



# Vilken utformning av vårdvalssystem ger mest nyetablering?

Erfarenheter från vårdvalsreformen inom primärvård

En rapport skriven av  
Karl Lundvall  
på uppdrag av Konkurrensverket

Uppdragsforskningsrapport: 2010:4  
Karl Lundvall  
ISSN-nr 1652-8069  
Konkurrensverket, Stockholm 2010

## Förord

I Konkurrensverkets uppdrag ligger bland annat att främja forskning på konkurrens- och upphandlingsområdet.

Konkurrensverket har gett fil. dr Karl Lundvall i uppdrag att belysa kommunernas och landstingens införande av vårdvalssystem i primärvården och hur detta kan öka valfriheten och stimulera etableringen av nya vårdföretag.

Till projektet har knutits en referensgrupp. Den har bestått Sofia Lundberg vid Umeå universitet, Olle Olsson och Lena Svensson, Sveriges kommuner och landsting, Ted Ekman, Almega samt Johan Hedelin, Stefan Jönsson och Joakim Wallenklint, samtliga vid Konkurrensverket.

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

Stockholm, november 2010

Dan Sjöblom  
Generaldirektör

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>5</b>
<b>Summary</b> .....	<b>6</b>
<b>1 Hinder för inträde och företagande</b> .....	<b>7</b>
1.1 Vad är ett inträdeshinder?.....	7
1.2 Nivåkrav och incitament .....	10
1.3 Vilka hinder är särskilt viktiga för primärvård?.....	12
<b>2 Tillgänglig empiri - vad vet vi?</b> .....	<b>16</b>
2.1 Företagen .....	16
2.1.1 Etableringsmönster .....	16
2.1.2 Företagens förväntningar .....	25
2.2 Beställarna, landstingen .....	30
2.2.1 Ersättningssystemen och bredden i vårdåtagandet .....	30
2.2.2 Listningsprinciperna och inköp från privata vårdföretag.....	32
2.3 Patienterna.....	36
<b>3 Sambandsanalys</b> .....	<b>39</b>
3.1 Vad påverkar vad? .....	39
3.2 Bivariata samband.....	41
3.3 Multivariata samband.....	46
3.4 Uppsummering – vilket vårdvalssystem ger flest vårdföretag? .....	50
<b>4 Fortsatt forskning</b> .....	<b>53</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>54</b>

## Sammanfattning

Vilken utformning av vårdvalssystem ger mest nyetablering av vårdmottagningar? Denna studie försöker besvara denna fråga så långt som möjligt med befintlig data.

Ett viktigt motiv för vårdvalsreformen inom primärvård som infördes 1 januari 2009 var att öka kvaliteten genom konkurrens mellan privata och offentliga vårdgivare och att invånarna skulle få fler alternativ att välja mellan.

Landstingen i Sverige ålades av statsmakterna att införa valfrihetssystem senast den 1 januari 2010 i primärvården. Man fick samtidigt relativt fria händer att bestämma den praktiska utformningen. I praktiken har landstingens vårdvalssystem därför kommit att utvecklas i olika riktning.

Vi finner, för det första, att principerna för invånarnas listning vid vårdcentralerna har betydelse för etableringsmönstret av privata vårdmottagningar. Ju lättare det är för en mottagning att tidigt få ett tillräckligt stort antal listade patienter, desto mer nyinträde. Ersättningsmodellerna däremot, i synnerhet balansen mellan fast och besöksrelaterad ersättning samt bredden i primärvårdsuppdraget, har mindre betydelse.

För det andra är företagens förtroende för att landstinget behandlar privata och offentliga aktörer konkurrensneutralt av stor betydelse. I landsting där en större andel av företagarna förväntar sig att privata företag missgynnas i vårdvalssystemet är nyetableringsgraden lägre.

För det tredje har en ökad nyetablering av privata vårdmottagningar ett positivt samband med landstingens kostnader för primärvård. En möjlig förklaring är att ersättningsnivåerna är högre i landsting med högre kostnader vilket i så fall skulle stimulera nyinträde.

För det fjärde är patienternas helhetsintryck av primärvårdens kvalitet bättre ju fler vårdmottagningar som finns, i synnerhet om vårdmottagningen drivs i privat regi. Vår slutsats är att kvalitetskonkurrensen således fungerar: när valfriheten ökar genom fler privata alternativ, ökar kvaliteten hos såväl privata som offentligt drivna vårdmottagningar. Det innebär att reformen är till nytta även för medborgare som inte byter vårdcentral utan fortsätter att gå till sin gamla.

Denna studie har framförallt begränsats av tillgången på relevant empiri. Fortsatt forskning bör därför inriktas mot: mätning av förändringen över tid, nedbrytning av analysen till en finare nivå än landsting, mätning av fler typer av strategiska inträdeshinder och nivåkrav, samt; kvalitativa analyser av etableringsbesluten hos vårdföretagen på marknaden.

## Summary

Which model of choice for citizens is best apt to foster the establishments of primary health care units? This report seeks to analyse the main developments so far given the available empirical evidence.

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 were commissioned by the Government to introduce system choice models regarding primary health care no later than January 1<sup>st</sup> 2010. They were also given ample space to design the models. As a consequence, the models developed differ across County Councils.

We find, firstly, that the principles adopted for listing citizens to primary health care units is of importance for the establishments of new health units. 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. The models for reimbursement, in particular the balance between fixed and variable compensation (based on actual treatments), and the width of the primary health care responsibility, is of lesser importance.

Secondly, 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 areas where a large portion of entrepreneurs expect private units to be treated less favorable than public units, entry is visibly lower.

Thirdly, more entry is associated with higher costs for primary health care for the County Councils. A possible explanation is that reimbursement is more generous in some Counties, which lead to more entry.

Fourthly, patients' perception of overall quality is positively related to the relative number of units in the County. The effect is twice as strong for privately run units compared to publicly run ones. Our conclusion is that the quality competition works: when choice is increased by means of more private units in the market, the perceived quality by patients also increases for both kinds of primary health care providers. Hence, citizens do not actually have to switch health care unit to be better off – they can remain with their old one since it will improve quality given the forces of sound quality competition.

This study is limited by scarcity of data. Continued research efforts in this field should therefore prioritise data collection, including: the measurement of changes over time; disaggregation beyond the County Council level; the measurement of more types of strategic entry barriers and level requirements, and; qualitative analyses into the entry decisions by health firms in the market.

# 1 Hinder för inträde och företagande

Syftet med denna rapport är att ta reda på vilken utformning av vårdvalssystem som ger mest nyetablering av vårdmottagningar. Det nya med reformen är att den underlättar för privata företag att etablera vårdmottagningar.

En rad faktorer begränsar företagens möjligheter att träda in och verka på en marknad. Det handlar om såväl kostnader som är förenade med själva etableringen, såsom utrustning, marknadsföring, licensiering, med mera, som med kostnader som har att göra med driften. I den senare kategorin finner vi faktorer såsom service, och kompetenskrav, minimistandard och säkerhetskrav.

I detta kapitel kommer vi att sortera dessa faktorer i kategorierna inträdeshinder, nivåkrav och incitament. Detta gör vi för att lättare kunna kartlägga hinder för etableringen av fler vårdmottagningar på marknaden för primärvård. Vi utgår här i första hand från den kartläggning och analys som Konkurrensverket genomfört inom ramen för sitt uppdrag från regeringen vilken till dags dato resulterat i två rapporter (Konkurrensverket 2009 och 2010).

I nästa kapitel kommer vi att kartlägga befintlig empiri utifrån denna kategorisering. Vi kommer att särskilja inträdeshinder från nivåkrav och incitament. Alla dessa tre faktorer har, vilket vi kommer få se, stor betydelse för ett företags benägenhet att satsa på en viss marknad. I kapitel 3 genomförs till sist en sambandsanalys för att komma närmare svaret på frågan om vilka vårdvalssystem som ger flest nyetablerade vårdmottagningar.

## 1.1 Vad är ett inträdeshinder?

Det kanske vanligaste begreppet för något som begränsar företagens möjligheter att komma in och verka på en marknad är inträdeshinder. Men är det ett entydigt begrepp? En närmare titt på hur begreppet används visar att det har kommit att representera en ganska vid samling faktorer som på något sätt kan begränsa ett företags möjligheter att såväl komma in på en marknad.

Här kommer vi att ta utgångspunkt i den nationalekonomiska litteraturen och definiera inträdeshinder lite stramare.

Ett inträdeshinder kan vara vad som helst som avhåller ett företag från att gå in på en marknad. Det kan vara en egenskap hos produkterna, hos köparna, en följd av regleringar eller av beteende hos de företag som redan är på marknaden.

Utgångspunkten i vår definition är att ett inträdeshinder är något som hindrar ett företag från att komma in på en marknad. När man väl kommit in, är hindret passerat. De faktorer som då påverkar företaget kan inte kallas inträdeshinder.

För att illustrera denna grundläggande poäng presenteras några exempel i Tabell 1.1 nedan.

**Tabell 1.1 Exempel på inträdeshinder**

Bransch	Exempel på möjliga inträdeshinder
Flyg	Tillgång till start och landningstider
Läkemedel	Patent
Tandläkare	Tandläkarlicens
Bilar	Investeringar
Många branscher	Annonsering för att få kunder
Många branscher	FoU-investeringar

Källa: Copenhagen Economics

För flygets del är tillgången till s.k. slots, dvs. tider för start och landning, helt avgörande för om man kan konkurrera effektivt med befintliga företag på marknaden. När man väl fått en tilldelning av dessa tider kan man konkurrera.

För läkemedel, liksom flera andra forskningsintensiva branscher, är patent-rättigheter helt avgörande för att kunna producera och sälja läkemedel. Det kan såväl gälla skydd av egna innovationer som möjligheter att kunna använda utgångna patent för sin egen verksamhet.

En tandläkare, liksom en rad andra yrken, förutsätter någon form av licensiering innan man kan agera på marknaden. Det representerar typiskt sett en kostnad att få en sådan licensiering, men när den väl är mottagen upphör den att vara ett hinder.

Stora investeringar som ej går att återvinna (s.k. *sunk costs*) utgör ett inträdeshinder. I t.ex. bilindustrin måste ett företag investera i formar och specialverktyg för att kunna producera en ny modell. Stora delar av dessa investeringar går inte att få tillbaka genom att sälja utrustningen eftersom formar och verktyg är specialiserade för en viss bilmodell.

Exklusivitetsklausuler är en form av inträdeshinder som ett företag inne på marknaden ställer upp för att hindra inträde. Exklusiviteten består i att existerande kunder förbinder sig att inte köpa från konkurrerande leverantörer. Om företaget på marknaden använder exklusivitetsklausuler och samtidigt är en "nödvändig" leverantör blir det omöjligt för en ny konkurrent att etablera sig.

Ett annat exempel på ett hinder som befintliga företag på marknaden kan resa är rovprissättning – i sådana tillfällen kan ett eller flera befintliga företag på en marknad försöka "prisa ut" potentiella eller nyetablerade konkurrenter från marknaden genom att under en viss tid sänka priserna till en nivå som är lägre än det som krävs för att de nytillkomna företagen skall klara sig.



I vissa fall kan även annonseringsstrategier och forsknings- och utvecklingsstrategier hos befintliga aktörer utgöra inträdeshinder för företag som överväger att etablera sig på en marknad om beteendena höjer kostnaden för en ny konkurrent att etablera sig.

I den nationalekonomiska forskningen finns frågan om inträdeshinder kanske bäst belyst av McAfee *et al* (2003).

En kort summering av huvudpoängerna i den akademiska debatten är följande:

- Vissa menar att de problem som alla har *och har haft* för att komma in på en marknad **inte** är inträdeshinder. Endast sådana hinder som nya företag har, *och som företag som redan är etablerade på marknaden inte har haft*, är "sanna" inträdeshinder. Detta kan ses som ett sätt att göra begreppet ganska snävt.
- Andra menar att allt som hindrar inträde är inträdeshinder.
- Ett tredje huvudspår är att ett inträdeshinder är någonting som hindrar en entreprenör från att omedelbart kunna starta ett nytt företag på en marknad. Ett *långsiktigt* inträdeshinder är en kostnad som ett nytt företag måste ta vilken företag som redan är etablerade inte har." Denna linje förespråkas t.ex. av Carlton och Perloff (1994) med flera.

Man kan se dessa tre huvudlinjer som olika breda definitioner. Mer överens verkar de flesta vara när det gäller de två huvudformerna av inträdeshinder: de **strukturella** och **strategiska**.

**Strukturella** inträdeshinder handlar om grundläggande förhållanden i branschen, egenskaper hos produkterna och om hur efterfrågan ser ut. Vanliga exempel på faktorer är stordriftsfördelar, licenser, patent, investeringar i utrustning eller FoU som inte har någon alternativ användning och marknadsföring. De skapas alltså mer eller mindre "naturligt" av antingen produktens eller produktionsprocessens egenskaper samt regelverken och deras tillämpning.

**Strategiska** inträdeshinder handlar å andra sidan om hinder som företagen vilka redan är etablerade på marknaden ställer upp för att skydda sig från skärpt konkurrens. De ställs alltså upp av företag som vill mota nyinträdet och på så vis behålla marknaden för sig själva.

Den huvudsakliga skillnaden är alltså om hindret skapats av företag med det uppenbara syftet att hindra inträde eller inte.

Även om denna distinktion i sig kan tyckas tydlig kan det vara svårt att skilja dem åt i verkligheten. Dessutom kan en och samma företeelse vara såväl ett strukturellt som ett strategiskt inträdeshinder.

Resonemanget kan illustreras med annonsering: om ett nytt företag måste annonsera för att få nya kunder och dessa kostnader inte går att få tillbaka är det fråga om ett strukturellt inträdeshinder. Men om företagen som är redan etablerade på marknaden annonserar hårt för att motarbeta den nyinträddes marknadsföring är det däremot fråga om ett strategiskt inträdeshinder.

Utifrån denna diskussion är vi redo att precisera vad vi menar med inträdeshinder i denna studie:

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

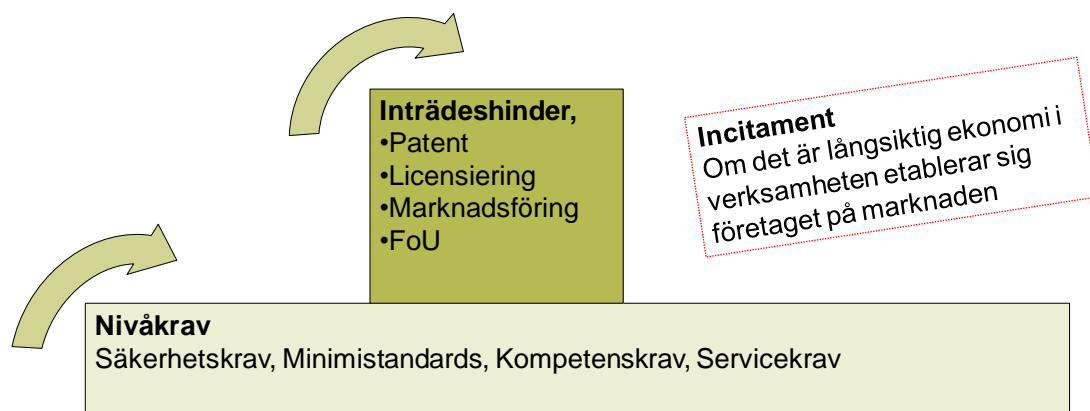
## 1.2 Nivåkrav och incitament

Definitionen ovan exkluderar med andra ord många av de hinder som företagen överlag upplever för att kunna bedriva sin verksamhet när de väl etablerat sig på marknaden. I detta sammanhang kallar vi alla dessa hinder för nivåkrav. Det har att göra med den nivå på exempelvis kompetens och service som krävs för att kunna erbjuda de tjänster som kunder är beredda att betala för eller som regelverket ställer upp.

