

# Konkurrens på sjukvårdsmarknaden

- effekter på arbetsmarknaden för sjuksköterskor

# Abstract

The purpose of this thesis is to investigate the effects of competition at the market for healthcare. During the last 20 years the Swedish healthcare system has been subject to great changes in purpose to increase competition and the choice for the consumer at the market. An example of these changes is the implementation of two laws that aspire to increase the choice for the consumer and make it easier for the producers to compete at the healthcare market, LOV and LOU. Monopsony theory implies that the wages will be higher with increased competition at the market. The effects of the increased competition have been tested, by a Difference-in-Differences analysis, at the labour market for nurses. The method uses the difference between a treated group and a non-treated group to reveal the differences and effects of the treatment, in this case competition. The results of this study indicate that there have been increases in wages for nurses compared to the non-treated group.

*Nyckelord:* Monopsoni, Konkurrens, Sjuksköterskor, Sjukvårdsmarknaden

# Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Inledning</b> .....	<b>1</b>
1.1	Bakgrund.....	2
1.1.1	Den svenska sjukvårdsmarknaden .....	2
1.1.2	Lagen om valfrihet (LOV) och Lagen om offentliga upphandlingar (LOU) .....	3
1.1.3	Köp av hälso- och sjukvård.....	4
	Tabell 1.....	4
<b>2</b>	<b>Teori</b> .....	<b>5</b>
2.1	Monopsoni.....	5
	Figur 1.....	6
	Figur 2.....	7
2.1.1	Lönebildning vid monopsoni .....	8
2.1.2	Fackförbund och individuella löneförhandlingar .....	8
<b>3</b>	<b>Tidigare forskning</b> .....	<b>10</b>
<b>4</b>	<b>Hypotes och Analys</b> .....	<b>13</b>
4.1	Metod .....	14
	Figur 3.....	14
4.1.1	Kontrollgruppen .....	15
4.1.2	Data .....	15
4.2	Resultat.....	17
<b>5</b>	<b>Diskussion</b> .....	<b>18</b>
<b>6</b>	<b>Slutsatser</b> .....	<b>19</b>
<b>7</b>	<b>Vidare forskning</b> .....	<b>20</b>
<b>8</b>	<b>Referenser</b> .....	<b>21</b>
<b>9</b>	<b>Appendix</b> .....	<b>23</b>

# 1 Inledning

Den svenska sjukvården har under de senaste 20 åren genomgått stora förändringar. Reformen för att öka konkurrensen mellan producenter av sjukvård och för att öka valfriheten för vårdtagaren, har införts. I media pågår en ständig debatt om konkurrensens konsekvenser för vårdsektorn. Vilka konsekvenser har konkurrensen för vårdens kvalitet? Vad innebär den för personalens arbetsbörda och kostnader för sjukvården? Rapporten ”Konkurrensens Konsekvenser”, utgiven av tankesmedjan SNS, väckte stor debatt när den släpptes 2010 då forskningsresultaten ansågs vara allt för kontroversiella för att publiceras. Trots att konkurrens inom offentligt finansierad verksamhet är en politiskt omdebatterad fråga, är den empiriska forskningen om konkurrensen och dess konsekvenser för sjukvården begränsad. Speciellt empirisk forskning om konkurrensens effekter på löner i Sverige saknas.

Konkurrens är ett relativt nytt fenomen på den svenska sjukvårdsmarknaden och många av dess effekter är ännu inte kartlagda. Det finns anledning att misstänka att arbetsmarknaden för de anställda inom sjukvården har karakteriserats av monopsoni, det vill säga att det endast funnits en köpare av arbetskraft, exempelvis har arbetsmarknaden för sjuksköterskor länge kännetecknats av låga löner och brist utbildad personal på arbetsmarknaden, vilket är två karakteristiska drag för att arbetsgivaren ha monopsoni på marknaden.

Uppsatsen syftar till att klargöra effekter av ökad konkurrens genom en teoretisk och en empirisk undersökning av hur löner för offentligt anställda sjuksköterskor har förändrats efter införande av två lagar, LOV (Lagen om valfrihet) och LOU (Lagen om offentliga upphandlingar). Införandet av LOV innebär att landstingen måste erbjuda privata alternativ till de offentligt finansierade verksamheterna. LOU förenklar konkurrens på marknaden för offentligt finansierad verksamhet. Valet av ämne motiveras av bristen på tidigare forskning inom området och uppsatsen syftar till att undersöka om och hur ökad konkurrens förändrar lönen för sjuksköterskor. Vilka effekter ger ökad konkurrens på sjukvårdsmarknaden för löntagarna i teorin och vilka effekter har eventuell ökad konkurrens gett i praktiken?

En kort introduktion av den svenska sjukvårdens organisation och dess utveckling samt en presentation av två betydande lagar för att främja konkurrens, lagen om valfrihet och lagen om offentliga upphandlingar, inleder uppsatsen. Därefter presenteras den teori som uppsatsen utgår ifrån, teorin om monopsoni på arbetsmarknaden. Uppsatsen redogör sedan för fackförbundens och de förändrade

löneförhandlingarnas roll för lönesättningen idag. Därefter presenteras tidigare forskning på området, vilket följs av uppsatsens empiriska del. Uppsatsens empiriska del använder metoden Difference-in-Differences som visar löneförändringar för sjuksköterskor jämfört med en kontrollgrupp. Utifrån teorin om monopsoni på sjukvårdsmarknaden antas lönerna ha ökat för sjuksköterskor, vilket även resultatet av analysen indikerar.

## 1.1 Bakgrund

Sjukvårdssektorns utveckling under de senaste åren kännetecknas av två tendenser: privatisering och konkurrens. Uppsatsens fokus ligger snarare på konkurrens än privatiseringar. Rena privatiseringar är ovanliga i Sverige. I de flesta fall sker verksamheten i privat regi men är offentligt finansierade privata alternativ (Oreland, 2010).

### 1.1.1 Den svenska sjukvårdsmarknaden

Ansvar för den svenska sjukvården delas mellan stat, kommun och landsting. Staten har det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården och landstingens och kommunernas huvuduppgift är att vara uppdragsgivare och finansierare för den hälso- och sjukvård som behövs. ”Hälso- och sjukvård som begrepp, definieras i hälso- och sjukvårdslagen som åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador” (SOU 2008:15, s. 279). Finansieringen av sjukvårdsmarknaden gör marknaden speciell. Varan, det vill säga sjukvård, produceras på sjukvårdsmarknaden som är en reglerad marknad. Vårdtagaren betalar endast en liten del av vårdens kostnad, resten finansieras med offentliga medel (Oreland, 2010).

