



Inträdeshinder för privata vårdcentraler

Erfarenheter från valfrihetsreformen inom primärvård

Uppdragsforskningsrapport 2011:4

En rapport skriven av
Karl Lundvall, Jonas Öhlin, Amanda Stefansdotter
på uppdrag av Konkurrensverket

Uppdragsforskningsrapport 2011:4
Karl Lundvall, Jonas Öhlin, Amanda Stefansdotter
ISSN-nr 1401-8438
Konkurrensverket, Stockholm 2011
Foto: Matton Images

Förord

I Konkurrensverkets uppdrag ingår att främja forskning på konkurrens- och upphandlingsområdet.

Konkurrensverket har gett ekonomie doktor Karl Lundvall vid Copenhagen Economics i uppdrag att identifiera och analysera hur inträdeshinder för nya aktörer inom primärvården har utvecklats efter införandet av valfrihetsreformen. Lagen om valfrihetssystem innebär att landsting och kommuner är skyldiga att sedan 2009 införa obligatoriska valfrihetssystem inom primärvården. Medförfattare till rapporten är Jonas Öhlin och Amanda Stefansdotter.

Studien syfte är att följa upp och fördjupa tidigare studier, samt särskilt analysera i vilken utsträckning inträdeshinder bottnar i bristande förtroende hos företagen för att huvudmännen likabehandlar primärvård i offentlig respektive privat regi.

Studien har genomförts i fyra steg. I det första redovisas bakgrunden till analysen och teori om de viktigaste inträdeshindren. Befintlig empiri har kartlagts i det andra steget och i det tredje har sambanden mellan vårdvalssystemens utformning och etableringen av nya privata vårdmottagningar analyserats. I det avslutande fjärde steget har intervjuer med vårdföretagare och landstingen fördjupat analysen kring de viktigaste inträdeshindren. Huvudresultatet är att det är mångfalden som är avgörande för att åstadkomma en kvalitetshöjande konkurrens - inte att endera driftsformen skulle vara entydigt bättre.

En referensgrupp har gett värdefulla synpunkter under arbetets gång. Den har bestått av Anna Hammarström (Mitt Hjärta Företagen), Åsa Himmelsköld (Sveriges kommuner och landsting), Olle Olsson (Sveriges kommuner och landsting) samt Håkan Tenelius (Almega). Från Konkurrensverket har Stefan Jönsson, Elice Rödin samt Joakim Wallenklint deltagit.

Det är författaren själv som svarar för slutsatser och bedömningar i rapporten.

Stockholm, december 2011



Dan Sjöblom
Generaldirektör

Innehåll

Sammanfattande slutsatser	4
Summary	5
1 LOV banar väg för nya företag inom primärvård	6
1.1 Lagen (2008:962) om valfrihetssystem.....	7
1.2 Inträdeshinder för primärvårdsföretag.....	8
1.3 Konkurrensneutralitet	10
2 Nyinträde av privata vårdcentraler	12
2.1 Nyetableringar	13
2.2 Kvalitet och nyinträde	18
2.3 Landstingens listnings- och ersättningsystem.....	23
3 Sambandsanalys	31
3.1 Bivariata samband.....	31
3.1.1 Variabler som beskriver konkurrenssituationen	32
3.1.2 Övriga variabler.....	36
3.2 Multivariata samband.....	39
3.3 Vad påverkar nyinträdet av privata vårdcentraler?.....	42
3.4 Betydelsen av mångfald för kvaliteten.....	44
3.5 Regional spridning av konkurrensneutralitet.....	45
3.6 Intervjuer	46
3.6.1 Företagens uppfattningar i tidigare undersökningar.....	46
3.6.2 Intervjuer med företag.....	49
3.6.3 Intervjuer med landsting.....	52
Referenser.....	54
Bilaga 1 - Kommungrupper	56
Bilaga 2 – Vårdföretagarenkäten	58
Bilaga 3 – Intervjuade personer	59
3.6.4 Intervjuer företag.....	59
3.6.5 Intervjuer landsting.....	59

Sammanfattande slutsatser

Vilken utformning av vårdvalssystem ger mest nyetablering av privata vårdcentraler? Denna studie, en uppföljning av en tidigare från 2010, försöker besvara denna fråga så långt som möjligt givet den statistik som nu är tillgänglig med hjälp av vedertagna ekonometriska metoder.

Ett viktigt motiv för valfrihetsreformen inom primärvård var att öka kvaliteten genom konkurrens mellan privata och offentliga vårdgivare. Landstingen har nu infört valfrihetssystem för primärvård. Utformningen skiljer sig dock mellan landsting, inte minst ersättningsmodellerna och kraven på privata utförare. Det är naturligt att anta att dessa skillnader har betydelse för hur många nya privata vårdcentraler som etableras. Av betydelse är hur likartade konkurrensvillkoren är mellan privata aktörer och landstingens egen regi-verksamhet.

Vi finner, för det första, att principerna för invånarnas listning vid vårdcentralerna snarare än ersättningsmodellen har betydelse för nyinträdet av privata vårdcentraler. Listningsförfarandet vid övergången till valfrihetssystemet har störst betydelse. Ju lättare det är för en mottagning att tidigt få ett tillräckligt stort antal listade patienter, desto mer nyinträde.

För det andra ser vi tydliga skillnader mellan privata vårdcentraler som etablerats efter valfrihetsreformen och övriga aktörer, dvs. de privata alternativ som redan fanns på marknaden samt offentliga vårdcentraler. Antalet listade patienter är endast drygt hälften så många. De nya privata vårdcentralerna är dessutom endast hälften så framgångsrika att få de närmast boende att lista sig. Sammantaget visar detta på en betydande "tröghet" på marknaden när det gäller att vinna listade patienter.

För det tredje spelar företagets syn på konkurrensneutraliteten stor roll. I landsting där företagen menar att personalkraven är för högt ställda ser vi att nyinträdet också är lägre. Vi drar slutsatsen att sådan konkurrensneutralitet är av stor betydelse för hur väl reformen lyckas uppnå sina mål, vilket bekräftas av våra intervjuer samt andra undersökningar.

För det fjärde ser vi att den patientupplevda kvaliteten av primärvården är högre ju fler vårdmottagningar som finns i området. Den skillnad mellan vårdcentraler drivna i privat respektive offentlig regi vi identifierade i den tidigare studien är nu inte längre statistiskt säkerställd.

Vår bedömning är att nu när reformen hunnit mogna ytterligare är det mångfalden som är avgörande för åstadkomma en kvalitetshöjande konkurrens: inte att endera driftsformen skulle vara entydigt bättre.

Summary

Which model of choice for citizens is best apt to foster the establishments of primary health care units? This report (a follow-up study) seeks to analyse the main developments so far given the available empirical evidence using standard econometric techniques.

Choice in primary health care was implemented in 2009 in order to enhance service quality by means of competition between private and public health care units and to provide citizens with more alternatives. The County Councils of Sweden have now introduced system choice models in the primary health care sector. The design of these models do, however, differ across County Councils, especially regarding listing principle and reimbursement. It is expected that such differences do have an impact on entry of new private primary health units. Also of significance is how equal the competitive conditions are between publicly run units and private ones.

We find, firstly, that the principles adopted for listing citizens to primary health care units, rather than the reimbursement models, is of importance for the establishments of new health units. The initial listing procedure when the reform was new is most important. The easier it becomes for a unit to attract a large number of patients at an early stage, the larger is the entry of new units.

Secondly, there are stark differences between new private health units and the previously existing ones, be they private or public. The number of listed patients is about half. They only succeed in attracting about half the number of persons living in proximity. Taken together, this indicates a paramount "sluggishness" in the market regarding winning new patients on the reimbursement list.

Thirdly, the level of trust among entrepreneurs that County Councils safeguard a level playing field between publicly and privately run units is of great importance. In counties where a large portion of entrepreneurs consider the demands on staff competence are disproportional, entry is visibly lower. We conclude that a level playing field is a critical determinant of how well the reform will achieve its goals in the coming years. This is also reinforced by our findings in interviews with entrepreneurs and County Councils, as well as in other independent studies.

Fourthly, patients' perception of overall quality is positively related to the relative number of units in the County. The difference we in our earlier report found between privately run units compared to publicly run ones is now eliminated.

Our conclusion is that the effects of the reform have now matured. What really matters is diversity in terms of both privately run and publicly run units providing primary health care.

1 LOV banar väg för nya företag inom primärvård

Lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) har i omgångar implementerats av landsting och kommuner inom olika vårdområden. Syftet med den nya lagstiftningen är att stärka patientens och brukarens ställning genom ökad valfrihet och konkurrens mellan olika privata och offentliga vårdgivare. Den ökade valfriheten är tänkt att ge upphov en kvalitetshöjande konkurrens.

Denna rapport syftar till att undersöka de viktigaste inträdeshindren för nya aktörer inom primärvård efter LOV-reformen.

Inträdes hinder som begränsar inträde på en marknad kan ta sig olika former. Vi kommer i denna rapport att bygga vidare på rapporten *”Vilken utformning av vårdvalssystem ger mest nyetablering?”* (Konkurrensverket 2010a). Vi analyserar inträdet på marknaden genom att undersöka förekomsten av inträdeshinder, nivåkrav samt incitament för företag som vill etablera sig. Vi skattar olika regressionsmodeller för att testa förekomsten av signifikanta samband mellan marknadsstruktur och antal nyetablerade privata vårdcentraler.

Vi genomför dessutom intervjuer för att närmare beskriva bakgrunden till bristande konkurrensneutralitet mellan primärvårdsaktörer i offentlig respektive privat regi. Denna del av undersökningen bygger på djupintervjuer av företagare inom primärvård samt ansvariga personer på landstingsnivå.

Detta kapitel inleds med en kort bakgrundsbeskrivning av primärvårdsmarknaden och vad som skett sedan införandet av LOV. Vi kommer även att beskriva den teori som ligger till grund för analysen och de hinder och incitament som vårdföretag möter på marknaden. Avslutningsvis beskrivs även diskussionen kring bristande konkurrensneutralitet och dess eventuella påverkan.

Kapitel 2 beskriver utvecklingen för privata företag på primärvårdsmarknaden sedan valfrihetsreformens införande.

Kapitel 3 presenterar resultaten av sambandanalysen som framförallt bygger på regressionsmodeller. Dessa modeller syftar till att urskilja den relativa betydelsen av inträdeshinder, nivåkrav samt incitament, för inträdet på marknaden för primärvård.

Slutligen presenteras en sammanfattning av de intervjuer som genomförts.

1.1 Lagen (2008:962) om valfrihetssystem

Lagen om valfrihetssystem infördes i januari 2009 med målet att närmare reglera förutsättningarna för konkurrensutsättning av vård- och omsorgsverksamhet med hjälp av ett valfrihetssystem. Ambitionen är att ge patienter och medborgare större inflytande över primärvården samt stimulera mångfalden på marknaden genom att möjliggöra fler nyetableringar.

Vårdgivare får därför i praktiken möjlighet att fritt etablera sig inom primärvården under förutsättning att de uppfyller de krav som landstinget ställer. Några garantier för vilka volymer det blir fråga om kan dock inte ges – det är istället just det som själva valfrihetssystemet kommer att styra. Ju fler patientbesök och fler medborgare som är listade vid en viss vårdgivare, desto högre blir i regel ersättningen.

Detta skapar incitament för vårdgivarna att hålla en hög kvalitet för att inte mista sina patienter. I förlängningen är statsmakternas förväntan att detta ger ökad konkurrens samt bättre förutsättningar för små och medelstora företag att komma in på marknaden och erbjuda primärvårdstjänster.

Enligt beslut ska vårdvalet gällande primärvården ha införts av landstingen och regionerna senast den 1 januari 2010. Den faktiska tidpunkten för införandet av vårdvalsreform har dock skiljt sig något åt. Halland var först ut med att införa en vårdvalsreform redan 1 januari 2007. Västmanland och Stockholm var näst på tur den 1 januari 2008. Ungefär hälften av landstingen införde vårdvalet 1 januari 2010.

En grund för valfrihetssystemet är möjligheten för medborgare att kunna välja vårdgivare. Tanken är att patienter ges större makt gentemot sina vårdgivare om man vid missnöje kan välja att gå till en annan vårdcentral.

I sin slutrapport om vårdvalet i primärvården beskriver Konkurrensverket (2011) att vårdvalsreformen varit framgångsrik. Man påpekar att mångfalden har ökat samt att invånare fått större möjlighet att välja andra vårdgivare då många fått fler vårdcentraler på nära avstånd från bostaden. Dock påpekar man även att det är viktigt att stärka förtroendet för att vårdvalsreform tillämpas konkurrensneutralt av landstingen. Konkurrensverket föreslår att landstingen inför konkurrensneutral styrning av primärvårdsverksamheten samt ökar förtroendet för vårdvalsreform.

1.2 Inträdeshinder för primärvårdsföretag

Inträdeshinder definieras på olika sätt inom den nationalekonomiska litteraturen. Rent allmänt kan ett inträdeshinder dock definieras som något som avhåller ett företag från att etablera sig på en marknad. Detta kan orsakas av exempelvis regleringar, egenskaper på produkter eller beteenden hos företag som redan är etablerade på marknaden.

Vi utgår här från samma perspektiv som i rapporten "*Vilken utformning av vårdvalssystem ger mest nyetablering?*" (Konkurrensverket 2010a). Vi kartlägger därmed de hinder och drivkrafter som påverkar inträdet av nya vårdföretag.

Ett exempel på inträdeshinder är patent för läkemedel. För att kunna sälja läkemedel är det avgörande med patenträttigheter för företag att kunna bedriva sin verksamhet. Har man väl utvecklat ett läkemedel och fått patent på det har man förutsättningar för att kunna sälja läkemedlet med vinst samtidigt som de egna innovationerna och investeringarna skyddas.

Ett annat exempel på inträdeshinder är tandläkarlicens som en verksam tandläkare är tvungen att inneha. Denna licens kräver en viss investering, men när man väl fått sin licens är man fri att praktisera sin verksamhet.

Ett tredje exempel på inträdeshinder är att redan befintliga företag på marknaden försöker skapa hinder för nya företag att etablera sig. Detta kan ske exempelvis genom aggressiv marknadsföring, eller genom att sänka priser till en nivå som gör det svårt för nya företag att etablera sig.

Inom den akademiska debatten finns olika syn på inträdeshinder. McAfee *et al* (2003) belyser olika exempel på hur inträdeshinder kan definieras. Inträdeshinder kan ta sig olika uttryck, tre olika synsätt dominerar diskussionen:

- Vissa menar att allt som hindrar inträde kan definieras som inträdeshinder
- En del anser att endast hinder som nya företag har, men som redan etablerade företag inte har haft, kan definieras som inträdeshinder. Problem som alla företag har (och har haft) för att kunna etablera sig räknas inte som inträdeshinder.
- Vissa ekonomer definierar inträdeshinder som något som hindrar entreprenörer från att omedelbart kunna starta ett företag på marknaden. Ett långsiktigt inträdeshinder innebär en kostnad som nya företag måste ta, men som redan etablerade företag inte har. Detta är något som Carlton och Perloff (1994), samt andra ekonomer, förespråkar.

Även om dessa tre inriktningar skiljer sig åt när det gäller synen på inträdeshinder, är de flest överens om två olika huvudlinjer för inträdeshinder; **strukturella** samt **strategiska** inträdeshinder.

Strukturella inträdeshinder beskriver grundläggande förhållanden i branschen. Detta kan exempelvis bestå av licenser, patent, eventuella stordriftsfördelar eller nödvändiga investeringar i utrustning. Dessa inträdeshinder är "naturliga" hinder som avspeglar det regelverk eller marknadsstruktur som finns i branschen utan påverkan från övriga, redan etablerade företag.

Strategiska inträdeshinder innebär hinder som skapas av redan etablerade företag. Dessa företag kan påverka möjligheterna för nya företag att etablera sig på olika sätt, exempelvis genom att nya aktörer hindras delta i befintliga samarbeten eller att de redan befintliga företagen etablerar sig på strategiska ställen geografiskt. Dessa hinder skapas av de etablerade företagen för att kunna behålla så stor marknadsandel som möjligt.

I verkligheten kan det vara svårt att särskilja dessa typer av inträdeshinder. Ett exempel som illustrerar problemet är annonsering. Om ett nytt företag är tvunget att annonsera för att få kunder och lyckas sälja sina produkter, handlar det om ett strukturellt inträdeshinder. Om däremot de redan etablerade företagen annonserar aggressivt för att motarbeta nyinträde i branschen, handlar det om ett strategiskt inträdeshinder.

Utifrån diskussionen ovan definierar vi inträdeshinder på följande sätt:

1. Ett inträdeshinder är ett hinder för nyföretagande, men **inte** ett hinder för företagande
2. Inträdeshinder kan vara **strukturella** eller **strategiska**

Utöver dessa definitioner av inträdeshinder, kommer vi i analysen även att använda oss av nivåkrav och incitament.

Nivåkrav är generella och gäller alla företag på marknaden. Ett exempel på detta kan vara att en viss nivå av kompetens och service måste vara uppfyllt för att ett företag ska uppfylla de krav som antingen kunder eller regelverk ställer upp. Tillsammans med inträdeshinder kan nivåkraven utgöra något som avhåller företag från att etablera sig på en marknad.

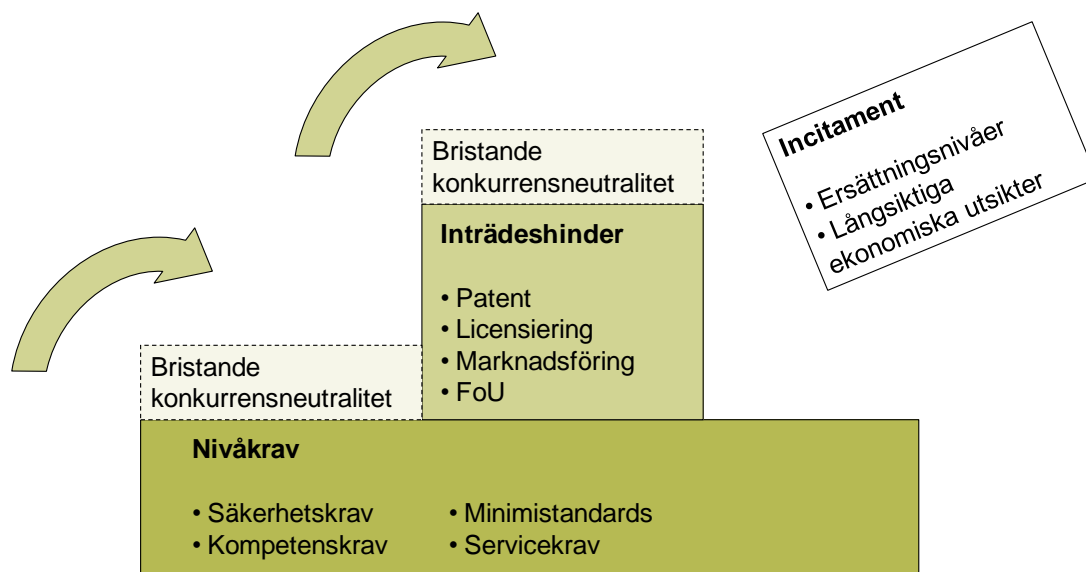
För att företag ska vara intresserade av att etablera sig på en marknad krävs olika former av incitament i form av förväntade vinster. Incitamenten innebär att företagen ges möjlighet att kunna förvänta sig en långsiktigt lönsam verksamhet. Om inte incitament finns på marknaden i form av exempelvis tillräckligt höga ersättningsnivåer, ges inte tillräckliga möjligheter för företag att bedriva en lönsam verksamhet. Låg incitamentsnivå skulle då innebära att få nya företag etablerar sig på marknaden.

