INSTITUTET FÖR NÄRINGSLIVSFORSKNING

Institutet för Näringslivsforskning
Box 55665
102 15 Stockholm
www.ifn.se
info@ifn.se

ERIK LINDQVIST

Privatisering av trovärdighetsvaror

Trovärdighetsvaror utmärks av att säljaren vet mer än köparen om köparens behov. Ett exempel är förhållandet mellan läkare och patient. Forskningen visar att privatisering av trovärdighetsvaror riskerar att leda till ökade kostnader genom att privata aktörer skapar sin egen efterfrågan. Samtidigt finns en risk att produktionen begränsas alltför mycket om produktionen organiseras inom den offentliga sektorn.

Vilka är effekterna av att köpa offentligfinansierade tjänster från privata företag istället för att producera dem inom den offentliga organisationen? I den nationalekonomiska forskningen antas i regel att privata företag har starkare incitament att arbeta effektivt eftersom de själva står för verksamhetens kostnader. Incitamentet att minska kostnader kan dock innebära att privata producenter frestas att skära ner på verksamhetens kvalitet om inte kvalitet belönas i form av ett högre pris. I de fall köparen har svårt att bedöma kvaliteten pekar därför forskningen på att offentlig produktion är att föredra.

För vissa typer av tjänster är dock avvägningen mellan privat och offentlig produktion mer komplicerad. Det gäller inte minst *trovärdighetsvaror* (eng. *credence goods*). Utmärkande för trovärdighetsvaror är att producenten vet mer än köparen om köparens behov. Köparen kan alltså inte själv bedöma om han behöver en viss tjänst. Ett exempel är att en bilmekaniker i kraft av sin expertis oftast vet mer än bilägaren om behovet av en viss reparation. Liknande förhållanden gäller för bland annat advokater, dataspecialister, läkare och tandläkare.

En producent av en trovärdighetsvara kan i kraft av sin expertis överdriva eller underdriva behovet av en viss tjänst. En bilmekaniker kan till exempel hävda att bilens bromsar måste bytas trots att de fungerar utmärkt. Omvänt kan bilmekanikern strunta i att informera kunden om att bromsarna faktiskt behöver bytas, t.ex. om denne har mer lönsamma arbetsuppgifter att lägga sin tid på. Utöver vikten av god kvalitet och effektiv produktion är det alltså för trovärdighetsvaror av avgörande betydelse att producenten ger korrekt information om det verkliga behovet.

Viktigt att kunna verifiera vilken tjänst som utförts eller att kunna utkräva ansvar

I en artikel som sammanfattar mycket att den teoretiska forskningen om trovärdighetsvaror diskuterar Dulleck och Kerschbamer (2006) under vilka villkor det är möjligt för kunden att förmå producenten att ge korrekt information. Mer specifikt analyserar de en situation där det finns två olika behandlingar, en dyr och en billig. Kunden vet inte själv vilken typ av behandling han behöver. Dulleck och Kerschbamer (2006) visar att om det varken är möjligt att *verifiera* vilken behandling som utförts eller att hålla producenten *ansvarig* för ett dåligt utfall, kommer producenten alltid att välja den billiga behandlingen. Om däremot minst ett av villkoren är uppfyllt är det möjligt att skriva ett kontrakt som ger producenten incitament att ge rätt behandling. I fallet då behandlingen är verifierbar räcker det med att sätta priset för respektive behandling så att vinsten för producenten (dvs. priset minus kostnaden) är lika stor för båda typerna av behandling. Eftersom producenten tjänar lika mycket oavsett behandling finns inget skäl för denne att inte ge korrekt information om kundens behov. Om producenten kan hållas ansvarig för ett dåligt utfall efter behandlingen (till exempel genom höga böter) kommer han inte att välja den billiga behandlingen om kunden är i behov av den dyra.