Tillsammans utgör inträdeshindren och nivåkraven något som kan avhålla företag från att träda in på en marknad. Men det finns ytterligare en faktor som kan ha stor betydelse för förståelsen av vad som påverkar inträdesmönster, nämligen incitamenten. Utan tydliga incitament i form av någorlunda säkra förväntade överskott i verksamheten vågar knappast något företag ta risken att etablera sig på en marknad. Med andra ord: utan incitament, inget inträde.

Sammantaget kan begreppen illustreras i följande figur, se Bild 1.1.

Bild 1.1 Inträdeshinder, nivåkrav och incitament



Källa: Copenhagen Economics

Företagen som överväger att etablera sig på en marknad granskar således i första hand vilka nivåkrav som ställs för att kunna verka på marknaden och ha möjlighet att konkurrera effektivt. Nivåkraven kan vara av olika art beroende på vilken typ av bransch det är fråga om, men skulle till exempel kunna innefatta krav på säkerhetsnivå och kompetens, minimistandards, och krav på utrustning.

I andra hand kommer företaget att granska de engångskostnader som är förknippade med inträde på marknaden, dvs. de strukturella och strategiska inträdeshindren. På vissa marknader krävs investeringar i exempelvis marknadsföring, FoU, licensiering, patent, och så vidare – allt detta kan vara exempel på strukturella inträdeshinder. Dessutom kan ett nytt företag förvänta sig att befintliga företag agerar i ett tidigt skede för att "mota ut" den nye konkurrenten, vilket exempelvis kan ske genom aggressiv marknadsföring, prissänkningar, rabattprogram, försök till att införa exklusivitet i nischer av marknaden och så vidare. Dessa senare ageranden utgör exempel på strategiska inträdeshinder.

I sista hand måste företaget också göra en prognos över vilka försäljningsvolymmer man har anledning att förvänta sig under kommande perioder. Utan en någorlunda säker kalkyl som visar att verksamheten kommer att generera ett överskott är det högst osäkert om investerare är intresserade av att satsa pengar på projektet. Denna kalkyl innefattar med nödvändighet också en analys av vilka risker det innebär att etablera företaget på marknaden. Denna risk måste hanteras på något sätt, mest troligt genom ett visst avkastningskrav.

Slutligen har också alternativa investeringar betydelse för bedömningen av incitamenten. Om marknad A på goda grunder förväntas ge större avkastning givet risknivån än marknad B, kan detta innebära att inträdet på marknad B blir begränsat, även i frånvaro av några större inträdeshinder och nivåkrav.

### 1.3 Vilka hinder är särskilt viktiga för primärvård?

Förhållandena på de marknader som berörs av LOV och som påverkar etableringsmönstren hos företagen som kan erbjuda primärvård styrs i stor utsträckning av hur landstingen omsatt sina skyldigheter och utformat vårdvalssystemet i praktiken. Vi ser att det finns stora variationer mellan landstingen vilket torde göra det möjligt att jämföra systemen mot varandra och sätta skillnader i relation till etableringsmönstren för nya vårdföretag och vårdmottagningar.

Utgångspunkten för LOV-reformen är i stort sett enligt följande. Lagen om valfrihetssystem trädde i kraft i januari 2009 och reglerar närmare vad som gäller för kommuner och landsting som vill konkurrensutsätta vård- och omsorgsverksamhet med hjälp av ett valfrihetssystem. Lagen är en del av statsmakternas ambition att ge patienterna och medborgarna ett större inflytande över primärvården samt att stimulera en större mångfald genom att underlätta för fler utförare att erbjuda primärvård.

Vårdvalssystem inom primärvården skulle enligt beslut av statsmakterna ha införts av landstingen genom tillämpning av LOV senast den 1 januari 2010. Vårdgivare får därför i praktiken möjlighet att fritt etablera sig inom primärvården under förutsättning att de uppfyller de krav som landstinget ställer i förfrågningsunderlaget för vårdvalssystemet. 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.

En grundpelare inom valfrihetssystemen är således möjligheten för en medborgare att kunna byta vårdgivare om så önskas. 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.

Givet denna ram infördes sålunda i de flesta landsting vårdvalssystem under 2009 och 2010. Konkurrensverkets uppdrag från regeringen motiverades bland annat av att följa upp reformen på ett tidigt stadium för att snabbt kunna föreslå justeringar av regelverken och av utformningen av vårdvalssystemen.

I Konkurrensverkets två delrapporter (Konkurrensverket 2009 och 2010) genomfördes omfattande intervjuer av såväl beställare inom landstingen, politiker och företag. Ett bärande tema var att kartlägga och analysera möjliga hinder för företag att träda in och verka på marknaderna för primärvård.

Följande förhållanden förefaller, enligt vår läsning av dessa två rapporter, som särskilt viktiga:

- **Bredden på åtagandet**, dvs. hur många olika tjänster landstingen kräver att vårdgivarna skall erbjuda medborgarna. Långtgående krav kan förväntas vara mer kostsamma för företagen att tillgodose vilket utgör hinder för en del företag.
- **Kompetens- och servicekrav**, exempelvis vilken kompetens som skall finnas vid vårdcentralerna och hur tillgänglig den skall vara. Ju högre dessa krav är, desto större är kostnaderna för företagen.
- **Ersättningsystemens utformning**, inte minst frågan om hur stor del som utgör fast ersättning (kapitering) respektive rörlig ersättning (prestationsbaserad och/eller besöksrelaterad). Här fann Konkurrensverket bland annat att landstingen aktivt försökte använda ersättningsystemen för att uppnå särskilda mål vad gällde utbudet av primärvårdstjänster.
- **Listningsprinciper**. Ersättningen till vårdgivarna bestäms till stor del av hur många medborgare som är listade vid en vårdcentral. Därigenom spelar det stor roll hur denna listning går till i praktiken eftersom många medborgare inte gör aktiva val. Exempelvis kan listning enligt närhetsprincipen, dvs. till närmaste vårdcentral, starkt påverka hur företagen väljer att lokalisera sig.
- **Aktiva och välinformerade konsumenter**. Förutsättningarna för konsumenterna att välja vårdgivare kommer att ha stor betydelse för företagets möjligheter att etablera sig inom ett vårdvalssystem. Erfarenheter visar att en liten del av befolkningen tenderar att göra aktiva val och att få väljer att byta utförare. Detta påverkar incitamenten för företagen att etablera sig.
- **Befolkningsutvecklingen**. En större tillströmning av folk kan underlätta för nya aktörer att få underlag för primärvårdsverksamhet eftersom de i stor utsträckning förväntas göra nya vårdval i det landsting de flyttat till. Vidare kan ett större befolkningsunderlag ge bättre utrymme för tillväxt för en vårdgivare eftersom att marknaden är större. Dessutom torde större befolkningscentra också utgöra en bättre fungerande lokal arbetsmarknad vilket underlättar rekrytering av kompetenta medarbetare.
- **Förtroendet för landstingen**. Bland vårdgivare förekommer en misstro mot att ersättningsnivåerna är relevanta samt att de offentligt drivna mottagningarna har olika fördelar vilket kan leda till en snedvridning av konkurrensen mellan offentliga och privata utförare.
- **Möjligheterna för nya företag att ingå i befintliga samarbeten**. Sådana samarbeten kan exempelvis möjliggöra för mindre företag att möta landstingens krav på åtagande genom att tillfälligt kunna utnyttja resurser från andra vårdgivare. Om befintliga företag inte släpper in nyetablerade företag i dessa samarbeten försvårar det inträde på marknaderna.
- **Anpassning till landstingens administrativa system**. Landstingens administration och IT-infrastruktur kan innebära anpassningskostnader för företagen. Detta kan ses som en engångskostnad i samband med att ett nytt företag slår upp portarna.

Utifrån dessa identifierade hinder för företag inom primärvård att träda in på marknaden och verka där kan vi göra en första skiss över hur dessa sorterar in under de olika kategorier vi definierade ovan, se Tabell 1.2 nedan.

**Tabell 1.2 Faktorer som påverkar etableringen av privata vårdmottagningar**

Strukturella	Inträdeshinder	Nivåkrav	Incitament
	Strategiska		
Listningsprinciper*	Nya aktörer hindras delta i befintliga samarbeten*	Krav på bredd i primärvårdsutbudet*	Ersättningssystemen (såväl nivå som utformning)*
Anpassning till landstingens system*	Befintliga företags lokalisering*	Kompetens- och servicekrav*	Aktiva och välinformerade konsumenter*
Tillgång på kompetent personal			Befolkningsutveckling*
Marknadsföring			Förtroende för landstinget*
			Antal vårdmottagningar
			Kvalitet hos befintliga vårdmottagningar

Not: \*) markerar en faktor som explicit tagits upp i de två rapporterna av Konkurrensverket.

Källa: Copenhagen Economics

Inledningsvis bör understrykas att vissa faktorer skulle kunna sorteras in under fler än en kategori. Följande utgör emellertid vår övergripande förståelse av hur man bör närma sig dessa faktorer.

Vad gäller inträdeshindren sorterar vi in listningsprinciperna samt anpassningen till landstingens system i kategorin strukturella inträdeshinder. Dessa hinder har också identifierats av Konkurrensverket. Till dessa två bör även tillgång till kompetent personal samt marknadsföring läggas. Samtliga dessa omständigheter är något som drabbar nya företag i större utsträckning än redan befintliga.

Listningsprinciperna illustrerar svårigheterna för en nytillkommen aktör att kunna attrahera en tillräckligt stor patientgrupp för att få ersättningsnivån att motsvara kostnaderna för verksamheten. Anpassningen till landstingens administrativa rutiner och IT-infrastruktur är också ett strukturellt inträdeshinder – när man väl passerat det utgör det inte längre någon ansenlig kostnad för företaget. Vidare måste nya företag finna personal och marknadsföra sig i en utsträckning som leder till att en tillräckligt stor grupp medborgare faktiskt listar sig hos den nya vårdgivaren. Dessa strukturella inträdeshinder torde också vara naturliga att finna på marknaderna för primärvård.

Vad gäller strategiska inträdeshinder är möjligheterna för nya företag att kunna ansluta sig till befintliga samarbeten på marknaden troligen av stor betydelse,

särskilt utanför de största tätorterna. Vidare kan man förvänta sig att befintliga företag söker en lokalisering som underlättar deras egen patienttillströmning och samtidigt försvårar för nya företag att kunna attrahera patienter. Då närhetsprincipen används som listningsmodell för de medborgare som inte gör aktiva val visar erfarenheterna att lokaliseringsmönstret förändras.

Nivåkraven förändras inte när ett företag kommit in på marknaden – de sätts en gång för alla och gäller tills vidare. Bredden i primärvårdsuppdraget är en tydlig faktor som tillhör denna kategori. Ju bredare uppdrag som efterfrågas, desto större krav ställs på företagen. Dessa krav är kostnadsdrivande, och påverkar därigenom förutsättningarna för företagande. Nära relaterat är service och kompetens, såsom öppettider, tillgänglighet, krav på antal läkare och specialister, samt tillgängliga behandlingsformer.

Incitament, slutligen, bestäms av ett flertal faktorer. Ersättningssystemens utformning är en central faktor, både vad gäller ersättningsnivåer men också vad gäller möjligheterna att kunna påverka sin ersättning genom att erbjuda en högre kvalitet. Den ökar i allmänhet ju större andel av ersättningen som är rörlig, dvs. besöksrelaterad. Den kan också öka ju högre andel av ersättningen som är målrelaterad. Även täckningsgraden, dvs. andelen av invånarna inom upptagningsområdet som valt den närmsta vårdmottagningen, har betydelse. Konsumenternas benägenhet att göra aktiva val och söka sig till de vårdcentraler som har de bästa erbjudandena är en annan viktig faktor som påverkar incitamenten.

Även befolkningsutvecklingen i stort har betydelse eftersom den är ett ganska bra mått på marknaden storlek och därmed på potentialen för tillväxt. Förtroendet för hur landstingen tillämpar vårdvalsmodellen är också betydelsefull, särskilt frågan om konkurrensneutraliteten mellan offentliga och privata utförare.

Till dessa faktorer, vilka identifierats av Konkurrensverket, lägger vi ytterligare två. Den första är antalet vårdmottagningar som redan är etablerade på marknaden. Möjligheterna att få ett tillräckligt antal patienter att teckna sig vid ett nyetablerat företag har sannolikt ett samband med hur många vårdcentraler som redan är etablerade. Även fördelningen mellan offentliga och privata vårdcentraler kan tänkas ha betydelse.

Den andra faktorn är kvaliteten hos befintliga vårdcentraler. Om medborgarna inte är nöjda med utbudet torde de vara mer benägna att söka sig till nyetablerade vårdcentraler, och vice versa. Kvaliteten i marknaden är således av betydelse för hur företagen ser på incitamenten att etablera sig.

I det följande kapitel 2 kommer vi att granska befintlig empiri som tagits fram av Konkurrensverket inom ramen för regeringsuppdraget samt några externa källor för att kartlägga vad vi vet om faktorerna i Tabell 1.2 ovan. I kapitel 3 kommer vi därefter att genomföra en sambandsanalys av nyetableringsmönstret för privata vårdcentraler och några av dessa förklarande variabler.

## 2 Tillgänglig empiri - vad vet vi?

I detta kapitel kartlägger vi befintlig empiri över nyetableringen och de faktorer som vi med ledning av slutsatserna i kapitel 1 kan förvänta ha betydelse för utvecklingen. Det skall understrykas att LOV-reformen ännu är ung – tillgången på data är därför begränsad och alla samband och förhållanden vi identifierar på de kommande sidorna skall tolkas med viss försiktighet.

Utgångspunkten i kartläggningen är material som tillhandahållits av Konkurrensverket, kompletterat med viss offentlig statistik. Detta material utgörs i huvudsak av sådant som samlats in inom ramen för Konkurrensverkets regeringsuppdrag och består av egeninsamlad statistik, ett mycket brett intervjumaterial avseende framförallt beställarperspektivet, en genomgång av en rad LOV-upphandlingar samt en översikt av publicerad statistik.

Vi har valt en uppdelning av materialet i tre kategorier. Följande avsnitt 2.1 presenterar empiri som avser företagen verksamma inom primärvård. Avsnitt 2.2 beskriver data för beställarna, inklusive ersättningssystem och listningsprinciper. Det avslutande avsnittet 2.3 presenterar uppgifter som representerar medborgarnas syn, nämligen den nationella patientenkäten för primärvård som beskriver upplevd kvalitet hos vårdcentralerna i Sverige.

### 2.1 Företagen

Uppgifterna om företagen är de mest omfattande i materialet. De härrör dels från antalet nya vårdmottagningar som etablerats sedan vårdvalsreformen och dels från en undersökning av deras förväntningar av hur framtiden kommer att gestalta sig efter reformen. Vi delar därför in detta avsnitt i två delar, nämligen etableringsmönstren (avsnitt 2.1.1) samt företagens förväntningar (avsnitt 2.1.2).

#### 2.1.1 Etableringsmönster

I Konkurrensverkets andra delrapport (Konkurrensverket 2010) återfinns uppgifter på antalet vårdmottagningar före respektive efter vårdvalsreformen. Det är fråga om primärdata som samlats in av myndigheten inom ramen för regeringsuppdraget. Uppgifterna återges i Tabell 2.1 nedan.