1.3 Konkurrensneutralitet

Om de nivåkrav, incitament eller andra inträdeshinder som har sin grund i hur landstingen organiserar LOV skiljer sig åt mellan offentliga och privata aktörer kan etableringsmönstren påverkas. Om exempelvis egen regi verksamhet subventioneras kraftigt kan det bli svårt för ett privat alternativ att få ett tillräckligt underlag för att verksamheten skall bära sig. Sådan bristande konkurrensneutralitet skulle kunna också ta sig till uttryck genom att kraven på offentliga aktörer är lägre ställda än för privata aktörer.

Bild 1.1 illustrerar poängen. Inträdeshindren och nivåkraven är här högre för privata än för offentliga utförare. Trösklarna är inte "konkurrensneutrala" och nyinträde av privata vårdcentraler riskerar att vara lägre än annars.

Bild 1.1 Inträdeshinder, nivåkrav, incitament och bristande konkurrensneutralitet



Källa: Copenhagen Economics

Indikationer på bristande konkurrensneutralitet inom primärvård har framkommit i några undersökningar under senare tid. I en undersökning genomförd av Vårdföretagarna (2011) anser 7 av 10 privata vårdföretagare att man inte konkurrerar på samma villkor som landstingens vårdenheter. Ett annat exempel är Konkurrensverkets tidigare analys (2010a) som funnit samband mellan vårdföretagares syn på konkurrensneutralitet och antal nyetableringar i olika landsting.

Det finns därför skäl att vidare undersöka frågan om konkurrensneutralitet då detta i förlängningen kan äventyra syftet med vårdvalsreformen; nämligen att ge förutsättningar till en kvalitetshöjande konkurrens. Regeringen menar att villkoren för nyetablering ska vara så likvärdiga som möjligt för samtliga aktörer på vård-

marknaden. Om inte denna målsättning uppfylls anser man att det finns risk för att små vårdföretag slås ut (Regeringsuppdrag S2009/5070/FS).

I vår sambandsanalys kan vi identifiera landsting där nyetableringsgraden är "onormalt låg" givet övriga inträdeshinder, nivåkrav och incitament, och där konkurrensneutralitet är en tänkbar anledning. I dessa områden har intervjuer med privata aktörer inom primärvården genomförts för att närmare pröva hypotesen om bristande konkurrensneutralitet. Vi har i detta sammanhang sökt konkreta exempel på vad sådan bristande konkurrensneutralitet kan bestå i.

I olika undersökningar genomförda av Vårdföretagarna (2011) och Markör Marknad och Kommunikation AB (2009 och 2010) framkommer bland annat att privata vårdföretag anser att misstro och ovilja mot privat företagande präglar landstingstjänstemännens uppfattningar inom primärvården. Även okunskap och den offentliga sektorns dubbla roller som beställare och producent av vårdtjänster pekas ut som problemområden av företagen.

I dessa undersökningar saknas emellertid landstingens röst. Resultatet från djupintervjuerna med de privata aktörerna har därför följts upp av intervjuer och skriftlig dokumentation från ansvariga inom några av landstingen.

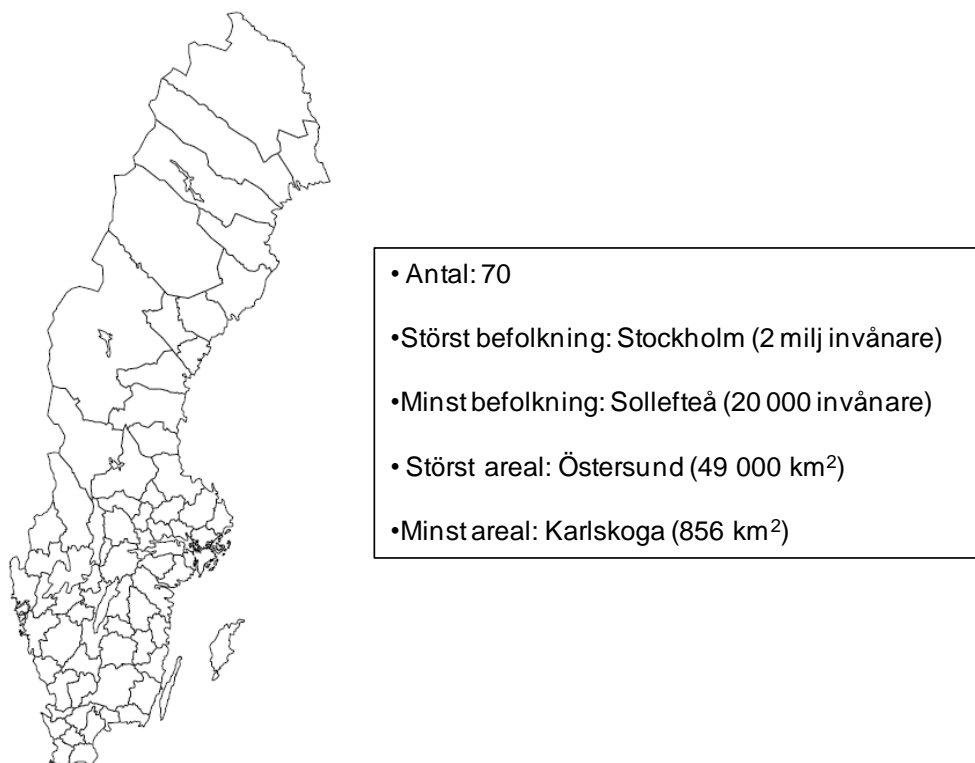
2 Nyinträde av privata vårdcentraler

I detta kapitel presenteras hur antalet privata vårdcentraler har utvecklats sedan valfrihetsreformens införande. Dataunderlaget som ligger till grund för analysen av antalet nyetableringar har på uppdrag av Konkurrensverket samlats in av OmVård.se.

Vi redovisar nedan det regionala nyetableringsmönstret av vårdcentraler. Till viss del redovisas datan uppdelat på landstingsnivå, i viss mån kommer redovisningen även att ske på A-regionnivå.

A-regioner, eller arbetsmarknadsregioner, bygger på en geografisk indelning konstruerad av Statistiska Centralbyrån. En A-region definieras som en näringsgeografiskt sammanhängande enhet, som exempelvis bygger på invånarens pendlingmönster (SCB). En karta över Sveriges A-regioner visas i Bild 2.1 nedan.

Bild 2.1 A-regioner



Källa: SCB

Detta kapitel inleds med en beskrivning av mönstret för de nyetableringar av vårdcentraler som skett sedan valfrihetsreformens införande. Vi redovisar även skattningar av sambanden mellan nyinträde av vårdcentraler och mätningar av den patientupplevda kvaliteten.

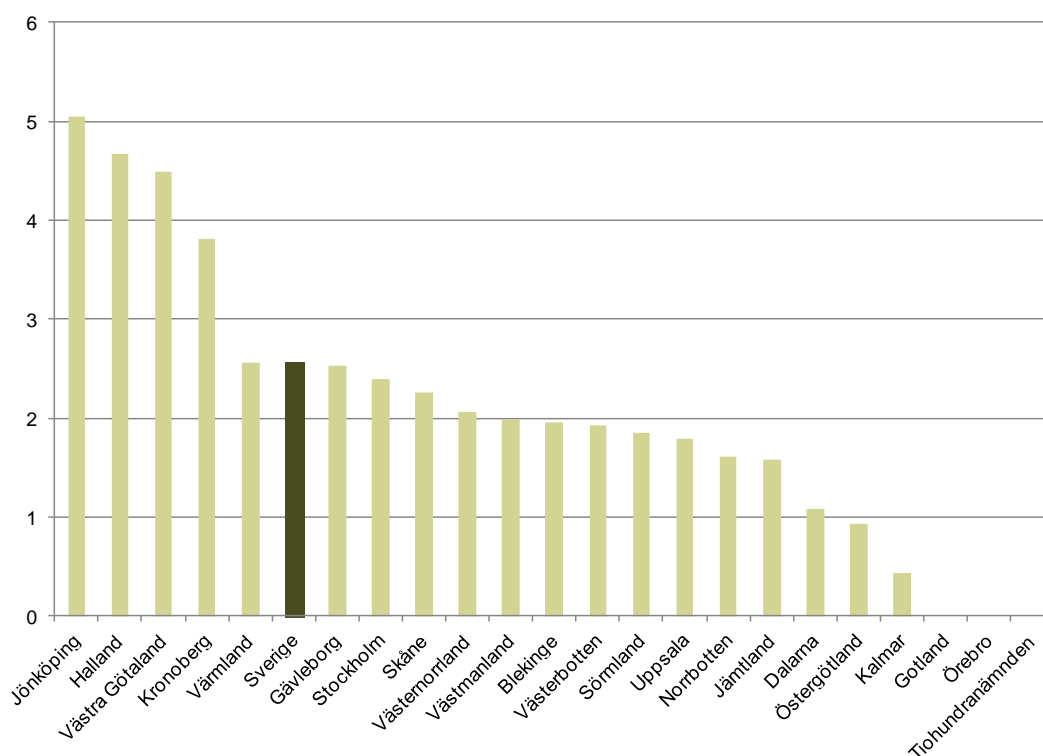
Vi kommer vidare i kapitlet att hur nyinträdet samvarierar med landstingens listningsprinciper, ersättningsprinciper och bredd i uppdraget.

2.1 Nyetableringar

I vilka områden har nyetableringar av vårdcentraler skett i störst utsträckning? Bild 2.2 beskriver nyetableringar av privata vårdcentraler uppdelat på landsting. Som syns i diagrammet, har Jönköping haft den relativt sett största ökningen av vårdcentraler där ungefär 5 nya vårdcentraler har etablerats per 100 000 invånare. I Örebro, Gotland samt Tiohundraämnden i Norrtälje har inga nya vårdcentraler etablerats.

De flesta landsting har dock en etableringsgrad på ungefär 2 vårdcentraler per 100 000 invånare. I det största landstinget, Stockholm, har det etablerats ungefär 2,5 vårdcentraler per 100 000 invånare vilket även ligger nära den genomsnittliga siffran för hela Sverige. I Västra Götalands Regionen har det etablerats nästan dubbelt så många, närmare 4,5 vårdcentraler per 100 000 invånare.

Bild 2.2 Antal nya vårdcentraler per 100 000 invånare



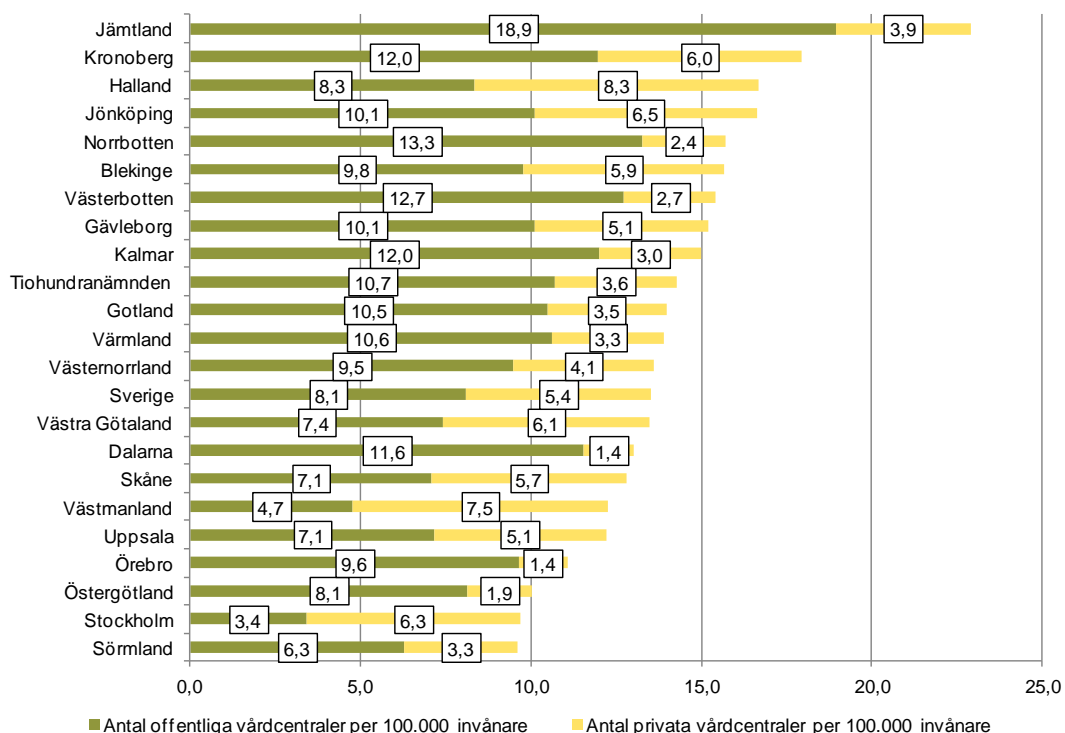
Källa: OmVård.se (2011), bearbetning av Copenhagen Economics

Bild 2.3 visar hur situationen ser ut i oktober 2011 vad gäller det relativa antalet offentliga och privata vårdcentraler i landstingen. Jämtland har flest vårdcentraler

givet sin folkmängd med uppemot 23 vårdcentraler per 100 000 invånare i. De flesta av dessa är offentligt drivna.

Totalt i Sverige finns idag 8,1 offentliga, samt 5,4 privata, vårdcentraler per 100 000 invånare. Det är vanligare med offentliga än privata vårdcentraler, vilket är ett mönster som återfinns i de flesta landsting med några få undantag. Stockholm och Västmanland är de enda landsting där det finns fler privata än offentliga vårdcentraler. I Halland finns lika många privata som offentliga vårdcentraler. Värt att påpeka är att dessa tre landsting var de första att introducera ett valfrihetssystem.

Bild 2.3 Vårdcentraler per 100 000 invånare, oktober 2011



Källa: OmVård.se (2011), bearbetning av Copenhagen Economics

Utifrån Bild 2.3 kan vi konstatera att det är vanligare med offentliga än privata vårdcentraler. Men hur har fördelningen utvecklats sedan valfrihetsreformens införande?

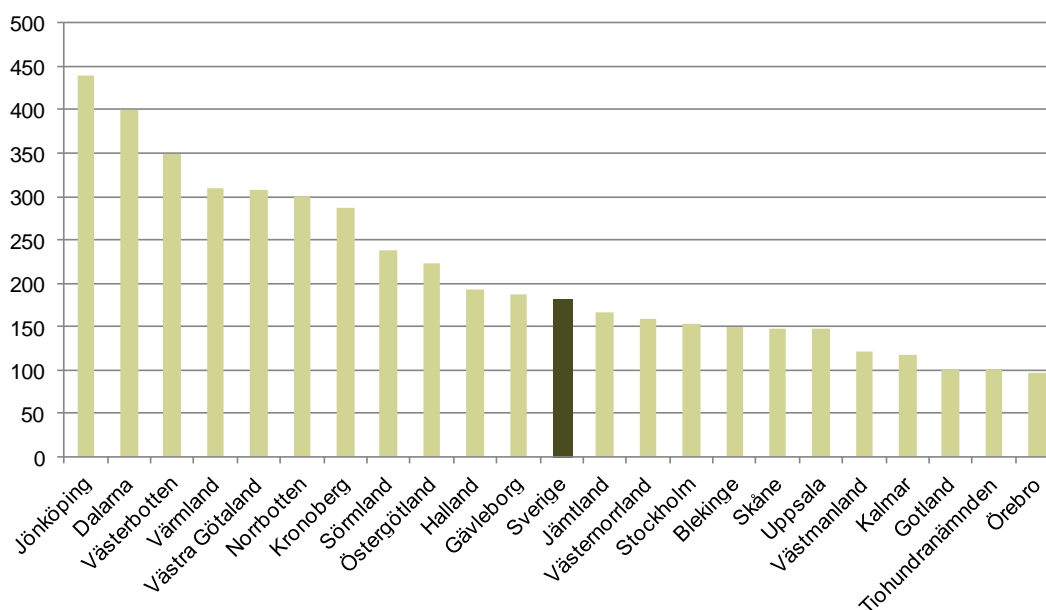
I Bild 2.4 beskrivs hur andelen privata vårdcentraler har utvecklats sedan vårdvalet infördes i respektive landsting. Diagrammet visar ett index för utvecklingen av andel privata vårdcentraler i respektive landsting, där värdet 100 representerar andelen privata vårdcentraler innan vårdvalets införande.

Jönköping har haft den högsta tillväxten av andelen privata vårdcentraler; över 300 procent. Dessutom var Jönköping enligt Bild 2.2 det landsting där flest

nyetableringar skett. Innan valfrihetsreformens införande i Jönköping fanns relativt få privata vårdcentraler, vilket kan vara en anledning till denna utveckling.

Det enda landsting där andelen privata vårdcentraler minskat är Örebro, vilket beror på att en ny offentlig vårdcentral har öppnat medan antalet privata vårdcentraler har legat stilla. Sett till den totala utvecklingen i hela Sverige, har andelen privata vårdcentraler närapå fördubblats.

Bild 2.4 Hur har andelen privata vårdcentraler förändrats sedan valfrihetsreformens införande i respektive landsting?