Den svenska sjukvårdsmarknaden har under de senaste 20 åren genomgått stora förändringar och under 1990-talet skedde ett flertal reformer som förändrade den svenska sjukvårdsmarknaden. Fler privata aktörer fick möjlighet att agera på marknaden och nya modeller för hur sjukvård ska tillhandahållas, såsom kundval- och entreprenadmodeller, infördes (SOU 2000:38, s. 108-9). I början på 1990-talet möjliggjordes konkurrensutsättning och kundvalsmodeller av den borgerliga regeringen 1991-1994. Dessa saktades dock ned av den socialdemokratiska regeringen 1994-2006. Sedan den borgerliga alliansens tillträde 2006 har reformer som syftar till ökad konkurrens på marknaden återigen prioriterats (Hartman, 2010, s. 9). Syftet med ökad konkurrens på marknaden är minskade kostnader, ökad valfrihet för konsumenten och högre kvalitet (Andersson, 2002, s. 9). Sedan 2006 har två lagar med syfte att förbättra valfrihet och konkurrensen på marknaden införts, LOU och LOV.

### 1.1.2 Lagen om valfrihet (LOV) och Lagen om offentliga upphandlingar (LOU)

Lagen om offentliga upphandlingar LOU (SFS 2007:1091) infördes i januari 2008 och ersatte den tidigare lagen (SFS 1992:1528). Lagen ändrades på EG - direktiv och separerade två områden som tidigare ingick i samma lag. Idag finns det istället en separat lag för upphandling inom områdena vatten, energi, transporter och posttjänster (SFS 2007:1092). Syftet med LOU är att alla aktörer som vill sälja tjänster till den offentliga sektorn ska kunna konkurrera på samma villkor. Lagen reglerar processen då landsting, kommuner eller statliga myndigheter köper varor eller tjänster. När exempelvis ett landsting ska köpa varor eller tjänster gäller LOU landstinget har då skyldighet att annonsera alla inköp i ett förfrågningsunderlag, så att alla aktörer som kan tänkas vara intresserade av att lämna ett anbud ska ha möjlighet att göra detta. Alla anbud ska behandlas likvärdigt och processen ska vara transparent. (Hartman, 2010, s. 12).

LOV är tänkt att fungera som ett alternativ till LOU. Beroende på vilket syfte myndigheten har med att konkurrensutsätta verksamheten finns tre alternativ för konkurrensprövning. Det är möjligt att driva verksamheten i egen regi; att sluta avtal med externa leverantörer efter en upphandling i enighet med LOU eller att sluta avtal med externa leverantörer enligt LOV. I de fall målet med konkurrensutsättningen är att öka medborgarens valfrihet och inflytande är det lämpligt att använda sig av LOV (SOU 2008:15, s 279). Innan lagen om valfrihet införts hade tre landsting redan infört valfrihetssystem inom primärvården och delar av öppenvården: landstinget i Halland, Stockholms läns landsting och landstinget i Västmanland och flera landsting hade redan beslutat om att införa någon form av vårdval (SOU 2008:15, s. 295). Lagens införande i januari 2009 innebar att det blev obligatoriskt för landsting, men inte för kommuner, att införa valfrihetssystem för hälso- och socialtjänster (Hartman, 2010, s. 12). Lagarna utgör grunden för hur köp av sjukvården ska organiseras och påverkar därmed arbetsmarknaden för sjukvårdens personal, däribland sjuksköterskor.

### 1.1.3 Köp av hälso- och sjukvård

Antalet privata företag på hälso- och sjukvårdsmarknaden har ökat från 14 280 år 2005 och 16185 år 2008 till 20 779 år 2010. Innebörden av dessa siffror är att konkurrensen har ökat då fler företag på marknaden betyder ökad konkurrens. Det tycks finnas stora regionala skillnader i hur mycket privat sjukvård som landstingen köper. Stockholms läns landsting ligger i topp, de köpte år 2010 sjukvård för 22 procent av sin bruttokostnad för sjukvård. Norrbottens, Dalarnas och Blekinges kommuner och landsting köpte däremot privat sjukvårdvård för endast 3 procent av bruttokostnaden för vården (SCB 2010).

Tabell 1.

*Landstings och kommuners köp av vård från privata företag och föreningar/stiftelser fördelat på län, år 2010, i procent av bruttokostnaden för sjukvård.*

Stockholms	22
Uppsala	11
Södermanlands	7
Östergötlands	12
Jönköpings	5
Kronobergs	6
Kalmar	4
Gotlands	11
Blekinge	3
Skåne	11
Hallands	11
Västra Götalands	8
Värmlands	6
Örebro	6
Västmanland	11
Dalarnas	3
Gävleborgs	5
Västernorrlands	4
Jämtlands	6
Västerbotten	4
Norrbotten	3
Totalt hela riket	11

*Källa: SCB Finansiärer och utförare inom vård, skola och omsorg 2010*

## 2 Teori

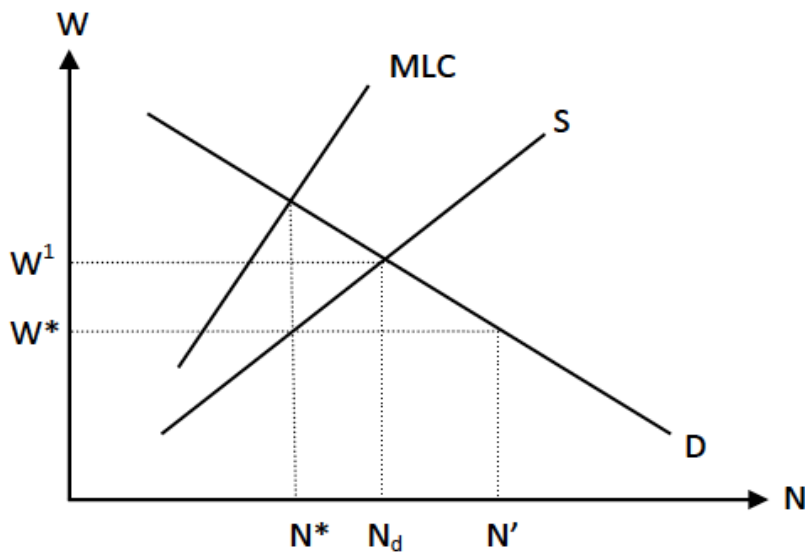
### 2.1 Monopsoni

Monopsoni innebär kortfattat att det endast finns en arbetsgivare på en marknad. Monopsoni har bland annat använts för att förklara varför vissa marknader tycks lida av ett konstant underskott på arbetskraft och varför minimilöner bör införas. Marknader där monopsoni uppstår karakteriseras av låg mobilitet för arbetskraften, låga löner samt att det krävs specialutbildad personal för just den marknaden. Vid monopsoni möter arbetsgivaren en tilltagande utbudskurva vilket medför att utbudet på arbetskraft blir större när lönerna blir högre. För att kunna öka utbudet och anställa ytterligare en person måste monopsonisten höja lönen för alla som redan är anställda. Arbetsgivaren vinstmaximerar när marginalkostanden för en ny anställd är lika med marginalintäkterna som den nya arbetaren drar in. För de anställda innebär detta lägre löner än vid perfekt konkurrens. (Morris, S. och Morris, S., 2012, s. 194-5)

