

# Goda år på ålderns höst?

En ESO-rapport  
om konkurrens  
i äldreomsorgen

EN RAPPORT TILL EXPERTGRUPPEN FÖR  
STUDIER I OFFENTLIG EKONOMI

2014:1

eso



REGERINGSKANSLIET

Finansdepartementet

# Goda år på ålderns höst? En ESO-rapport om konkurrens i äldreomsorgen

*Mats Bergman  
Henrik Jordahl*

*Rapport till  
Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi  
2014:1*



---

REGERINGSKANSLIET

Finansdepartementet

Rapportserien kan köpas från Fritzes kundtjänst.

Beställningsadress:

Fritzes kundtjänst

106 47 Stockholm

Orderfax: 08-598 191 91

Ordertel: 08-598 191 90

E-post: [order.fritzes@nj.se](mailto:order.fritzes@nj.se)

Internet: [www.fritzes.se](http://www.fritzes.se)

Tryckt av Elanders Sverige AB  
Stockholm 2014

ISBN 978-91-38-24074-8

# Förord

En väl fungerande äldreomsorg är av grundläggande betydelse för det svenska välfärdssamhället. Det är också ett politikområde där tjänsteutbud och driftsformer har förändrats påtagligt de senaste decennierna. I början av 1990-talet bedrevs äldreomsorgen nästan uteslutande i offentlig regi. I dag finns privata utförare i knappt hälften av kommunerna och i ett fåtal kommuner utförs all omsorg i privat regi. Åsikterna om det rimliga i denna utveckling går isär. Förespråkare för valfrihet och konkurrens talar om ökad effektivitet. Kritikerna pekar på ett antal medialt uppmärksammade fall där omsorg i privat regi brustit och menar att området inte lämpar sig för marknadsliknande lösningar. Oavsett vilken position som intas tenderar argumenten att utgå lika mycket från känslor som från faktiska förhållanden. Det är tydligt att våra kunskaper om förutsättningarna för, och konsekvenserna av, valfrihet och konkurrens i äldreomsorgen behöver utvecklas.

Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) gav därför forskarna Mats Bergman och Henrik Jordahl i uppdrag att analysera förutsättningarna för att uppnå en god kvalitet och ett effektivt resursutnyttjande vid marknadsliknande lösningar i äldreomsorgen.

Författarna tar sin utgångspunkt i att marknaden för välfärdstjänster präglas av tydliga s.k. principal agent-problem – t.ex. så har utföraren ofta bättre information om tjänsternas kvalitet än finansören (ytterst skattebetalarna) och brukarna (de äldre). Äldreomsorgens brukare befinner sig också många gånger i utsatta situationer som väsentligt kan försvåra de aktiva val som anses nödvändiga för en väl fungerande marknad. Svårigheter att korrekt avgöra de egna behoven, värdera information om tjänsteutbudet, bedöma kvalitet och vid behov byta till annan utförare, kan medföra att brukarvalet får begränsad betydelse för konkurrensen och därmed för effektiviteten i tillhandahållandet av tjänsterna.

Mot denna bakgrund är författarnas centrala slutsats att marknadslösningar inom äldreomsorgen förutsätter ett sammanhållet system som kombinerar förhandskontroll, brukarval, övervakning,

uppföljning, sanktioner och belöningar. Systemets olika delar måste anpassas till vilken verksamhetsgren inom omsorgen – hemtjänst eller särskilt boende – det handlar om. Valfrihet och brukarval passar bra för mindre komplicerade tjänster som är vanliga i hemtjänsten. Tjänsternas enklare karaktär innebär dock också att de är relativt lätta att erbjuda, vilket kan öka risken för oseriösa aktörer och talar för strikta förhandskontroller. Valfrihetsmodellen kan däremot vara mindre lämpad för omsorg i särskilda boenden, där den medicinska kvaliteten är viktig och det kan vara svårt att byta utförare. Inom detta område innebär dock tjänsternas komplexitet att riskerna för etablering av oseriösa aktörer är relativt små. Författarna framhåller också att kvaliteten på äldreomsorgstjänsterna överlag måste kontrolleras bättre än i dag, detta oavsett om driften sker i privat eller offentlig regi. Antalet oanmälda inspektioner måste öka och kontrollerna ska fokusera på resultatmått, dvs. uppnådda effekter, inte på verksamhetsprocesser. Ytterligare en brist i dagens system är avsaknaden av tydliga kopplingar mellan levererad kvalitet och förnyad kontraktering vid upphandlingar. Detta problem förstärks av s.k. förlängningsoptioner som i dag används närmast slentrianmässigt. För att brukarvalen ska vara kvalitetsstyrande måste det också tillåtas en viss överkapacitet på marknaden, där icke-väljarna ska fördelas till de utförare som når bäst resultat, inte till de med flest lediga platser.

Sammanfattningsvis anser författarna att det med bättre kunskap om marknadslösningars förutsättningar och dynamik är både möjligt och angeläget att förbättra dagens äldreomsorg i både privat och offentlig regi.

Det är min förhoppning att den här rapporten ska utgöra ett konstruktivt underlag för den fortsatta diskussionen om äldreomsorgens utformning i Sverige.

Arbetet med rapporten har följts av en referensgrupp bestående av personer med god insikt i dessa frågor. Gruppen har letts av Shirin Ahlbäck Öberg, tidigare ledamot i ESO:s styrelse. Som alltid i ESO-sammanhang ansvarar författarna själva för innehåll, slutsatser och förslag i rapporten.

Stockholm i februari 2014

Hans Lindblad  
Ordförande i ESO

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>7</b>
<b>Summary</b> .....	<b>13</b>
<b>1 Inledning</b> .....	<b>19</b>
<b>2 Äldreomsorg i Sverige</b> .....	<b>23</b>
2.1 Hemtjänst.....	25
2.2 Särskilt boende .....	29
2.3 Från egen regi till upphandling och valfrihetssystem .....	32
2.4 Marknadens aktörer .....	35
2.5 Mer om valfrihet .....	36
<b>3 Litteratur- och teorigenomgång</b> .....	<b>39</b>
3.1 Asymmetrisk information – en teoretisk utgångspunkt .....	40
3.2 Privatiseringens förklaringar .....	46
3.3 Effekter av konkurrensutsättning och privatisering .....	48
3.4 Sammanfattning .....	52
<b>4 Äldreomsorgens kostnader och kvalitet</b> .....	<b>55</b>
4.1 Kostnader .....	55
4.2 Ersättningsmodeller .....	63

4.3	Kvalitetsmått.....	70
<b>5</b>	<b>Marknaden för äldreomsorg.....</b>	<b>81</b>
5.1	Mekanismer för god kvalitet.....	81
5.2	Ersättningsmodeller och ekonomiska incitament för bättre kvalitet.....	93
5.3	Inträdeshinder .....	94
5.4	Utbud och kapacitet.....	101
5.5	Normer .....	104
5.6	LOU, LOV och egen regi – ett system eller flera? .....	109
<b>6</b>	<b>Slutsatser och rekommendationer.....</b>	<b>113</b>
	<b>Referenser .....</b>	<b>119</b>

# Sammanfattning

Äldreomsorg är en viktig välfärdstjänst som tar betydande ekonomiska resurser i anspråk. I dag går var femte kommunal skattekrona till vård och omsorg om äldre. En tydlig trend är att allt fler äldre får hjälp i det egna hemmet medan allt färre bor på äldreboenden. Äldreomsorg är också en tjänst som i allt större utsträckning handlas på en marknad. De privata utförarna står för drygt 20 procent av verksamhetsvolymen och sedan 2009 har andelen privat äldreomsorg ökat i snabbare takt än tidigare. För hemtjänst är ökningen kraftigare och sammanfaller med att ett stort antal kommuner infört ett valfrihetssystem enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV), medan ökningen för de särskilda boendena även under de senaste åren huvudsakligen bestått av entreprenader som åstadkommit genom offentlig upphandling.

Liksom för andra välfärdstjänster – och många andra tjänster – är äldreomsorgens kvalitet svår att mäta och observera. Utföraren har ett informationsövertag vad gäller tjänstens kvalitet och denna asymmetriska information förvärras av tredjepartsfinansieringen, det vill säga att det i huvudsak inte är brukaren som betalar för tjänsten. Speciellt för hemtjänst är valfrihetsmodellen passande, i synnerhet om tiden hos brukaren mäts elektroniskt. Brukarens subjektiva omdöme är ett bra mått på hemtjänstens upplevda kvalitet och det är mindre kostsamt och påfrestande att byta utförare än att byta äldreboende. De relativt låga inträdeshindren för hemtjänst i ett LOV-system medför dock en risk för att oseriösa aktörer etablerar sig. Något förhöjda inträdeskrav jämfört med i dag vore därför sannolikt att rekommendera för hemtjänsten. För särskilt boende försvagas brukarvalets gynnsamma effekter av att medicinsk kvalitet spelar en stor roll och av att det innebär en stor påfrestning att byta boende. De höga inträdeshindren gör det å andra sidan svårare för oseriösa aktörer. På grund av de beskrivna



skillnaderna blir tillsyn och uppföljning viktigare för särskilt boende än för hemtjänst.

Jämfört med flera andra välfärdstjänster framstår både hemtjänst och särskilt boende ändå som relativt lämpliga att privatisera. Ett viktigt argument för detta är att myndighetsutövningen (i form av biståndsbeslut) är lätt att skilja från själva tjänsteleveransen och därför kan ligga kvar hos kommunen. Enligt det fåtal empiriska studier som finns verkar inte äldreomsorgens kvalitet förändras på något avgörande sätt när offentliga utförare ersätts av privata. Om något talar de svenska erfarenheterna för att de privata utförarna bidrar till lite högre kvalitet och effektivitet.

Kostnaderna för äldreomsorg varierar påtagligt mellan kommuner. Inom hemtjänsten uppvisar många kommuner underskott i sin egenregiverksamhet, vilket kan bero på att kommunens egen verksamhet har svårt att klara konkurrensen från privata utförare, speciellt sedan man har infört tidmätning. Införandet av valfrihetssystem där utförarna får betalt för utförd tid innebär att biståndsbedömningen blir styrande för äldreomsorgens totalkostnad. Biståndsbedömarna får här en ny roll som *gate keeper*, vilket ställer professionen inför nya utmaningar.

Även om brukarnas egna val säger mycket om äldreomsorgens kvalitet finns det behov av ytterligare kontroll av objektiva kvalitetsmått från såväl kommunens som statens sida. Med tanke på förhandskontrollens betoning på process och struktur är det rimligt att efterkontrollens fokus flyttas mot resultat kvalitet, inklusive nöjdhetsmått av upplevd kvalitet. Mycket talar också för att oanmälda inspektioner borde utökas på bekostnad av föransmällda inspektioner. Det finns i dag flera olika mått på äldreomsorgens kvalitet. Måttens användbarhet skulle dock öka om varje mått ännu tydligare kopplades till och anpassades för ett enskilt syfte, till exempel att stödja brukarnas val av utförare.

Den stora utmaningen för beställare och andra ansvariga myndigheter är att utforma avtal, regelverk och praxis på ett sätt som stimulerar hög kvalitet. De fasta priserna enligt LOV och lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU) innebär att det i de flesta fall inte är möjligt att få mer betalt för att leverera högre kvalitet. Inom LOV är kvalitet dock attraktivt för utföraren som ett sätt att locka till sig brukare – men den mekanismen fungerar bara så länge utföraren inte är garanterad full kapacitet. Inom LOU innebär det formella regelverket att kopplingen mellan levererad kvalitet och framtida försäljning i många fall är svag. Det finns

dock flera sätt att förstärka den kopplingen, bland annat genom standardiserade referenser efter slutförandet av kontrakt och genom att i större utsträckning välja att inte alltid slentrianmässigt utnyttja de förlängningsoptioner som i praktiken finns i alla upphandlade äldreomsorgskontrakt.

Inträdeshinder spelar en betydande roll på marknaden för äldreomsorg. För hemtjänst är inträdeshindren små. För stora företag kan dock frånvaro av de ”täthetsfördelar” som uppnås när brukarna bor i närheten av varandra, i kombination med hård konkurrens från småföretag, leda till att man tvekar att ge sig in på nya LOV-marknader. För särskilt boende är inträdeshindren större. Den som vill etablera sig på en LOV-marknad måste kunna satsa – och riskera – stora ekonomiska resurser. Ytterligare inträdeshinder skapas av alla de krav som kommunerna och staten ställer på utförarna.

Inträdeshinder försvagar konkurrensen, vilket i sig är en nackdel. Emellertid kan inträdeshinder också bidra till ett önskvärt urval av utförare. Höga inträdeskostnader verkar mer avskräckande på oseriösa aktörer, vars affärsidé ofta är att göra snabba pengar. Rätt utformade inträdeskrav – till exempel krav på goda rutiner och kompetent personal – medför också att kostnaden för att ”göra rätt” blir lägre. Att det finns goda vinster (så kallade kvasiräntor) att göra på en marknad med inträdeshinder innebär också att utförarna på marknaden har anledning att leverera tillräckligt hög kvalitet för att kunna vara kvar och göra goda vinster även i framtiden. Vinsten får därmed en kvalitetssäkrande funktion, utöver den mer uppenbara funktionen att den möjliggör investeringar.

För att kundval ska innebära reella valmöjligheter och verka kvalitetshöjande måste det finnas en viss överkapacitet på marknaden. Detta är inte alltid fallet inom äldreomsorgen. I många kommuner är det till exempel kö för att få plats på något äldreboende. Även om det statistiskt sett är effektivt med fullt kapacitetsutnyttjande så innebär det ett dynamiskt problem att utförarna inte behöver anstränga sig för att nå full beläggning. Ett liknande problem uppstår vid fördelningen av icke-väljare till särskilda boenden. I det korta perspektivet är det effektivt att anvisa icke-väljarna till boenden med många lediga platser, vilket många kommuner också gör. Men sett ur ett längre perspektiv, utifrån målet att premiera god kvalitet, framstår det som mest ändamålsenligt att fördela icke-väljare till de särskilda boenden som

redan har den högsta beläggnings, alternativt till de boenden som får bäst resultat i kvalitets- och brukarnöjdhetsmätningar.

Upphandlingsreglerna gör det svårt att överföra upphandlade äldreboenden till ett LOV-system annat än vid större fastighetsrenoveringar. Däremot kan en kommun införa full valfrihet mellan alla äldreboenden, med samma ersättningsnivå för boenden inom LOU och LOV samt i kommunal regi. Vi bedömer att kommunerna har mycket att vinna på en sådan likriktning även om det i praktiken är svårt – bland annat på grund av skillnader i lokalkostnader – att utforma en ersättningsmodell som helt jämnar ut konkurrenssituationen mellan utförare i olika system.

Inom hemtjänsten innebär betydelsen av täthetsfördelar att en sekventiell ”tårbitsmodell” kan vara värd att pröva. Genom att först handla upp olika hemtjänstdistrikt för sig och sedan, efter en tid, tillåta byten av utförare, kan fler typer av utförare finna det lönsamt att etablera sig på marknaden, bland annat genom att kommunens stora fördel av att redan vara etablerad upphävs. Samtidigt tycks hemtjänstmarknaden fungera bra i kommuner som Nacka och Danderyd, som i ett tidigt skede konkurrensutsatte kommunens hemtjänst och gav brukarna valfrihet. En liknande modell, föreslagen av Upphandlingsutredningen (SOU 2013:12), vore att inom ramen för LOU handla upp ett visst antal (exempelvis fem) hemtjänstutförare och sedan låta brukarna välja mellan dem. En sådan modell kombinerar skalfördelar med en möjlighet att – i förhandsbedömningar – stänga ute tveksamma utförare.

En stor utmaning när välfärdstjänster ska anskaffas är att marknadsmekanismer i kombination med dåliga spelregler kan urholka professionella normer. Såväl ekonomiska belöningar som övervakning kan göra personalen mindre benägen att av egna drivkrafter ”göra det rätta”. Primitiva bonussystem, ensidig fokusering på processer och enkelt mätbara mål snarare än verkliga resultat samt onödigt stelbenta upphandlingsregler som gör det svårt att belöna hög kvalitet kan leda till en negativ spiral som går ut över kvaliteten i omsorgen.

Ett väl utformat system, däremot, som kombinerar brukarval, förhandskontroll, övervakning och belöning på ett genomtänkt sätt, kan skapa en kvalitetsdriven marknad. Vi tror att brukarval bör vara en grundbult i ett sådant system. Brukarnas aktiva val ska göra det lönsamt att göra rätt. När ett gott renommé är en god

investering kan marknaden tvärtom bidra till att de professionella normerna stärks.

God kvalitet kan upprätthållas både i vinstsyftande företag och ideella organisationer – men med hjälp av olika drivkrafter och mekanismer. Även om empiriska studier – företrädesvis från USA – indikerar att icke-vinstsyftande privata äldreboenden håller något högre kvalitet än vinstsyftande boenden är det vanskligt att generalisera till den svenska situationen och att dra policyslutsatser om vilken typ av utförare som är att föredra. Vår uppmaning blir därmed att låta alla tre organisationsformer – offentlig, privat vinstsyftande och privat icke-vinstsyftande – tävla mot varandra i syfte att ge de lämpligaste organisationerna och enheterna chansen att visa hur bästa möjliga äldreomsorg kan åstadkommas.



# Summary

Elder care is an important public service, demanding significant economic resources. Today, the costs of elder care amount to one fifth of municipal revenues. A marked trend is that more elderly people receive help in their own home, whereas fewer and fewer live in nursing homes. Elder care is also a service that is increasingly traded on a market; private providers now account for about 20 percent of all provision. Since 2009, the share of privately produced elder care has increased faster than previously. The increase has been steeper for home care and coincides with the introduction of user choice systems in a large number of municipalities, while the increase for nursing homes has consisted mainly of producers contracted through public procurement.

Just as for many other welfare services – as well as many services in general – the quality of elder care is difficult to observe and measure. The provider has better information concerning quality and this problem of asymmetric information is aggravated by third-party financing, i.e. by the fact that the user normally pays only a small fraction of the cost. In particular for home help, the user choice system is appropriate, especially if time spent at the user is registered electronically. The user's subjective assessment of quality is a good measure of true quality and it is not too cumbersome to switch to another provider. However, the low cost of entry in a user choice system increases the risk that opportunistic firms enter the market. Therefore, somewhat higher barriers to entry than today would probably be beneficial. For nursing homes the beneficial impact of user choice is hampered by the users' high cost of moving to another home and by the fact that medical aspects are more important – and more difficult for the users to assess. On the other hand, higher barriers to entry reduce the threat of entry by opportunistic firms. These differences also

make government supervision more important for nursing homes than for home care.

Compared with many other publicly financed services both home care and nursing homes appear to be well suited for privatization. An important argument to this effect is that the exercise of government authority (the decision that a person is entitled to help) is separable from the production of the services and so can remain with the municipality. According to the few available empirical studies, the quality of services does not appear to change in any appreciable way when external providers replace municipal in-house production. If anything, the Swedish experience suggests that the presence of private providers contributes somewhat towards better quality and efficiency.

The costs of elder care vary significantly between municipalities. The production units of many municipalities report deficits, which is likely due to the fact that the municipal in-house units find it hard to compete with private providers, especially since the introduction of time measurement. The introduction of a user choice system implies that the entitlement decision directly determines the cost of elder care. The new role of the case officers (or “needs assessment officers”) as gate keepers will be a challenge for the profession.

Even if the users’ stated perceptions and their choices are good quality indicators, there is a need for additional control of objective quality measures; by the municipalities as well as by the national government. Considering the emphasis on process and inputs when providers are authorized and selected, it is reasonable to shift focus towards results, including user satisfaction, when conducting supervisory control. We believe that surprise inspections should be used more often. Today, there exist many measures of the quality of elder care. Linking each of these measures to one well-defined purpose, e.g. supporting user choice, would increase their usefulness.

The key challenge for purchasers and other responsible authorities is to design contracts, rules and routines in a way that creates incentives for high quality. The fixed prices used in government procurement and in user choice systems prevent providers from charging a premium for high-quality services. However, high quality attracts users within a user choice system, although this mechanism will only be effective if there is excess capacity within the system. The formal procurement rules also

make the link between current quality and future sales volume at best tenuous. However, that link can be strengthened by standardizing post-performance references and by the municipalities implementing a policy with less mechanistic use of contract-extending options.

Barriers to entry are important in shaping the elder care market. For home care the barriers are small. However, large firms may hesitate to enter new markets with user choice if they cannot benefit from economies of density (since their potential customers live far apart) and if they face strong competition from small firms. For nursing homes the barriers to entry are higher. A firm that wants to enter the market must take on significant economic risk. Additional barriers exist due to requirements upheld by the municipalities and the national government.