**Tabell 2.1 Vårdmottagningar före/efter införandet av vårdvalet**

Landsting	Etablerade före vårdvalet		Etablerade efter vårdvalet	
	Offentliga	Privata	Offentliga	Privata
Stockholm	86	76	73	122
Uppsala	26	15	26	17
Södermanland	18	2	17	7
Östergötland	35	7	36	10
Jönköping	30	3	31	21
Kronoberg	23	3	23	9
Kalmar	27	15	27	15
Blekinge	14	6	13	10
Skåne	87	40	89	62
Halland	25	12	24	23
Västra Götaland	117	26	118	88
Värmland	23	2	23	9
Örebro	25	4	25	4
Västmanland	15	15	12	20
Dalarna	29	1	29	7
Gävleborg	29	4	27	7
Västernorrland	21	6	21	10
Jämtland	25	4	17	4
Västerbotten	33	4	32	5
Norrbottn	32	1	32	2
<b>TOTALT</b>				
<b>SVERIGE</b>	<b>720</b>	<b>246</b>	<b>695</b>	<b>452</b>

Not: Halland, Stockholm och Västmanland införde vårdvalet före övriga

Källa: Konkurrensverket (2010, Tabell 5.1 och 5.2)

Uppgifterna efter vårdvalet inkluderar vårdmottagningar som godkänts och inte hunnit starta sin verksamhet vid tidpunkten för mätningen men som uppgivit att man har för avsikt att göra det inom kort (Konkurrensverket 2010, sid 73f).

Dessa uppgifter är centrala för hela analysen som följer. Vi kommer att betrakta förändringen i antalet vårdmottagningar som ett mått på nyetablering på marknaderna för primärvård. Det är inget perfekt mått, men det bästa som finns tillgängligt givet de begränsningar som föreligger.

Det finns två principiella felkällor med att använda dessa uppgifter för att mäta etableringsbenägenheten hos företag på marknaderna för primärvård.

Den första felkällan är att vi mäter *antalet* vårdmottagningar, inte deras storlek. En etablering av en vårdcentral med 4 läkare och 8 sjuksystrar jämföras alltså med en etablering av en vårdcentral med 12 läkare och 32 sjuksystrar, trots att den senare

är tre gånger större. Det går inte utifrån det tillgängliga materialet att sluta sig till hur omfattande detta mätproblem är. En möjlig effekt av denna felkälla är att vi underskattar etableringen i storstäderna jämfört med glesare bebyggda områden utifall vårdcentralerna skulle vara större där.

Den andra felkällan är att vi endast kan utgå från nettoförändringar. En ökning av privata vårdmottagningar från, säg, 10 till 20 enheter kan således både vara ett resultat av att 20 enheter etablerats och 10 lagts ned, som ett resultat av att 10 nya startat och ingen lagts ned. Vår bedömning är emellertid att detta problem är något mindre allvarligt än det förstnämnda.

Slutligen skall nämnas att det finns viss inkonsistens när det gäller reformens införande. Vissa landsting var snabbare än andra. Mest framträdande är Halland, Stockholm och Västmanland som införde vårdval några år tidigare. Vidare utgår Kalmar och Gotland av tekniska orsaker.<sup>1</sup>

Uppgifterna i tabellen är emellertid i sig själva mycket informativa vad gäller etableringsmönstren. I följande fem figurer kommer vi att beskriva mönstren närmare.

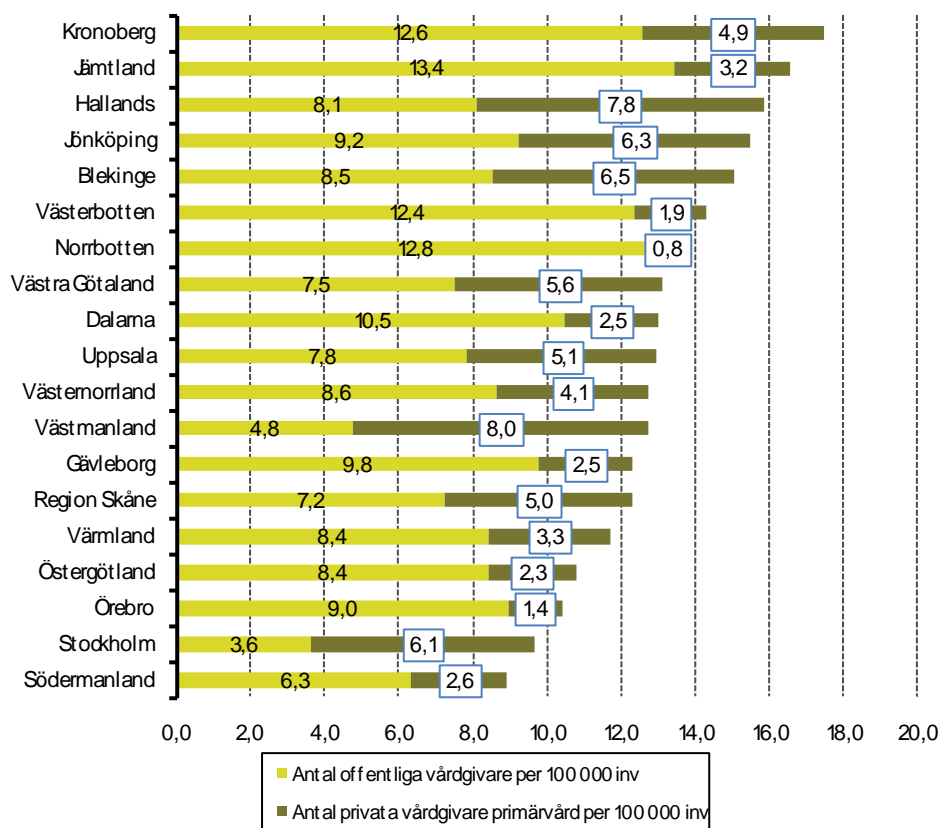
I Bild 2.1 nedan har vi ordnat landstingen efter antalet vårdcentraler per 100 000 invånare. Denna normering till befolkningen är nödvändig för att få ett relativt mått på marknadsstrukturen eftersom landstingen skiljer sig avsevärt.

Vi ser här att normeringen av antalet vårdmottagningar med befolkningens mängd har stor betydelse för rangordningen. Kronoberg och Jämtland har flest vårdmottagningar per invånare, uppemot 18 stycken. Stockholm och Sörmland ligger i botten med strax under tio stycken.

---

<sup>1</sup> Gotland hade ej infört vårdval vid tidpunkten för mätningen och Kalmar hade ej hunnit behandla alla ansökningar.

**Bild 2.1 Offentliga och privata vårdmottagningar per 100 000 invånare efter vårdvalets införande**



Källa: Konkurrensverket (2010, Tabell 5.1 och 5.2)

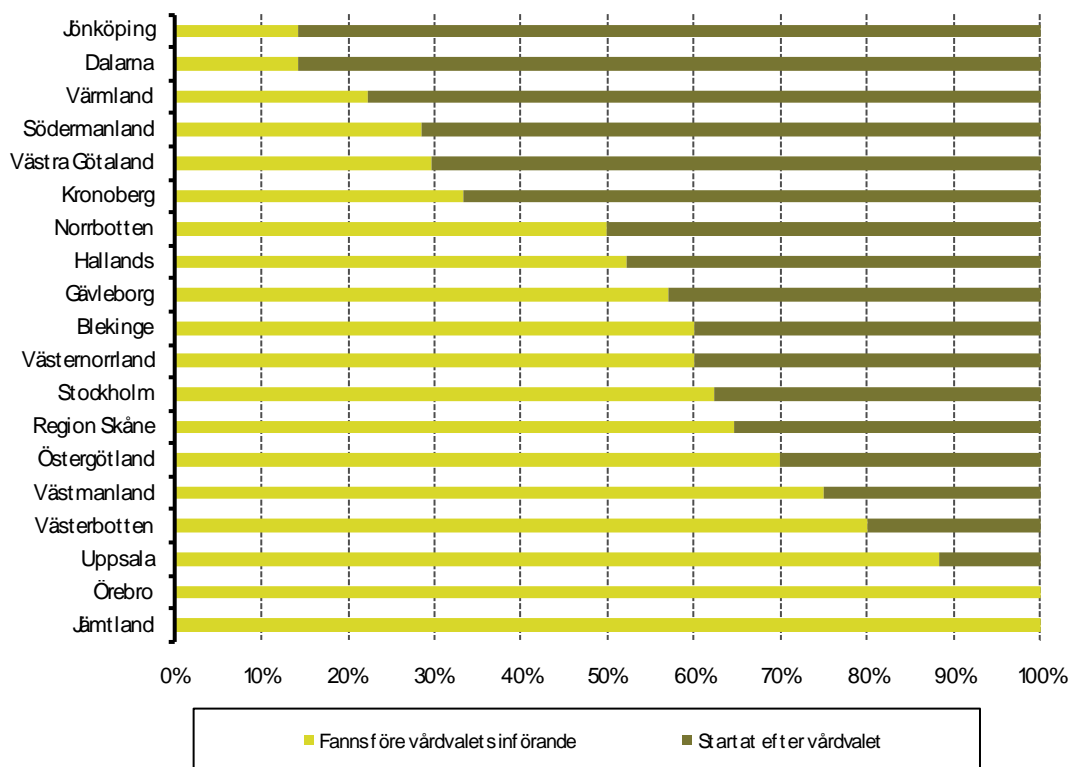
Antalet privata vårdmottagningar per 100 000 invånare skiljer sig också markant mellan landstingen. Västmanland och Halland ligger i topp med åtta stycken, medan Norrbotten, Örebro, Västerbotten och Östergötland ligger i botten med omkring en till två vårdmottagningar per 100 000 invånare.

Det är således fråga om relativt stora variationer mellan landstingen.

Vi kan inte se något tydligt mönster mellan antalet offentliga vårdmottagningar och antalet privata vårdmottagningar i detta histogram.

För att få en bättre bild av dynamiken i nyetableringen är det av intresse att se hur stor andel av de privata vårdmottagningarna som etablerats efter vårdvalsreformen. Dessa andelar presenteras i histogrammet i Bild 2.2 nedan.

Landstingen är här rangordnade efter andelen privata vårdmottagningar som etablerats efter vårdvalet.

**Bild 2.2** Andel privata vårdmottagningar som startat efter vårdvalet

Källa: Konkurrensverket (2010, Tabell 5.1 och 5.2)

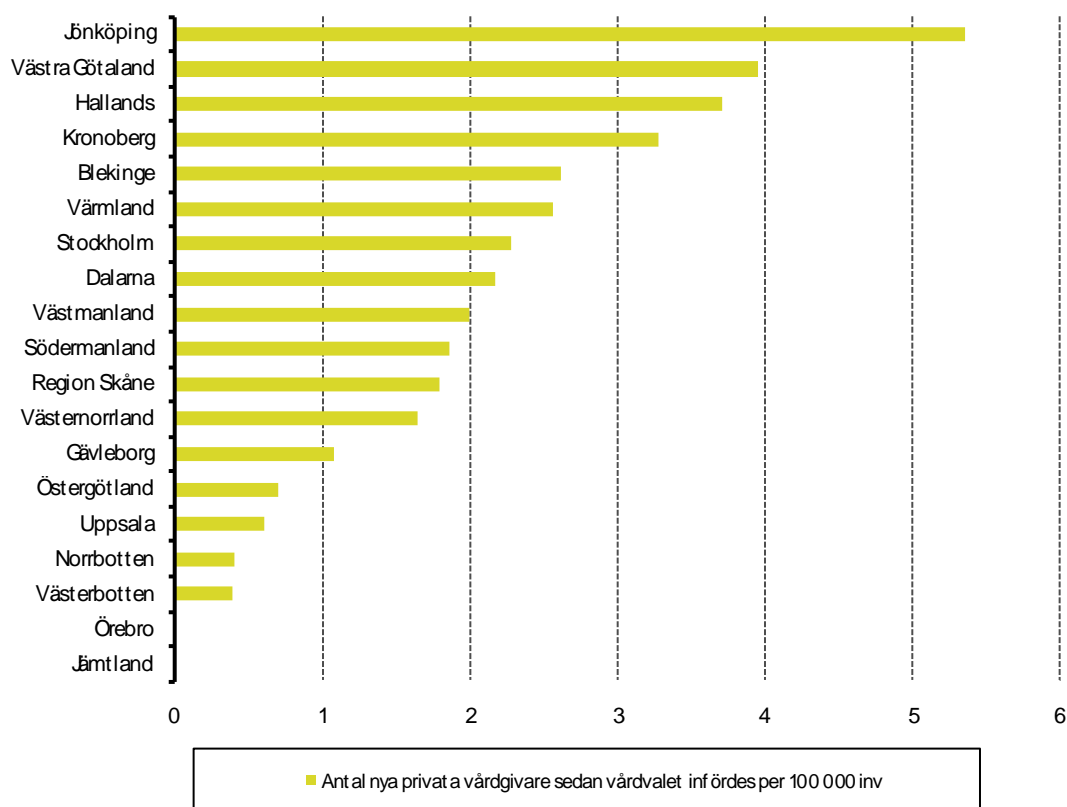
I sex landsting har mer än två tredjedelar av de privata vårdmottagningarna öppnat efter vårdvalets genomförande, nämligen Jönköping, Dalarna, Värmland, Södermanland, Västra Götaland och Kronoberg. Det är en ansevärd förändring. Det är värt att notera att inget av dessa sex landsting sammanfaller med de landsting som införde vårdvalet före 2009.

För storstadsregionerna ser vi att omkring 70 procent av de privata vårdmottagningarna öppnat efter vårdvalsreformen i Västra Götaland vilket skall jämföras med ungefär hälften, dvs. ca 35 procent, i Stockholms och Skåne län.

I Jämtland och Örebro har inga privata vårdmottagningar öppnat efter vårdvalsreformens införande enligt dessa uppgifter.

Om vi istället ser till det absoluta antalet privata vårdmottagningar per 100 000 invånare som öppnat efter vårdvalets införande framträder ett delvis annat mönster. I Bild 2.3 nedan ser vi att Jönköping ligger i topp med över fem nya privata vårdmottagningar per 100 000 invånare följt av Västra Götaland och Halland med strax under fyra stycken. Stockholm och Malmö ligger ungefär i mitten i denna jämförelse med omkring två nya vårdcentraler.

**Bild 2.3** Antal nya privata vårdmottagningar som öppnat efter vårdvalet



Källa: Konkurrensverket (2010, Tabell 5.1 och 5.2)

Sex landsting har färre än en ny privat vårdmottagning per 100 000 invånare. Återigen är alltså variationen stor mellan olika delar av landet.

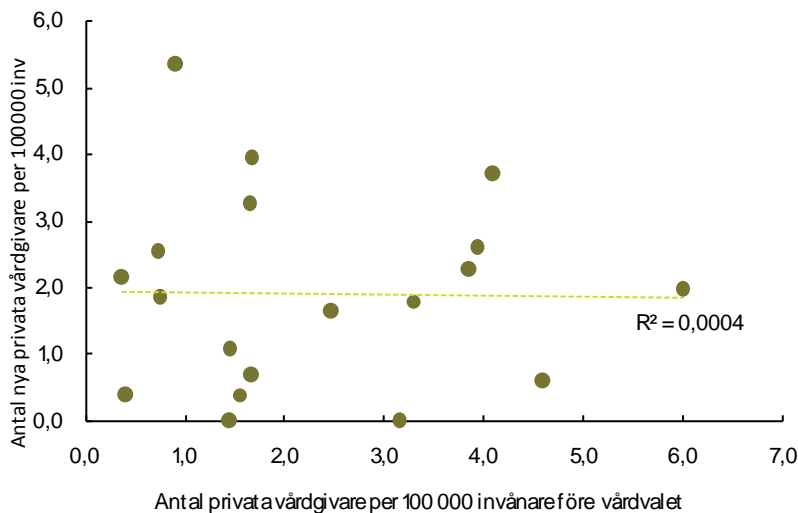
Det finns ingen tydlig skillnad mellan storstadsregionerna och glesbygden, norr eller söder. Variationen verkar snarare bottna i helt andra orsaker.

För att komplettera dessa tre histogram kommer vi nu att grafiskt illustrera sambandet mellan nyföretagandet och hur marknaden såg ut före vårdvalets införande samt befolkningen.

En möjlig hypotes är att de privata vårdmottagningarna etablerats företrädesvis inom landsting där det redan funnits en relativt stor andel privata aktörer. Det skulle i så fall kunna bero på att medborgarna är vana vid privata alternativ, har större benägenhet att lista sig hos privata aktörer eller att landstingen har ett mer understödande förhållningssätt gentemot privata vårdalternativ.