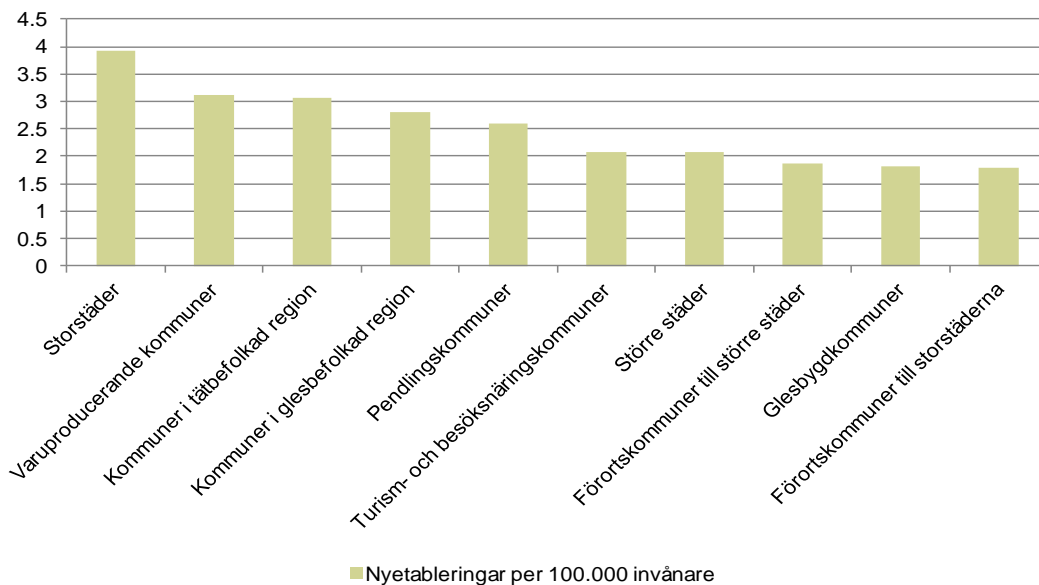
Källa: OmVård.se (2011), bearbetning av Copenhagen Economics

Not: Indexet beskriver utvecklingen för andel privata vårdcentraler, där andelen privata vårdcentraler innan valfrihetsreformens införande normaliserats till 100.

I Bild 2.5 kan vi även se hur nyinträde skett i kommuner uppdelade i olika kommungrupper. Kommungruppsindelningen bygger på Sveriges Kommuner och Landstings indelning av primärkommuner i grupper som används vid jämförelser och andra analyser.

Mönstret är något oklart. Möjligtvis kan en generell skillnad mellan större städer och mer glesbebyggda områden observeras, då storstäder är den relativt sett vanligaste kommungruppen att etablera sig i, medan glesbygdskommuner är näst längst ner bland de rankade kommungrupperna.

Bild 2.5 Nyetableringar av privata vårdcentraler per 100 000 invånare per kommungrupp



Källa: SKL (2011), OmVård.se (2011), bearbetning av Copenhagen Economics

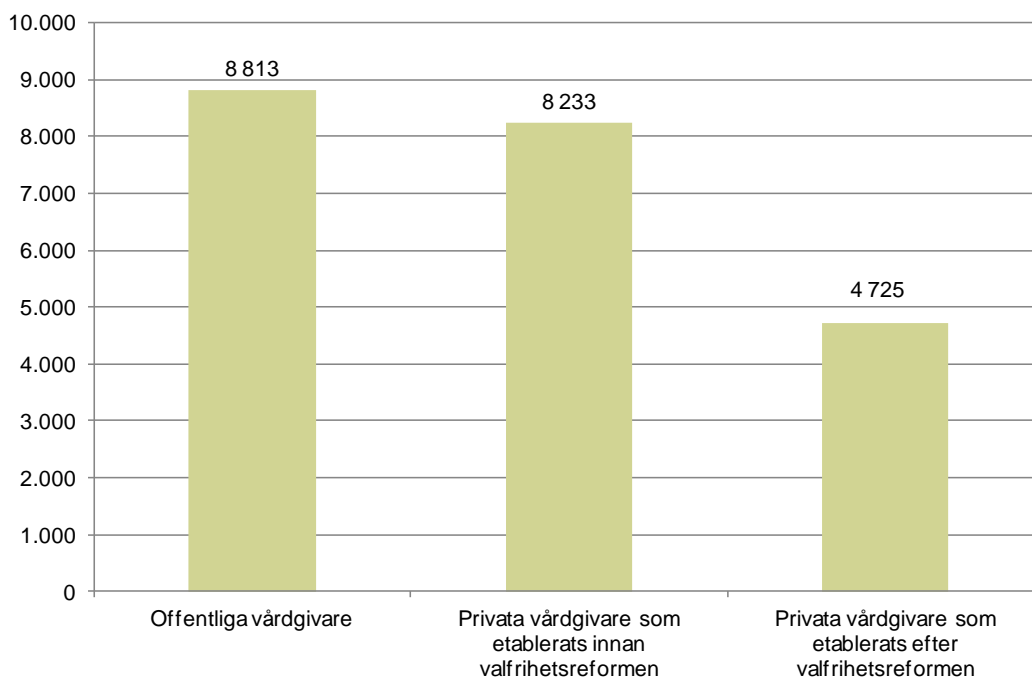
Av intresse är inte bara antalet nyetableringar, utan även storleken på de vårdcentraler som etablerats. Storlek på vårdcentraler kan mätas på olika sätt, här utgår vi från antalet listade patienter.

I Bild 2.6 visas storleken på olika grupper av vårdcentraler. Vårdcentralerna har grupperats in i offentliga vårdcentraler, privata vårdcentraler som varit verksamma redan innan valfrihetsreformen samt vårdcentraler som etablerats efter valfrihetsreformens införande.

Offentliga vårdgivare har i genomsnitt närmare 9 000 listade patienter, medan privata vårdgivare som öppnats innan valfrihetsreformen visar sig vara något mindre med i genomsnitt drygt 8 000.

Vi kan dock se att de nyetablerade privata vårdcentralerna skiljer sig från dessa två grupper. En nyetablerad privat vårdcentral har en storlek på i genomsnitt knappt 4 700 listade patienter. En nyetablerad vårdcentral är alltså betydligt mindre än offentliga vårdcentraler eller privata vårdcentraler som varit etablerade på marknaden innan valfrihetsreformen.

Att nyetablerade privata vårdcentraler har relativt få listade personer kan bero på flera olika faktorer. En naturlig orsak till att de nya vårdcentralerna är relativt små är att det tar tid för nya vårdcentraler att bygga upp en bas med patienter. Att locka till sig nya patienter kan dessutom i vissa fall försvåras om det finns begränsade möjligheter att få invånare listade på sin egen vårdmottagning, till exempel på grund av ogynnsamma listningsprinciper eller att man etablerat sig på en geografiskt ogynnsam plats.

Bild 2.6 Genomsnittligt antal listade patienter per vårdcentral

Källa: OmVård.se (2011), bearbetning av Copenhagen Economics

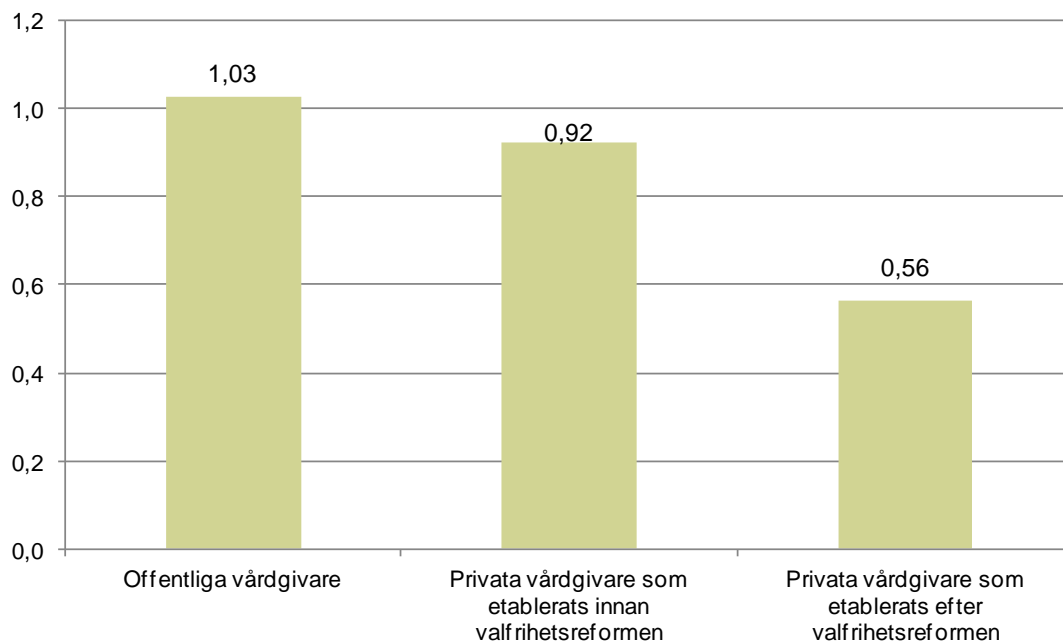
Not: Filialer ingår ej i beräkningen

För att ytterligare belysa dessa skillnader presenteras i Bild 2.7 en så kallad penetrationsgrad. Måttet beskriver hur många faktiskt listade invånare vårdcentralerna i respektive kategori har jämfört med hur många listade patienter som vårdcentralerna skulle haft om samtliga invånare hade listats utifrån närhetsprincipen. Dataunderlaget för hur många listade patienter respektive vårdcentral skulle haft enligt närhetsprincipen har erhållits från Tillväxtverket.

I figuren jämförs penetrationsgraden mellan de nyetablerade vårdcentralerna med offentliga vårdcentraler samt privata vårdcentraler som etablerats innan valfrihetsreformen. Som kan ses i figuren har offentliga vårdcentraler ungefär lika många faktiskt listade personer som de skulle haft utifrån närhetsprincipen. Index ligger på 1,03. Även privata vårdcentraler som öppnats innan valfrihetsreformen har ungefär lika många faktiskt listade personer som de skulle haft utifrån närhetsprincipen, även om kvoten på 0,92 är något lägre än för offentliga vårdcentraler.

Dock skiljer sig de nya vårdcentralerna som etablerats efter valfrihetsreformen från de två andra kategorierna. Penetrationsgraden för de nyetablerade vårdcentralerna är betydligt lägre än för de två andra kategorierna. Index ligger på 0,56, drygt hälften av de offentligt drivna vårdcentralerna.

Bild 2.7 Penetrationsgrad – faktiskt antal listade invånare jämfört med antal listade invånare enligt närhetsprincipen



Källa: OmVård.se (2011), Tillväxtverket (2011), bearbetning av Copenhagen Economics

Not: Penetrationsgraden har beräknats genom att dividera det aggregerade antalet listade personer som är kopplade till respektive vårdcentralstyp med det antal listade personer som skulle varit kopplade till vårdcentralerna utifrån närhetsprincipen. Filialer ingår ej i beräkningen

Utifrån Bild 2.6 samt Bild 2.7 kan vi alltså konstatera att de nyetablerade vårdcentralerna är inte bara är mindre än sina landstingsdrivna motsvarigheter, räknat i antal listade patienter än offentliga vårdcentraler, utan också att de "lyckats" sämre än dessa när det gäller att attrahera de personer som bor närmast.

2.2 Kvalitet och nyinträde

Vilken påverkan har de nya vårdcentralerna haft på hur patienterna upplever de nya vårdcentralerna? För att mäta patienternas intryck av sina vårdgivare har vi använt uppgifter från den nationella patientenkäten som sammanställs av Institutet för kvalitetsindikatorer (Indikator) på uppdrag av Sveriges Kommuner och Landsting. Uppgifterna avser vårdcentraler och andra vårdinrättningar som exempelvis akutmottagningar och specialiserad sjukhusvård.

Mätningarna utförs med hjälp av ett stort antal frågor med svarsalternativ. De sammanställs med hjälp av vikter till åtta indikatorer som ger en representativ bild av hur vården uppfattas av patienterna på en viss vårdcentral. De åtta indikatorerna är följande: helhetsintryck, bemötande, delaktighet, information, tillgänglighet, förtroende, upplevd nytta samt huruvida man skulle rekommendera

den specifika vårdenheten till en nära vän eller släkting. Svaren normeras till skala 0 till 100 där 100 är högsta poäng och 0 lägsta möjliga poäng.

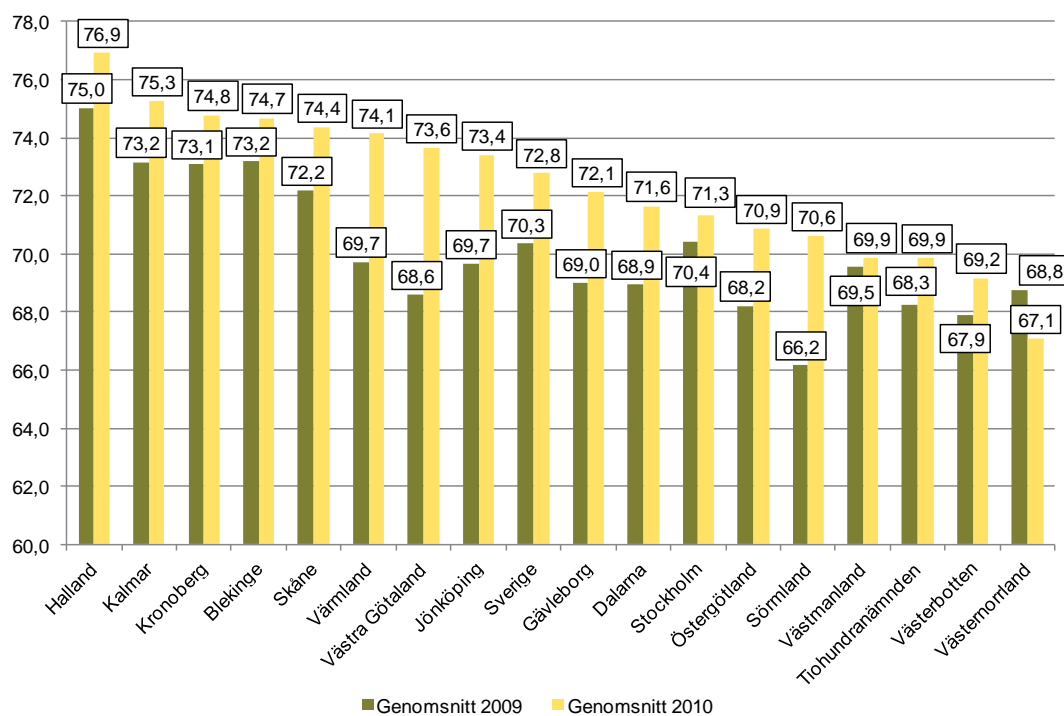
Dessa mätningar har genomförts för en större del av Sveriges vårdcentraler. Mätningarna startade hösten 2009 och har sedan dess även genomförts regelbundet sedan dess. Syftet är att mätningarna skall vara ett underlag för verksamheternas utvecklings- och förbättringsarbete. De skall även kunna användas för jämförelser mellan enskilda vårdenheter.

Bild 2.8 visar den genomsnittliga nivån för helhetsintrycket bland vårdcentraler 2009 och 2010 i landsting där mätningar genomförts vid båda tidpunkter. Bilden visar ett mönster där den genomsnittliga nivån för helhetsintrycket har ökat i de flesta landsting mellan 2009 och 2010.

Den största ökningen har skett i Västra Götaland, där det genomsnittliga helhetsintrycket har ökat med 5 punkter. Allra nöjdast, sett utifrån helhetsintrycket, är patienterna i Halland. Där har man fått bäst betyg både 2009 och 2010, med 75 punkter under första mätningen 2009 och nästan 77 punkter under mätningen 2010.

Dessa förändringar är emellertid framförallt drivna av en förändring i urvalet. År 2009 genomfördes endast mätningar avseende läkarbesök men 2010 ingick även sjuksköterskebesök i materialet, vilket förklarar största delen av höjningen. Det går inte att dra någon generell slutsats om att kvaliteten skulle vara högre 2010 än 2009.

Bild 2.8 Den nationella patientenkäten

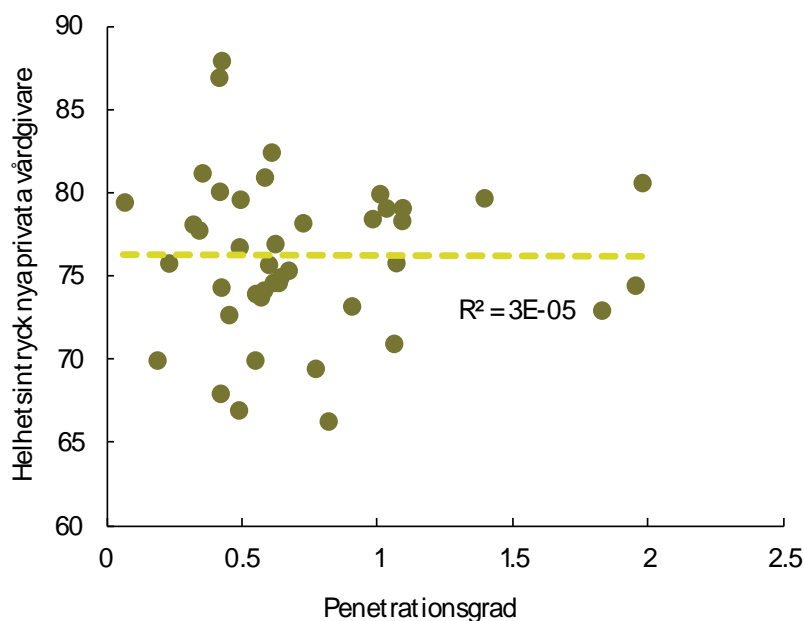


Källa: OmVård.se (2011), bearbetning av Copenhagen Economics

Hur har patienternas helhetsintryck påverkats av vårdcentralerna som etablerats efter valfrihetsreformens införande? En möjlig hypotes är att det finns ett positivt samband mellan penetrationsgrad och helhetsintryck för nya privata vårdcentraler till följd av att dessa skulle ha bättre förutsättningar att öka antalet listade patienter.

Något sådant entydigt samband finns emellertid ej. Bild 2.9 beskriver sambandet mellan penetrationsgraden i olika A-regioner och helhetsintryck 2010 för privata vårdgivare.