Barriers to entry will weaken competition, which is a disadvantage as such. However, the barriers may also result in a more favorable selection of suppliers. High barriers to entry will impose a stronger deterrent for substandard firms, whose *modus operandi* is to make a quick buck. Properly designed entry requirements – e.g., good routines and qualified staff – will also reduce the cost of “doing the right thing”. The existence of good profit opportunities (so-called quasi rents) in a market with barriers to entry will also give the firms incentives to perform well, so as to be able to remain in the market and continue earning those profits. Hence profits will also function as a safe-guard for quality – in addition to the more obvious social benefit of making investments feasible.

For user choice to be effective and quality improving, there must exist some excess capacity in the market. This is not always the case for elder care; many municipalities have a waiting list for nursing homes. Even if it is efficient from a static point of view to utilize all capacity, doing so will be problematic from a dynamic perspective as the providers do not have incentives to exert effort to reach full capacity. A similar problem will arise if users that abstain from making a choice of provider are, by default, slotted into nursing homes with low capacity utilization; a practice that is not uncommon. From the perspective of creating incentives for high quality, a better method is to slot those elderly into nursing homes with *high* capacity utilization or to homes that rank high in terms of user satisfaction and other quality evaluations.



Procurement rules make it difficult to transfer a particular tendered nursing home into a nursing home within a user choice system – except after a major restoration. However, a municipality can offer its elderly citizens an extended user choice system that encompasses homes within the voucher system proper, tendered homes as well as the municipality’s own nursing homes. In our opinion, there is much to gain from such coordination. This is so, even if it will in practice be difficult to achieve full competitive neutrality between the three categories of providers, e.g., because of the renting cost for the facility.

For home care, economies of density suggest that a “pie-slice model” may be a good idea. The municipality can first procure home care within a few districts or zones and then, in a second stage, open up for competition between the different providers and across the zones. This method will offset the incumbency advantage of the municipality’s own production unit. However, we have seen seemingly well-functioning systems in municipalities such as Nacka and Danderyd that introduced user choice in home care early on. A related model (proposed by the Swedish Inquiry on Public Procurement) would allow a municipality to procure home care from a limited number of providers (e.g., five), and then giving users the choice between those. This model combines economies of scale with an enhanced possibility of foreclosing dubious providers.

A key challenge when procuring publicly financed services is that market mechanisms combined with inappropriate rules may erode professional norms. Economic incentives as well as tight supervision can reduce the staff’s willingness to “do the right thing”. Primitive bonus systems, single-minded attention to processes and easily measurable targets rather than real results – in combination with procurement rules that make it difficult to reward high-quality provision – can result in a vicious circle, to the detriment of quality.

A well-designed system, however, which combines user choice, pre-delivery control and authorization, supervision and rewards in suitable way, may instead create a virtuous circle of quality competition. We believe that user choice should be a key building block of such a system. The users’ active choices should provide the incentive to deliver high quality. When a good reputation becomes a good investment, the market can in fact strengthen professional norms.

High quality can be upheld by for-profit as well as by non-profit providers – but by means of different incentives and mechanisms. Even though empirical studies – mainly from the United States – indicate that non-profit nursing homes deliver slightly higher quality than for-profit homes, it is difficult to generalize to the Swedish situation and arrive at policy conclusions regarding the type of preferred provider. We therefore call for letting all three types of organizations – public, private for-profit, and private non-profit – compete against each other to give the most suitable organizations and units the chance to show how to achieve the best elder care possible.



# 1 Inledning<sup>1</sup>

Hur äldreomsorgen kan effektiviseras är en fråga som har ägnats stor uppmärksamhet. Redan i dag går var femte kommunal skattekrona till vård och omsorg om äldre och kostnaderna förväntas omkring år 2020 börja öka av rent demografiska skäl. Minst lika viktigt är hur äldreomsorgens kvalitet kan höjas. I takt med att människor blir rikare kan deras krav på tjänster som äldreomsorg förväntas stiga.

Äldreomsorg är en av de tjänster som ger form åt ”den svenska välfärdsmodellen”, en modell som i ökad utsträckning kommit att kännetecknas av offentlig finansiering, konkurrens mellan olika utförare och valfrihet för brukarna. Sedan slutet av 1980-talet har en allt större andel av produktionen skötts av privata utförare. Enligt de senaste siffrorna, för 2012, tar privata utförare hand om 21 procent av dem som bor i ett äldreboende och står för 23 procent av timmarna inom hemtjänsten. Av kommunernas kostnader för vård och omsorg om äldre utgör 15 procent köp från privata aktörer. Bland säljarna är företag i den privata sektorn helt dominerande.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> I vårt arbete med denna rapport har vi haft stor hjälp av ett flertal personer. Av denna anledning vill vi tacka Shirin Alhbeck Öberg, Cecilia Enström Öst, Maria Vredin Johansson och Mikael Åsell i ESO:s styrelse och kansli, samt medlemmarna i rapportens referensgrupp: Paula Blomqvist, Jerker Holm, Mårten Lewander, Sten Nyberg och Lena Svensson. Vi vill även tacka Greger Bengtsson och alla de representanter för kommuner, företag och organisationer som vi har fått möjlighet att intervjua (från Göteborg, Solna, Stockholm, Täby, Östersund, Attendo, Silverhemmen, Famna och SKL), samt de företag som svarat på våra frågor om verksamhetsvolymerna.

<sup>2</sup> Uppgifterna om boende och hemtjänsttimmar kommer från Socialstyrelsen (2013a). Uppgifterna om kostnader är hämtade från Jordahl och Öhrvall (2013) och bygger på SCB:s Räkenskapssammandrag för kommuner och landsting och data från SKL. Det är svårt att säga varför den privata kostnadsandelen är lägre än de privata andelarna för äldreboende och hemtjänsttimmar. Skillnaden kan bero på vilka kostnader som inkluderas (i täljare och nämnare), på bokföringen av antalet hemtjänsttimmar, eller på kostnadsskillnader mellan kommunala och privata utförare. Noterbart är till exempel att andelen köpt äldreomsorg avser huvudverksamhet (vården och omsorgen) och inte stödverksamhet (till exempel städning och transporter).

Äldreomsorg är med andra ord en tjänst som i allt högre utsträckning handlas på en marknad. Av flera skäl är det viktigt att denna marknad fungerar väl, vilket kan kräva en del särskilda arrangemang. För det första rör marknaden grundläggande välfärdsbehov. För det andra utgör de äldre som behöver och har rätt till omsorg en svag och utsatt grupp. För det tredje är de tjänster som tillhandahålls svåra att definiera och mäta, vilket ställer särskilda krav på beställarsidan. För det fjärde är det svårare att få en marknad att fungera väl när det inte är brukarna som finansierar verksamheten (så kallad tredjepartsfinansiering).

I den här rapporten studerar vi äldreomsorg ur ett marknadsperspektiv. På sikt formas produktivitet och effektivitet genom dynamiska skeenden som inträde, utträde, tillväxt och neddragning. Att många ekonomiska analyser av välfärdstjänster har baserats på relativt statiska modeller innebär att det finns ett värde i att anlägga ett mer dynamiskt marknadsperspektiv. Ett annat skäl att anlägga ett sådant perspektiv är att marknaden för äldreomsorg är tydligt stadd i förändring. Vi beskriver marknaden för äldreomsorg och ställer frågan hur dess utformning skulle kunna förbättras. I detta fokuserar vi särskilt på mekanismer för att upprätthålla god kvalitet och ett effektivt resursutnyttjande.

Som nationalekonomer håller vi oss till en ekonomisk analys och ger oss inte in på äldreomsorgens geriatriska aspekter. Vi har därför inte så mycket att säga om exakt *vad* god kvalitet är, men däremot om *hur* god kvalitet kan upprätthållas på en äldreomsorgsmarknad. De mekanismer vi analyserar och rekommenderar – och som i större eller mindre utsträckning redan används – måste fyllas med ett konkret innehåll av omsorgsspecialister. En annan avgränsning är att vi behandlar äldreomsorg i form av hemtjänst och särskilt boende för personer som är 65 år eller äldre, vilket bland annat utesluter omsorg för yngre personer med funktionsnedsättning.

Vår rapport består av sex kapitel. Efter denna introduktion beskriver vi äldreomsorgen i Sverige i kapitel 2. Kapitel 3 innehåller en genomgång av, framför allt, ekonomisk litteratur som beskriver vår teoretiska utgångspunkt och redogör för empiriska studier av förklaringar till och effekter av konkurrensutsättning och privatisering av äldreomsorg. I kapitel 4 redogör vi för de mätningar som finns av den svenska äldreomsorgens kostnader och kvalitet och gör vissa kopplingar till de ersättningsmodeller som kommunerna använder. Vår huvudsakliga analys av äldreomsorgen – ur ett

marknadsperspektiv – finns i kapitel 5. Vi fokuserar där på hur incitamenten för god kvalitet och effektivt resursutnyttjande påverkas av ersättningsmodeller, inträdeshinder, förekomsten av överkapacitet och professionella normer, samt på hur incitamenten ser ut vid olika marknadsmodeller i form av kombinationer av brukarval enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV), upphandling enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU) och egen regi. Våra slutsatser och rekommendationer återfinns i kapitel 6.



## 2 Äldreomsorg i Sverige

Det huvudsakliga ansvaret för äldreomsorgen, inklusive en stor del av vården, ligger på primärkommunerna. Landstingen ansvarar för viss sjukvård av äldre, bland annat alla läkarinsatser. Staten har ett övergripande ansvar för att sätta upp mål och ge riktlinjer för äldreomsorgens kvalitet.<sup>3</sup> Målet för den nationella politiken är att de äldre ska kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag, kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende, bemötas med respekt samt ha tillgång till god vård och omsorg.<sup>4</sup> Enligt SOU 2008:51 (sid. 51) innebär detta mål mer specifikt för äldreomsorgen att:

”den äldre ska kunna bo kvar hemma så långt som möjligt samt att den äldre ska kunna flytta till en särskild boendeform om behoven är stora eller om han eller hon inte känner sig trygg. Målet innebär även att det ska finnas tillgång till omsorg och vård som passar alla och som erbjuds på lika villkor. Den äldre ska vidare kunna lita på att omsorgen och vården är av god kvalitet samt att personalen har rätt kunskaper för sina uppgifter.”

Statskontoret (2011) tolkar också in i målen att ”[d]e äldre ska [...] så långt som möjligt ges möjlighet att välja när och hur stöd ska ges och kommunerna ska verka för att öka mångfalden av utförare.”<sup>5</sup> Genom ramlagstiftning (Socialtjänstlagen) ansvarar kommunen för att ge bistånd till den som inte själv kan få sina behov tillgodosedda

---

<sup>3</sup> Enligt 5 kap. 6 § i Socialtjänstlagen(2001:453) ska en kommun i planeringen av äldreomsorgen samverka med landstinget och andra samhällsorgan och organisationer.

<sup>4</sup> Se regeringens proposition Nationell handlingsplan för äldrepolitiken (prop. 1997/98: 113, bet. 1997/98:SoU24, rskr. 1997/98:307). Enligt SOU 2008:51 gäller denna målformulering också för äldreomsorgen.

<sup>5</sup> De äldres möjlighet att välja när och hur stöd ska ges svarar mot Socialtjänstlagens 5 kap., 5 §. Erfarenheterna av LOV belystes i SOU 2014:2, Framtidens valfrihetssystem – inom socialtjänsten, som föreslog att det ska bli obligatoriskt för kommunerna att införa brukarval i hemtjänsten.



på annat sätt så att en skälig levnadsnivå uppnås.<sup>6</sup> Lagens målformulering är generell: äldre ska, enligt 5 kap. 4 §, få hjälp att leva ett värdigt liv och känna välbefinnande.

Cirka 87 000 personer som är 65 år eller äldre bor permanent i särskilt boende, medan cirka 164 000 i samma åldersgrupp är beviljade biståndsprövad hemtjänst. Dessa antal motsvarar cirka 5 respektive 9 procent av befolkningen i åldersgruppen (Socialstyrelsen 2013b).<sup>7</sup> Under många år har tendensen varit att antalet i särskilt boende minskat medan antalet äldre som beviljats hemtjänst ökat. Kostnaden per person är väsentligt högre för särskilt boende. I medeltal kostar särskilt boende cirka 1 500 kronor per dygn eller drygt en halv miljon kronor per år. Den genomsnittliga kostnaden för en timme hemtjänst var samma år drygt 400 kronor, med en genomsnittlig årskostnad som uppgick till cirka 130 000 kronor per brukare, vilket motsvarar knappt en timme hemtjänst per person och dag.<sup>8</sup> Den sammanlagda kostnaden för äldreomsorg är betydande. Totalt kostade äldreomsorgen kommunerna ca 90 miljarder kronor 2011, varav ungefär två tredjedelar utgjordes av kostnader för särskilt boende (SCB 2012).<sup>9</sup> Kvinnor utgör ungefär två tredjedelar av brukarna, såväl inom hemtjänst som inom särskilt boende (Socialstyrelsen 2012a).<sup>10</sup>

Äldreomsorgen regleras främst av Socialtjänstlagen (2001:453), men även av Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) samt av Patient- och säkerhetslagen (2010:659). Socialstyrelsen har haft ansvar för tillståndsgivning och tillsyn, efter att ha övertagit tillsynsansvaret från länsstyrelserna 2010. Socialstyrelsens tillsynsavdelning handlade ärenden rörande händelser och tillbud (enligt lex Sarah

---

<sup>6</sup> Som kontrast anger lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (7 §) att enskild som omfattas av lagen har rätt till god levnadsstandard. Personlig assistans beviljas inte till personer som har fyllt 65 år. Personer som har fått personlig assistans före 65 års ålder får dock behålla den livet ut (om behovet kvarstår), däremot kan de inte beviljas fler timmar assistans utan får komplettera med insatser från äldreomsorgen om behoven ökar. Se även Malin Appelgrens debattartikel i Dagens Nyheter 2013-10-14, för en diskussion om Socialtjänstlagens krav på äldreomsorgens kvalitet.

<sup>7</sup> Dessa siffror bygger på personnummerbaserade datainsamlingar från kommunerna och omfattar endast insatser som kräver ett individuellt behovsprövat biståndsbeslut. Baserat på aggregerade data rapporterar kommunerna samtidigt att cirka 91 000 personer bor i särskilt boende och att cirka 220 000 personer erhåller hemtjänst (Socialstyrelsen 2013a). I avsnitt 2.1 diskuterar vi möjliga förklaringar till den stora skillnaden mellan de två måtten för antal personer i hemtjänst.

<sup>8</sup> Enligt Öppna jämförelser 2011, avseende förhållanden 2010.

<sup>9</sup> Statens utgifter utgör mindre än två procent av de totala offentliga utgifterna för äldreomsorg (Statskontoret 2011).

<sup>10</sup> Mer om utvecklingen av äldreomsorgen, inklusive av regelverket, finns till exempel i Szebehely (2000, 2011).

och lex Maria<sup>11</sup>) samt klagomål från enskilda. Därutöver gjorde man inspektioner, ofta påkallade av enskilda händelser. Den 1 juni 2013 inrättades en ny myndighet, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), som tagit över bland annat tillsyns- och tillståndsverksamheter från Socialstyrelsen. Den nya myndigheten har ansvar för de register som behövs för att utöva verksamheten. Socialstyrelsens tillsyn bedrevs främst utifrån inkommande ärenden. Tanken är att den nya myndighetens tillsyn ska riktas mot de områden där riskerna är störst och där indikationerna på brister är starkast.<sup>12</sup>

Utöver den statliga tillsynen har kommunerna enligt Kommunallagen en skyldighet att följa upp att äldreomsorgen överensstämmer med de mål och riktlinjer man beslutat om, att gällande föreskrifter följs, att intern kontroll fungerar och att verksamheten i övrigt är tillfredsställande.<sup>13</sup> I enlighet med dessa bestämmelser utför kommunerna egna inspektioner, både annonserade och oannonserade, för att säkerställa äldreomsorgens kvalitet.

## 2.1 Hemtjänst

Hemtjänst utgörs av ”bistånd i form av service och personlig omvårdnad i den enskildes bostad eller motsvarande” (Socialstyrelsen 2012a).<sup>14</sup> Hemtjänsten består av tre komponenter: service, omsorg och vård. Servicekomponenten innehåller ”praktisk hjälp med bostadens skötsel, hjälp med inköp, ärenden på post och bank, tillredning av måltider samt distribution av färdiglagad mat” (Socialstyrelsen 2012a). Med omsorg menas mer personlig hjälp

---

<sup>11</sup> Lex Sarah är en bestämmelse i Socialtjänstlagen som anger att var och en som är verksam inom äldreomsorg med mera är skyldig att anmäla allvarliga missförhållanden till den som bedriver verksamheten. Den som bedriver verksamheten är skyldig att skyndsamt utreda och avhjälpa rapporterade missförhållanden, samt anmäla allvarliga missförhållanden till Inspektionen för vård och omsorg. Lex Maria är en bestämmelse i Patientsäkerhetslagen som anger att vårdgivare (det vill säga inte enskilda yrkesverksamma inom vården) är skyldiga att anmäla till Inspektionen för vård och omsorg om patienter utsatts för skada eller risk för skada.

<sup>12</sup> Enligt en intervju med myndighetens tillträdande GD Gunilla Hult Backlund i Läkartidningen nr 7, 2013. Se även IVO, 2013-06-01, ”Ett tillsynsärendes början” (<http://www.ivo.se/tillsyn/sa-gar-det-till/Sidor/ett-tillsynsarendes-borjan.aspx>, hämtad 2013-10-20) samt Socialstyrelsens tillsynsplan för 2013-2014 som enligt IVO:s hemsida (2014-01-23) tillämpas av IVO.

<sup>13</sup> Skyldigheterna följer av Kommunallagen (1991:900), 6 kap. 7 §.

<sup>14</sup> Rent definitionsmässigt skulle hemtjänst även kunna utföras i särskilt boende (äldreboende) men avser så gott som uteslutande bistånd i en ”ordinär” bostad.

såsom hjälp med klädsel, hygien och att röra sig.<sup>15</sup> Ansvaret för hemsjukvård håller på att överföras från landstingen till kommunerna. Detta har skett i mer än hälften av länen. Läkarinsatser är dock undantagna och ligger kvar under landstingets ansvar.<sup>16</sup> Det krävs inget tillstånd för att etablera sig som utförare av hemtjänst.

De flesta människor vill bo kvar hemma så länge som möjligt. Att möjliggöra detta har under en längre tid varit en tydlig politisk prioritering, som även ekonomiska skäl talar för. Hemtjänstens nackdelar är främst att det är svårt och dyrt att hjälpa äldre med stora behov av vård och omsorg om de bor kvar i hemmet, samt att det egna boendet kan upplevas som otryggt och ensamt.

Diagram 2.1 visar utvecklingen av hemtjänst 1999–2012. Både antalet personer som beviljats hemtjänst och antalet timmar de beviljas har ökat under perioden. Enligt kommunernas mängdstatistik har antal personer med hemtjänst ökat med 78 procent och antalet insatta timmar med 59 procent sedan 1999. År 2012 hade ungefär 220 000 personer hemtjänst enligt denna statistik. Enligt den personnummerbaserade statistiken är detta antal dock betydligt lägre, knappt 165 000. SCB anger inte vad denna skillnad beror på, men beskriver olika kvalitetsproblem med statistiken. När det gäller mängdstatistiken är det möjligt att kommunerna räknar med alltför många personer då det inte som med den personnummerbaserade statistiken går att kontrollera mot andra register och därigenom justera för till exempel avlidna och utflyttade individer. När det gäller timmar är det möjligt att en del kommuner inte rapporterar in beviljade timmar (utan i stället beräknade eller utförda timmar). När det gäller den personnummerbaserade statistiken, som kan antas hålla en högre kvalitet, är det möjligt att kommunerna missar att rapportera in en del personer.

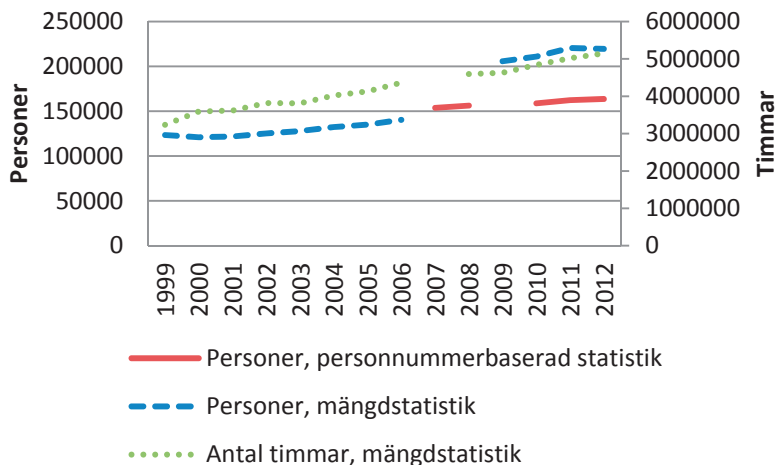
---

<sup>15</sup> I vår rapport behandlar vi endast hemtjänst för personer som är 65 år och äldre. Även personer yngre än 65 år med stora och varaktiga funktionsnedsättningar kan ha rätt till hemtjänst enligt Socialtjänstlagen.