Fallet illustreras i Figur 1. där  $D$ , företagets efterfråga på arbetskraft, även illustrerar gränsproduktens värde och  $S$  är tillgänglig arbetskraft.  $W$  är lönenivå och  $N$  är antal anställda. Vid perfekt konkurrens på marknaden kommer lönen ligga där  $S$  och  $D$  möts och vara  $W$ , antalet anställda kommer att vara  $N_d$ . Eftersom monopsonisten måste höja lönen för alla anställda beror jämvikten inte endast av utbud och efterfråga utan även av MLC, den marginella anställningskostnaden, som visar de ökade kostnaderna av att lönen måste höjas för alla. Företaget vinstmaximerar där  $MLC=D$ , med  $N^*$  anställda och  $W^*$  i lön. företaget hade varit villigt att anställa  $N'$  personer till lönen  $W^*$ , men kan inte göra det då den tillgängliga arbetskraften som är villig att arbeta till lönen  $W^*$  endast är  $N^*$ . Detta gör att en monopsonistisk marknad karakteriseras av en "brist" på arbetskraft, det vill säga att arbetsgivaren är villig att anställa fler, men kan inte göra detta då det inte finns tillräckligt många som är villiga att arbeta till den lön som erbjuds. (Calmfors och Richardsson, 2004, s. 34)



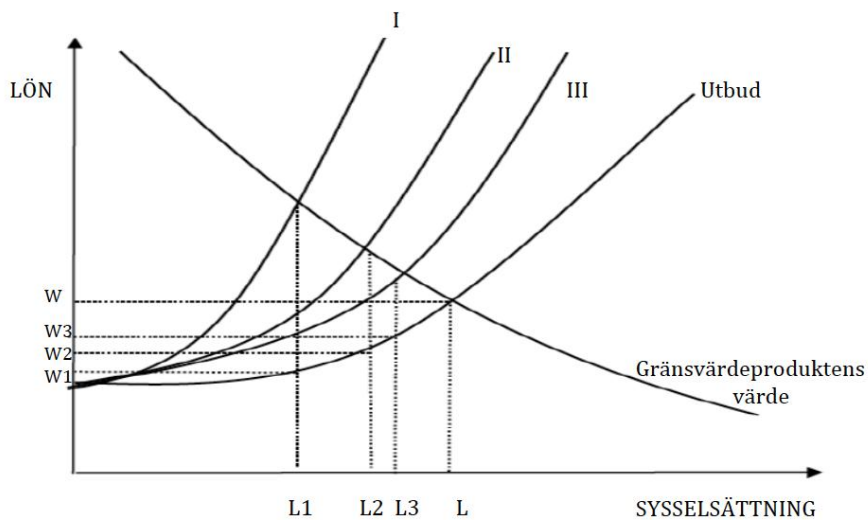
Figur 1.



Trots att produktionen och sysselsättningen skulle kunna öka genom att höja lönerna och anställa fler väljer den monopsonistiske arbetsgivaren att inte göra det. Detta på grund av att vinsten blir större med lägre löner och lägre produktion vilket gör att monopsonisten väljer att anställa till  $W^*$ . Monopsoni leder alltså till en snedvridning på arbetsmarknaden i form av lägre löner och färre antal anställda jämfört med vid perfekt konkurrens.

En form av monopsoni där det finns flera arbetsgivare som trots detta har stor makt över lönerna är oligopsoni. Vid oligopsoni finns endast ett fåtal arbetsgivare på arbetsmarknaden. Dessa arbetsgivare kan, trots att de inte är ensamma aktörer på marknaden, ha mycket stor makt över arbetsmarknaden och utnyttja denna för att hålla lönerna nere. Samma effekter förväntas på löner och sysselsättning som vid monopsoni. Ju fler företag som agerar på marknaden desto mindre blir skillnaden mellan lönen vid monopsoni och lönen vid perfekt konkurrens. Fallet illustreras i Figur 2. där lönen vid perfekt monopsoni infaller vid  $W_1$  och fullständig konkurrens vid  $W$ . Lönen vid oligopsoni kommer att ligga någonstans mellan dessa två, beroende på hur stor marknadsmakt den oligopsonistiske arbetsgivaren har närmare  $W_3$  vid liten marknadsmakt och närmare  $W_2$  vid stor. Figuren kan tolkas på samma sätt för alla effekter som minskar monopsonistens makt. Exempelvis fackförbudens makt överlönerna.

Figur 2.



Fackförbund kan fungera som en motpol till monopsonisten genom att ha monopol på arbetskraften, vilket ger dem inflytande på arbetsmarknaden och möjlighet att ställa villkor. Genom detta monopol har fackförbunden möjlighet att driva upp lönerna för de anställda. När fackförbunden har mycket stor makt kommer lönen att ligga närmare den vid perfekt konkurrens och när fackförbunden har litet inflytande kommer lönen att ligga närmare den vid perfekt monopsoni. Lönerna på en monopsonistisk marknad kan därför, trots monopsonistens marknadsmakt, ligga på samma nivå som vid perfekt konkurrens. Detta antas vara en förklaring till varför läkare, som också agerar på sjukvårdsmarknaden, har haft en bättre löneutveckling än sjuksköterskor (Calmfors och Richardsson, 2004, s.50). Ett annat sätt att förebygga monopsoni, som det forskats mycket på, är införandet av minimilöner. Om minimilönen sätts högre än lönen vid monopsoni tvingas monopsonisten att betala minimilönerna och fler kommer att söka sig till arbetsmarknaden. Samma process som i figuren ovan kommer att ske (Staiger, Spetz och Phibbs, 2010)

En situation där monopsoni kan uppstå är när kostnaderna för att byta arbetsplats är höga. Om en arbetstagare är likgiltig mellan två arbetsplatser förändras detta så fort denna har valt arbetsplats. Vid nästa löneförhandling har arbetsgivaren större makt än tidigare då arbetstagaren har etablerat sig på platsen och det är kostsamt att byta arbetsplats. För de anställda med höga flyttkostnader innebär det att de riskerar att bli fast på en arbetsplats med låg lön (Boal och Ransom, 1997 s. 93). Att en flytt medför höga kostnader för arbetstagaren kan utnyttjas av företagen och på så vis leda till ökad makt för monopsonisten.

