

Särskilda boenden på särskilda marknader – om sambanden mellan konkurrens och kvalitet på marknaden för särskilda boenden.

Författare: Victor Skougaard
Kandidatuppsats i nationalekonomi (15 hp)
Nationalekonomiska institutionen
Lunds universitet
Handledare: Margareta Dackehag
Datum: 2020/05/27

Innehåll

Abstract.....	2
1. Introduktion	3
1.2 Frågeställning.....	4
2. Svensk äldreomsorg.....	5
2.1.1 Särskilt boende – bakgrund och framtid	5
2.1.2 Privat äldreomsorg i Sverige	6
2.1.3 Ersättningsmodeller för privata utförare	8
2.1.4 Konsekvenser avseende etablering vid LOV eller LOU.....	9
3. Teoretiska begrepp.....	9
3.1 Marknader	9
3.2 Konkurrens i teorin	10
3.3 Att mäta konkurrens	11
3.4 Kvalitet	11
3.5 Relevanta teoretiska modeller för särskilda boenden.....	13
3.5.1 Konsekvensen av icke-vinstdrivande aktörer	13
3.5.2 Skalfördelar.....	14
3.5.3 Demografins påverkan	14
3.6 Empirisk forskning.....	15
3.6.1 Konkurrenssituationens effekt på kvaliteten vid fast ersättning.....	15
3.6.2 Privatiseringen och kvalitet - särskilda boenden	16
3.6.3 Konkurrenssituation och kvalitet - särskilda boenden	17
4. Data.....	17
4.1 Kvalitetsvariabler	18
4.1.1 Utfallskvalitet	18
4.1.2. Process- och strukturkvalitet	19
4.2 Konkurrens och marknad	19
4.2.1 HHI.....	19
4.3 Kontrollvariabler	20
5. Metod	21
6. Resultat	22
8. Slutsats och diskussion.....	24
Referenser.....	27
Appendix 1 – Korrelationsmatris.....	31

Abstract

A large share of Swedish elderly care is currently carried out by private actors. In 2019, 19% of the institutionalized residential care units (nursing homes) in Sweden were under private ownership. Regardless of the underlying motives for this privatization, one of the main aims is to create efficiency and quality improvement. Previously, the effects of privatization on the quality of Swedish institutionalized residential care have primarily been studied with respect to ownership types and quality. These studies have shown that public nursing homes tends to exhibit a higher structural quality and private nursing homes a higher processual quality. On the other hand, knowledge regarding the effects that different market conditions, such as the degree of competition, have on quality among Swedish nursing homes is absent. The purpose of this paper is to analyze the relationship between competition among institutionalized residential care providers and three different quality measures by analyzing panel data from 2016–2019.

The results show that competition mostly shows no general correlation with measured quality. However, there is a correlation between high competition and a higher processual quality, in the form of a higher proportion of residents with a current implementation plan, among public nursing homes. For homes under private ownership, correlation exists between high competition and a higher structural quality in the form of a higher proportion of trained staff. These results support the hypothesis that the competitive situation may affect the quality of nursing homes, and that the response to competition differ with respect to ownership type.

1. Introduktion

De kommande åren kommer många västerländska länder genomgå en större demografisk förändring i form av att andelen äldre förväntas bli allt större. Dessa demografiska förändringar leder till stora utmaningar för de länder som önskar upprätthålla en hög välfärdsnivå för sina äldre. Redan idag står äldreomsorg drygt 20% av de kommunala kostnaderna i Sverige (Socialstyrelsen 2019), inom denna kostnadspost står utgifter för särskilda boenden för drygt mer än hälften av utgifterna. *Särskilt boende* definieras som den boendeform som beskrivs i Socialtjänstlagen (5 kap. 5 §), där det står att kommunerna ”ska inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskild stöd.” I Sverige har delar av äldreomsorgen privatiseras i olika utsträckning med start under 1990-talet. Anledningarna till denna privatiseringsvåg i Sverige har stor del tillskrivits den offentliga sektorns pressade situation som krävt kostnadskontroll men även rent ideologiska faktorer har tillskrivits som skäl (Szebehely 2011; Stolt & Winblad 2009; Bergman & Jordahl 2014). Oavsett skäl vilar grundtanken med privatisering av offentliga tjänster på den fundamentala ekonomiska teorin om fria marknader som hävdar att privatisering och konkurrensutsättning leder till effektivisering och kvalitetshöjning. Detta sker genom att marknadsaktörerna pressas till innovation och förbättringsarbete för att vinna och bibehålla kunderna. Detta är i motsats till den monopolistiska marknadsmiljö som råder när endast den offentliga sektorn utför en viss tjänst.

Konsekvenserna av att tillåta privata utförare inom svensk äldreomsorg har därför länge debatterats på basen av både ideologiska och ekonomiska grunder. Ett återkommande och centralt tema har varit hur kvaliteten har påverkats av intåget av privata utförare. En helomfattande rapport från Socialstyrelsen (2012) kunde inte dra några slutsatser gällande konkurrensutsättningens effekter på kvaliteten inom äldreomsorgen. I övrigt finns det både teoretisk och empirisk forskning gällande den effekt privatisering har på äldreomsorgen som både stödjer och avfärdar hypotesen att privatisering innebär kvalitetshöjning. I svensk kontext finns studier som pekar åt kvalitetsskillnader mellan privata och offentligt drivna äldreboenden men i tvetydig riktning. Dessa visar att privat regi korrelerar med både lägre och högre kvalitet beroende på typ av kvalitetsmått som mäts (Stolt, Blomqvist & Winblad 2011; Winblad, Blomqvist & Karlsson 2017).

En teoretisk förklaring till att privatisering snarare kan leda till kvalitetsminskning har sin bakgrund i de speciella omständigheter som återfinns på marknaden för äldreomsorg. Denna marknad skiljer sig från flertalet aspekter från en fri marknad i traditionell mening. På marknaden för exempelvis särskilda boenden förekommer det många gånger stora

inträdesbarriärer av ekonomisk och regleringsmässig karaktär vilket kan driva en marknad mot mono- duo- eller oligopol. Utöver detta erhåller många av de privata utförarna fast ersättning för utförd tjänst. Ersättningens storlek bestäms av en tredje part (kommunen) på förhand och inte av traditionella marknadskrafter i mötet mellan kund och säljare. Då priskonkurrens uteblir kan det uppstå konkurrens inom andra områden som exempelvis kvalitet eller upphandlingsförfarande. Finns det däremot ingen fungerande konkurrenssituation gällande kvalitet kan det medföra att privatisering leder till sänkt kvalitet på grund av den trade-off vårdgivare måste göra mellan kvalitet och pris. Slutsatsen är att privatiseringen och konkurrenstryckets effekter på effektiviteten och kvaliteten inte är givet på förhand. Resultaten från tidigare forskning pekar också i olika riktningar, Garavaglia (2011) visade att särskilda boenden i offentlig regi svarade med kvalitetshöjning när de blev konkurrensutsatta. Forder och Allan (2014) visade istället hur konkurrens ledde till sänkt kvalitet bland brittiska äldreboenden.

Mycket av den forskning som är gjort i ämnet har annars haft fokus på privatiseringens effekt på kvaliteten och inte nödvändigtvis på mekanismerna bakom en eventuell effekt (Hole 2016; Bergman, Johansson, Lundberg & Spagnolo 2016; Stolt, Blomqvist & Winblad 2011; Winblad, Blomqvist & Karlsson 2017; Socialstyrelsen 2012). Att analysera den eventuella effekt konkurrenssituationen har på vård- och omsorgskvaliteten kan därför ge insikt i hur privatiseringen eventuellt utövar sin effekt på kvaliteten. De studier som undersökt detta närmare har främst haft fokus på privatiserad sjukvård, oftast i amerikansk kontext (Kessler & McClellan 2000; Gowrisankaran & Town 2003; Shen 2003; Tay 2003; Kessler & Geppert 2005) Erfarenheterna från svensk kontext och specifikt äldreomsorgen är sparsam och inget konklusivt svar kan fås av dessa. De speciella marknadsomständigheter som möter privata vårdgivare inom särskilda boenden i Sverige gör att många slutsatser från de studier som finns är svåra att översätta till denna kontext.

1.2 Frågeställning

Avsikten med denna uppsats är därför att försöka besvara frågan om konkurrenstrycket på marknaden för särskilda boenden påverkar kvaliteten av utförd tjänst. Då tidigare forskning pekar åt att de olika regiformerna har högre kvalitetsmått inom olika områden kan det tänkas att svaret på konkurrens också skiljer sig åt beroende på regiform, detta under antagandet att konkurrenssituationen i sig är en drivande faktor till kvalitetsskillnaderna. Därför kommer följande frågeställning försöka besvaras i denna uppsats:

Hur påverkar konkurrenstrycket kvaliteten bland särskilda boenden utifrån dess regiform?

Mer specifikt avser frågeställningen att besvara vad som händer med kvaliteten hos särskilda boenden när den verkar på en konkurrensutsatt marknad jämfört med en marknad där endast en aktör finns, och huruvida detta svar ser olika ut beroende på regiform.

I nästföljande del (2) beskrivs begreppet särskilt boende närmare, hur regleringen och marknaden för denna boendeform ser ut i Sverige. I del 3 presenteras nyckelbegrepp och tidigare forskning.

2. Svensk äldreomsorg

Nedan redovisas en bakgrund kring den svenska äldreomsorgen med fokus på särskilt boende. Delen avslutas med en beskrivning av de regleringar och förutsättningar som möter privata aktörer på marknaden med avseende på etablering, ersättning samt de juridiska ramverkens ekonomiska konsekvenser.

2.1.1 Särskilt boende – bakgrund och framtid

Den svenska äldreomsorgen regleras utifrån socialtjänstlagen från 1982. Det huvudsakliga syftet med denna lag är att säkerställa att varje individ ska garanteras en skälig levnadsnivå. Mer konkret innebär lagen att kommunerna har ett ansvar att bistå individer som inte kan få sina behov tillgodosedda på egen hand. De två huvudsakliga formerna av insatser kan kategoriseras som antingen hemtjänst (insatser som utförs hos individer i deras ordinära boende) eller under särskilt boende. Särskilda boenden finns i olika *typer* och kan huvudsakligen delas in i allmänna vård- och omsorgsboenden, gruppboenden för personer med demenssjukdom eller servicehus. Servicehus innebär huvudsakligen att de boende bor i egna lägenheter med tillgång till gemensam service och lokaler. Vissa enheter erbjuder fler än en typ av boendeform. För den boende innebär det rent konkret att den boende betalar hyra, omvårdnadsavgift samt avgift för måltider. Särskilda boenden existerar både för äldre och yngre individer. Hädanefter avses med särskilda boenden den typ av boende som är avsedda för äldre (> 65 år) individer oavsett typ och som förekommer i Socialstyrelsens årliga sammanställningar i Äldreguiden (Socialstyrelsen 2019b). För att undvika eventuell förväxling kommer individer som bor på särskilt boende växlingsvis som brukare i texten hädanefter.