Bild 2.9 Samband mellan helhetsintryck 2010 för privata vårdcentraler och penetrationsgrad för nya privata vårdcentraler



Källa: OmVård.se (2011), bearbetning av Copenhagen Economics

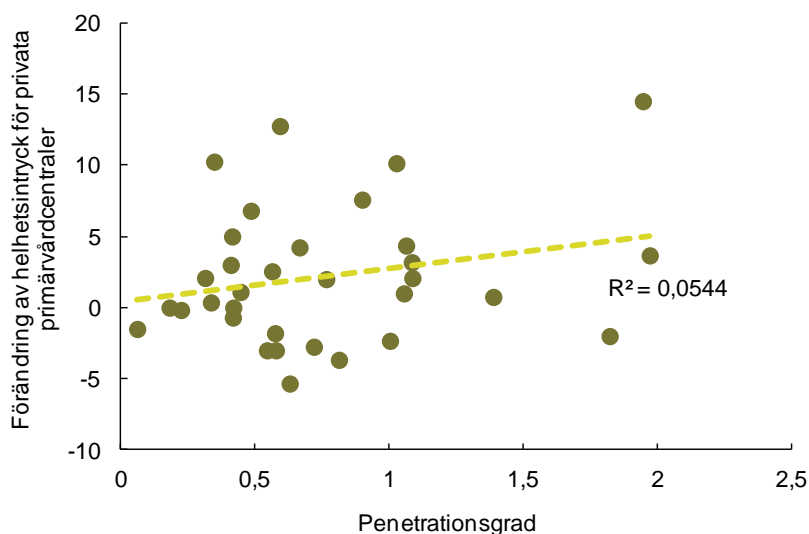
Not: Vissa regioner har inte haft vårdcentraler som deltagit i enkäten. Antal observationer: 40. Filialer ingår ej i beräkningen. Korrelationskoefficient: -0,01

Bild 2.9 bygger på en tvärsnittsbild över helhetsintrycken av privata vårdgivare. Av intresse är dock hur antalet nyetableringar har påverkat utvecklingen av helhetsintrycket för privata vårdcentraler.

I Bild 2.10 beskrivs sambandet mellan penetrationsgrad och *förändringen* av helhetsintrycket mellan 2009 och 2010. Här ser vi ett svagt positivt samband.

En tolkning är att ju högre kvalitetsförbättringen är hos de privata alternativen (dvs. ökningen av helhetsintrycket hos patienterna), desto mer framgångsrika är de nyinträdda privata vårdcentralerna i att lista patienter.

Bild 2.10 Samband mellan penetrationsgrad och förändringen av helhetsintryck



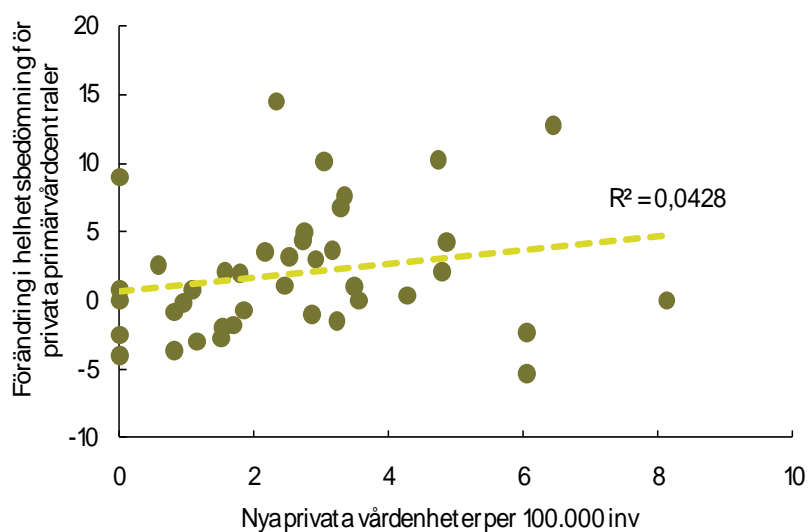
Källa: OmVård.se (2011), bearbetning av Copenhagen Economics

Not: Vissa regioner har inte haft vårdcentraler som deltagit i enkäten vid antingen ett eller båda tillfällena för mätningen. Antal observationer: 33. Filialer ingår ej i beräkningen

Korrelationskoefficient: 0,13

I vilken utsträckning har antalet nyetableringar påverkat helhetsbedömningarna av vårdcentralerna? Bild 2.11 visar sambandet mellan antal nya privata vårdcentraler och förändring i den totala helhetsbedömningen för privata vårdgivare.

Bild 2.11 Samband mellan antal nya privata vårdcentraler och förändringen av helhetsintryck för privata vårdcentraler



Källa: OmVård.se (2011), bearbetning av Copenhagen Economics

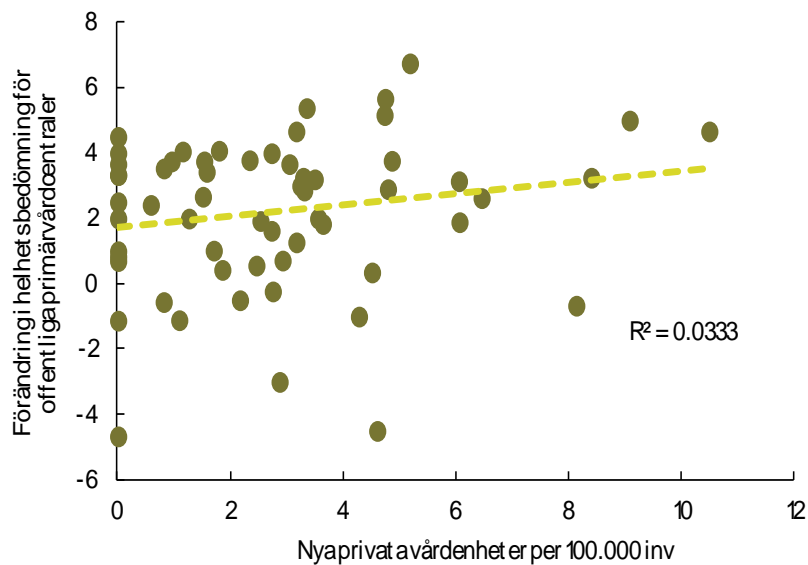
Not: Vissa regioner har inte haft vårdcentraler som deltagit i enkäten vid antingen ett eller båda tillfällena för mätningen. Antal observationer: 40

Korrelationskoefficient: 0,17

Bilden visar på ett svagt positivt samband mellan antal nyetableringar och förändring av helhetsintrycket i respektive region. En slutsats av detta är att ju fler nyetableringar som skett inom respektive region, desto positivare har patienterna blivit till den privata primärvården.

I Bild 2.12 visas sambandet mellan nyetableringar av privata vårdcentraler och helhetsbedömningen för offentliga vårdcentraler. Även i denna figur syns ett svagt positivt samband. Fler nyetableringar av privata vårdcentraler i en region tenderar alltså att ge bättre helhetsbedömningar för offentliga vårdcentraler. En förklaring kan vara att de nya vårdcentralerna bidragit till högre konkurrens mellan vårdcentraler i regionen, vilket gjort att även offentliga vårdcentraler höjt sin kvalitet.

Bild 2.12 Samband mellan nya privata vårdcentraler och förändringen av helhetsintryck för offentliga vårdcentraler



Källa: OmVård.se (2011), bearbetning av Copenhagen Economics

Not: Vissa regioner har inte haft vårdcentraler som deltagit i enkäten vid antingen ett eller båda tillfällena för mätningen. Antal observationer: 59

Korrelationskoefficient: 0,18

Sammanfattningsvis ser vi alltså ett svagt positivt samband mellan nyinträde av privata vårdcentraler och den patientupplevda kvaliteten. Vi ser också en tendens till att högre penetrationsgrad är associerat med en högre kvalitet. Slutsatserna påverkas inte om vi istället för A-regioner utgår från uppgifter på vårdcentralnivå.

2.3 Landstingens listnings- och ersättningssystem

De olika landstingen organiserar listningsförfarandet av patienter på olika sätt. Invånare listas hos olika vårdcentraler givet de principer som landstingen beslutar. Det finns två huvuddimensioner för hur listningsprinciperna utformas; (i) hur patienter listas vid övergång till ett valfrihetssystem samt (ii) hur nyinflyttade och nyfödda invånare listas.

Vid övergången till valfrihetssystem har tre olika principer använts av landstingen. Det första innebär att ingen passiv listning sker hos vårdcentralerna. Detta innebär att invånare enbart listas hos en specifik vårdcentral utifrån aktiva val. Ett annat alternativ för listningsprincip vid övergång till valfrihetssystem är att invånare passivt listas vid specifika vårdcentraler. Detta har i landstingen skett utifrån två olika principer vad gäller nyetablerade vårdcentralers tilldelning av patienter. Antingen har de fått en viss andel av invånarna, eller så har de varit utan en tilldelad andel.

Vad gäller listning av nyinflyttade och nyfödda sker listning utifrån tre olika principer. Vissa landsting använder sig av principen att enbart aktiva val från individens sida innebär att man listas vid en specifik vårdcentral. Detta innebär att inga passiva tilldelningar genomförs. Om en nyinflyttad person inte gör ett aktivt val och väljer en specifik vårdcentral, förblir den personen olistad.

Listningar av nyinflyttade eller nyfödda kan också ske utifrån passiva principer. En variant är att lista personen utifrån närhetsprincipen. Detta innebär att man listas vid den vårdcentral som ligger närmast bostaden. En annan variant är att nya invånare passivt listas i egen regi verksamheten.

I Tabell 2.1 framgår hur listningsprinciperna ser ut idag. Dessutom anges vilken andel av primärvården som köptes in av privata företag 2010 och den totala kostnaden för primärvård per invånare 2010.

Vad gäller listningsprincip vid övergång till valfrihetssystem, är Stockholm och Uppsala de enda landsting som inte tillämpat passiv listning av patienter. I resten av landstingen har ungefär hälften låtit nyetablerade vårdcentraler få del av de passivt tilldelade invånarna, och i den andra hälften har nyetablerade vårdcentraler inte fått del av de passivt tilldelade invånarna.

Tabell 2.1 Listningsprinciper, andel av landstingens inköp av primärvård från privata företag 2010 och kostnad för primärvård per invånare 2010

Landsting	Listningsprincip vid övergång till valfrihets-system	Listningsprincip av nyinflyttade och nyfödda 2011	Andel i % av landstingens inköp av primärvård från privata företag 2010	Kostnad för primärvård 2010 kr/inv	
Stockholm	Ingen passiv listning	Enbart aktiva val	50,5	3 777	
Uppsala			26,9	3 087	
Halland	Passiv listning där nyetablerade fått en andel	Passiv listning enligt närhetsprincipen	34,9	3 810	
Skåne			34,3	3 451	
Västra Götaland			28,2	3 555	
Gävleborg			18,5	4 969	
Sörmland			25,2	3 328	
Kalmar			12,5	3 460	
Blekinge			15,1	4 373	
Värmland			13,7	3 491	
Jönköping			15,1	4 077	
Västmanland			48,9	3 537	
Kronoberg			Passiv listning där nyetablerade INTE fått en andel	Enbart aktiva val	22,7
Västerbotten	Passiv listning enligt närhetsprincipen	19,7		3 548	
Västernorrland		20,6		3 952	
Östergötland		15,8		3 280	
Örebro		16,3		3 069	
Jämtland		11,2		3 956	
Dalarna		5,8		4 232	
Norrbottnen		Passiv listning enligt egen regi		10,8	4 453
Gotland		Enbart aktiva val		i.u.	i.u.
Tiohundraämnden	i.u.				

Källa: Konkurrensverket 2011, SKL (2010b), Tabell E31 - Landstingens köp av verksamhet från privata företag 2010 (procentuell andel av nettokostnad, exkl läkemedel inom läkemedelsförmånen), Tabell E39 - Nettokostnad för primärvård, exklusive läkemedel inom läkemedelsförmånen, 2010 (kr/inv)

Vad gäller listning av nyinflyttade och nyfödda personer, är det enbart Norrbotten som tillämpar passiv listning i egen regi. I vissa landsting sker listning endast utifrån aktiva val från invånarnas sida. Den vanligaste formen av listningsprincip är dock att nya invånare listas enligt närhetsprincipen, alltså att man per automatik listas på den till bostaden närmast belägna vårdcentralen.

Vad gäller andelen inköp vård från privata vårdföretag sticker Stockholm och Västmanland ut, då det i båda landsting är ungefär hälften av inköpen som går till privata företag. Detta faller sig dock naturligt, eftersom andelen privata vårdcentraler är relativt hög i dessa landsting. Värt att nämna är även att dessa landsting införde valfrihetsreformen relativt tidigt.

Dock sticker en del landsting ut när det gäller fördelningen av resurser till privata vårdgivare. Ett exempel är Halland, där hälften av vårdcentralerna styrs i privat regi, men där inköpen från privata vårdcentraler är ungefär 35 procent. De privata vårdcentralerna får alltså relativt liten andel av de totala inköpen jämfört med de offentliga vårdcentralerna.

Lägst andel inköp från privata vårdgivare sker i Dalarna, där de privata vårdföretagen får 5,8 procent av de totala utgifterna för landstingens primärvårdsutgifter. Denna låga siffra beror i stor utsträckning på att det i Dalarna finns relativt få privata vårdcentraler. Något enhetligt mönster gällande listningsprinciper och andel inköp från privata vårdföretag samt kostnad per invånare finns inte.

Kostnaden för primärvård är högst i Gävleborg (4 969 kr per invånare) och lägst i Kronoberg (2 874 kr per invånare). Dock bör påpekas att uppdragen är olika omfattande i olika landsting och att kostnaderna därför inte är helt jämförbara.

Tabell 2.2 beskriver de olika landstingens regelverk vad gäller andel fast ersättning samt den kompetensbredd som krävs av respektive vårdcentral. En del landsting ger vårdcentralerna i stor utsträckning ersättning utifrån antal besök, medan vissa landsting ger vårdcentralerna en större andel fast ersättning utifrån antal listade personer (så kallad kapitationsersättning).

Att principerna för hur vårdcentralerna får sin ersättning skiljer sig åt innebär olika förutsättningar för vårdcentralerna i de olika landstingen. I landsting där andelen fast ersättning är relativt stor har vårdföretagen en mer förutsägbar ersättning. Den fasta ersättningen utgår inte från hur många av de listade personerna som faktiskt besöker respektive vårdcentral. Ofta har ersättningen någon form av viktning efter befolkningens vårdbehov.

Ju högre andel fast ersättning, desto enklare blir det för vårdcentralerna att förutse intäkterna och planera sin verksamhet utifrån dessa. Däremot är incitamenten för att stimulera en hög besöksfrekvens på vårdcentralen låga, eller rentutav negativa: den fasta ersättningen utgår ju ifrån antalet listade patienter, inte hur ofta de faktiskt besöker vårdcentralen.

I det omvända fallet, där den rörliga andelen av ersättningen dominerar, är istället incitamenten till att stimulera många patientbesök starka. Det kan innebära en risk för att patienter uppmuntras till att söka mer vård än nödvändigt, eftersom vårdcentralerna har ett intresse av att de listade patienterna gör så många besök som möjligt.

Tabell 2.2 Andel fast ersättning samt bredd i åtagande 2011

Landsting	Andel fast ersättning	Bredd (1-5)
Norrbottn	Mycket stor	5
Värmland	Mycket stor	4
Jämtland	Mycket stor	4
Västra Götaland	Mycket stor	3
Blekinge	Mycket stor	2
Region Skåne	Mycket stor	1
Västmanland	Stor	5
Västernorrland	Stor	5
Västerbotten	Stor	5
Halland	Stor	4
Örebro	Stor	4
Dalarna	Stor	4
Östergötland	Stor	4
Gotland	Stor	3
Jönköping	Stor	3
Kronoberg	Stor	3
Sörmland	Stor	2
Gävleborg	Stor	2
Kalmar	Stor	1
Uppsala	Stor	1
Norrtälje	Mindre än hälften	1
Stockholm	Mindre än hälften	1

Källa: Konkurrensverket (2010b, 2011) samt intervjumaterial. Andel fast ersättning avspeglar en sammanfattande bedömning av intervjumaterialet som gjorts i samråd med Konkurrensverket.

Not: Tabellen är sorterad efter andel fast ersättning och bredd. Variabeldefinitioner: Andel fast ersättning, mycket stor = omkring 90-100%, stor omkring 70-90%, mindre än hälften = mindre än 50%. Bredd definieras som antalet av följande komponenter som ingår i vårdvalet: barnhälsovård, mödrahälsovård, rehab, hemsjukvård och medicinsk fotvård.

Landstingens regelverk ser även olika ut om man jämför de olika kraven som ställs på vilka kompetenser som måste kunna erbjudas patienterna. Här finns fem olika krav som landstingen applicerar i olika grad; barnhälsovård, mödrahälsovård, rehabilitering, hemsjukvård samt medicinsk fotvård. Den totala bredden har beräknats genom att summera de krav som ställs på vårdcentralerna i respektive landsting. Det bör nämnas att detta är ett något trubbigt mått på bredd i uppdraget, eftersom de olika formerna av åtagande kan vara olika resurskrävande.

Andel fast ersättning har klassificerats i tre olika kategorier; (i) mycket stor andel fast ersättning, (ii) stor andel ersättning samt (iii) mindre än hälften i andel fast ersättning. Dessa grupperingar har baserats på bedömningar av landstingens

ersättningssystem, där "mycket stor andel" motsvarar ungefär 90 procent eller mer i fast ersättning, "stor andel" innebär 70 – 90 procent fast ersättning. I Stockholm och Tiohundraämnden i Norrtälje beräknas den fasta ersättningen till under 50 procent, vilket gör innebär att de är de enda landsting som hamnar i kategorin "Mindre än hälften".

De flesta landsting använder sig av en andel fast ersättning som klassificeras som "stor". Möjligtvis kan även ett visst mönster vad gäller den breddens geografiska spridning uttrönas. Samtliga norrländska landsting, med Gävleborg som enda undantag, har krav på minst fyra olika åtaganden som landstingen måste uppfylla.

I Tabell 2.3 visas en korstabell där sambandet mellan listningsprinciper och andel inköp från privata vårdgivare redovisas. Observationerna är uppdelade på A-regionsnivå. Lägst andel inköp, 10,5 procent, sker i regioner där nyetablerade vårdföretag inte får någon andel av de passivt listade invånarna vid övergång till valfrihetssystem samt där listning av nya invånare sker i egen regi. Den största andelen inköp från privata vårdföretag, 34,8 procent, sker i regioner där ingen passiv listning sker i någon av dimensionerna. Dock bör påpekas att antalet observationer i denna kategori är relativt låg. I övrigt verkar inga tydliga mönster finnas i tabellen.

