

Förord

Lars Söderström och Mattias Lundbäck vid Nationalekonomiska institutionen vid Lunds universitet har utfört en litteraturstudie, där ekonomisk forskning om effekterna av etableringsfrihet och vinstmotiv inom sjukhusvård och utbildning redovisas. I arbetet med studien har över hundra forskningsrapporter granskats.

Studien visar att det på konkurrensutsatta marknader inte föreligger några större skillnader vare sig i kvalitet eller effektivitet mellan vinstorienterade företag, non-profitföretag och offentliga utförare. En orsak till detta är att de aktörer som har för höga kostnader eller för låg kvalitet tvingas effektivisera eller avveckla. I den mån effektivitetsskillnader finns tyder resultaten på att vinstorienterade företag har en högre effektivitet än de bägge övriga kategorierna. I de fall det finns rapporter som möjliggör effektivitetsjämförelser mellan konkurrenslösningar och monopol visar dessa en högre effektivitet och jämnare kvalitet för konkurrenslösningar.

Av studien framgår också att ersättningsystemens utformning är av stor betydelse för effektiviteten hos marknadens aktörer. Någon form av ransoneringsystem är nödvändigt inom sjukvårdsområdet, eftersom det är en tredje part, vid sidan om producenten – sjukhuset – och konsumenten – patienten – som står för finansiering, varför det kan finnas ett incitament hos både producenten och konsumenten till överkonsumtion.

Studien, som presenterades i mars 2000, har blivit både uppmärksammat och citerad. I samråd med författarna ger Svenskt Näringsliv ut studien ånyo.

Stockholm i oktober 2001

Anders Morin
Projektledare "En företagsam välfärd"

Sammanfattning

Rapporten bygger på en genomgång av drygt 100 studier av marknads- och organisationsformen på områdena utbildning och sjukhusvård. Endast ett tiotal av dessa redovisas emellertid explicit i texten. Vi har gjort urvalet för att visa den bild som ges av det samlade bakgrundsmaterialet. De tio studierna valdes ut på tre olika kriterier: originalitet, vederhäftighet och datakvalitet. För att uppfylla det andra kriteriet har vi nästan uteslutande hållit oss till vetenskapliga tidskrifter och doktorsavhandlingar. Vi har dock även tagit med några opublicerade uppsatser av välrenommerade forskare. Vi har strävat efter att redovisa så omfattande studier som möjligt. I fallet skolor redovisas exempelvis två totalundersökningar för Storbritannien.

Vi konstaterade snabbt att frågan om konkurrensnivå och driftsform *inte* kan delas upp i två separata analyser. Det framgår tydligt vid en genomgång av materialet att det finns ett starkt samband mellan graden av konkurrens och valet av driftsform å ena sidan, samt kvalitet och effektivitet å andra sidan. Exempelvis påverkas kvaliteten i de offentliga skolornas verksamhet av i vad mån det förekommer konkurrens från privata skolor. Vi fann även att graden av konkurrens på marknaden för sjukhustjänster påverkar kvalitet och effektivitet för olika driftsformer, ofta på ett ganska likartat sätt. En utmaning för forskningen på detta område har därför varit att särskilja effekter som beror på driftsformen från effekter som har med marknadsformen att göra.

Regeln på området vård och skola är att aktörer som agerar utifrån vinstmotiv oftast är konkurrensutsatta och ersätta enligt något mått på prestationen. Aktörer som agerar utan vinstmotiv kan antingen vara ersatta efter prestation eller mottagare av ramanslag. Även i det senare fallet förväntar sig dock finansiären oftast någon form av motprestation. Prestationen i fråga kan vara en eller annan kvantitet, såsom antalet registrerade

elever, antalet vårdplatser eller antalet utförda operationer av ett visst slag, men också mer subtila prestationsmått kan förekomma.

Under förutsättning att konkurrensen är någorlunda effektiv, skall man inte förvänta sig finna särskilt stora skillnader mellan de aktörer som vid ett visst tillfälle finns på marknaden. Utmärkande för en någorlunda effektiv konkurrens är ju att aktörer som ligger under gängse standard, vare sig de har exceptionellt höga kostnader eller exceptionellt låg kvalitet, helt enkelt blir utslagna från marknaden. Utformningen av prestationsersättningen har också stor betydelse för utfallet

Vi kunde konstatera ett antal genomgående resultat av den forskning som utförts.

För det första kan man se att effektiviteten och kvaliteten i hög utsträckning beror på vilken konkurrenssituation producenterna befinner sig i. Många studier, framför allt på utbildningsområdet, visar att effektiviteten och kvaliteten gynnas av konkurrens. Hur väl konkurrensen fungerar är beroende på vilka ersättningssystem producenterna erbjuds.

För det andra kan man se att privata skolor på det hela taget presterar mera än offentliga skolor. Eftersom ytterst få skolor drivs i vinstsyfte, är det svårt att empiriskt pröva huruvida vinstorienterade privata skolor skulle vara bättre eller sämre än icke-vinstorienterade privata skolor. Många studier visar att skillnaderna mellan skolor minskar till följd av konkurrens, ofta genom att kvaliteten på konkurrensutsatta offentliga skolor ökar. Enstaka undantag från detta har dock observerats.

För det tredje kan man se att olika länder har väsentligt olika fördelning av sjukhus tillhörande olika kategorier. Medan Storbritannien och Sverige i

huvudsak har offentligt ägda sjukhus, är flertalet sjukhus i Holland och USA privata. Denna "ensidighet" försvårar tillförlitliga jämförelser mellan kategorierna. Jämförelser på ländernivå är förknippade med många felkällor och jämförelser på nationell nivå försvåras av att materialet blir för tunt. Det finns dock goda möjligheter att jämföra olika typer av privata sjukhus, framför allt i USA. Dessa jämförelser visar att vinstorienterade och icke-vinstorienterade sjukhus företer stora likheter i fråga om kvalitet och kostnader. Detta anses vara en följd av konkurrensen mellan sjukhusen.

För det fjärde kan man se en viss kostnadsfördel till förmån för vinstorienterade sjukhus. Detta framgår t ex av Herzlinger & Krasker (1987), där man korregerat för att icke-vinstorienterade sjukhus skattesubventioneras. Detta är konsistent med att sådana sjukhus är överrepresenterade på den sk 100-topp listan (HCIA, 1999) över de allra bästa sjukhusen i USA. En liknande iakttagelse har gjorts i Sverige av Svalander m fl (1997) och Svalander & Lindqvist (1998), men av förklarliga skäl är det svenska datamaterialet synnerligen begränsat.

Introduktion

Det finns en tämligen omfattande ekonomisk litteratur om betydelsen av vinstmotiv och konkurrens inom utbildning och sjukvård. Forskningen på området är i stor utsträckning baserad på empiriska iakttagelser, både i Europa och annorstädes. Vi redovisar här ett axplock ur denna litteratur. Underlaget utgörs av i första hand aktuella doktorsavhandlingar och vetenskapliga tidskrifter. Vi har gått igenom ett hundratal verk, men för att undvika upprepningar redovisar vi bara ett tiotal representativa studier. Urvalet har skett med hänsyn till originalitet och kvalitet.

Det är sällsynt att vinstorienterade aktörer tillåts ha monopol när finansieringen sker via offentliga medel. Det normala är att monopolsituationer förbehålls icke-vinstorienterade aktörer, såväl privata som offentliga. Därför är det svårt att presentera direkta empiriska belägg för att vinstmotiv ger den ena eller andra effekten i en monopolsituation.

Regeln på området vård och skola är alltså att aktörer som agerar utifrån vinstmotiv är konkurrensutsatta. Detta har betydelse för vilka skillnader mellan olika kategorier av aktörer som kan observeras. Under förutsättning att konkurrensen är någorlunda effektiv, skall man inte förvänta sig att finna särskilt stora skillnader mellan de aktörer som vid ett visst tillfälle finns på marknaden. Utmärkande för en någorlunda effektiv konkurrens är ju att aktörer som

ligger under gängse standard, vare sig de har exceptionellt höga kostnader eller exceptionellt låg kvalitet, helt enkelt blir utslagna från marknaden. Följaktligen kan man i en sådan situation bara observera de aktörer som är tillräckligt bra för att överleva i konkurrensen. Men det är inte säkert att konkurrensen är särskilt effektiv. En återkommande fråga vid tolkningen av det empiriska materialet är därför om iakttagna skillnader mellan olika kategorier aktörer är genuina i den meningen att de speglar effekten av vinstmotiv *et c* eller om de är försakade av brister i konkurrensen.

En synpunkt som man ofta stöter på i debatten är att vinstorienterade verksamhet skulle medföra högre kostnader för vården. Ofta hänvisas till exemplet USA för att underbygga detta. Det är emellertid svårt att tolka tillgängliga data på detta sätt. För det första drivs åttiofem procent av alla sjukhus i USA utan vinstmotiv; och för det andra är det osäkert om kostnaden för vården verkligen är större i USA än i Sverige. Jämförelser av kostnader försvåras av att lönerna för såväl läkare som sjuksköterskor är betydligt högre i USA. Ser vi direkt på den fysiska resursförbrukningen blir bilden en annan. Av den internationella statistiken framgår att Sverige bland OECD-länderna har det tredje största antalet sjuksköterskor per 1000 invånare och vad gäller läkare intar Sverige en respektabel sjätteplats. USA ligger inte högre än Sverige när det gäller dessa mått

Tabell 1: Vårdplatser och resursåtgång inom vården för några utvalda länder

1996	Vårdplatser på sjukhus per 1 000 invånare	Antal läkare per 1 000 invånare	Yrkesaktiva sjuksköterskor per 1 000 invånare
Finland	9,2	2,8	21,3
Norge	15,0	2,8	14,9
Sverige	5,6	3,1	10,7
Tyskland	9,6	3,4	9,5
USA	4,0	2,6	8,1
Danmark	4,7	2,9	7,0
Frankrike	8,7	2,9	5,9
Storbritannien	4,5	1,7	4,5

Copyright: OECD Health Data 99

på resursåtgång, snarast något lägre. Också ifråga om antal vårdplatser per invånare ligger Sverige över USA. Även detta mått tyder alltså på att svensk sjukvård är väl så dyr som amerikansk, mätt i termer av fysisk resursförbrukning. Bara när man jämför sjukvårdsutgifter/BNP ligger Sverige lägre än USA, och detta beror, som nämnts, delvis på de stora skillnaderna i relativt löneläge, se tabell 1.

Att peka på makrosiffror från USA för att påvisa att privat vård skulle vara mer kostsam eller mindre effektiv än offentlig vård är alltså tveksamt. Direkta jämförelser av sjukvårdsresursernas produktivitet i olika länder ger ett säkrare underlag, men sådana jämförelser är tyvärr sällsynta. Ett exempel är Bailey & Garder (1997) med medverkan av forskare från flera länder. I tabell 2 återges resultat från deras studie som visar hur patienter

Tabell 2: Effektivitet vid behandlingen av några vanliga sjukdomar

<i>Index resursförbrukning</i>	<i>Njursten</i>	<i>Quality-adjusted life-years</i>	<i>Njursten</i>
Storbritannien	44	Storbritannien	24
USA	100	USA	100
Tyskland	172	Tyskland	110
<i>Index resursförbrukning</i>	<i>Bröstcancer</i>	<i>Levnadsår</i>	<i>Bröstcancer</i>
Storbritannien	85	Storbritannien	42
USA	100	USA	100
Tyskland	138	Tyskland	88
<i>Index resursförbrukning</i>	<i>Lungcancer</i>	<i>Levnadsår</i>	<i>Lungcancer</i>
Storbritannien	76	Storbritannien	97
USA	100	USA	100
Tyskland	121	Tyskland	91
<i>Index resursförbrukning</i>	<i>Diabetes</i>	<i>Quality-adjusted life-years</i>	<i>Diabetes</i>
Storbritannien	66	Storbritannien	127
USA	100	USA	100

med diabetes, njursten, lungcancer respektive bröstcancer behandlas i USA och Europa (Tyskland och Storbritannien). Indexmåtten visar hur mycket resurser som används i produktionen respektive vilka effekter som uppnåtts. USA är normerat till 100 och de andra ländernas resultat jämförs med USA. Tabellen visar att produktiviteten i de flesta fall är högst i USA. En tänkbar orsak är att hårdare konkurrens mellan producenterna i USA ger utslag i billigare och/eller bättre vård. Men detta kan inte beläggas med enstaka studier av detta slag. Andra orsaker kan också tänkas.

Eftersom internationella jämförelser är mycket sällsynta kommer vi i det följande att begränsa redovisningen till studier som avser enskilda länder. Fokus ligger på parvisa jämförelser av kostnader, kvalitet *et c* som beror på driftsformen. Andra studier riktar in sig på systemeffekter av olika organisationsformer. Ett exempel på det senare är den studie av Couch, Shughart & Williams (1993) som undersökte hur kvaliteten på offentliga skolor i USA påverkas av förekomsten av privata alternativ.