<sup>16</sup> För kommunernas övertagande av hemsjukvårdens huvudmannaskap se SOU 2013:53, samt SKL, "Hemsjukvård"

([http://www.skl.se/vi\\_arbetar\\_med/socialomsorgochstod/aldre/ao\\_alldrefragor/hemsjukvard](http://www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/aldre/ao_alldrefragor/hemsjukvard), hämtad 2013-10-20).

Diagram 2.1 Hemtjänst, antal personer och timmar 1999–2012.

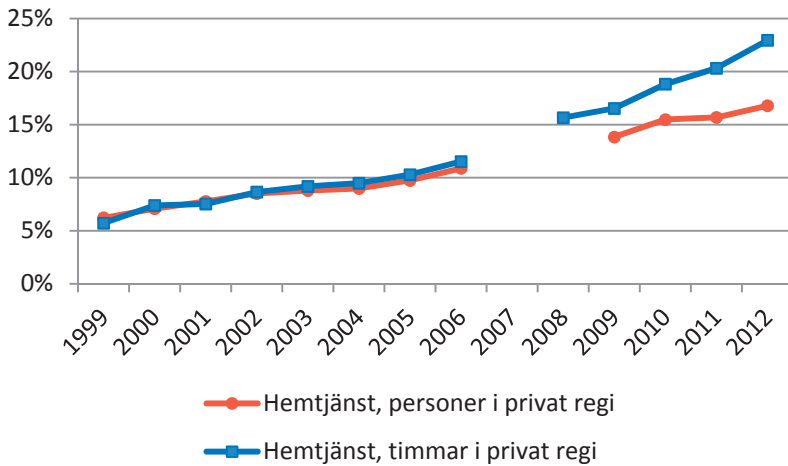


Not: Uppgifterna avser beviljad hemtjänst. På grund av problem med kvaliteten i statistikunderlagen saknas följande uppgifter: antal personer enligt personnummerbaserad statistik för 2009, antal personer enligt mängdstatistik för 2007 och 2008 samt antal timmar enligt mängdstatistik för 2007. År 2007 utvidgades definitionen av hemtjänst till att även omfatta personer som hade matdistribution, trygghetslarm eller snöröjning, men ingen omsorg.

Källa: Socialstyrelsen, statistik baserad på individuppgifter (inklusive brukarnas personnummer) ur serien *Äldre – vård och omsorg: Kommunala insatser enligt Socialtjänstlagen samt Hälso- och sjukvårdslagen*, för den personnummerbaserade statistiken. Mängdstatistiken kommer från Socialstyrelsens årliga publikationer.

Diagram 2.2 visar andelen beviljad hemtjänst i privat regi baserat både på personer och på timmar. Eftersom insatsernas storlek varierar betydligt mellan olika personer i hemtjänsten kan de två måtten ge olika andelar privat drift. Som vi ser har andelarna hemtjänst som utförs i privat regi ökat stadigt från cirka 6 procent 1999 till 17 och 23 procent för personer respektive timmar 2012. Att andelen hemtjänst i privat regi är högre för beviljade timmar än för antal personer med beviljad hemtjänst innebär att brukare med privat hemtjänst i genomsnitt får fler timmar hemtjänst än brukare med kommunal hemtjänst. Tyvärr finns det problem med statistiken för åren 2007 och 2008 (se noterna till diagram 2.2). Även om båda kurvorna därmed är brutna förefaller ökningstakten av andelen hemtjänst i privat regi dock ha tilltagit omkring dessa år.

Diagram 2.2 Andel hemtjänst i privat regi 1999–2012.



Noter: Uppgifterna avser beviljad hemtjänst baserad på mängdstatistik från kommunerna. På grund av problem i kvaliteten i statistikunderlagen saknas följande uppgifter: antal personer enligt mängdstatistik för 2007 och 2008 samt antal timmar enligt mängdstatistik för 2007. År 2007 utvidgades definitionen av hemtjänst till att även omfatta personer som hade matdistribution, trygghetslarm eller snöröjning, men ingen omsorg.

Källa: Socialstyrelsen, årliga publikationer.

Drygt hälften av kommunerna bedrev 2012 hemtjänsten helt i offentlig regi. I oktober det året saknades privata utförare i 152 av landets 290 kommuner. Det är främst små kommuner som saknar privata utförare, men det gäller även flera stora och medelstora kommuner, bland annat Göteborg, Malmö, Kalmar, Botkyrka, Luleå och Skellefteå.<sup>17</sup> I Nacka, Vellinge och Staffanstorp bedrivs i stället all hemtjänst i privat regi och i Täby och Upplands Väsby är 95 procent eller mer av hemtjänsttimmarna bokförda på privata utförare.<sup>18</sup> I Stockholm står de privata utförarna för 67 procent och i Uppsala för 48 procent av de utförda hemtjänsttimmarna (Socialstyrelsen 2013a).

<sup>17</sup> I några av dessa kommuner finns några enstaka timmar bokförda på privat utförare, till exempel anges privat hemtjänst stå för 65 timmar (av 220 000) i Göteborg. Sundsvall har privata utförare inom hemtjänsten (LOV) sedan oktober 2012.

<sup>18</sup> Sedan Socialstyrelsens senaste sammanställning har Täby avvecklat sin kommunala hemtjänst med motivet att den kontinuerligt uppvisade stora underskott.

## 2.2 Särskilt boende

Ungefär hälften av alla svenskar hamnar till slut på någon form av äldreboende, även kallat särskilt boende.<sup>19</sup> De som gör det har vanligen endast ett fåtal år kvar att leva och är i mycket stort behov av medicinsk vård och personlig omsorg. Många är dementa eller "multisjuka". Kommunen är huvudman för den sjukvård som ges i särskilt boende, med undantag av den vård som ges av läkare, vilken landstinget ansvarar för.<sup>20</sup>

Med särskilt boende avses ett individuellt behovsprövat boende som kommunerna ska inrätta enligt Socialtjänstlagen (5 kap. 5 §) "för service och omvårdnad till äldre människor som behöver särskilt stöd". Till sådana särskilda boendeformer räknas bland annat ålderdomshem, servicehus, gruppboenden och sjukhem (Socialstyrelsen 2013a). Enligt *Äldreguiden* fanns det 2 700 särskilda boenden år 2011, varav 900 korttidsboenden och 325 servicehus. Medelstorleken för de återstående 1 500 permanenta enheterna för särskilt boende var ungefär 40 personer (Socialstyrelsen 2012b).

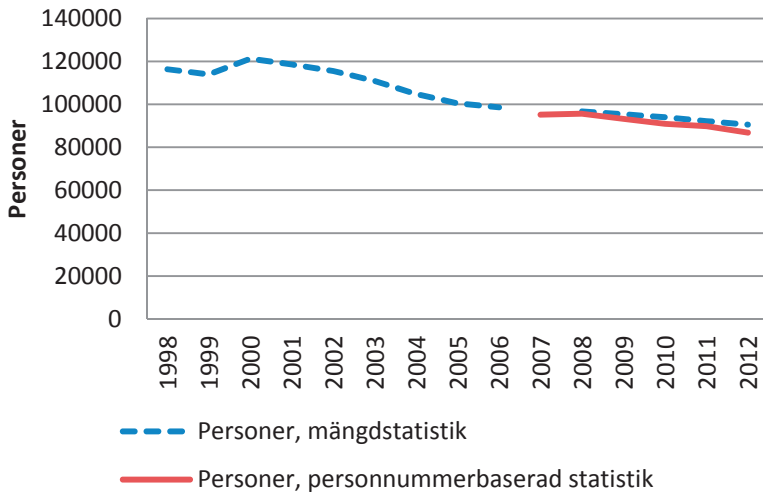
Diagram 2.3 visar utvecklingen av antal personer med biståndsprövad plats på särskilt boende 1998–2012. Antalet personer i särskilt boende har minskat med 21 procent sedan 2007 och uppgick enligt mängdstatistiken till ungefär 91 000 personer 2012. Enligt den personnummerbaserade statistiken hade inte fullt så många, ungefär 87 000 personer, plats på särskilt boende. Skillnaden mellan dessa statistikällor är avsevärt mindre för särskilt boende än för hemtjänst. Detta sannolikt på grund av att omsorg på ett boende är en mer "stadigvarande" tjänst vilket gör det är enklare att hålla reda på hur många som finns på ett äldreboende än hur många som får hemtjänst. Som vi såg i diagram 2.1 har antalet personer som beviljats hemtjänst ökat påtagligt under samma period. Jämfört med 1999 är det 96 000 fler som har hemtjänst och 23 000 färre som har plats i särskilt boende. Detta ligger i linje med målsättningen att de äldre ska kunna bo kvar hemma så länge som möjligt.

---

<sup>19</sup> SOU 2008:113 innehöll ett förslag att i Socialtjänstlagen ersätta termen särskilt boende med vård- och omsorgsboende. Argumentet var att termen särskilt boende är oklar och inte har vunnit någon bred acceptans medan termen vård- och omsorgsboende tydligare beskriver vilken typ av boende det handlar om. Termen vård- och omsorgsboende har fått en viss spridning men Socialtjänstlagen har (ännu) inte ändrats i detta avseende.

<sup>20</sup> Denna ansvarsfördelning regleras i Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, 18 §).

**Diagram 2.3** Antal personer med biståndsprövad plats på särskilt boende 1998–2012.

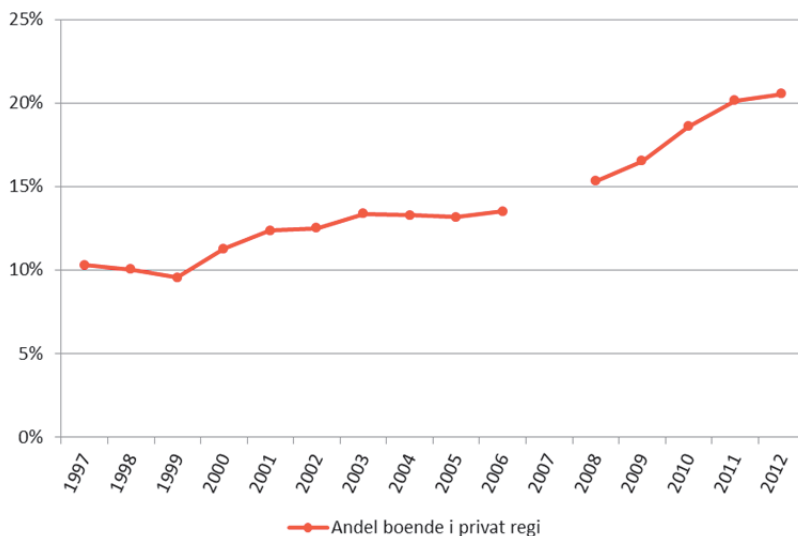


Not: På grund av problem i kvaliteten i statistikunderlagen saknas uppgift för antal personer enligt mängdstatistik 2007.

Källa: Socialstyrelsen, statistik baserad på individuppgifter (inklusive brukarnas personnummer) ur serien *Äldre – vård och omsorg. Kommunala insatser enligt Socialtjänstlagen samt Hälso- och sjukvårdslagen*, för den personnummerbaserade statistiken. Mängdstatistiken kommer från Socialstyrelsens årliga publikationer.

Den andel av verksamheten som utförs i privat regi har ökat betydligt över tid (se diagram 2.4). År 1997 befann sig ungefär 10 procent av brukarna i ett boende som drevs i privat regi. Andelen har ökat sedan dess, med den snabbaste ökningen under de senaste åren. År 2012 fanns närmare 21 procent av brukarna på ett privat särskilt boende.

Diagram 2.4 Andel personer i särskilt boende i privat regi 1999–2012.



Not: Baserat på mängdstatistik från kommunerna. På grund av problem i kvaliteten i statistikunderlagen saknas uppgift för 2007.

Källa: Socialstyrelsen, årliga publikationer.

En majoritet av kommunerna (179 stycken) bedriver alla särskilda boenden helt i offentlig regi. Det är främst små kommuner som enbart har kommunala boenden, men till skillnad från i hemtjänsten är det få större städer som saknar privata alternativ. Sundsvall är den största kommun som enbart har särskilda boenden som drivs i egen (kommunal) regi. Varken i Blekinge eller i Norrbotten finns det något särskilt boende som drivs i privat regi, men i Staffanstorps, Vaxholms, Vellinge och Årjäng är alla boenden istället privata. Notabelt för Årjäng är att all hemtjänst samtidigt utförs av kommunen. I landets fyra största kommuner finns en betydande andel av brukarna på privata äldreboenden (Stockholm 63 procent, Göteborg 19 procent, Malmö 32 procent, Uppsala 76 procent).



## 2.3 Från egen regi till upphandling och valfrihetssystem

Äldreboenden har förändrats relativt mycket på några decennier. Efter andra världskriget höjdes ambitionsnivån för de gamla ålderdomshemmen, som fram till dess varit en sorts fattigvårdsinrättningar. Boendestandarden skulle förbättras och hemmen skulle användas för dem som behövde omvårdnad och tillsyn. Friska pensionärer skulle inte av ekonomiska skäl tvingas bo på hem, medan de som var i behov av sjukvård skulle ges vård på sjukhus.<sup>21</sup>

Under 50-talet började hemtjänsten byggas ut, för att bereda fler möjlighet att bo kvar längre i sitt hem och under 60-talet byggdes många sjukhem som var specialiserade på långvarig vård av äldre. Under 70-talet byggdes servicehem i relativt stor utsträckning. I dessa hyrde de äldre en lägenhet, vanligen en enrumslägenhet, men inte sällan en två- eller trerummare, samtidigt som de kunde få hjälp med den omsorg de behövde. Fortfarande dominerade dock ålderdomshemmen, där de boende var inackorderade, snarare än hyresgäster. Standarden var här ofta betydligt lägre än på servicehemmen, och normalt saknades möjlighet till matlagning och egen toalett.

Under en stor del av 80-talet utreddes frågan om äldrevårdens organisering och politiska prioriteringar av Äldredelegationen. I dess slutrapport, SOU 1987:21, och i regeringens proposition 1987/88:176 om äldrevården inför 90-talet, redovisades situationen strax efter mitten av 80-talet. Cirka 50 000 äldre bodde ännu på ålderdomshem och ungefär lika många befann sig i somatisk långvård, medan betydligt färre bodde på servicehem. Antalet platser inom den somatiska långvården fördelade sig ungefär lika mellan sjukhusens långvårdsavdelningar, lokala sjukhem och centrala sjukhem. Därtill belades cirka 10 000 platser inom den psykiatriska vården av äldre. De boende på ålderdoms- och servicehem hade betydligt större omsorgsbehov än vad man hade planerat för, samtidigt som ålderdomshemmen trots upprustningar ännu bedömdes ha alltför låg standard. Servicehemmen var inte planerade för det stora omsorgsbehov som då förelåg och den somatiska långvården, med dess sjukhusmiljö, var både kostsam

---

<sup>21</sup> Detta och följande stycke bygger på Gunnar Fahlbergs expertutlåtande till SOU 2003:91.

och upplevdes som operoslig. Ytterligare ett stort problem var att ansvaret var splittrat mellan kommuner och landsting.

Den dåvarande regeringen betonade i sin proposition tre grundläggande principer för äldreomsorgen: självbestämmande och inflytande för de äldre, trygghet samt valfrihet. Det uttalade valfrihetsmålet bör nog tolkas som valfrihet inom ett offentligt produktionssystem, snarare än valfrihet att välja en privat utförare eller frihet för privata utförare att etablera sig på en äldrevårdsmarknad. Man fastställde också en ambition som redan tidigare uttalats många gånger: att de äldre skulle få bo kvar i sitt eget hem så länge som möjligt. Vid den här tiden fick drygt 300 000 äldre så kallad social hemhjälp i sitt hem, i genomsnitt närmare 250 timmar per år.<sup>22</sup> Cirka 45 procent av gruppen behövde bara hjälp med städning, medan 10–20 procent hade ett omfattande hjälpbehov, vilket normalt betydde att man fick besök flera gånger per dag.<sup>23</sup>

Redan 1989 fick Svensk Hemservice, i dag Attendo, den första entreprenaden för äldreomsorg när man slöt ett treårigt avtal med Danderyds kommun om att utföra hemtjänst i Stocksund. Fallet ifrågasattes hårt från fackligt håll och uppmärksammades i massmedierna. Med stöd av Kommunal begärde en av kommunens invånare laglighetsprövning av beslutet med argumentet att socialnämnden skulle ha överskridit sina befogenheter. Kammarrätten dömde dock till kommunens fördel: att delegera socialnämndens uppgifter till andra än kommunens anställda befanns alltså inte vara olagligt. Detta rättsfall kan sägas utgöra grunden för dagens privata äldreomsorgsbransch (Jordahl och Öhrvall 2013).

Den nya kommunallagen (1991:900) preciserade och tydliggjorde kommunernas möjlighet att anlita privata företag och andra organisationer för att utföra tjänster. Samma höst hade en handfull kommuner lagt ut hemtjänst på entreprenad, bland dem Danderyd, Västervik, Stockholm och Solna.<sup>24</sup> Många fler kommuner införde en beställar-utförarmodell och äldreomsorgen genomgick en slags kulturrevolution när ekonomiska och marknadsorienterade

---

<sup>22</sup> Antalet personer med rätt till hemtjänst minskade alltså kraftigt under 90-talet, för att därefter öka. Antalet beviljade timmar per person och vecka var dock ungefär detsamma under 80-talet som i dag.

<sup>23</sup> Intressant att notera är också att den dåvarande regeringen, bland annat på sidan 52 i sin proposition (1987/88:176 om äldrevården inför 90-talet), betonade att ansvar och befogenheter inom äldreomsorgen ska decentraliseras så långt som möjligt, ofta till den enskilda vårdgivaren eller dennas arbetslag. Vi tolkar detta som att man eftersträfvade stor frihet för professionen.

<sup>24</sup> TT Nyhetsbanken, 1991-09-23, "Få kommuner har privatiserat hemtjänsten för de gamla" (hämtad 2013-08-24).

begrepp och analyser började vinna spridning bland myndigheterna (Blomqvist 2004).

Genom Ädelreformen 1992 fick kommunerna totalansvar för äldreomsorgen genom att ta över ansvaret för sjukhem och långvård från landstingen. De servicehem som byggdes under 70- och 80-talen har gradvis fasats ut eller ombildats till 55+-boende, där styrningen överlämnats till de boende själva via marknadsmekanismen. Ålderdomshemmen har stängts eller byggts om. I själva verket har det skett en standardisering av äldreboendena till korridorheter, vilka bara är avsedda för äldre med stort omsorgsbehov. Skilda korridorer används för äldre med demens respektive äldre som av somatiska skäl behöver mycket omsorg. Boendena ses numera som de äldres bostäder, för vilka de betalar hyra på vanligt sätt.

Privatiseringen av äldreomsorgen inleddes alltså genom politiska beslut i kommunerna och inte av någon nationell reform. Privatiseringarna genomfördes till övervägande del enligt *entreprenadmodellen*, åtminstone fram till att LOV infördes 2009. Entreprenadmodellen bygger på att den kommunala beställaren köper omsorg på tidsbestämda kontrakt i enlighet med LOU. Den alternativa kundvalsmodellen, som bygger på att brukarna själva väljer mellan godkända utförare, infördes (möjligen i strid med LOU) först av några få kommuner i Stockholmsområdet i början av 90-talet (Täby, Vaxholm, Danderyd och Nacka). År 2003 hade ytterligare sex kommuner infört kundval och 2006 var antalet uppe i 27 (Socialstyrelsen 2007).

LOV syftar till att tydligt reglera vad som gäller när en kommun inför kundval inom bland annat äldreomsorgen. Argumenten för att införa LOV var enligt regeringens proposition (prop 2008/09:29 lag om valfrihetssystem) främst ekonomiska (ökad effektivitet och kvalitet), men även andra argument anfördes (ökad självbestämmande för individen och kvinnors möjligheter att driva företag).