Tabell 2.3 Listningsprinciper och landstingens inköpsandel (i procent) från privata företag (antal observationer av A-regioner inom parentes)

Listningsprincip vid övergång till valfrihetssystem	Listning av nyinflyttade och nyfödda			Total
	Ingen passiv listning	Passiv listning enligt närhetsprincipen	Passiv listning i egen regi	
Ingen passiv listning	34,8 (3)			34,8 (3)
Passiv listning där nyetablerade får en andel		23,1 (34)	25,2 (3)	23,3 (37)
Passiv listning där nyetablerade INTE får en andel	22,7 (2)	27,5 (14)	10,5 (12)	19,9 (28)
Total	29,2 (5)	24,2 (48)	13,5 (15)	22,4 (68)

Källa: Konkurrensverket (2011), SKL (2010b), Tabell E31 - Landstingens köp av verksamhet från privata företag 2010 (procentuell andel av nettokostnad, exkl läkemedel inom läkemedelsförmånen), Tabell E39 - Nettokostnad för primärvård, exklusive läkemedel inom läkemedelsförmånen, 2010 (kr/inv)

Not: Gotland och Norrtälje utgår då data saknas för dessa regioner

Genomsnittlig andel inköp vård från privata företag är 22,4 procent. Ungefär var fjärde eller femte krona som går till primärvården hamnar alltså hos privata

vårdgivare. Utifrån denna tabell verkar det som att regioner där aktiva val tillämpas även har mest andel inköp av vård från privata vårdföretag.

I Tabell 2.4 visas kostnaderna för primärvård, uppdelat på de olika listningsprinciperna. Uppdelat i listningsprinciper för nyinflyttade och nyfödda sker de största utgifterna där man listas i egen regi. Kostnaderna är relativt låga i regioner där ingen passiv listning sker, även om skillnaden inte är stor.

Samma slutsats kan dras för regioner där ingen passiv listning skett vid införande av valfrihetsreformen. Även här är kostnaderna relativt låga där ingen passiv listning skett. Dock bör man vara försiktig med tolkningarna då variationen inte visar på några entydiga resultat, samtidigt som observationerna är relativt få i vissa kategorier.

Tabell 2.4 Listningsprinciper och landstingens nettokostnader för primärvård (i kr/inv, antal observationer inom parentes)

Listningsprincip vid övergång till valfrihetssystem	Listning av nyinflyttade och nyfödda			Total
	Ingen passiv listning	Passiv listning enligt närhetsprincipen	Passiv listning hos egen regi	
Ingen passiv listning	3 317 (3)			3 317 (3)
Passiv listning där nyetablerade får en andel		3 764 (34)	3 328 (3)	3 728 (37)
Passiv listning där nyetablerade INTE får en andel	3 874 (2)	3 602 (14)	3 991 (12)	3 788 (28)
Total	3 539 (5)	3 717 (48)	3 859 (15)	3 735 (68)

Källa: Konkurrensverket (2011), SKL (2010b), Tabell E39 - Nettokostnad för primärvård, exklusive läkemedel inom läkemedelsförmånen, 2010 (kr/inv)

Not: Gotland och Norrtälje utgår då data saknas för dessa regioner

Tabell 2.5 visar det genomsnittliga antalet nyetableringar per 100 000 invånare utifrån respektive listningsprinciper. Här ser vi att det genomsnittliga antalet nyetableringar är relativt högt, 3,4 nyetableringar per 100 000 invånare, där passiv listning där nyetablerade får en andel av de listade personerna använts. Där passiv listning tillämpas men de nyetablerade inte fått en andel har det skett relativt få nyetableringar, 1,6 stycken per 100 000 invånare.

Vi ser även att listningsprinciper för nyinflyttade och nyfödda förefaller ha ett samband med antalet nyetableringar av privata vårdcentraler. Vid passiv listning enligt närhetsprincipen samt där ingen passiv listning sker har det etablerats relativt många vårdcentraler jämfört med om listning har tillämpats i egen regi.

Tabell 2.5 Antal nya privata vårdmottagningar per 100 000 invånare uppdelat på listningsprinciper (antal observationer).

Listningsprincip vid övergång till valfrihetssystem	Listning av nyinflyttade och nyfödda			Total
	Ingen passiv listning	Passiv listning enligt närhetsprincipen	Passiv listning hos egen regi	
Ingen passiv listning	2,5 (3)			2,5 (3)
Passiv listning där nyetablerade får en andel		3,5 (34)	1,9 (3)	3,4 (37)
Passiv listning där nyetablerade INTE får en andel	5,4 (2)	1,7 (14)	0,9 (12)	1,6 (28)
Total	3,7 (5)	3,0 (48)	1,1 (15)	2,6 (68)

Källa: OmVård.se (2011), Konkurrensverket (2011)

Not: Gotland och Norrtälje utgår då data saknas för dessa regioner

I Tabell 2.6 beskrivs sambandet mellan bredden i åtagandet samt andelen fast ersättning och antalet nyetableringar. Vad gäller andelen fast ersättning, har det största antalet nyetableringar skett där andelen fast ersättning är mycket stor. Dock bör nämnas att det endast finns två observationer, Stockholm och Norrtälje, som har en andel fast ersättning som är mindre än hälften.

Tabell 2.6 Relativt antal nya privata vårdmottagningar per 100 000 invånare uppdelat på olika typer av ersättningsystem samt bredd i åtagande (antal observationer).

Bredd i vårdvalet	Andel fast ersättning			Total
	Mindre än hälften	Stor andel	Mycket stor andel	
1	2,5 (2)	1,0 (6)	2,2 (7)	1,7 (15)
2		2,3 (6)	2,2 (2)	2,3 (8)
3		5,3 (7)	5,3 (8)	5,3 (15)
4		1,4 (12)	3,4 (5)	2,0 (17)
5		2,0 (11)	1,3 (4)	1,8 (15)
Total	2,5 (2)	2,2 (42)	3,3 (26)	2,6 (70)

Källa: OmVård.se (2011), Konkurrensverket (2011)

En hypotes är att antalet nyetableringar är lägre ju bredare uppdraget att driva en vårdcentral är. Denna hypotes styrks dock ej av dessa data. Även om det skett allra minst etableringar i regioner med lägsta möjliga bredd, har det skett ungefär lika många nyetableringar där bredden är största möjliga. Flest nyetableringar har skett där bredden på åtagandena ligger på en mittennivå.

3 Sambandsanalys

I detta kapitel analyseras sambanden mellan å ena sidan inträde av nya privata aktörer och de möjliga förklarande variabler som presenterades i föregående kapitel. Nyinträdet mäter vi som antal nya privata vårdcentraler per 100 000 invånare” vilket aggregeras till A-regionnivå. De förklarande variablerna har samlats in på lägsta möjliga nivå, företrädesvis kommun- eller landstingsnivå.

Vi börjar i avsnitt 3.1 att se närmare på några parvisa, s.k. bivariata, samband. Exempelvis hur nyinträdet och olika mått på konkurrensneutralitet och kvalitet ser ut. I avsnitt 3.2 presenteras resultaten av själva sambandsanalysen – vi utgår från en modell där nyinträdet förklaras av alla relevanta faktorer samtidigt.

Avslutningsvis i avsnitt 3.3 presenteras några rön från en rad intervjuer med företag och landsting som genomförts för att söka finna mer information om vad som ligger bakom företagens uppfattningar om bristande konkurrensneutralitet mellan egen regi och privata vårdcentraler.

3.1 Bivariata samband

Vi redovisar de bivariata sambanden i två olika delar. I den första delen analyseras sambandet mellan nyinträde och företagens uppfattningar om konkurrensneutraliteten i respektive landsting. Dessa uppgifter baseras på den enkätundersökning som Vårdföretagarna genomförde under maj 2011 om vårdföretagares syn på hur marknaden fungerar ur ett konkurrensperspektiv.¹

De svarande har i enkäten först fått ange huruvida de anser att de konkurrerar på samma villkor som vårdgivare inom offentlig sektor. De som svarat ”Ja” på denna fråga har i enkäten sedan fått svara på ett antal följdfrågor om sin syn på de eventuella problemen. De som svarat ”Nej” på frågan har inte fått följdfrågor.

I den andra delen av detta avsnitt redovisas sambanden mellan nyinträde och övriga faktorer som kan ha ett förklaringsvärde.

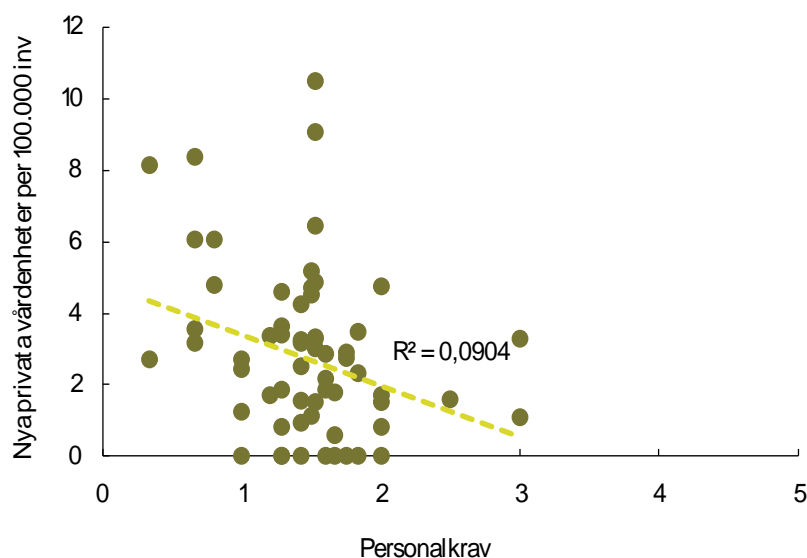
¹ Mer information om denna data finns i Bilaga 2

3.1.1 Variabler som beskriver konkurrenssituationen

Ett upplevt problem bland företagare rör de uppställda kraven på personalen. Har det något samband med etableringsmönstren? Bild 3.1 beskriver ett negativt samband mellan dessa två variabler.

I regioner där man anser att krav på bemanning eller special kompetens är ett relativt sett större problem har färre nyetableringar skett. Korrelationskoefficienten är $-0,30$, vilket tyder på ett relativt tydligt samband. I landsting där företagen menar att personalkraven utgör ett problem är således också graden av nyetableringar av privata vårdcentraler lägre.

Bild 3.1 Samband mellan personalkrav och nyetableringar



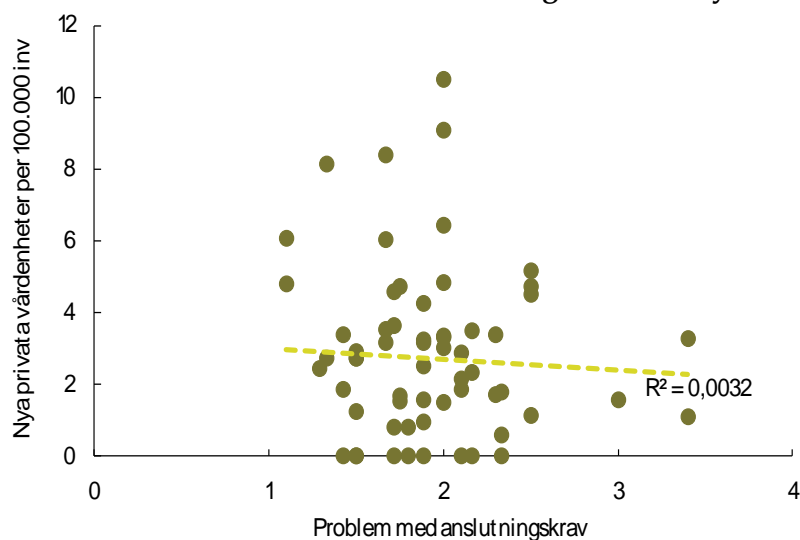
Källa: OmVård.se (2011), Vårdföretagarna (2011)

Not: Korrelationskoefficient: $-0,30$

Frågeställning: Hur upplever du följande konkurrensproblem: *Krav på bemanning eller speciell kompetens hos personalen*. Ange på en skala 1-4, där 1 = ett litet problem och 4=ett mycket stort problem. 0=Vet ej/berör inte mig

I Bild 3.2 tecknas visar nyinträde och i vilken grad företagen upplever krav på anslutning till landstingens administrativa system som ett konkurrensneutralitetsproblem. Det finns en tendens till ett negativt samband, som dock är svagt. Korrelationen är $-0,05$.

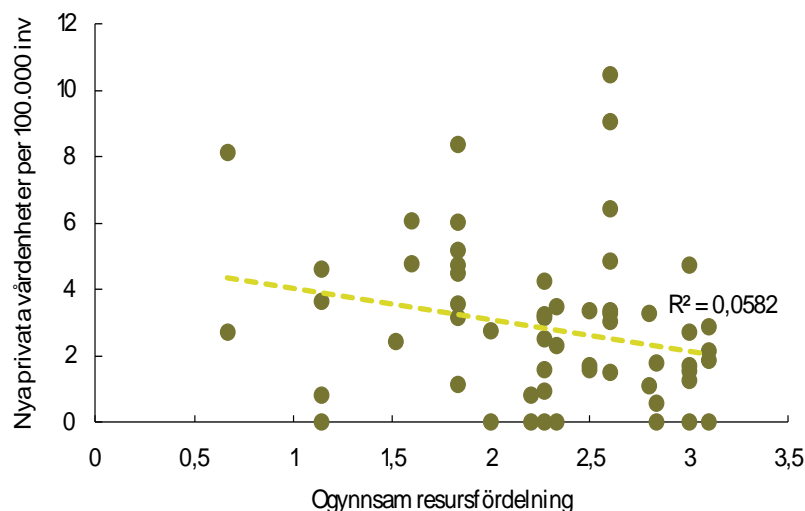
I Bild 3.3 visas sambandet mellan nyinträde av privata vårdcentraler och hur stort företagen anser att problemet med ogynnsam resursfördelning mellan privat och offentlig verksamhet är. Det finns en något starkare tendens till ett negativt samband här, vilket tyder på att det sker färre nyetableringar i regioner där vårdföretagare anser att privata vårdcentraler missgynnas i resursfördelningen jämfört med offentliga vårdcentraler.

Bild 3.2 Samband mellan anslutningskrav och nyetableringar

Källa: OmVård.se (2011), Vårdföretagarna (2011)

Not: Korrelationskoefficient: -0,05

Frågeställning: Hur upplever du följande konkurrensproblem: *Krav på anslutning till administrativa system (journalssystem, IT-system, laboratorium etc)*. Ange på en skala 1-4, där 1 = ett litet problem och 4=ett mycket stort problem. 0=Vet ej/berör inte mig

Bild 3.3 Samband mellan ogynnsam resursfördelning och nyetableringar

Källa: OmVård.se (2011), Vårdföretagarna (2011)

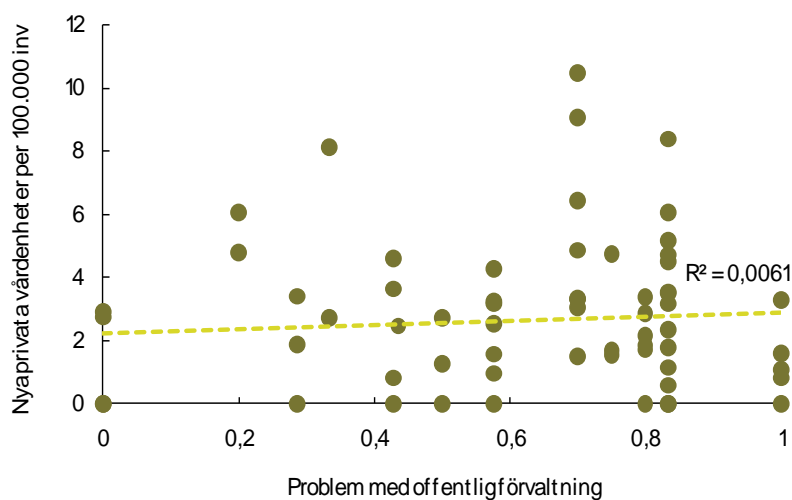
Not: Korrelationskoefficient: -0,18

Frågeställning: Hur upplever du följande konkurrensproblem: *Att offentliga resurser fördelas olika mellan offentlig och privat verksamhet*. Ange på en skala 1-4, där 1 = ett litet problem och 4=ett mycket stort problem. 0=Vet ej/berör inte mig

Bild 3.4 beskriver sambandet mellan hur vårdföretagare upplever bemötande från förvaltning och tjänstemän och antal nyetableringar. Vårdföretagarna har här fått svara antingen ja eller nej på huruvida man anser att bristande konkurrensneutralitet kan bero på misstänksamhet och ovilja hos förvaltning och

tjänstemän. En rimlig hypotes är att ett sämre upplevt bemötande leder till färre nyetableringar. Något sådant samband föreligger dock ej.

Bild 3.4 Samband mellan problem med offentlig förvaltning och nyetableringar



Källa: OmVård.se (2011), Vårdföretagarna (2011)

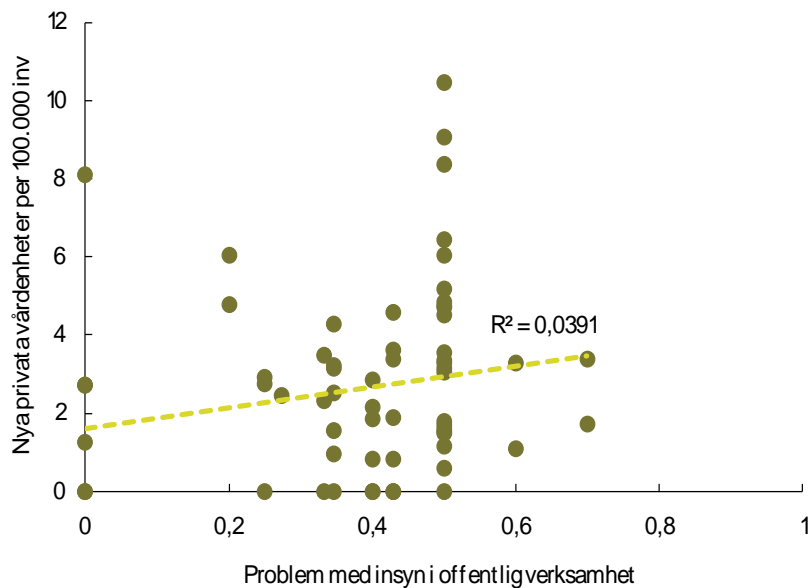
Not: Korrelationskoefficient: 0,07

Frågeställning: *Tror du att den bristande konkurrensneutraliteten kan bero på misstänksamhet och ovilja hos förvaltning och tjänstemän?* Dummyvariabel där ja=1, nej=0

I Bild 3.5 visas sambandet mellan nyinträde och företagens upplevda problem med bristande insyn i offentlig verksamhet. Vårdföretagarna har här svarat antingen ja eller nej på frågan om man anser detta vara ett problem. Här ser vi ett positivt samband mellan variablerna, visserligen svagt, men som ändå pekar på att företagens syn på i vilken grad de konkurrerar på lika villkor med vårdgivare i offentlig regi inte alla gånger har något entydigt samband med i vilken utsträckning nya vårdaktörer träder in på marknaden för primärvård.