I Bild 2.4 ser vi att något sådant enkelt samband inte föreligger. Etableringstakten har nästan inget samband med hur många privata aktörer som fanns på plats före reformen genomfördes. Regressionslinjen som beskriver sambandet är i princip plan och förklaringsvärdet ( $R^2$ ) noll liksom korrelationskoefficienten.

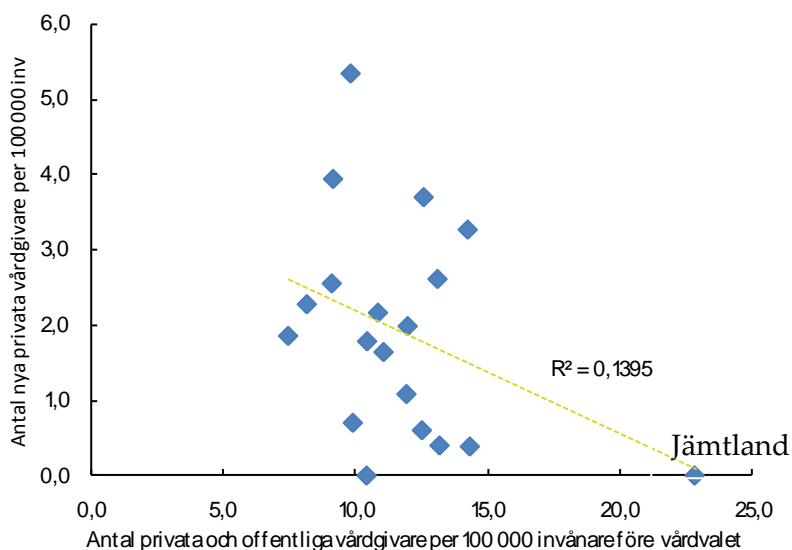
**Bild 2.4** Relativt antal nyöppnade privata vårdmottagningar och antalet privata vårdmottagningar före vårdvalet



Källa: Konkurrensverket (2010, Tabell 5.1 och 5.2),  $\rho = -0,02$  (korrelationskoefficienten)

En något mer trolig hypotes skulle kunna vara att etableringstakten har ett starkare samband med det totala antalet offentliga och privata vårdcentraler. Man skulle då kunna tänka sig att de privata aktörerna i högre grad skulle undvika landsting med relativt många vårdmottagningar och istället koncentrera sig på landsting med relativt få. Vi skulle alltså förvänta oss ett negativt samband mellan nyföretagande och antalet vårdmottagningar före reformen, se Bild 2.5.

**Bild 2.5** Relativt antal nya privata vårdmottagningar och relativt antal privata och offentliga vårdmottagningar före vårdvalet



Källa: Konkurrensverket (2010, Tabell 5.1 och 5.2),  $\rho = -0,37$  (korrelationskoefficienten)

Här framgår att hypotesen får visst stöd i materialet. Etableringsbenägenheten hos privata aktörer är högre ju lägre antal vårdcentraler som existerade i landstinget

före reformen. Men det är inte starkt och Jämtland har stor betydelse för sambandet.<sup>2</sup>

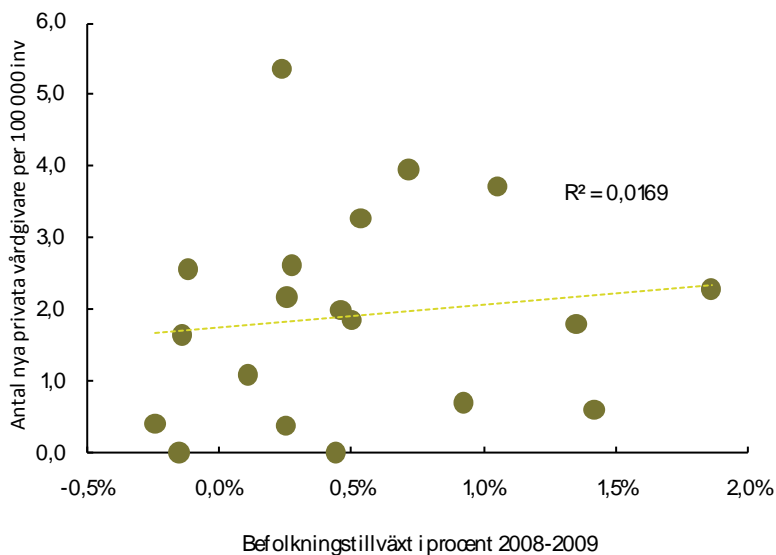
Om vi istället ser lite närmare på befolkningsstrukturens påverkan på etablerings-takten av privata aktörer kan man tänka sig tre huvudsakliga samband, nämligen att den ökar med:

- befolkningstillväxt, eftersom marknaden växer med inflyttade som skall lista sig vilket ger bättre möjligheter för nya privata aktörer;
- antal inflyttade, av samma skäl, och;
- andel av befolkningen som är 80+ år, eftersom dessa är de som efterfrågar mest vård.

Dessa samband återges i Bild 2.6 – 2.8 nedan.

Sammanfattningsvis ser vi att det är fråga om positiva samband, som dock är ganska svaga. Större marknader och ett större inflöde av medborgare som skall lista sig för första gången har sannolikt en viss betydelse för etableringsbenägenheten för privata aktörer, men samtidigt tyder resultaten på att det finns fler förklaringar än så.<sup>3</sup>

**Bild 2.6 Relativt antal nyöppnade privata vårdmottagningar och befolkningstillväxt**

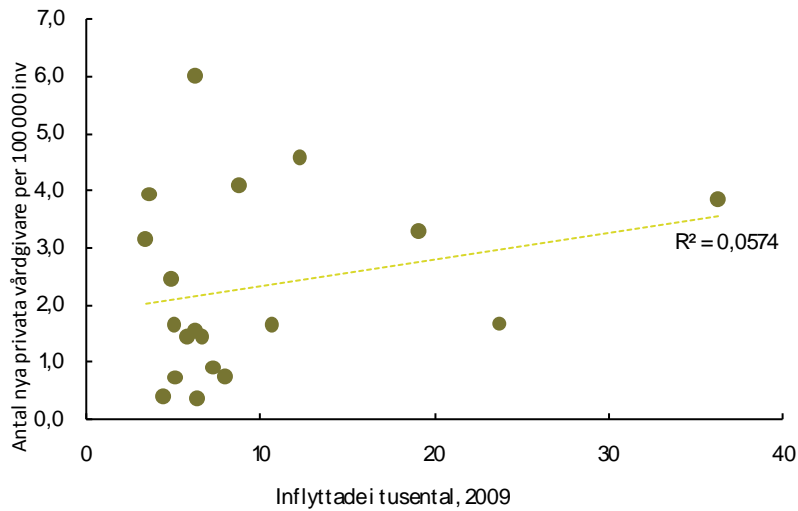


Källa: Konkurrensverket (2010, Tabell 5.1 och 5.2) och SCB,  $\rho = 0,13$  (korrelationskoefficienten)

<sup>2</sup> Men det negativa sambandet består, om hälften så starkt, om vi utesluter Jämtland.

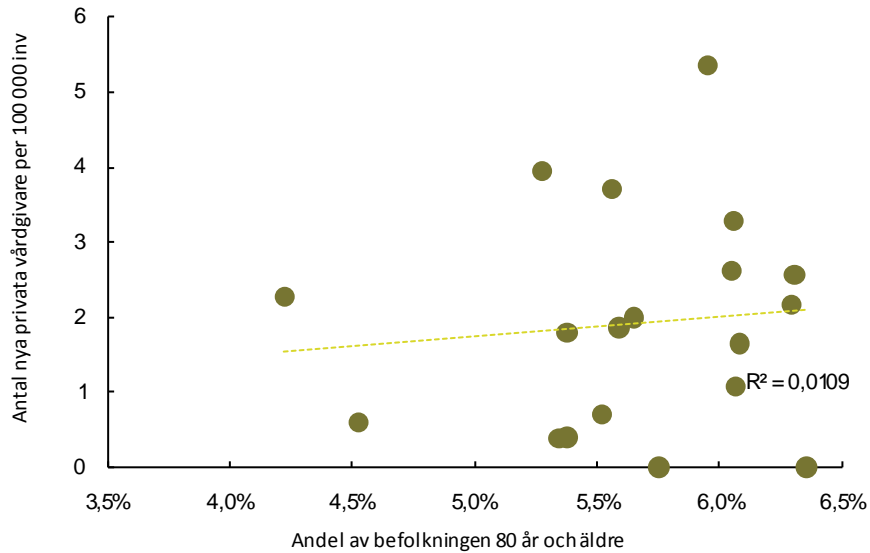
<sup>3</sup> I Bild 2.6 och Bild 2.7 avser uppgifterna för befolkningstillväxt och nyinflyttning åren 2008 och 2009, medan de flesta nyetableringarna skedde sent 2009 samt 2010. Uppgifterna är därför inte fullständigt jämförbara. Samtidigt är dessa uppgifter de som var tillgängliga för företagen när de gjorde sina etableringsbeslut, varför de ändå kan sägas ha relevans. Viss försiktighet i tolkningen är emellertid lämpligt i detta sammanhang.

**Bild 2.7** Relativt antal nyöppnade privata vårdmottagningar och nyinflyttning



Källa: Konkurrensverket (2010, Tabell 5.1 och 5.2) och SCB,  $\rho = 0,20$  (korrelationskoefficienten)

**Bild 2.8** Relativt antal nyöppnade privata vårdmottagningar och andel av befolkningen som är 80 år och äldre



Källa: Konkurrensverket (2010, Tabell 5.1 och 5.2) och SCB,  $\rho = 0,20$  (korrelationskoefficienten)



## 2.1.2 Företagens förväntningar

Konkurrensverket genomförde inför sin första delrapport en intervjuundersökning av företagens förväntningar under hösten 2009. Den genomfördes per telefon med hjälp av marknadsundersökningsföretaget Markkör. Syftet var att se närmare på vilka förväntningar företagen hade inför vårdvalsreformen inom primärvården och vilka erfarenheter de hittills haft.

Denna undersökning utgör huvudmaterialet rörande företagens förväntningar som kommer att tas i denna studie. Det är därför av intresse att närmare presentera betingelserna för undersökningen och hur säkra vi kan vara på slutsatserna från den.

Urvalsramen utgörs av privata vårdgivare i Sverige som antingen har vårdavtal som upphandlats via LOU eller LOV eller som har samverkansavtal (taxeläkare) och uppgår till 715 poster efter bearbetning. Av dessa intervjuades 140 stycken under perioden 25 september till den 8 oktober 2009.

Frågebatteriet utgjordes av en blandning av öppna frågor och frågor med svarsalternativ. Av dessa har vi valt ut ett mindre antal som kan tänkas vara intressanta för att förstå hinder för nyföretagandet på marknaderna för primärvård. Svaren har här delats in i landsting, men det får till konsekvens att antalet respondenter för vissa landsting är mycket lågt varför resultaten skall tolkas med försiktighet.

De tre frågorna som valts för denna studie presenteras i Tabellerna 2.2 och 2.3 nedan. Vi har också valt att beräkna korrelationskoefficienterna för svaren och för olika mått på etableringsmönstren för vårdmottagningarna.

Den första frågan avser andelen av företagen som menar att de tror att privata vårdgivare missgynnas vid införandet av vårdvalssystem. Variationen mellan landstingen är relativt stor, från 9 till 67 procent. Vad som emellertid är slående är att denna andel har ett negativt samband med såväl nyföretagandet som med antalet privata vårdmottagningar per 100 000 invånare. Förtroendet för landstingen hos företagen att de inte missgynnar privata aktörer förefaller således slå igenom i etableringsmönstret. Ju större förtroende, desto fler nya privata vårdmottagningar och desto större antal privata vårdmottagningar. Sambandet illustreras också i Bild 2.9 nedan.

Den andra frågan gäller andelen av företagen som menar att verksamheten påverkats positivt sedan vårdvalssystemet infördes. Denna andel är omkring en tredjedel för riket och varierar även den kraftigt mellan landstingen. Det finns också en tendens till att fler har positiva erfarenheter i landsting där nyetableringen av privata aktörer har varit relativt stor.

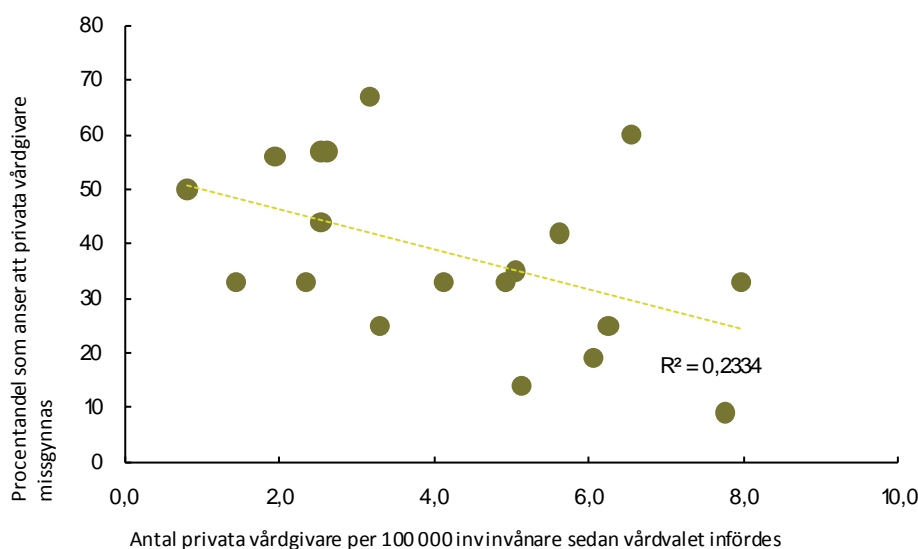
**Tabell 2.2** Enkätundersökning av företagens förväntningar

Landsting	Procentandel som tror att privata vårdgivare missgynnas vid införande av vårdvalssystem	Procentandel som säger att verksamheten påverkats positivt sedan vårdvalssystemet infördes (Företag verksamma inom vårdvalssystem)
Stockholm	19	43
Uppsala	14	0
Södermanland	57	33
Östergötland	33	0
Jönköping	25	0
Kronoberg	33	50
Kalmar	57	0
Blekinge	60	0
Region Skåne	35	22
Halland	9	17
Västra Götaland	42	67
Värmland	25	50
Örebro	33	0
Västmanland	33	0
Dalarna	44	50
Gävleborg	57	0
Västernorrland	33	20
Jämtland	67	0
Västerbotten	56	33
Norrbotten	50	33
<b>Totalt Sverige</b>	<b>39</b>	<b>21</b>
Korrelation (Nyföretagande)	-0,38	0,32
Korrelation (Antal privata vårdmottagningar per 100 000 invånare)	-0,48	-0,10
Korrelation (Antal privata och offentliga vårdmottagningar per 100 000 invånare)	0,09	-0,07

Not: För flera av landstingen är antalet svarande mycket lågt varför resultaten skall tolkas försiktigt. Vid beräkningarna av korrelation utgår Kalmar, antalet observationer är alltså 19.

Källa: Konkurrensverket (2010, Tabell 5.1 och 5.2) och Markör (2009), frågorna 11 samt 13

**Bild 2.9** Andel företag som anser att privata vårdgivare missgynnas och relativt antal nyöppnade privata vårdmottagningar



Källa: Konkurrensverket (2010, Tabell 5.1 och 5.2) och Markör (2009) fråga 11,  $\rho = -0,48$  (korrelationskoefficienten)

Den tredje frågan som valts ut för denna studie går ut på att värdera vilken betydelse olika faktorer har för förutsättningarna att bedriva primärvårdsverksamhet. Frågan konstruerades så att respondenten fick ange om en viss faktor hade en helt avgörande, stor, ganska stor, liten, eller ingen betydelse alls. De faktorer vi valt ut är ersättningssystemets utformning, ickevalsalternativets utformning, krav på öppettider och service, samt krav på bemanning och kompetens. Resultaten presenteras i Tabell 2.3 nedan. Vi har summerat svarskategorierna "helt avgörande" och "stor betydelse".