### 2.1.1 Lönebildning vid monopsoni

Klassiska teorier om lönesättning menar att lönen vid perfekt konkurrens kommer att finnas i jämvikten mellan utbud och efterfrågan. Där monopsonisten sätter lönen blir efterfrågan större än utbudet på arbetsmarknaden vilket medför att en monopsonistisk marknad karakteriseras av ett underskott av arbetskraft. Genom ökad konkurrens på marknaden kommer lönen att röra sig enligt Figur 2. Lönen kommer att ligga närmare marknadsjämvikten vid perfekt konkurrens. Ökad konkurrens på marknaden kan innebära fler aktörer på marknaden. För att lönerna ska bli högre vid ökad konkurrens krävs att de aktörer som finns ska konkurrera med varandra om arbetskraften. Detta är dock endast troligt om arbetslösheten är låg på marknaden. Vid hög arbetslöshet är det sannolikt att lönerna förblir låga trots fler aktörer på marknaden. Lönerna vid konkurrens beror alltså på utbud och efterfrågan.

### 2.1.2 Fackförbund och individuella löneförhandlingar

Lönebildningen för sjuksköterskor ser annorlunda ut idag jämfört med hur den tidigare sett ut. Under 70-talet karakteriserades lönerna av hög centraliseringsgrad. Löneförhandlingarna mellan Landstingsförbundet och de olika fackförbunden satte lönenivån för hela landet och staten spelade en stor roll vid dessa. För sjuksköterskor gällde samma grundlön för alla, med undantag för ett ålderstillägg. Under 80-talet förändrades synen på lönesättningen och istället för de centrala löneavtalen låg fokus nu på individen. Sedan 1988 avser de centrala avtalen, för alla akademiker och tjänstemän, endast lägsta löner istället för utgående löner och sedan 1989 tillämpas helt individuella löner. Löneutvecklingen på marknaden beror delvis på konjunkturen, den ekonomiska krisen under 1990-talet saktade exempelvis ner löneutvecklingen för sjuksköterskor som 1996 trappades den upp igen. (Calmfors och Richardsson, 2004, s. 15-16)

Dagens löneavtal gäller lägstalöner och ingångslöner med en lägsta nivå. Den individuella lönen bestäms på lokal nivå. Utvecklingen från centraliserad till decentraliserad löneutveckling har gett landstingen möjlighet att konkurrera om arbetskraft på ett sätt som inte var möjligt tidigare. Detta kan ha lett till att konkurrensen på arbetsmarknaden ökat.

Det är alltså sannolikt att arbetsmarknaden för sjuksköterskor tidigare karakteriserades av monopsoni. Detta var speciellt tydligt under 1970-talets centralisering av landstingens löner då de centraliserade lönerna gjorde det svårare för enskilda individer att konkurrera på arbetsmarknaden. Den individuella lönesättningen för sjuksköterskor har dock förändrat detta något, eftersom landstingen har större möjlighet att själva sätta lönerna. Det är alltså sannolikt att landstinget vid någon tidpunkt haft monopsonimakt på arbetsmarknaden för

sjuksköterskor, makten tros dock ha minskat sedan 1990 på grund av avregleringar på marknaden och decentraliseringen av sjuksköterskors löner. Trots detta har landstingen fortfarande incitament att hålla tillbaka lönerna, även om det inte explicit är för att maximera vinsten utan för att kunna hålla kostandena för de offentliga utgifterna nere. Det är sannolikt att marknaden rör sig från en offentlig monopsoni mot perfekt konkurrens på samma sätt som illustreras i Figur 2. (Calmfors och Richardsson, 2004, s. 52).

### 3 Tidigare forskning

Den svenska empiriska forskningen om den ökade konkurrensens effekter på lönenivåer i offentlig sektor är begränsad. Det finns dock ett antal studier, svenska och internationella, som visar resultat som tyder på ett positivt samband mellan lönenivå och graden av konkurrens på en marknad.

Oreland (2010) visar i en rapport från svenskt näringsliv hur en övergång till privat drift ger bättre löneinkomstutveckling för de anställda med hjälp av deskriptiv data och en regressionsanalys. Regressionen är utförd med löneutveckling, från och med året innan övergång från offentlig till privat drift, som beroende variabel. Som oberoende variabler har ett antal variabler använts, bland annat: om det skett en övergång från privat till offentlig drift för individen, ålder, om individen har utländskbakgrund, kön samt om individen arbetar i en storstadsregion. Det sammanvägda resultatet av den deskriptiva analysen och regressionsanalysen visar att en övergång från privat till offentlig drift innebär en bättre löneinkomstutveckling för de anställda. Oreland menar att detta kan förklaras av ökad konkurrens och därmed effektivare verksamhet vilket i sin tur ger större möjlighet för arbetsgivaren att höja lönen för de anställda.

Det finns ett flertal amerikanska studier som undersöker om och hur stor monopsonimakt sjukhusen har över sjuksköterskors löner i USA. En klassisk sådan är Link och Landons (1975) studie där de undersökt arbetsmarknaden för sjuksköterskor i USA med fokus på bland annat hur stor makt fackförbunden har på en marknad som kännetecknas av oligopsoni eller monopsoni. För att mäta hur stor monopsonimakt som finns inom ett geografiskt område använder de bland annat ett Herfindahl index. De visar, genom att summera kvadraterna för varje aktörs (sjukhus) procentuella del av marknaden, hur stor monopsonimakt varje sjukhus har, där siffran 1 innebär fullkomlig monopsoni och 0 perfekt konkurrens. De undersöker också om fackförbund har någon makt på marknaden genom att ta med en dummy variabel som visar sjukhus där över 75 procent av de anställda sjuksköterskorna är organiserade i ett fackförbund. Dessutom undersökte de om 30 procent eller mer av alla icke lantbruksanställda i samma geografiska område som sjukhusen var fackligt anslutna då dessa kan ge spillover-effekter. Resultaten visar att sjuksköterskor som agerar på en marknad där Herfindahl index är högt, det vill säga hög monopsonigrad på arbetsmarknaden, har lägre ingångslöner. Detta innebär alltså att högre grad monopsoni ger lägre ingångslöner och bekräftar därigenom teorin. Resultaten visar också att geografiska regioner där 75 procent av de anställda sjuksköterskorna är fackligt anslutna har högre ingångslöner vilket bekräftar teorin om att fackförbund kan fungera som en motpol till

monopsonisten. Resultaten visar dessutom att det finns spillover effekter av att andra yrken också är fackligt anställda och att sjuksköterskor som agerar i dessa regioner har högre löner. Detta visar sig vara speciellt viktigt för sjuksköterskor med lägre utbildningsnivå vars lön i högre grad påverkas positivt av dessa spillovereffekter.