Sjukvård är en utpräglad trovärdighetsvara

Det finns dock många exempel på situationer då inget av dessa villkor är uppfyllda. Exempelvis kan det vara svårt att ställa en läkare till svars för felbehandling. För många sjukdomar är framgång inte garanterad även om behandlingen är adekvat. Det kan också vara svårt att verifiera att en viss behandling genomförts. Patienter saknar i regel själva medicinsk kompetens och det är kostsamt för myndigheter att övervaka att rätt behandling utförs.

I praktiken finns fler svårigheter än att verifiera att rätt behandling utförts eller att utkräva ansvar. Ett implicit villkor i Dulleck och Kerschbamer (2006) är att priset för behandlingen sätts vid varje enskilt tillfälle. I verkligheten följer ersättningen ofta en förutbestämd prislista. Om kostnaden för behandlingen varierar mellan olika klienter kan därför en producent ha ett incitament att över- eller underproducera *även* om behandlingen är verifierbar. I sjukvården kan till exempel vissa patienter vara mer kostsamma att behandla än andra. Ett sjukhus med stor ledig kapacitet har en lägre kostnad för stora ingrepp än en klinik som är fullt sysselsatt.

Forskningen visar också att sjukhus reagerar på ekonomiska incitament att initiera olika typer av behandlingar. Gruber et al. (1999) studerade hur amerikanska förlossningsläkares benägenhet att initiera kejsarsnitt påverkades av skillnaden i ersättning för kejsarsnitt och vanlig förlossning. Oavsett typ av sjukförsäkring var ersättningen till förlossningskliniken högre vid kejsarsnitt. Skillnaden var dock större för patienter med privat sjukförsäkring. Genom att jämföra frekvensen av kejsarsnitt med skillnaden i ersättning uppskattade Gruber et al. (1999) att en ökning av skillnaden i ersättningen med 100 dollar ökade sannolikheten för kejsarsnitt med 0,7 procentenheter.

I en relaterad studie fann Gruber och Owings (1996) att nedgången i fertilitet i USA under 1970-talet sammanföll med en kraftig ökning av antalet kejsarsnitt, och att ökningen var högst i de delstater där fertiliteten minskade mest. Deras tolkning är att nedgången i fertilitet innebar att många förlossningskliniker fick lägre beläggningsgrad och sämre lönsamhet, vilket innebar ett starkare ekonomiskt incitament att förlösa med kejsarsnitt.

Trovärdighetsvaror i privat respektive offentlig regi

Vilken roll spelar det då om en trovärdighetsvara som sjukvård köps från ett privat företag eller produceras inom den offentliga organisationen? Som argumenterats för ovan finns en risk att producenter av trovärdighetsvaror ”skapar” efterfrågan på de behandlingar som är mest lönsamma. En radikal lösning på detta problem är att kunden istället för att betala producenten för varje behandling själv står för produktionskostnaden. Skillnaden mellan dessa två typer av kontrakt kan ses som en stiliserad beskrivning av skillnaden mellan att köpa en tjänst från ett privat företag eller låta anställd personal producera tjänsten internt inom den offentliga organisationen. För trovärdighetsvaror kan alltså avsaknaden av ekonomiska incitament vara en *fördel* eftersom den tar bort frestelsen att skapa efterfrågan för lönsamma tjänster och att undvika de som är olönsamma.

Skillnaden mellan privat och offentlig produktion av trovärdighetsvaror belyses tydligt i en artikel av Duggan (2000). Artikeln studerar ett projekt i Kalifornien som ökade sjukhusens ersättning för behandling av patienter med låga inkomster. Eftersom den förändrade ersättningen gällde alla typer av sjukhus är det möjligt att undersöka skillnaden mellan olika ägandeformer. Duggan fann att enbart privata sjukhus reagerade på de starkare incitamenten att behandla låginkomsttagare. Som resultat av projektet tog privata sjukhus över de patienter som projektet gjort mest lönsamma från de offentliga sjukhusen, medan de fortsatte att undvika de minst lönsamma patienterna. Den troligaste förklaringen till dessa resultat är att privata sjukhus, till skillnad från offentliga, har ett starkt ekonomiskt incitament att öka intäkterna och minska kostnaderna. Duggan (2000) fann att de lokala myndigheternas subventioner till de offentliga sjukhusen i genomsnitt minskade med exakt lika mycket som projektet ökade intäkterna. Därmed spelar det ingen roll om man behandlade mer eller mindre lönsamma patienter.