Kommunernas kostnader för särskilda boenden utgör runt 10 % deras totala kostnader. Som ett mått på sektorns storlek motsvarar det cirka 1,5 % av den svenska bruttonationalprodukten (tabell 1).

Tabell 1. Svenska kommuners kostnadsutveckling för särskilda boenden (2017 års löpande priser)

	2013	2014	2015	2016	2017
Kostnad (mdkr)	61,3	62,8	64,5	66,9	69,3
Andel av kommunernas totala kostnad (%)	11,7%	11,6%	11,3%	10,9%	10,9%
Andel av BNP (%)	1,6%	1,6%	1,5%	1,5%	1,5%

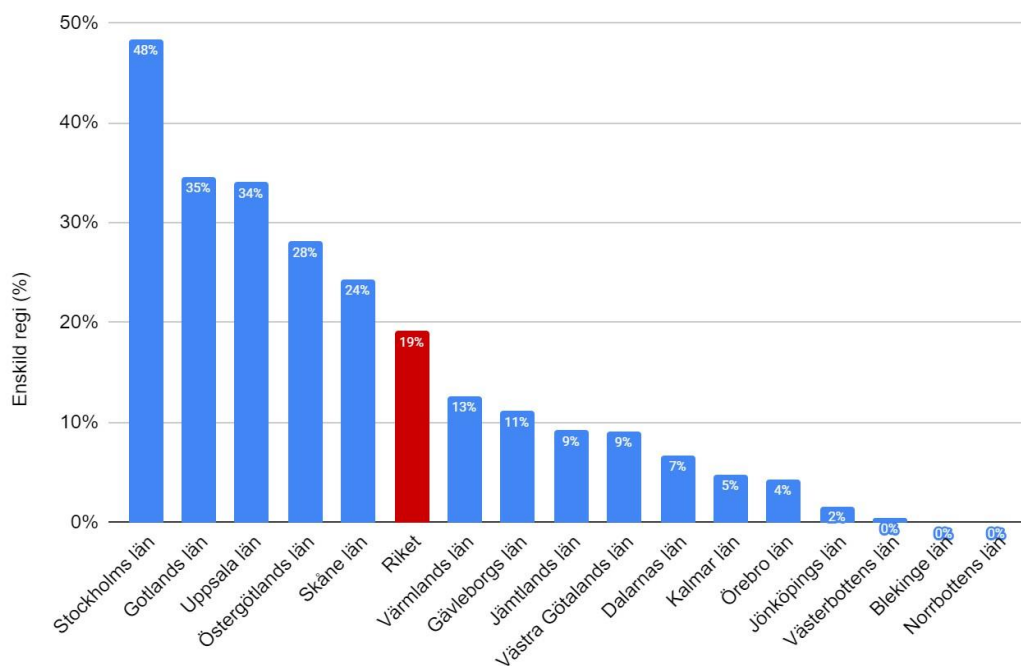
I oktober år 2019 hade 329 000 personer över 65 år minst en verkställd insats enligt socialtjänstlagen, de vanligaste typerna av insats var trygghetslarm, hemtjänst och särskilt boende (Socialstyrelsen 2020). Denna siffra inkluderar all form av äldreomsorg som kommunerna tillhandahåller och motsvarar 16% av befolkningen över 65 år. Av dessa bodde drygt 82 000 permanent på ett särskilt boende, och under året bodde 108 000 äldre någon gång på ett särskilt boende. Detta motsvarar 6% av kvinnorna och 4% av männen (Socialstyrelsen 2020). Både andelen äldre med särskilt boende och andelen som har hemtjänst har minskat de senaste åren. Även i absoluta tal har antalet som bor på särskilda boenden minskat från drygt 97 000 till drygt 82 000 sedan år 2007. Sammanfattande kan trenden de senaste åren beskrivas som att en mindre andel äldre beviljas insatser samtidigt som det har skett ett skifte där mer och mer hjälp sker via hemtjänst istället för via särskilt boende (SKL 2019). Även om andelen äldre i behov av särskilt boende har sjunkit så ökar andelen personer över 80 år i befolkningen. Fram till år 2040 beräknas denna grupp öka från 5,1% till 7,7% av befolkningen (i absoluta tal en ökning från 520 000 till 900 000 individer) vilket gör det framtida behovet av specifika typer av insatser, såsom särskilda boenden, svårt att prognostisera (SKL 2019).

2.1.2 Privat äldreomsorg i Sverige

En kommun kan välja att utföra insatser enligt socialtjänstlagen i egen regi eller överlåta det till privata utförare. Således finns det idag särskilda boenden i både offentlig och privat/enskild regi. Med privat eller enskild regi avses all biståndsbeslutad vård och omsorg där kommunen inte är utförare. Exempel på utförare är företag, stiftelser eller kooperativ. År 2019 drevs drygt 19 % av landets platser på särskilda boenden i enskild regi med stora regionala skillnader, se diagram 1.

Överlåtandet av utförande till privata aktörer kan ske på olika sätt inom ramen för olika lagrum. Kommuner kan välja att använda sig av *lagen om offentlig upphandling*, LOU eller *lagen om valfrihetssystem*, LOV. Vid ett överlåtande genom LOU får privata aktörer genom

Diagram 1 Andelen särskilda boenden för äldre i privat regi 2019 (egen sammanställning från Socialstyrelsen (2019)).



anbudsförfarande konkurrera via pris och kvalitet (Szebehely 2011). Kommuner kan även *köpa tjänster* av privata aktörer, exempelvis enstaka platser på ett boende eller institutioner. Detta regleras oftast via ramavtal som upprättats efter upphandling. Slutligen kan det ske via ett voucherliknande system, även kallat *kundvalssystem* liknande LOV. Vid ett sådant system får den äldre välja utförare. Dessa utförare är oftast på förhand godkända av kommunen och ersättningen är på förhand bestämd av kommunerna.

Szebehely (2011) redogör för den historiska utvecklingen avseende de olika överlåtelseformerna. Under 1990-talet dominerade upphandling enligt LOU med priskonkurrens. Författaren beskriver hur denna konkurrens alltmer skiftade fokus till kvalitetskonkurrens. I ett sådant förfarande fastställer kommunen ett pris och sedan får privata aktörer tävla i att erbjuda högst kvalitet. Under 90- och 00-tal var det endast ett fåtal kommuner som hade ett system som liknade kundvalssystemet. År 2009 trädde LOV i kraft. Syftet med denna lag var att underlätta införandet av kundvalsmodellen eller med andra ord öka medborgarnas valfrihet (Socialdepartementet 2008). Denna lag ger kommuner rätt att besluta huruvida de vill behålla all äldreomsorg i egen regi eller införa kundvalssystemet inom äldreomsorgens delar. För att främja införandet erbjöds även kommuner statliga stimulansmedel vid införande. År 2019 hade 176 av landets kommuner infört LOV inom något vård- eller omsorgsområde, varav 14 kommuner har avbrutit det. När det gäller inom området särskilt boende är det i nuläget 22 kommuner som valt att införa LOV (SKL 2019b). En av konsekvenserna för en kommun att införa LOV är att kommunerna inte kan begränsa antalet

utförare. Så länge aktörerna uppfyller de på förhand fastställda kraven ingår de i kundvalssystemet.

Konsekvenserna av att införa LOV har studerats av Bergman och Jordahl (2014). Resultatet varierar beroende på vilken del av äldreomsorgen som blivit föremål för LOV-införandet. Exempelvis har införandet lett till en kraftig ökning av privata hemtjänstutförare men inom särskilt boende är ökningen betydligt blygsammare. Författarna konstaterar vidare att den ökning av privata utförare inom särskilt boende som har observerats främst har skett genom nyttjandet av LOU.

2.1.3 Ersättningsmodeller för privata utförare

Utformandet av ersättningsmodellerna, det vill säga hur ersättningen till de privata vårdgivarna bestäms, är av avgörande vikt för att sedan förstå hur marknadsstrukturen formas och vilka incitament som uppstår. Bland Sveriges kommuner används idag ingen enhetlig ersättningsmodell för privata särskilda boenden. Huvudsakligen kan de ersättningsmodeller som används delas in i två dimensioner, antingen får utförarna ersättning per brukare eller per omsorgsplats och sedan kan ersättningen vara differentierad eller odifferentierad beroende av vårdtyngden. Ersätts utföraren på basen av antalet brukare utan beläggningsgaranti är ersättningen rörlig i den mån att beläggningsgaranti är avgörande för ersättningens storlek. Vid differentierad ersättning skattas brukarens behov och vårdtyngd istället för att använda en schablonmässig ersättning. Tanken är att ersättningen ska bli mer rättvis och spegla resursåtgången bättre, nackdelen är att det är förknippat med relativt stora transaktionskostnader då varje enskilt behov ska skattas. Sammanfattningsvis kan de olika ersättningsformerna och de två dimensionerna beskrivas i en fyrfältsmatris (tabell 2). Kommunernas ersättningsmodeller åt privata utförare skiljer sig åt huvudsakligen utifrån huruvida LOU eller LOV har använts vid upphandlingsförfarandet. Vid användandet av renodlat LOV är ersättningen alltid rörlig i den mån att ingen beläggningsgaranti från kommunens sida utlovas utan ersättningen följer helt enkelt hur många brukare som väljer att nyttja boende från företaget i fråga. Däremot är ersättningen per individ fast och utförarna kan inte konkurrera genom prissättning. Vid användandet av LOU finns det både ersättningssystem som är rörliga och fasta, och vissa med platsgaranti. Sammanfattningsvis är ersättningen rörlig i de 22 svenska kommuner som har infört LOV för särskilt boende. I övriga kommuner med särskilda boenden i privat regi enligt LOU existerar både rörliga och fasta ersättningsmodeller. Försök att få uppgifter kring fördelningen mellan rörlig och fast ersättning enligt LOU har tyvärr varit fruktlösa. För boenden i egen kommunal regi utgår vanligtvis fast ersättning i form av anslagsersättning.

Tabell 2. Faktorer som bestämmer ersättningens storlek utifrån ersättningsform och möjlig överlåtandeform (modifierat från Svenskt näringsliv 2014.)

	Odifferentierad	Differentierad
Fast	Antal platser som tillhandahålls LOU	Antal och typ av platser som tillhandahålls LOU
Rörlig	Beläggningsgrad LOU, LOV	Beläggningsgrad och vårdtyngd LOU, LOV

2.1.4 Konsekvenser avseende etablering vid LOV eller LOU.

Etablering enligt LOV skiljer sig åt på väsentliga punkter jämfört med etablering enligt LOU. Bergman och Jordahl (2014) går genom några av dessa skillnader. De beskriver hur LOV-etablering oftast är förknippad med stora investeringar, främst gällande lokaler och personal. Det finns även en osäkerhet i dessa investeringar i form av att ersättningen är rörlig. Detta är i motsats till en LOU-etablering som istället kan innebära att du tar över en ”färdig verksamhet” eller att ersättningen är fast. Vidare beskrivs det hur en LOV-etablering kräver tillståndsprovning från Inspektionen för vård och omsorg vilket inte är fallet med LOU-etableringar. Således finns det relativt stora inträdesbarriärer för aktörer som vill erbjuda vård- och omsorg via LOV vilket kan leda till att de önskade marknadskrafterna med åtföljande kvalitetskonkurrens inte etableras på marknaden. Huruvida kvalitetskonkurrens existerar vid etablering enligt LOU beror till stor del hur högt beställarna värdesätter kvalitet framför andra aspekter. Slutligen, en grundläggande förutsättning för att konkurrensutsättning ska leda till högre kvalitet vid rörlig ersättning är att brukarna på marknaden har en reell valfrihet att välja boende. Detta är inte alltid fallet på grund av exempelvis platsbrist, bristfällig information eller sänkt kognitiv förmåga.