I oktober 2013 hade enligt Sveriges kommuner och landsting (SKL) 144 kommuner infört valfrihetssystem enligt LOV, varav de flesta inom hemtjänst (service och omsorg). Ytterligare 37 kommuner hade beslutat att göra det och 42 kommuner (bland annat Göteborg) hade beslutat att inte göra det. De flesta kommuner som har infört valfrihet inom hemtjänsten har gjort det i samband med att de infört ett valfrihetssystem enligt LOV.

Endast nio kommuner har infört valfrihetssystem enligt LOV för särskilt boende.<sup>25</sup>

Jämfört med vad som varit fallet för flera andra välfärdstjänster har de politiska striderna om privat och vinstsyftande äldreomsorg inte varit lika hårda. Till skillnad från inom förskolan och sjukvården har Socialdemokraterna aldrig tillgripit lagstiftning för att stoppa eller begränsa vinstintresset i äldreomsorgen. Med undantag för LOV har äldreomsorgen förekommit väldigt sparsamt i regeringsförklaringar, valmanifest, partiprogram, propositioner och motioner. I partiprogrammen används omsorg oftast som del av uttrycket ”vård och omsorg” utan att preciseras närmare. När riksdagen beslutade om LOV handlade Socialdemokraternas och Miljöpartiets invändningar om företagens etableringsrätt och möjlighet att sälja tilläggstjänster – inte om att valfrihetssystem som sådana var olämpliga (motion 2008/09:S05). Däremot har Vänsterpartiet (till exempel i motion 2008/09:S06) konsekvent motsatt sig konkurrensutsättning och privata vinstintressen i äldreomsorgen, i linje med partiets politik på andra välfärdsområden (Jordahl och Öhrvall 2013).

## 2.4 Marknadens aktörer

Tabell 2.1 och 2.2 listar sex av de största privata utförarnas självrapporterade verksamhetsvolym och deras andelar av den privata och av den totala marknaden.<sup>26</sup> Om man ensidigt fokuserar på de privata utförarna finns det visst fog för att hävda att marknaden är åtminstone måttligt koncentrerad, men sammantaget är det svårt att hävda att de privata företagen dominerar marknaden. För särskilt boende når de sex företagen upp till en marknadsandel på 53 procent av den privata marknaden, men detta motsvarar endast 11 procent av den totala marknaden. För hemtjänst har de sex företagen tillsammans en marknadsandel på 40 procent, motsvarande 7 procent av den totala marknaden.<sup>27</sup> Kommunerna som helhet dominerar med andra ord stort över

---

<sup>25</sup> SKL, Beslutsläge om införande av LOV, oktober 2013; [http://www.skl.se/vi\\_arbetar\\_med/valfrihet/valfrihetuppdrag/kommuner\\_och\\_valfrihetssystem\\_oktober\\_2013](http://www.skl.se/vi_arbetar_med/valfrihet/valfrihetuppdrag/kommuner_och_valfrihetssystem_oktober_2013) (hämtad 2014-01-10).

<sup>26</sup> Vi saknar uppgifter från Förenade Care i tabell 2.1 och 2.2.

<sup>27</sup> Som jämförelse kan nämnas att de fyra största bankerna tillsammans har 66 procent av inlåningsmarknaden (Svenska Bankföreningen, ”Bankerna i Sverige”, hämtad 2014-01-26). På marknaden för dagligvaror har de tre största kedjorna tillsammans 87 procent av försäljningen (Dagens Nyheter, ”Ica drar ifrån Coop i kampen om kunderna”, 2013-05-28).

dessa företag, och gör så även på kommunnivå med tanke på att företagen är utspridda över landet. Som jämförelse kan till exempel nämnas att Stockholms kommun tillhandahåller hemtjänst för 6 590 och Göteborgs kommun för 12 350 brukare inom den egna regionen, samt att Stockholm har 2 720 och Göteborg har 3 420 brukare i sina kommunala särskilda boenden. En av landets kommuner – Göteborg – är alltså klart största aktör på den nationella marknaden för hemtjänst och nästan i nivå med de största privata utförarna på den nationella marknaden för särskilt boende.

**Tabell 2.1 Sex av de största aktörernas verksamhetsvolym.**

Företag	Brukare hemtjänst	Brukare särskilt boende	Antal särskilda boenden
Attendo	7 500	4 250	95
Humana	3 500	470	11
Vardaga	0	3 940	86
Aleris	2 200	1 030	24
Team Olivia	1 600	0	0
Frösunda	0	120	6

Källa: Självrapporterade uppgifter från företagen (på vår förfrågan).

**Tabell 2.2 Sex av de största aktörernas marknadsandelar.**

Företag	Andel privat marknad hem- tjänst	Andel total marknad hem- tjänst	Andel privat marknad särskilt boende	Andel total marknad särskilt boende
Attendo	20,4 %	3,4 %	22,9 %	4,7 %
Humana	9,5 %	1,6 %	2,5 %	0,5 %
Vardaga	0 %	0 %	21,1 %	4,4 %
Aleris	6,0 %	1,0 %	5,5 %	1,1 %
Team Olivia	4,3 %	0,7 %	0 %	0 %
Frösunda	0 %	0 %	0,6 %	0,1 %

Källa: Självrapporterade uppgifter från företagen (på vår förfrågan) och Socialstyrelsen (2013a).

## 2.5 Mer om valfrihet

För särskilt boende är privata utförare inte en förutsättning för kundval, eftersom val mellan olika kommunala enheter också är meningsfulla. I den betydelsen har kundval i större eller mindre utsträckning funnits så länge det funnits institutionsbaserad

äldreomsorg, förutsatt att kommunen haft minst två äldreboenden och att man åtminstone i viss utsträckning beaktat de äldres önskemål. För hemtjänst är det däremot svårt att tänka sig valfrihet inom ett helt och hållet kommunalt system och detta torde heller inte ha förekommit, vilket i och för sig inte hindrar att en äldre med rätt till biståndsbedömd hemtjänst kan undanbe sig omsorg från en viss individ i personalen.

I ett öppet valfrihetssystem råder frihet för privata utförare att konkurrera om brukare och därmed åtföljande ”peng”. Som framgår av diagrammen 2.2 och 2.4 var andelen särskilda boenden i privat regi betydligt större än andelen hemtjänsttimmar i privat regi vid slutet av 90-talet, varför man kan dra slutsatsen att de privata särskilda boendena ökade snabbare under början och mitten av det decenniet. Efter 2000 har andelen privat hemtjänst vuxit snabbare än andelen privata särskilda boenden.

Från 2009, det första året LOV var i kraft, har andelen privat äldreomsorg ökat i snabbare takt än tidigare, såväl för särskilda boenden som för hemtjänst. För hemtjänst är ökningen kraftigare (om vi mäter andel timmar i privat regi) och sammanfaller med att ett stort antal kommuner infört ett valfrihetssystem enligt LOV, medan ökningen för de särskilda boendena även under de senaste åren huvudsakligen åstadkommits genom upphandling.

Ur brukarnas perspektiv påverkas graden av valfrihet inte nödvändigtvis av huruvida kommunen upphandlar driften av särskilda boenden (enligt LOU) eller öppnar för privat drivna boenden i ett valfrihetssystem (enligt LOV). Normalt kan den som bedömts behöva plats på särskilt boende välja mellan samtliga boenden med lediga platser: kommunala, upphandlade privata och privata som erbjuds genom LOV. Ur utförarnas perspektiv är det däremot stor skillnad mellan att etablera sig på marknaden genom att vinna en offentlig upphandling eller genom att köpa, hyra eller bygga ett särskilt boende och sedan försöka locka till sig brukare. En LOV-etablering kräver dels att företaget binder upp sig för stora lokalkostnader, dels att en personalstyrka rekryteras. Ett företag som vinner en upphandling övertar i stället den befintliga personalen och kan räkna med att de boende som finns på hemmet stannar kvar. En annan skillnad är att en LOV-etablering, enligt den tolkning som varit förhärskande, kräver tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg (till och med 2013-05-31 från Socialstyrelsen), vilket inte är fallet för LOU-kontrakt (Socialtjänstlagen 7 kap. 1 §). I detta sammanhang bör det fram-

hållas att kommunal, till skillnad från enskild verksamhet, inte är tillståndspliktig inom LOV. Det bör också framhållas att enligt vissa bedömare ger lagstiftningen *inte* stöd för att privata utförare inom ett LOV-system behöver tillstånd; frågan kommer att belysas närmare av Ägarprövningsutredningen när den redovisar sitt betänkande 2014.

Det förekommer att LOU-upphandlade kontrakt för särskilt boende innehåller en beläggningsgaranti. När LOV införs för särskilda boenden kan en sådan garanti kvarstå för upphandlade enheter, men det är också möjligt att integrera de upphandlade särskilda boendena i valfrihetssystemet. Då garanteras alltså inte beläggningsgraden utan de upphandlade boendena, liksom de kommunalt drivna, konkurrerar med LOV-hemmen om boende. Detta är den situation som råder i Stockholm och på Lidingö. I och med att det inom båda kommunerna finns en viss överkapacitet råder det också de facto konkurrens mellan alla tre typer av utförare.

I andra kommuner, också sådana som har valfrihetssystem, kan de privata särskilda boendena i praktiken vara ganska skyddade från (ex post-)konkurrens. Antingen därför att det företag som vunnit en upphandling är garanterat ett visst antal boende (eller motsvarande intäkter), eller därför att antalet platser är lika med eller lägre än det antal personer som bedömts ha rätt till en plats på särskilt boende. Även om införandet av LOV ökar konkurrensen genom att utförarna blir fler, kan full beläggning i praktiken vara så gott som garanterad. När Solna införde LOV blev ett 20-tal äldreboenden i kringkommunerna valbara, men trots det råder i dag fullt kapacitetsutnyttjande. Det finns bara lediga platser korta perioder efter ett dödsfall. Även Täby har platsbrist och fördelar dessutom icke-väljare efter en rullande lista bland alla utförare (privata och kommunala). I en sådan situation har utförarna mindre starka incitament att hålla hög kvalitet för att fylla sina platser. Utförarna är dock inte helt garanterade full beläggning: 40–50 Täbybor står i kö efter att ha tackat nej till erbjuden placering och Täby kommun köper plats i andra kommuner för de brukare som så önskar. På längre sikt finns förstås möjligheten att nya utförare träder in och att konkurrensen därmed intensifieras.

### 3 Litteratur- och teorigenomgång

Välfärdstjänster kännetecknas i allmänhet av att det är svårt att i förväg definiera vad som menas med god kvalitet, liksom att i efterhand kontrollera om kvaliteten faktiskt varit god. Ytterligare en komplikation är att tre parter är direkt inblandade: brukaren, utföraren och finansiären. På vanliga marknader är brukaren och finansiären en och samma aktör: kunden. Med tre parter inblandade blir problemet med den svårdefinierade och svårsmäta kvaliteten än större.

Vid första anblick framstår dock äldreomsorgen, i jämförelse med flera andra välfärdstjänster, som relativt lämplig att privatisera. Myndighetsutövning, i form av biståndsbeslut (behovsprövning), är lätt att avskilja från själva tjänsteleveransen och kan därför ligga kvar hos kommunen. Vid privatisering av skola och sjukvård uppstår mer av en gråzon i myndighetsutövningen när det gäller betygssättning och beslut om vårdinsatser.<sup>28</sup> I motsatt riktning talar dock det faktum att den grupp som behöver äldreomsorg närmast definitionsmässigt är svag och därför kan ha sämre förutsättningar att välja, liksom att göra sin röst hörd vid missförhållanden, än exempelvis föräldrar till skolbarn.

Vi diskuterar i det här kapitlet först teorin om asymmetrisk information, vilken vi menar är av grundläggande betydelse för att analysera hur marknaden för äldreomsorg fungerar. I det första avsnittet berör vi också inkompleta kontrakt och teori om brukarval och kvasimarknader. Därefter diskuterar vi privatiseringarnas förklaringar ur ett i huvudsak politiskt perspektiv. Vi avslutar med ett avsnitt som – med tyngdpunkt på Sverige – sammanfattar studier av privatiseringarnas effekter.

---

<sup>28</sup> Enligt Socialtjänstlagen (2 kap. 5 §) får en kommun inte överlämna uppgifter som innefattar myndighetsutövning till "ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ".



### 3.1 Asymmetrisk information – en teoretisk utgångspunkt

#### *Asymmetrisk information*

Ett grundantagande i enkla ekonomiska modeller är att kvalitet kan observeras, mätas och kontrakteras. Med fullt mätbar kvalitet skulle ett beslut om privatisering vara tämligen okontroversiellt och man kan förmoda att valet mellan egen regi och köp från externa leverantörer i huvudsak skulle avgöras genom en jämförelse av kostnad och kvalitet. I praktiken är detta förstås inte alltid fallet; inte ens för enkla varor kommer kvaliteten att vara helt och hållet mätbar. Trots detta är köp utifrån normalt det bästa alternativet för relativt standardiserade och väldefinierade produkter, som kontorsmateriel och läkemedel, eftersom informationsproblemen är måttliga eller i varje fall hanterbara.

För många tjänster, inte bara välfärdstjänster utan också exempelvis konsulttjänster, går det bara delvis att observera kvaliteten. Ibland låter den sig inte mätas i någon meningsfull utsträckning, vilket gör det näst intill omöjligt att genom kontrakt direkt reglera kvalitetsnivån. Man får då använda sig av indirekta mekanismer för att upprätthålla god kvalitet.

Samtidigt är det ofta så att den ena parten i en transaktion har mycket bättre information än den andra. Det kan exempelvis gälla den som producerar och säljer en tjänst i förhållande till den som köper och konsumerar den, eller för en anställd i förhållande till arbetsgivaren. Man brukar säga att det råder informationsasymmetri mellan de två parterna. En djupare analys kräver då att vi släpper grundantagandet om fullständig information och tar hjälp av teoribildningen kring asymmetrisk information. I det följande diskuteras asymmetrisk information främst med nära koppling till äldreomsorgen.<sup>29</sup>

Äldreomsorg är en tjänst där graden av informationsasymmetri är relativt betydande. Många viktiga aspekter i omsorgen är svåra att observera, i synnerhet för den som inte är på plats. Det som går att mäta i efterhand – till exempel överlevnad och medicinsk status – säger inte allt och det faktum att många av dem som i dag finns på de särskilda boendena är dementa, eller av andra skäl har ett mycket stort omsorgsbehov, gör problemet med asymmetrisk

---

<sup>29</sup> Se Bergman (2013) för en längre framställning av några av de resonemang som presenteras här.

information än värre. Utföraren är bättre informerad om sina egna förtjänster och brister än vad brukarna är samtidigt som de senare, genom sin utsatta ställning, har svårt att strida för sina rättigheter.

Den asymmetriska informationen gäller såväl i relationerna mellan ansvariga myndigheter och producenter, som mellan de senare och brukarna, men den gäller i princip också mellan brukarna och kommunen. Samhället som finansiär har att väga (önskemål om) omsorgsbehov mot kostnaderna för dessa. Behovet av äldreomsorg är stort, men det är en resurskrävande och därmed dyr verksamhet. Detta gör det angeläget att de tilldelade resurserna används effektivt och att de fördelas på ett rimligt och legitimt sätt mellan de behövande.

Vi kommer bara kort att beröra de problem som hänger samman med informationsasymmetri mellan finansiären (kommunerna) och brukarna. Vi ägnar mer uppmärksamhet åt relationen mellan finansiären (med vilket vi här avser både huvudmannen, dvs. kommunerna, och tillsynsmyndigheterna, t.ex. IVO) och utföraren. Om utföraren skulle fuska med den utlovade kvaliteten är det svårt för beställar- eller tillsynsmyndigheten att fastställa och bevisa detta och därmed stämma utföraren för avtalsbrott. Detta kan i förlängningen leda till att utföraren faktiskt inte levererar en så hög kvalitet som förespeglats, med konsekvensen att brukarna inte får den omsorg de har rätt till. Kanske leder detta också till att samhällets kostnader blir lägre, som en bieffekt av den låga kvaliteten, exempelvis genom en konkurrenssituation som ensidigt fokuserar på pris. Men man kan också tänka sig att samhällets kostnader blir högre, om dålig omvårdnad leder till att mer resurser måste tillföras för att lösa de problem som uppstår. Ett uppenbart exempel är de höga kostnader som trycksår och fallskador leder till.

Man brukar skilja mellan två typer av asymmetrisk information. För det första dolt agerande ("moral hazard"), som i det här fallet innebär att utföraren väljer att tillhandahålla kvalitet som inte håller den utlovade nivån. Vi väljer här att kalla detta för opportunism. För det andra negativt urval ("adverse selection"), som här innebär en tendens att utförare med relativt låg kvalitet vinner upphandlingen, eftersom låg kvalitet ofta är förknippad med låga kostnader (man kanske har oerfaren och utbildad personal som därmed kan vara lågt avlönad). Negativt urval handlar om *egenskaper* som i varje fall på kort sikt är givna, medan opportunism handlar om att agenten (utföraren) väljer att *agera* på ett visst sätt.

Problematiken är på inget sätt unik för den offentliga sektorn. Även en privatperson som köper en tekniskt komplicerad produkt eller kvalificerad professionell tjänst, har många gånger svårt att bedöma om produktens kvalitet är så god som den borde vara. Det kan gälla dolda egenskaper, såsom näringsinnehåll eller frånvaro av skadliga ämnen i livsmedel, en produkts hållbarhet eller huruvida en tjänst verkligen har utförts på ett lämpligt sätt. Som enskilda konsumenter har vi små möjligheter att i förväg granska den här typen av dold kvalitet.

Likväl finns ett antal mekanismer som utvecklats på olika marknader och som gör att vi med relativt stort förtroende kan köpa livsmedel, läkemedel och elektronikprodukter och kan anlita både tandläkare och bilmekaniker. En sådan mekanism bygger på att företag investerar i sitt rykte och sitt varumärke. Även om de kortsiktigt skulle tjäna på att lura några enskilda kunder skulle ett sådant beteende kunna skada deras rykte och varumärke, vilket i så fall slår mot hela verksamheten och minskar den långsiktiga lönsamheten. Därmed har företaget incitament att leverera god kvalitet också i dimensioner som är svåra att kontraktera, eller till och med observera.

Privata företag som köper insatsvaror kan använda sig av en snarlik metod. De kan etablera långsiktiga relationer med sina leverantörer; relationer som understöds av ett uttalat eller outtalat hot att samarbetet upphör om leverantörerna försöker exploatera köparsidan.

När exempelvis äldreomsorg anskaffas genom offentlig upphandling är det svårare att använda den här typen av informella mekanismer. Reglerna för offentlig upphandling bygger på transparens och förutsägbarhet; den som lämnar ett anbud måste i rimlig utsträckning kunna förespä hur det egna budet kommer att värderas. Det finns goda skäl till detta. Förutsägbarhet och transparens motverkar korruption och nepotism och är medel för att ge alla potentiella utförare, även från andra medlemsstater i EU, en rimlig chans att konkurrera.<sup>30</sup>

Därmed uppstår ett dilemma. Ett visst mått av godtycke, inklusive möjlighet att ta hänsyn till svårsmåttbara aspekter såsom rykte och magkänsla, är ofta en förutsättning för att kvalitet ska kunna upprätthållas i alla viktiga dimensioner, det vill säga för att förhindra opportunist. Incitamenten att leverera bra kvalitet blir

---

<sup>30</sup> Se vidare Nilsson, Bergman och Pyddoke (2005), Bergman, Indén, Lundberg och Madell (2011), samt Bergman och Nilsson (2012).

ju starkare om man kan straffa utförare som levererar dålig kvalitet utan att de formellt bryter mot avtalet – och om man kan belöna utförare som tidigare gjort bra ifrån sig. Samtidigt finns risk att ett alltför stort utrymme för fria bedömningar leder till korruption och nepotism. Reglerna för den offentliga upphandlingen blir därför med nödvändighet en kompromiss mellan dessa två målsättningar. Det bör emellertid poängteras att reglerna för offentlig upphandling inte förhindrar alla former av kvalitativa bedömningar. De mekanismer som framför allt kan användas för att upprätthålla kvalitet som inte är objektivt mätbar är:

- Kvalitativa bedömningar innan kontrakt tecknas
- Rätten att utan särskild motivering välja att antingen utnyttja eller inte utnyttja optioner att förlänga avtal
- Brukarnöjdhetsundersökningar för kvalitativa bedömningar under kontraktets löptid
- Kvalitativa utvärderingar/referenser vid avtalstidens slut
- Inköpsvolymmer som exempelvis genom brukarval reagerar på kvalitet

Därutöver bör förstås även den mätbara kvaliteten bevakas, eftersom många omsorgsaspekter faktiskt kan mätas. Inspektioner och självrapportering kan användas för att kontrollera att den medicinska statusen når målen, exempelvis genom frånvaro av trycksår; att föreskrivna rutiner följs och att de äldre ges den service och omsorg de har rätt till enligt lagar och avtal. Bonus och viten och i förlängningen skadestånd och (hot om) kontrakts-hävning kan användas för att tvinga leverantören att följa kontraktet. Men för att leverantören ska få incitament att leverera också i dimensioner som inte går att mäta måste det bli lönsamt att göra detta, det vill säga den långsiktiga lönsamheten måste bli större för seriösa aktörer med god kvalitet än för oseriösa utförare med benägenhet till opportunism. I kapitel 5 fördjupar vi diskussionen om hur de fem nämnda mekanismerna kan användas för att nå målen för äldreomsorgen.