När det gäller ersättningssystemets utformning ser vi återigen en stor variation mellan landstingen, alltifrån noll till 56 procent. Genomsnittet ligger på 33 procent vilket med tanke på dess betydelse får anses som en ganska låg siffra. Möjligen kan man ställa sig frågande till hur frågeställningen har uppfattats.

Vad gäller ickevalsalternativets utformning är det återigen anmärkningsvärt låga andelar av företagen som anser att det har någon betydelse för deras förutsättningar att bedriva primärvårdsverksamhet. I åtta landsting är andelen till och med noll procent. Genomsnittet ligger på 17 procent. Intressant här är andelen som tillmäter denna faktor stor betydelse sjunker ju fler privata vårdmottagningar som är etablerade inom landstingen - korrelationen uppgår till  $-0,46$ . Sambandet illustreras vidare i Bild 2.10 och får anses som relativt starkt.

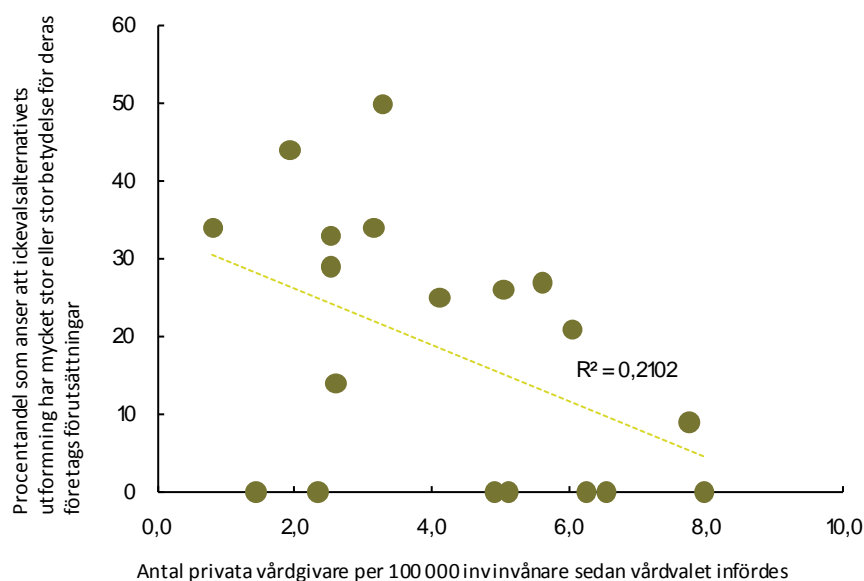
**Tabell 2.3** Enkätundersökning av företagens förväntningar, forts.

Landsting	Anser att följande faktorer har helt avgörande eller stor betydelse för sitt företags förutsättningar att bedriva primärvård i ett vårdvalssystem			
	Ersättnings-systemets utformning	Ickevals-alternativets utformning	Krav på öppettider och service	Krav på bemanning och kompetens
Stockholm	47	21	57	64
Uppsala	0	0	29	57
Södermanland	28	14	14	43
Östergötland	17	0	17	83
Jönköping	25	0	25	75
Kronoberg	33	0	17	50
Kalmar	43	0	14	43
Blekinge	40	0	40	40
Region Skåne	43	26	48	57
Halland	18	9	45	54
Västra Götaland	37	27	26	48
Värmland	25	50	25	50
Örebro	33	0	33	33
Västmanland	50	0	33	67
Dalarna	56	33	44	66
Gävleborg	14	29	14	28
Västernorrland	50	25	42	67
Jämtland	50	34	17	67
Västerbotten	33	44	44	33
Norrbotten	17	34	17	34
<b>Totalt Sverige</b>	<b>33</b>	<b>17</b>	<b>30</b>	<b>53</b>
Korrelation (Nyföretagande)	0,08	-0,22	0,13	0,26
Korrelation (Antal privata vårdmottagningar per 100 000 inv)	0,16	-0,46	0,40	0,37
Korrelation (Antal privata och offentliga vårdmottagningar per 100 000 inv)	0,04	-0,06	-0,09	0,04

Not: För flera av landstingen är antalet svarande mycket lågt. Skillnader mellan landsting skall därför tolkas försiktigt. Vid beräkningarna av korrelation utgår Kalmar, antalet observationer är alltså 19.

Källa: Konkurrensverket (2010, Tabell 5.1 och 5.2) och Markör (2009) fråga 14

**Bild 2.10** Andel företag som anser att ickevalsalternativet spelar en helt avgörande eller stor roll för deras företag och det relativa antalet privata vårdmottagningar efter vårdvalets införande



Källa: Konkurrensverket (2010, Tabell 5.1 och 5.2) och Markkör (2009) fråga 14,  $\rho = -0,46$  (korrelationskoefficienten)

En möjlig förklaring till detta samband kan vara att privata vårdgivare redan har hunnit arbeta upp en tillräckligt stor patientgrupp för att inte vara så beroende av ickevalsalternativets utformning: de får tillräckliga volymer ändå. En annan möjlig förklaring kan vara att ickevalsalternativets har en för nyetablerade vårdmottagningar mer gynnsam utformning i vissa landsting. Om detta underlättat inträdet av nya privata aktörer under de senaste åren är det naturligt att sambandet ser ut som i Bild 2.10.

När det gäller krav på öppettider och service å ena sida och krav på bemanning och kompetens å den andra kan vi notera följande.

För det första, krav på bemanning och kompetens anses överlag som viktigare för ett företags förutsättningar än övriga krav. Ungefär hälften av de svarande menar att dessa krav är helt avgörande eller har stor betydelse.

För det andra har såväl krav på bemanning/kompetens som krav på öppettider/service ett positivt samband med antalet privata vårdmottagningar per invånare. Tolkningen här är inte uppenbar – möjligen kan det vara så att i landsting med fler privata vårdmottagningar är kunskaperna om vilka förutsättningar som krävs för att framgångsrikt kunna bedriva primärvårdsverksamhet är högre. Alternativt är det andra faktorer än dessa typer av krav som spelar roll i landsting med relativt få privata vårdmottagningar – respondenterna skulle således ha bedömt dessa krav som relativt sett mindre betydelsefulla.

## 2.2 Beställarna, landstingen

Uppgifterna om beställarna är även de komplexa och bitvis svårtillgängliga. Komplexiteten härrör från nödvändigheten att översätta kvalitativa egenskaper hos ersättningssystem och listningsprinciper med mera till storheter som kan användas för kvantitativ analys. Vi delar in materialet i två delar.

I avsnitt 2.2.1 beskriver vi några centrala egenskaper i ersättningssystemens konstruktion samt bredden, dvs. hur många olika tjänster som landstingen har bestämt skall ingå i primärvårdsuppdraget. I avsnitt 2.2.2 går vi närmare in på listningsprinciperna och landstingens inköpsmönster från privata företag när det gäller primärvård.

### 2.2.1 Ersättningssystemen och bredden i vårdåtagandet

Ersättningssystemen är själva grunden för en vårdmottagnings intäktssida och har därför en helt avgörande betydelse för verksamhetens inriktning och omfattning. Principerna som dessa system konstrueras efter kan kategoriseras efter hur stor andel av ersättningen som är fast respektive rörlig. Om ersättningen är helt rörlig är det den faktiska volymen på tjänsterna hos mottagningen som bestämmer beloppen, med andra ord antalet besök, behandlingar och så vidare. En helt fast ersättning utgår istället från antalet medborgare som är listade vid den aktuella enheten. En fast ersättning blir därför mycket mer förutsägbar än en rörlig, men påverkas inte av hur mycket medborgarna faktiskt utnyttjar sin vårdcentral. En bra genomgång av för- och nackdelar med fast respektive rörlig ersättning återfinns i Anell (2009).

I praktiken tillämpar samtliga landsting en blandning av fast och rörlig ersättning där tonvikten för samtliga landsting utom Stockholm ligger på den fasta delen. Den fasta andelen justeras vanligen efter olika parametrar som tar hänsyn till befolkningens vårdbehov. I vissa fall kompletteras den också med en målrelaterad ersättning som faller ut givet att verksamheten uppnår vissa på förhand uppställda mål. Denna andel kan ses som en blandning mellan fast och rörlig ersättning.

Med såväl fast som rörlig ersättning kan man förvänta sig oönskade effekter. En hög andel fast ersättning ger bättre förutsättningar för beställare att budgetera kostnader och företagen att prognostisera intäkter. En nackdel är att det kan ge motsatta incitament för vårdgivarna att hålla en hög servicenivå och en hög kvalitet på sina tjänster. Detta eftersom ersättningen inte påverkas av hur många av de listade medborgarna som faktiskt utnyttjar vårdcentralen. Möjligheten att byta vårdcentral kan tänkas motverka detta i viss mån. Privata vårdmottagningar kan också tänkas inrikta sig på befolkningskategorier som är friskare än genomsnittet och eftersträva att begränsa antalet vårdtunga patienter.

En hög andel rörlig ersättning skärper incitamenten för vårdgivarna att ge hög service och en hög kvalitet, men samtidigt ökar risken att vårdmottagarna får incitament att stimulera en överkonsumtion av primärvård vilket ger sämre kostnadskontroll för beställarna.

Slutsatsen som de flesta bedömare drar är att det bästa ersättningssystemet har såväl en fast som en rörlig del. Den frågan som vi möjligen kan närma oss svaret på i denna studie är om befintliga system bör öka eller minska den fasta/rörliga ersättningen eller inte.

Konkurrensverket har genomfört omfattande intervjuer inom ramen för regeringsuppdraget om vårdvalsreformen och har därtill systematiserat en lång rad förfrågningsunderlag för LOV-upphandlingar. Materialet visar på stora skillnader i ersättningsmodeller mellan landsting. Även andelen fast/rörlig skiljer sig, där Stockholm som enda landsting har en större rörlig än fast ersättningsandel.

Även bredden på vårdvalsåtagandet skiljer sig åt. Förutom själva kärnan i uppdraget ingår i exempelvis såväl barnhälsovård, mödrahälsovård, rehabilitering, hemsjukvård som medicinsk fotvård i primärvårdsuppdraget. I Stockholm ingår endast en av dessa fem, nämligen hemsjukvård, i uppdraget. Vi ser alltså betydande skillnader mellan landstingen i detta avseende.

Utifrån Konkurrensverkets material har vi kvantifierat uppgifterna om andel fast ersättning samt bredden i primärvårdsuppdraget i Tabell 2.4 nedan.

När det gäller andel fast ersättning är det svårt att sätta några exakta siffror – vi har därför, i samråd med Konkurrensverket, klassificerat landstingens ersättningsmodeller i tre kategorier. Sex landsting har en "mycket stor" andel fast ersättning, vilket motsvarar ungefär 90 procent eller mer i fast ersättning. Kategorin "stor" motsvarar ungefär 70-90 procent i fast ersättning. Stockholms landsting har enligt flera bedömare omkring 40 procent i fast ersättning och skiljer således ut sig från övriga landsting.

Rörande bredden i primärvårdsuppdraget har vi utgått från Konkurrensverkets uppgifter och adderat antalet verksamheter som landstingen valt skall ingå. Följande fem verksamheter har räknats in: barnhälsovård, mödrahälsovård, rehabilitering, hemsjukvård och medicinsk fotvård.

Sammantaget visar dessa två parametrar, andel fast ersättning samt bredd, på två viktiga egenskaper hos ersättningssystemen. I analysen som följer skall vi se närmare på hur dessa samvarierar med etableringsmönstren.

**Tabell 2.4** Ersättningssystemen och bredden i vårdvalet

Landsting	Andel fast ersättning	Bredd (1-5)
Värmland	Mycket stor	5
Jämtland	Mycket stor	5
Norrbottn	Mycket stor	5
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	3
Jönköping	Stor	3
Kronoberg	Stor	3
Södermanland	Stor	2
Kalmar	Stor	2
Gävleborg	Stor	2
Uppsala	Stor	1
Stockholm	Mindre än hälften	1

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.

Källa: Konkurrensverket (2010), Tabell 3.1 samt intervjumaterial. Andel fast ersättning avspeglar en sammanfattande bedömning av intervjumaterialet som gjorts i samråd med Konkurrensverket.

## 2.2.2 Listningsprinciperna och inköp från privata vårdföretag

I alla landsting tillämpas någon form av system för listning som ersättningen utgår ifrån. En viktig fråga för företagen är hur denna påverkas vid själva övergången till det nya vårdvalssystemet. Landstingen måste då bland annat ta ställning till om passiv listning av invånarna ska förekomma, vilket innebär att samtliga invånare ska listas vid någon vårdenhet. Ett alternativ är att enbart aktiva val ska registreras hos landstinget. Det senare alternativet kan möjligen underlätta för nya privata aktörer eftersom en större andel av invånarna då saknar den "fasta" relationen till en viss vårdcentral som en listning innebär.



Det finns ingen bestämmelse enligt LOV att landstingen skall lista invånare vid identifierade vårdmottagningar. De kan därför låta invånare förbli olistade i ett vårdvalssystem.

Vi gör bedömningen att det framförallt är två dimensioner av listningsreglerna som har betydelse för nya aktörer.

Den första är vilken listningsprincip som används vid själva övergången till ett vårdvalssystem.

Den kan antingen bygga uteslutande på aktiva val där medborgarna endast listas på en viss mottagning efter att själva aktivt har valt just den vårdcentralen. I Stockholm och Uppsala följs den principen.

Den kan också innefatta passiva val där medborgare som inte själva aktivt väljer vårdcentral tilldelas en mottagning efter någon uppställd princip. Det innebär alltså att mottagningar erhåller ersättning för patienter som inte själva aktivt valt att bli listade där. En viktig faktor i denna kategori är huruvida nyetablerade vårdmottagningar får en andel av dessa passiva listningar eller inte. Det är naturligt att förvänta sig att i landsting där nyetablerade får en sådan andel är det lättare att komma upp i sådana ersättningsnivåer att verksamheten kan bära sig ekonomiskt.

Den andra dimensionen är hur nyinflyttade behandlas. Ett alternativ är att tillämpa endast aktiva val, vilket medför att ingen vårdmottagning får någon ersättning för nyinflyttade invånare som inte listat sig. Det andra alternativet är att tillämpa passiv listning, men då krävs en fördelningsprincip som identifierar vilken vårdmottagning som skall väljas. Två sådana principer kan förväntas vara särskilt betydelsefulla, närhetsprincipen och fördelning efter initial fördelning alternativt egen regi. Vi kan förvänta oss att närhetsprincipen ger bättre förutsättningar för en privat aktör att kunna få en högre andel listade invånare.

I Tabell 2.5 sammanfattas dessa två dimensioner av listningsförfarandet hos landstingen. Vi ser att Stockholm och Uppsala tillämpar en modell utan passiv listning vilket skiljer dem från övriga landsting. Däremot har ungefär hälften av de kvarvarande system som ger nyetablerade en andel av medborgarna till skillnad från övriga. Denna variation kan i sig, vilket vi senare kommer att analysera närmare, ha betydelse för etableringsbenägenheten hos privata aktörer.

När det gäller listning av nyinflyttade ser vi att Stockholm, Uppsala och Kronoberg endast listar de som gör aktiva val. Övriga tillämpar passiv listning enligt någon princip. De flesta, tolv stycken, använder sig här av närhetsprincipen.