3. Teoretiska begrepp

I denna del definieras och beskrivs de begrepp som är av vikt för att angripa uppsatsens frågeställning. I den avslutande delen görs en litteraturgenomgång, först med fokus på relevanta teoretiska modeller och slutligen med fokus på den empiriska forskningen.

3.1 Marknader

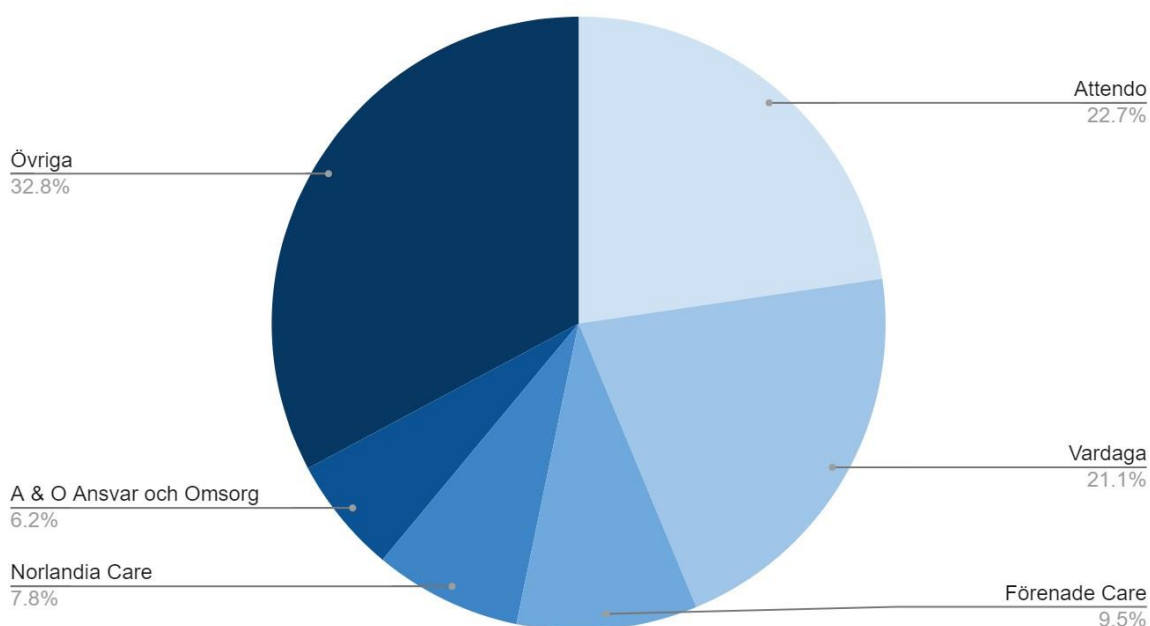
Då privata utförare idag står för en betydande del av den svenska äldreomsorgen kan den svenska äldreomsorgen betraktas som en form av marknad. Denna marknad skiljer sig dock åt på flera viktiga punkter jämfört med en marknad i traditionell mening. Den största skillnaden är att kostnaden faller på en tredje part, den offentliga sektorn och den som nyttjar tjänsten står

för endast en liten del av kostnaden. En följd är att det inte är ”konsumentens” köpkraft eller betalningsvilja som direkt avgör efterfrågan. Denna typ av marknad kallas för *kvassimarknad* och har beskrivits utförligt av Le Grand (1991). Den grundläggande tanken bakom upprättandet av en kvassimarknad är att försöka utnyttja de effektiviserande fria marknadskrafterna samtidigt som jämlikhet i tillgång till tjänsterna kvarstår, oavsett individens betalningsförmåga. För att utnyttja dessa krafter krävs det en välfungerande kvassimarknad och i teorin har det beskrivits hur konkurrens, informationstillgång och flexibel produktion är av vikt för detta. (Konkurrensverket 2006).

När det gäller just konkurrenssituationen på den svenska marknaden för äldreomsorg uppvisar denna tydliga oligopol-tendenser enligt en beskrivning av Szebehely (2011). Författaren når slutsatsen att de främsta orsakerna till dessa oligopol-tendenser är bland annat förekomsten av resurskrävande upphandlingar och stora investeringskostnader. I figur 1 illustreras dessa oligopol-tendenser där marknadsandelarna bland privata aktörer år 2019 illustreras.

Figur 1. Ägarandel av det totala antalet särskilda boenden i privat regi 2019 (Socialstyrelsen 2019b)

Andel av särskilda boenden i privat regi 2019



3.2 Konkurrens i teorin

Effekterna av konkurrens på en marknad är på förhand oklar och beror till stor del på vilken typ av konkurrens som föreligger och tillåts. Konkurrensutsättning kan ha konsekvensen att kvaliteten på de utförda tjänsterna sjunker vilket Forder och Allan (2014) visade från marknaden för brittiska äldreboenden. Forder och Allan visar empiriskt att när köparna på en kvassimarknad prioriterar låga priser leder konkurrens till att priserna och kvaliteten drivs ner

mot ett kravställt minimum. Detta kan beskrivas som *priskonkurrens* där kvaliteten sjönk i takt med att priserna sänktes. Om istället kvalitetskonkurrens dominerar, det vill säga en situation där beställaren är mer känslig för kvalitet vid val av utförare är effekten istället motsatt (Forder & Allan 2014). Att forma marknadsförutsättningarna så att kvalitetskonkurrens råder har lyfts fram som en av de främsta orsakerna till införandet av kundvalssystem i flertalet länder (Szebehely 2011). Resonemanget är att på en sådan marknad finns det helt enkelt inte utrymme för aktörer att konkurrera i pris då detta på förhand är bestämt.

3.3 Att mäta konkurrens

Den vanligaste metoden att mäta konkurrensutsättningen på en specifik marknad är att analysera marknadskoncentrationen. Ett mått på denna koncentration är HerfindahlHirschman index (HHI). I fallet med särskilda boenden kan detta index beräknas genom formeln:

$$(1) \quad HHI = \sum_{i=1} s_i^2 \quad \text{där } s_i = \frac{n_i}{N}$$

där s är marknadsandelen för aktör i , där marknadsandelen beräknas utifrån antalet boendeplatser, n denna aktör har på en marknad som består av totalt N boendeplatser. Genom att summera kvadraten av varje aktörs marknadsandel (s_i) erhålls ett värde mellan 0–1. Vid monopol är värdet 1 och närmar sig noll vid förekomst av alltfler aktörer på marknaden. En nackdel med HHI är att måttet inte avslöjar hur många utförare en potentiell brukare har att välja mellan. Andra mått på konkurrensstryck som förekommer i den hälsoekonomiska litteraturen som fångar detta är just antalet aktörer på marknaden. Antalet aktörer kan även mätas i relativa tal som i antalet invånare per aktör vilket speglar antalet aktörer sett till marknadens storlek. Enstaka studier har även studerat konkurrens i form efterfrågeelasticitet (Forder & Allan 2014). För att besvara frågeställningen kommer måttet HHI att användas då detta mått avslöjar just om mono- eller oligopol föreligger vilket är dominerande på de undersökta marknaderna. Med konkurrensmåten antalet aktörer per invånare eller efterfrågeelasticitet kan marknader med monopol i teorin uppvisa ”högre” konkurrens än verkligt konkurrensutsatta marknader.

3.4 Kvalitet

Att mäta kvalitet inom vård- och omsorgsarbete är befattat med en del teoretiska svårigheter. En aspekt vid subjektiva kvalitetsmått är först och främst den informationsasymmetri som föreligger mellan vårdtagare och vårdgivare. Det är möjligt att vård- och omsorgstagarna helt

enkelt inte vet vad som är *bra* kvalitet. I hälsoekonomiska studier används oftast det objektiva måttet dödlighet, justerad för ålder eller risk som ett mått på kvalitet. Vid utvärdering av kvaliteten för ett särskilt boende kan det argumenteras att detta mått är av mindre betydelse. Detta då omsorg och service, och inte vård, utgör det huvudsakliga syftet med många särskilda boenden.

Bergman och Jordahl (2014) redovisar vilka möjliga kvalitetsmått som är av relevans för utvärdering av äldreomsorgen. Författarna strukturerar upp de olika kvalitetsmåten i fyra olika kategorier beroende på vad som avses att mäta, vilket redovisas i tabell 3.

Tabell 3. Kvalitetsmått inom äldreomsorgen (Bergman & Jordahl 2014, s. 70).

Kategori	Typ	Exempel	Kommentar
Upplevd kvalitet	Utfallskvalitet	Upplevd nöjdhet	Fångar svårsmätta subjektiva mått såsom upplevelser
Objektiv kvalitet	Utfallskvalitet	Antal fallskador	Mätbara mått
Processmått	Processkvalitet	Förekomst av fallskadeprevention	Vanligtvis förekomst av diverse åtgärdsprogram
Strukturmått	Strukturkvalitet	Andel av personalen med rätt utbildning	Mäter sådant som anses vara förutsättningar för god omsorg

Ett vanligt förekommande mått på kvalitet i svenska studier är den övergripande upplevda kvaliteten hos de boende. Detta besvaras årligen i Socialstyrelsens brukarundersökning (Socialstyrelsen 2020b). På motsvarande sätt genomförs även en enhetsundersökning där vård- och omsorgsgivarna redovisar flertalet indikatorer och nyckelmått, främst av typen process- och strukturmått på enhetsnivå.

Nackdelarna med att skatta kvaliteten genom den *upplevda kvaliteten* är utöver informationsasymmetrin till stor del behäftat med att det är ett subjektivt mått och att brukarna är heterogena vilket innebär att jämförelser mellan individer innebär svårigheter. Utöver detta har en stor andel av de boende sänkt kognitiv förmåga och det är vanligt förekommande att anhöriga svarar på undersökningen åt brukaren (Socialstyrelsen 2020b). Dessa omständigheter är försvårande när det kommer till att dra slutsatser om hur vårdtagarna faktiskt upplever kvaliteten. Vidare har faktorer som socioekonomisk bakgrund visat sig påverka upplevelsen av kvalitet där stadsbor och höginkomsttagare rapporterar högre missnöjdhet (Winblad, Blomqvist & Karlsson 2017; Bergman & Jordahl 2014). Styrkorna med att använda måttet ”*upplevd kvalitet*” är istället att den fångar subjektiva aspekter på kvaliteten som annars är svåra eller omöjliga att mäta. Den anses fånga de mjuka aspekterna, som exempelvis bemötande, vilket får

anses vara av större betydelse inom omsorgsarbete än inom sjukvården. Upplevd kvalitet är i övrigt ett mått som är intuitivt lätt att förstå, tolka och det är det enda mått som fångar det faktum att brukare har olika preferenser analogt med konsumenter på en marknad. De övriga typerna av mått är behäftade med svagheten att incitament riskerar att uppstå där vård- och omsorgsgivarna fokuserar alltför mycket på dessa aspekter och kvalitetsbrister uppstår på annat håll som inte fångas av mätningarna. Sammantaget beskriver Bergman och Jordahl (2014) att praxis därför är att försöka använda sig av flertalet olika kvalitetsmått vid utvärderingar för att få en så heltäckande och rättvis bild som möjligt. Detta angreppssätt kommer att användas som utgångspunkt för att besvara uppsatsens frågeställning.