I Sverige finns det ganska få undersökningar om effekten av olika driftsformer inom vård och utbildning. Detta beror dels på att vinstorienterade aktörer än så länge är ganska ovanliga, dels på att det inte finns några generella produktivitetmått inom svensk sjukvård och skola. Härvidlag skiljer vi oss från särskilt USA, där man har en ganska lång tradition av att mäta resultatet av den verksamhet som bedrivs i välfärdssektorn. Tex har man på sjukvårdsområdet använt instrumentet DRG (diagnosrelaterade grupper) på i stort sett samtliga sjukhus sedan 1983.

Det finns dock två studier som gjorts på svenska vårddata. Den ena gäller öppenvård (Svalander m fl, 1997). Där påvisas att privata primärvårdsenheter (Praktikertjänst AB) är cirka tjugo procent billigare än offentliga vårdcentraler. Skillnaden framstår som ännu större när vi beaktar att lönerna är högre för läkare anställda hos Praktikertjänst. Resursåtgången för Praktikertjänsts mottagningar är närmare hälften så stor som för de offentliga vårdcentralerna. Till största delen beror denna skillnad på annorlunda administrativa rutiner och användning av sjuksköterskornas tid. Den andra studien gäller S:t Görans sjukhus (Svalander och Lindqvist, 1998). Undersökningen gjordes före privatiseringen, men efter bolagiseringen, varför den inte kan sägas vara en jämförelse mellan vinstorienterade och icke-vinstorienterade vård. Däremot kan den säga något om självständiga respektive offentliga vårdgivares effektivitet. Undersökningen ger vid handen att S:t Göran är tio till tjugo procent mer effektivt än landstingsdrivna sjukhus i Stockholm.

Bägge dessa undersökningar är noggrant genomförda och kostnaderna är kontrollerade för eventuella skillnader i vårdtyngd. De visar en stor kostnadsfördel för både S:t Göran och Praktikertjänsts mottagningar. Detta tyder på att privat vård fungerar bättre, men en definitiv slutsats bör vänta tills flera studier av liknande slag genomförts. I fortsättningen skall vi hålla oss till utländska studier, där tillgången på datamaterial är bättre och forskningen på området kommit längre.

Teoretiska utgångspunkter

Forskningen om varför vissa verksamheter har en tendens att organiseras utan vinstmotiv är relativt ung. Rose-Ackerman (1986) och Weisbrod (1988) är två ledande forskare på området. Deras analys är huvudsakligen kvalitativ. På senare tid har dessa teorier formaliserats av olika forskare, exempelvis Lundbäck (1998).

Den viktigaste anledningen till att man vänder sig till en verksamhet som drivs utan vinstmotiv synes vara att man vill undvika risken att vinstmotivet kommer i konflikt med kvaliteten. Denna risk är speciellt stor i verksamheter där kvaliteten är svår att kontrollera, där det finns få välutvecklade produktivitetmått eller där det finns otydliga mål för verksamheten. Skolor och sjukhus har ansetts vara goda exempel på detta. Andra exempel är rehabilitering och kriminalvård. Som regel har man i dessa fall valt att bedriva verksamheten i offentlig regi, men också ideella organisationer spelar här en viktig roll. Som exempel kan nämnas att inte mindre än sextiofem procent av alla privata sjukhus i USA är stiftelser (*not-for-profit*).¹

Den potentiella konflikten mellan vinstmotiv och kvalitet är den viktigaste utgångspunkten för den diskussion som idag förs om den mest lämpliga organisationsformen för sjukhus och skolor. För att rätt förstå denna diskussion måste man ha i åtanke att *vad som är den lämpligaste organisationsformen beror på hur verksamheten finansieras*. Det har stor betydelse om ersättningen utgår per prestation, t ex per höftledsoperation, eller om den ges i form av ett årligt ramanslag med en uppmaning att ”operera vid behov”. På goda grunder kan vi räkna med att en aktör med vinstmotiv reagerar på ett annat sätt på dessa ersättningsmodeller än en aktör utan vinstmo-

tiv. Som bl a Weisbrod (1988) framhållit är det direkt olämpligt att använda modellen med årligt ramanslag om aktören arbetar med vinstmotiv. För sådana aktörer är prestationsersättning att föredra.

I Sverige har vi mer och mer gått över till prestationsersättning för både skolor och sjukhus. Övergången har skett som ett led i strävandena att ge patienter möjlighet att välja sjukhus och elever/målsmän möjlighet att välja skola. För denna strävan passar den s k kundvalsmodellen. Den innebär att sjukhus och skolor i varje fall delvis finansieras med en vårdpeng/ skolpeng som utgår i förhållande till hur många som valt sjukhuset respektive skolan (Söderström m fl, 1999). Denna form för prestationsersättning gör det mindre frestande för aktörerna att eftersätta kvaliteten. Man skulle i så fall få färre patienter respektive elever och därmed sämre avkastning på satsat kapital. Har man ett inarbetat varumärke riskeras dessutom framtida inkomster.

Det finns också en populär uppfattning att konkurrens och valfrihet skulle tendera att öka skillnaderna i tillgång till vård och utbildning för olika socialgrupper. Ett skäl till att GP-fundholder² systemet övergavs i Storbritannien var att skillnaderna mellan olika vårdgivare bl a vad gäller tillgången på sjukhusvård ansågs ha ökat. Det finns dock föga belägg för att ökad valfrihet skulle leda till mer ojämlik vård och utbildning. Martinsson (2000) visar till exempel att skillnaderna i vårdtillgång mellan olika grupper i Storbritannien *inte* har ökat under 90-talet, efter de valfrihetsreformer som genomfördes under Thatchers tid som premiärminister. Med tanke på den debatt som förevarit är detta ett anmärkningsvärt resultat. Förklaringen skulle kunna vara att den ojämlikhet som finns i sjukvården redan från början tydliggörs när man går över till kundval. När mätningar av ojämlikhet någon gång görs i

¹ En brasklapp i sammanhanget är att icke-vinstorienterade sjukhus subventioneras via skattelagstiftningen i USA, vilket gör att icke-vinstorienterade sjukhus där har en något mer fördelaktig konkurrenssituation än vinstorienterade sjukhus (Gentry & Penrod, 1998). Ändå finns en tendens till att vinstorienterad vård blir vanligare i USA och framför allt att allt fler sjukhus ingår i större nationella vårdkedjor.

² GP fundholder är en brittisk husläkarmodell, där allmänläkaren disponerar vissa resurser för att finansiera sjukhusvård och läkemedel.

centralstyrda system, till exempel Steen-Carlsson (2000), framgår att ambitionen att ge alla vård på samma villkor inte alltid infrias. Skillnaden i kvalitet på den vård som ges till höginkomsttagare och låginkomsttagare i Sverige är högst signifikant. Även i Storbritannien har de regionala skillnaderna i sjukvården alltid varit stora, trots att hälso- och sjukvårdens organisation där, fram till början av 90-talet, troligen var den mest centraliserade i världen.

Det vi ser i USA och England är också att kundval tenderar att jämma ut kvaliteten mellan *de olika organisationsformer* som finns på marknaden, t ex privata och offentliga aktörer. Gorard & Fitz (1999) påvisar till exempel denna tendens när det gäller skolor i Storbritannien. Skulle det vara så att någon organisationsform är överlägsen de andra, t ex vad gäller kapitalanskaffning, leder en väl fungerande konkurrens till att aktörer med denna organisationsform blir dominerande på marknaden. Att sådana aktörer inte blir helt dominerande kan förklaras av att konkurrenter ges skattesubventioner eller andra stöd som får dem att bli kvar på marknaden. Hursomhelst tenderar skillnaderna mellan olika aktörers effektivitet och kvalitet att vara små när de tvingas konkurrera med varandra.

Det är i detta sammanhang intressant att notera att de flesta privata skolor i USA drivs ideellt, trots att det inte finns restriktioner på organisationsformen. Samtidigt kan vi notera att många icke-vinstorienterade sjukhus, efter att ha hamnat i ekonomiska svårigheter och inte kunnat tillhandahålla vård av hög kvalitet och/eller haft problem att attrahera patienter, tagits över av privata *vinstorienterade* sjukhuskedjor. Det verkar alltså som om ideella organisationer har lättare att hävda sig på skolområdet än på vårdområdet. En anledning skulle kunna vara att sjukhusvård är en verksamhet som kräver förhållandevis stort riskkapital, i varje fall större än vad som krävs på skolområdet. Vi vet emellertid mycket lite om vad som gör den ena eller andra organisationsformen attraktiv och konkurrenskraftig. Vi kan idag bara spekulera om vad som får "kunder" att föredra en typ av skola framför en annan eller en typ av sjukhus framför ett annat. Weisbrod (1988) har särskilt betonat att

kunderna tvingas ta ställning under stor osäkerhet om verksamhetens kvalitet och valet därför i hög grad är en förtroendefråga. Ökningen av antalet "kedjor" och därmed betoningen av varumärken, både på skolområdet och i vården, pekar i samma riktning. För att värna varumärket kan medlemmarna i kedjan förväntas vara lyhörda för konsumenternas önskemål.

På utbildningsområdet visar många undersökningar att kvaliteten (mätt i termer av studieresultat m m) påverkas positivt av konkurrens från privata skolor. Detta gäller såväl privatskolorna själva som de offentliga skolor som utsätts för konkurrens. Den egentliga anledningen till att konkurrensen har denna effekt vet vi inte. Försök att förklara varför en skola är mer framgångsrik än en annan har hittills inte varit särskilt framgångsrika. Statistiska studier av effekten av lärartäthet, klasstorlek, biblioteksstandard och andra aspekter på skolornas *materiella standard* har som regel inte givit klara besked (Hanuchek, 1985, 1997). Härav har man ibland dragit slutsatsen att de materiella förutsättningarna inte spelar någon roll, och att det är mer subtila ting, såsom lärarnas attityder, som har avgörande betydelse för studieresultaten. Men vissa forskningsresultat tyder på att handfasta faktorer, såsom klasstorleken, ändå spelar en roll, framför allt i de lägre klasserna och för elever från studieovan miljö (Krueger, 1999).

Skolväsendet kan också utgöra ett test på en observation från sjukhusområdet, nämligen att konkurrensens förmåga att generera ett gott helhetsresultat i hög grad är avhängig möjligheterna till *fri etablering*. Somliga länder har tillämpat en modell med "kvasimarknader", dvs ett system där politiker som representanter för konsumenterna beställer tjänster från ett urval fristående producenter och sedan låter berörda medborgare välja bland dessa producenter. Om denna marknadsform lyckas eller ej beror på omständigheterna. Som exempel på en mindre lyckad tillämpning av denna marknadsform kan skolorna i Nya Zeeland nämnas. Där blev effekten inte minskade skillnader mellan framgångsrika skolor och mindre framgångsrika skolor. Istället uppkom långa köer till de mest framgångsrika skolorna, samtidigt

som de mindre framgångsrika skolorna hade brist på elever (Gordon, 1996).

Detta är inget överraskande resultat. Kvasimarknader utmärks av begränsad etableringsfrihet och tenderar att få en likaledes begränsad utslagning av aktörer som fungerar dåligt. Omvandlingen av marknaden går därmed långsamt. Skolor och sjukhus kan leva vidare även med disciplinproblem, stora administrationskostnader *et c.* På en ”riktig” marknad, där aktörerna överlever tack vare att de har kundernas förtroende, skulle dessa skolor och sjukhus tvingats till en uppryckning eller gått i konkurs, varefter deras resurser (byggnader, personal m m) kunnat användas av någon annan aktör med större förmåga att ta tillvara resurserna. När en sådan omvandling förhindras eller fördröjs blir följden att nyheter har svårt att vinna inträde på marknaden och att kunskapsutvecklingen går långsammare. På sikt leder detta till högre kostnader och/eller lägre kvalitet. Kreativ destruktion, som Joseph Schumpeter uttryckte det, är marknadens sätt att sprida kunskap om hur en verksamhet bäst skall organiseras.

Med detta vill vi understryka vikten av att man också på kvasimarknader eftersträvar största möjliga konkurrens. Urvalet av entreprenörer måste ske på ett sådant sätt att bara de allra bästa sätts upp på listan över vilka producenter eleverna/målsmännen respektive patienterna har att välja mellan. Det gäller att utforma kontrakten med entreprenörerna på sådant sätt de får incitament att sträva efter god kvalitet till en rimlig kostnad. Man kan nog säga att konsten att skriva sådana kontrakt lämnar en del övrigt att önska (Oredsson, 1999). Vidare är det viktigt att urvalet av entreprenörer omprövas med jämna mellanrum så att det kan ske en viss utgallring och nya aktörer får en chans att komma in på listan. På detta sätt kan graden av konkurrens höjas och närma sig vad som skulle vara fallet på en helt fri marknad.

Det hör till saken att en helt fri marknad kanske inte är önskvärd på sjukvårdsområdet. Anledningen är att vården under alla omständigheter huvudsakligen måste finansieras på indirekt väg, antingen genom försäkringar eller via beskattning-

en. De avgifter som förekommer vid vårdtillfället kan bara täcka en marginell del av de faktiska kostnaderna, särskilt på sjukhusen. Därför finns det en överhängande risk för överkonsumtion av vård samt behov av ett eller annat ransoneringssystem. I den centralstyrda modell, som svenska landsting en gång exemplifierade, sker ransoneringen med hjälp av köer. Tillgången på vårdplatser m m görs mindre än vad som krävs för att möta efterfrågan. På en kvasimarknad genomförs motsvarande ransonering genom att man sätter ett tak för respektive entreprenörs ersättningsberättigade prestationer, t ex antalet vårddygn eller operationer av visst slag. Taket kan vara ”mjukt” på så sätt att man ger en lägre ersättning när producenten uppnått en viss volym, exempelvis den volym man hade föregående år. Även i detta fall uppkommer köer.