Ett antal empiriska studier av det offentligfinansierade sjukförsäkringssystemet Medicare i USA, som främst riktar sig till medborgare över 65 års ålder, har gett liknande resultat. Silverman och Skinner (2004) fann att vinstdrivande sjukhus var mer benägna att ändra klassificering av patienters vårdbehov i syfte att få en högre ersättning från Medicare. Sloan et al. (2001) fann att vinstdrivande sjukhus var dyrare för Medicare, utan att för den skull hålla en högre mätbar kvalitet. Silverman et al. (1999) visade att kostnaderna för Medicare steg med andelen vinstdrivande sjukhus i området. En trolig förklaring till detta resultat är just de vinstdrivande sjukhusens benägenhet att ”skapa” efterfrågan, men det är också möjligt att den högre kostnaden avspeglar en högre kvalitet, t.ex. i form av kortare väntetider.

Privatisering av svensk institutionsvård

Det är en uttalad ambition bland många svenska politiker att öka inslaget av privat drift inom olika delar av hälso- och sjukvårdsområdet. Det finns dock vissa offentligfinansierade trovärdighetsvaror som sedan länge domineras av privata aktörer. Ett sådant exempel är institutionsvård för ungdomar med sociala problem, så kallade *Hem för vård* eller boende (HVB). Placering på HVB är en av de mest genomgripande insatser kommunernas socialtjänst kan vidta för ungdomar med beteendeproblem som missbruk eller kriminalitet. Totalt vårdas idag knappt 2 500 ungdomar i åldern 13-20 år på något av Sveriges 450 HVB (Socialstyrelsen, 2008). Från en historiskt sett mycket liten andel i början av 1980-talet har andelen privata aktörer ökat stadigt och i dag drivs omkring 80 procent av alla HVB i enskild regi som bolag, stiftelse, ekonomisk eller ideell förening. I en ny uppsats (Lindqvist, 2008) analyserar jag skillnaderna mellan privata och offentliga HVB.

Institutionsvård är en trovärdighetsvara eftersom personalen på institutionen efter en tid vet bättre än socialtjänsten huruvida vården av en klient bör fortsätta eller avbrytas. Institutionspersonalen kan därför hävda att vården bör fortskrida trots att vården fungerar dåligt, eller hävda att vården bör avbrytas trots att den fungerar väl, utan att kommunen kan avgöra om detta är korrekt eller inte. För att ägaren av ett privat HVB med lediga vårdplatser inte ska ha ett ekonomiskt incitament att ljuga om den optimala vårdtiden krävs att priset för varje vårddygn är lika med vårdens marginalkostnad. Annars ökar ägarens vinst för varje ytterligare vårddygn. I verkligheten sätts dock vårdavgiften över marginalkostnad, och detta sannolikt av två skäl. För det första har varje HVB fasta kostnader (t.ex. lokalhyror) som måste täckas av vårdavgiften. För det andra minskar en hög vårdavgift ägarens incitament att skära ner på kvalitet i syfte att spara kostnader. Skälet är att en hög vårdavgift gör vårdsammanbrott mer kostsamma för ägaren eftersom de förkortar vårdtiden.