3.5 Relevanta teoretiska modeller för särskilda boenden.

Marknadsstrukturen är det som huvudsakligen avgör hur marknadens aktörer agerar. Den svenska marknaden för särskilda boenden kännetecknas, som tidigare nämnt som en marknad med oligopol tendenser. Marknaden kännetecknas av inträde- och utträdesbarriärer och dess kostnader utgör viktiga faktorer i formandet av marknadsstrukturen. Dessa marknader kan teoretiskt studeras genom modeller för oligopolmarknader. Litteraturen beskriver flera sådana modeller där marknaden utgörs av sjukvård- eller hälsorelaterade produkter och tjänster. Litteraturen är sparsam när det kommer till modeller som beskriver marknaden för äldreboenden då majoriteten av studierna har analyserat sjukvård. Likheterna mellan sjukhusmarknader och den svenska marknaden för särskilda boenden är dock flera. Genom att studera dessa modeller kan man därför erhålla en viss förståelse för de förutsättningar som råder på denna typ av marknad. Flera av dessa modeller tillåter en att ta hänsyn till förekomst av ickevinstdrivande vårdgivare, regleringar och demografi. Sammantaget förklarar dessa modeller hur incitamenten och beteendet från vårdgivarna förändras som en följd av ändrade marknadsförutsättningar (som oftast är ett resultat av politiska beslut). Nedan beskrivs några av dessa teoretiska modeller och de resultat som har erhållits vid applicerandet av dessa. Syftet är främst att illustrera vissa av de insikter som dessa teoretiska modeller har gett, därför kommer någon djupdykning i de kvantitativa delarna att redovisas. Genomgången bygger till stor del på den litteraturgenomgång gjord av Gaynor och Town (2011).

3.5.1 Konsekvensen av icke-vinstdrivande aktörer

I ett försök att beskriva beteenden på en privatiserad sjukvårdsmarknad, med både vinstmaximerande och icke-vinstdrivande aktörer, konstruerade Gowrisankaran och Town (2003) en dynamisk modell i form av en Markovprocess. Lösningen visar hur ickevinstdrivande

vårdgivare är kvar på marknaden längre än vinstdrivande vårdgivare samt hur antalet vårdgivare minskar när ersättningen sjunker.

Lakdawalla & Philipson (2006) förenklade modellen och visade hur icke-vinstdrivande vårdgivare som erhåller nytta, inte bara från den ekonomiska avkastningen utan även ifrån mängden vård de producerar kommer agera precis som en vinstmaximerande aktör med en viktig skillnad. De kommer nämligen stanna kvar på marknaden även om ersättningen är under den faktiska marginalkostnaden. Detta då de erhåller nytta, inte bara genom avkastning men även från mängden vård de producerar. Konsekvensen är att rent vinstdrivande aktörer inte kommer ge sig in på marknaden då den marknadsjämvikten ger vårdgivarna negativ avkastning. Däremot om antalet möjliga icke-vinstdrivande aktörer är begränsat kommer marknadsjämvikten innebära avkastning och vinstdrivande aktörer kommer finnas på marknaden.

3.5.2 Skalfördelar

Vidare har Beauchamp (2015) visat hur höga fasta kostnader förklarar framväxten av stora kliniker då skalfördelar uppstår och hur just starka regleringar höjer dessa fasta inträdeskostnader vilket förhindrar att mindre aktörer äntrar marknaden. Lin (2015) visade hur sänkta inträdeskostnader i sin tur leder till en ökning av antalet aktörer men att denna ökning utgörs av mestadels aktörer med låg kvalitet och leder inte till en generell kvalitetsökning.

3.5.3 Demografins påverkan

En ytterligare modell som förekommer i Gaynor och Towns (2011) genomgång är den ifrån Brenahan och Reiss (1991). Dessa konstruerade en modell där inträde på marknaden bestäms huvudsakligen av rådande marknadsförutsättningar och demografi. Logiken bakom denna förklaringsmodell är simpel: om antalet vårdgivare ökar i större omfattning än den berörda målgruppen leder det till att fler aktörer slåss om färre antal kunder och konkurrensen ökar.

De olika modellerna ovan (tabell 4) skiljer sig något avseende den kontext som berörs och vilka faktorer som är möjliga att inkorporera i modellen. Den röda tråden vid appliceringen av dessa modeller är dock att just inträdes- och utträdesbarriärer är av stor vikt. Dessa barriärer utgörs oftast av stora investeringskostnader, men även starka regleringar som hämmar inträdet av mindre aktörer. En sänkning av dessa trösklar leder nödvändigtvis inte till ökad kvalitet, vilket är analogt med effekten av priskonkurrens som diskuteras i avsnitt 3.2. Sammantaget fångar dessa modeller faktorer som påverkar konkurrenssituationen på en marknad som i många avseenden liknar den svenska marknaden för särskilda boenden.

Tabell 4. Sammanfattning teoretiska modeller och dess implikationer.

Studie	Teoretisk slutsats
Gowrisankaran & Town (1997)	Färre vårdgivare vid lägre ersättning. Icke-vinstdrivande aktörer kvarstannar längre
Lakdawalla & Philipson (2006)	Vid stor andel icke-vinstdrivande aktörer antror inte vinstdrivande aktörer marknaden.
Beauchamp (2010)	Skalfördelar ger stora kliniker. Förstärks av kraftiga regleringar.
Brennahan & Reiss (1991)	Demografin avgör till stor del in- och utträdesmönster på marknaden.

3.6 Empirisk forskning

Den empiriska forskningen gällande privatisering av vård- eller omsorg domineras huvudsakligen av frågan hur privatiseringen påverkar kvaliteten. Denna eventuella påverkan har huvudsakligen studerats med två olika ansatser. Den första är frågan om privata vårdgivare presterar bättre än offentliga aktörer. Den andra är hur intåget av privata aktörer påverkar kvaliteten på marknaden som helhet. Avgränsning kan dock göras ytterligare genom att studera den effekt *konkurrens* har på kvaliteten enligt samma resonemang som ovan. Med tanke på att ersättningen för privata utförare i svensk kontext många gånger är fast är det även av intresse med ytterligare avgränsning för att också se vad som sker på marknader där ersättningen är fast och förutbestämd. I följande del (3.6.1) redovisas ett urval av sådana studier. Flertalet av dessa studier är gjorda i amerikansk kontext med fokus på sjukvård men exempel från Europa och svensk primärvård förekommer. I efterföljande del redovisas de resultat som finns gällande särskilda boenden, både studier som analyserat privatiseringens generella effekter (3.6.2) och den som undersökt konkurrenssituationens effekter på kvaliteten (3.6.3).

3.6.1 Konkurrenssituationens effekt på kvaliteten vid fast ersättning.

I en metaanalys (Shen 2019) kunde inte någon signifikant skillnad i kvalitet gällande sjukvård påvisas med avseende på konkurrenssituationen. Gällande frågan hur effekten ser ut när ersättningen är fast presenterar Gaynor och Town (2011) en gedigen litteraturgenomgång i ämnet. I de inkluderade amerikanska studierna har huvudsakligen utfallet hos patienter under Medicare studerats. Medicare är ett offentligt finansierat sjukförsäkringssystem för främst äldre personer där försäkringstagaren har rätt till sjukvård och vårdgivarens ersättning är fast och förutbestämd.

Slutsatsen Gaynor och Town når är att konkurrenssituationens effekt på kvaliteten i amerikansk sjukhuskontext är tvetydiga. Gaynor och Town menar att en viktig pusselbit för att besvara

frågan är hur hög den fasta ersättningsnivån är. Slutsatsen de når är att så länge denna är över marginalkostnaden så tjänar patienterna på hög konkurrens, men ej om denna är för låg.

Från europeisk miljö återfinns två studier från Storbritannien (Cooper, Gibbons, Jones & McGuire 2011; Propper, Burgess & Green 2004) som båda visade att hög konkurrens ledde till minskad dödlighet efter hjärtinfarkt. I svensk kontext har konkurrens inom primärvården visat sig ha en svag men positiv effekt gällande sammantagen patientnöjdhet (Dietrichson, Ellegård & Kjellsson 2016). Även andra effekter än rent kvalitetsmässiga har konstaterats inom svensk primärvård. Dackehag och Ellegård (2019) visade hur konkurrensutsatta offentligt drivna vårdenheter registrerade fler diagnoser och på sådant sätt erhöll högre ersättning.

Denna kunskap om ersättningsnivåns betydelse är relevant även för den svenska särskilda boendemarknaden. Det bör dock påpekas att dessa studier huvudsakligen har undersökt objektiva utfall som mått på kvalitet, vilket kan försvåra applicering av fynden på den svenska särskilda boendemarknaden.

3.6.2 Privatiseringen och kvalitet - särskilda boenden

I litteraturen har en åtskiljning oftast gjorts mellan icke-vinstdrivande och vinstdrivande äldreboende istället för privata och offentliga boenden. I en metaanalys från Comondore et al. (2009) jämfördes kvaliteten mellan vinstdrivande och icke-vinstdrivande äldreboenden genom att studera 82 studier från åren 1965–2003. Resultatet visade att icke-vinstdrivande boenden uppvisade signifikant högre kvalitet över samtliga undersökta kvalitetsmått. Endast tre av studierna visade på högre kvalitet hos vinstdrivande enheter. Noterbart är att privata ickevinstdrivande boenden uppvisade högre kvalitet än privata vinstdrivande boenden. Barron och West (2017) kom fram till ett liknande resultat när de undersökte flertalet kvalitetsmått från Storbritannien från åren 2011–2015. Denna studie visade att icke-vinstdrivande boenden presterade bättre över flera olika kvalitetsmått. Studier från svenska sammanhang finns både från myndigheter och akademiker. I en rapport från Socialstyrelsen (2012) kunde det inte fastställas att det förelåg några skillnader kvalitetsmässigt mellan särskilda boenden i enskild eller offentlig regi. Stolt, Blomqvist och Winblad (2011) kunde genom att analysera den svenska äldreomsorgen under år 2007 konstatera att boenden i offentlig regi uppvisade högre mått på strukturella kvalitetsmått, som personaltäthet. Däremot uppvisade privata boenden högre kvalitet gällande processmått och i rent servicerelaterade mått på kvalitet, såsom måltidsalternativ och dylikt. Samma resultat bekräftades av Winblad, Blomqvist och Karlsson (2017) som fann att boenden i offentlig regi uppvisade högre kvalitet gällande strukturmått såsom personaltäthet. Utöver detta fann författarna samma mönster gällande processmått där

privata boenden uppvisade en signifikant högre kvalitet gentemot offentliga boenden. Bergman et al. (2016) studerade dödligheten mellan 1990–2009 och fann att denna blev lägre i kommuner när dessa öppnade upp för privata aktörer.