**Tabell 2.5 Listningsprinciper och andel av landstingens inköp av primärvård från privata företag 2009**

Landsting	Listningsprincip	Listning av nyinflyttade	Andel i % av landstingens inköp av primärvård från privata företag 2009
Stockholm	Ingen passiv listning	Enbart aktiva val	49
Uppsala			22
Halland	Passiv listning enligt närhetsprincipen	Passiv listning enligt närhetsprincipen	35
Skåne			30
Västra Götaland			21
Gävleborg			17
Södermanland			15
Kalmar	Passiv listning där nyetablerade får en andel	Passiv listning enligt initial fördelning eller egen regi	12
Blekinge			8
Värmland			8
Jönköping			7
Västmanland			40
Kronoberg	Passiv listning där nyetablerade INTE får en andel	Enbart aktiva val	22
Västerbotten		Passiv listning enligt närhetsprincipen	18
Västernorrland			17
Östergötland		17	
Örebro		Passiv listning enligt initial fördelning eller egen regi	17
Jämtland			9
Norrbottnen			9
Dalarna			5

Not: Tabellen är sorterad efter Listningsprincip (Ingen passiv listning högst, därefter passiv listning där nyetablerade får en andel och sist passiv listning där de inte får en andel av brukarna) och andel av landstingens inköp av primärvård av privata företag 2008.

Källa: Konkurrensverket 2010, Tabell 3.2 och 3.3, SKL (2010), Tabell E31.

I den sista kolumnen av tabellen presenteras landstingens inköpsandel av privata företag avseende primärvård. Syftet med denna variabel är att den kan tänkas representera hur väl marknaden och beställaren är förtrogen med att låta privata utförare erbjuda primärvård inom landstinget. Vi ser att variationen mellan landstingen är stor: I Stockholm uppgår andelen till 49 procent vilket kan jämföras med fem procent för Dalarna.

Om detta har betydelse för etableringsbenägenheten hos privata aktörer återkommer vi till senare. Här kan det emellertid vara intressant att se inköpsandelen har något slags samband med listningsprinciperna. En korstabulering av

inköpsandelen uppdelat på dels listningsprinciper, dels listning av nyinflyttade, presenteras i Tabell 2.6 nedan.

**Tabell 2.6 Listningsprinciper och landstingens inköpsandel (i procent) från privata företag (antal observationer inom parentes)**

Listningsprincip	Listning av nyinflyttade och nyfödda			Total
	Ingen passiv listning	Passiv listning enligt närhetsprincipen	Passiv listning enligt annan princip*	
Ingen passiv listning	35 (2)			35 (2)
Passiv listning där nyetablerade får en andel		17 (8)	15 (1)	17 (9)
Passiv listning där nyetablerade INTE får en andel	22 (1)	23 (4)	10 (4)	17 (9)
<b>Total</b>	<b>31 (3)</b>	<b>19 (12)</b>	<b>11 (5)</b>	<b>19 (20)</b>

Not: \*) Med "annan princip" avse listning till egenregi eller initial fördelning

Källa: Konkurrensverket 2010, Tabell 3.1 och 3.2, samt SKL (2010), Tabell E31, Landstingens köp av verksamhet från privata företag 2009, procentuell andel av nettokostnad, exkl. läkemedel inom läkemedelsförmånen

Det är två landsting som har tillämpat principen "ingen passiv listning" för såväl övergången som för nyinflyttade. Här ser vi att inköpsandelen på 35 procent är högre än genomsnittet som ligger på 19 procent. En mindre styrning av medborgarna mot en viss vårdmottagning är således associerad med en högre andel inköp från privata företag av primärvårdstjänster hos landstingen.

Omvänt ser vi också att de fyra landsting som tillämpar passiv listning utan att ge nyetablerade en andel, samt även passivt listar nyinflyttade och nyfödda enligt en annan princip än närhetsprincipen, har en relativt låg inköpsandel från privata företag, nämligen 10 procent.

Det verkar således finns en viss samvariation i fråga om hur mycket styrning landstingen ge medborgarna i valet av vårdmottagning samt andelen primärvårdstjänster som köps in av landstingen av privata vårdaktörer.

Någon motsvarande samvariation ser vi emellertid inte när vi istället ser på landstingens nettokostnader för primärvård per invånare uppdelad efter samma struktur, se Tabell 2.7. De variationer som framgår torde av allt att döma vara alltför små för att kunna ges en entydig tolkning. Troligen härrör sig variationen från andra faktorer än listningssystemen.

**Tabell 2.7 Listningsprinciper och landstingens nettokostnader för primärvård (i kr/inv, antal observationer inom parentes)**

Listningsprincip	Listning av nyinflyttade och nyfödda			Total
	Ingen passiv listning	Passiv listning enligt närhetsprincipen	Passiv listning enligt annan princip*	
Ingen passiv listning	3 348 (2)			3 348 (2)
Passiv listning där nyetablerade får en andel		3 725 (8)	3 286 (1)	3 677 (9)
Passiv listning där nyetablerade INTE får en andel	2 805 (1)	3 456 (4)	4 007 (4)	3 629 (9)
<b>Total</b>	<b>3 167 (3)</b>	<b>3 636 (12)</b>	<b>3 863 (5)</b>	<b>3 622 (20)</b>

Not: \*) Med "annan princip" avse listning till egen-regi eller initial fördelning

Källa: Konkurrensverket 2010, Tabell 3.1 och 3.2, samt SKL (2010), Tabell E28, Nettokostnad primärvård 2009 (kr/inv) exkl. läkemedel inom läkemedelsförmånen

## 2.3 Patienterna

Den sista kategorin i denna kartläggning gäller hur patienterna uppfattar primärvårdsutbudet. Den källa som valts utgörs här av den nationella patientenkäten som genomförs av Institutet för kvalitetsindikatorer (Indikator) på uppdrag av Sveriges Kommuner och Landsting.

Nationell patientenkät är ett samlingsnamn för flera mätningar av den kvaliteten inom primärvården som patienterna själva upplever. Under hösten 2009 genomfördes mätningar inom primärvården där patienter från drygt 830 vårdcentraler över hela landet deltog. Över 94 000 svar behandlades vilka ligger till grund för resultaten. Mätningarna är planerade att upprepas regelbundet och syftar till att utgöra underlag för att skapa bättre vård. Nästa mätning av vårdcentraler planeras ske hösten 2010.

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 på en viss vårdcentral eller i landstinget som helhet. De åtta indikatorerna är följande: helhetsintryck, bemötande, delaktighet, information, tillgänglighet, förtroende, upplevd nytta, rekommendera (dvs. om man skulle rekommendera en viss vårdcentral till en nära vän eller släkting). Indikatorerna normeras till skalan 0 till 100 där 100 är högsta möjliga betyg och 0 lägsta möjliga.

Resultaten kan erhållas från Indikators hemsida ([www.indikator.org](http://www.indikator.org)) och brytas ned på landstings-, kommun eller vårdcentralsnivå.

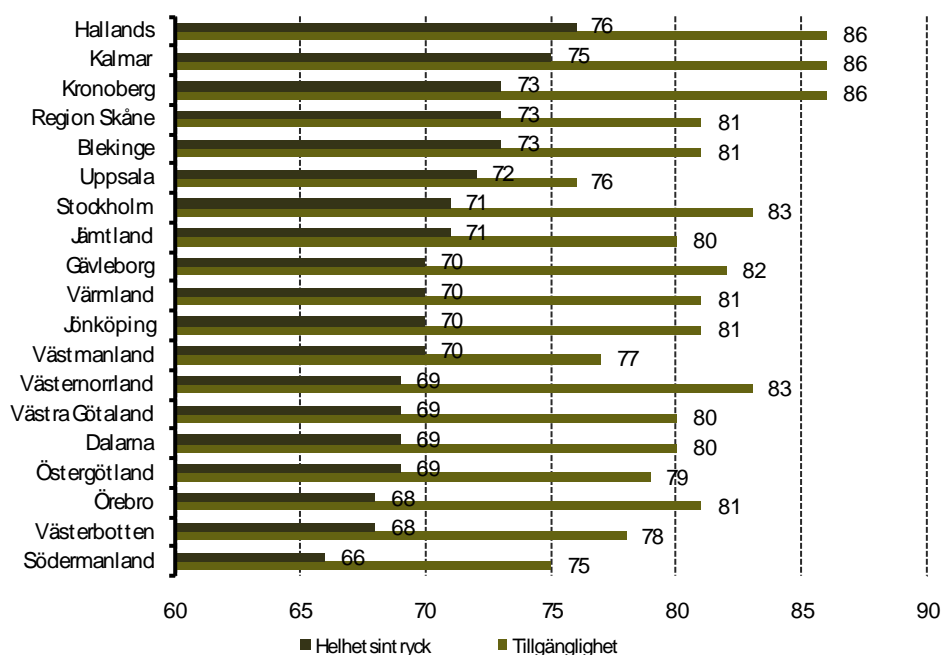
För denna studie har vi valt ut två indikatorer, helhetsintryck och tillgänglighet.

Motivet för att välja helhetsintryck är att approximera patienternas uppfattning av kvalitetsnivån på vårdcentralen i landstinget. Hypotesen är att det är lättare för en privat vårdaktör att etablera sig i ett landsting där kvaliteten upplevs som relativt låg och där patienterna är relativt missnöjda eftersom de då kan antas vara mer benägna att söka sig till alternativa vårdgivare.

Motivet för att välja tillgänglighet är att få ett mått på hur patienterna värdesätter denna aspekt av vårdmottagningarnas erbjudande. Tillgänglighet innefattar sådana saker som väntetid i telefon, i väntrum, på akut- och rutinbesök, hur lång tiden är för att få tillgång till specialister, och så vidare.

Resultaten från 2009 års undersökning nedbrutet på landstingsnivå presenteras i Bild 2.11 nedan.

**Bild 2.11** Den nationella patientenkäten



Källa: Den Nationella Patientenkäten, 2009. Indikator AB

Resultaten är rangordnade efter helhetsintryck och det framgår tydligt att Halland, följt av Kalmar, ligger i topp. Södermanland ligger i botten, tätt följd av Västerbotten och Örebro.

För tillgänglighet menar patienterna att Halland, Kalmar och Kronoberg ligger bäst till. Sämst tillgänglighet har däremot Sörmland och Uppsala.

Varierar helhetsintrycket eller tillgängligheten med vilka listningsprinciper som landstingen tillämpar? I korstabuleringen i Tabell 2.8 och 2.9 nedan framgår att något sådant mönster ej framgår med någon tydlighet.

**Tabell 2.8 Listningsprinciper och patienternas helhetsintryck**

Listningsprincip	Listning av nyinflyttade och nyfödda			Total
	Ingen passiv listning	Passiv listning enligt närhetsprincipen	Passiv listning enligt annan princip*	
Ingen passiv listning	72 (2)			72 (2)
Passiv listning där nyetablerade får en andel		72 (8)	66 (1)	71 (9)
Passiv listning där nyetablerade INTE får en andel	73 (1)	69 (4)	69 (3)	70 (8)
<b>Total</b>	<b>72 (3)</b>	<b>71 (12)</b>	<b>68 (4)</b>	<b>71 (19)</b>

Not: \*) Med "annan princip" avse listning till egen-regi eller initial fördelning

Källa: Konkurrensverket 2010, Tabell 3.1 och 3.2, samt och Indikator AB (2010)

**Tabell 2.9 Listningsprinciper och patienternas uppfattning av tillgängligheten**

Listningsprincip	Listning av nyinflyttade och nyfödda			Total
	Ingen passiv listning	Passiv listning enligt närhetsprincipen	Passiv listning enligt annan princip*	
Ingen passiv listning	80 (2)			80 (2)
Passiv listning där nyetablerade får en andel		82 (8)	75 (1)	81 (9)
Passiv listning där nyetablerade INTE får en andel	86 (1)	79 (4)	80 (3)	80 (8)
<b>Total</b>	<b>82 (3)</b>	<b>81 (12)</b>	<b>79 (4)</b>	<b>81 (19)</b>

Not: \*) Med "annan princip" avse listning till egen-regi eller initial fördelning

Källa: Konkurrensverket 2010, Tabell 3.1 och 3.2, samt och Indikator AB (2010)

## 3 Sambandsanalys

Kartläggningen av befintlig empiri i föregående kapitel sätter ramarna för den sambandsanalys som genomförs här i detta kapitel. Det skall understrykas att materialet har begränsningar, varav de främsta är den korta tidsperioden efter reformen: mycken nyetablering kan ju ha skett efter det att mätningarna genomfördes, samt att vi endast har 19 observationer, dvs. landstingen. Även precisionen i en del variabler är troligen ganska grov. Trots detta kommer sambandsanalysen som följer att visa samband som förefaller, givet dessa begränsningar, relativt robusta.

Kapitlet är indelat enligt följande. Nästa avsnitt (3.1) sammanfattar vilka variabler vi lyckats fånga jämfört med den "önskelista" som härleddes i Tabell 1.2. Vidare specificeras den generiska modell vi använder för att spåra sambanden mellan nyetablering och de olika typer av hinder vi identifierat. I avsnitt 3.2 avtecknas några bivariata samband, dvs. korrelationer mellan två variabler, för att undersöka några tänkbara grundläggande samband. Därefter skattar vi i avsnitt 3.3 några regressionsmodeller för att kunna förklara etableringsmönster med flera olika faktorer samtidigt. Avsnitt 3.4 summerar resultaten och diskuterar kort vilka slutsatser som kan dras.

### 3.1 Vad påverkar vad?

Kartläggningen i föregående kapitel avspeglar den information som bäst avspeglade de faktorer vi sökte efter i enlighet med Tabell 1.2. Vi fann inte allt, vilket var väntat. En sammanfattning av var vi står presenteras i Tabell 3.1 nedan.

Vad gäller strukturella inträdeshinder finner vi listningsprinciperna, listning av nyinflyttade och födda, samt landstingens inköpsandel från privata vårdföretag. Vi saknar data på de anpassningskostnader som uppstår vid anpassning till landstingens administrativa system, hur lätt eller svårt det är att finna kompetent personal samt marknadsföring.

Vi saknar helt uppgifter på strategiska inträdeshinder, exempelvis i vilken utsträckning som nya aktörer hindras från att delta i samarbeten och hur mycket befintliga företag anpassat sin lokalisering för att mota bort nyinträde på marknaden.

För nivåkraven fångar kartläggningen kraven på en viss bredd i primärvårds-uppdraget, men inte de krav som ställs på service och kompetens. Visserligen har det material som Konkurrensverket tillhandahållit avseende dessa service- och kompetenskrav i LOV-upphandlingar i viss mån kommit med intressanta upplysningar, men det har inte gått att kvantifiera dessa skillnader på ett meningsfullt sätt.

**Tabell 3.1 Faktorer som påverkar etableringen av privata vårdmottagningar**

Inträdeshinder		Nivåkrav	Incitament
Strukturella	Strategiska		
Listningsprinciper		Krav på bredd i primärvårdsuppdraget	Andel fast ersättning
Listning av nyinflyttade/födda			Landstingens nettokostnad för primärvård
Landstingens inköpsandel från privata vårdföretag			Befolkningsstruktur
			Förtroende för landstinget
			Antal vårdcentraler före reformen
			Kvalitet hos befintliga vårdcentraler
<i>Önskvärda variabler som saknas</i>			
Anpassning till landstingens system	Nya aktörer hindras delta i samarbeten	Kompetens- och servicekrav	Aktiva och välinformerade konsumenter
Tillgång på kompetent personal	Befintliga företags lokalisering		
Marknadsföring			

Källa: Copenhagen Economics

De flesta uppgifter vi fångar hör till kategorin incitament. Vi har uppgifter på andel fast ersättning, om än i synnerligen grov form. Befolkningsparametrar, förtroende för landstingen samt antalet vårdcentraler före reformen finns också i data-materialet, liksom den patientupplevda kvaliteten. Vi har även tagit med landstingens nettokostnad för primärvården som en approximation till ersättningsnivån till företagen. Ju högre nettokostnader, desto högre ersättning, och möjligen då också mer nyinträde av privata vårdmottagningar.<sup>4</sup>

Däremot saknar vi uppgifter som visar hur aktiva och välinformerade konsumenterna är. Man kan förmoda att sådana uppgifter skulle kunna visa något om hur benägna invånarna är att aktivt byta vårdmottagning om man inte är nöjd med den nuvarande.