Monopsoni anses kunna motverkas med hjälp av höjda minimilöner. En studie som sökt bevisa detta är Staiger, Spetz och Phibbs (2010). De undersöker arbetsmarknaden för sjuksköterskor i USA och om enskilda sjukhus har monopsonimakt över "Registered Nurses." Genom att utnyttja en lagändring som höjer minimilönerna för vissa sjukhus men inte för andra kunde en studie utföras för att undersöka om det fanns monopsoni på arbetsmarknaden för sjuksköterskor. Lagändringen gjorde det möjligt att undersöka effekter av en avveckling av monopsoni. Genom att ta hänsyn till både löneförändringar för sjuksköterskor anställda på alla sjukhus och antal möjliga anställningar inom pendlingsavstånd visar studien hur lönerna skiljer sig åt beroende på hur stor konkurrens det finns på marknaden. Resultaten visar sig vara konsistenta med klassisk teori om monopsoni. För de sjukhus närmast det där den lagstadgade löneökningen ägt rum upptäcktes en positiv effekt på lönen, ju längre från ett sådant sjukhus man kommer desto mindre är denna effekt. Boal och Ransom (1997) ifrågasätter på ett teoretiskt plan att företag överhuvudtaget överlever en höjning av minimilönen, och menar att det krävs mycket speciella förhållanden för att företagen ska klara sig.

En studie som använder elasticitet på arbetsmarknaden för att bevisa att det existerar monopsoni på arbetsmarknaden för sjuksköterskor i USA är Sullivan (1989). Genom att mäta inversen till löneelasticiteten får författaren fram ett mått för hur stor monopsonimakt arbetsgivaren har och visar på så vis att det existerar monopsoni på arbetsmarknaden för sjuksköterskor i USA.

Ett exempel på studier som visar samband mellan löneförändringar och graden av konkurrens på marknaden är Hanspers och Hensviks (2011) undersökning av fem svenska marknader som avreglerats och konkurrensutsatts. Studien visar att det är skillnad på effekter för avregleringar av offentligt finansierade och privata marknader. En fråga som undersöks är huruvida konkurrens leder till högre eller lägre löner för de anställda. Tre offentligt finansierade marknader har undersökts: äldreomsorgen, förskolan och skolan. Även avregleringen av taximarknaden och införandet av personalliggare inom restaurangbranschen har undersökts. För att undersöka avregleringen av taximarknaden och införandet av personal liggare inom restaurangbranschen användes en Difference-in-Differences-analys med två kontrollgrupper. För taxibranschen användes sysselsatta inom hela tjänstesektorn samt sysselsatta inom godstrafiksektorn. Godssektorn har valts för att yrkesgruppen anses vara lik taxisektorn när det gäller sammansättning av anställda och yrkeskrav. Eftersom att det är en liten yrkesgrupp blir jämförelsen känslig för förändringar och analysen har kompletterats med hela tjänstesektorn som referens. För taxisektorn har lönerna sjunkit jämfört med kontrollgruppen.

Välfärdsbranscherna har privatiserats i olika takt och geografiska skillnader i privatiseringsgrad har gett möjlighet att undersöka privatiseringens effekter för de offentligt finansierade verksamheterna. 1994-2006 hade kommunerna möjlighet att avgöra om en privat förskola fick eller inte fick startas, detta gav upphov till stora regionala skillnader i privatisering. Kommunerna delades in i grupper: storstads kommun, glesbygdskommun och övriga kommuner. Genom att utföra en regressionsanalys med privatiseringsgrad inom kommuner över tid som förklarande variabel användes de geografiska skillnaderna för att påvisa konkurrensens effekter på löner. Resultaten visar inga tydliga skillnader i lön för av konkurrensutsättning i förskolan. Samma metod används för äldreomsorgen och skolan. För förskolan och äldreomsorgen, visar det sig att lönerna är oförändrade vid ökad konkurrens. För lärarna visar det sig däremot att lönerna ökar (Hensvik, 2010). Detta kan ses som ett resultat av att skolan tidigare varit en marknad med hög grad monopsoni. Ökad konkurrens på arbetsmarknaden för lärare har minskat arbetsgivarnas möjlighet att hålla lönerna nere. (Hanspers och Hensvik 2011) Det är svårt att visa vilka effekter som beror på ökat privat ägande och ökad konkurrens. Något som bekräftar resultaten är att de lärare som fått högre lön främst är de som fortsätter att arbeta i den offentliga sektorn.

Brown, Earle, Amos (2005) studie av privatiseringar i Ungern, Ukraina Rumänien och Ryssland visar att privatiseringar av offentligt ägda tillverkningsföretag sänkte lönerna med 3-5 procent. Dessa resultat motsäger på så vis Hanspers och Hensviks resultat. Det är dock viktigt att iaktta de stora skillnader mellan privatiseringar som skedde i forna Östeuropa och de privatiseringar som sker i Sverige idag. Historskt är de offentligt finansierade marknaderna olika.

Resultaten av den tidigare forskningen visar att det är rimligt att anta att monopsoni existerar på vissa marknader och att arbetsmarknaden för sjuksköterskor är en marknad kan beskrivas som en monopsonistisk marknad.

## 4 Hypotes och Analys

Då den tidigare empiriska forskningen för konkurrensens effekter på löner på den svenska sjukvårdsmarknaden är mycket begränsad. Tidigare studier av ökad konkurrens för löner visar, som tidigare nämnt, blandade resultat. Hanspers och Hensvik (2011) visar att konkurrens inom offentligt finansierad verksamhet ger ingen eller positiv effekt för lönerna.

Om arbetsmarknaden för sjuksköterskor karakteriseras av en monopsonistisk marknad antas ökad konkurrens ha en positiv effekt för löneutvecklingen. Givet att det tidigare varit perfekt konkurrens på marknaden antas löneutvecklingen fortsätta som tidigare, trots ökad konkurrens. Lönerna förväntas öka mer i regioner där konkurrensen tidigare varit mycket liten och mindre i regioner där konkurrensen varit stor redan innan LOV och LOU infördes, givet att arbetsgivaren tidigare haft monopol på marknaden. Lönerna för sjuksköterskor bör, i enighet med figur 2, öka i takt med antalet arbetsgivare. Effekterna av LOU och LOV förväntas påverka lönerna på samma sätt. Även om LOU har funnits i en tidigare form förväntas omarbetningen av lagen påverka marknaden och det är svårt att särskilja effekterna av LOU och LOV, därför kommer analysen att utföras med hänsyn till de båda lagarna. Hypotesen prövas med en Difference-in-Differences-analys.