Den potentiella konflikten mellan prestationsersättning och valfrihet å ena sidan och rambudgetering och finansiering med lokala skatter å andra sidan är väldokumenterad. I en revisionsrapport från Sahlgrenska universitetssjukhuset påvisas hur denna konflikt försvårar beslutsfattandet för det enskilda sjukhuset. I Stockholms läns landsting har den potentiella konflikten mellan prestationsersättning och rambudgetering lett till högst kontroversiella volymtak för antalet behandlingar. Detta visar vikten av korrekt utformade ersättningssystem. Utformningen av ersättningssystemen påverkar effektivitet och produktivitet i högre utsträckning än sjukhusens organisationsform.

Vid *fri etablering* måste ransoneringen ske på annat sätt. En möjlighet är det poängsystem som praktiserats i Tyskland, om än med läkarnas ogillande. Utgångspunkten är här att man har bestämt hur mycket sjukvården totalt får kosta under ett visst år och att den totala kostnaden skall fördelas på producenterna i förhållande till hur mycket vård var och en producerar. Ersättningen per prestation hålls dock öppen till dess att man vet hur stor den totala prestationen blir. Under året bokförs prestationerna som poäng och först vid årets slut bestäms definitivt värdet på en poäng. Ju mer som produceras, desto lägre blir ersättningen per poäng.

Ytterligare ett alternativ är HMO-modellen (*Health Maintenance Organizations*), där ransoneringsuppgiften läggs på primärvården. Denna organiseras som ett antal primärvårdsenheter, mellan vilka de individer som omfattas av modellen, eventuellt hela befolkningen, har ett fritt val. Respektive primärvårdsenhet får resurser i form av ”vårdpengar” i förhållande till hur många som väljer den. Vårdpengen differentieras med avseende på individers ålder m m så att den speglar det förväntade vårdbehovet hos olika kategorier. I och med att nivån på vårdpengen kan anpassas till den totala sjukvårdsbudgeten och befolkningens storlek, blir den totala resurstillgången för primärvårdsenheterna i samklang med den totala budgeten. Det är sedan upp till respektive primärvårdsenhet att se till att de egna ”medlemmarna” får bästa möjliga vårdutbyte av de resurser som enheten förfogar över. En del kan man göra i egen regi och en del upphandlas på sjukhusen. Den viktigaste poängen med denna modell är att sjukhusen, som helt lever på de uppdrag de kan få från primärvårdsenheterna, får möta en kompetent upphandlare. I konkurrens får sjukhusen visa att de kan erbjuda den mest prisvärda vården. Som lätt inses medger denna modell att sjukhus har fri etableringsrätt. Detta kan inte spräcka budgeten, men väl öka primärvårdsenheternas valmöjligheter och därmed, kan man förmoda, välfärden för berörda personer. En variant av HMO-modellen är modellen med *GP-fundholding* i Storbritannien. I denna svarar allmänläkarna bara för en del av sjukhusens intäkter, resten kommer direkt från sjukvårdsadministrationen.

Också på skolans område används huvudsakligen en indirekt finansiering, varför det även här finns behov av någon form av fysisk ransonerings. Problemen är dock lite annorlunda och i huvudsak enklare än på vårdområdet. En skillnad är att anpassningen till rådande budgetläge företrädesvis görs genom variation av undervisningens kvalitet och inte i antalet undervisningsplatser. En annan skillnad är att behovet av undervisning är mer homogent än behovet av sjukvård. Den kommersiella risken för enskilda producenter behöver därmed inte vara så stor som på vårdområdet, där man behöver stora primärvårdsenheter – gärna riks-

täckande – för att hålla risken under kontroll.

Konkurrensen på utbildningsområdet kompliceras dock av att elevernas skoltillhörighet ofta avgörs av bostadsorten, varför det uppkommer en geografiska segregering. För Storbritanniens del har Gorard & Fitz (1999) analyserat detta problem. Frågan är hur dåliga skolor skall kunna ta över det utbildningskoncept som gör de bra skolorna framgångsrika. Utan fri etablering går processen långsamt. När de som har möjlighet att gå i en bättre skola väljer detta alternativ riskerar de sämsta skolorna att hamna i en negativ spiral med krympande elevunderlag, sviktande kompetens hos personalen, administrativ överbelastning och rekryteringsproblem. Samtidigt uppstår köer till de bästa skolorna och i värsta fall selektionsproblem. Med fri etablering reduceras denna risk genom att de dåliga skolorna kan tas över av aktörer med bättre idéer om hur verksamheten skall bedrivas. Uppköparen kan vara någon med erfarenhet av ett fungerande utbildningskoncept. Etableringsfriheten blir på så sätt ett stöd för de svagaste konsumenterna. Kostnadskontrollen kan utövas genom att man centralt bestämmer nivån på ”skolpengen”.

Samma resonemang gäller sjukhus. Till skillnad från skolor är här också omfattande kapitalinvesteringar nödvändiga. Det krävs normalt stort riskkapital för att driva ett sjukhus. Detta talar för att det vinstorienterade aktiebolaget skulle vara den lämpligaste organisationsformen för ett sjukhus. Att denna organisationsform ändå inte är särskilt vanlig tyder på att också andra faktorer bestämmer valet av organisationsform. I USA är stiftelser den dominerande driftsformen på sjukhusområdet. Deras riskkapital utgörs huvudsakligen av bidrag från stat och kommun samt donationer från företag och enskilda.

*

Mot bakgrund av det dokumenterade sambandet mellan konkurrens och organisationsform är syftet med rapporten att se hur etableringsfrihet och driftsformen för sjukhus och skolor påverkat effektivitet och kvalitet. I redogörelsen ser vi först på utbildningsområdet och därefter på sjukhusdriften.

Orsaken till denna uppdelning är att prestationsersättningen för skolor är enklare utformad och mer entydig, vilket gör att detta område lämpar sig bättre som en introduktion. Vidare är kapitalkostnaderna lägre, vilket gör att även icke-vinstorienterade skolor kan etablera sig utan stora donationer. De etableringshinder som existerar för skolor är därför relativt små och konkurrensen ofta intensiv, även om ersättningssystemen inte alltid anses ge rättvisa åt alla.

Detta skall inte tolkas så att det skulle vara lätt att mäta prestationerna inom skolväsendet. Detta gäller speciellt om man inte bara tar hänsyn till rena kunskaper, utan också väger in olika sociala färdigheter. Dessa mätproblem, samt de mindre uttalade kraven på formell utbildning för personalen, är säkert ett skäl till att föräldrarna ofta engageras i själva utbildningen. Faktum är ju att det har varit svårt att påvisa om lärarnas formella kompetens påverkar resultatet av utbildningen i någon större grad. Man skulle inte ens fundera på samma frågeställning inom sjukvården. Där är det självklart att personalen skall vara legitimerad, arbeta under ansvar och, i Sverige, att "kunderna" skall ha rätt till ersättning om en felbehandling inträffar.

När vi använder begreppet kvalitet, avser vi alltid aspekter av en åtgärd som ger upphov till ökad nytta för patienten eller eleven. Kvalitet kan vara sådant som en reducerad mängd felbehandlingar eller ett bättre resultat på ett test, men som begreppet ofta används kan det också syfta på t ex antal lärartimmar per elev. Man måste alltså vara observant på vilken definition som används i ett visst sammanhang. Vår strävan är att försöka klargöra detta i redovisningen.

Som kostnadsbegrepp rekommenderas vanligen den samhällsekonomiska alternativkostnaden. För en definition av detta begrepp, se t ex Bohm (1996). I de flesta fall är emellertid analyserna av kostnader inte utförda helt i enlighet med principen om samhällsekonomisk alternativkostnad (Herzlinger & Krasker, 1987). Sjukhusens kostnader i USA mäts till exempel ofta som kostnaderna för de federala finansierarna (*Medicare* et c). De kostnader man då får kan på olika sätt skilja sig från de

samhällsekonomiska kostnaderna. Även differenser mellan det bokförda värdet av tillgångar och återanskaffningskostnader kan i vissa fall vara högst avsevärda. Detta kan välla problem när det samhällsekonomiskt relevanta alternativet är återanskaffningskostnaden, medan det tillgängliga bokföringsvärdet är baserat på anskaffningskostnaden. Skatteregler kan i många fall göra att jämförelser mellan olika organisationsformer snedvrids. Skillnader i produktens utformning och innehåll kan i andra fall göra att man får problem att jämföra olika alternativ.

Dessa problem kommer vi närmare in på senare i rapporten. När vi har möjlighet kommer vi att försöka uppskatta hur mycket dessa systematiska fel i utredningar och rapporter påverkar resultatet. Vi kommer medvetet att lägga större vikt vid utredningar och undersökningar som är utförda i enlighet med nationalekonomiskt vedertagna principer och som använder det kostnadsbegrepp (samhällsekonomisk alternativkostnad) som vi anser vara vedertaget i ekonomisk analys.

Vi har valt ut ett antal studier som genom val av metod och uppläggning uppvisar originalitet, hög grad av vederhäftighet eller omfattar ett stort datamaterial. Vi har valt ut dessa från en längre lista på studier av sjukhus och utbildningsinstitutioner. Den fullständiga listan över uppsatser som studerats finns i referenslistan i slutet av rapporten. När det gäller sjukhus har vi begränsat oss till studier som behandlar *for-profit* och *not-for-profit* eller offentliga organisationer. När det gäller utbildning har vi vidgat analysen till att även gälla konkurrens mellan skolor. Skälet till detta är dels att konkurrens (fritt tillträde till marknaden) stimuleras av att man tillåter vinstorienterade enheter, dels att vinstorienterade utbildningsinstitutioner och icke-vinstorienterade utbildningsinstitutioner i regel är inriktade på helt olika segment. Akademisk utbildning tenderar att drivas i icke-vinstorienterad form, medan många yrkesutbildningar med tydliga mål tenderar att vara organiserade i vinstorienterad form (detta gäller till exempel språkkurser, sekreterarkurser et c). Det skulle därför vara svårt att göra en direkt jämförelse mellan icke-vinstorienterade enheter och vinstorienterade.

Utbildning

Det brittiska skolväsendet har under senare år utökat möjligheterna för elever/målsmän att välja skola. En milstolpe i denna utveckling är *Education reform act* från 1988. I viss mån har skolor härigenom konkurrensutsatts. Chubb & Moe (1992) har studerat hur skolornas undervisning påverkats av reformen. Genom reformen infördes så kallade GM-skolor (*Grant Maintained Schools*). Utmärkande för dessa är att de har större autonomi än traditionella LEA-skolor (*Local Education Authority Schools*). Som kompensering för att GM-skolor inte kan utnyttja vissa tjänster som LEA-skolor förfogar över, får de ett anslag som är 13 procent större per elev. I intervjuer med företrädare för skolor som gått över till GM systemet påvisar Chubb och Moe att självständigheten i huvudsak haft positiv betydelse för undervisningen i skolorna.

Hur reformerna påverkat kvaliteten på utbildningen har också undersökts i en omfattande studie av Bradley m fl (1999). Metoden som användes var DEA (*Data Envelopment Analysis*), där olika resursvariabler relaterades till elevernas närvaro och resultat på centralprov. Detta är den enda studie som utnyttjat material från alla *Secondary Schools* i England. Inte mindre än 2657 skolor undersöktes. Datamaterialet består av *Schools Performance Tables* som publiceras av utbildningsdepartementet. Dessa data har kompletterats med opublicerade data från *Schools Census Forms*, som innehåller uppgifter om antal elever per lärare, typ av skola samt elevernas socio-ekonomiska bakgrund. Som ungefärligt mått på den sociala miljön användes andelen elever som har rätt till fria skolmåltider. Uppgifter om utgifter för böcker, material och lärare hämtades från utbildningsdepartementet. Lokala data hämtades från *National Online Manpower Information Service*.

Resultatet av studien är att högre effektivitet uppnås i områden där konkurrensen ökar. Mer insatser av lärare ökar effektiviteten, medan effekten av större utgifter på böcker och material är mer oklar. När konkurrensen är stor tenderar skillnaden mellan skolornas effektivitet

att minska. Effekten av olika skoltyper framgår av tabell 3.

Tabell 3: Effektivitet för fristående skolor jämfört med kommunala skolor

Skoltyp	Effektivitet jämfört med offentliga skolor ("county schools") ³
<i>Secondary modern</i>	-2,102
<i>Voluntary controlled</i>	1,167
<i>Voluntary assisted</i>	1,586
<i>Special agreement</i>	1,089
<i>Grant maintained</i>	0,789
<i>Pojkskola</i>	0,639
<i>Flickskola</i>	2,645

³ Eftersom analysen bygger på en icke-parametrisk metod går det inte att översätta koefficienternas storlek direkt som skillnader i graden av effektivitet. En positiv koefficient innebär dock att effektiviteten är högre än för referensgruppen och det är möjligt att ranka skolorna i effektivitetsordning på basis av hur stora koefficienterna är för respektive skola. Alla koefficienter är statistisk signifikanta.