### *Inkompleta kontrakt*

Det är i praktiken omöjligt att skriva kompletta kontrakt i meningen att konsekvenserna av alla tänkbara framtida händelser regleras. Oförutsedda omständigheter kommer alltid existera och i

många fall leda till att kontrakt omförhandlas. Att kontrakt med nödvändighet är inkompleta har visat sig viktigt i ekonomisk teori. Ett exempel är att äganderätt ger beslutanderätt om användningen av den relevanta tillgången vid oförutsedda händelser som inte kontraktet täcker, vilket i sin tur påverkar styrkeförhållandena när omförhandlingar måste ske. Uppdragsgivarens ställning är svagare om det är utföraren som äger tillgången i fråga, det vill säga om det är fråga om ett köp, jämfört med om uppdragsgivaren själv äger tillgången, då det handlar om en anställning.

Vid första anblicken kan det tyckas uppenbart att det är bättre att uppdragsgivaren har en stark ställning, det vill säga äger tillgången, men frågan är mer komplicerad än så. I en inflytelserik artikel av Hart, Shleifer och Vishny (1997) har "äganderättsansatsen" använts för att modellera skattefinansierade tjänster. Artikeln utgår från incitamentsstrukturen vid offentlig tjänsteproduktion i egen regi respektive kontrakterad sådan. Den som driver en skattefinansierad verksamhet på entreprenad har starka incitament att minska kostnaderna, medan kvalitetshöjande innovationer är svårare att få till stånd eftersom man då måste ge sig in i en ny förhandling med beställaren om ersättningen.

Inom den offentliga sektorn kommer dock såväl kostnads-sänkningar som kvalitetshöjande innovationer att vara ännu svårare att få till stånd. Modellen förutser därför att kostnaderna är lägre vid privat produktion på entreprenad än vid offentlig produktion i egen regi, medan det är oklart om kvaliteten är högre eller lägre vid entreprenad. Det beror bland annat på i vilken utsträckning kostnads-sänkande åtgärder går ut över kvaliteten i dimensioner som inte går att mäta. Privat produktion är att föredra när kvalitetskonsekvenserna av kostnadsbesparingar är små i förhållande till värdet av möjliga kvalitetshöjande innovationer och i förhållande till den kostnadsreduktion som kan uppnås.

### *Kvasimarknader och brukarval*

En "kvasimarknad" är, enligt den mest grundläggande definitionen, ett institutionellt arrangemang där producenter/utförare konkurrerar med varandra och där konsumenter/brukare tillåts välja, samtidigt som en tredjepartsfinansiär, vanligen den offentliga sektorn, står för hela eller merparten av kostnaden (Le Grand 1991). Kvasimarknader kan innehålla vinstsyftande, ideella och

offentliga utförare. En vanlig form av kvasimarknad är kund- eller brukarvalssystem, där individen och dennes familj väljer utförare.<sup>31</sup> Man kan också tänka sig att andra representanter för brukaren, exempelvis läkare eller socialsekreterare, påverkar eller till och med styr det individuella valet.

Precis som en vanlig marknad måste en kvasimarknad vara konkurrensutsatt, kännetecknas av begränsade transaktionskostnader och inte mer än måttliga informationsproblem för att fungera väl. Eftersom ett av de grundläggande skälen till att använda en kvasimarknad, istället för en vanlig marknad, är ökad jämlikhet i tjänstekonsumtionen mellan individer, bör utförarna också ha incitament att ge alla kunder samma service (Le Grand och Bartlett 1993). Om olika brukare är olika kostsamma att betjäna kommer utförarna att föredra brukare som medför låga kostnader. För att förhindra denna typ av ”gräddskumning” (*cream skimming*) kan man därför endera öka ersättningen för de kostnadskrävande brukarna, eller försöka förhindra att utförarna i praktiken väljer brukare, i stället för tvärtom. Se till exempel Hartman (2011) för en vidare diskussion av sådana problem på kvasimarknader. Samtidigt var den tidigare modellen med offentlig monopolproduktion, med små eller inga möjligheter till brukarval, inte heller perfekt, vilket motiverar jämförelser av kvasimarknader och traditionell offentlig produktion efter respektive regims förtjänster och brister (Hasselgren 2012; Jordahl 2012).

Kundvalsstyrda marknader är den vanligaste formen av kvasimarknad. De som konsumerar tjänsterna – brukarna – väljer vilken utförare de går till och politikerna lämnar därmed ifrån sig det direkta inflytandet över vem som producerar tjänsterna. Emellertid kommer politiska beslut fortfarande att styra marknaden indirekt, på såväl utbuds- som efterfrågesidan, genom att villkor för etablering och leverans fastställs, samt genom de myndighetsbeslut som avgör vem som har rätt till tjänsterna. De utförare som uppfyller villkoren får etablera sig och får sedan ersättning, vanligen per brukare eller per utförd tjänst. Priset bestäms antingen av beställaren eller genom nationella regler. Framväxten av privata

---

<sup>31</sup> Förekomsten av valfrihet och privata utförare har inneburit att utförarnas tjänster skiljer sig mer från varandra än vad som var fallet när kommunerna hade lokala monopol. Att tjänsten utformas så att den skiljer sig från konkurrerande tjänster i syfte att göra den mer attraktiv för en viss målgrupp kallas inom ekonomisk teori för horisontell produkt-differentiering. En sådan differentiering är fördelaktig om olika kundgrupper har olika preferenser, men innebär samtidigt att kvalitetskonkurrensen mellan producenterna inte blir lika hård (i den dimension där kunderna är överens om kvalitetsrankningen).

utförare kan ses som en *bottom up*-process där nya utförare etablerar sig och gradvis vinner över brukare från befintliga, främst offentliga, verksamheter. Modellen brukar kontrasteras mot entreprenadmodellen, som innebär att en hel verksamhet privatiseras, så att den som på förhand erbjuder de bästa villkoren vinner rätten att tillhandahålla den aktuella tjänsten på kontrakt för en viss tid. Pris och leveransvillkor skiljer sig mellan olika upphandlingar beroende på utförarnas anbud och beställarens krav. Brukarna kan i typfallet inte välja utförare, utan blir anvisade till den som vann upphandlingen i deras område.

### 3.2 Privatiseringens förklaringar

Vad förklarar äldreomsorgens privatisering över tid och dess variation mellan kommuner? Detta är viktig kunskap av flera skäl. Till att börja med helt enkelt för att förstå hur dagens marknadssituation har uppkommit, men också för att förstå konsekvenserna av förändrade spelregler och underlätta jämförande effektstudier, samt för att prognosticera den framtida marknadsutvecklingen.

Gingrich (2011) ger en omfattande beskrivning av framväxten av marknadsreformer på välfärdsområdet i England, Nederländerna och Sverige. Hennes tes är att sådana reformer förklaras av en kombination av ideologiska och strategisk-politiska motiv som i stort sett är gemensamma för dessa länder. Generellt sett har socialistiska partier velat stärka legitimiteten för skattefinansiering och offentlig reglering av välfärdstjänster, samt undvika en utveckling där medelklassen väljer bort de skattefinansierade välfärdstjänsterna för helt privata alternativ. Att effektivisera den offentliga sektorn är ett sätt att uppnå detta. Partier som står mer åt höger har i stället motiverat reformerna som ett sätt att uppnå lägre skatter och ökad privat välfärdsproduktion. Med dessa mål för ögonen har man försökt utforma vården, skolan och äldreomsorgen så att omfattningen av den offentliga sektorns produktionsverksamhet begränsas.

Andra internationella studier pekar på att kostnadsöverväganden i många fall varit viktigare än ideologiska motiv. En tendens kan dock anas att ideologi är en viktig förklaring till privatiseringar i större städer och även spelar en större roll i Europa än i USA (Bel och Fageda 2007, 2009).

I Sverige finns stora skillnader mellan hur mycket olika kommuner privatiserar på välfärdsområdet. Små kommuner har i regel få privata utförare med små marknadsandelar, vilket skulle kunna bero på att introduktionen av privata utförare medför fasta kostnader som mindre kommuner har svårt att bära, eller på att små kommuner har svårare att attrahera privata utförare (Elinder och Jordahl 2013). Risken finns också att små kommuner skulle behöva göra sig beroende av en enda eller ett fåtal privata utförare vid konkurrensutsättning av äldreomsorgen, vilket kan göra det rationellt för dem att välja egen regi.

Studier av svenska kommuner indikerar att privatiseringar i välfärden, i enlighet med det internationella mönstret, ofta görs för att sänka kostnader, men också att privatiseringar sprider sig mellan närliggande kommuner. Däremot verkar olika välfärdstjänsters transaktionskostnader inte förklara varför de har privatiserats i olika utsträckning. Vidare verkar politiska förklaringar vara viktiga också i Sverige. Kommuner med en högermajoritet i fullmäktige lägger i högre grad ut välfärdsproduktion på privata utförare. Även de individuella egenskaperna hos politikerna i den styrande majoriteten samvarierar med kommunens privatiseringsgrad. Det visar sig bland annat att det privatiseras mindre i kommuner där de styrande politikerna själva är anställda inom den kommunala välfärdssektorn (Jordahl 2013).

Lindbom (2013) menar att Socialdemokraterna är speciellt viktiga för utvecklingen av privatiseringar på välfärdsområdet. När Socialdemokraterna ställer sig positiva till privatiseringar får denna politik ett brett politiskt stöd, medan vi i stället får en tydlig konflikt i de politiska församlingarna när partiet går emot privatiseringar. Det finns, enligt denna studie, vissa indikationer på att kommuner i socialdemokratiska partidistrikt som domineras av den folkrörelsedemokratiska traditionen inom partiet, har privatiserat mer än kommuner hemmahörande i partidistrikt som domineras av den statssocialistiska traditionen. Den förra falangen brukar klassas som relativt positivt inställd till privatiseringar medan den senare kategoriskt motsatt sig sådana förslag.

När det gäller äldreomsorgen är det till övervägande del vinstsyftande företag som står för den privata produktionen (Jordahl och Öhrvall, 2013).<sup>32</sup> Följaktligen innebär ett skifte från en vänster- till en högermajoritet i en kommun att vi kan vänta oss

---

<sup>32</sup> Detta gäller även för övriga välfärdssektorer i Sverige, med förskolan som undantag (där vinstsyftande och ideella utförare är ungefär lika vanliga).



en ökad produktion av privat äldreomsorg i företagsform (Elinder och Jordahl, 2013). Även om vänsterstyrda kommuner inte är lika villiga att privatisera äldreomsorg har de tenderat att ta efter grannkommuner som privatiserat, oavsett vilken politisk majoritet som styr i grannkommunen. Till följd av detta bildas kluster av kommuner med ökande privatiseringar, trots inbördes skillnader vad gäller politik och ekonomi (Stolt och Winblad, 2009). Privatiseringen av äldreomsorg kan också ha påverkats av att kommunpolitiker som grupp är mer positiva till privat äldreomsorg än vad väljarna är (Szebehely, 2011), något som tycks gälla även för andra välfärdstjänster (Elinder och Jordahl 2013).

Den privata välfärdsproduktionen har vuxit fram genom nationell och lokal politik samt genom beslut tagna av tjänsternas utförare och brukare. De privata utförarnas etableringsbeslut påverkas av faktorer som ersättningsnivåer, marknadsstorlek, konkurrenssituation och politisk osäkerhet. Företrädare för större omsorgsföretag har framfört att ersättningsnivåerna i vissa kommuner är för låga för att etablering ska vara lönsam (Winblad och Isaksson 2013). Svensson (2010) lyfter fram att regelverket för etablering och beslutade insatser avgör om det uppstår ett mer varierat utbud eller ej. I många kommuner behövs ett anpassat regelverk för att privata utförare ska vara intresserade av att etablera sig.

### 3.3 Effekter av konkurrensutsättning och privatisering

Enligt Szebehely (2011) är det svårt att utvärdera konkurrensutsättningen av äldreomsorg i Sverige och det finns förvånansvärt få sådana studier gjorda. Få kommuner har själva på ett systematiskt sätt följt upp konkurrensutsättningens konsekvenser. Szebehelys bedömning är dock att kostnaderna troligen minskade under början av konkurrensutsättningen, men inte därefter, då införandet av valfrihetsmodeller kan ha drivit upp transaktionskostnaderna.<sup>33</sup>

Socialstyrelsen (2012b, sid. 16) menar, utifrån en sammantagen bedömning av flera datamaterial från 2011, att det inte tycks finnas

---

<sup>33</sup> Szebehely framhåller även att äldre uppskattar möjligheten att välja mellan olika utförare, men samtidigt värdesätter kontinuitet högt, inte minst då många varken vill eller orkar byta till ett nytt särskilt boende.

några stora och entydiga kvalitetsskillnader i äldreomsorgen utifrån regiform.

”Kommunala utförare är bättre när det gäller strukturmått (personaltäthet, kompetens, boendestandard), medan privata enskilda utförare är bättre när det gäller processmått (genomförandeplaner, riskbedömningar, nattfasta och val mellan två maträtter). Undersökningen om äldres uppfattning i 17 kommuner visar inga signifikanta skillnader utifrån regiform. Däremot är äldre i Stockholms stad mer nöjda med insatser i enskild regi. Det går inte att utläsa några skillnader utifrån regiform när det gäller materialet från tillsynen. Antalet anmälningar enligt lex Sarah och lex Maria står i proportion till antalet äldre med insatser i kommunal respektive enskild regi, och det gäller även antalet klagomål från enskilda personer.”

Om man går ner på detaljnivå uppvisar de privata boendena högre kvalitet på 11 av de 16 kvalitetsmått (struktur- och processmått) för särskilda boenden som ingick i *Äldreguiden* när Socialstyrelsen genomförde sin sammanställning:<sup>34</sup> Delaktighet i genomförandeplan; Uppföljning av genomförandeplan; Anställda per chef;<sup>35</sup> Andel sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster; Andel omsorgspersonal som slutat senaste året; Andel omsorgspersonal som arbetar minst 85 procent av heltid; Andel utförare med max elva timmars nattfasta för brukarna; Läkemedelsgenomgång; Riskbedömning fall; Riskbedömning trycksår; Riskbedömning undernäring. De kommunala boendena har högre kvalitet på fem av måtten: Personal per äldre person; Andel omsorgspersonal med adekvat yrkesutbildning; Andel timavlönad omsorgspersonal; Andel äldre med eget rum; Andel äldre med egen kokmöjlighet. Dessa kvalitetsmått är uppenbarligen långt ifrån perfekta, men säger en del tillsammans. De bägge måtten på boendestandard (Andel äldre med eget rum; Andel äldre med egen kokmöjlighet) ser vi dock som minst informativa för en jämförelse mellan kommunala och privata boenden – eftersom de privata utförarna i de flesta fall driver verksamheten i kommunens lokaler och därför inte kan påverka boendestandarden i någon större utsträckning. Om vi bortser från dessa två mått presterar privata boenden bättre på elva mått och de kommunala boendena på tre mått.

För hemtjänsten redovisar Socialstyrelsen nio kvalitetsmått från *Äldreguiden*. De privata utförarna har högre kvalitet på fem av dessa

<sup>34</sup> Notera att detta är en tidigare version av *Äldreguiden* än den som diskuteras i avsnitt 4.3.

<sup>35</sup> Färre anställda per chef ses som ett tecken på högre strukturkvalitet eftersom styrning och ledning underlättas.

mått: Delaktighet i genomförandeplan; Uppföljning av genomförandeplan; Anställda per chef; Andel omsorgspersonal som arbetar minst 85 procent av heltid; Val mellan två maträtter. De kommunala utförarna har högre kvalitet på fyra av måtten: Personal per äldre person; Andel omsorgspersonal med adekvat yrkesutbildning; Andel omsorgspersonal som slutat senaste året; Andel timavlönad omsorgspersonal.

När det gäller skillnader mellan vinstsyftande och icke-vinstsyftande privata utförare är de genomgående små. Vad gäller äldreboenden finns de största skillnaderna för Andel omsorgspersonal som slutat senaste året; Uppföljning av genomförandeplan; och Andel utförare med max elva timmars nattfasta. På dessa mått presterar de vinstsyftande boendena bättre. För hemtjänst gäller att de icke-vinstsyftande utförarna har en fördel på: Andel timavlönad omsorgspersonal; Andel omsorgspersonal som arbetar minst 85 procent av heltid; Andel omsorgspersonal med adekvat yrkesutbildning. De vinstsyftande utförarna har i stället en fördel på: Delaktighet i genomförandeplan; Uppföljning av genomförandeplan; Anställda per chef; Personal per äldre person.

Socialstyrelsens egna slutsatser, att kommunala utförare håller högre kvalitet enligt strukturmått och privata utförare högre kvalitet enligt processmått, upprepar slutsatserna i Stolt m.fl. (2011), vilket är en snarlik undersökning baserad på data från 2007. Stolt m.fl. framhåller att de privata utförarna betonar omsorgens serviceaspekter, snarare än dess strukturella kvalitetsförutsättningar (till exempel personaltäthet). De framhåller också att de privata utförarnas lägre personaltäthet innebär att privatiseringen av äldreomsorgen har möjliggjort stora besparingar. Givet vår invändning mot de mått som har att göra med äldreboendens lokaler så framstår dock inte den kommunala fördelen vad gäller strukturmått som särskilt tydlig.

En masteruppsats vid Handelshögskolan gör samma observationer av vad som skiljer kommunala och privata äldreboenden och delar även in de privata i sådana som ägs av riskkapitalbolag och av andra ägare, samt inkluderar en så kallad panelanalys av ägarbyten (Arfwidsson och Westerberg 2012). Det visar sig att riskkapitalägda äldreboenden uppvisar högre lönsamhet än andra privata äldreboenden och har färre anställda per äldre person än andra boenden (både privata och kommunala). När det gäller Socialstyrelsens processmått ligger de riskkapitalägda boendena

tydligt bättre till än de kommunala boendena och i några fall något bättre till än de andra privata.

Med hjälp av mortalitetsstatistik finner Bergman m.fl. (2013) att dödligheten minskat med cirka 1,5 procent i de äldsta åldersgrupperna i svenska kommuner som har övergått till att upphandla äldrevård, vilket de tolkar som en indikation på att kvaliteten i varje fall inte har gått ner. Vidare finner de en marginell minskning av kostnaden per boende, en oförändrad totalkostnad samt, i huvudsak, lika god brukarnöjdhet oberoende av om äldrevården konkurrerats ut eller inte. Stolt m.fl. (2011) finner däremot inte några skillnader i struktur- och processmått av kvalitet hos kommunala äldreboenden med avseende på hur mycket omsorg kommunerna handlar upp av privata utförare.

Effekter av att införa valfrihetssystem enligt LOV har studerats av Statskontoret (2012) och i SOU 2014:2. Slutsatserna skiljer sig åt mellan dessa rapporter. Enligt Statskontoret har de äldre blivit nöjdare med hemtjänsten i kommuner som har ett valfrihetssystem enligt LOV. I SOU 2014:2 är slutsatsen istället att det inte går att påvisa några skillnader i brukarnöjdhet mellan kommuner som tillämpar respektive inte tillämpar LOV. När det gäller kostnader skriver Statskontoret att det finns svaga tecken på att kostnaderna har ökat något i kommuner som inför valfrihetssystem enligt LOV. Enligt SOU 2014:2 har kostnadsökningen istället varit lägre i de kommuner som tillämpar LOV. De olika slutsatserna antyder att effekterna av LOV på kostnader och kvalitet är osäkra.<sup>36</sup>

Vad gäller skillnader mellan vinstsyftande och icke-vinstsyftande äldreomsorg finns även internationella studier att tillgå. Enligt en metastudie som inkluderar studier publicerade till och med 2006 presterar amerikanska vinstsyftande ålderdomshem något sämre enligt två av fyra kvalitetsmått, där det första avser personaltäthet och personalens erfarenhet och det andra avser prevalens för liggsår (Comondore m.fl. 2009). I en kommentar menar Konetzka (2009) att en kausal tolkning av dessa resultat är svår att göra. Resultaten i de underliggande studierna är väldigt heterogena och 37 av 80 studier kom fram till motstridiga resultat. En brittisk studie (Gage m.fl. 2009) finner att kvaliteten är högst i ålderdomshem som drivs av stora företag, lägst i hem som drivs av småföretag och ideellt drivna hem på en kvalitetsnivå däremellan.