## 4.1 Metod

För att undersöka effekten av införandet av LOV och LOU används en Difference-in-Differences-metod. Difference-in-differences-metoden används ofta för att beskriva kausala samband samt effekter av ekonomiska reformer (SOU 2008:15 bilaga 7 appendix 2). Metoden har valts utifrån tillgänglig data och för att den passar bra när effekter av ekonomiska reformer ska undersökas. Metoden beskrivs enklast med hjälp av figuren nedan.

Figur 3.

	Före	Efter	Förändring
Behandlad grupp	$B_0$	$B_1$	$(B_1 - B_0)$
kontrollgrupp	$K_0$	$K_1$	$(K_1 - K_0)$
Difference-in-Differences			$(B_1 - B_0) - (K_1 - K_0)$

Först beräknas skillnaderna mellan den behandlade gruppens lön före och efter det gruppen behandlats för ( $B_1 - B_0$ ). För att utesluta att dessa resultat beror på något annat än det gruppen behandlats för jämförs skillnaderna med kontrollgruppen,  $(B_1 - B_0) - (K_1 - K_0)$ . För att resultaten ska stämma antas grupperna påverkas på samma sätt av förändringar i ekonomin. Då resultaten endast visar skillnader över tid behöver kontrollgrupperna inte vara lika på andra sätt men om något sker i ekonomin som endast påverkar en grupp kan detta orsaka problem i resultaten av beräkningarna. Inflation förväntas till exempel drabba båda grupperna på liknande sätt, dessa skillnader kommer att elimineras i uträkningen och därför spelar det inte någon roll om lönerna anges i real- eller nominallön. Om inflationen påverkar den ena gruppen mer än den andra kommer dessa skillnader senare se ut som ökad konkurrens i resultaten. Analysen bygger på att det enda som skiljer grupperna åt är det som den behandlade gruppen behandlats för och kontrollgruppen inte behandlats för. På samma sätt räknas skillnader i kön bort, givet att sammansättningen i båda grupperna är ungefär lika mellan åren.

Som tidigare nämnts infördes LOU och LOV åren 2008 respektive 2009. För att fånga upp effekterna av reformen har därför åren 2005 och 2010, 2006 och 2011, samt 2008 och 2011 valts att analyseras. Medellönen lönen för sjuksköterskor före reformen kommer att subtraheras från medlönen efter reformen. Dessa uträkningar kommer även att utföras för kontrollgruppen och därefter kommer skillnader mellan grupperna att beräknas. Resultaten visar hur stor del av löneökningen som beror på ökad konkurrens på marknaden.

### 4.1.1 Kontrollgruppen

För att undersöka effekterna av konkurrens har poliser och samtliga anställda inom offentlig sektor valts som kontrollgrupper. Poliser är en av få yrkesgrupper i Sverige där det inte förekommer någon konkurrens från privata aktörer på arbetsmarknaden. De flesta poliser i Sverige är med i polisförbundet vilket ger fackförbundet stort inflytande över löner. Poliser är en liten yrkesgrupp, det arbetar ca 20 000 poliser i Sverige. Detta medför att en liten förändring kan ge stora effekter på lönerna. Det är också möjligt att poliser konkurrerar på andra arbetsmarknader genom att lämna polismyndigheten och exempelvis bli väktare istället, på så vis kan konkurrens om arbetskraften även förekomma på arbetsmarknaden för poliser vilket kan ge effekt på lönerna. Mellan de årtal som undersöks i Difference-in-Differences-analysen har det skett en ökning i ingångslönen för poliser vilket kan påverka resultaten (Polisförbundet). Yrkesgruppens sammansättning i fråga om ålder, kön, ursprung osv. behöver inte påverka resultaten, förutsatt att sammansättningen inte förändrats väsentligt mellan åren, någon som även gäller för sjuksköterskor. Det relativa antalet sjuksköterskor har ökat jämfört med poliser<sup>1</sup> vilket kan komma att påverka resultaten.

### 4.1.2 Data

De siffror som används i analysen kommer från SCBs lönestrukturstatistikdatabas. Lönerna är medellöner för sjuksköterskor respektive poliser. Sjuksköterskor definieras som de sjuksköterskor som ingår i SSYK för sjuksköterskor (323) vilket innefattar: Sjuksköterskor inom medicin/kirurgi, operationssjuksköterskor, Geriatriksjuksköterskor, sjuksköterskor inom psykologisk vård röntgensjuksköterskor samt övriga sjuksköterskor. Yrkeskoden för poliser (345) innehåller endast poliser. Offentlig sektor innefattar statlig sektor, kommunal sektor och landstingssektor. Privat sektor innefattar privat anställda tjänstemän och privat anställda arbetare. För offentligt anställda finns samtliga individer med i statistiken, för privatanställda finns endast ett stickprov. Detta medför att siffrorna för de privatanställda kan variera på grund av stickprovets utformning. De landsting som redan infört eller haft planer på att införa valfrihet på sjukvårdsmarknaden före införandet av LOV kommer också att finnas med i analysen. Uppsatsen syftar till att undersöka effekter av konkurrens på lönerna. Även om dessa landsting sedan tidigare haft någon form av konkurrens förväntas även dessa påverkas av lagens införande

---

<sup>1</sup> Se appendix tabell 1 och 2

Landets län är indelade i regioner enligt följande:

Region	Län
Sydsverige:	Blekinge och Skåne län
Småland med öarna:	Gotlands, Kalmar, Kronobergs och Jönköpings län
Västsverige:	Västra Götalands och Hallands län
Östra Mellansverige:	Södermanlands, Uppsala, Västmanlands, Örebro och Östergötlands län
Stockholm:	Stockholms län
Norra Mellansverige:	Gävleborgs, Dalarnas och Värmlands län
Mellersta Norrland:	Jämtlands och Västernorrlands län
Övre Norrland:	Norrbottnen och Västerbottens län

Tidsseriedata varierar främst på grund av fyra orsaker: konjunkturen, trend, säsong och slump (Körner och Wahlgren, 2002, s. 183-4).