Däremot när man mäter företagens uppfattningar om hur villkoren förändrats framgår ett något tydligare samband, se Bild 3.6. Ju sämre företagen anser att deras villkor utvecklats jämfört med egen regi, desto lägre nyinträde. Men återigen är sambanden inte entydiga.

Bild 3.5 Samband mellan bristande insyn i offentlig verksamhet och nyetableringar

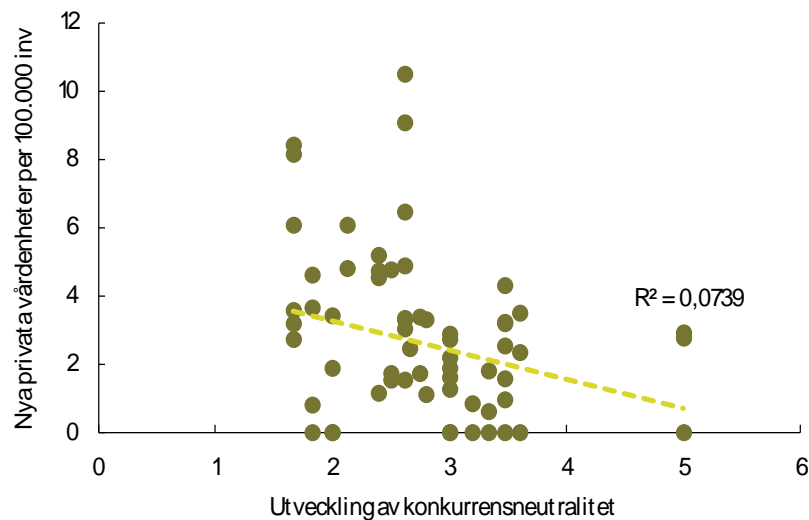


Källa: OmVård.se (2011), Vårdföretagarna (2011)

Not: Korrelationskoefficient: 0,19

Frågeställning: *Tror du att den bristande konkurrensneutraliteten beror på bristande insyn i kommuners och landstings verksamhet?* Dummyvariabel där ja=1, nej=0

Bild 3.6 Samband mellan utveckling av konkurrensneutralitet och nyetableringar



Källa: OmVård.se (2011), Vårdföretagarna (2011)

Not: Korrelationskoefficient: -0,27

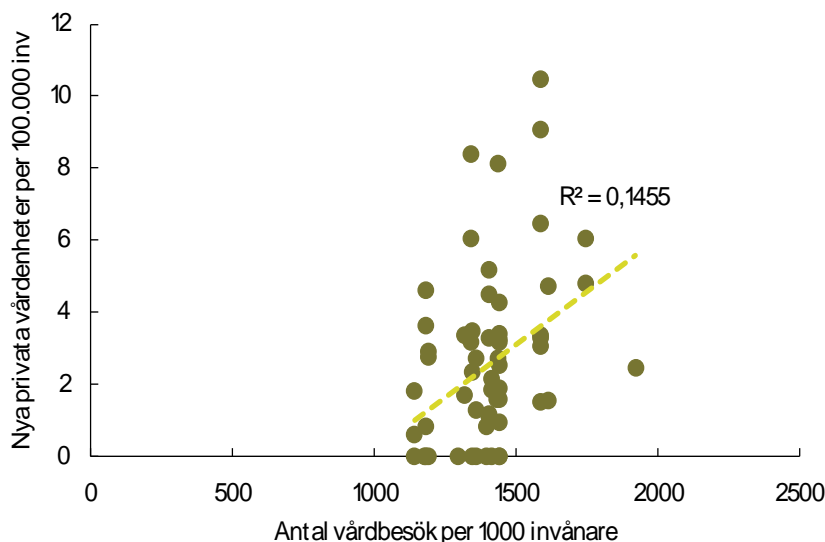
Frågeställning: *Hur tycker du att konkurrensneutraliteten mellan privata och offentliga vårdgivare har förändrats under de två senaste åren?* 1=Det har blivit mycket bättre, 2=Det har blivit något bättre, 3=Ingen skillnad, 4=Det har blivit något sämre, 5=Det har blivit mycket sämre

3.1.2 Övriga variabler

Förutom företagens uppfattningar om konkurrensneutralitet har en lång rad andra faktorer betydelse för nyinträdet, vilket diskuterats ovan. Vi delar in dessa i nivåkrav, inträdeshinder och incitament. Vi ser närmare på några av dessa i detta avsnitt.

Till att börja med ställer vi oss frågan om antal vårdbesök är något som kan tilldra sig mer nyinträde. I Bild 3.7 ser vi förhållandet mellan antalet vårdbesök och nyetableringar av privata vårdcentraler per 100 000 invånare. Ett tydligt positivt samband framgår: i regioner med relativt många vårdbesök har det skett fler nyetableringar av privata vårdcentraler.

Bild 3.7 Samband mellan antal vårdbesök inom primärvård per 1 000 invånare och nyetableringar



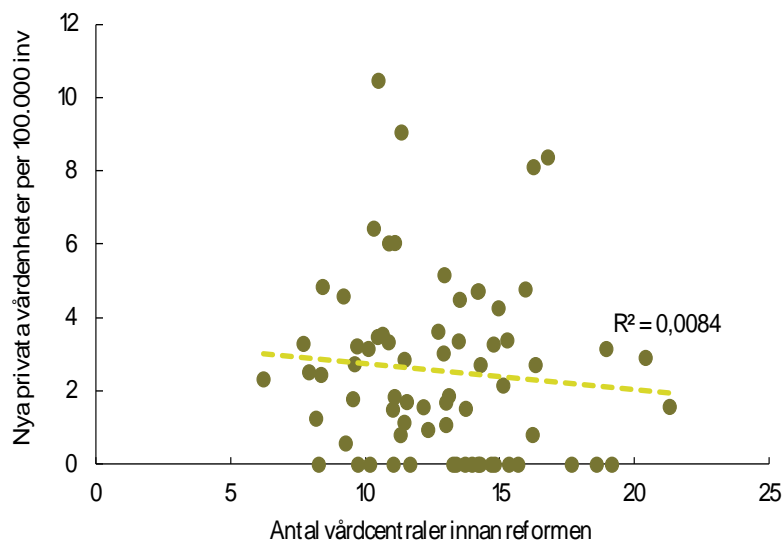
Källa: OmVård.se (2011), SKL (2011b), Tabell V6.1

Not: Korrelationskoefficient: 0,38

Förutom antalet vårdbesök, ett grovt mått på efterfrågan på vårdcentraler, är sannolikt antalet vårdcentraler redan är på plats av betydelse för de privata alternativens önska att träda in på marknaden. En hypotes är att nyetableringar av privata vårdcentraler främst sker där det finns relativt få redan etablerade vårdgivare.

Bild 3.8 visar sambandet mellan nyetablerade privata vårdcentraler och antal vårdcentraler innan vårdreformen (både offentliga och privata). Sambandet är som förväntat negativt, ju fler vårdcentraler som är etablerade innan vårdvalet desto färre nyetableringar. Dock är sambandet inte alltför starkt, korrelationskoefficienten är -0,09.

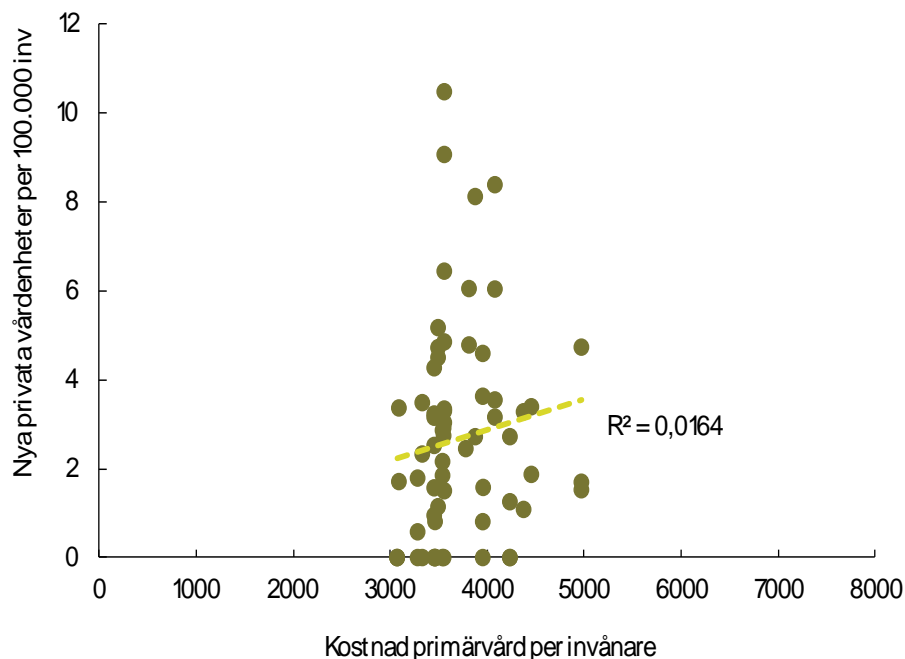
Bild 3.8 Samband mellan antal privata vårdcentraler innan vårdvalet och nyetableringar



Källa: OmVård.se (2011),

Not: Korrelationskoefficient: -0,09

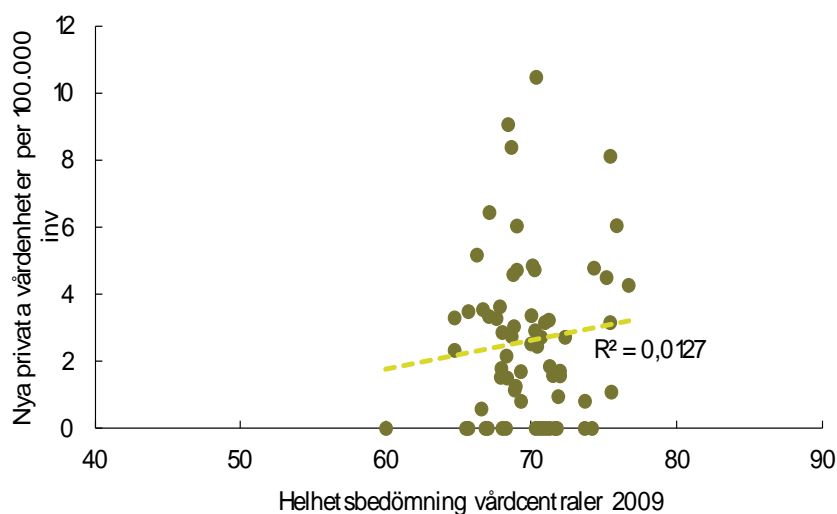
Finns något samband mellan graden av nyetableringar och kostnaden för primärvård i respektive region? Landsting med högre kostnader för primärvård kan tänkas ha högre ersättningsnivåer för vårdcentralerna. Bild 3.9 visar hur sambandet mellan kostnaden för primärvård och antal nyetableringar ser ut. Den redovisade kostnaden beskriver de totala kostnaderna för primärvård inom respektive landsting, exklusive primärvårdsansluten hemsjukvård och läkemedel. Sambandet är svagt, med en tendens till positivt.

Bild 3.9 Samband mellan kostnad för primärvård och antal nyetableringar

Källa: OmVård.se (2011), Tabell E39 - Nettokostnad för primärvård, exklusive läkemedel inom läkemedelsförmånen, 2010 (kr/inv)

Not: Korrelationskoefficient: 0,06

Kvalitet är en annan viktig faktor. En enkel hypotes är att nya vårdcentraler öppnas i områden där kvaliteten på de befintliga vårdcentralerna är relativt sett lägre. Detta för att få bättre förutsättningar för att konkurrera med en högre kvalitet och därigenom kunna locka till sig fler invånare. Något sådant samband framgår emellertid ej av Bild 3.10. Tvärtom förefaller grogrunden för nya företag vara bättre där den patientupplevda kvaliteten också är högre.

Bild 3.10 Samband mellan helhetsbedömning och antal nyetableringar

Källa: OmVård.se (2011), Not: Korrelationskoefficient: 0,11

3.2 Multivariata samband

Enkla parvisa samband kan ha ett värde när det gäller att närma sig komplexa samband. Samtidigt har de en inneboende svaghet i att de är känsliga för bakomliggande samband som kan störa bilden. I detta avsnitt skattar vi en regressionmodell där vi låter flera faktorer samtidig påverka nyträdet av privata vårdcentraler.

Vi utgår från att nyinträdet förklaras av en rad förutsättningar som gäller för nya företag. Förutsättningarna är kategoriserade som inträdeshinder, nivåkrav, och incitament. Inträdeshindren och nivåkraven förväntas leda till färre nyetableringar, medan incitamenten förväntas leda till fler nyetableringar.

Modellen illustreras i Bild 3.11.

Bild 3.11 Vad påverkar nyinträde av privata vårdcentraler?



$$\text{Nyföretagande} = f(\text{inträdeshinder}, \text{nivåkrav}, \text{incitament})$$

(-) (-) (+)

Källa: Copenhagen Economics

Regressionsanalysen utgår som vår schematiska modell i Bild 3.11 och de variabler som framgår av Tabell 3.1.

Vi kommer att estimerar linjära samband där varje förklarande variabel kan påverka det relativa antalet nyetableringar av privata vårdcentraler. Effekten bestäms av parameterkoefficienten, och precisionen i skattning för varje variabel framgår av dess så kallade standardfel. Om standardfelet är tillräckligt litet jämfört med parameterestimatet kan vi statistiskt testa hypotesen för varje enskild förklarande variabel om den har en säkerställd effekt på nyinträdet. Vi redovisar även det så kallade R^2 -värdet, som beskriver andelen variation som förklaras av de oberoende variablerna.

Tabell 3.1 Faktorer som påverkar etableringen av privata vårdmottagningar

Inträdeshinder		Nivåkrav	Incitament
Strukturella	Strategiska		
Listningsprinciper		Krav på anslutning av administrativa system	Andel fast ersättning
Landstingens inköpsandel från privata vårdföretag		Krav på personalkompetens	Landstingens nettokostnad för primärvård
Misstänksamhet och ovilja hos förvaltning och tjänstemän		Krav på bredd i uppdraget	Antal vårdcentraler före reformen
Bristande insyn i offentlig verksamhet			Vårdtyngd (Antal vårdbesök)
Utveckling av konkurrensneutralitet			Kvalitet hos befintliga vårdcentraler
Orättvis resursfördelning			

Källa: Copenhagen Economics

De estimerade modellerna redovisas i Tabell 3.2 nedan.

Av de olika variabler som beskriver listningsprincipernas påverkan på antalet nyetableringar är det endast en som visar signifikans i den slutliga modellen (Modell 3). Vi kan se att i regioner där privata företag blivit tilldelade en viss andel av de listade patienterna finns en signifikant, positiv, effekt. Det sker fler nyetableringar i regioner som anammat dessa listningsprocedurer än i landsting som har andra listningsprinciper. Variablerna som beskriver de olika listningsprinciperna för nyinflyttade och nyfödda visar ingen signifikans.

Gällande variablerna som uppskattar nivån på konkurrensneutralitet i respektive region visar vissa signifikans, medan andra verkar vara utan förklarande värde i modellerna. I den slutliga modellen visar tre olika variabler en signifikant effekt.

Misstänksamhet och ovilja hos förvaltning och tjänstemän och krav på personalkompetens är variabler som visar en negativ, signifikant effekt. I regioner där man ansett att dessa två variabler inneburit problem för en konkurrensneutral marknad har det skett relativt få nyetableringar.

Brist på insyn i offentlig verksamhet samt orättvis resursfördelning visar inga signifikanta effekter i modellen. Inte heller utvecklingen av konkurrensneutralitet visar i modellen något signifikant effekt.

Tabell 3.2 Regressionsresultat

Förklarande variabel	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Passiv listning där nyetablerade får en andel vid införande av valfrihetsreform	9,5** (3,5)	2,95** (0,80)	1,69** (0,53)
Passiv listning där nyetablerade INTE får en andel vid införande av valfrihetsreform	9,3** (3,8)	1,79* (0,99)	
Listning nyinfl / nyfödda enligt närhetsprincipen 2010	-1,1 (1,2)		
Listning nyinfl / nyfödda genom aktiva val 2010	4,2 (3,0)		
Bristande insyn i offentlig verksamhet	12,9** (4,7)	3,7* (2,2)	
Misstänksamhet och ovilja hos förvaltning och tjänstemän	-6,7** (2,3)	-2,9** (1,1)	-2,8** (1,1)
Krav på personalkompetens	-3,0* (1,6)	-3,13** (0,70)	-2,86** (0,65)
Krav på anslutning av administrativa system	1,5 (1,8)	2,48** (0,78)	2,78** (0,68)
Orättvis resursfördelning	1,3 (1,2)		
Utveckling av konkurrensneutralitet	-0,4 (1,0)		
Antal vårdbesök per 1.000 invånare	0,08** (0,003)	0,005** (0,002)	0,004** (0,002)
Kostnad primärvård per invånare	-0,002 (0,002)		
Helhetsbedömning vårdcentraler 2009	0,12 (0,08)		
Antal vårdcentraler före reformen	-0,030 (0,08)		
Mycket stor andel fast ersättning	-0,40 (0,95)		
Dummy för införande av LOV 2010	2,88 (1,84)		
Konstant	-18 (12)	-5,8 (3,7)	-2,6 (2,9)
R ²	0,485	0,378	0,342
Observationer	64	68	68

Not: Beroende variabel: Antal privata vårdmottagningar per 100 000 invånare som etablerats efter vårdvalets införande. * = signifikant på 10%-nivån ** = signifikant på 5%-nivån. Standardavvikelse inom parentes. 2 regioner utgår från modell 2 och 3, Norrtälje samt Visby, då det inte finns data för dessa i Vårdföretagarnas data gällande konkurrensneutralitet. I första modellen utgår även fyra regioner i Norrbotten då inga kvalitetsmätningar genomförts där under 2009.