Alla skolor jämförs här med *County Schools*, som är jämförelsegruppen. Den mest självständiga typen av skolor är *Grant maintained*. Denna skoltyp är helt oberoende av de lokala skolstyrelserna. Andra skoltyper ligger mellan dessa båda extremer. För alla skoltyper, utom *County Schools* har föräldrarnas inflytande ökat genom utbildningsreformerna. Resultatet av undersökningen är att de skoltyper som är mer självständiga, utom *Secondary Modern Schools*, har en högre effektivitet än *County Schools*. Författarna har ingen förklaring till att *Secondary Modern Schools* får så dåliga resultat i undersökningen.

En studie från Finland (Kirjavainen & Loikkanen, 1998) använder också DEA för att analysera effektiviteten för skolor. Datamaterialet består av 291 gymnasieskolor. Kvalitetsmättet är resultatet på antagningsprov till universitet/högskolor. Resursvariabler är bland annat antalet undervisningstimmar. Olikheter i effektivitet förklaras med hjälp av en regressionsanalys, där bl a skolans storlek, antalet

elever per klass, privat eller offentlig drift, föräldrarnas utbildning och graden av tätort används som möjliga förklaringsvariabler till effektivitetsskillnader. Analysen visar att privata skolor har en *lägre* effektivitet än offentliga skolor. Skälet till detta är okänt. En anledning, som antytts, skulle kunna vara att privata skolor har missgynnats av bidragssystemet.

Huruvida segregeringen i utbildningen ökar eller minskar med ökad valfrihet för elever/målsmän har undersökts av Gorard & Fitz (1999). Deras studie är unik så tillvida att den bygger på fullständiga nationella data, nämligen för *Secondary Schools* i Storbritannien. Även i detta fall är det effekten av 1988 års *Education Reform Act* som undersöks.⁴

Författarna mäter ett index för graden av segregering enligt formeln

$$\text{Index} = \frac{\left(\left| \text{dps} - \left[\text{dpa} \frac{\text{tps}}{\text{tpa}} \right] \right| \right)}{2\text{dpa}}$$

- där
- dps: Antalet elever från låginkomsttagarfamiljer i en skola
 - dpa: Antalet elever från låginkomstfamiljer i ett visst område
 - tps: Totala antalet elever i en skola
 - tpa: Totala antalet elever i ett visst område

Indextalet för år 1988 var 0,36. Detta index har fram till 1998 successivt sjunkit till 0,30. Resultatet av undersök-

⁴ Datamaterialet omfattar alla skolor i England och Wales. Källorna är: UK department for education and employment - school level intake data on all secondary schools in England 1989-1998, and all primary schools in England 1995-1998. UK population census 1991 - Local education authority (LEA) data on population density and characteristics. 41 LEAs - Schools level data 1991-1998 inklusive några data från Primary Schools, genom manuel genomgång av offentliga STAT1/Form7 arkiv. The Education Authorities Directory and Annual (1998) - School names and types, details of local government reorganisation. DES (1990, 1991, 1992), DfE (1993, 1994, 1995) samt DfEE (1996, 1997) - LEA - level data on number and types of schools, data för oberoende skolor och City Technology Colleges, etnisk bakgrund samt speciella undervisningsbehov.

ningen är alltså att graden av segregering sjunkit från 1988, då valfrihetsreformen genomfördes. Liknande observationer har gjorts i Holland, där skolsystemet nästan helt bygger på fritt val mellan fristående skolor. Karsten & Teelken (1996) har noterat att det holländska skolsystemet visserligen är differentierat, men samtidigt i hög grad jämlikt.

Även om en del studier gjorts på skolval i Storbritannien och andra länder, finns det betydligt fler undersökningar gjorda i USA. Där kan forskarna utnyttja den omständigheten att den geografiska segregationen och den inkomstmässiga spridningen är större än i många Europeiska länder. Till detta kommer att man i vissa fall har tillgång till experimentella data, vilket gör det lättare att skilja ut effekter av skolornas självständighet från eventuella selektionseffekter samt, givetvis, att de totala forskningsinsatserna är massiva.

I en uppmärksamstudie har Couch, Shughart & Williams (1993) undersökt hur kvaliteten på offentliga skolor påverkas av förekomsten av privata skolor. Studien rör privata och offentliga skolor i North Carolina. Syftet är att se om förekomsten av privata skolor i ett county påverkar kvaliteten negativt eller positivt för de offentliga skolorna. Man kontrollerade för etnisk sammansättning, inkomstnivåer och kostnaden per elev i de offentliga skolorna. Data från North Carolinas 100 counties användes i analysen. Testdata rörde ett algebraiskt test som etablerades 1985/86 för att ge information om elevernas prestationer. Åttonde till tolfte årets elever var med i studien. Totalt deltog 60 183 elever.⁵ Det visade sig att det finns

⁵ Det rör sig inte om en direkt test av vinstorienterade respektive icke-vinstorienterade skolor. Emellertid finns en hel del forskning när det gäller sjukhus som talar för att systemeffekten av konkurrens är viktigare än de direkta effekterna av organisationsformen. Att tillåta vinstorienterade producenter påverkar tillträdet till marknaden genom att öka graden av konkurrens. Den ökade konkurrensen påverkar i sin tur hur kvalitet och effektivitet utvecklas. Man kan se konkurrensen som ett uttryck för prestationsersättning, där elevernas/målsmännens skolval är en ytterligare faktor som skolstyrelserna har att ta hänsyn till.

ett positivt samband mellan antalet elever i ett skoldistrikt som går i privata skolor och resultatet på detta test för *samtliga* elever i distriktet. Detta tyder på ett positivt samband mellan graden av konkurrens och kvaliteten i undervisningen.

Det är också av intresse att se hur privata skolor klarar sig i konkurrensen med offentliga skolor. Greve, Peterson & Jiangtao (1999) studerade hur prestationerna varierar mellan privata och offentliga skolor i Milwaukee i USA. Studien omfattade knappt 1000 elever som *lottades* till antingen privata eller offentliga skolor. Skolorna finansierades med en skolpeng. Kvaliteten mättes med hjälp av *IOWA Test of Basic Skills*, som är ett kunskapstest. Man mätte resultatet efter 1, 2, 3 respektive 4 års undervisning. Testresultaten var genomgående signifikanta efter det andra året. Privata skolor uppvisade bättre testresultat än offentliga. Ytterligare en observation är att kostnaderna var signifikant lägre för de privata skolorna, även med hänsyn tagen

till att offentliga skolor har ansvar för vissa saker som privata skolor inte har, exempelvis vissa skoltransporter och specialundervisning.

Arum (1996) har också analyserat frågan om privata skolor påverkar offentliga skolors kvalitet och dragit samma slutsats som Couch m fl (1993) att det finns ett positivt samband mellan kvaliteten i offentliga skolor och förekomsten av privata skolor. Denna slutsats dras, med påpekan av att konkurrensen sannolikt föranleder skoldistriktet att öka resurstilldelningen till de offentliga skolorna.⁶ Författaren undrar om detta har att göra med att det finns större möjligheter att jämföra resultaten mellan de olika skolorna, vilket i sin tur kan göra det lättare att argumentera för ökade resurser till de offentliga skolorna.

⁶ Datamaterialet i analysen hämtades från *Statistical abstract of the United States, Biennial survey of education in the United States (1948-50)* samt *Digest of educational statistics (1982)*.

Sjukhusvård

På sjukhusområdet har frågan om vinstorienteringens betydelse blivit väsentligt mer uppmärksam. Ett välkänt exempel är en studie av Sloan m fl (1998) med titeln *"Hospital ownership and cost and quality of care: Is there a dime's worth of difference?"*. Författarna är fyra välrenommerade forskare med lång erfarenhet av hälso- och sjukvårdsekonomi. Datamaterialet som använts är NLTCs (*National Long Term Care Study*). Det omfattar 35 800 patienter vars sjukvård finansieras inom ramen för Medicare-systemet (ett federalt sjukvårdsfinansieringssystem). Patienterna är äldre än 65 år. Datamaterialet har kompletterats med data från bland annat Medicare och AHA (*American Hospital Association*). Sjukhusen delades upp i tre kategorier: vinstorienterade (259 stycken), icke-vinstorienterade/stiftelser (1915 stycken) samt offentliga (500 stycken). I undersökningen visade det sig att Medicare betalar mer för vård på vinstorienterade sjukhus än för vård på offentliga sjukhus.

Sloan m fl (1998) använde ett antal olika mått på kvalitet. Dessa var

- 1) Mortalitet
- 2) Återremittering
- 3) Eget boende (living in the community)
- 4) ADL (limitation in activities of daily living)

Ifråga om mortalitet fanns inga statistiskt säkerställda skillnader mellan sjukhustyperna. Återremittering var heller inte en signifikant variabel, men koefficienterna antyder att återremittering för vinstorienterade sjukhus var något högre. Inte heller den tredje variabeln var signifikant, men det fanns en antydning till att patienter från vinstorienterade sjukhus hade högre sannolikhet att leva i eget boende. Patienter från stiftelsesjukhus hade en något större sannolikhet att behöva hjälp med dagliga göromål efter sjukhusvistelsen. Å andra sidan hade patienter från undervisningssjukhus, som tillhör gruppen stiftelsesjukhus, ännu större sannolikhet att klara sig

själva. Inte heller på denna punkt kunde emellertid några större skillnader noteras.

Sloan m fl (1999) är en fortsättning av den förra studien på samma datamaterial med tillägg för information om öppen-vård och mer detaljerade uppgifter om utfallet för fyra behandlingar: höftledsfraktur, slaganfall, kranskärlssjukdom och kärlekskramp. Resultatet av studien är att offentliga sjukhus kostar minst per intagen patient. Sjukhusvistelsen kostar mer på vinstorienterade sjukhus än på stiftelsesjukhus och allra mest på undervisningssjukhus. *Medicare*-kostnaderna för öppenvård efter sjukhusvistelse är signifikant högre för patienter som tas in på vinstorienterade sjukhus. Inga större skillnader kunde noteras när det gäller kvaliteten för respektive sjukhus. Undervisningssjukhus hade en tendens till lägre mortalitet efter sjukhusvistelsen. Patienter intagna på vinstorienterade sjukhus hade en högre grad av rehabilitering, vilket bidrar till en ökad kostnad, men kan uppfattas som ökad kvalitet.

Observera att kostnaden, precis som i föregående studie, här ses ur *Medicare*s perspektiv. Om det finns någon skillnad när det gäller *samhällesekonomiska* kostnader är svårt att avgöra. Betalningen från *Medicare* visar inte den faktiska kostnaden för vården, utan bara vad *Medicare* har betalat. Materialet belyser därmed bara kostnaden från en sida. Subventioner till stiftelsesjukhus (via skatteavdrag), generösa avskrivningsregler och korssubsidiering, dvs att vissa patientgrupper, t ex *Medicare*-patienter, gynnas eller missgynnas på andra patientgruppers bekostnad, kan förändra den bild som ges i de nämnda studierna. Motsvarande problem uppkommer när man utgår från andra försäkringsgivares fakturor.

En annan välkänd studie är Patel, Needleman & Zeckhauser (1994), som mätte utgifterna för stiftelsesjukhus och vinstorienterade sjukhus i Kalifornien och Florida. De studerade sjukhusen var såväl fristående som medlemmar i någon vårdkedja. Studien visar att skillnaderna mellan de olika organisationsformerna är minimala, men att vinstorienterade sjukhus som inte tillhör en kedja ofta har högre utgifter.

En studie av en helt annan typ är Herzlinger & Krasker (1987). Angreppssätt skiljer sig radikalt från tidigare nämnda studier därigenom att man här försöker få en helhetsbild av sjukhusens verksamhet och kostnader. I stället för att undersöka hur enskilda försäkringsgivare faktureras, försöker man beräkna avkastningen på allt det kapital som är nedlagt i respektive sjukhus. 563 sjukhus undersöktes, samtliga tillhörande olika vårdkedjor (icke-vinstorienterade och vinstorienterade). Datamaterialet avsåg åren 1977 och 1981 och är med andra ord idag ganska gammalt. Som utgångspunkt för beräkningen av kapitalkostnaderna har man använt återanskaffningsvärdet. Man har också korrigerat kostnaderna för skatteeffekter genom att räkna om stiftelsesjukhusens rörelseresultat som om de skulle betala samma skatt som de vinstorienterade sjukhusen.⁷ Avkastningen på eget kapital var 11,6 procent i genomsnitt för vinstorienterade sjukhus år 1977, jämfört med 8,8 procent för stiftelsesjukhus. År 1981 var avkastningen för vinstorienterade sjukhus 12,7 procent, medan den var 7,4 procent för icke-vinstorienterade sjukhus. Det finns alltså en betydande skillnad mellan vinstorienterade sjukhus och icke-vinstorienterade sjukhus.