Vilka begränsningar sätter de data som saknas för sambandsanalysen? Vilka möjligheter finns det att kunna finna några robusta samband som kan kasta ljus över syftet med studien, nämligen vilket vårdvalssystem ger mest nyetablering?

<sup>4</sup> Vi har emellertid ej kunnat undersöka om det finns något sådant samband.



Frågan är naturligtvis nästintill omöjlig att svara på. Men så länge som de utelämnade variablerna inte samvarierar kraftigt med övriga variabler kan man vara rimligt tryggt med att de uppmätta sambanden är någorlunda robusta. Det är också vår bedömning. Däremot kan det inte uteslutas att några av de icke observerade variablerna har ett signifikant förklaringsvärde när det gäller att förstå etableringsmönstren hos privata vårdföretag. Enda sättet att få reda på hur det förhåller sig är således att försöka mäta dessa.

Den grundläggande modellen vi använder i sambandsanalysen är att en rad förutsättningar bestämmer nivån på nyföretagandet. Dessa förutsättningar utgörs av inträdeshinder, nivåkrav och incitament. Vi förväntar oss att inträdeshinder och nivåkrav bromsar nyetablering, medan incitamenten stimulerar nyinträde, se Bild 3.1.

**Bild 3.1** Förutsättningarna för nyföretagande



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

(-)                      (-)                      (+)

Källa: Copenhagen Economics

Vårdvalssystemet har element som ingår såväl i kategorierna strukturella inträdeshinder, nivåkrav som incitament. Men för att kunna säga något om vårdvalssystemets inverkan på etableringen av privata vårdmottagningar måste man rensa för effekten av andra faktorer som också har betydelse. Detta är regressionsanalysens huvudsakliga styrka, vilket vi kommer att få se närmare i avsnitt 3.3.

Härnäst skall vi emellertid först se närmare på några bivariata samband.

## 3.2 Bivariata samband

Eftersom vi har ett synnerligen litet antal observationer, endast 19 stycken<sup>5</sup>, är det av värde att först undersöka om vi har några starka bivariata samband mellan nyetablering och ersättningssystemen, listningsreglerna och kvalitetsparametrarna. Begreppet bivariat betyder att vi försöker beskriva *en* faktors påverkan på nyetableringsmönstret åt gången.

Låt oss först se hur etableringsbenägenheten beror på den andel fast ersättning samt bredden i vårdvalet. Av Tabell 3.2 framgår att antalet nya privata vård-

<sup>5</sup> Av de 21 landstingen utgår Gotland för att de ej infört vårdval, Kalmar utgår för att de ej hunnit behandla ansökningarna från företagen som vill driva primärvårdsverksamhet.

mottagningar inte uppvisar något entydiga samband med vare sig bredden eller andelen fast ersättning.

Paradoxalt nog verkar tillväxten av antalet privata aktörer vara som störst när bredden ligger någonstans i mitten snarare än när den ligger i över- eller underkant. Det är ingen uppenbar skillnad på etableringsmönstren beroende på hur stor de fasta ersättningsandelen är.

**Tabell 3.2 Relativt antal nya privata vårdmottagningar per 100 000 invånare uppdelat på olika typer av ersättningssystem. Antal observationer inom parentes.**

Bredd i vårdvalet	Andel fast ersättning			Total
	Mindre än hälften	Stor andel	Mycket stor andel	
1	2,3 (1)	0,6 (1)	1,8 (1)	1,6 (3)
2		1,5 (2)	2,6 (1)	1,9 (3)
3		3,1 (3)	4,0 (1)	3,3 (4)
4		2,0 (3)		2,0 (3)
5		1,3 (3)	1,0 (3)	1,2 (6)
Total	2,3 (1)	1,9 (12)	1,9 (6)	1,9 (19)

Not: \*) Med "annan princip" avse listning till egen-regi eller initial fördelning

Källa: Konkurrensverket 2010, Tabell 3.1, 3.2, 5.1 samt 5,2

Listningsreglerna verkar däremot ha större inverkan på graden av nyetablering av privata vårdmottagningar, vilket framgår av Tabell 3.3.

Vi ser en drygt dubbelt så hög nyetableringstakt där en passiv listningsprincip tillämpas som ger nyetablerade en andel av invånarna, jämfört med en listningsprincip som inte ger nyetablerade en motsvarande andel.

Även när det gäller listning av nyinflyttade och nyfödda ser vi en skillnad på närhetsprincipen tillämpas eller inte: de som tillämpar passiv listning enligt närhetsprincipen har en etableringstakt av privata vårdmottagningar som är mer än dubbelt så hög jämfört med landstingen där man använder en annan princip.

**Tabell 3.3 Relativt antal nya privata vårdmottagningar per 100 000 invånare uppdelat på listningsprinciper. Antal observationer inom parentes.**

Listningsprincip	Listning av nyinflyttade och nyfödda			Total
	Ingen passiv listning	Passiv listning enligt närhetsprincipen	Passiv listning enligt annan princip*	
Ingen passiv listning	1,4 (2)			1,4 (2)
Passiv listning där nyetablerade får en andel		3,0 (7)	1,9 (1)	2,9 (8)
Passiv listning där nyetablerade INTE får en andel	3,3 (1)	1,2 (4)	0,6 (4)	1,2 (9)
Total	2,1 (3)	2,3 (11)	0,9 (5)	1,9 (19)

Not: \*) Med "annan princip" avse listning till egen-regi eller initial fördelning

Källa: Konkurrensverket (2010), tabell 3.1, 3.2, 5.1 och 5.2

Detta tyder således på att listningsprinciperna för såväl själva övergången som för nyinflyttade/nyfödda har betydelse för hur många privata aktörer som etablerar vårdcentraler.

En annan aspekt att ta hänsyn till är att införandet skiljer sig i tid mellan landstingen. Vi har därför delat in landstingen i de som hade infört vårdvalsreformen den 1 januari 2010 och de som inte hade hunnit det vid den tidpunkten, se Tabell 3.4.

Resultaten tyder också på att de som haft längre tid på sig också har haft en högre nyetableringstakt.

**Tabell 3.4 Relativt antal nya privata vårdmottagningar per 100 000 invånare uppdelat på ersättningssystem och tid för vårdvalreformens införande. Antal observationer inom parentes.**

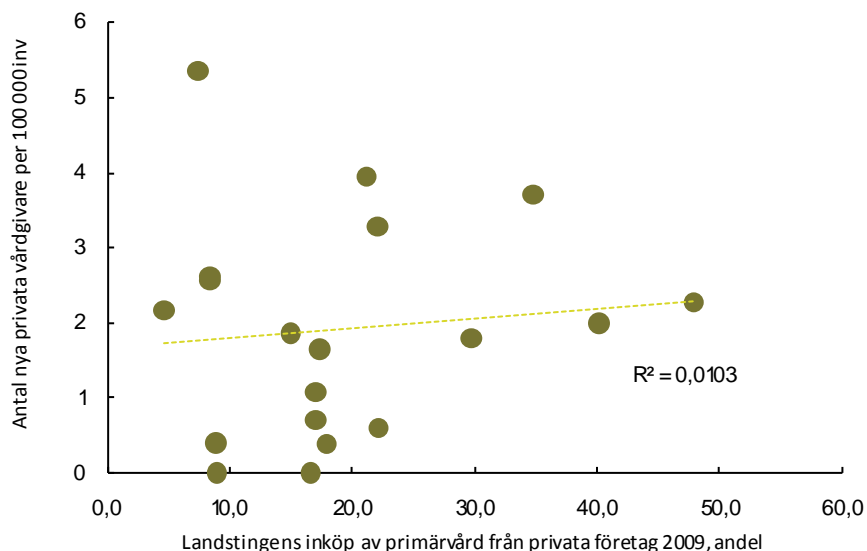
Införande av vårdvalsreformen	Andel fast ersättning			Total
	Mindre än hälften	Stor andel	Mycket stor andel	
Den 1/1 2010 eller senare		1,8 (7)	1,4 (4)	1,6 (11)
Före 1 jan 2010	2,3 (1)	2,1 (5)	2,9 (2)	2,3 (8)
Total	2,3 (1)	1,9 (12)	1,9 (6)	1,9 (19)

Källa: Konkurrensverket (2010), Tabell 3.1, 3.2, 5.1 och 5.2

Ovanstående tyder således på att listningsreglerna kan ha viss påverkan på etableringsmönstret. Däremot verkar inte andelen fast ersättning ha någon motsvarande påverkan. Vidare spelar också tiden en viktig roll. Reformens effekter verkar alltså ta tid på sig för att få fullt genomslag.

I detta avsnitt ser vi också kort på relationen mellan nyetablering och landstingens inköpsandel från privata företag. Det finns skäl att tro att ett positivt samband föreligger eftersom en högre andel kan återspegla en större vana hos landstinget av privata vårdföretag och att man anpassat sina administrativa system bättre till de privata företagens behov. Det kan också betyda att det finns fler etablerade vårdföretag med kortare startsträcka att etablera en vårdmottagning än ett helt nybildat företag. I praktiken ser vi dock inget sådant samband, se Bild 3.2.

**Bild 3.2** Relativt antal nyöppnade privata vårdmottagningar och landstingens inköpsandel av primärvård av privata företag 2009



Källa: Konkurrensverket (2010, Tabell 5.1 och 5.2) och Indikator AB (2010),  $\rho = 0,10$  (korrelationskoefficienten)

Man skulle också kunna förvänta sig att nyinträdet skulle kunna påverkas av kvalitetsfaktorer såsom helhetsintryck och tillgänglighet enligt den nationella patientenkäten. Företagen skulle således välja landsting med relativt låg kvalitet för att ha större möjligheter att genom kvalitetskonkurrens kunna attrahera stora grupper invånare att lista sig hos dem. Det skulle i så fall ge ett negativt samband mellan etableringsgrad och kvalitet.

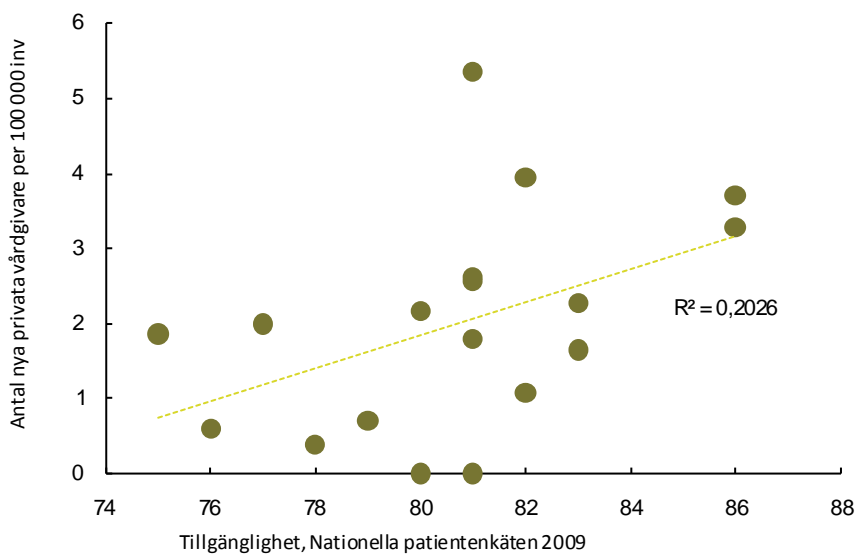
Resultaten återges i Bilderna 3.3 och 3.4 och visar tvärtom båda på ett svagt positivt samband – helt emot vad vi förväntade oss.

**Bild 3.3** Relativt antal nyöppnade privata vårdmottagningar och patienternas helhetsintryck



Källa: Konkurrensverket (2010, Tabell 5.1 och 5.2) och Indikator AB (2010),  $\rho = 0,31$  (korrelationskoefficienten)

**Bild 3.4** Relativt antal nyöppnade privata vårdmottagningar och patienternas intryck av tillgängligheten



Källa: Konkurrensverket (2010, Tabell 5.1 och 5.2) och Indikator AB (2010),  $\rho = 0,40$  (korrelationskoefficienten)

Detta visar att låg kvalitet inte utgjort något tungt vägande skäl för etablering i ett visst landsting. Uppenbarligen väger andra faktorer tyngre.

Sammanfattningsvis har emellertid dessa bivariata samband begränsningar eftersom vi inte vet närmare om vad som ligger bakom. Det finns alltid en risk att faktiska samband döljs av bakomliggande faktorer eller att man finner skenbara samband som egentligen drivs av helt andra omständigheter.

### 3.3 Multivariata samband

I detta avsnitt skall vi försöka att förklara nyetablering av privata vårdmottagningar med flera faktorer samtidigt. Regressionsanalysen är ett standardverktyg när det gäller att skatta ekonomiska samband. Vi utgår från den generiska modellen i Bild 3.1 och använder oss av de tillgängliga förklarande variablerna i Tabell 3.1. Begreppet multivariat betyder att vi försöker beskriva flera olika faktorerers påverkan på nyetableringsmönstret samtidigt.

I regressionsanalysen, en gren inom ekonomisk statistik, är syftet att skapa en funktion som bäst passar observerade data. I vårt fall är antalet nyöppnade privata vårdmottagningar specificerat som en linjär funktion av ett antal förklarande variabler som framgår av Tabell 3.1.

Parameterestimaterna beskriver varje förklarande variabels påverkan på den beroende variabeln. Osäkerheten i varje parameterestimat anges med standardfelet och det går att pröva om varje estimat är statistiskt signifikant skilt från noll. Hela gruppen parameterestimat utgör hela modellskattningen och den brukar ofta beskrivas i andel av den totala variationen som kan förklaras av modellen, det så kallade  $R^2$ -värdet. Till gruppen förklarande variabler fogar vi även ett så kallat intercept, en konstantvariabel för att göra modellen något mer flexibel i att hantera sambanden.

Innan vi presenterar resultaten bör några generella metodsvårigheter uppmärksammas.

För det första är antalet observationer, 18 stycken, ett synnerligen lågt antal.<sup>6</sup> Det påverkar analysen i negativ riktning eftersom parameterskattningarna kan bli instabila och få stora standardavvikelser (felmarginaler). Det sätter också begränsningar för antalet förklarande variabler vi kan få med i analysen. Ju fler sådana variabler vi för in i analysen, desto mindre stabil blir modellskattningarna. Det är ett vanligt resultat när man har ett begränsat antal observationer.

För det andra saknar vi viktig information som enligt vår genomgång i kapitel 1 kan förväntas ha betydelse för nyetablering, exempelvis vissa strategiska inträdes hinder och nivåkrav. Om de utelämnade faktorerna har ett förklaringsvärde kan detta påverka parameterskattningarna i någon riktning. Detta kallas i litteraturen för *omitted variable bias*. Vår bedömning är att denna risk föreligger, men att det samtidigt är svårt att med materialets begränsningar åtgärda det.

För det tredje föreligger en risk att vissa av de förklarande variablerna har ett ömsesidigt beroendeförhållande till varandra, det vill säga att de skulle vara endogent bestämda i modellen. Detta kan också snedvrída skattningarna. Ett enkelt

---

<sup>6</sup> Antalet har sjunkit från 19 st i föregående avsnitt. Av de 21 landstingen utgår Gotland för att de ej infört vårdval, Kalmar utgår för att de ej hunnit behandla ansökningarna från företagen som vill driva primärvårdsverksamhet samt Norrbotten utgår eftersom de inte ingår i den Nationella Patientenkäten.

sätt att undersöka hur robust en modell är för denna typ problem är att skatta en rad alternativa modeller med olika grupper av förklarande variabler, vilket vi också har gjort här.

För det fjärde, slutligen, vill vi återigen påminna om de generella mätproblemen vi har med den beroende variabeln: nyetablering av privata vårdmottagningar. Vi ignorerar således storleken på de nyetablerade vårdmottagningarna, samtidigt observerar vi därtill endast nettoförändringar och inte den faktiska nyetableringstakten.