Konjunkturen förväntas påverka de båda grupperna ungefär lika då de är offentligt anställda. Givet att konjunkturen påverkar de båda grupperna lika kommer konjunkturen att elimineras i uträkningen. Diagrammet nedan visar löneutvecklingen för sjuksköterskor och samtliga inom privat och offentlig sektor. Utvecklingen verkar följa samma kurva för alla utom för sjuksköterskor anställda inom privat sektor. Detta kan bero på att stickprovets utformning varierar mellan olika år. När ett företag går från en monopsoni marknad till att i högre grad utsättas för konkurrens ger det effekter för alla inom samma bransch som konkurrerar om samma arbetskraft då arbetsgivaren måste höja lönen för alla anställda på grund av den tilltagande utbudskurvan för monopsonisten. Staiger, Spetz och Phibbs (2010) visar i sin undersökning av den amerikanska sjukvårdsmarknaden att höjda löner för vissa inom en sektor kommer att höja lönen för alla som konkurrerar om samma jobb. Lönestatistiken för offentligt anställda sjuksköterskor innefattar alla, lönestatistiken för privat anställda sjuksköterskor baseras på ett stickprov. Statistiken för offentligt anställda sjuksköterskor är en totalundersökning och därför mer tillförlitligt än statistiken för privatanställda sjuksköterskor. I undersökningen kommer därför endast offentligt anställda sjuksköterskor att tas med då ökade löner inom privat sektor förväntas höja lönen för de offentligt anställda sjuksköterskorna också. De ökade lönerna inom offentligsektor kan därför delvis förklaras med ökade löner inom privat sektor. Lönestatistiken är ett genomsnittsvärde för månadslönen varje månad under året, säsongvariationer kommer då inte att påverka statistiken mellan åren.

## 4.2 Resultat

Den data som presenteras i tabellerna är skillnaden mellan skillnaderna i medellön i kr mellan de två grupperna. Talet 900 i tabellen betyder att sjuksköterskor i den regionen har haft 900 kr mer i löneökning än kontrollgruppen mellan åren som testats. Analysen visar lönen för den behandlade gruppen relativt kontrollgruppen och lönerna anges i nominallön.

	D-i-D 2010-2005 sjuksköterskor-poliser	D-i-D 2011-2006 sjuksköterskor-poliser	D-i-D 2011-2007 sjuksköterskor-poliser	D-i-D 2011-2008 sjuksköterskor-poliser
Riket	100	900	1 800	1 500
Stockholm	-400	100	1 700	1 700
Östra Mellansverige	-100	900	1 900	800
Småland med öarna	1 000	1 700	2 000	1 100
Sydsverige	400	1 200	1 800	2 800
Västsverige	100	1 400	2 100	2 100
Norra Mellansverige	500	1 200	2 400	700
Mellersta Norrland	1 400	1 400	2 000	1 100
Övre Norrland	1 000	1 700	1 700	700

Tabellen visar att den behandlade gruppen, sjuksköterskor, har haft en högre löneutveckling än den kontrollgruppen, poliser, sett till hela Sverige. För åren 2011-2006 visar tabellen en tydlig positiv utveckling för sjuksköterskelöner för alla regioner i hela Sverige, detsamma gäller för åren 2011-2008. Resultaten från Difference-in-Differences-analysen för 2010-2005 visar negativa resultat för Stockholm och Östra Mellansverige, detta innebär alltså att polislönerna ökat mer än sjuksköterskelönerna i regionen för perioden. De största löneskillnaderna tycks finnas mellan åren 2007 och 2011.

## 5 Diskussion

Analysen visar en tydlig positiv utveckling för sjuksköterskors löner jämfört med kontrollgruppen. Det finns regionala skillnader som enligt hypotesen antas bero på hur stor konkurrens som funnits på arbetsmarknaden för sjuksköterskor sedan tidigare, ju högre konkurrens desto mindre borde skillnaden mellan den behandlade och obehandlade gruppen vara. Det är rimligt att skillnaderna mellan regionerna beror på ökad konkurrens på marknaderna för vissa och befintlig konkurrens för andra. Detta kan förklara de negativa resultaten i analysen åren 2005-2010 för Östra Mellansverige och Stockholm som sedan länge varit de landsting med högst andel privat vård. Som tabell 1. visar ingår de län som köper mest vår i procent av bruttokostnaden för sjukvård 2010 Östra Mellansverige och Stockholm, vilket tolkas som att konkurrensen är hög på marknaden.

En annan möjlig förklaring till de negativa resultaten för åren 2005-2010 är att grundlönen för poliser höjdes 2010 vilket medfört en höjning i medellönen för dessa, detta borde dock ha gett utslag för hela Sverige, inte bara för de nämnda regionerna. En tredje förklaring till de negativa resultaten kan vara att effekterna av de nya lagarna inte spelat ut till fullo.

En tänkbar förklaring till att den relativa skillnaden är hög mellan grupperna är en ökad efterfråga på sjukvårdsmarknaden. En ökad efterfrågan skulle pressa upp lönerna, givet att arbetsmarknaden är i balans. Enligt statistiska centralbyråns rapport "Arbetskraftsbarometern '11" (SCB 2011) råder det är det brist på grundutbildade sjuksköterskor, Specialutbildade sjuksköterskor, barnmorskor och distriktssköterskor samt brist på specialutbildade sjuksköterskor och yrkeserfarna sjuksköterskor vilket i sin tur motsäger detta argument.

Att konkurrensen har ökat behöver inte betyda att monopsonistens makt har minskat. Många av de nya aktörerna på marknaden har tagit över arbetsplatser som tidigare varit i offentlig regi. Antalet arbetsplatser inom pendlingsavstånd behöver därför inte ökat för den anställda, däremot kan det finnas fler möjliga arbetsgivare.

## 6 Slutsatser

Syftet med analysen var att undersöka vilka effekter den ökade konkurrensen på sjukvårdsmarknaden har på offentligt anställda sjuksköterskors löner. Analysen visar att den konkurrensutsatta gruppen har en snabbare löneutveckling än den icke konkurrensutsatta sett till hela landet, samt de flesta regioner. Resultaten visar att det finns tydliga skillnader i löneutvecklingen för sjuksköterskor och poliser. Sjuksköterskors löner har ökat mer över lag än polisens. Då sjuksköterskor agerar på en konkurrensutsatt marknad och poliser på en marknad där inga externa aktörer konkurrerar om arbetskraften, alltså en marknad utan konkurrens, är det rimligt att utifrån de resultat som redovisats anta att konkurrens har gett sjuksköterskor högre löner jämfört med polisens.

Resultaten indikerar dock att län med högre andel köpt vård från privata aktörer 2010 också är de län där lönerna har ökat minst, vilket motsäger resultaten. Det är sannolikt att andelen köpt vård har ökat mellan 2010 och 2011 vilket skulle kunna förklara varför lönerna har ökat mer i de län som tycks köpa mindre vård. Dessutom är det rimligt att de regioner som köper mest vård idag även historiskt har köpt mer vård. För de regioner som tidigare haft mycket litet konkurrens på marknaden gör en ny aktör större skillnad än på en marknad där det sedan tidigare funnits många privata aktörer.

Analysen visar lönen för den behandlade gruppen relativt kontrollgruppen, alltså sjuksköterskors löner relativt polisens lön. Det är svårt att avgöra huruvida analysen har lyckats isolera effekten av just konkurrens eftersom att resultaten är relativa. Många andra aspekter kan påverka grupperna utan att det framgår i resultaten

Avslutningsvis verkar undersökningen stödja de teoretiska effekterna av ökad konkurrens på en monopsonistisk marknad.