Hypotes 1: *Privata HVB förlänger vårdtiden*

Eftersom personalen på offentliga HVB har en fast lön har den inte något privatekonomiskt intresse av att fylla institutionens vårdplatser. Därmed har den heller inget intresse av att förlänga vårdtiden. Istället finns en risk att offentliga HVB undviker klienter som är särskilt arbetsamma att arbeta med. Detta kan ta sig uttryck i att offentliga HVB helt avstår från att vårda ungdomar med tyngre problem, eller att de söker ett tidigt avslut på vården för dessa ungdomar. För ”vanliga” klienter är det dock rimligt att anta att offentliga HVB varken överdriver eller underdriver vårdbehovet.

Hypotes 2: *Offentliga HVB undviker särskilt arbetsamma ungdomar*

För att testa dessa hypoteser empiriskt använde jag ett datamaterial med drygt 350 ungdomar som placerades i olika HVB under 1991. Datamaterialet har tagits fram av Vinnerljung et al. (2001) och bygger på socialtjänstens akter, vilka sedan kompletterats med uppgifter från olika offentliga register. Eftersom datamaterialet endast innehåller uppgifter om ett femtiotal ungdomar i privata ideella HVB fokuserade jag på skillnaden mellan privata vinstdrivande och offentliga HVB.

Förlänger privat vård vårdtiden?

Analysen gav starkt stöd för hypotesen att privata HVB förlänger vårdtiden. Den genomsnittliga vårdtiden var 10,1 månader för vård på offentliga HVB, jämfört med 21,9 månader för privata vinstdrivande. Skillnaden i vårdtid har stora konsekvenser för vårdens totalkostnad. Även om priset per vårddygn var något lägre för privata HVB var den genomsnittliga totalkostnaden pga. längre vårdtid mer än dubbelt så hög för privata vinstdrivande som för offentliga HVB (1 337 000 kronor jämfört med 614 000 kronor i dagens penningvärde).

En alternativ förklaring till den längre vårdtiden i privata HVB är att de ungdomar som placeras där har ett större vårdbehov. Datamaterialet visar också att ungdomar på privata HVB har en tyngre problematik, vilket stämmer väl överens med Hypotes 2. Skillnaden i vårdtid kvarstod dock när jag använde olika former av statistisk analys för att kontrollera för skillnader i ungdomarnas problematik och andra samvarierande faktorer. Det förefaller därför som att privata HVB i likartade situationer väljer längre vårdtider. En annan observation som styrker denna tes är att placeringar i privata HVB som inte slutar i ett vårdsammanbrott i genomsnitt varar åtta månader längre än planerat medan den planerade och faktiska vårdtiden inte skiljer sig åt för offentliga HVB.

Undviks besvärliga klienter i offentlig vård?

Som redan hävdats visar data att ungdomar på privata HVB generellt har en tyngre problematik. Exempelvis hade 41 procent av ungdomarna på privata HVB erfarit ett vårdsammanbrott vid en tidigare placering på institution eller i familjehem, jämfört

med 21 procent av ungdomarna i offentliga HVB. Detta stämmer med hypotesen att offentliga HVB försöker undvika de mest arbetsamma ungdomarna, men det kan också tänkas bero på andra faktorer. För att empiriskt testa Hypotes 2 undersökte jag därför också hur personalens benägenhet att initiera vårdsammanbrott berodde på ungdomarnas problematik. Ett vårdsammanbrott inträffar då vården avslutas plötsligt, utan att det planerats i förväg. Jag klassificerade ungdomar som ansågs våldsamma vid placeringen eller hade upplevt ett sammanbrott vid tidigare placering som ”arbetsamma”. Resultaten visar att det faktum att en tonåring är ”arbetsam” hade en mycket stor effekt på personalens benägenhet att initiera sammanbrott i offentliga HVB, men knappt någon effekt alls i privata HVB: Medan 31,0 procent av alla placeringar av arbetsamma ungdomar på offentliga HVB slutade med att personalen initierade ett sammanbrott gällde det bara 3,3 procent av alla placeringar av ej arbetsamma ungdomar. För privata vinstdrivande HVB var skillnaden i personalens benägenhet att initiera sammanbrott endast 1,6 procentenheter. En tänkbar alternativ förklaring är att det är offentliga HVB som initierar ”rätt” antal vårdsammanbrott medan privata HVB låter arbetsamma ungdomar vara kvar på institutionen alltför länge. Det finns dock flera skäl till att vara skeptisk mot en sådan tolkning. Det viktigaste är att ”arbetsamma” ungdomar också har sämre utfall relativt ej arbetsamma ungdomar i termer av brottslighet senare i livet om de vårdats på ett offentligt HVB jämfört med ett privat. För de ungdomar som inte var våldsamma eller upplevt tidigare vårdsammanbrott fanns inga tydliga skillnader i brottslighet vid vuxen ålder beroende på om de vårdats på privat eller offentligt HVB.