Sammanfattningsvis är den empiriska litteraturen tunn. Internationellt pekar metaanalyser på att privata enheter uppvisar en lägre kvalitet över flertalet kvalitetsmått. Dessa studier uppvisar dock en heterogenitet och flertalet av inkluderade studier är flera decennier gamla vilket möjligtvis försvårar en översättning av fynden till modern svensk kontext. Resultaten från svenska förhållande är oklara och verkar till stor del bero på vilka kvalitetsmått man undersöker. Ett återkommande mönster i studierna är dock att offentliga boenden presterar överlag bättre gällande strukturmått och privata i avseende på processmått.

3.6.3 Konkurrenssituation och kvalitet - särskilda boenden

Frågan om hur *konkurrens* i sig påverkar kvaliteten bland särskilda boenden kan angripas på två sätt. Det första är att undersöka huruvida boenden i offentlig regi är känsliga för konkurrensutsättning. Detta fann Garavaglia (2011) stöd för bland offentliga äldreboenden i norra Italien. Denna studie visade hur konkurrensutsatta boenden i offentlig regi närmade sig de privata aktörerna gällande effektivitet. Detta tog sig främst uttryck genom att personalkostnaderna sjönk vilket i sin tur är tätt kopplat till kvalitet då den fasta ersättningen i sådana fall räcker till fler vårdtimmar. Den andra frågan är i vilken utsträckning boenden i privat regi svarar på konkurrens. Forder och Allan (2014) undersökte detta för äldreboenden i Storbritannien. Denna studie visade att högre konkurrens ledde till både lägre kvalitet och lägre pris, och att det huvudsakligen var priskonkurrensen som drev på sänkningen av kvaliteten. Med andra ord fann de stöd åt förklaringsmodellen som beskrivits i avsnitt 3.2 att konkurrens kan tänkas leda till sänkt kvalitet i ett system där priskonkurrens tillåts. I övrigt är litteraturen även i detta ämne sparsam till antalet.

Sammanfattningsvis är studier från europeisk kontext få till antalet och ger tvetydiga resultat. Någon renodlad analys av konkurrenssituationens effekt på den svenska marknaden för särskilda boenden har inte gjorts i nuläget.

4. Data

Data från Socialstyrelsens enhets- och brukarundersökningar under perioden 2016 – 2019 tillsammans med uppgifter om tätortsgrad och medianinkomst hos äldre från SCB har samlats in och bearbetas. Det slutgiltiga materialet består av paneldata i form av 934 observationer fördelat på 240 olika kommuner. Bortfallet består av de resultat som inte ingår i det redovisade materialet från Socialstyrelsens brukarundersökning, detta sker om det finns färre

än sju svar inom en grupp eller färre än trettio svarande. Samtliga särskilda boenden för personer över 65 år har inkluderats, detta oavsett typ av insats som boendena erbjuder. Varje kommun betraktas som en och samma marknad med konkurrenstryck enligt *HHI*.

Kvalitetsmått finns för respektive regiform inom en och samma kommun och årtal.

Kontrollvariabler och konkurrensmått är gemensamma på kommunal nivå, se tabell 5 för beskrivning. I följande stycken beskrivs dessa i detalj.

Tabell 5. Regressionsvariabler

Kategori	Typ	Nivå	Källa
Nöjdhet	Andelen som sammantaget är "mycket" eller "ganska" nöjda med sitt boende	Regiform	Socialstyrelsen (2019d, 2018b)
Genomförandeplan	Andelen brukare som har en aktuell genomförandeplan	Regiform	Socialstyrelsen (2016, 2017, 2018, 2019c)
Utbildning	Veckodagsviktad andel av personalen med adekvat utbildning	Regiform	Socialstyrelsen (2016, 2017, 2018, 2019c)
Konkurrens	Dummyvariabler. Utifrån kategorisk indelning av HHI. Ingen konkurrens = referens, låg och hög.	Kommun	Socialstyrelsen (2016, 2017, 2018, 2019c), egen beräkning
Tätort	Tätortsgrad. Andelen av hela populationen som i kommunen bor i tätort	Kommun	SCB (2020)
IVR	Privat icke-vinstdrivande regi. Andelen av totala antalet bostäder som drivs i denna regi.	Kommun	Famna (2020), företagshemsidor*
Inkomst	Medianinkomsten hos personer >65 år i tkr i kommunen.	Kommun	SCB (2020b)
LOV	Om kommunen har infört LOV för särskilt boende (1 = infört, 0 = LOV ej infört)	Kommun	Kommunala hemsidor*

*Uppgifter om icke-vinstdrivande regi inhämtades först genom att kontrollera Famnas medlemssidor, vid oklarheter kontrollerades också företagshemsidor. Uppgifter om LOV-införelse inhämtades genom sökningar på kommunala hemsidor.

4.1 Kvalitetsvariabler

Från Socialstyrelsens brukar- och enhetsundersökningar mellan åren 2016 – 2019 hämtades tre olika kvalitetsmått; *nöjdhet* (utfallskvalitet), *genomförandeplan* (processkvalitet) samt *utbildning* (strukturkvalitet). För varje kommun och årtal beräknades dessa kvalitetsmått för både offentlig och privat regi. Vid förekommande fall aggregerades stadsdelsspecifika värden till ett gemensamt kommunalt värde.

4.1.1 Utfallskvalitet

Data från brukarundersökningarna finns på aggregerad kommunal nivå utifrån regiform. Andelen av brukarna som uppgett att de sammantaget är "mycket eller ganska nöjda" med sitt boende används som ett mått på utfallskvalitet på de särskilda boendena under enskild

respektive offentlig regi. Data från kommuner med färre än trettio svarande eller färre än sju svar per svarsgrupp har inte redovisats och ingår ej i det undersökta materialet.

4.1.2. Process- och strukturkvalitet

För att fånga delar av process- och strukturkvaliteten användes uppgifterna om “*andelen av de boende med aktuell genomförandeplan*” samt “*hur stor andel av omsorgspersonalen som har adekvat utbildning*” som kvalitetsmått. En aktuell genomförandeplan är en dokumenterad plan, ej äldre än sex månader, som beskriver hur vården och omsorgen ska se ut för den boende. En sådan ska finnas oavsett typ av insats (Socialstyrelsen 2012) och är därför ett applicerbart mått på processkvalitet oavsett typ av boende. I enhetsundersökningarna återfinns inte denna data på aggregerad kommunal nivå utifrån regiform. För att erhålla detta måste resultaten från varje enskild boendeenhet i kommunen viktas och summeras. Detta gjordes för den undersökta perioden. Varje unik boendeenhet viktades utifrån dess andel av det totala bostadsbeståndet inom privat respektive offentlig regi för respektive år och kommun. Genom denna viktning kunde aggregerade kommunala kvalitetsmått utifrån regiform och år skapas genom ekvationen

$$(2) \quad Y_{r,k,t} = \sum (W_{i,r,k,t} \times Y_{i,r,k,t})_{r,k,t} \text{ där } W_{i,r,k,t} = \frac{\text{Antal bostäder}_{i,r,k,t}}{\text{Totala antalet bostäder}_{r,k,t}}$$

där Y är ett av de tre kvalitetsmåten för regiform r i kommun k för året t och i är den enskilda boendeenheten. I kommuner med bortfallssvar från enstaka enheter gjordes en imputation av medelvärdet. Detta innebär att medelvärdet för övriga enheter användes vid beräkning av det sammanlagda medelvärdet (Reuterberg 2001). Andelen med adekvat utbildning presenteras i undersökningarna utifrån om det är helg- eller veckodag. Ett viktat värde skapades därför enligt:

$$(3) \quad \text{Andel med adekvat utbildning} = (\text{Andel under vardag} \times \frac{5}{7}) + (\text{Andel under helg} \times \frac{2}{7})$$

4.2 Konkurrens och marknad

Privata utförare som tillhörde samma koncernbolag summeras till en och samma aktör. Vid förekommande fall av stadsdelsspecifik redovisning (Stockholm, Göteborg, Malmö och Borås) används aggregerade kommunala siffror.

4.2.1 HHI

Marknadskoncentrationen i form av HHI beräknades för varje kommun och årtal enligt ekvation (1). Varje aktörs marknadsandel beräknades som dess andel av det totala bostadsbeståndet i kommunen. Vid förekomst av särskilda boenden i offentlig regi räknades dessa som en och

samma aktör. Privata aktörer under en och samma koncern räknades som en och samma aktör, vid oklarheter kontrollerades koncerntillhörighet via offentliga företagsregister. HHI-värdet ligger till grund för den kategoriska indelningen av konkurrenstryck. Indelningen är ingen, låg eller hög konkurrens där medianvärdet för konkurrensutsatta marknader (när HHI <1,00) utgör cutoff mellan hög och låg konkurrens, se tabell 6.

Tabell 6. Kategorisering av konkurrenstryck enligt HHI

Mått	Kategori	Värde	Antal obs.
HHI	Ingen	HHI = 1.00	578
	Låg	0.57 < HHI < 1.00	178
	Hög	0.00 < HHI ≤ 0,57	178

4.3 Kontrollvariabler

Tätortsgrad och *medianinkomst* hos äldre är möjliga socioekonomiska kontrollvariabler utifrån tidigare resonemang där stadsboende och hög inkomst korrelerar med rapporterad missnöjdhet. Genom användandet av dessa kontrollvariabler är tanken att fånga dessa effekter. *Tätortsgrad* beskriver andelen av den totala populationen i en kommun som år 2018 bodde i en tätort enligt SCB:s definition (SCB 2020). SCB redovisar värden var femte år och det senaste redovisningstillfället år 2018 har använts i materialet. Denna variabel är således kommunspecifik men ej tidsspecifik i det undersökta materialet. Medianinkomst för äldre finns för åren 2016–2018 men inte 2019. För år 2019 har den årliga inkomstökningen mellan åren 2016–2018 använts som skattad tillväxt i medianinkomst mellan åren 2018–2019.

Uppgifter om kommunerna har infört *LOV för särskilt boende*, och när detta infördes inhämtades från SKL (2019b) och kommunala hemsidor. Om kommunen ej har infört LOV får denna värdet 0 oavsett om LOU används eller om samtliga boenden är i offentlig regi. *Andelen icke-vinstdrivande aktörer* visar hur stor del av det särskilda boendebeståndet i en kommun som drivs i privat, men icke-vinstdrivande regi. I denna analys klassificerades en privat aktör som icke-vinstdrivande genom att den antingen är registrerad som en stiftelse eller är medlem i Famna (riksorganisationen för idéburen välfärd). I tabell 7 redovisas den deskriptiva statistiken för samtliga variabler och korrelationsmatris för samtliga variabler återfinns i appendix 1.