Sammanfattningsvis visar detta att resultaten bör tolkas med viss försiktighet. Och det är också av värde, givet denna osäkerhet, att jämföra resultaten med vad vi funnit i den bivariata analysen.

Tre alternativa modeller har skattats, och resultaten presenteras i Tabell 3.5. Skillnaden mellan modellerna är att de successivt reducerats med ett antal förklarande variabler.

Förklaringsvärdet ( $R^2$ ) för samtliga modeller ligger i intervallet 70-90 procent. Det ger en första indikation på att variationen i nyetableringstakt mellan landstingen till relativt stor del kan förklaras av de variabler som ingår.

De första två förklarande variabelerna, antalet privata vårdmottagningar före reformen samt andel av befolkningen som är 80+ har insignifikanta parameterestimater. Modellerna tyder alltså inte på att dessa faktorer skulle ha något mätbart förklaringsvärde när det gäller att förstå vad som påverkar nyetableringstakten.

Däremot är förtroendevariabeln signifikant och har ett negativt tecken. Tolkningen är att ju fler som anser att privata företag verksamma inom primärvård missgynnas av landstingen, desto lägre är nyetableringstakten. Denna effekt är statistiskt signifikant i samtliga tre modeller.

Tillgänglighetsfaktorn förefaller ha ett begränsat förklaringsvärde.

Samtliga fyra variabler som beskriver listningssystemet vid övergången till vårdvalssystemet, inklusive de principer som gäller för nyinflyttade och födda, är signifikanta i alla modeller. Tolkningen är inte entydig givet de tecken som framgår, men det förefaller i vart fall som om de regler och principer som styr listningen har betydelse för etableringsmönstret.

Resultaten tycks tyda på att aktiva val vad gäller själva övergången leder till mindre nyetablering än passiva val. Dessutom ger passiva val där nyetablerade ges en andel av befolkningsunderlaget en något större etableringstakt än andra system. Vad gäller nyinflyttning är aktiva val det som bäst stimulerar nyetablering.

**Tabell 3.5 Regressionsresultat. Antal nya privata vårdmottagningar som etablerats efter vårdvalet per 100 000 invånare som funktion av ett antal förklarande variabler. Parameterestimat anges (standardavvikelse inom parentes)**

Förklarande variabel	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Konstant	43* (13)	15,2 (9,4)	10,7 (7,9)
Antal privata företag före	0,42 0,29	-0,09 (0,18)	
Andel 80+ år i befolkningen	-328# (144)	-99 (83)	
Förtroende	-0,138* (0,039)	-0,08* (0,03)	-0,072* (0,023)
Tillgänglighet	-0,37* (0,12)	-0,19 (0,11)	-0,17 (0,11)
Passiv listn där nyetabl får andel <sup>a</sup>	16,8* (4,2)	8,5* (2,2)	6,7* (1,6)
Passiv listn där nyetabl INTE får <sup>a</sup>	15,5* (4,2)	7,0* (2,3)	5,0* (1,5)
Listn nyinfl/födda enligt närhetsprinc <sup>a</sup>	-7,9* (2,3)	-4,6* (1,1)	-3,98* (0,95)
Listn nyinfl/födda enl annan princip <sup>a</sup>	-7,7* (2,1)	-4,7* (1,2)	-4,2* (1,1)
Stor andel fast ersättning <sup>a</sup>	-4,6 (2,0)		
Mkt stor andel fast ersättning <sup>a</sup>	-3,9 (2,7)		
Privat inköpsandel av landstingen	-0,110 (0,059)		
Landstingens kostnad per inv	0,0029# (0,0011)	0,00214* (0,00093)	0,00168* (0,00073)
Införde vårdval före 1/1 2010 <sup>a</sup>	-0,8 (1,1)		
Observationer	18	18	18
R2	0,93	0,76	0,73

Not: <sup>a</sup>) Dummy variabel, \*) Signifikant på 5%-nivån. #) Signifikant på 10%-nivån.

Ersättningsystemens uppbyggnad har däremot inget urskiljbart förklaringsvärde i modellskattingarna. Varken andel fast ersättning eller bredden på vårduppdraget får signifikans i modellerna. Samma sak gäller landstingens inköpsandel från privata företag.

Däremot förefaller landstingens kostnader ha ett positivt samband med nyetableringen av privata vårdmottagningar. Effekten är signifikant i alla modeller. En möjlig förklaring är att ersättningsnivåerna är högre i landsting med högre nettokostnader för primärvård. Resultaten skulle således visa att högre ersättnings-



nivåer ger mer nyetablering av vårdmottagningar i privat regi. Det skall dock understrykas att vi inte vet hur starkt sambandet är mellan landstingens nettokostnader och deras ersättningsnivåer.

Slutligen har inte gruppen som införde vårdvalssystem före 1 januari 2010 någon märkbart högre nyetableringstakt än övriga.

Sammanfattningsvis tycks således modellen tyda på att allt som har med listningsprinciper att göra har betydelse för nyetableringstakten. Även förtroendet för att landstingen agerar konkurrensneutralt har betydelse: högre förtroende ger fler privata vårdmottagningar och större valfrihet. Slutligen tycks också resultaten peka på att större valfrihet skulle kunna vara förenat med att landstingen tillämpar högre ersättningsnivåer till privata vårdmottagningar.

Att inte kvalitetsnivån i de dimensioner som mäts av den nationella patientenkäten var signifikant i denna modell är möjligen något förvånande. Det torde ju vara intressant för nya privata aktörer att etablera sig där man har bäst möjligheter att särskilja sig vad gäller kvalitet. Men empirin stödjer inte den hypotesen.

För att kasta ytterligare ljus över kvalitetsdimensionen genomfördes en begränsad regressionsanalys av patienternas helhetsintryck som funktion av antalet privata respektive offentliga vårdcentraler per invånare. Vi ställde oss således frågan om patienternas helhetsintryck av vårdcentralerna förbättrades ju fler de var, samt om denna effekt var densamma för såväl privata som offentligt drivna vårdmottagningar. För att reducera eventuella problem med utelämnade relevanta variabler lades även kostnaderna per invånare för primärvård in i modellen. Resultaten presenteras i Tabell 3.6.

Förklaringsvärdet ( $R^2$ ) är över 50 procent, som visar att helhetsintrycket verkar ha ett tydligt samband med det relativa antalet vårdmottagningar. Såväl antalet privata som antalet offentliga vårdcentraler har en signifikant effekt på helhetsintrycket. För varje extra privat vårdmottagning ökar helhetsintrycket med en poäng. Men för varje extra offentlig vårdmottagning ökar helhetsintrycket med strax under en *halv* poäng.

En extra privat vårdmottagning bidrar således med dubbelt så mycket till patienternas helhetsintryck av primärvården i landstinget jämfört med en extra offentlig vårdmottagning. Denna skillnad mellan dessa två kategorier av vårdcentraler är dessutom statistiskt signifikant.

**Tabell 3.6 Regressionsresultat. Beroende variabel: Patienternas helhetsintryck av vårdcentralerna i landstinget. Parameterestimat anges (standardavvikelse inom parentes)**

Förklarande variabel	Modell 4
Konstant	64,0 (2,7)
1. Antal privata vårdmottagningar	1,02* (0,25)
2. Antal offentliga vårdmottagningar	0,43* (0,15)
3. Kostnad för primärvård per invånare	-0,00052 (0,00059)
Antal observationer	18
R <sup>2</sup>	0,58
Prob (1=2) > F	0,0307

Not: \*) Signifikant på 5%-nivån. Prob-värdet i sista raden anger sannolikheten för att parameterestimatet för antal privata vårdmottagningar är lika med antalet offentliga vårdmottagningar. Testet visar att man med ca 97% sannolikhet kan säga att dessa skiljer sig åt.

Tolkningen av denna skillnad är emellertid inte uppenbar och man bör vara på sin vakt mot för enkla förklaringar.

Vår bedömning av detta resultat är enligt följande. I de flesta landsting är offentliga vårdmottagningar i majoritet, vilket betyder att för varje nyetablerad privat vårdcentral så ökar den upplevda valfriheten för invånarna. Det sker inte i motsvarande mån när en ny offentlig vårdcentral öppnar. Detta leder till en kvalitetshöjande konkurrens som höjer kvaliteten i såväl privata som offentligt drivna vårdcentraler. Konkurrensen är därför även till nytta för medborgare som inte byter vårdcentral utan fortsätter att gå till sin gamla.

### 3.4 Uppsummering – vilket vårdvalssystem ger flest vårdföretag?

Vi skall nu summera resultaten från kartläggningen i kapitel 2 samt analyserna i avsnitten 3.2 och 3.3 för att närma oss svaret på frågan om vilket vårdvalssystem som ger mest nyetablering.

I Tabell 3.7 nedan sammanfattas de samband vi funnit, samt några av de samband vi hade förväntat men ej funnit stöd för. Vi utgår från de bivariata sambanden och undersöker därefter om vi funnit stöd för samma samband även i den multivariata analysen.

**Tabell 3.7 Jämförelse mellan bivariat och multivariat analys. Följande faktorer har ett påvisbart samband mellan antalet nyetablerade privata vårdmottagningar per invånare**

Bivariata samband	Bekräftas av multivariat analys?
Färre privata och offentliga vårdmottagningar före vårdvalet	Nej
Färre företag som anser att landstinget missgynnar privata vårdföretag	Ja
Färre företag som menar att icke-valsalternativet har helt avgörande eller stor betydelse för deras verksamhet	Nej*
Listningsprincip där nyetablerade aktörer får en andel av patientunderlaget	Ja, delvis
Listning av nyinflyttade enligt närhetsprincipen	Ja, delvis
Ett relativt tidigt införande av vårdvalssystemet	Nej
Högre kvalitet vad gäller tillgänglighet och helhetsintryck enligt nationella patientenkäten	Nej
<i>Följande variabler har inget entydigt samband med nyetablering av privata vårdmottagningar</i>	
Andel fast respektive rörlig andel i ersättningen	Nej
Bredden i primärvårdsuppdraget	Nej
Andel av befolkningen 80+ år	Nej
Antal privata vårdmottagningar före vårdvalets införande	Nej
Inflyttning	Nej
Befolkningsökning	Nej
Inköpsandel hos landstingen av primärvård från privata företag	Nej
Kostnaden per invånare av primärvård	Ja

Not: \*) detta resultat framgår av alternativa modellspecifikationer som ej redovisas här.

Källa: Copenhagen Economics

Det är tydligt att flera av de samband som vi konstaterade när vi endast undersökte två faktorer inte håller när vi analyserar dem tillsammans med andra variabler.

Vilka är de starkaste resultaten som vi kan vara någorlunda säkra på?

För det första förefaller allt som har att göra med listning betydelse, även om det inte är helt entydigt på vilket sätt. Detta innefattar såväl möjligheten för

nyetablerade att få en andel av medborgarna listade hos sig, liksom förutsättningarna att få nyinflyttade och nyfödda listade hos sig.

För det andra har förtroendet att landstingen agerar konkurrensneutralt betydelse: högre förtroende ger fler privata vårdmottagningar och större valfrihet.

För det tredje har en ökad nyetablering av privata vårdmottagningar ett positivt samband med landstingens kostnader för primärvård. En möjlig förklaring är att ersättningsnivåerna är högre i landsting med högre kostnader vilket i så fall skulle stimulera nyinträde (vi känner dock inte till om dessa kostnader har ett samband med ersättningsnivåerna).

Vilka samband finner vi inget stöd för?

För det första saknar ersättningssystemets utformning, i vart fall avseende andel fast ersättning och vårduppdragets bredd, synbar effekt för hur många privata vårdföretag som etablerar sig för att erbjuda primärvård. Detta antyder att de viktiga delarna av vårdvalssystemen inte har så mycket att göra med om de incitament som rörliga ersättningsdelar ger, utan snarare med hur det faktiska systemet för listningen fungerar.

För det andra verkar marknadsstrukturen, dvs. antalet (i första hand privata) vårdcentraler som redan finns på marknaden, ha begränsad betydelse. Det förefaller således finnas utrymme för mer nyetablering kommande år.

För det tredje har befolkningsstruktur och befolkningsförändringar mindre betydelse. En möjlig tolkning är att sambanden är mer komplexa eftersom ersättningssystemen i landstingen på olika sätt tar hänsyn till dessa skillnader. Sambanden mellan nyetablering och befolkningsstruktur torde därför snarare bero på i vilken utsträckning befintliga ersättningssystem över- eller underkompenserar för exempelvis vårddyngd. I ett system som överkompenserar vårddyngd och där vårddyngden är relativt hög skulle vi därför kunna förvänta oss en högre nyetableringstakt, medan det omvända förhållandet skulle råda i motsvarande områden där vi istället har en underkompensering.

## 4 Fortsatt forskning

Denna studie har begränsats av tillgången på relevant empiri. Det beror till stor del på att reformen ännu är ung. De stora förändringarna har vi sannolikt inte upplevt än. Vidare är ersättningssystemen svåra att omsätta i kvantitativa termer vilket gör det svårt att på ett effektivt sätt använda ekonometriska verktyg för att skatta samband och testa hypoteser.

Vår bedömning är att fortsatt forskning om vårdvalssystem har mycket att vinna på följande inriktningar.

### 1. Mäta och analysera förändring över tid

Analysen i föreliggande studie bygger på ett tvärsnitt, och vi har ett litet antal observationer. Om vi kan berika materialet för utvecklingen över tid kan vi troligen identifiera fler och säkrare samband. Dessutom lär den totala mängden relevant empiri öka successivt när reformen har "tagit sig" ordentligt.

### 2. Disaggregering

Det begränsade antalet observationer är en stor begränsning. När det gäller andra samband än det mellan nyetablering och vårdvalssystem bör det vara möjligt att kraftigt öka antalet observationer och därmed också precisionen i analysen genom att bryta ner materialet på en lägre aggregationsnivå. Vi kan då närmare analysera hur olika typer av hinder påverkar etableringsmönstren. Det kan därefter utgöra grund för en vidare analys på landstingsnivå av själva vårdvalssystemen.

### 3. Fler förklarande variabler

Som tydligt framgår i Tabell 3.1 är tillgången på befintlig empiri särskilt tunn vad gäller strategiska inträdeshinder och nivåkrav. Vi kan i detta läge endast spekulera i vilken betydelse dessa faktorer har för etableringsbeslutet hos ett privat vårdföretag. Fortsatt forskning bör därför inrikta sig på att komplettera datafångsten med sådana variabler. Vidare bör man på ett mer ingående sätt försöka mäta de incitament som de faktiska ersättningsmodellerna ger till privata företag.

### 4. Fallstudier – vilka vårdföretag etableras? Vilka är deras överväganden?

Kvalitativa intervjuundersökningar av vårdföretag som nyligen etablerats på marknader för primärvård kan fördjupa förståelsen för sambanden vi studerar i denna studie. Särskilt intressant är att fördjupa förståelsen kring förtroendet för att landstingen agerar konkurrensneutralt, hur man ser på möjligheterna att få tillräckligt många patienter listade hos sig, betydelsen av andra strategiska och strukturella inträdeshinder såsom landstingens administrativa system, och så vidare.

## 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
- Frontier Economics (2006). Choice in the delivery of local government services. A report prepared for the Audit Commission, London
- Konkurrensverket (2009). Uppföljning av vårdval i primärvården. Förutsättningar och hinder. Delrapport 1
- Konkurrensverket (2010), Uppföljning av vårdval i primärvården. Landstingens vårdvalssystem och erfarenheter. Delrapport 2
- Macaulay M. and Wilson J., (2008), Hobson's choice? Meaning, manner and merits of choice in public services, International Journal of Public Sector Vol 21 No 6, pp 674-686
- Markör (2009), Företagens förväntningar inför vårdvalssystemets införande. Rapport på uppdrag av Konkurrensverket
- Markör (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>
- Socialstyrelsen (2010), Införandet av vårdval i primärvården – Slutredovisning
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2010), Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2009