***

Valet mellan att producera tjänster internt eller att köpa in dem från privata företag är mer komplext för trovärdighetsvaror än för andra typer av tjänster. Osäkerheten om faktiska kostnader och kravet på enkla ersättningssystem innebär att det i praktiken kommer att finnas ett utrymme för privata företag att öka vinsten genom att överproducera lönsamma tjänster och underproducera olönsamma. Om svenska kommuner och landsting istället producerar trovärdighetsvaror internt minskar risken för överproduktion. I avsaknad av ekonomiska incitament att producera tjänster kan dock offentliga aktörer begränsa produktionen av tjänster alltför mycket, framförallt för grupper som inte är attraktiva att behandla. Skillnaden mellan privat och offentlig produktion är dock inte absolut. Exempelvis kommer offentliga producenter som sätts under strikt budgetdisciplin eller tvingas konkurrera på en marknad förmodligen att agera på ett sätt som mer liknar privata aktörer och omvänt kan kontrakt med privata aktörer utformas så att de ger bättre incitament ur beställarens synvinkel.

Referenser

Duggan, Mark (2000), ”Hospital Ownership and Public Medical Spending”, *Quarterly Journal of Economics*, vol. 115(4), 1343–1374.

Dulleck, Uwe och Rudolf Kerschbamer (2006), ”On Doctors, Mechanics, and Computer Specialists: The Economics of Credence Goods”, *Journal of Economic Literature*, vol. 44(1), 5–42.

Gruber, Jonathan, John Kim och Dina Mayzlin (1999), ”Physican Fees and Procedure Intensity: The Case of Cesarean Delivery”, *Journal of Health Economics*, vol. 18(4), 473–490.

Gruber, Jonathan och Maria Owings (1996), ”Physician Financial Incentives and Cesarean Section Delivery”, *RAND Journal of Economics*, vol. 27(1), 99–123.

Lindqvist, Erik (2008), ”Privatization of Credence Goods: Theory and an Application to Residential Youth Care”, IFN Working Paper nr 750.

Silverman, Elaine M., Jonathan S. Skinner och Elliott S. Fisher (1999), ”The Association between For-Profit Hospital Ownership and Increased Medicare Spending”, *New England Journal of Medicine*, vol. 341(6), 420–26.

Silverman, Elaine M. och Jonathan S. Skinner (2004), ”Medicare Upcoding and Hospital Ownership”, *Journal of Health Economics*, vol. 23(2), 369–389.

Sloan, Frank A., Gabriel A. Picone, Donald H. Taylor och Shin-Yi Chou, (2001), ”Hospital Ownership and Cost and Quality of Care: Is There a Dime’s Worth of Difference?”, *Journal of Health Economics*, vol. 20(1), 1–21.

Socialstyrelsen (2008), *Barn och unga – insatser år 2007*, Statistik Socialtjänst 2008:9.

Vinnerljung, Bo, Marie Sallnäs och Pia Kyhle-Westermark, (2001), *Sammanbrott vid tonårsplaceringar: om ungdomar i fosterhem och på institution*, Stockholm: CUS/ Socialstyrelsen.