---

<sup>36</sup> Eftersom SOU 2014:2 gavs ut några dagar innan vi avslutade arbetet med den här rapporten har vi inte kunnat fördjupa i oss vad skillnaderna gentemot Statskontorets rapport beror på (en möjlig förklaring är att data för senare år har blivit tillgängliga).

En senare studie av amerikanske äldreboenden som byter ägande problematiserar den tidigare litteraturen. Det visar sig nämligen att äldreboenden som övergår från vinstsyftande till icke-vinstsyftande tenderar att ha stigande kvalitet *före* övergången, medan äldreboenden som övergår från icke-vinstsyftande till vinstsyftande tenderar att ha sjunkande kvalitet *före* övergången (Grabowski och Stevenson 2008). Ett problem i studier som jämför kvalitetsutfall i äldreboenden med olika ägarform är att äldre med sämre hälsa kan söka sig till boenden med en viss ägarform, samtidigt som initiala hälsotillstånd är svåra att observera och därmed att hålla konstanta vid jämförelserna. En studie av Grabowski m.fl. (2013) försöker hantera det problemet genom att ta hänsyn till hur nära olika äldreboenden en blivande brukare bor. Tanken är att den som bor nära flera vinstsyftande boenden med hög sannolikhet kommer att välja ett sådant boende utan att detta beror på den egna hälsan. Den slutsats som faller ut av denna så kallade instrumentalvariabelansats är att icke-vinstsyftande äldreboenden håller högre kvalitet än vinstsyftande vad gäller att förebygga framtida sjukhusvistelser och smärta, samt när det gäller att bibehålla rörlighet och allmän daglig livsföring hos patienterna.

### 3.4 Sammanfattning

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att äldreomsorgsmarknaden kännetecknas av stora informationsproblem, eftersom så mycket av det som är viktigt med omsorg inte går att mäta på ett objektivt sätt. Problemen förvärras bland annat av de regler som styr offentlig upphandling, eftersom reglerna förhindrar en del av de kvalitetsbevarande mekanismer som används på privata marknader – även om det förstås finns goda skäl till att reglerna ser ut ungefär som de gör.<sup>37</sup> Den separation mellan finansiär och brukare som gäller för välfärdsmarknader bidrar också till att informationsproblemet blir svårare, även om det förstås även i detta fall finns goda skäl till att välfärden organiserats på detta sätt.

Kommuners val mellan offentliga och privata utförare beror på flera faktorer som ideologi, närliggande kommuners erfarenheter samt en strävan att reducera kostnaderna och öka effektiviteten.

---

<sup>37</sup> Vi har i huvudsak diskuterat informations- och incitamentsproblem som rör privata utförare. Det bör dock betonas att snarlika problem finns också inom organisationer, det vill säga inom egenregiverksamhet, men också inom (stora) privata företag.

Slutligen är det vår sammantagna bedömning att kvaliteten på äldreomsorg varken förbättras eller försämras på något avgörande sätt när offentliga utförare ersätts av privata. Denna slutsats är möjligen något överraskande ställd mot den teoretiska prediktionen att informationsproblemen kommer att vara svårbemästrade. De svenska erfarenheterna talar faktiskt – om än svagt – för att de privata utförarna bidrar till en något högre kvalitet och effektivitet.



# 4 Äldreomsorgens kostnader och kvalitet

## 4.1 Kostnader

Få texter om äldreomsorgens framtid undgår att nämna den utmaning som ligger i den demografiska utvecklingen. I takt med att befolkningen blir allt äldre förväntas äldreomsorgens kostnader som andel av BNP öka mer eller mindre kraftigt, vilket sätter press på de offentliga budgetarna och riskerar att leda till urholkad standard.<sup>38</sup> En tillbakablick 25 år i tiden visar emellertid att kostnaderna som andel av BNP legat i stort sett stilla.

Under 90-talet minskade kostnaderna för äldreomsorg från cirka 3 till 2,8 procent av BNP (Batljan och Lagergren 2000). Enligt Socialstyrelsen (2013c) uppgick kostnaderna för kommunernas äldreomsorg till drygt 90 miljarder kronor 2011, vilket motsvarar 2,7 procent av BNP.<sup>39</sup> Denna andel har varit relativt konstant under perioden 2003–2011, med en svag tendens till att hemtjänstens kostnader ökat på bekostnad av särskilt boende.<sup>40</sup>

Enligt Batljan och Lagergren (2000) kommer en rent demografisk framskrivning av kostnaderna, som utgår från konstant omsorgsbehov per åldersgrupp, att väsentligt överskatta kostnadsutvecklingen. I en sådan analys, som alltså inte tar hänsyn till att omsorgsbehovet vid en given ålder minskar när befolkningen

---

<sup>38</sup> Enligt Baumols effekt (också känd som Baumols sjuka) stiger lönerna också i sektorer med låg eller ingen produktivitetstillväxt – exempelvis den offentliga sektorn – med påföljd att den reala kostnaden ökar. För äldreomsorg innebär detta stigande kostnader även vid ett oförändrat antal omsorgstagare. Av detta skäl kan det vara mer rättvisande att uttrycka kostnaderna som andel av BNP eller att deflatera dem med lönekostnadsutvecklingen.

<sup>39</sup> Siffran avser kommunernas kostnader för äldreomsorg. Därtill kommer landstingets kostnader för sjukvård till äldre, vilka beräknas motsvara ytterligare ca 2,2 procent av BNP.

<sup>40</sup> Se Socialstyrelsen (2013c) och tidigare motsvarande rapporter, som inledningsvis hette *Vård och omsorg om äldre – lägesrapport*. Under krisåret 2009 ökade kostnadernas andel av BNP till 2,9 procent, för att året därpå falla tillbaka till ungefär 2,7 procent. Utvecklingen förklaras av i stort sett konstanta reala utgifter för äldreomsorgen i kombination med först kraftigt fallande och sedan kraftigt stigande BNP.

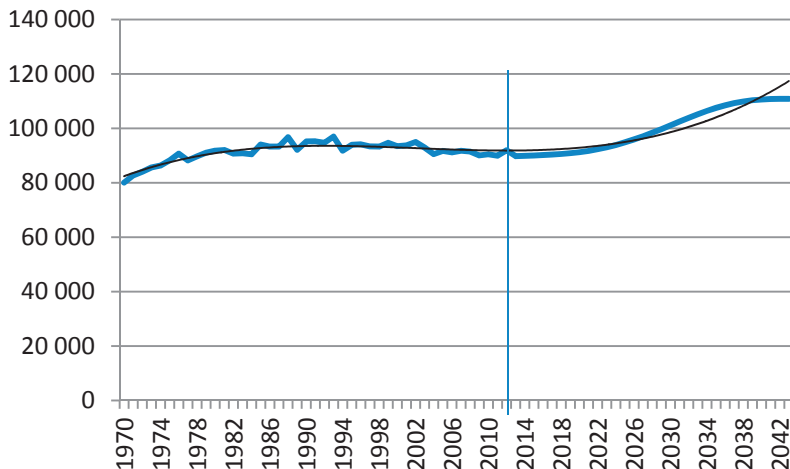


lever längre, kan den reala kostnadsökningen under perioden 2000–2030 antas bli i storleksordningen 60–70 procent. En mer realistisk prognos är, enligt Batljan och Lagergren (2000), att kostnaderna vid oförändrad ambitionsnivå ökar med 20–30 procent.

En väldigt enkel prognosmodell, enklare än den som tillämpades i nämnda studie, är att använda förväntat antal dödsfall som indikator på behoven. Statistiskt sett ökar omsorgsbehovet kraftigt mot slutet av livet och en stor andel av alla som dör tillbringar sin sista tid på ett särskilt boende. Modellen indikerar att vi befinner oss i slutfasen av en cirka 25 år lång period under vilken behoven minskat med sammanlagt ett par procent, motsvarande en minskning i antalet årliga dödsfall från cirka 93 000 kring år 1990 till cirka 90 000 under 2010-talet, samtidigt som den totala arbetskraften vuxit med ungefär 10 procent. Från och med ungefär 2020 beräknas antalet dödsfall öka till cirka 110 000 i slutet av 2030-talet, vilket alltså indikerar en ökning av omsorgsbehovet med drygt en femtedel vid oförändrad ambitionsnivå (se diagram 4.1). Samtidigt förväntas den totala arbetskraften i Sverige växa betydligt långsammare, med bara några procent mellan år 2010 och 2030 (SCB 2011).

Givetvis bör en så enkel modell tolkas försiktigt, men den pekar likväl på att de behovsjusterade reala kostnaderna vuxit i samma takt som BNP per sysselsatt under de senaste två decennierna. Givet konstanta relativlöner är detta förenligt med oförändrad ambitions- och produktivitetsnivå.

Diagram 4.1 Antal dödsfall per år i Sverige – utfall 1970–2012 och prognos 2013–2043.



Källa: SCB. Den tunna linjen är en tredjegradsfunktion som anpassats till verkligt antal dödsfall fram till 2012 och prognostiserat antal dödsfall därefter.

I en jämförelse mellan svenska kommuner över tid visar Ellegård (2012) att äldreomsorgens generositet har minskat i takt med att kommunernas invånare har blivit äldre. En minskad andel äldre som beviljas biståndsbedömd äldreomsorg har varit en viktig del i detta.

### Särskilda boenden

SKL bedriver sedan ett par år tillbaka ett arbete med att standardisera metoderna för att mäta kostnad per brukare i kommunernas egenregiverksamhet.<sup>41</sup> Den senaste rapporten innehåller uppgifter för 59 kommuner.

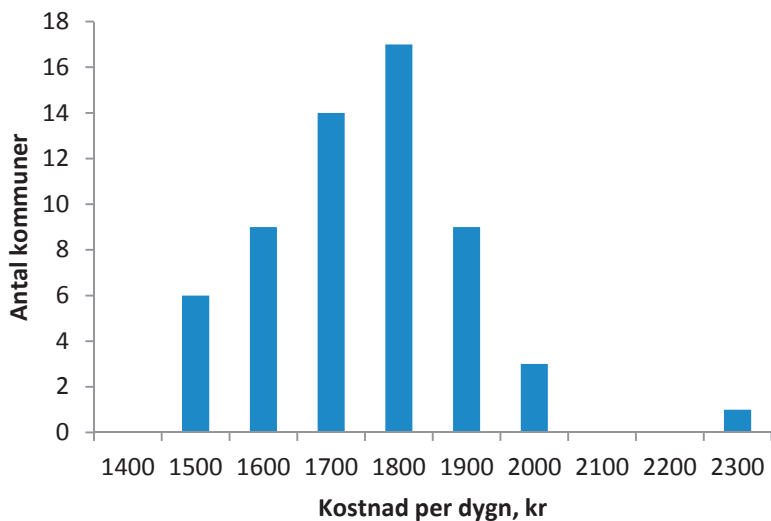
Enligt *Kostnad per brukare* (KPB) för verksamhetsåret 2012 varierade kostnaderna bland de 59 medverkande kommunerna från 1 426 kronor per dygn i Vara till 2 203 kronor per dygn i Dals-Ed, det vill säga ungefär med en faktor 1,5. Se diagram 4.2 för fördelningen av kommunernas kostnader. Även SCB redovisar statistik avseende kostnader för olika omsorgsformer på kommunal

<sup>41</sup> SKL, "Kostnad per brukare", [www.skl.se/kpb](http://www.skl.se/kpb) (hämtad 2014-01-29).

nivå, inklusive totala kostnader och kostnad per brukare. Dessa siffror finns tillgängliga från och med 2000 och baseras på kommunernas bokslut och de uppgifter som registreras i räkenskapsammandraget (RS). Uppgifter om antalet brukare i kommunen finns tillgängligt från och med 1998. För 2012 var kostnaden per brukare och år 588 000 kronor, eller cirka 1 600 kronor per dag i genomsnittskommunen. Den lägsta kostnaden per brukare var 307 000 kronor (Malå) och den högsta var 807 000 kronor (Höör). Enligt dessa data är kostnaderna alltså mer än dubbelt så höga i den kommun som har de högsta kostnaderna per brukare, jämfört med den kommun som har de lägsta kostnaderna.

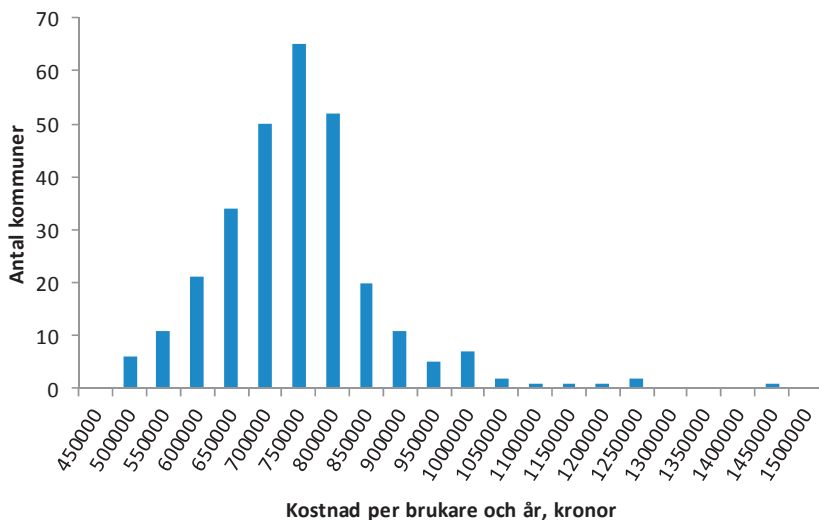
En tredje källa som möjliggör jämförelser mellan kommuner är *Öppna jämförelser*, som publiceras av SKL och Socialstyrelsen gemensamt. Se diagram 4.3 för fördelningen av kommunernas kostnader 2012, vilka varierar från 464 000 till 1 422 000 kronor per person och år. I *Öppna jämförelser* har tidigare redovisats ”avvikelse från standardkostnad”, vilket alltså är den procentuella skillnaden mellan faktisk kostnad och den kostnad som kommunen ”borde” ha, givet ålderssammansättning med mera bland de äldre som får omsorg. För 2010 varierar avvikelse från standardkostnad mellan – 27,7 procent och +58,4 procent, det vill säga med en faktor 2,2. Emmaboda kommun har den största negativa avvikelsen. Den mest tillförlitliga av dessa tre kostnadsmätningar är utan tvekan Kostnad per brukare, men den finns i gengäld bara för cirka en fjärdedel av alla kommuner.

Diagram 4.2 Standardiserad kostnad för särskilt boende år 2012 (egen regi).



Källa: *Kostnad per brukare, 2013.*

Diagram 4.3 Kostnad för särskilt boende år 2012.



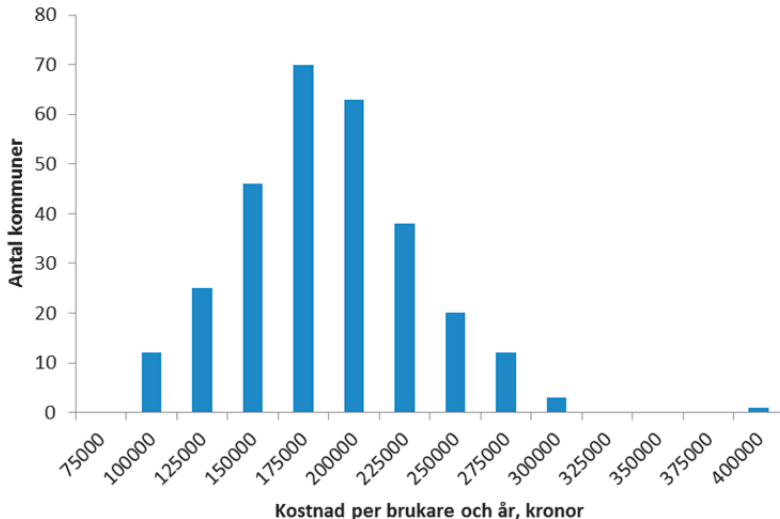
Källa: *Öppna jämförelser, SKL och Socialstyrelsen, 2013.*

En jämförelse mellan de tre kostnads­mätningarna visar att en del av spridningen beror på datafel, olika principer för kostnads­fördelning och kanske också på skillnader i genomsnittligt omsorgs­behov, men även på betydande skillnader när det gäller ambitionsnivå. Ett annat sätt att illustrera spridningen är att jämföra den 90:e percentilen med den 10:e. Jämförelsen visar att cirka en tiondel av kommunerna har kostnader som understiger 1 500 kronor per brukare och dygn, medan cirka en tiondel har motsvarande kostnader som överstiger 1 900 kronor, det vill säga en skillnad på drygt 25 procent (enligt Kostnad per brukare).

### Hemtjänst

Det framgår av diagram 4.4 att också kostnaden per brukare inom hemtjänsten varierar påtagligt mellan kommunerna. För verksamhetsåret 2012 varierade kostnaden per brukare från 77 000 till 389 000 kronor omkring ett genomsnitt på 164 000 kronor, enligt *Öppna jämförelser*.

Diagram 4.4 Kostnad för hemtjänst år 2012.



Källa: *Öppna jämförelser*, SKL och Socialstyrelsen, 2013.

En jämförelse kan också göras med SKL:s undersökning *Kostnad per brukare* (KPB). I denna är kostnaden per hemtjänsttimme cirka 115 kronor högre än den officiellt fastslagna timersättningen. För de kommuner som finns med i båda datasammanställningarna är skillnaden 110 kronor. Skillnaden mellan kostnad och ersättning kan ha flera förklaringar. För det första innehåller KPB kostnader för overhead. Enligt SKL kan de i medeltal antas uppgå till ca 7–10 procent av kostnaden för äldreomsorg. I detta ingår såväl centrala särkostnader för äldreomsorgen – exempelvis kostnaden för uppföljning och kontroll – som en proportionell andel av kommunövergripande samkostnader.<sup>42</sup> För det andra baseras KPB på det faktiska kostnadsutfallet, inte på tilldelad budget. I medeltal uppgår underskotten i de kommunala förvaltningarna till 7–8 procent. Tillsammans förklarar dessa poster alltså ungefär halva skillnaden på 115 kronor per timme.

För det stora flertalet av kommunerna, cirka tre fjärdedelar, redovisar hemtjänstförvaltningen underskott.<sup>43</sup> SKL:s bedömning är dock att dessa underskott vanligen är koncentrerade till en liten del av kommunens äldreomsorg, som då alltså uppvisar mycket stora underskott, snarare än att den kommunala omsorgen generellt går med underskott på nivån 7–8 procent.

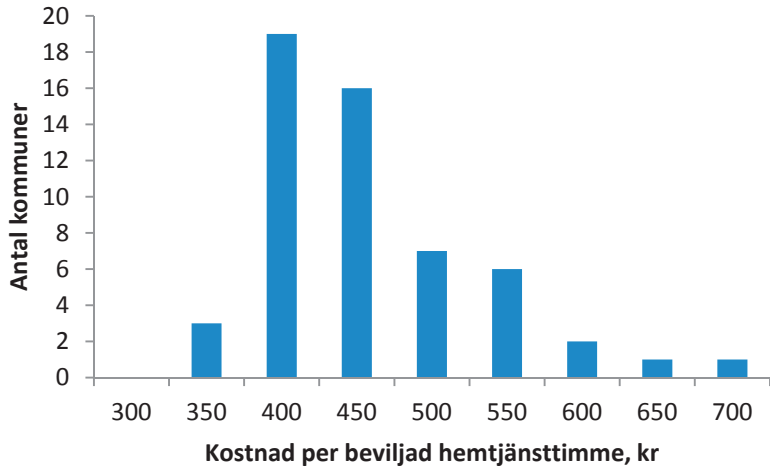
De flesta kommuner som beräknar nyckeltalet kostnad per timme använder beviljad tid, men ett litet men ökande antal använder i stället utförd tid. Skillnaden mellan beviljad och utförd tid kan vara stor och därför redovisas dessa grupper av kommuner separat (se vidare avsnitt 4.2 om ersättningsmodeller). Diagram 4.5 visar kostnaden per beviljad hemtjänsttimme i kommuner och diagram 4.6 visar kostnaden per utförd hemtjänsttimme i de 13 kommuner som kan redovisa utförd tid. Kostnaden varierar från 301 kronor till 685 kronor för en beviljad hemtjänsttimme (diagram 4.4) och från 420 till 686 för en utförd timme. Det ovägda medelvärdet är 434 kronor i kommuner med beviljade timmar och 558 kronor i kommuner med utförda timmar. Att kostnaden är 124 kronor högre för en utförd jämfört med en beviljad timme kan

<sup>42</sup> Fördelningsbasen är de olika förvaltningarnas kostnadsmassor. OH läggs i denna kalkyl inte ut på privat utförda entreprenader. Hitills har detta inte varit ett problem eftersom de kommuner som ingår i KPB-undersökningen i väldigt liten utsträckning haft privat äldreomsorg. Men nu börjar det finnas kommuner med betydande andel privata utförare, varför frågan har aktualiserats, även om man ännu inte landat i något beslut. Det är för SKL okänt hur stor del av dessa 7–10 procent som är särkostnader för äldreomsorg och hur stor del som är kommungemensamma kostnader.