Tabell 7. Deskriptiv statistik. Medelvärden och spridning för variabler.

Variabel och år	Medel					Min	Median	Max	St.avvik.	n
	2016	2017	2018	2019	Totalt	Totalt	Totalt	Totalt	Totalt	Totalt
Nöjdhet										
Offentlig regi	0,89	0,89	0,88	0,87	0,88	0,44	0,88	1,00	0,06	906
Privat regi	0,87	0,85	0,84	0,84	0,85	0,50	0,86	1,00	0,09	324
Genomförandeplan										
Offentlig regi	0,89	0,91	0,91	0,90	0,90	0,02	0,94	1,00	0,12	906
Privat regi	0,97	0,96	0,96	0,96	0,96	0,52	0,99	1,00	0,07	332
Utbildning										
Offentlig regi	0,84	0,83	0,82	0,81	0,82	0,44	0,84	1,00	0,10	902
Privat regi	0,81	0,80	0,78	0,76	0,79	0,18	0,79	1,00	0,12	317
Konkurrens HHI										
Ingen	0,59	0,62	0,63	0,63	0,62	0,00	1,00	1,00	0,49	578
Låg	0,22	0,19	0,18	0,17	0,19	0,00	0,00	1,00	0,39	178
Hög	0,19	0,19	0,18	0,20	0,19	0,00	0,00	1,00	0,39	178
Tätortsgrad	0,79	0,79	0,79	0,79	0,79	0,40	0,80	1,00	0,13	934
IVR	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,50	0,04	934
Inkomst	161,4	165,5	173,0	179,6	169,9	143,0	167,0	271,7	15,3	934
LOV	0,06	0,07	0,09	0,09	0,08	0,00	0,00	1,00	0,27	934

Vid svarsbortfall gällande genomförandeplan och utbildning har imputerat medelvärde använts. Kommuner med färre än 30 svarande redovisas inte av Socialstyrelsen och ingår ej i materialet.

5. Metod

För att besvara frågeställningen användes de olika kvalitetsmåten som oberoende variabler i tre olika regressionsmodeller. Kvalitetsmåten finns för både typer av regiform vilket möjliggör analys för att utröna om både privata och kommunala aktörer svarar på konkurrens och om detta svar ser annorlunda ut beroende på regiform. Genom att använda fixerad effekt förhindrar man att tidsinvarianta icke-observerbara faktorer påverkar skattningarna av koefficienterna. Sambandet mellan de oberoende variablerna och de olika kvalitetsmåten skattas i variationer av följande regressionsmodell:

$$y_{rkt} = c + \alpha_k + \beta_1 D_{1kt} + \beta_2 D_{2kt} + \beta_3 X_{kt} + u_{rkt}$$

Där y är kvalitetsmått, c är intercept, α_k är den fixerade effekten för kommunen k , D_1 och D_2 är dummyvariabler för låg respektive hög konkurrens och X är en vektor av kontrollvariablerna tätortsgrad, medianinkomst hos äldre, andelen utförare i privat icke-vinstgivande regi och LOV införande för året t och u är felterm. Kontroll av årtalens fixerade effekt visar att dessa inte är väsentligen skild från noll ($p = 0,87$) vilket gör att årsfixerad effekt inte kommer användas. Robusta standardfel som är klustrade på kommunnivå kommer att användas. Sammantaget

kommer β_1 och β_2 i denna modell vara en skattning på den effekt låg/hög konkurrens har på det givna kvalitetsmålet.

Fördelningen av variablerna *andel med genomförandeplan* och *andel av personalen med adekvat utbildning* är dock inte normalfördelade utan har en kraftig skevhet mot värdet 1. I likhet med tidigare studier (Broms, Dahlström & Nistotskaya 2018) där den beroende variabeln har haft denna fördelning kommer fraktionerad logistisk regression att användas vilket beskrivs utförligt av Dorta (2016) och StataCorp LP (2020). Modellen är av typen kvasi-likelihood:

$$\ln L = \sum_{j=1}^N y_{rkt} \ln \{G(x'_{rkt}\beta)\} + (1 - y_{rkt}) \ln \{1 - G(x'_{rkt}\beta)\}$$

där y_{rkt} är kvalitetsmålet, x är de oberoende variablerna och $\ln L$ maximeras. Funktionen $G(\cdot)$ är av formen *logit* enligt $\frac{\exp(x_j\beta)}{(1 + \exp(x_j\beta))}$

6. Resultat

I tabell 8 och figur 2 återfinns resultaten från regressionsanalysen beträffande kvaliteten hos boenden i offentlig regi. Ett kvalitetsmått analyseras i kolumn 1 och 2, i första kolumnen återfinns en baselinemodell och i den andra kolumnen en fullständig modell. I kolumn 3–4 och 5–6 analyseras övriga kvalitetsmått. Variabeln *tätort* exkluderades ur modellen i kolumn 2 på grund av kollinearitet. Vid beräkning av baselinemodellen uppvisar *låg konkurrens* först en signifikant lägre nöjdhet (kolumn 1) men vid tillägg av kontrollvariabler försvinner denna signifikans. Gällande *andel med adekvat utbildning* (kolumn 3–4) finns det ingen signifikant skillnad i uppvisad kvalitet bland offentligt drivna boenden oavsett konkurrensutsatthet och modell.

Vid analys av kvalitetsmålet *andel med aktuell genomförandeplan* (kolumn 5) visar boenden i offentlig regi med hög konkurrensutsatthet upp en högre kvalitet, något som kvarstår vid beräkning med kontrollvariabler ($p = 0,03$) i kolumn 6.

I tabell 9 och figur 2 återfinns skattningarna från regressionsanalyserna avseende kvaliteten hos boenden i privat regi. Tabellens upplägg är likadan som i tabell 7. Skattningarna visar att både hög och låg konkurrens innebär signifikant skillnad i sammantagen nöjdhet där monopolistiska privatboenden (referensgrupp) har en lägre andel nöjda brukare. Variabeln *tätort* exkluderades ur denna modell (kolumn 2) på grund av kollinearitet. Någon signifikant skillnad mellan *låg* och *hög* konkurrens finns däremot inte utan kvalitetsskillnaden existerar mellan referensgruppen och övriga grupper. Vid skattning av kvalitetsmålet *andelen personal med*

Tabell 8. Skattning av koefficienter från regressionsanalyser (offentlig regi)

	Sammantagen nöjdhet		Adekvat utbildning		Genomförandeplan	
	#1 Baseline	#2 Kontroll	#3 Baseline	#4 Kontroll	#5 Baseline	#6 Kontroll
Hög konkurrens	-1,40 (0,98)	-1,59 (1,37)	0,04 (0,10)	0,02 (0,11)	0,60*** (0,17)	0,41** (0,19)
Låg konkurrens	-1,21** (0,56)	-2,29 (1,37)	0,04 (0,10)	-0,08 (0,10)	0,28 (0,19)	0,27 (0,21)
Tätort		-		1,65*** (0,38)		-0,29 (0,65)
Inkomst		-0,11*** (0,02)		-0,01*** (0,00)		0,01*** (0,00)
LOV		2,26 (1,97)		-0,05 (0,17)		0,19 (0,21)
IVR		19,12*** (8,13)		0,90 (0,70)		-2,73** (1,25)
Intercept	88,42*** (0,34)	107,79*** (4,21)	1,53*** (0,06)	2,05*** (0,44)	2,09*** (0,09)	-0,07 (0,91)
R2	0,01	0,58				
N	906	906	905	905	906	906

Not: Vid beräkning av modellen som skattar "Sammantagen nöjdhet" har fixerad kommuneffekt använts. Vid beräkning av "Adekvat utbildning" och "Genomförandeplan" har fraktionerad logistisk regression använts. Samtliga modeller har klustrade robusta standardfel på kommunnivå inom parentes. *** $p < 0.01$ ** $p < 0.05$ * $p < 0.10$.

adekvat utbildning (kolumn 4) finns ett negativt samband mellan konkurrens och adekvat utbildad personal där låg konkurrens är signifikant ($p=0,08$). Från analysen gällande *andel med aktuell genomförandeplan* finns det ett negativt, men ej signifikant samband med konkurrens. Då referensgruppen i modellerna är de boendemarknader utan konkurrens men med privata utförare är referensgruppen väldigt liten till antalet ($n=8$). Därför gjordes det även en analys där

Tabell 9. Skattning av koefficienter från regressionsanalyser (privat regi).

	Sammantagen nöjdhet		Adekvat utbildning		Genomförandeplan	
	#1 Baseline	#2 Kontroll	#3 Baseline	#4 Kontroll	#5 Baseline	#6 Kontroll
Hög konkurrens	3,53 (4,46)	5,34** (2,46)	0,06 (0,22)	-0,24 (0,24)	-0,66 (0,63)	-0,86 (1,01)
Låg konkurrens	2,90 4,48	5,28*** (0,34)	-0,09 (0,23)	-0,45* (0,25)	-0,74 (0,66)	-0,87 (0,98)
Tätort		-		2,18*** (0,49)		1,62 (1,05)
Inkomst		-0,17** (0,08)		-0,01*** (0,00)		0,01 (0,01)
LOV		-0,17 (5,54)		(0,10) (0,13)		-0,09 (0,33)
IVR		-7,80 (12,85)		2,47*** (0,66)		-4,15 (2,71)
Intercept	82,00*** (4,39)	116,47*** (16,87)	1,34*** (0,21)	1,68*** (0,65)	3,89*** (0,60)	0,85 (1,77)
R2	0,01	0,48				
N	324	324	332	332	332	332