I diskussionen om detta resultat påpekas att det inte går att se någon skillnad mellan sjukhusstyperna när det gäller prissättningen, andelen rika patienter eller mängden icke-kompenserad vård, d v s vård som sjukhusen inte får betalt för, mestadels akutvård för personer som saknar sjukvårdsförsäkring. Man kontrollerade också om det fanns stora skillnader när det gäller vårdtyngd och patientsammansättning för respektive sjukhusstyper. Inga större skillnader kunde noteras, åtminstone inte till de vinstdrivande sjukhusens nackdel. De vinstdrivande sjukhusen hade åtta procent lägre kostnader, när man exkluderar ränta och depreciering. De vinstdrivande sjukhusen hade också lägre intäkter per patient när man tog hänsyn till om sjukhuset i fråga tillhörde en kedja. Annars var denna variabel inte signifi-

⁷ Datamaterialet är hämtat från "the 1983 cost limits file", AHA (American Hospital Association) samt en undersökning av OCR (Office of Civil Rights).

kant. Någon tendens att vinstdrivande sjukhus skulle ta mer betalt för vården hittade man alltså inte i denna undersökning, vilket står i kontrast till exempelvis Silverman m fl (1999), där man såg en sådan skillnad.

Författarnas förklaring till att icke-vinstorienterade sjukhus ändå kan konkurrera om marknadsandelar är inte bara att de har förmånligare skatteregler. En annan omständighet är att de inte förnyar sitt kapital lika snabbt. Det betyder att stiftelsesjukhus riskerar att bli obsoleta i förtid, varför de på sikt kan få ökade svårigheter att hävda sig i konkurrensen. En utgång kan då vara att stiftelsesjukhusen tas över av vinstorienterade producenter. Till viss del sker detta redan, men det förekommer även konverteringar i motsatt riktning. Det verkligt stora förändringen för amerikanska sjukhus är emellertid att nationella vårdkedjor tar över tidigare fristående sjukhus. Dessa kedjor är både vinstorienterade och icke-vinstorienterade. Än så länge är endast femton procent av sjukhusen i USA vinstorienterade.

Även om Herzlinger och Kraskers studie är metodologiskt intressant, skulle det vara värdefullt om någon efterföljare skulle kunna presenteras. På vår direkta fråga kunde Herzlinger inte erinra sig någon studie som replikerat deras resultat. Den närmaste är Arrington (1990) med en lite annan metod (diskriminantanalys⁸). Arringtons datamaterial avsåg 1982 och var hämtat från *American Hospital Association*. 5802 sjukhus undersöktes, ett betydligt större antal än Herzlinger & Krasker använde (563). Man hade dock inte lika bra uppgifter när det gällde kapitalkostnader, varför det kan förmodas att kostnaden för icke-vinstorienterade sjukhus underskattas jämfört med Herzlinger & Krasker (1987). Men Arrington kommer ändå fram till att vinstorienterade sjukhus är

⁸ Diskriminantanalys är en metod vars resultat i allt väsentligt är jämförbart med vanlig multipel regressionsanalys. Den syftar till att skapa homogena grupper på basis av ett antal oberoende variabler. Exempelvis, sannolikheten att tillhöra grupp A är större för sjukhus som har färre vård dagar. Grupperna som användes här var förstas om sjukhuset var vinstorienterade eller inte.

mer effektiva än icke-vinstorienterade. Dock finner man inte samma mönster vad gäller antalet patienter utan försäkring. I Arringtons material är andelen icke-försäkrade patienter lägre på vinstorienterade sjukhus. Vad detta betyder är svårt att säga, eftersom man inte gjorde någon korrigering för lokaliseringsspecifika faktorer. Den troliga orsaken är, som många andra forskare pekat på, att vinstorienterade sjukhus helst lokaliserar sig i urbana områden och att man av den anledningen får relativt få icke-försäkrade patienter.

Frågan huruvida oförsäkrade patienter missgynnas av vinstorienterade sjukhus har specialstuderats av Norton & Staiger (1994). De jämförde med stiftelsesjukhus, som förväntas ta särskilt ansvar för oförsäkrade patienter – och även åtnjuter subventioner för att göra detta. Genom instrumentvariabelskattning⁹ skiljde de ut den effekt som beror på att vinstorienterade sjukhus lokaliserar sig i områden där antalet oförsäkrade är litet. På så sätt kunde man konstatera att den något mindre andelen oförsäkrade patienter på vinstorienterade sjukhus har att göra med lokaliseringsspecifika faktorer. I övrigt finns ingen skillnad mellan sjukhustyperna.

Detta resultat behöver inte tolkas så att vinstorienterade sjukhus företrädesvis lokaliseras till orter med relativt få oförsäkrade personer. Valet av lokaliseringssort kan styras av andra faktorer, som råkar samvariera med andelen oförsäkrade. *A priori* kan man vänta sig att vinstorienterade sjukhus gärna lokaliserar sig där befolkningen har ett bra försäkringskydd och där ersättningsystemen är relativt generösa. Men denna förmodan behöver inte vara riktig. Den motsägs av att vinstorienterade sjukhus är överrepre-

⁹ Instrumentvariabelskattning används till exempel när man endast har observationer av ett jämviktsläge och vill ta fram efterfråge- och utbudsfunktioner. Man försöker då hitta variabler som är korrelerade med den funktion som man vill skatta, till exempel efterfrågan, men inte med utbudet. Därefter låter man prediktionerna av efterfrågan, med hjälp av dessa variabler, vara den beroende variabeln i skattningen. Man sällar med andra ord bort utbudsfaktorerna ur skattningen. I detta fall vill man alltså på motsvarande sätt sälla bort effekterna av lokaliseringen.

senterade i områden med så kallad *managed care*, varmed avses HMO-enheter, kostnadskontrollerande försäkringsbolag och andra som är kända för att ställa högre krav på sjukhusen än traditionella försäkringsgivare.

Mark (1999) studerade vilken effekt omvandlingen av vinstorienterade sjukhus till stiftelser och *vice versa* haft på effektivitet och personalsammansättning. Datamaterialet utgjordes av 83 sjukhus som bytte driftsform (50 från vinstorienterade till stiftelse och 33 från stiftelse till vinstorienterade). Materialet är från 1989-1993.¹⁰ Resultatet av undersökningen är att såväl omvandlingar till vinstorienterade som omvandlingar till stiftelser leder till högre intäkter och högre effektivitet för sjukhusen. Omvandlingar till vinstorienterade företag leder till personalneddragningar, men i datamaterialet hade vinstorienterade sjukhus från början större personaltätthet. Sambandet verkar alltså inte ha med driftsformen att göra, utan med själva konverteringen. Undersökningen bekräftar andra studier som visar att driftsformen i sig är av underordnad betydelse när det gäller att förklara effektivitet och produktivitet.

En annan studie av sjukhus är Mobley & Bradford (1997). Denna har en annorlunda uppläggning och syftar till att studera om skillnaderna mellan vinstorienterade sjukhus och stiftelser minskar när konkurrensen mellan sjukhusen ökar. Författarna påvisade att så är fallet genom att jämföra en äldre studie gjord under en period då konkurrensen mellan sjukhus var mindre uttalad med en studie under en period då konkurrensen intensifierades (i Kalifornien 1986-90). För att testa hypotesen att skillnaderna mellan sjukhusen reduceras när konkurrensen ökar mätte man storleken på sjukhusens finansiella överskott med korrigerig för lokaliseringsspecifika variabler. Resultatet av studien är att stiftelser mer och mer beter sig som vinstorienterade sjukhus när konkurrensen ökar, helt enkelt därför att man i praktiken då kommer att få

¹⁰ Data hämtades från *Health Care Financing Administrations* kostnadsrapporter för *Medicare*, *American Hospital Associations Annual Survey of Hospitals* samt *Bureau of Health Profession's Area Resource File*.

liknande verksamhetsvillkor. Detta är helt i linje med modellerna i Lundbäck (1998), Hart (1983) eller den teoretiska modell som testas av Mobley & Bradford (1997).

Man kan uttrycka resultatet hos Mobley & Bradford så att effekten av graden av konkurrens dominerar över de direkta effekterna av organisationsformen. De uttrycker detta på följande sätt:

"A general implication of these finding relates to the relevance of the profit-maximisation model for hospitals, which has often been questioned. These results suggest that, at least in competitive markets, it may be appropriate to use the theory of profit-maximising behaviour to predict how all private hospitals [d v s både for-profit och not-for-profit] will respond to changes in government policy and other exogenous factors."

I skenet av detta resultat är det kanske intressantare att studera hur graden av konkurrens påverkar kvalitet och effektivitet än att studera hur organisationsformen i sig påverkar kvaliteten och effektiviteten. Därvid bör uppmärksammas att graden av konkurrens i sin tur är avhängig ersättningssystemet och möjligheterna till etablering, varför man i den ekonomiska analysen – och för den delen även i den ekonomiska politiken – har anledning att se på just dessa förhållanden. Vad gäller etableringsmöjligheterna spelar naturligtvis kapitalanskaffningen en stor roll. Etablerandet av stiftelser förutsätter bidrag från staten, privata finansiärer eller andra källor, medan etablerandet av vinstorienterade producenter endast förutsätter möjlighet till vinst (och lånemöjligheter). Att vinstorienterade producenter får konkurrera på marknaden leder sannolikt till att konkurrensen blir mer intensiv.

Många av de tidigare nämnda studierna avser enskilda dimensioner, såsom andel oförsäkrade patienter. För att få en övergripande bild behöver man se på flera dimensioner samtidigt, ungefär som i en DEA analys. Ett exempel är studien *100 top hospitals (1999)*, som görs varje år av HCIA (*Improving Health Care by Improving Information*). Genom att studera ett antal nyckeltal för kvalitet och

effektivitet utser man de 100 bästa sjukhusen i USA. Sjukhusen är uppdelade i vinstorienterade och stiftelsesjukhus, så det är möjligt att se om någon av dessa grupper är överrepresenterade i studien. Underlaget för studien består av *Medicares* kostnadsrapporter (som omfattar alla patienter på sjukhusen). I stort sett alla sjukhus är inkluderade i databasen. Övriga data hämtas från HCIAAs *MedPAR* databas, som innehåller information om tolv miljoner utskrivna patienter. Sjukhus som inte ingår i studien är bland annat specialistsjukhus (barnsjukhus, psykiatriska sjukhus), sjukhus med mindre än 25 bäddar, sjukhus med en genomsnittlig vårdtid lägre än trettio dagar samt sjukhus med en mortalitet lägre än en procent.

Måtten som används är:

- 1) Riskjusterat mortalitetsindex
- 2) Riskjusterat komplikationsindex
- 3) Riskjusterat index för vårdtid
- 4) Utgifter per riskjusterad patient
- 5) Finansiellt överskott
- 6) Andelen intäkter från öppenvård
- 7) Beläggningsgrad
- 8) Produktivitet (intäkter dividerat med tillgångar)

De första fyra måtten bör vara över medianvärdet för samtliga sjukhus och de fyra sista under medianvärdet. Man kan diskutera om punkt sex och åtta är mått på effektivitet eller på förmåga att få bra betalt för vården. Öppenvård ersätts ofta genom *fee-for-service*¹¹, medan slutenvården ersätts via fasta priser. Intäkterna är inte bara ett mått på patienternas betalningsvilja, utan även på hur effekti-

va sjukhusen är när det gäller att få betalt av bland annat federala och delstatliga finansieringssystem (*Medicare*, *Medicaid* och *Blue Cross*¹²). Samma mått som i exempelvis Silverman m fl (1999) ses som en kostnad blir här en prestation. Det är svårt att avgöra vilket alternativ som är korrekt. Existerande datamaterial tillåter oss inte att avgöra detta, eftersom vi då skulle behöva mäta patienternas utbyte av öppenvården och inte bara av slutenvården.

Eftersom syftet med vår rapport är att jämföra vinstorienterade med stiftelsesjukhus redovisar vi här hur benchmark-sjukhusen fördelar sig på respektive kategori. Av de 101 sjukhusen var 23 vinstorienterade. I USA som helhet är ungefär femton procent av alla sjukhus vinstorienterade. Det finns alltså en viss överrepresentation (53 procent mer än förväntat) av vinstorienterade sjukhus bland de hundra bästa. Undersökningen är uppdelad i fyra olika regioner. I den nordöstra regionen, där 9 av 562 potentiella sjukhus valdes ut som jämförelsesjukhus var inga utvalda sjukhus vinstorienterade. I den södra regionen var å andra sidan nästan hälften av de utvalda sjukhusen vinstorienterade. Av 1128 potentiella sjukhus, valdes 24 stiftelsesjukhus och 20 vinstorienterade sjukhus ut. I denna region är tjugotvå procent av alla sjukhus vinstorienterade. Det innebär att vinstorienterade sjukhus var överrepresenterade med hundra procent. Även tidigare år har vinstorienterade sjukhus varit överrepresenterade bland de bästa sjukhusen.

¹¹ *Fee-for-service* innebär att läkaren skickar en räkning på utförda åtgärder. *Fee-for-service* anses vara en ersättningsform som driver kostnaderna uppåt, främst därför att det finns föga incitament för läkarna att vare sig begränsa begärd ersättning eller antalet utförda åtgärder.