## 7 Vidare forskning

Det är rimligt att anta att andra faktorer, som inte undersökts i analysen också påverkar löneutvecklingen. Möjliga sådana faktorer är: fackliga förhandlingar och hur dessa påverkar lönerna före och efter att marknaden konkurrensutsatts, om det finns många arbetsplatser som inom pendlingsavstånd för arbetaren och hur detta påverkar lönen. Det skulle dessutom ha varit intressant att studera data för hur stort inflytande sjuksköterskors respektive läkares fackförbund har över lönerna för dessa. Trots att både sjuksköterskor och läkare agerar på samma marknad och i många fall har samma arbetsgivare verkar löneutvecklingen vara mycket annorlunda för de två yrkesgrupperna

## 8 Referenser

- Andersson, F. 2002, *konkurrens på kommunala villkor: Om Konkurrensutsättning Och Gränsen Mellan Marknad Och Byråkrati: En Översikt*. Svenska kommunförbundet, Stockholm
- Boal, W. Och Ransom, M. 1997, *Monopsony in the Labour Market*, Journal of Economic Literature nr. 1, s. 86
- Calmfors, Lars och Richardson, Katarina (2004). *Marknadskrafterna och lönebildning i landsting och regioner*. Rapport 2004:9 IFAU
- Hanspers, Kajsa och Hensvik, Lena (2011). *Konkurrens och sysselsättning – en empirisk studie av fem marknader*. Rapport 2011:12 IFAU
- Hanspers, Kajsa och Hensvik, Lena (2011) ”konkurrens och Sysselsättning – En Empirisk Studie av Fem Marknader”, i *Att skapa arbeten – löner, anställningsskydd och konkurrens, bilaga 5-7 till långtidsutredningen 2011*, SOU 2010:93, Finansdepartementet, Stockholm.
- Hanspers, Kajsa och Hensvik, Lena (2011). *Konkurrens och sysselsättning – en empirisk studie av fem marknader*. Rapport 2011:12 IFAU
- Hartman, Laura (red.) (2011). *Konkurrensens konsekvenser: vad händer med svensk välfärd*. 2. uppl. Stockholm: SNS förlag
- Hensvik, Lena (2010) Competition, wages and teacher sorting: four lessons from a voucher reform. Rapport 2010:8, IFAU
- Link, C och Landon, J. 1975, *Monopsony and Union Power in the Market for Nurses*, Southern Economic Journal, nr. 4, s. 649
- Morris, S. och Morris, S. (2012). *Economic analysis in health care*. 2. ed. Chichester: John Wiley & Sons
- Oreland, Carl (2010) *Övergång till privat drift inom offentlig sektor – högre lön för den anställde*. Ekonomisk debatt nr 5 2010



Polisförbundet, Polisförbundets webbplats, [Elektronisk] Tillgänglig:  
<http://www.polisforbundet.se/2011/09/avtal-klart-for-polisforbundets-medlemmar>.

SCB Lönestrukturstatistikdatabasen. [Elektronisk] Tillgänglig:  
[http://www.scb.se/Pages/SSD/SSD\\_TreeView\\_\\_\\_\\_340478.aspx?ExpandNode=AM/AM0110](http://www.scb.se/Pages/SSD/SSD_TreeView____340478.aspx?ExpandNode=AM/AM0110) Hämtdatum 2013-01-07.

SCB 2011. *Arbetskraftsbarometern '11*. [Elektronisk] Tillgänglig:  
[http://www.scb.se/statistik/\\_publikationer/UF0505\\_2011A01\\_BR\\_AM78BR1103.pdf](http://www.scb.se/statistik/_publikationer/UF0505_2011A01_BR_AM78BR1103.pdf). Hämtdatum 2013-01-07.

SCB 2012. *Finansiärer och utförare inom vård, skola och omsorg 2010*. [Elektronisk] Tillgänglig: <http://www.scb.se/OE0112>. Hämtdatum 2013-01-07.

SFS 2007:1092. Lag om upphandling inom områdena vatten, energi, transporter och posttjänster

SFS 2007:1091. *Lag om offentlig upphandling*

SFS 1992:1528. *Lag om offentlig upphandling*

SOU (2000:38) *Välfärd, vård och omsorg*. Socialdepartementet Forskarvolym från Kommittén Välfärdsbokslu

SOU(2008:15) *LOV att välja - Lag Om Valfrihetssystem*. Socialdepartementet, Frittvalutredningen

Staiger, D. Spetz, J. och Phibbs, C. 2010, *Is There Monopsony in the Labour Market? Evidence From a Natural Experiment*. Journal Of Labour Economics, nr. 2, s. 211

Sullivan, D. 1989, *Monopsony Power In The Market For Nurses*, journal of Law and Economics, 2.

## 9 Appendix

**Tabell 1.** Antal anställda poliser inom varje region för respektive år.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Riket	14 900	15 800	14 700	15 400	16 100	17 100	17 100
Stockholm	4 300	4 900	4 400	4 800	4 900	5 300	5 200
Östra Mellansverige	2 200	2 200	2 100	2 200	2 300	2 400	2 500
Småland med öarna	1 000	1 000	970	980	1 000	1 100	1 100
Sydsverige	2 100	2 300	2 000	2 200	2 300	2 300	2 400
Västsverige	2 900	3 100	2 900	3 000	3 100	3 400	3 300
Norra Mellansverige	1 200	1 200	1 100	1 100	1 200	1 200	1 200
Mellersta Norrland	500	530	490	510	520	570	570
Övre Norrland	690	710	680	680	720	770	770

Källa: SCB, lönestrukturstatistik databasen.

**Tabell 2.** Antal anställda sjuksköterskor inom varje region för respektive år

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Riket	49 700	50 800	52 300	56 000	55 100	55 400	56 400
Stockholm	6 400	6 500	6 600	6 800	6 300	6 300	6 400
Östra Mellansverige	10 300	10 500	11 200	10 600	10 400	10 500	10 700
Småland med öarna	5 500	5 500	5 600	5 100	5 200	5 400	5 400
Sydsverige	4 000	4 100	4 300	8 900	8 800	8 900	9 100
Västsverige	11 400	11 800	12 000	12 200	12 100	12 100	12 300
Norra Mellansverige	5 800	6 000	6 100	5 800	5 800	5 800	6 000
Mellersta Norrland	2 500	2 500	2 500	2 600	2 600	2 500	2 500
Övre Norrland	3 800	3 900	4 000	3 900	3 900	4 000	4 000

Källa: SCB, lönestrukturstatistik databasen.