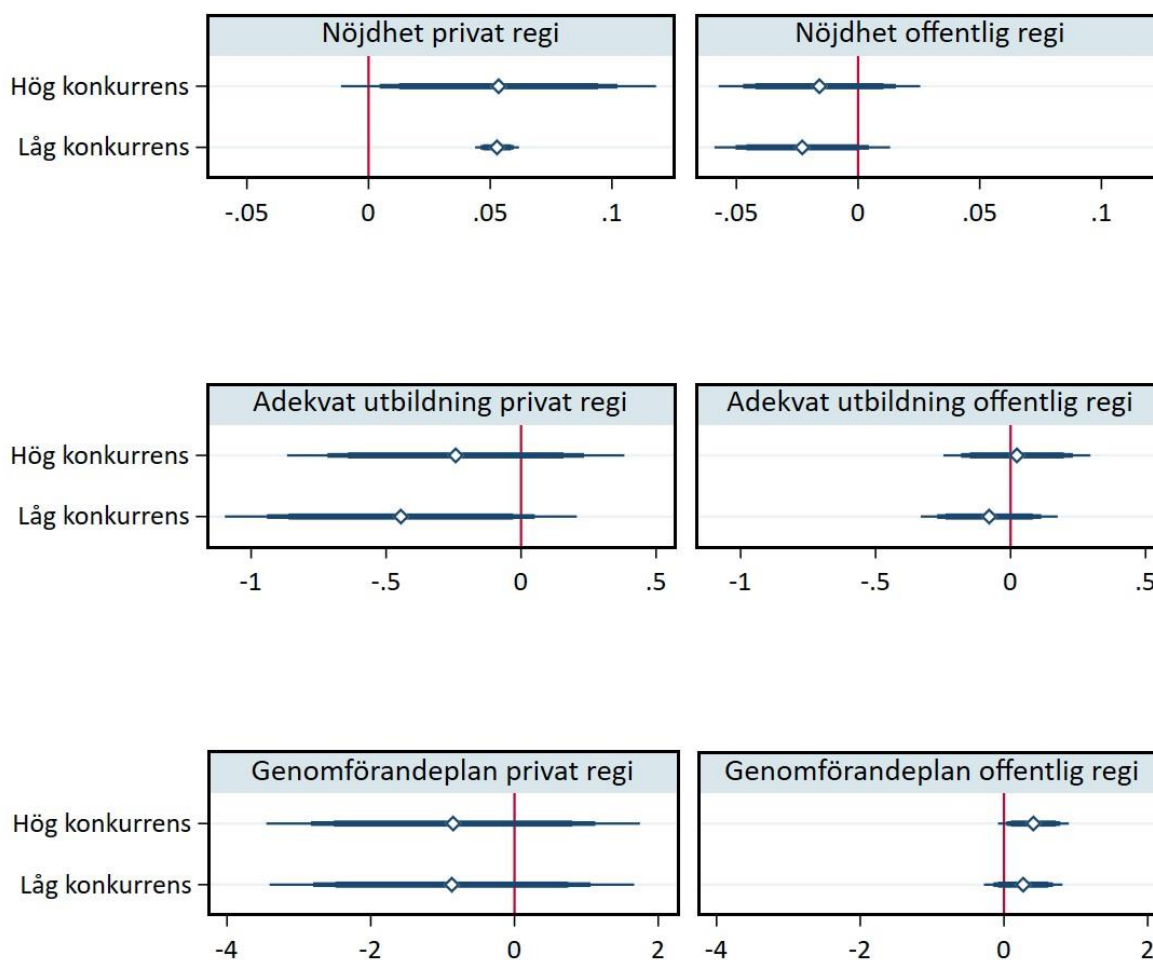
Not: Vid beräkning av modellen som skattar "Sammantagen nöjdhet" har fixerad kommuneffekt använts. Vid beräkning av "Adekvat utbildning" och "Genomförandeplan" har fraktionerad logistisk regression använts. Samtliga modeller har klustrade robusta standardfel på kommunnivå inom parentes. *** $p < 0.01$ ** $p < 0.05$ * $p < 0.10$.

referensgruppen utökades till att även inkludera *låg konkurrens*. I dessa analyser erhöles istället ett positivt och signifikant samband mellan *hög konkurrens* och *adekvat utbildning* (tabell 10).

Tabell 10. Skattning av "hög konkurrens" inom privat regi. Referensgrupp utgörs av "ingen" och "låg" konkurrens.

	Sammantagen nöjdhet		Adekvat utbildning		Genomförandeplan	
	b (SE)	p	b (SE)	p	b (SE)	p
Hög konkurrens	0,06 (2,47)	0,98	0,17 (0,10)	0,08	-0,02 (0,32)	0,95

Figur 2. Skattning av koefficienter för konkurrens där referensgrupp utgör avsaknad av konkurrens (99, 95 och 90% konfidensnivåer) från regressionsanalyser med kontrollvariabler (kolumn 2, 4 och 6).



8. Slutsats och diskussion

Sammantaget ter sig inte konkurrenstrycket ha något entydigt samband med kvaliteten hos offentligt drivna boenden. Det enda signifikanta fyndet är att andelen med aktuell genomförandeplan har ett positivt samband med hög konkurrens även efter justering för kontrollvariabler ($p=0,03$). Tidigare studier har visat hur privata aktörer presterar bättre än sina

offentliga motsvarigheter specifikt över detta mått (Stolt, Blomqvist & Winblad 2011; Winblad, Blomqvist & Karlsson 2017). Att högt konkurrensutsatta offentliga boenden svarar med kvalitetshöjning inom ett område där kvalitetsskillnaden är påtaglig ger stöd, om än ett svagt sådant, åt fynden från Garavaglia (2011) att offentligt drivna boenden svarar på konkurrens.

Boenden i privat regi uppvisar inget konklusivt svar på konkurrensutsatthet. Vid jämförelse mellan hög och låg/ingen konkurrens finns det däremot ett samband mellan hög konkurrens och en högre andel adekvat utbildad personal. Detta är analogt med fynden från offentliga boenden, där vi ser tendenser till att privata boendena höjer sig inom det kvalitetsområde där de generellt presterar sämre än sina offentliga motsvarigheter. Konkurrensutsatta boenden i privat regi rapporterar visserligen en högre nöjdhet hos de boende men skillnaden mellan hög och låg konkurrens är i det närmaste obefintlig. Detta gör att man inte kan dra några slutsatser huruvida den eventuella effekten av konkurrens på kvaliteten är linjär. Trots att signifikanta skillnader i den ursprungliga modellen (tabell 9) förelåg får tolkningen av den vara betydligt snävare, nämligen att de fåtal kommuner med *en* privat och *ingen* kommunal utförare uppvisar lägre nöjdhet än övriga kommuner med privata utförare.

De negativa sambanden mellan kontrollvariabeln inkomst och sammantagen nöjdhet återfinns både bland boenden i privat och offentlig regi vilket är i linje med de tidigare fynden som diskuterades i inledningen. Den teoretiskt intressanta LOV-variabeln visade sig inte vara signifikant i någon av modellerna. Detta kan till viss del eventuellt tillskrivas den undersökta tidsperioden som är relativt kort. Detta gör att de flesta kommuner med LOV har haft detta infört under samtliga av de inkluderade årtalen. Den effekt LOV-införande eventuellt har på en specifik kommun har därför inte kunnat spegla sig i större utsträckning i modellerna.

En viktig variabel som inte inkluderats är ersättningsnivåerna som tyvärr fick exkluderas på grund av bristfällig tillgång till data. Med tanke på att slutsatserna från den amerikanska sjukvårdsmarknaden (Gaynor & Town 2011) var att ersättningsnivån är avgörande för om konkurrens har en positiv inverkan eller inte hade det varit önskvärt att kontrollera för detta. Vidare så bör det påpekas att samtliga *typer* (allmän vård- och omsorg, servicehus, korttidsboende, demensboende) av särskilda boenden har inkluderats i analysen men boendetyper har inte tagits med som kontrollvariabel. En möjlighet som inte undersökts är huruvida vissa typer av boenden är överrepresenterade i privat regi. Då vårdtyngden skiljer sig åt mellan de olika typerna så är det intuitivt logiskt att exempelvis vikten av att ha *personal med adekvat utbildning* skiljer sig åt. Detta visar även på svagheten med detta kvalitetsmått då det möjligtvis säger väldigt lite om den egentliga *strukturkvaliteten* om man just inte tar hänsyn till typen av vård som bedrivs eller om inte fler kvalitetsmått för denna typ av kvalitet inkluderas. Denna

svaghet återfinns även gällande *utfallskvaliteten* i form av rapporterad nöjdhet. Som tidigare nämnts har brukarundersökningarna en svaghet i att en relativt stor andel av svaren består av anhörigsvar. En möjlig bias uppstår lätt om anhörigas svar inte är representativa för brukarens upplevda kvalitet samtidigt som anhörigsvar förekommer i större utsträckning hos vårdtunga brukare som exempelvis demenssjuka. Ett hypotetiskt scenario som kan leda till felaktiga skattningar är att det på en konkurrensutsatt marknad finns just en överrepresentation av vissa typer av boenden i privat regi där boendetyper sedan i sin tur påverkar den rapporterade nöjdheten. Som tidigare nämnts existerar det även flera andra möjliga kvalitetsmått. Slutsatserna som kan nås vid analys av endast tre kvalitetsmått bör vara begränsade till endast de undersökta måtten och inte på *kvaliteten* som helhet.

Sammantaget visar dessa slutsatser på den komplexitet som råder vid frågor av denna karaktär. Den stora frågan som väcks är huruvida det är så att konkurrens i sig de facto inte är särskilt avgörande för kvaliteten eller om de vedertagna metoderna för att fånga både konkurrens och kvalitet snarare är otillräckliga. Är dessa mått och metoder helt enkelt tillräckliga för att fånga den mångfacetterade komplexitet som ryms inom dessa begrepp? Lägg slutligen till att scenen som dessa fenomen agerar på, marknaden för särskilda boenden är avvikande till sin natur i jämförelse traditionella fria marknader, därför är det inte konstigt att det skådespel som konkurrens, kvalitet och marknad uppvisar är svårtolkad för betraktaren.

Referenser

- Barron, D.N. & West, E.** (2017). The quasi-market for adult residential care in the UK: Do for-profit, not-for-profit or public sector residential care and nursing homes provide better quality care?. *Social Science & Medicine*, vol. 179, pp. 137-146.
- Beauchamp, A.** (2015). Regulation, imperfect competition, and the U.S. abortion market. *International Economic Review*, vol. 56, no. 3, pp. 963-996.
- Bergman, M., Johansson, P., Lundberg, S. & Spagnolo, G.** (2016). Privatization and quality: Evidence from elderly care in Sweden. *Journal of Health Economics*, vol. 49, pp. 109-119.
- Bergman, M. & Jordahl, H.** (2014). *Goda år på ålderns höst? En ESO-rapport om konkurrens i äldreomsorgen* (Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2014:1). Stockholm: Regeringskansliet. Available at: <https://eso.expertgrupp.se/rapporter/aldreomsorgen> (Accessed: 12 april 2020)
- Brenahan, T. & Reiss, P.** (1991). Entry and competition in concentrated markets. *Journal of Political Economy*, vol. 99, no. 5, pp. 977–1009.
- Broms, R., Dahlström, C. & Nistotskaya, M.** (2018). Marketization and the Quality of Residential Elderly Care in Sweden. *QOG Working Paper Series*, no. 7, pp. 2–49.
- Comondore, V.R., Devereaux, P.J., Zhou, Q., Stone, S.B., Busse, J.W., Ravindran, N.C., Burns, K.E., Haines, T., Stringer, B., Cook, D.J., Walter, S.D., Sullivan, T., Berwanger, O., Bhandari, M., Banglawala, S., Lavis, J.N., Petrisor, B., Schünemann, H., Walsh, K., Bhatnagar, N. & Guyatt, G.H.** (2009). Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, vol. 339, no. 7717, pp. 381-384.
- Cooper, Z., Gibbons, S., Jones, S. & McGuire, A.** (2011). Does hospital competition save lives? Evidence from the English NHS patient choice reforms. *The Economic Journal*, vol. 121, pp. 228-260.
- Dackehag, M. & Ellgård, L.M.** (2019). Competition, Capitation, and Coding: Do Public Primary Care Providers Respond to Increased Competition? *CESifo Economic Studies*, vol. 65, no. 4, pp 402-423.
- Dorta, M.** (2016). *Introduction to fractional outcome regression models using the fracreg and betareg commands*. Aguascalientes: StataCorp LP. Available at: https://www.stata.com/meeting/mexico16/slides/Mexico16_Dorta.pdf (Accessed: 24 may 2020).
- Dietrichson, J., Ellegård, L.M., Kjellsson G.** (2016). Patient Choice, Entry and the Quality of Primary Care: Evidence from Swedish Reforms. *Working Paper No. 2016:36, Department of Economics, Lund University*.
- Famna.** (2020). *Våra medlemmar*. Available at: <https://www.famna.org/om-oss/famnasmedlemmar> (Accessed: 2 May 2020).
- Forder, J. & Allan, S.** (2014). The impact of competition on quality and prices in the English care home market. *Journal of Health Economics*, vol. 34, pp. 73-83.
- Gaynor, M. & Town, R.** (2011). Competition in health care markets. In Pauly, M., McGuire, T. and Barros, P. (red). *Handbook of Health Economics [Elektronisk resurs]*. Elsevier science. Available at:

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat07147a&AN=lub.6141266&site=eds-live&scope=site> (Accessed: 26 april 2020).