¹² *Medicare* - federalt program för pensionärer. *Medicaid* - delstatligt program för låginkomsttagare. *Bluecross* - privat försäkring, den största privata försäkringsgivaren i USA.

Diskussion

Vid genomgången av dessa drygt hundra studier framkommer ett tydligt mönster.

För det första kan man se att effektiviteten och kvaliteten i hög utsträckning beror på vilken konkurrenssituation producenterna befinner sig i. Många studier, framför allt på utbildningsområdet, visar att effektiviteten och kvaliteten gynnas av konkurrens. Hur väl konkurrensen fungerar är beroende på vilka ersättningssystem producenterna erbjuds.

För det andra kan man se att privata skolor på det hela taget presterar mera än offentliga skolor. Eftersom ytterst få skolor drivs i vinstsyfte, är det svårt att få fram empiriska belägg för att vinstorienterade privata skolor skulle vara bättre eller sämre än icke-vinstorienterade privata skolor. Många studier visar att skillnaderna mellan skolor minskar till följd av konkurrens, ofta genom att kvaliteten på konkurrensutsatta offentliga skolor ökar. Enstaka undantag från detta har dock observerats.

För det tredje kan man se att olika länder har väsentligt olika fördelning av sjukhus tillhörande olika kategorier. Medan Storbritannien och Sverige i huvudsak har offentligt ägda sjukhus, är flertalet sjukhus i Holland och USA privata. Denna "ensidighet" försvårar tillförlitliga jämförelser av kategorierna. Jämförelser på ländernivå är förknippade med många felkällor och jämförelser på nationell nivå försvåras av att materialet blir för tunt. Det finns dock goda möjligheter att jämföra olika typer av privata sjukhus, framför allt i USA. Dessa jämförelser visar att vinstorienterade och icke-vinstorienterade sjukhus företer stora likheter i fråga om kvalitet och kostnader. Detta anses vara en följd av konkurrensen mellan sjukhusen.

För det fjärde kan man se en viss kostnadsfördel till förmån för vinstorienterade sjukhus. Detta framgår t ex av Herzlinger & Krasker (1987), där man korregerat för att icke-vinstorienterade sjukhus skattesubventioneras. Detta är konsistent med att sådana sjukhus är överrepresenterade på den sk 100-topp

listan (HCIA, 1999) över de allra bästa sjukhusen i USA. En liknande iakttagelse har gjorts i Sverige av Svalander m fl (1997) och Svalander & Lindqvist (1998), men av förklarliga skäl är det svenska datamaterialet synnerligen begränsat.

En rimlig slutsats av dessa iakttagelser är att politiken bör inriktas på att främja konkurrensen. Det räcker inte att underlätta etablerandet av producenter av olika typ. Det är minst lika viktigt att införa väl genomtänkta ersättningssystem.

Vissa undersökningar tyder på att vinstorienterade organisationer har en större benägenhet (eller förmåga) att anpassa sig till ersättningssystemen för att få högre ersättning, även om det finns undersökningar som också visar att mer kostnadsmedvetna beställare av vård, såsom HMOs, ofta väljer att skriva kontrakt med vinstorienterade producenter. På sjukhusmarknaden ser vi att detta främst sker genom att de vinstorienterade sjukhusen lokaliserar sig i områden där betalningsförmågan är stor. Detta är i sig naturligt, eftersom vinstorienterade sjukhus är fria att etablera sig där man kan tänkas få den högsta ersättningen. Det gör i sin tur att man kan hitta vissa skillnader mellan hur stor andel oförsäkrade patienter som behandlas på respektive sjukhus. Denna andel är något lägre på vinstorienterade sjukhus. Emellertid försvinner denna skillnad när man korregerar för att vinstorienterade sjukhus har ett annorlunda etableringsmönster. Någon skillnad mellan sjukhusens vilja att acceptera oförsäkrade patienter verkar alltså inte finnas (Norton & Staiger, 1994).

Även om slutenvårdskonsumtionen enligt flertalet undersökningar är ganska likartad i olika regioner, kan man göra observationen att öppenvårdskonsumtionen efter sjukhusvistelsen är större i områden som domineras av vinstorienterade sjukhus. *Medicare* patienterna, som ju egentligen har ungefär samma villkor i alla områden, konsumerar mer resurser i öppenvården i samband med sjukhusvistelse. Vissa undersökningar tyder på att

denna patientgrupp utnyttjar mer kompletterande sjukvårdsservice i områden som domineras av vinstorienterade sjukhus (Silverman m fl, 1999) och efter utskrivning från vinstorienterade sjukhus (Sloan m fl, 1999).

Man kan även se vissa skillnader i mortalitet mellan olika sjukhustyper. Emellertid verkar dessa skillnader mest kopplade till lokaliseringsspecifika faktorer. McClellan & Staiger (1999) noterar exempelvis att

"We find that, on average, for-profit hospitals have higher mortality among elderly patients with heart disease, and that this difference has grown over the past decade. However, much of the difference appears to be associated with the location of for-profit hospitals. Within specific markets, for-profit ownership appears, if anything, to be associated with higher quality care. Moreover, the small average difference in mortality between for-profit and not-for-profit hospitals masks an enormous amount of variation in mortality within each of these hospital types. Overall, these results suggest that factors other than for-profit status per se may be the main determinants of quality of care in hospitals."

Det är svårt att avgöra om dessa observationer beror på olika praxis på respektive sjukhustyp. Det går förstås att tolka detta samband som att vinstorienterade sjukhus utnyttjar ersättningssystemet till sin egen fördel, dvs i högre grad inriktar resurserna på sådant som man vill betala mera för. Men en annan möjlig tolkning är att ersättningssystemen är mer generösa i de geografiska områden där vinstorienterade sjukhus är överrepresenterade. Områden med hög konkurrens har ofta en större andel vinstorienterade sjukhus och större andel managed care. Detta kan också vara en förklaring till den större andel öppenvård, i samband med vård på vinstorienterade sjukhus, som man observerat. Det är helt enkelt fysiskt lättare för patienterna att komma på återbesök i urbana områden, där vinstorienterade sjukhus är överrepresenterade. Ett mätproblem i sammanhanget är att många icke-vinstorienterade sjukhus i finansiell kris tas över av vinst-

orienterade producenter. Detta riskerar att leda till att kostnaderna för vinstorienterade sjukhus överskattas (Register & Sharp, 1989).

Vill man direkt kontrollera resursåtgången och kvaliteten i sjukvården genom offentliga anslag är ett medel att lägga restriktioner på etableringsmöjligheten och noga reglera de producenter som tillåts etablera sig. Vill man att patienternas val ska leda till att de bästa producenterna överlever, bör man emellertid välja att tillämpa etableringsfrihet och tillåta vinstorienterade producenter. Oavsett om man har fri prissättning, eller som i *Medicare* systemet, reglerade priser, kommer ersättningssystemen att påverka entreprenörerna att välja en kvalitet som är förenlig med organisationens ekonomiska mål och förutsättningar i övrigt. Detta gäller både organisationer med och utan vinstmotiv. Den slutsats som kan dras av tillgängliga data är att skillnaden mellan icke-vinstorienterade och vinstorienterade producenter blir mindre på en konkurrensutsatt marknad än på en icke-konkurrensutsatt marknad. Det är alltså andra faktorer som är betydelsefulla för hur verksamheten fungerar, framför allt ersättningssystemet och etableringsmöjligheterna.

När det gäller skolor kan vi se att en övervägande del av studierna påvisar att konkurrens har en positiv effekt på kvaliteten i undervisningen. De flesta studier som gjorts av hur etableringsfriheten påverkar kvaliteten i USA visar att kvaliteten i offentliga skolor påverkas positivt när konkurrens införs. En studie hänför detta till att anslagen till offentliga skolor tenderar att öka när konkurrens införs. Alla amerikanska studier som vi sett visar att resultaten är bättre i privata skolor. De amerikanska skolorna påvisar ofta uppdelning av elever i etniska grupper (vilket ju faktiskt ofta på sätt och vis är syftet med friskolorna i USA, eftersom många skolor är inriktade mot språkliga minoriteter). Samtidigt framgår emellertid att de skolor som utsätts för konkurrens höjer sina prestationer.

Generellt sett kan man peka på ett antal faktorer som har betydelse för valet av organisationsform. Vi åskådliggör detta in figur 1.

Det största problemet uppstår när ett privat monopol har ensamrätt att producera en tjänst för vilken det inte finns några konkurrerande producenter. Ett dylikt problem är snarlikt den situation som bland annat Laffont & Tirole (1993) behandlar i boken *A Theory of Incentives in Procurement and Regulation*. I det fall informationsasymmetrin är speciellt stor¹³, kan ett offentligt monopol vara att föredra framför en självständig producent. Holmström pekar i en aktuell artikel på att skälet till att verksamhet integreras vertikalt är att den betalningsansvarige agenten vill ha större kontroll över producenten. Av detta skäl kan man utgå från att fallet ”ingen konkurrens” och ”privat monopol” är olämpligt i normalfallet. För att konkurrens, kombinerat med offentligt betalningsansvar, skall fungera väl, är det viktigt att det finns potentiella eller faktiska konkurrenter som den betalningsansvariga myndigheten kan jämföra med. Jämförbarheten är i sig också avhängig av att det finns bra sätt att mäta produktivitet. Detta är skälet till att verksamhet som inte kan konkurransutsättas återfinns i det övre vänstra hörnet, ruta A.

Genom att förändra infrastrukturen och jämföra olika offentliga producenter med varandra kan man öka konkurrensen. Genom prestationsorienterade system kan t ex sjukhus jämföras och ersättningarna till dessa för utförd vård kan göras mer rättvis (d v s baserad på vad man egentligen utför). Man befinner sig då i ruta B. När det är möjligt att mäta produktionen är det även möjligt att skriva kontrakt som baseras på fasta priser för utförd service. Det kan tänkas att ett privat företag har större möjlighet att utföra de tjänster som tidigare utförts i offentlig regi. Om man tillåter konkurrens på den marknad som det här gäller, kommer

¹³ Informationsasymmetri är den situation som uppstår när ekonomiska agenter som sluter avtal har olika god information om till exempel den ene aktörens kostnader för att producera en vara eller huruvida den andre parten i en kontraktssituation verkligen gör sitt bästa för att uppfylla kontraktsvillkoren. I den ekonomiska forskningen behandlas denna situation ofta under rubriken principal/agentteori. En förgrundsgestalt på området är James Mirrlees, som fick 1996 års pris i ekonomisk forskning till Alfred Nobels minne.

		Marknadsform	
		Monopol	Konkurrens
Driftsform	Offentlig	A	B
	Privat		C

Figur 1: Produktion av tjänster som finansieras kollektivt, men konsumeras privat

antalet potentiella konkurrenter att vara avhängigt naturliga barriärer.

Barriärerna för etablering kan vara av olika slag. En del är naturliga, en del är konstlade. På vissa områden är det förbjudet att driva företag med vinst. Detta är en inträdesbarriär som skulle kunna göra konkurrensen mindre intensiv. Inträdet på marknaden kommer i så fall inte att bestämmas av eventuella vinstmotiv och ersättningssystem, utan av donationer, myndighetsanslag och graden av idealism hos privata entreprenörer. Ett uppenbart problem med att endast ha konkurrens mellan icke-vinstorienterade producenter är att dessa exogena och i någon mån godtyckliga faktorer bestämmer graden av konkurrens, och inte ersättningssystemen. Paradoxalt nog innebär det att finansiärens möjligheter att påverka producenten blir mindre, eftersom inte bara ersättningssystemet, utan även historiska faktorer, filantropi och annat kommer att styra lokalisering och produktion. Att tillämpa prestationsersättning och samtidigt införa restriktioner på entreprenörernas vinst medför risk för suboptimering. Det naturliga är därför att man rör sig ned mot ruta C. Det innebär att vinstorienterade producenter bedömer möjligheten för inträde på marknaden utifrån förväntade vinster. Det är också det mönster som man kan observera i USA. Det finns stora skillnader mellan olika sjukhus, men dessa skillnader beror i stor utsträckning på graden av konkurrens på den lokala marknaden. Vi ser däremot att skillnaderna mellan olika sjukhustyper är liten när effekten av lokaliseringen, och därmed graden av konkurrens, har rensats bort.

Det är svårt att se några entydiga effekter av konkurrens. För att dra några definitiva slutsatser skulle man behöva göra internationella jämförelser mellan produktiviteten i länder där konkurrensen är stor respektive liten. Eftersom de flesta länder som har utvecklat prestationsmätt av god kvalitet och applicerat dessa på verksamheten, även i praktiken rört sig till ruta C, finns litet empiriskt underlag för några sådana jämförelser. En undersökning (Bailey & Garber, 1997) som gjorts pekar på att USA, där konkurrensen är stor, även har högre grad av produktivitet inom sjukvården, d v s man får ut mer av insatta resurser. Detta underlag rör dock bara ett litet antal diagnoser och är alltför litet för att basera några generella slutsatser på. Dessutom varierar ersättningssystem och kostnadspress från finansierarna kraftigt mellan olika delstater, vilket gör transnationella jämförelser osäkra.