<sup>43</sup> Av 69 kommuner som har följt upp resultat visade 53 stycken (77 %) underskott, enligt SKL, "Ersättningsystem hemtjänst 2013", [www.skl.se](http://www.skl.se) (hämtad 2013-10-24).

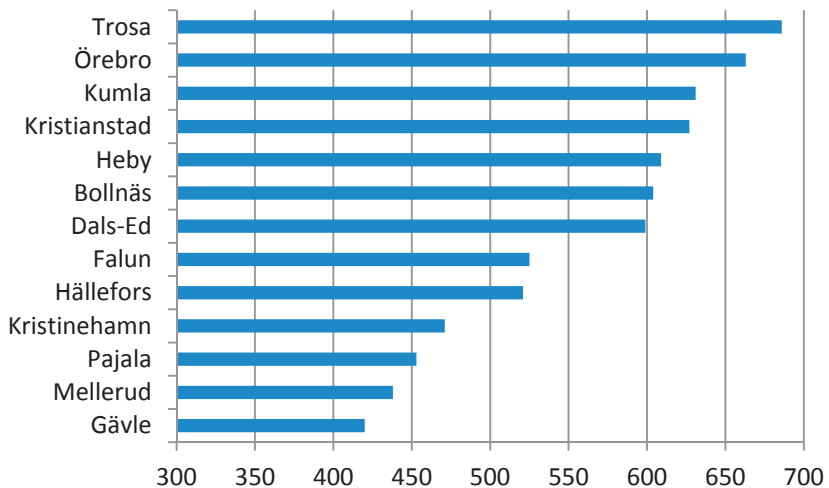
indikera att alla beviljade timmar inte utförs. Det står också klart att variationen mellan kommunernas kostnader är stor i båda grupperna.

**Diagram 4.5 Standardiserad kostnad för en beviljad hemtjänststimme år 2012 (egen regi).**



Källa: *Kostnad per brukare, 2013.*

**Diagram 4.6 Standardiserad kostnad för en utförd hemtjänststimme 2012 (egen regi).**



Not: Kostnad per utförd hemtjänststimme, kronor. Kommuner som kan redovisa utförd tid.  
Källa: *Kostnad per brukare, 2013.*

I en rapport från Konkurrensverket (2013) redovisas kommunala efterkalkyler av egenregins kostnader för hemtjänst i tio urvalskommuner. I kommunerna varierade egenregins kostnader från 269 till 526 kronor per timme. Flertalet av kommunerna redovisade underskott i den egna hemtjänstverksamheten. Den genomsnittliga ersättningen var 327 kronor per debiterad timme medan de totala kostnaderna låg på 367 kronor per timme. Ersättningen täcker dock de direkta kostnaderna som i genomsnitt var 317 kronor per timme. Konkurrensverket har inte analyserat vad kostnadskillnaderna beror på. Risken finns att det är kommunernas olika sätt att beräkna och fördela kostnader som ligger bakom skillnaderna. Det kan också vara så att underskotten fungerar som en subvention av kommunal produktion i egen regi.

## 4.2 Ersättningsmodeller

### *Ersättningsens utformning*

Det är stor skillnad mellan ersättningsmodeller för hemtjänst respektive särskilt boende. I hemtjänsten kan ersättningen sättas lika för varje timme, oavsett omsorgsbehov. Den som har större behov får fler timmar. Däremot kan man ha olika timersättning för service och omsorg och för boende i tätort respektive glesbygd. För särskilda boenden utgår ersättningen per person eller plats och dygn, men dygnersättningen kan behöva differentieras efter omsorgsbehov.

Att hitta en rimlig ersättningsnivå är inte enkelt. Ingen kommun vill betala för mycket och en hög ersättning kan dessutom utgöra ett olagligt statsstöd. Samtidigt minskar en låg ersättning intresset hos utförarna, vilket kan gå ut över mångfald och kvalitet. I valfrihetssystem erhåller kommunens egen verksamhet ungefär samma ersättning som andra utförare och kan få problem att gå runt om ersättningen är alltför låg.

Inom hemtjänsten finns tre huvudprinciper för att ersätta utförarna: biståndsbedömd tid, utförd tid och utförd aktivitet (SKL 2009). Biståndsbedömd tid är administrativt enkel, men ger svaga incitament att utföra biståndsbedömda aktiviteter. Utförd tid ger starkare incitament att utföra biståndsbedömda aktiviteter och även att minimera kringtid, den tid som personalen inte tillbringar hos brukarna, men föranleder också administrativa kostnader för



tidmätning. Tidmätningen kan antingen baseras på självrapportering eller göras elektroniskt. Utförd aktivitet ger bäst incitament för effektivisering även av tiden hos brukaren, vilket dock kan gå ut över tjänsternas kvalitet. Administrationen blir också mer komplicerad än vid timdebitering, eftersom olika aktiviteter måste klassificeras, rapporteras och verifieras.

Tabell 4.1 återger SKL:s sammanställning av genomsnittliga timersättningar till privata utförare i hemtjänsten.

**Tabell 4.1 Genomsnittlig ersättning per timme för privat hemtjänst och med olika ersättningsmodeller.**

Ersättningsmodell	Antal kommuner	Kr/timme för omsorg i privat regi
Beviljad tid	45	354
Rapporterad utförd tid	42	354
Elektronisk uppmätt utförd tid	49	376

Källa: SKL, "Sammanställning Hemtjänstersättningar LOV 2013", [www.skl.se](http://www.skl.se) (hämtad 2013-10-24).

I de kommuner som tillämpar LOV sammanställer SKL timersättningen i hemtjänst för både privata och kommunala utförare. Skillnaderna mellan de två grupperna är små: i genomsnittskommunen erhåller privata utförare 3 procent högre timersättning för omsorg och 1 procent högre timersättning för service (2013). För att kompensera de offentliga utförarnas mer förmånliga momsregler behöver de privata utförarna cirka 2 procent högre timersättning. En ytterligare differentiering kan vara påkallad om de kommunala utförarna har kostnadsfri tillgång till vissa resurser, såsom bilar eller lokaler.

Inom särskilt boende baseras ersättningsmodellerna på dygnspriser och kan delas upp i två dimensioner. För det första om dygnsersättningen är fast eller rörlig, där rörlig innebär att ersättningen stiger med beläggningsgraden. Denna ersättningsform finns såväl inom LOV som inom LOU, medan fast ersättning endast finns inom LOU. Rörlig ersättning ger starkare ekonomiska incitament, samtidigt som risk flyttas från kommunen till utföraren. Lidingö, Nacka, Stockholm och många andra kommuner har rörlig ersättning medan flertalet har en fast ersättning eller i varje fall en intäktsgaranti i storleksordningen 95 procent. Den andra dimensionen berör huruvida dygnsersättningen är differentierad efter brukarnas omsorgsbehov.

Möjligheten att mäta tiden hos brukarna i hemtjänsten har förändrats i grunden av elektroniska system som registrerar när utförarens personal kommer till och går från den äldres bostad. Ersättningsystem baserade på uppmätt tid används för närvarande i 49 kommuner.<sup>44</sup> Exempelvis uppger Solna att de totala utgifterna för hemtjänst sjönk med 25 procent när systemet infördes med samma ersättningsnivå som man tidigare hade för biståndsbedömd tid. Det stora intäktsbortfallet för utförarna ledde emellertid till att kommunen tvingades höja ersättningsnivån per timme i ungefär motsvarande mån.

Det är slående att kommunerna har valt väldigt olika ersättningsmodeller. Till exempel har Solna i hemtjänsten valt att ersätta omsorg per utförd timme, men service per utförd aktivitet. Argumentet är att det inte går att effektivisera omsorgen genom att utföra den snabbare utan att kvaliteten blir lidande, medan huvudsaken för serviceaktiviteter är att de blir utförda. I Göteborg, där hemtjänsten är helt kommunal, har man valt närmast motsatt princip och betalar för alla biståndsbedömda servicetimmor, medan omsorgsdelen effektiviseras för att hålla budget. Den förväntade effekten av att Solna betalar omsorg per timme och service per aktivitet medan Göteborg gör tvärtom kan analyseras utifrån tre incitamentsproblem: ansträngning, underleverans och arbitrage. Det första incitamentsproblemet, *ansträngning*, utgår från antagandet att resultatets kvalitetsnivå är mätbar och därför inte ett problem, medan det däremot inte går att mäta "ansträngningen", i betydelsen hur mycket personalen får gjort per tidsenhet. Problemet innebär att Solnas utförare har svaga incitament att anstränga sig med omsorgen eftersom betalningen sker per timme. I Göteborg har utföraren av samma anledning svaga incitament att anstränga sig med service. Det andra incitamentsproblemet, *underleverans* (eller överrapportering), utgår från det mer realistiska antagandet att varken omsorgs- eller serviceaktiviteternas kvalitet går att mäta perfekt. Problemet innebär att Solnas utförare har incitament att dra ner på servicens kvalitet men ändå rapportera att alla serviceaktiviteter är utförda. I Göteborg har utföraren istället incitament att dra ner på omsorgens kvalitet men ändå rapportera att alla omsorgsaktiviteter är utförda. Det tredje incitamentsproblemet, *arbitrage*, bygger även det på att de två aktiviteterna inte går att mäta perfekt. Problemet kommer av att utförarna har

---

<sup>44</sup> SKL, "Sammanställning Hemtjänstersättningar LOV 2013", [www.skl.se](http://www.skl.se) (hämtad 2013-10-24).

incitament att rapportera att alla timmar och aktiviteter är utförda samtidigt som de flyttar arbete mellan de två aktiviteterna. Solnas utförare har incitament att utföra serviceaktiviteter under omsorgstimmarna och ändå få full betalning. I Göteborg finns istället incitament att utföra omsorgsaktiviteter under servicetimmarna. Vilken totaleffekt vi kan förvänta oss, givet en viss biståndsbedömning, blir därmed svårt att avgöra. Problem med ansträngning och med arbitrage talar för bättre omsorg i Göteborg, medan problem med underleverans talar för bättre omsorg i Solna.

### *Ersättningsystemets effekter på kostnaderna*

I ett valfrihetssystem enligt LOV baseras ersättningen på prestationer, vilket ger utförarna incitament att utföra så många prestationer som möjligt. En kommun kan därmed inte längre direkt styra äldreomsorgens totalkostnad. Tidigare var det möjligt att fatta beslut om verksamhetens totala budgetramar, men inom ett valfrihetssystem styrs kostnaderna indirekt genom exempelvis biståndsbeslut, ersättningsnivå och ersättningsregler.

Det finns fördelar med prestationsbaserade ersättningsystem. De ger förutsättningar för en tydligare och mer rationell ekonomisk styrning och ökar effektivitetstrycket i den utförande organisationen. Ett exempel på detta är att stora delar av den biståndsbedömda tiden inte utförs och att personalen, framför allt inom hemtjänsten, tillbringar relativt lite tid med brukarna. Enligt Socialstyrelsen (2005) gäller ovanstående för många kommuner. Till detta kommer de fördelar som följer av själva valfriheten, såsom ökat brukarinflytande och ett tjänsteutbud som bättre korresponderar mot brukarnas önskemål.

Samtidigt finns nackdelar med prestationsbaserad ersättning. Kommunens försämrade förmåga att styra totalkostnaden har redan nämnts, men till detta kommer att prestationsbaserad ersättning kan inbjuda till manipulation. Sådan manipulation kan ta många former: från direkt felaktig rapportering om vilka prestationer som utförts, till prioritering av lönsamma prestationer. Förekomsten av – eller risken för – manipulation kan i sin tur leda till ökat behov av kontroll och övervakning och en därmed sammantaget ökande byråkratisering, som också kan vara kostnadsdrivande. Avvägningen mellan professionell frihet och

incitamentsskapande ersättningsmodeller är en fråga vi kommer att behandla mer utförligt i det följande.

Av tabell 4.1 framgår att ersättningen per timme till privata utförare är lika hög, 354 kr, i kommuner som ersätter beviljad respektive rapporterad tid. I kommuner som ersätter elektroniskt uppmätt tid är ersättningen 22 kr högre. Tidigare såg vi att det ovägda medelvärdet för timkostnader i kommunal egenregi är 430 kronor i kommuner med beviljade timmar och 553 kronor i kommuner med utförda timmar. I båda fallen ligger ersättningen alltså tydligt under kostnaden.

Vidare vet vi att endast cirka 60 procent av beviljad tid faktiskt utförs när betalningen utgår per beviljad tid. Andelen stiger till 85–90 procent när utförarna ersätts för rapporterad utförd tid, både därför att mer tid utförs och därför att ersättningssystemet inbjuder till att tiden avrundas uppåt (Socialstyrelsen 2005). Vi tror att dessa siffror är relativt lika för privata och offentliga utförare, även om Socialstyrelsens undersökning främst är baserad på offentliga utförare. I sammanhanget kan nämnas att tid hos brukare, enligt samma studie, i medeltal bör kunna uppgå till 45–50 procent av personalens arbetstid, dock med stora variationer mellan tätort och glesbygd.

När man går över till elektroniskt uppmätt tid sjunker i stället den totala ersättningen, eftersom det inte längre går att "avrunda uppåt" när tiden mäts elektroniskt. Exempelvis innebar denna effekt för Solna att kostnaderna minskade med 25 procent. Vår evidens är här mer anekdotisk, men vi utgår i det följande från att Solnas erfarenhet är representativ också för andra kommuners.

Med enbart kommunal verksamhet kunde biståndsbedömarna vara relativt generösa med den tid som tilldelades brukarna, eftersom den totala kostnadsramen fastlades politiskt. En biståndsbedömare kunde exempelvis bevilja en individ ett tak på 20 timmar, men eftersom budgeten – och därmed personalstyrkan inom hemtjänsten – var begränsad tvingades chefer på mellannivå prioritera mellan brukarna. Inom ramen för den tilldelade budgeten sköttes prioriteringar alltså av professionen, utifrån de individuella behoven, medan kommunen på central nivå styrde kostnaderna via budgetprocessen. Givet de befintliga resurserna kunde brukaren i exemplet ofta inte räkna med att få mer än 10–15 timmar.

Med utförare som får betalt per timme förändras förhållandena. Dessa har då incitament att anställa fler personer om det finns efterfrågan inom ramen för biståndsbedömningen. Även om man

inte når 100 procent av beviljad tid, exempelvis därför att den boende tidvis är bortrest, inlagd på sjukhus eller av annat skäl tackar nej till hemtjänst, kommer kommunens kostnader att stiga, kanske med så mycket som 50 procent om inga åtgärder vidtas.<sup>45</sup> Emellertid kan man tänka sig att konkurrensen kommer att driva ned timkostnaden, vilket torde leda till att kostnadsökningen i praktiken blir lägre. Om ersättningen baseras på rapporterad tid kan kostnadsökningen i någon mån bero på att såväl privata som offentliga utförare kan rapportera in fler timmar än de faktiskt utför.

Med elektroniskt uppmätt tid försvinner möjligheten att få betalt för fler timmar än de som verkligen utförs och kommunens totalkostnad kan förväntas sjunka. Utförarna riskerar att inte kunna täcka sina kostnader när man får färre ”debiteringsbara” timmar per arbetad timme, vilket gör det rimligt att höja timersättningen.

Givet dessa observationer är det förvånande att timersättningen (enligt tabell 4.1) skiljer sig så lite mellan kommuner med respektive utan elektronisk uppmätning av utförd tid. Om exemplet Solna är representativt borde timersättningen alltså behöva höjas med uppåt en tredjedel för att kompensera för den här effekten. En alternativ tolkning är att när man satte ersättningsnivån lika med kommunens egen timkostnad blev detta väldigt generöst för de (effektiva) privata utförarna. Visserligen blir timtaxan tuff för dem när man börjar registrera tiden elektroniskt, men man behöver inte höja med så mycket som en tredjedel, och det blir istället kommunen (och de mindre effektiva privata utförarna) som får problem med kostnaderna.

När utförarna får betalt per utförd tid och när biståndsbedömningen därför blir styrande för totalkostnaden får biståndsbedömarna en annan och ”hårdare” professionell roll. Deras roll som ”grindvakter” (*gate keepers*) har blivit tydligare. Som jämförelse kan man peka på förskola och skola, där rätten till plats är automatisk och där professionen slipper denna svåra roll. Inom delar av sjukvård, däremot, finns motsvarande fenomen. Allmänläkare påverkar vårdkostnader exempelvis genom att remittera – eller inte remittera – patienter till specialister och på motsvarande sätt påverkar specialister kostnaderna genom att välja behandlingsalternativ; exempelvis ett dyrt läkemedel eller en dyr

---

<sup>45</sup> Från 60 till 90 procent av beviljad tid.

operation. En viktig skillnad är dock att det inom äldreomsorgen går att separera biståndsbeslutet från utförandet av tjänsten.

Att professionen ibland får vara grindvakt är förstås oundvikligt, men det är ändå problematiskt. Om utförarens ersättning är kopplad till bedömningen finns risk att bedömningen blir alltför generös ur samhällets synvinkel. Och om ersättningen *inte* är kopplad till bedömningen finns en risk att bedömningen blir alltför snål. När äldreomsorgens kostnader läggs fast i en rambudget är det mellanchefer ute i verksamheten som får prioritera och säga nej när resurserna inte räcker till; med ett valfrihetssystem blir det tydligare att den uppgiften åligger biståndsbedömarna. Inom äldreomsorgen kan en biståndsbedömare ofta ansvara för en implicit budget på uppåt 50 miljoner kronor, utan att detta är riktigt uttalat och utan att man alltid förstått följderna.<sup>46</sup> Winblad m.fl. (2009) understryker att införandet av valfrihetsmodeller har gjort biståndsbedömarnas arbete mer tidskrävande och komplicerat. Förutom att deras beslut får mer omedelbara budgetkonsekvenser ställs de numera inför dilemmat att dels ge brukarna goda råd, dels vara konkurrensneutrala mellan kommunens egenregiverksamhet och de olika privata utförarna.<sup>47</sup>

En kommun som inför ett valfrihetssystem bör tänka igenom kostnadskonsekvenserna. Principerna för timersättning är viktiga, liksom hur prestationerna mäts och redovisas. Såvida man inte vidtar åtgärder för att begränsa antalet timmar kan kostnaderna stiga kraftigt när ett valfrihetssystem införs. När man går från redovisad till uppmätt tid sjunker sannolikt kostnaderna, sett ur beställarens synvinkel, men baksidan av detta är att utförarna får svårt att täcka sina kostnader, varför timersättningen kan behöva justeras uppåt.

Ett möjligt scenario är att både kommunen och de privata utförarna tvingas visa underskott när tid och åtgärder börjar mätas noggrannare, i synnerhet om hård konkurrens lett till att utförarna tvingats acceptera timersättningar som varit så låga att de närmast förutsatt en viss överrapportering av tid. Kommunen kan emellertid, åtminstone en tid, driva verksamheten vidare på samma sätt som förut, det vill säga med samma kostnader, och låta hemtjänstförvaltningen redovisa ett underskott. Detta leder sedan

<sup>46</sup> Socialstyrelsen (2012c) anger att en heltidsanställd handläggare i genomsnitt ansvarar för 161 biståndsberättigade personer äldre än 65 år. Om dessa 161 personer fördelar sig mellan hemtjänst och särskilt boende i enlighet med genomsnittet och om kostnaderna för de respektive tjänsterna är genomsnittliga blir summan cirka 50 miljoner kronor.

<sup>47</sup> Se även SOU 2014:2 och Konkurrensverket (2013).

ofta till klagomål på smygsubventionering, via underskott som inte behöver täckas, exempelvis med anmälningar till Konkurrensverket eller klagomål i media.

### 4.3 Kvalitetsmätt

I avsnitt 3.1 diskuterade vi mätbar och icke-mätbar kvalitet och de problem som kan uppstå när informationen är asymmetriskt fördelad mellan utförare, beställare och brukare. På grund av de regler som gäller för offentlig upphandling kan huvudmannen ha svårt att agera utifrån information som visserligen är observerbar men inte objektivt mätbar, i varje fall inte direkt.