Vi kan dock se ett positivt och signifikant samband mellan problem med krav på anslutning till administrativa system och antal nyetableringar, vilket kan verka märkligt. Möjligtvis kan detta exempelvis bero på att man, även om man anser att anslutningskrav till administrativa system innebär onödigt krångel, ser att samarbetet mellan andra vårdcentraler blir enklare om krav på anslutning till administrativa system föreligger, vilket kan leda till fler nyetableringar. Vi kommer i följande avsnitt att följa upp resultaten som dessa konkurrensneutralitetsvariabler påvisar.

Av övriga variabler är det enbart antal vårdbesök som visar en signifikant effekt i den slutliga modellen. Ju fler invånare som söker sig till primärvård, desto fler nyetableringar.

3.3 Vad påverkar nyinträdet av privata vårdcentraler?

Vilka slutsatser kan vi då sammanfattningsvis dra av den kvantitativa analysen? I Tabell 3.3 nedan sammanfattas resultaten.

Vi förväntar oss att att en listningsprincip där privata nyetablerade vårdcentraler får en viss andel av patienterna vid införande av valfrihetssystem bör vara relativt attraktivt för vårdföretag att etablera sig i eftersom det förenklar för företagen att snabbt kunna bygga upp en bas med listade patienter.

De parvisa sambanden för listningsprinciperna visar en positiv effekt för regioner där privata vårdcentraler fått en andel av invånarna listade hos sig. Vi kunde även se att relativt många vårdcentraler etablerat sig där listning av nya invånare endast sker efter aktiva val. Den multivariata analysen visar dock att den enda listningsprincip som ger en signifikant, positiv effekt är där invånare passivt listas vid nyetablerade vårdcentraler vid övergång till valfrihetssystem.

Vi drar därmed slutsatsen att listningsprinciper har haft sin största betydelse för nyinträdet vid övergången till ett valfrihetssystem, men att betydelsen inte förefaller vara lika avgörande idag.

Vad gäller företagens uppfattningar om konkurrensvillkoren jämfört med offentliga vårdgivare är bilden mer spridd.

När det gäller personalkrav är sambanden starkast. Då företagen upplever att personalkraven utgör ett problem ser vi ett lägre nyinträde av privata vårdcentraler. Sambandet bekräftas av såväl bivariat som multivariat analys.

Tabell 3.3 Sammanfattning av den kvantitativa analysen

Förklarande variabel	Resultat
Passiv listning där nyetablerade får en andel	Starkt positivt samband. Positivt samband enligt både de bivariata analyserna och regressionsmodellen.
Nyinflyttade / nyfödda listas genom aktiva val	Visst positivt samband. Bivariata analysen tyder på ett samband som ej bekräftas i regressionsmodellen.
Misstänksamhet och ovilja hos förvaltning och tjänstemän	Visst negativt samband. Inget samband i den bivariata analysen men däremot i regressionsmodellen.
Krav på personalkompetens	Starkt negativt samband. Negativt samband enligt både de bivariata analyserna och regressionsmodellen.
Krav på anslutning av administrativa system	Visst positivt samband. Inget samband i den bivariata analysen men däremot i regressionsmodellen.
Antal vårdbesök	Starkt positivt samband. Positivt samband enligt både de bivariata analyserna och regressionsmodellen.
Kostnad primärvård per invånare	Inget tydligt samband i varken bivariat analys eller i regressionsmodellen
Helhetsbedömning vårdcentraler 2009	Visst positivt samband. Bivariata analysen tyder på ett samband som ej bekräftas i regressionsmodellen.
Antal vårdcentraler etablerade före reformen	Inget tydligt samband i varken bivariat analys eller i regressionsmodellen

Vi drar således slutsatsen att kravställandet från landstingens sida har en tydlig påverkan på viljan hos privata aktörer att etablera vårdcentraler. För högt ställda krav förefaller leda till att nyinträdet blir lågt.

När det gäller övriga aspekter av bristande konkurrensneutralitet, såsom misstänksamhet hos tjänstemän och krav på anslutning till administrativa system, är sambanden svagare och inte lika entydiga. Noterbart är att krav på anslutning till administrativa system har en positiv effekt på nyinträde i den multivariata modellen, vilket kan tyda på att detta även medför vissa fördelar i verksamheten.

Bland de övriga variablerna ser vi ett tydligt positivt samband mellan antal vårdbesök och nyinträde av privata vårdcentraler. De förefaller således som efterfrågan på primärvårdstjänster kan stimulera nyinträde, vilket i sin tur kan tyda på att ersättningssystemen, trots den höga andelen fast ersättning i många landsting, ändå förmår att styra nyinträdet till de områden där behoven är som störst.

Kostnader för primärvård per invånare har inget påvisbart samband med nyinträde, liksom den patientupplevda kvaliteten och antalet vårdcentraler som var etablerade före valfrihetsreformen.

3.4 Betydelsen av mångfald för kvaliteten

För att kasta ytterligare ljus över kvalitetsdimensionen genomfördes i den föregående studien (Konkurrensverket 2010a) en begränsad regressionsanalys av patienternas helhetsintryck som funktion av antalet privata respektive offentliga vårdcentraler per invånare.

Frågan som ställdes var således om patienternas helhetsintryck av vårdcentralerna förbättrades ju fler de var. En följdfråga var om denna effekt var lika för privata som offentligt drivna vårdcentraler.

Resultaten visade att helhetsintrycket hade ett tydligt samband med det relativa antalet vårdmottagningar. Både privata och offentliga vårdcentraler gav bättre helhetsbedömning hos patienterna. För varje extra privat vårdmottagning ökade helhetsintrycket med en poäng, jämfört med strax under en halv poäng för varje extra offentlig vårdmottagning.

Slutsatsen då var alltså att en extra privat vårdmottagning bidrog med dubbelt så mycket till patienternas helhetsintryck av primärvården i landstinget jämfört med en extra offentlig vårdmottagning. Denna skillnad befanns var statistiskt signifikant.

När vi nu genomför samma analys och lägger till ytterligare ett års erfarenhet med valfrihetsreformen ser vi att denna skillnad mellan privata och offentliga vårdcentraler har reducerats. Den är inte heller längre signifikant, se Tabell 3.4. Dessutom har effekten i stort sett halverats.

Tabell 3.4 Helhetsbedömning 2010 som funktion av antal vårdcentraler

Förklarande variabel	Modell 4
Konstant	70,4** (3,6)
1. Relativt antal privata vårdcentraler	0,386** (0,10)
2. Relativt antal offentliga vårdcentraler	0,233** (0,11)
3. Kostnad primärvård per invånare	-0,001 (0,001)
Antal observationer	58
R ²	0,16
Prob (1=2) > F	0,31

Not: * = signifikant på 10%-nivån ** = signifikant på 5%-nivån

En slutsats är att den mångfald som nu har växt fram kraftigt har bidragit till en ökat kvalitet i såväl privata och offentliga vårdcentraler. Privata alternativ utmanar offentliga och båda ökar sin kvalitet gentemot patienterna. Detta understryker,

enligt vår bedömning, värdet av mångfald i utbudet av vårdgivare inom primärvård.

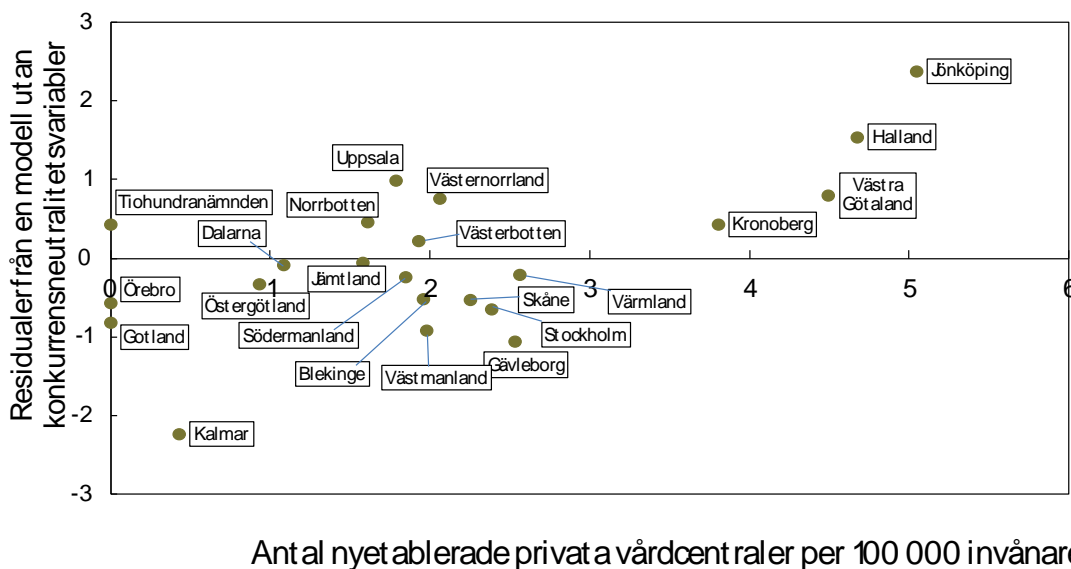
3.5 Regional spridning av konkurrensneutralitet

Det konkurrensneutralitetsmått som användes i den modell som skattades i Tabell 3.2 har en inneboende svaghet i att det baseras på företagens uppfattningar. I detta avsnitt närmar vi oss frågan om konkurrensneutralitetens betydelse för nyinträde från en annan vinkel.

Vår utgångspunkt är regressionsmodellen i Tabell 3.2. Vi har använt en variant av Modell 1, där vi låtit de variabler som representerar konkurrensneutraliteten i respektive region utbli. Vi återskapar alltså en liknande modell, men lyfter ur variablerna "Bristande insyn i offentlig verksamhet", "Misstänksamhet och ovilja hos förvaltning och tjänstemän", "Krav på personalkompetens", "Krav på anslutning till administrativa system", "Orättvis resursfördelning" samt "Utveckling av konkurrensneutralitet". Det som återstår är en modell som tar hänsyn till vissa generella inträdeshinder, nivåkrav och incitament, men inte förklaringar som har sin grund i konkurrensneutralitet

Vi kan använda denna modell att för att prediktera nivån på nyinträdet och jämföra detta värdet med de faktiska nyinträdet. Differensen däremellan är en felterm, s.k. residual. Om vi antar att denna felterm i övervägande del representerar skillnader i konkurrensneutralitet mellan landsting kan vi jämföra denna över riket. Det gör vi i Bild 3.12.

Bild 3.12 Residualer och nyinträde



En försiktig tolkning är att värdet noll längs den horisontella axeln representerar en genomsnittlig nivå på konkurrensneutralitet i Sverige. Landsting som ligger under har en nivå på inträdet av privata vårdcentraler som ligger under det förväntade

värdet givet övriga faktorer. Det, menar vi, kan bero på bristande konkurrensneutralitet.

Slutsatsen från detta diagram är således att landsting såsom Jönköping, Halland och Uppsala har förhållandevis låga problem med konkurrensneutralitet, lägre än riket i genomsnitt. I den andra änden av skalan ligger landsting som Kalmar, Västmanland och Gävleborg. Kalmar skulle kunna se ett ökat nyinträde med upp till två vårdcentraler per 100 000 invånare givet att nivån på konkurrensneutraliteten nådde riksgenomsnittet.

Vi vill återigen understryka att dessa resultat skall tolkas indikativt och försiktigt då de är föremål för betydande osäkerhet.

3.6 Intervjuer

För att försöka närmare beskriva det som företagen i undersökningar upplever som bristande konkurrensneutralitet har några intervjuer med företag och landsting genomförts. Vi utgår i våra intervjuer från vad som har framkommit i tidigare studier på området.

Vi har valt Region Skåne, Blekinge samt Jämtland för dessa intervjuer. De två första ligger under riksgenomsnittet vad gäller konkurrensneutralitet givet den analys som genomfördes i föregående avsnitt. Jämtland ligger på riksgenomsnittet.

Vårdföretagarnas enkät visar att förutsättningarna för lika konkurrens har förbättrats sedan vårdvalets införande, men att det fortfarande finns skillnader i villkor. Tidigare studier visar att bland annat landstingens dubbla roller som producent och beställare av vårdtjänster tycks påverka förutsättningarna för konkurrens, vilket även framkommer i våra intervjuer med vårdföretagen. Ersättningsnivåer och misstankar om att landstingens vårdenheter ej bär sina egna kostnader till fullo upplevs som problem. I intervjuerna med företagen lyfts emellertid praktiska förhållanden som administration, IT och journalsystem, fram.

3.6.1 Företagens uppfattningar i tidigare undersökningar

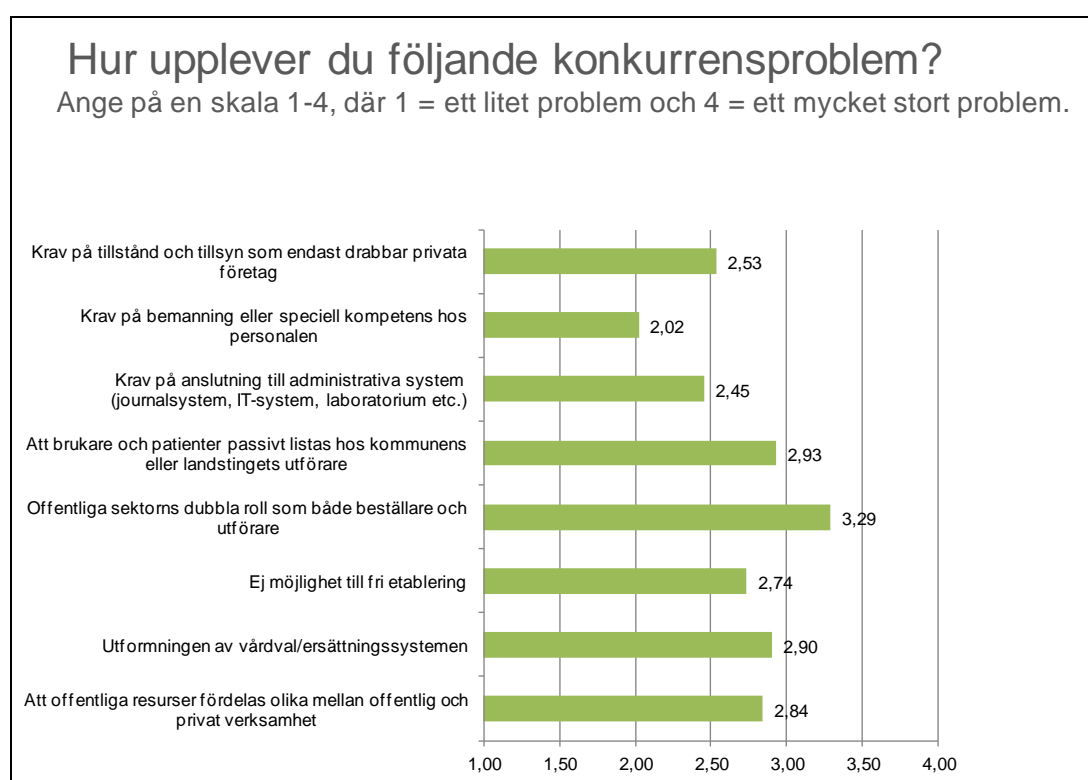
Det har i vissa sammanhang påståtts att nyinträde motarbetas lokalt av landsting/kommuner genom att inte likabehandla egen regi och privata vårdcentraler.

I Vårdföretagarnas (2011) enkät angav majoriteten av respondenterna att de inte tycker sig konkurrera på samma villkor som vårdgivare i den offentliga sektorn, och 77 procent svarade att bristande konkurrensneutralitet är ett ganska stort till mycket stort problem. Vi har fått ta del av rådata inklusive de öppna svaren i denna enkätundersökning.

Bland de angivna svarsalternativen upplevdes den offentliga sektorns roll som både beställare och utförare av vårdtjänster vara det största problemet för konkurrensen. Även system för passiv listning, utformning av ersättningsystem och ojämn fördelning av offentliga resurser har angivits som skäl till bristande konkurrensneutralitet, se Bild 3.12.

Av de tillfrågade privata vårdföretagen i Vårdföretagarnas enkät upplevde 45 procent sig ha andra krav på sig än vad landstingens vårdenheter har. De olika kraven märks bland annat enligt en respondent genom att man som privat företagare har större krav på inrapportering av kvalitetsarbete och redovisning, att rapportera in diagnoser/åtgärder till Socialstyrelsen.

Bild 3.12 Vårdföretagarnas enkät



Källa: Vårdföretagarna (2011)

Not: Antal svarande företag var 443. Dessa är verksamma inom samtliga vårdbranscher. Hälften är verksamma inom sjukvård, 20 procent inom äldreomsorg och 15 procent är verksamma inom personlig assistans.

En annan svarande angav att ansökningsförfarandet som privata vårdgivare måste genomgå har "mycket svåra regler". En respondent uppgav att vissa kommuner som är positiva till konkurrensutsättning ändå har större kvalitetskrav och tuffare uppföljning av privat verksamhet än av egenregin. Som exempel angavs att:

"En av våra verksamhetschefer sade; jag har varit chef här i nio år och aldrig fått en uppföljningsinspektion. Nu sedan xxx tog över har jag haft åtta besök på ett halvår."

Andra tycker att kraven i sig inte är olika, men att möjligheten att uppfylla dem skiljer sig markant då man som privat vårdföretagare ofta måste göra nyanställningar, investera i utbildning, mottagningsutrustning etc. vilket etablerade företag inte behöver.

Särskilda krav på bemanning eller speciell kompetens hos personalen inom privat vårdföretagande kan vara ett annat problem. En respondent i Vårdföretagarnas undersökning kommenterade att det för att vara chef i privat sektor krävs viss utbildning vilket inte gäller inom offentlig verksamhet. En annan respondent angav följande svar på frågan om vilket som var det största konkurrensproblemet för det egna företaget:

"Att mödravård; sjukgymnastik; arbetsterapi; ungdomsmottagning; dietist inte ingår i vårdvalet. Dessa resurser skall vara fria nyttigheter och konkurrensneutrala men är geografiskt belägna på offentliga vårdcentraler. Vi menar att detta är ett stort problem; då vi tvingas skicka våra patienter till de offentliga i vilket fall som helst. "

Landstingens dubbla roller som utförare och beställare av vård upplevs av många påverka konkurrensen negativt: problemet uppstår i de fall där dessa olika funktioner inte är tydligt åtskilda. Man påpekar ofta att landstinget står bakom systemet och kan ha svårt att förstå privata företags perspektiv, och att gamla kontakter påverkar beslutstagande.² Man påpekar dock i många fall att även om utfallet gynnar de offentliga är det inte på grund av motvilja mot privata företag, utan att landstingen arbetar för att förbättra situationen.