Stiftelser och andra icke-vinstorienterade organisationer bygger sin existens på donationer eller bidrag från stat/kommun. Nyetableringen av icke-vinstorienterade producenter på en delmarknad är därför svårt att påverka via utformningen av ersättningssystemet. Endast genom direkt etableringskontroll kan en myndighet påverka lokaliseringen av icke-vinstorienterade sjukhus. Detta påpekande kan generaliseras. Direkt etableringskontroll står i konflikt med idén att patienternas val och prestationsersättning ska styra producenternas väl och ve. Om antalet patienter som söker sig till en annan producent är stort, måste det finnas utrymme för denna producent att expandera, inklusive etablera sig på nya platser. När patienterna söker sig från en viss producent skall det finnas ekonomiska incitament som får denna producent att förändra inriktningen på sin verksamhet.

Ett sjukhus som plötsligt ser sig stå utan patienter bör ha möjlighet att omorganiseras, vilket i initialskedet kan kräva kapitaltillskott. I sista hand måste det finnas en möjlighet för sjukhuset att gå i konkurs. Likaså måste ett sjukhus som får en ökad tillströmning av patienter kunna expandera sin verksamhet. Om kapaciteten förblir oförändrad, trots variationer i efterfrågan på vård, kan

detta leda till att man får svårt att upprätthålla kvaliteten i vården. I förlängningen kan detta ge upphov till oönskade kvalitetsskillnader mellan olika sjukhus och olika regioner. För att undvika dessa effekter (vilka skulle kunna inträda i ruta B i figuren) kan man även införa etableringsfrihet. Det innebär att konkurrensen även kommer att omfatta själva etableringen. Man rör sig då till ruta C. Helt fri etablering är endast möjlig om man inte har hinder för producenterna att etablera sig. Ett sådant hinder kan exempelvis vara förbud mot vinstorienterade sjukhus, vilket till exempel finns i Holland (sedan 1971), en lagstiftning som även diskuteras för Sveriges del.

Kärnfrågan handlar alltså inte om huruvida vinstorienterade producenter är bättre eller sämre än icke-vinstorienterade privata producenter eller offentliga producenter. De studier vi sett på visar att skillnader i kvalitet och kostnadseffektivitet - i en konkurrenssituation - är minimal mellan dessa organisationsformer. Organisationsformerna fungerar alltså på samma sätt, givet att konkurrensen fungerar. Att förbjuda en viss organisationsform riskerar få den indirekt effekten att konkurrensen minskar på marknaden med följd att såväl kvalitet som effektivitet kan bli lidande. Fri etablering och prestationsersättning behöver inte innebära att efterfrågan på sjukhusvård blir obegränsad. Man kan fortfarande använda instrument som remisstväng, "gatekeeper"-system och andra ransoneringsmekanismer. Det enda instrument som antagligen inte skulle fungera är *köer till slutenvårdsbehandlingar* (t ex operationer). Incitamenten för att öka kapaciteten när efterfrågan ökar är nämligen mycket starkare i prestationsersatt verksamhet än när rambudgeter tillämpas. Nyetablering är dessutom, på lång sikt, alltid en möjlig lösning när ersättningen t ex ges per operation.

Hur är det då med utbildningssektorn? Om vinstorienterade producenter konkurrerar ut icke-vinstorienterade producenter i USA hur kommer det sig då att det finns så lite skolor och universitet som drivs med vinst? Det finns troligen flera förklaringar till att så är fallet. Konkurrensen mellan skolor är betydligt mindre

utvecklad än konkurrensen mellan sjukhus. Skolorna delas oftast in i distrikt och eleverna hämtas från upptagningsområden, även om viss valfrihet införts på senare tid. Den övervägande delen av tillgängliga data pekar på att valfrihet medför högre kvalitet. Även där reformer genomförts för att öka valfriheten, är antalet vinstorienterade skolor dock litet. Det finns troligen flera förklaringar till detta. Dels är skolor betydligt mindre kapitalintensiva än sjukhus, varför aktiebolag inte har lika stor fördel som på andra områden, dels bygger undervisningen i större grad på idealism och engagemang från föräldrar.

Ett förbud mot aktörer med vinstsyfte skulle antagligen inte få lika stor effekt på utbildningsmarknaden som på marknaden för sjukvårdstjänster. I och med att etableringskostnaderna är små, skulle förbudet inte utgöra något absolut hinder

för etablering av privata skolor. Men skolor som drivs med ideella motiv behöver någon typ av engagemang för att komma igång, och det är inte säkert att detta engagemang kan komma alla elever tillgodo. Följden kan bli en segregering t ex mellan barn vars föräldrar har hög utbildning och kan avsätta tid för ideellt arbete å ena sidan och å andra sidan barn vars föräldrar inte kan göra detta, men ändå skulle vilja utnyttja en alternativ utbildningsform för sina barn. Denna segregering behöver inte gå över inkomstgränser, utan skulle nog t ex styras mer av föräldrarnas yrke och utbildning. Idag är friskolornas andel i Sverige endast cirka fem procent, vilket gör att bara en liten minoritet elever har möjlighet att utnyttja alternativa utbildningskoncept. Detta kan jämföras med Holland, där över sjuttio procent av eleverna går i privata skolor.

Avslutning

Det svårt att tänka sig att den mer centraliserade modell för sjukvård som övergavs i Sverige under 1980-talet kommer att återinföras. Ännu har det emellertid inte skett någon egentlig anpassning till det faktum att patienterna skall ha större valfrihet inom såväl slutenvården som öppenvården. Full etableringsfrihet för sjukhus har inte införts. För att kunna kontrollera utbudet och ransonera vården efter landstingens finansiella position, har man valt modellen *quasimarknader*. Detta val står i konflikt med önskemålet att i kundvalsmodellen kunna garantera alla tillgång på vård vid behov. Vi tror att det senare önskemålet kommer att väga allt tyngre i framtiden och således att det svenska systemet kommer att röra sig mot etableringsfrihet. Detta steg behövs för att den fulla potential som valfriheten ger skall kunna tas tillvara. Styrningen och kostnadskontrollen får då istället baseras på ersättningssystemet för sjukhus och andra vårdgivare. En möjlig lösning på längre sikt är den så kallade HMO-modellen. På kort sikt bör åtgärder vidtas för att anpassa marknaden på ett sätt som ger bästa möjliga utbyte och jämnast möjliga vårdkvalitet mellan sjukhusen. Som tidigare nämnts handlar det här om åtgärder för att skärpa konkurrensen i upphandlingen samt för att få fram tydliga incitament i kontrakten med olika entreprenörer.

Några generella slutsatser av vilken organisationsform som är mest effektiv går inte att dra. Systemeffekterna tenderar att överskugga de direkta effekterna av själva driftsformen. Vill man ha ett system som automatiskt belönar de producenter som kan tillfredsställa

konsumenternas behov, borde de bästa förutsättningarna uppnås vid en generös etableringsfrihet för alla producenter oberoende av driftsformen. Med inträdet av ny informationsteknologi, bättre utbildade konsumenter och effektivare system för kvalitetskontroll, skulle de komparativa fördelarna för vinstorienterade organisationer emellertid öka med tiden.

Konkurrensen är det som i sig driver fram ökad effektivitet, men om inte de prestationsmått som används är rätt utformade sätts en gräns för vilken effektivitet som kan uppnås - oavsett om det är konsumenternas eget val eller myndigheternas ersättningssystem som styr resursallokeringen. Ju bättre informationsflödena fungerar, desto större komparativ fördel har system där resurserna följer patienten.

För skolor är situationen enklare. I stort sett används där endast ersättningar med enhetliga bidrag per elev. Teoretiskt sett borde därför konkurrensutsättning av skolor vara mycket enklare. Det är något av en paradox att USA har ett stort antal vinstorienterade privata sjukhus, men få vinstorienterade privata skolor. Detta torde i stor utsträckning ha historiska orsaker, men kan också bero på att många skolor drivs ideellt och att kapitalintensiteten inte är speciellt stor. I både USA och Storbritannien har skolväsendet varit mycket reglerat och karaktäriserat av lokala monopol. Det är därför heller inte förvånande att man i regel får ganska stora positiva effekter av att konkurrensutsätta skolor, såväl i Storbritannien som i USA.

Litteraturlista

- 100 top hospitals: Benchmarks for success*, 1999, Improving Health Care by Improving Information (HCIA), Baltimore, USA
- Abbot, H. D., 1986, *A comparison of economic performance of investor-owned chain hospitals and not-for-profit chain hospitals*, Doktorsavhandling, University of Arkansas
- Ahn, T. S., 1988, *Efficiency and related issues in higher education: A data envelopment analysis approach*, Doktorsavhandling, The University of Texas at Austin
- Arrington, B. & C. C. Haddock, 1990, Who really profits from nonprofits?, *Health services research*, Vol 25, 291-304
- Arum, R., 1996, Do private schools force public schools to compete?, *American Sociological Review*, Vol 61, Nr 1, 29-46
- Baily M. N. & A. M. Garber, 1997, Health care productivity, *Brookings Papers on Economic Activity*, Special issue: Microeconomics, s 143
- Bania, N., 1985, *The welfare cost of inefficiency in the provision of public schools: The effect of student characteristics*, Doktorsavhandling, University of Oregon
- Banks, D. A., 1993, Voluntary and proprietary hospital behavioural response to socio-economic stimuli, *Applied Economics*, Vol 25, Nr 7, 853
- Banks, D. A., 1996, Cost and access among nonprofit hospitals in jurisdictions with and without public hospitals, *Applied Economics*, Vol 28, Nr7, 875-881
- Becker, E. R. & F. A. Sloan, 1985, Hospital ownership and performance, *Economic Inquiry*, Vol 23, Nr 1, 21-36
- Boisture, R. A., 1994, Assessing the impact of health care reform on the formation of tax-exempt health care providers and HMOs, *The Exempt Organisation Tax Review*, Vol 9, Nr 2, 271-285
- Bohm, P., 1996, *Samhällsekonomisk effektivitet*, SNS förlag, Stockholm
- Bonello, F. J., 1993, *Cost-effectiveness of secondary education in the United States: The impact of instructional error*, Doktorsavhandling, University of Notre Dame
- Bowman, W., 1999, Buying charity care with property tax expenditures, *Journal of Policy Analysis and Management*, Vol 18, Nr 1, 120-125
- Bradley, S., G. Johnes & J. Millington, 1999, School choice, competition and the efficiency of secondary schools in England, Centre for Research in the Economics of Education, Department of Economics, The Management School, Lancaster University, Lancaster, Working paper
- Bruning, E. R. & C. A. Register, 1989, Technical efficiency within hospitals. Do profit incentives matter?, *Applied Economics*, Vol 21, Nr 9, 1217-1233
- Burgess, J. F. Jr & P. W. Wilson, 1996, Hospital ownership and technical efficiency, *Management Science*, Vol 42, Nr 1, 110-123
- Burgess, J. F. Jr, 1995, Decomposing hospital productivity changes, 1995-1998: A non-parametric Malmquist approach, *Journal of Productivity Analysis*, Vol 6, Nr 4, 343-363
- Campbell, E. S., 1990, Hospital efficiency and indigent care, *Applied Economics*, Vol 22, 1597-1610
- Carter, R. B., J. L. Lawrence & M. L. Power, 1997, An examination of the efficiency of proprietary hospital versus non-proprietary hospital ownership structures, *Journal of Accounting and Public Policy*, Vol 16, Nr 1, 63-88

- Chubb, J. E. & T. M. Moe, 1992, A Lesson in School Reform from Great Britain, *The Brookings Institution*, Washington D. C.,
- Couch, J. F., W. F. Shugart II & al L. Williams, 1993, Private schools enrollment and public school performance, *Public Choice*, Vol 76, Nr 4, 301-312
- Coyne, J., 1982, Hospital performance in multihospital systems: A comparative study of system and independent hospitals, *Health Services Research*, Vol 17, Nr 4, 303-329
- de Groot, H., W. W McMahon & J. F. Volkwein, 1991, The cost structure of American research universities, *Review of Economics and Statistics*, Vol 73, Nr 3, 424-431
- Desai, K. R., G. J. Young & L. C. vanDeusen, 1998, Hospital conversions from for-profit to not-for-profit status: The other side of the story, *Medical Research and Review*, Vol 55, Nr 3, 298-308
- Ermann, D., & J. Gabel, 1984, Multihospital systems: Issues and empirical findings, *Health Affairs*, Vol 3, Nr 1, 50-64
- Estelle, J., 1991, Private higher education. The Philippines as a prototype, *Higher Education*, Vol 21, Nr 2, 189-206
- Estelle, J., E. M. King and A. Suryadi, 1996, Finance, management and costs of public and private schools in Indonesia, *Economics of Education Review*, Vol 15, Nr 4, 387-398
- Ferrier, G. D. & V. Valdmanis, 1996, Rural hospital performance and it's correlates, *Journal of Productivity Analysis*, Vol 7, Nr 1, 63-80
- Fournier, G. & J. Mitchell, 1992, Hospital costs and competition for services: A multi-product analysis, *The Review of Economics and Statistics*, Vol 74, Nr 4, 627-634
- Friedman, B. & S. M. Shortell, 1988, The financial performance of selected investor-owned and not-for-profit system hospitals before and after Medicare prospective payment, *Health Services Research*, Vol 23, 237-267
- Friedman, B. S., P. A. Hattis & R. J. Bogue, 1990, Tax exemption and community benefits of not-for-profit hospitals, *Health Economics and Health Policy in the 1990s: Surpluses from the Past, Forecasts for the Future*, 131-158
- Gentry W. M. & J. R. Penrod, 1998, The tax benefits of not-for-profit hospitals, NBER Working Paper, Nr 6435, NBER
- Gorard, S. & J. Fitz, 1999, Markets and stratification: A view from England and Wales, School of Social Sciences, working paper, Cardiff University
- Gordon, L., 1996, School choice and the quasi-market in New Zealand: 'Tomorrow's schools' today', *Oxford Studies in Comparative Education*, Vol 6, Nr 1
- Greene, J. P., P. E. Peterson & J. Du, 1999, Effectiveness of School choice, *Education and Urban Society*, Vol 31, Nr 2, 190-213
- Hansmann, H. B., 1985, *The effect of tax exemption and other factors on competition between nonprofit and for-profit enterprises*, NewHaven: Yale University program on nonprofit organisations
- Hanuchek, E. A., 1986, The economics of schooling: Production and efficiency in public schools, *Journal of Economic Literature*, Vol 24, September, 1141-1177
- Hanuchek, E. A., 1997, Assessing the effects of school resources on student performance: An update, *Educational Evaluation and Policy Analysis*, Vol 19, Nr 2, 141-164
- Harris, R., 1994, Study shows economic impact of Catholic schools, *Business First – Louisville*, Vol 10, Nr 38

