physicians in Norway*, Journal of Health Economics, Vol 20, 2, March 2001, Pages 213-237
- Hallin, B och Siverbo S. *Jakten på den goda styrningen*, CHSA centrum för hälso- och sjukvårdsanalys. Rapport nr 3, 2002.
- Högberg, O *Kostnadseffekter av konkurrensutsättningen: en studie av Stockholms stads äldreomsorg* Institutet för kommunal ekonomi, 1996.
- Keeler, E. *The changing effects of competition on non-profit and for-profit hospital behavior* Journal of Health Economics (18) 1999, 69-86
- Krasnik, A. m fl. *Changing remuneration systems; Effects on activity in General Practice*. British Medical Journal 300, 1990, 1698-1701
- Krishnan, R. *Market restructuring and pricing in the hospital industry*. Journal of Health Economics (20) 2001, 213-237
- Krishnan, R and H. *Effects of hospital mergers and acquisitions on prices*. Journal of Business Research (56) 2003, 647-656
- Lucian, L. m fl. *The appropriateness of use of Coronary Artery Bypass graft surgery in New York state*, Journal of the american medical association, vol 269, No 6, February 10, 1993, 761-765.
- Lynk, W. *The creation of economic efficiencies in hospital mergers* Journal of Health Economics 14 (1995), 507-530
- Meltzer, D. m fl. *Does competition under medicare prospective payment selectively reduce expenditures on high cost patients*. RAND Journal of Economics, vol 33, No 3, Autumn 2002, 442-468.

Propper, C and Söderlund, N. *Competition in the NHS internal market: An overview of its effects on hospital prices and costs*, Health Economics 7: 187-197 (1998)

Propper, C. *Market structure and prices; the responses of hospitals in the UK National Health Service to competition*. Journal of Public Economics 1996; 61: 307-35
Propper m fl. *The effects of regulation and competition in the NHS internal market: the case of GP fundholder prices*. Discussion paper. University of Bristol, Department of Economics, 1997.

Randall, E. *Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins* Journal of health Economics, Vol 18, 1, 1999, 87.-98

Rehnberg, C och P. Garpenby *Privata aktörer i svensk sjukvård*. SNS 1995.

Reje, m.fl *Den politiska och ekonomiska styrningen av hälso- och sjukvården inom Region Skåne under åren 1999 – 2002*, Slutrapport från Inregia och Vasco Advisers,

Revisionsrapport nr 4 *Upphandling av somatisk vård och radiologi, 2000*

Revisionsrapport nr 23 (2002) *Hälso- och sjukvårdens ersättningssystem*

Revisionsrapport nr 8 (2001) *Upphandling av vårdtjänster år 2000*

Revisionsrapport nr 5 (2001) *Vårdgarantin – hur bra fungerar den?*

Revisionsrapport 9 *Upphandling av medicinsk radiologi, 2003*

Rice, T. *The impact of Changing medicare reimbursement Rates on Physician induced demand*. Medical Care 1983, 21; 803-815

Robinson, J and H, Luft. *The impact of hospital market structure on patient volume, average length of stay, and the cost of care*. Journal of Health Economics, (4) 1985, 333-356

Rosenau, P and S Linder, *Two decades of research comparing For-profit and Non-profit health provider performance in the US*. Social Science Quarterly, 84, 2, June 2003.

Shekelle, P. *The reproducibility of a method to identify the overuse and underuse of medical procedures*.

New England Journal of Medicine. Vol 338. No 26, June 25, 1998, 1888-1896.

SOU 1997:179, Klara spelregler – en förutsättning för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård.

Söderlund, N and Propper, C. *Competition and pricing in the NHS Fund Holder prices*. Discussion paper. Johannesburg: Centre for Health Policy, 1997.

Söderlund m fl. *The impact of the NHS reforms on English hospital productivity- an analysis of the first 3 years*. British Medical Journal 1997; 334: 1126-9.