System för passiv listning har upplevts vara konkurrenshämmande i flera studier, framför allt den initiala listningen vid vårdvalets införande.³ Systemet har upplevts gynna de redan etablerade aktörerna, och framförallt vårdgivare som drivs i landstingets regi.⁴ Den listning som sker efter att vårdvalet har trätt i kraft – av nyinflyttade och nyfödda – har i de flesta landsting enligt Konkurrensverket skett på ett konkurrensneutralt sätt.⁵

Det framkommer i de intervjuer som Markör har gjort att de flesta vårdföretagare tror att inträdet av privata vårdföretagare kommer stagnera. Man tror också att det i framtiden kommer bli mer lönsamt att ta över en befintlig vårdcentral än att etablera en ny. Därför är en mer aktuell fråga vad som sker med listningen av patienter vid uppköp av befintliga vårdmottagningar; och vad som sker med patientstocken när en vårdcentral säljs eller läggs ner.

Övriga hinder som återfinns i de olika studierna presenteras i Tabell 3.5 nedan.

² Markör Marknad och Kommunikation AB, 2010

³ Tex. Vårdföretagarna 2011, Konkurrensverket 2010b

⁴ Vårdföretagarna 2010

⁵ Konkurrensverket 2010

Tabell 3.5 Möjliga hinder för jämlik konkurrens mellan offentliga och privata vårdcentraler

Hinder	Förklaring	Källa
Långsam förändring	Vårdvalsreformen är fortfarande ung; det tar tid att ändra systemet	Vårdföretagarna 2011
Olika varumärke och marknadsföring – patienter litar mer på landstingens vård	Kommuner och landsting har fler kanaler/färre initiala kostnader för marknadsföring	Vårdföretagarna 2011
Brist på information	Landstingen informerar ej om privata alternativ	Markör 2010
Bredd i uppdraget	Verkar konkurrenshämmande för små vårdföretag	Vårdföretagarna 2011
Landstingens anstalter bär ej alla kostnader	Vårdenheter subventioneras indirekt då de inte påförs samtliga kostnader för verksamheten	Konkurrensverket 2010b
Korssubventionering	Annan, icke-konkurrensutsatt verksamhet finansierar vårdenheter	Konkurrensverket 2010b
Olika momsregler		Vårdföretagarna 2011

Källa: Konkurrensverket 2010, Markör Marknad och Kommunikation AB 2010, Vårdföretagarna 2011

3.6.2 Intervjuer med företag

Utifrån ovanstående genomgång av tidigare undersökningar har vi avgränsat intervjuerna med företag till följande frågeställningar.

- Krav på tillstånd och tillsyn som drabbar privata företag i högre grad
- Krav på bemanning eller speciell kompetens hos personalen
- Krav på anslutning till administrativa system (journalssystem, IT-system, laboratorium etc.)
- Landstingens dubbla roller som beställare och producent av vård

De tre företag som har intervjuats har sina säten i Skåne, Blekinge och Jämtland med filialer i Kronoberg samt Halland. Vårdföretaget i Jämtlands läns landsting är nystartat sedan vårdvalet, medan vårdföretagen i Skåne och Blekinge fanns på plats innan vårdvalets införande.

- Krav på tillstånd och tillsyn som drabbar privata företag i högre grad

Till skillnad från tidigare undersökningar ansåg inte de tillfrågade att detta utgjorde ett problem.

- Krav på bemanning eller speciell kompetens hos personalen

Ett upplevt problem i Skåne och Blekinge var initialt i vårdvalet att det tilldelades utbildningsbidrag för utbildningsläkare endast på de offentliga vårdcentralerna. Att bli tilldelad ST-läkare med tillhörande utbildningsbidrag är viktigt för framtida läkarförsörjning, är utvecklande för de som skall vara handledare och är samtidigt en kostnadseffektiv arbetskraft. Den ansvarige för fördelningen har gynnat egen regi menar företagen. Det krävs även en studierektorsfunktion inom vårdföretaget som tar emot en utbildningsläkare, vilket man inte har underlag för i mindre organisationer. Efter påtryckningar på politiker och tjänstemän har Region Skåne gett direktiv att den offentliga vården måste sälja studierektorstjänster även till de privata vårdgivarna, men funktionen är inte placerad i en producentneutral del av deras organisation utan i primärvårdsorganisationen som samtidigt är privata vårdföretags största konkurrent.

Något som även nämndes var att bredden på åtagandena i Blekinge skapar inträdeshinder för mindre vårdgivare.⁶

- Krav på anslutning till administrativa system (journalssystem, IT-system, laboratorium etc.)

Ett av de större problemen i Skåne upplevs vara systemet för journalföring som implementeras i landstinget. De krav som ställs på privata företag gällande anslutning till ett gemensamt journalssystem försvåras av att systemet ännu inte finns tillgängligt. I och med hälsovalet fick alla vårdgivare, såväl privata som offentliga, ett direkt kostnadsansvar för samtliga laboratorie- och röntgenundersökningar, och man utlovade de privata vårdgivarna få tillgång till dessa uppgifter via en elektronisk tjänst, den så kallade Paraplyportalen.

Systemet skulle ha upphandlats och implementerats den 1:a maj 2009, dvs. före vårdvalsreformen. Idag tvingas man dubbelregistrera patienter i egna system och i landstingets vilket skapar merkostnader. De dubbla systemen är även tungrodda. Brandväggsystem och andra IT-lösningar gör att man inte lätt kan gå från det egna systemet till det andra. Ibland tvingas företag utföra undersökningar trots att de redan gjorts, vilket skulle ha kunnat undvikas med ett sammanhållet system. Problemet anmälades till Konkurrensverket, se Box 3.1.

⁶ I Blekinge har de privata vårdcentralerna krav att erbjuda barnhälsovård samt rehabilitering.

Box 3.1 Skrivelse till Konkurrensverket angående Hälsoval Skåne

Vårdföretagarnas regionala branschråd anmälde Region Skåne för

1. att man som privat vårdgivare inte haft tillgång till den sk Paraplyportalen med åtföljande extra kostnader för laboratorie- och röntgenundersökningar och
2. att man som privat vårdgivare har tvingats till ett merarbete i form av både registrering av patientkontakter i egna system (bl.a. för kassafunktionen) samt i Region Skånes WebPASIS, vilket är tvingande enligt ackrediteringsvillkoren.

Man ville att Konkurrensverket skulle ta ställning till om de angivna begränsningarna innebär bristande konkurrensneutralitet, samt om Region Skåne bör kompensera privata vårdgivare för merkostnader som uppstått på grund av den bristande konkurrensneutraliteten. I en komplettering till anmälan anges att de uppskattade merkostnaderna orsakade av de administrativa problemen uppgår till ca 30 miljoner kronor för hela Region Skåne.

Källa: Skrivelse Konkurrensverket 2011-10-25, Dnr 413/2011

- Landstingens dubbla roller som beställare och producent av vård

Landstingens dubbla roller som producent och beställare av vård anses vara ett fortfarande olöst problem. Däremot var det svårt att kunna peka på några konkreta exempel på hur detta gestaltar sig.

- Övrigt

Några menar att egen regi har en klar kostnadsfördel när det gäller lokalkostnader. Där nyetablerade, privata vårdföretag ofta måste investera stora belopp då man startar en ny vårdenheter har landstingen ofta en mer begränsad kostnad.

I intervjuerna med vårdföretagen anmärks det även på listningsförfarandet. Ny-startade företag i en del landsting får en andel passivt listade patienter, och vissa landsting har system där endast de patienter som aktivt väljer tillfaller en ny vård-enhet. Dessa är ofta vårdtyngda och kostar mer.

I samband med detta anmärks det också på processen vid nedläggning av en vård-enhet, och vad som händer med patienter som varit listade på denna enhet. Landstingen bedömer olika i denna fråga, och inom vissa landsting kan man sälja enheten tillsammans med patientlistan så att de listade patienterna tillfaller den nya vård-enheten.

I Blekinge, Skåne och Kronoberg fördelas patienterna enligt listningsprincipen till en geografiskt närliggande vård-enhet vid nedläggning, och den som övertar vård-enheten börjar verksamheten utan patientstock. Detta innebär att man inte kan begränsa kostnaderna för nedläggning genom att återfå en del av utgifter för marknadsföring etc., genom att sälja kundstocken.

3.6.3 Intervjuer med landsting

Intervjuerna med landstingen gav en del allmän information om hur valfrihetsreformen hanteras och vilka initiativ som planeras. Det var emellertid svårt att på ett mer konkret sätt gå till botten med påstådda konkurrensproblem hos enskilda landsting.

En kort sammanfattning av de viktigaste punkterna i intervjuerna med landstingen framgår nedan.

I Jämtland finns en tradition av privat vårdföretagande. När vårdvalet infördes i landstinget fanns tre privata vårdgivare som var kontrakterade av landstinget. Efter vårdvalsreformen har en ny vårdenhet startat.

Inom hälsovalet i Jämtlands län är de privata företagen små ekonomiska föreningar eller aktiebolag. Dessa har möjlighet att få extrainkomster och bidrag genom till exempel bygdemedel, de har större frihet att ta in avgifter till föreningen, starta företagshälsovård etc. Den offentligt drivna primärvården kan ha stordriftsfördelar då de ingår i "landstingskoncernen". De kan även få uppdrag inom landstinget som de privata företagen slipper.

I Blekinge har krav på bemanning och speciell kompetens hos vårdcentralerna varit föremål för diskussion. Det råder förhållandevis höga krav, något som gällde även innan införandet av vårdvalet. Det poängteras dock att det utöver de grundläggande kraven är upp till företagen att bestämma vilka tjänster de vill tillhandahålla. Det har inom landstinget diskuterats om det breda åtagandet är konkurrens-hämmande för små vårdgivare, enläkarstationer osv.

I ett fall finns det speciella reglerade krav på bemanning och personal i Blekinge, och det är när det gäller ST-läkare. För att tilldelningen av utbildningsläkare ska anses var helt konkurrensneutral borde alla ha möjlighet att tillsätta en ST-läkare. I Blekinge landsting diskuteras möjligheten att ge ekonomisk kompensation till de vårdgivare som inte har möjlighet att få en ST-läkare.

Inom Jämtlands läns landsting krav på privata företag att använda samma journal-system som landstinget använder. Varje privat vårdföretag har egen enhet inom journalsystemet och får för närvarande inte ta del av andras. Privata företag har uppfattat att agerandet inte är konkurrensneutralt då det sker på landstingens villkor. För små företag är den stora kostnaden att ansluta sig till Sjunet – ett kommunikationsnät för vård och omsorg. Man är medveten om problemet och söker nu en lämplig lösning på nationell nivå.

Organisatoriskt i landstinget ligger beställarfunktionen separerad från utförarfunktionen. Man ser inom landstinget inget problem i rollerna som beställare och utförare, då man inte innehar rollerna inom samma enhet. Problemet handlar mer om vilken roll den landstingsdrivna primärvården ska ha i förhållande till övriga frågor och vård inom landstinget. Detta problem uppstår när till exempel sjukhus-

personal – enheter utanför primärvården – i första hand vänder sig till landstingens primärvård med till exempel information om förändringar, då de inte känner till det nya systemet och de privata vårdföretagen. Att information når offentliga enheter först skapar en informationsobalans som snedvrider konkurrensen.

På tjänstemannasidan i Blekinge har man lyckats separera de dubbla rollerna som beställare och producent av vårdtjänster fullständigt, dock finns det tecken på att det på den politiska sidan inte är lika uppdelat. Det framkommer bland annat av en granskning som gjorts av Ernst & Young av hälsovalet i Blekinge. Systemet med passiv listning vilket har utpekats som konkurrenshämmande av privata företag i Blekinge har enligt rapporten skett på ett konkurrensneutralt sätt.

Box 3.2 Granskning av Hälsoval Blekinge

Granskningen av Hälsoval Blekinge gjordes med det övergripande syftet att bedöma vilka effekter införandet av vårdval hittills hade haft. Rapporten drar slutsatsen att listningsförfarandet i Blekinge "har genomförts på ett sätt som i alla fall inte har försvårat för nya aktörer att delta i Hälsovalet".

Man konstaterar att det inte går att komma ifrån att enheter som var etablerade i det gamla systemet i viss mån kunnat öka sin lista med patienter som gjort aktiva val inför Hälsovalsinförandet. Omfattningen bedöms dock som ringa och konkurrensneutraliteten har i stort sett hållit.

Det poängteras att det är viktigt för landstinget att särskilja rollen som beställare och utförare av egen regi, och att den valda organisationslösningen lever upp till detta krav. Man bedömer också att landstinget lyckats skilja på rollerna på tjänstemannanivå, dock kvarstår det på politisk nivå dubbla roller att hantera hos Landstingsstyrelsen.

Referenser

- Anell, A. (2008), Vårdval i primärvården - Modeller och utvecklingsbehov. Skriftserie 2008:1, Institutet för ekonomisk forskning vid Lunds universitet
- Anell, A. (2009), Vårdval i primärvården - Jämförelse av ersättningsprinciper och förutsättningar för konkurrens i sju landsting och regioner. Institutet för ekonomisk forskning vid Lunds universitet
- Carlton, Dennis W. och Jeffrey M. Perloff (1994), Modern Industrial Organization, Harper Collins
- Ernst & Young AB (2011), Granskning av Hälsoval Blekinge
- Frontier Economics (2006), Choice in the delivery of local government services. A report prepared for the Audit Commission, London
- Komplettering och förtydligande till skrivelse 2011-05-30
- Konkurrensverket (2009), Uppföljning av vårdval i primärvården. Förutsättningar och hinder. Delrapport 1
- Konkurrensverket (2010a), Vilken utformning av vårdvalssystem ger mest nyetableringar – Erfarenheter från valfrihetsreformen inom primärvård.
- Konkurrensverket (2010b), Uppföljning av vårdval i primärvården. Landstingens vårdvalssystem och erfarenheter. Delrapport 2
- Konkurrensverket (2011), Uppföljning av vårdval i primärvården. Valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar. Slutrapport
- Markör Marknad och Kommunikation AB (2009), Företagens förväntningar inför vårdvalssystemets införande. Rapport på uppdrag av Konkurrensverket
- Markör Marknad och Kommunikation AB (2010), Djupintervjuer om LOV - Valfrihetssystem inom primärvården. Rapport på uppdrag av Konkurrensverket
- McAfee R.P., Mialon M. M., och Williams M.A: (2003), What is a barrier to entry? Mimeo, Dept of Economics, University of Texas, available at: <http://www.mcafee.cc/Papers/PDF/Barriers2Entry.pdf>
- Skrivelse till Konkurrensverket från Vårdföretagarna, 2011-05-30

Sveriges Kommuner och Landsting (2011a),
Kommungruppsindelning 2011 – Revidering av Sveriges
Kommuner och Landstings kommungruppsindelning

Sveriges Kommuner och Landsting (2011b), Statistik om hälso- och
sjukvård samt regional utveckling 2010

Vårdföretagarna (2010), När konkurrensen sätts ur spel – villkor för
privat vård och omsorg

Vårdföretagarna (2011), Enkätundersökning Vårdföretagarpanelen

Bilaga 1 - Kommungrupper

Storstäder (3 kommuner)

Kommuner med en folkmängd som överstiger 200.000 invånare.

Förortskommuner tillorstäder (38 kommuner)

Kommuner där mer än 50 procent av nattbefolkningen pendlar till arbetet i någon annan kommun. Det vanligaste utpendlingsmålet ska vara någon av storstäderna.

Större städer (31kommuner)

Kommuner med 50.000-200.000 invånare samt en tätortsgrad överstigande 70 procent.

Förortskommuner till större städer (22 kommuner)

Kommuner där mer än 50 procent av nattbefolkningen pendlar till arbetet i en annan kommun. Det vanligaste utpendlingsmålet ska vara någon av de större städerna i grupp 3.

Pendlingskommuner (51 kommuner)

Kommuner där mer än 40 procent av nattbefolkningen pendlar till en annan kommun.

Turism- och besöksnäringkommuner (20 kommuner)

Kommuner där antalet gästnätter på hotell, vandrarhem och campingar överstiger 21 per invånare eller där antalet fritidshus överstiger 0,20 per invånare.

Varuproducerande kommuner (54 kommuner)

Kommun där 34 procent eller mer av nattbefolkningen mellan 16 och 64 år är sysselsatta inom tillverkning och utvinning, energi och miljö samt byggverksamhet (SNI2007)

Glesbygdskommuner (20 kommuner)

Kommun med en tätortsgrad understigande 70 procent och mindre än åtta invånare per kvadratkilometer.

Kommuner i tätbefolkad region (35 kommuner)

Kommun med mer än 300.000 personer inom en radie på 112,5 kilometer.

Kommuner i glesbefolkad region (16 kommuner)

Kommun med mindre än 300.000 personer inom en radie på 112,5 km.

Bilaga 2 – Vårdföretagarenkäten

- Undersökningen genomfördes med webenkäter 18-23 maj 2011 av Hero Kommunikation.
- Undersökningen gjordes i Vårdföretagarnas medlemspanel – Vårdföretagarpanelen
- Den svarande personen var i första hand VD eller den person VD gett i uppdrag att svara.
- Antal svarande företag var 443. Dessa är verksamma inom samtliga vårdbranscher. Hälften är verksamma inom sjukvård, 20 procent inom äldreomsorg och 15 procent är verksamma inom personlig assistans. I den kvantitativa delen av rapporten har endast svar från företag verksamma inom sjukvård använts.
- Enkäten kan nås på följande länk:
http://www.vardforetagarna.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive_FileID=70b6d4eb-15e2-46fc-b00a-deac435b73b1&MediaArchive_Force

Bilaga 3 – Intervjuade personer

3.6.4 Intervjuer företag

Jaan Timoleon, VD Hälsoringen Vård AB, 8/11- 2011

Anders Heimdahl, verksamhetschef Nya Närvården Strömsund och Hoting, 8/11-2011

Stefan Bremberg, Medicinsk rådgivare & Chefläkare Capio Citykliniken Södra Sverige, 16/11- 2011

3.6.5 Intervjuer landsting

Lena Weinstock-Svedh, projektledare vårdval Jämtlands läns landsting, 10/11-2011

Anders Hansell, uppdragsdirektör landstinget Blekinge, 11/11-2011

Carina Nordqvist Falk, chef för Enheten för Uppdragsstyrning av Patientprocesser i Vården, avtalsförvaltare och sakkunnig inom Hälsoval Skåne, 14/11- 2011



Adress 103 85 Stockholm

Telefon 08-700 16 00

Fax 08-24 55 43

konkurrensverket@kkv.se

www.konkurrensverket.se