- Hartz m fl, 1989, Hospital characteristics and mortality rates, *New England Journal of Medicine*, Vol 321, Nr 21, 1720
- Herzlinger, R. E. & W. S. Krasker, 1987, Who profits from nonprofits?, *Harvard Business Review*, Jan-Feb
- Hittman, J. A., 1992, *A comparative analysis of program effectiveness as reported by administrators of applied associate degree granting programs offered at public community colleges and for-profit proprietary schools in the state of Texas*, Doktorsavhandling, The University of Texas at Austin
- Hoerger, T. J., 1991, "Profit" variability in for-profit and NFP's, *Journal of Health Economics*, Vol 10, 259-289
- Hultman, C. I., 1991, Uncompensated care before and after prospective payment: The role of hospital location and ownership, *Health Services Research*, Vol 26, 613-622
- Jiminez, E., M. Lockheed & N. Wattanawaha, 1988, The relative efficiency of private and public schools: The case of Thailand, *World Bank Economic Review*, Vol 2, Nr 2, 139-164
- Karsten, S. & C. Teelken, 1996, Schools choice in the Netherlands, *Oxford Studies in Comparative Education*, Vol 6, Nr 1, 17-31
- Keeler, E. B., G. Melnick & J. Zwanziger, 1999, The changing effect of competition on non-profit and for-profit hospital pricing behaviour, *Journal of Health Economics*, Vol 18, 69-86
- Kingdon, G., 1996, The quality and efficiency of private and public education: A case study of urban India, *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, Vol 58, Nr 1, 57-82
- Kirjavainen, T. & H. A. Loikkanen, 1998, Efficiency differences of Finnish senior secondary schools: An application of DEA and Tobit analysis, *Economics of Education Review*, Vol 17, Nr 4, 377-394
- Krueger, A. B., 1999, An economist's view of class size research, economics department working paper, Princeton University, Princeton
- Lawrence, C. M. & R. W. Roberts, 1994, Health care production efficiency under different ownership types, *Research in Governmental and Nonprofit Accounting*, Vol 8, 297-322
- Lewin, L., R. Derzon & R. Margulies, 1981, Investor-owned and nonprofits differ in economic performance, *Hospitals*, Juli, 52-60
- Lundbäck M., 1997, Imperfect agency and the regulation of hospitals, *The Geneva Papers on Risk and Insurance Theory*, Vol 22, December, 151-168
- Lundbäck, M., 1998, *Quality and Efficiency in Health Care Production*, Licentiate thesis, CEFOS, Göteborg University, Göteborg
- Mark, T. L., 1993, *Psychiatry hospital ownership and performance: A comparison of costs, quality and access in private nonprofit and for-profit psychiatric hospitals*, Doktorsavhandling, The John Hopkins University
- Mark, T. L., 1994, Psychiatric hospital ownership and performance: A comparison of costs by ownership, *Atlantic Economic Journal*, Vol 22, Nr 1, 82
- Mark, T. L., 1996, Psychiatric hospital ownership and performance: Do nonprofit organisations offer advantages in markets characterised by asymmetric information?, *Journal of Human Resources*, Vol 31, Nr 3, 631-649
- Mark, T. L., 1999, Analysis of the rationale for, and consequences of nonprofit and for-profit ownership conversions, *Health Services Research*, Vol 34, Nr 1, 83-101

- Martinsson, P., 2000, *Stated Preference Methods and Empirical Analyses of Equity in Health Economics*, Doktorsavhandling, Lunds Universitet
- McClellan, M. & D. Staiger, 1999, Comparing quality at for-profit and not-for-profit hospitals, NBER Working Paper 7324, NBER
- McCue, M. & J. P. Clement, 1993, Relative performance of for-profit psychiatric hospitals in investor-owned systems and nonprofit, *The American Journal of Psychology*, Vol 150, Nr 1, 77-83
- Meier, E. C., 1995, *Efficiency and cost-effectiveness in private and public schools: Micro-financial expenditure analysis*, Doktorsavhandling, Fordham University
- Menke, T. J., 1997, The effect of chain membership on hospital costs, *Health Services Research and Development Service*, Vol 32, Nr 2, 177-196
- Miron, G., 1996, Choice and quasi-market in Swedish education, *Oxford Studies in Comparative Education*, Vol 6, Nr 1, 33-47
- Mobley, L. R. & J. Magnussen, 1998, An international comparison of hospital efficiency: Does institutional environment matter?, *Applied Economics*, Vol 30, Nr 8, 1089-1100
- Mobley, L. R. & W. D. Bradford, 1997, Behavioural differences among hospitals: Is it ownership or location, *Applied Economics*, Vol 29, 1125-1138
- Needleman, J., 1995, *The economic behaviour of for-profit and nonprofit hospitals: The impact of ownership on responses to changing reimbursement and market environments*, Doktorsavhandling, Harvard University
- Norton, E. C. & D. O. Staiger, 1994, How hospital ownership affects access for the uninsured, *Rand Journal of Economics*, Vol 25, Nr 1, 171-185
- OECD, 1995, *Education at a glance: OECD indicators*, Paris, Centre for Educational Research and Innovation, OECD
- Oredsson, C.-M., 1999, *Kommunerna och vården, En analys av tre vårdentreprenadavtal*, C-uppsats, Nationalekonomiska institutionen, Lunds universitet
- Oswald, S. L., L. R. Gardinger & J. S. Jahera jr, 1994, Ownership effects on operating strategies: Evidence of expense preference behaviour in the hospital industry, *Managerial and Decision Economics*, Vol 15, 235-244
- Ozcan, Y., R. Luce & C. Haksever, 1992, Ownership and organisational performance: A comparison of technical efficiency across hospital types, *Medical Care*, Vol 30, Nr 9, 781
- Patel J., J. Needleman & R. Zeckhauser, 1994, Changing fortunes, hospital behaviour and ownership forms, Harvard University, John F. Kennedy School of Government, Working paper
- Patterson, C. H., 1997, *For-profit versus nonprofit health maintenance organisations: Efficiency and efficacy*, Doktorsavhandling, University of California, Berkley
- Pattison, R. & H. Katz, 1983, Investor owned and not-for-profit hospitals: A comparison based on California data, *The New England Journal of Medicine*, Vol 309, Nr 6, 347-353
- Potter, S. J., 1998, *A tale of two hospital types: A longitudinal analysis of the declining distinction between for-profit and not-for-profit hospitals in America*, Doktorsavhandling, Emory University
- Raz, S., 1987, *Comparison of the organisational structures and effectiveness of the investor owned and voluntary multihospital sectors*, Doktorsavhandling, The University of Texas
- Register, C. A. & A. M. Sharp, 1989, For-profit hospital performance: The impact of time, *The Journal of Behavioural Economics*, Vol 18, Nr 4, 307-316

- Register, C. A., 1985, *Profit incentives and the performance of Oklahoma hospitals*, Doktorsavhandling, Oklahoma State University
- Register, C., A. M. Sharp & D. Bivin, Profit incentives and the hospital industry. Are we expecting too much?, *Health Services Research*, Vol 20, 225-241
- Register, R. V. & E. Bruning, 1987, Profit incentives and technical efficiency in the production of hospital care, *Southern Economic Journal*, Vol 53, 899-914
- Renn, S. C., C. J. Schramm, J. M. Watt & R. A. Derzon, 1985, The effects of ownership and system affiliation on the economic performance of hospitals, *Inquiry* 22, 219-236
- Rhodes, E. L. & L. Southwick jr, 1993, Variations in public and private university efficiency, *Applications of Management Science*, Vol 7, Greenwich, Connecticut & London, JAI press
- Rose-Ackerman, S., 1986, Ed: *The Economics of Nonprofit Organizations: Studies in Structure and Policy*, Oxford University Press, New York
- Rushing, W., 1974, Differences in profit and nonprofit organisations: A study of effectiveness and efficiency in general short stay hospitals, *Administrative Science Quarterly*, Vol 19, Nr 4, 474-484
- Shukla, R. K., J. Pestian & J. Clement, 1997, A comparative analysis of revenue and cost-management strategies of not-for-profit and for-profit hospitals, *Hospital and Health Services Administration*, Vol 42, Nr 1, 117-134
- Silverman, E. M., J. S. Skinner & E. S. Fisher, 1999, The association between for-profit hospital ownership and increased Medicare spending, *The New England Journal of Medicine*, den 5 Augusti
- Sloan, F. A., 1988, Cost of capital to the hospital sector, *Journal of Health Economics*, Vol 7, Nr 1, 25-45
- Sloan, F. A., G. A. Picone, D. H. Taylor jr & S-Y. Chou, 1998, Hospital ownership and cost and quality of care: Is there a dime's worth of difference?, NBER Working Paper 6706, NBER
- Sloan, F. A., G. A. Picone, D. H. Taylor jr & S-Y. Chou, 1999, Does where you are admitted make a difference? An analysis of Medicare data, NBER Working Paper 6896, NBER
- Slocum-Schaffer, S. A., 1996, *Choose or loose? The impact of choice on quality and efficiency in American public education*, Doktorsavhandling, The American University
- Sorrentino, E. M. A., 1989, *Property rights and hospital behaviour under DRGs: An examination of nonprofit, government and for-profit sectors*, Doktorsavhandling, Florida International University
- Steen-Carlsson, K., 1999, *Equality of Access in Health Care*, Doktorsavhandling, Lunds Universitet
- Svalander, P.-A., T. Jugner & R. Lindqvist, 1997, *Kostnadsjämförelser privata & offentliga läkarmottagningar*, Landstingsförbundet, Stockholm
- Svalander, P.-A. & R. Lindqvist, 1998, *S:t Görans som benchmark för sjukhusstyrelsens sjukhus*, SLL- Landstingskontoret, Lund, Stockholm
- Söderström, L. m.fl., 1999, *Från dagis till servicehus, Välfärdspolitik i livets olika skeden*, 1999 års rapport från SNSs välfärdspolitiska råd, SNS förlag, Kristianstad
- Temo, 1993, *Det fria skolvalet - en attitydundersökning bland föräldrar till barn i grundskolan för Skolverket*, Solna, Temo

- Valdmanis, V., 1992, Sensitivity analysis for DEA models: An empirical example using public vs. NFP hospitals, *Journal of Public Economics*, Vol 48, Nr 2, 185-205
- Van Ness, K. M., 1987, *Hospitals as businesses: Profits, pricing and productivity in investor-owned and not-for-profit multihospital systems i California*, University of California, Los Angeles
- Watt, J. M., R. A. Derzon, S. C. Renn, C. J. Schramm, J. S. Hahn & G. D. Pillari, The comparative performance of investor-owned chain and not-for-profit hospital, *New England Journal of Medicine*, Vol 314, Nr 2, 89-96
- Wedig, G. J., M. Hassan & F. A. Sloan, 1989, Hospital investment decisions and the cost of capital, *Journal of Business*, Vol. 62, Nr 4, 517-537
- Weisbrod, B. A. 1988, *The Nonprofit Economy*, Harvard University Press, Cambridge
- Wenglinsky, H. H. & C. H. Persell, 1993, The paradoxes of educational privatisation: The case of the proprietary schools, *American Sociological Association*
- Wilson, W. P., 1990, *A comparative study of efficiency between non-profit and for-profit hospitals in southern California, 1980-1986*, Doktorsavhandling, The Claremont Graduate University
- Woolhandler, S. & D. U. Himmelstein, 1997, Costs of care and administration at for-profit and other hospitals in the United States, *New England Journal of Medicine*, Vol 336, Nr 11, 769-774