Garavaglia, G., Lettieri, E., Agasisti, T. & Lopez, S. (2011). Efficiency and quality of care in nursing homes: an Italian case study. *Health Care Management Science*, vol. 14, no. 1, pp. 22-35.

Gowrisankaran, G. & Town, R.J. (2003). Competition, Payers, and Hospital Quality. *HSR: Health Services Research*, vol. 38, no. 6, pp. 1403-1421.

Hole, A. (2016). Provider category and quality of care in the Norwegian nursing home industry. *Nordic Journal of Health Economics*, vol. 4, no. 2, pp. 57-71.

Kessler, D. & McClellan, M. (2000). Is hospital competition socially wasteful? *Quarterly Journal of Economics*, vol. 115, no. 2, pp. 577-615

Kessler, D. & Geppert, J. (2005). The effects of competition on variation in the quality and cost of medical care. *Journal of Economics and Management Strategy*, vol. 14, no. 2, pp. 575-589.

Konkurrensverket. (2006). *Kvalitetskonkurrens och kundval inom kommunal äldreomsorg*. Stockholm: Konkurrensverket. Available at: <http://www.konkurrensverket.se/globalassets/publikationer/uppdraagsforskning/kvalitetskonkurrens-och-kundval-inom-kommunal-aldreomsorg.pdf> (Accessed: 2 may 2020)

Lakdawalla, D. & Philipson, T. (2006). The nonprofit sector and industry performance, *Journal of Public Economics*, vol. 90, no. 8, pp. 1681-1698.

Le Grand, J. (1991). Quasi-markets and Social Policy. *The Economic Journal*, vol. 101, no. 408 pp. 1256-1267.

Lin, H (2015). Quality choice and market structure: A dynamic analysis of nursing home oligopolies. *International Economic Review*, vol 56, no. 4, pp 1261-1290

Propper, C., Burgess, S., & Green, K. (2004). Does competition between hospitals improve the quality of care? Hospital death rates and the NHS internal market. *Journal of Public Economics*, vol. 88, no 7-8, pp 1247-1272.

Reuterberg, S-E. (2001). Hantering av bortfall i longitudinella studier. *Pedagogisk forskning i Sverige*, vol. 6, no. 3, pp. 173-194.

SCB. (2020). *Antal tätorter och tätortsgrad 2018*. Statistiska centralbyrån. Available at: http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__MI__MI0810__MI0810A/TatortGrad/ (Accessed: 23 april 2020)

SCB. (2020b). *Sammanräknad förvärvsinkomst för boende i Sverige hela året efter kön, inkomstklass och ålder i 1-årsklasser. År 1999-2018*. Statistiska centralbyrån. Available at: https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__HE__HE0110__HE0110A/SamForvInk1a/ (Accessed: 23 april 2020)

Shen, V.C., Ward, J.W.J. & Chen, L. (2019). Systematic review and meta-analysis on the effect of hospital competition on quality of care: Implications for senior care. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 83, pp. 263-270.

Shen, Y.-S. (2003). The effect of financial pressure on the quality of care in hospitals. *Journal of Health Economics*, vol. 22, no. 2, pp-243-269

SKL. (2019). *Prognos av särskilda boenden. Stöd för att prognostisera behov av särskilda boenden för äldre*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting. Available at: <https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-733-6.pdf> (Accessed: 7 april 2020)

SKL. (2019b). *Valfrihetssystem i kommuner 2019 – Beslutsläget i införandet av LOV*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting. Available at: <https://skr.se/download/18.410d01c916f1aa3a48e2c968/1576850413257/Karta%20omr%C3%A5den%20med%20LOV.pdf> (Accessed: 23 april 2020)

Socialdepartementet. (2008). *Lag om valfrihetssystem* (Regeringens proposition 2008/09:29). Stockholm: Regeringskansliet.

Socialstyrelsen. (2012). *Kommunal eller enskild regi, spelar det någon roll? – en jämförelse av utförare av vård och omsorg om äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen. Available at: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/20125-30.pdf> (Accessed: 16 april 2020)

Socialstyrelsen. (2016). *Enhetsundersökning om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2016*. Stockholm: Socialstyrelsen. Available at: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/oppnajokforelser/kommun-och-enhetsundersokning-aldreomsorg-samtliga-uppgifter-2016.xls> (Accessed: 1 april 2020)

Socialstyrelsen. (2017). *Enhetsundersökning om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2017*. Stockholm: Socialstyrelsen. Available at: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/oppnajokforelser/kommun-och-enhetsundersokning-aldreomsorg-samtliga-uppgifter-2017.xls> (Accessed: 1 april 2020)

Socialstyrelsen. (2018). *Enhetsundersökning om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2018*. Stockholm: Socialstyrelsen. Available at: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppnajokforelser/2018-11-9-resultat-enhetsundersokningen-aldreomsorg-2018.xls> (Accessed: 1 april 2020)

Socialstyrelsen. (2018b). *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2016-2018*. Stockholm: Socialstyrelsen. Available at: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepointdokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-9-7-aldre-om-sabo-rike-lan-kommun-2016-2018.xls> (Accessed: 1 april 2020)

Socialstyrelsen. (2019). *Vård och omsorg om äldre: lägesrapport 2019*. Stockholm: Socialstyrelsen. Available at: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/20193-18.pdf> (Accessed: 16 april 2020)

Socialstyrelsen. (2019b). *Äldreguiden 2019*. Stockholm: Socialstyrelsen. Available at: <http://oppnajokforelser.socialstyrelsen.se/aldreguiden/Sidor/default.aspx> (Accessed: 12 april 2020)

Socialstyrelsen. (2019c). *Enhetsundersökning om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård 2019*. Stockholm: Socialstyrelsen. Available at: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/oppnajokforelser/resultat-2019-enhetsundersokningen-om-aldreomsorg-och-kommunal-halso-ochsjukvard.xlsx> (Accessed: 1 april 2020)

Socialstyrelsen. (2019d). *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2019*. Stockholm: Socialstyrelsen. Available at:

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepointdokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-9-6349-sabo-resultat-riksniva-stadsdelar-2017-2019.xls> (Accessed: 1 april 2020)

Socialstyrelsen. (2020). *Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2019*. Stockholm: Socialstyrelsen. Available at: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepointdokument/artikelkatalog/statistik/2020-4-6745.pdf> (Accessed: 12 april 2020)

Socialstyrelsen. (2020b). *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2019*. Stockholm: Socialstyrelsen. Available at: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppnajamforelser/socialtjanst/aldreomsorg/vad-tycker-de-aldre-om-aldreomsorgen/> (Accessed: 2 april 2020).

StataCorp LP. (2020). *Fractional response regression*. Available at: <https://www.stata.com/manuals/rfracreg.pdf> (Accessed: 24 may 2020).

Stolt, R., Blomqvist, P. & Winblad, U. (2011). Privatization of social services: Quality differences in Swedish elderly care. *Social Science & Medicine*, vol. 72, no. 4, pp. 560-567.

Stolt, R. & Winblad, U. (2009). Mechanisms behind privatization: A case study of private growth in Swedish elderly care. *Social Science & Medicine*, vol 68, pp. 903-911.

Svenskt näringsliv. (2014). *Värde i välfärden. Ersättningssystem som främjar kvalitet och effektivitet inom äldreomsorgens särskilda boenden*. Stockholm: Svenskt näringsliv. Available at: https://www.svensktnaringsliv.se/fragor/valfard/varde-i-valfardenersattningssystem-som-framjar-kvalitet-och-effe_605143.html (Accessed: 20 april 2020)

Szebehely, M. (2011). Insatser för äldre och funktionshindrade. In Hartman, L. (red.) *Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd?* Stockholm: SNS Förlag, pp. 215-258.

Tay, A. (2003). Assessing competition in hospital care markets: The importance of accounting for quality differentiation. *Rand Journal of Economic*, vol. 34, no. 4, pp. 786-814.

Winblad, U., Blomqvist, P. & Karlsson, A. (2017). Do public nursing home care providers deliver higher quality than private providers? Evidence from Sweden. *BMC Health Services Research*, vol. 17, no. 487.

Appendix 1 – Korrelationsmatris

	Nöjdhet (off)	Nöjdhet (priv.)	Adekvat t utb. (off.)	Adekvat t utb. (priv.)	Geno mför. (off)	Genom för. (priv)	Ingen konku rrens	Låg konkur rens	Hög konkur rens	Tätorts grad	Inko mst	IVR	LOV
Nöjdhet (off)	1,00												
Nöjdhet (priv)	0,05	1,00											
Adekvat utb. (off)	0,14	0,05	1,00										
Adekvat utb. (priv)	0,01	0,05	0,19	1,00									
Genomför.plan (off)	0,00	0,05	0,08	-0,02	1,00								
Genomför.plan (priv)	-0,09	0,00	0,02	-0,10	0,19	1,00							
Ingen konkurrens	0,04	-0,04	0,04	0,10	0,05	0,03	1,00						
Låg konkurrens	0,01	-0,03	0,05	-0,08	-0,07	-0,02	-0,06	1,00					
Hög konkurrens	-0,02	0,04	-0,06	0,07	0,06	0,02	-0,06	-1,00	1,00				
Tätortsgrad	-0,29	-0,17	0,20	0,23	0,10	0,12	0,02	-0,04	0,04	1,00			
Inkomst	-0,31	-0,05	-0,13	0,03	0,07	0,07	-0,01	-0,35	0,35	0,47	1,00		
IVR	-0,02	0,11	-0,02	0,16	-0,02	-0,09	-0,02	-0,16	0,16	0,26	0,57	1,00	
LOV	-0,13	-0,04	-0,10	0,09	0,08	0,00	-0,03	-0,34	0,34	0,23	0,49	0,38	1,00