#### *Nationella kvalitetsuppföljningar*

Det finns flera viktiga kvalitetsmätningar inom äldreomsorgen: Socialstyrelsens brukarenkät, *Äldreguiden* och *Öppna jämförelser*, som alla sammanställer sina mått årligen, samt några kvalitetsregister (bland annat Svenska Demensregistret<sup>48</sup>) som kontinuerligt mäter olika kvalitetsaspekter inom äldreomsorgen. De kvalitetsmått som ingår i dessa undersökningar är av fyra slag:

1. Upplevd kvalitet: övergripande nöjdhet och upplevelser av olika aspekter
2. Objektiva utfallsmått: trycksår, fallskador, undernäring, väntetid, etc.
3. Processmått: exempelvis förekomst av åtgärdsprogram såsom fallskadeprevention
4. Strukturmått: personalens utbildning, verksamhetens lokaler och annat som skapar förutsättningar för att ge god omsorg

Denna uppdelning följer Donabedian (1966) där de två första punkterna innehåller mått på utfallskvalitet och de två sista punkterna mått på process- respektive strukturkvalitet. Utfallsmått på kvalitet är uppenbarligen viktigare än process- och strukturmått, men i praktiken finns det ofta goda skäl att inte bara fokusera på utfall. I likhet med de flesta bedömare och i enlighet med den

---

<sup>48</sup> Se <http://www.ucr.uu.se/svedem/>

praxis som utvecklats inom äldreomsorgen menar vi att man bör använda en kombination av de olika måtten.

Ett skäl till detta är att det kan vara svårt att mäta utfall på ett relevant och heltäckande sätt. När det gäller komplexa tjänster, som äldreomsorg, finns det en stor mängd dimensioner som är relevanta: respektfullt bemötande, rätt medicinering, frånvaro av trycksår och fallskador, välsmakande mat och särskilt stöd och omsorg om dem för vilka döden är nära förestående – för att bara nämna några. Vissa utfallsdimensioner är lättare att mäta än andra, vilket leder till ytterligare ett problem: utföraren kommer att ha incitament att fokusera på de aspekter som faktiskt mäts, vilket förstås tenderar att vara de aspekter som är relativt lätta att mäta. Dessa senare aspekter kommer att prioriteras alltför högt, vilket riskerar att gå ut över mer svårsmäta men potentiellt viktigare kvalitetsdimensioner.

Under vissa förutsättningar kan brukarundersökningar ge ett bra sammanfattande mått, också för dimensioner som inte är mätbara, i varje fall inte på annat sätt än genom att fråga exempelvis brukarna. När det gäller äldreomsorg kommer brukarundersökningar emellertid, av flera skäl, inte att kunna vara ett heltäckande mått. Många av de äldre är dementa eller kommer av andra skäl inte att kunna ge svar som ger en bra bild av den faktiska kvaliteten i omsorgen. Var fjärde enkät besvaras av någon anhörig, som med nödvändighet har en begränsad bild av omsorgen. Även en aldrig så pigg brukare kommer att ha problem att bedöma kvalitetsbrister som bara med viss sannolikhet eller med lång fördröjning leder till problem; aspekter som kanske bara kan bedömas av personal med medicinsk eller teknisk kompetens. Ett exempel kan vara felmedicinering. Vidare avstår en viss andel av brukarna, av olika skäl, från att besvara enkäten. Det finns då risk att genomsnittsvärdena inte motsvarar genomsnittet för samtliga brukare. Ytterligare en aspekt är att subjektiva mått kan vara svåra att jämföra mellan brukare. Skalan för nöjdhet är subjektiv och kan skilja sig mellan individer och grupper.

Trots ovan nämnda problem är brukarundersökningar en viktig metod för att mäta kvalitet i äldreomsorgen, eftersom de kan fånga upp kvalitetsaspekter som annars är svåra att mäta, såsom respekt och vänlighet i bemötandet och möjligheten att påverka sin egen vardag, och därför att brukarnöjdhetsmätningar möjliggör en meningsfull sammanvägning av många olika aspekter av omsorgen.



Utifrån tankarna bakom inrättandet av valfrihetssystem är en viktig poäng att människor har preferenser för olika utförare, vilket gör att nöjdheten inte bara påverkas av omsorgens kvalitet utan också av hur väl matchningen av brukare och utförare fungerar. Brukarundersökningar kan också användas som ett signalsystem för att fånga upp utförare med påtagligt låga nivåer eller för vilka nöjdheten plötsligt minskar kraftigt. Allt står förmodligen inte rätt till hos en utförare med många missnöjda brukare.<sup>49</sup>

Process- och strukturmått mäter i stället hur omsorgen genomförs respektive vilka input som används i produktionen. Tanken är att vissa insatta resurser skapar förutsättningar för hög kvalitet och att goda och väldokumenterade rutiner faktiskt också leder till ett gott resultat. Men att kvaliteten verkligen blir hög kan förstås inte garanteras. I avsnitt 5.1 fördjupar vi diskussionen av förutsättningarna för att en sådan koppling ska uppstå. Här nöjer vi oss med att konstatera att process- och strukturmått är användbara om de är: i) kopplade till utfall, ii) enklare att mäta än utfallsmått och iii) svårare att avsiktligt manipulera och mindre utsatta för opportunistiska val av vilka mått som ska prioriteras.<sup>50</sup>

Socialstyrelsens stora årliga enkät skickas ut till dem som bor i särskilt boende och till äldre med hemtjänst.<sup>51</sup> Enkäten innehåller upp till fyra frågor inom vart och ett av sju kvalitetsområden. För såväl hemtjänst som särskilt boende ställs frågor om hjälpens utförande, bemötande, upplevd trygghet, (möjlighet till) sociala aktiviteter och tillgänglighet till olika personalkategorier inom omsorgssystemet – exempelvis läkare. Därutöver tillfrågas de äldre i särskilda boenden om hur de upplever måltiderna respektive boendet, medan äldre med hemtjänst ombeds svara på frågor om hur kontakten med kommunen fungerar respektive vilket inflytande de har över hur och när hjälpen ska utföras. De allra flesta frågorna besvaras på en tre- till femgradig skala som sträcker sig från exempelvis ”Mycket nöjd” till ”Mycket missnöjd”.

---

<sup>49</sup> Se Fornell (2007) och Besanko m.fl. (2013), kap. 10, för mer om hur brukarnöjdhet bör mätas och kan användas som kvalitetsmått.

<sup>50</sup> En nackdel med strukturmått är att de kan påverkas av kvalitetsutfall (istället för tvärt om, som avsett). Om ett äldreboende till exempel håller tillräckligt låg kvalitet kommer de äldre att söka sig därifrån vilket, åtminstone på kort sikt, innebär att antalet anställda per äldre (ett mått på strukturkvalitet) går upp.

<sup>51</sup> En postenkät skickades exempelvis 2011 till cirka 57 000 av de cirka 90 000 personerna i särskilt boende med en svarsfrekvens på drygt 50 procent. Cirka tre fjärdedelar av enkäterna besvarades av de boende själva, medan den övervägande delen av återstoden besvarades av anhöriga; endast en mycket liten andel besvarades av personal. Från och med år 2013 tillfrågas samtliga äldre som har hemtjänst eller bor på särskilt boende. Den totala svarsfrekvensen var nära två tredjedelar.

De äldre ombeds också ge ett övergripande omdöme om omvårdnaden på en liknande femgradig skala, samt besvara ett antal frågor om den egna hälsan och om vem som besvarat enkäten etc.<sup>52</sup> Det genomsnittliga övergripande omdömet på exempelvis kommunnivå redovisas som den procentuella andelen som är mycket eller ganska nöjda.<sup>53</sup> År 2013 var i genomsnitt 89 respektive 83 procent av de äldre nöjda med sin hemtjänst respektive sitt särskilda boende. De lägsta och högsta observerade värdena återfinns av statistiska skäl framför allt i mindre kommuner, men om några värden för minst medelstora kommuner ska lyftas fram kan man notera att Piteå, Boden, Haparanda och Nyköping lyckas väl med hemtjänsten medan Botkyrka utmärker sig åt det negativa hållet. Även de tre storstadskommunerna, Uppsala, Solna, Danderyd och Luleå lyckas relativt dåligt. När det gäller särskilt boende återfinns åter Botkyrka och Luleå i den sämre delen av resultatlistan, tillsammans med bland andra Karlskoga, Trollhättan och en del kommuner i norra delen av Stockholms län. Hög genomsnittlig nöjdhet finns istället bland annat i Kungälv, Lidköpings och Marks kommuner. För såväl hemtjänst som särskilt boende finns ett negativt samband mellan kommunens storlek och genomsnittlig nöjdhet. Orsakerna till detta är säkerligen komplexa; exempelvis finns en del tecken som tyder på att de med högre utbildning är mer missnöjda och dessa tenderar att bo i större städer. Ovanstående uppgifter, där ingen hänsyn tagits till socioekonomiska förhållanden, bör därför tolkas med försiktighet. Fördelningen för genomsnittliga nöjdhetsmått per kommun illustreras i diagram 4.7 och 4.8. (För en förklaring till de stora skillnaderna mellan åren, se fotnot 52 och 53.)

---

<sup>52</sup> Den första brukarundersökningen genomfördes 2008. Fram till 2011 användes delvis andra frågor och svaren skulle ges på en 10-gradig numerisk skala.

<sup>53</sup> I de tidigare undersökningarna presenterades istället medelvärdet av svaren på den tiogradiga skalan multiplicerat med 10, vilket alltså maximalt kunde uppgå till 100. Även i den nya undersökningen är det maximala värdet förstås 100, vilket dock inte innebär att värdena är direkt jämförbara.

Diagram 4.7 Nöjd kundindex (NKI), 2011, och andel nöjda, 2012. Särskilt boende, medelvärden per kommun.

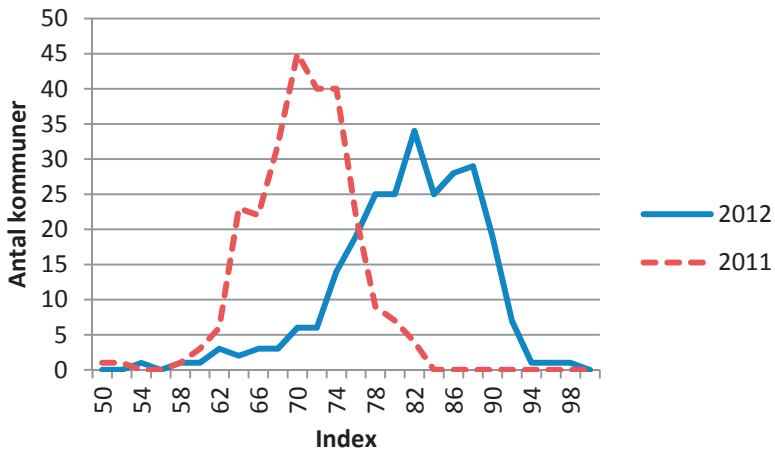
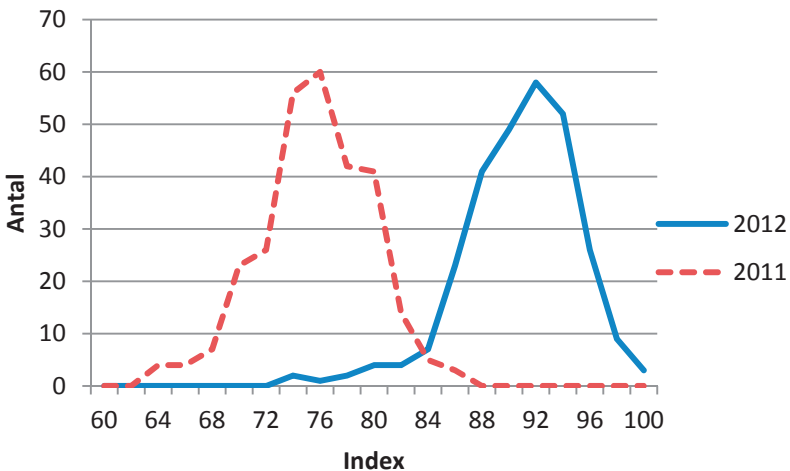


Diagram 4.8 Nöjd kundindex (NKI), 2011, och andel nöjda, 2012. Hemtjänst, medelvärden per kommun.



Bergman och Lundberg (2013) finner att trygghet och bemötande är de två faktorer som inverkar mest på den övergripande bedömningen för särskilda boenden år 2011, medan däremot maten eller att utföraren tar hänsyn till den boendes åsikter spelar mindre roll. Möjligen speglar det senare att en stor majoritet av de boende är dementa. Socialstyrelsen (2013d) finner att nöjdheten minskar

när det egna hälsotillståndet försämras, men stiger med åldern. För äldre på särskilda boenden är trygghet den viktigaste av de sju undersökta kvalitetsaspekterna, följt av måltiderna. För äldre med hemtjänst är tjänsternas utförande viktigast. I båda grupperna är också bemötandet viktigt.<sup>54</sup>

Socialstyrelsen sammanställer årligen, sedan 2008, även kvalitetsdata på enhetsnivå i *Äldreguiden*. Materialet presenteras på internet genom en sökbar databas. Undersökningen bygger på uppgifter som (i 2012 års undersökning) 2 634 äldreboenden och 1 942 hemtjänstenheter själva lämnat, på uppgifter från kommunerna, på registerdata, på granskning av kommunernas webbplatser samt på Socialstyrelsens ovan beskrivna brukarenkät.

I *Äldreguiden* presenteras 16 indikatorer för hemtjänst och 25 för särskilda boenden. För hemtjänsten mäts knappt hälften av indikatorerna på enhetsnivå och resten på kommunnivå; för särskilda boenden avser drygt hälften av indikatorerna enheten. Ungefär hälften av de kommunövergripande indikatorerna är hämtade direkt från brukarundersökningen – exempelvis det övergripande omdömet. Övriga indikatorer kan samtliga sägas avse struktur och process. För särskilda boenden redovisas exempelvis på enhetsnivå olika mått på personaltätet och personalens utbildning samt om tidpunkterna för måltiderna följer riktlinjerna, om det finns individuella kontaktpersoner respektive träningsmöjligheter och andelen boende för vilka läkemedelsgenomgångar genomförts. För hemtjänsten omfattar redovisningen på enhetsnivå huruvida brukarna har kontaktpersoner, andelen som varit delaktiga i planeringen av omsorgen samt om det finns rutiner för hjälp vid särskilda behov.<sup>55</sup>

Fram till 2012 hade *Äldreguiden* en bred målgrupp, men från och med 2013 riktar den sig enbart till äldre och deras närstående, med syftet att vara vägledande vid val av hemtjänst eller särskilt boende. Utifrån de uppgifter som presenteras – och hur de presenteras – framstår emellertid *Äldreguiden* inte som någon idealisk information för detta syfte. Den viktigaste bristen härvidlag är att mått på brukarnöjdhet saknas. Socialstyrelsen hoppas att från och med 2014 kunna presentera äldres egna upplevelser redovisat för varje enskilt äldreboende respektive för kombinationen av

<sup>54</sup> Skillnaderna mellan de två studierna kan dels bero på att enkätundersökningen ändrats, dels på att Bergman och Lundberg gör en multivariat analys på kommunnivå medan Socialstyrelsen förefaller göra bivariata analyser på individnivå.

<sup>55</sup> Mått från en äldre version av *Äldreguiden* låg till grund för de jämförelser mellan kommunala och privata utförare som presenterades i avsnitt 3.3.

hemtjänstområde och utförare, vilket torde öka användbarheten. Hittills har dessa uppgifter, som nämnts, bara redovisats per kommun.

*Öppna jämförelser*, slutligen, bygger på flera källor: Socialstyrelsens brukarundersökning, fem nationella register såsom Svenska Palliativregistret, Riks-Stroke och Svenska Demensregistret, ett par av Socialstyrelsens egna register (t.ex. dödsorsaksregistret och ett register över läkemedelsanvändning), på sammanställningar av kommunernas utgifter för äldreomsorg, en kvalitetsundersökning genomförd av SKL samt, slutligen, på enkäter som riktar till kommuner och utförare. Kvalitetsmåten redovisas på kommunal nivå och mäter framför allt upplevd kvalitet och processkvalitet, med vissa inslag av faktisk resultatmätning (exempelvis väntetid till särskilt boende och återställd funktionsförmåga efter stroke). Syftet med undersökningen är att ge beslutsfattare underlag för uppföljning och utveckling.

#### *Kvalitetsmätningarnas syfte och effekter*

Efter denna genomgång noterar vi att kvalitetsmått inom äldreomsorgen kan ha åtminstone fyra syften:

- Förbättringsarbete
- Beslutsstöd vid individuellt val
- Beslutsunderlag vid upphandling
- Ansvarsutkrävande gentemot utföraren

Ibland finns också ett femte syfte, nämligen att utgöra underlag för bonus eller ersättningsreduktion. Med förbättringsarbete menas dels forskning och utvecklingsarbete på "makronivå", som exempelvis syftar till att utvärdera och utveckla metoder, dels det interna förbättringsarbetet. På samma sätt kan kvalitetsmått signalera internt om problem som måste åtgärdas inom en organisation, men det kan också vara fråga om signalering till huvudmannen och tillsynsmyndigheter, om kvalitetsbrister som är oacceptabla i förhållande till kontraktsvillkoren eller i förhållande till de lagreglerade kraven på god omsorg.

I ett längre perspektiv flyter syftena samman till att i grund och botten handla om att uppnå god omsorg. Exempelvis är det bakomliggande syftet med ekonomiska sanktioner att upprätthålla kvalitet, vilket förstås också är vad som motiverar myndighets-

tillsyn. Likväl menar vi att det är meningsfullt att hålla isär de mer omedelbara syftena.

Hur bra ett kvalitetsmått är måste bedömas utifrån måttets syfte. Sannolikt behövs det olika mått för olika syften. Om ett kvalitetsmått används för flera syften finns också en uppenbar risk att målen ”stör” varandra. Ett exempel på detta är vad som kan hända om kvalitetsmått används både för förbättringsarbete och som underlag för den ekonomiska ersättningen. När utförarna ges ett ekonomiskt incitament att redovisa data på ett visst sätt är risken stor att man bygger in systematiska mätfel, vilket gör det svårare att analysera vilka metoder som fungerar bra och vilka som fungerar dåligt. Det är inte helt ovanligt med kvalitetsmätningar där kopplingen till syftet är oklart. De nationella kvalitetsmätningarna för äldreomsorg har dock renodlats till att fylla distinkta syften, enligt redogörelsen ovan.

En annan distinktion, som vi redan har varit inne på, är den mellan mätningar av utfall, av process och av struktur. Även om det är utfall som är det viktiga, kan det vara lämpligt att också mäta process och struktur. Detta är uppenbart när syftet är att förbättra kvaliteten: om man inte kan koppla utfall till processer och resurser är det svårt att avgöra vad som krävs för att uppnå förbättringar. Men även för andra syften kan det vara meningsfullt att mäta process och struktur. I avsnitt 5.1 diskuterar vi varför innehav av vissa resurser – exempelvis kompetent personal och välutvecklade processer – kan tjäna som indikatorer på framtida hög kvalitet, exempelvis i en upphandling. I de fall där kvalitetskontrollen sker i förväg är det av naturliga skäl inte heller möjligt att mäta utfall.

Kvalitetsmått som används för förbättringsarbete bör mäta sådant som utföraren eller dennes uppdragsgivare kan påverka på ett sätt som identifierar förbättringsmöjligheter och som dessutom är jämförbara över tid. För kvalitetsmått som ska användas som beslutsstöd vid val spelar det däremot mindre roll om utföraren kan påverka måtten eller ej – det viktiga är att brukaren kan göra ett informerat val och förhoppningsvis hamna hos en utförare som passar de egna önskemålen.

Det är önskvärt att standardisera de kvalitetsmått som presenteras. I första hand för att möjliggöra jämförelser mellan olika utförare, men i andra hand även över tid (man kan exempelvis tänkas vilja välja bort en utförare som uppvisar en hög kvalitet om trenden är fallande). Det finns en positiv extern effekt av att göra kvalitetsmått jämförbara. Tyvärr är det dock inte uppenbart att

kvalitetsmått kommer att standardiseras eftersom vissa utförare, såväl privata som kommunala, kan ha incitament att försvåra jämförbarheten. Det gäller uppenbart för utförare som vet att deras prestationer är sämre än genomsnittet. Utförare med goda resultat bör normalt ha motsatt intresse, men om alla utförare presterar sämre än vad brukarna tror kommer ingen utförare att vilja vara den första att redovisa resultaten öppet och transparent. Möjligen kan det också finnas ett strategiskt intresse i att försvåra jämförbarheten, eftersom detta kan försvaga konkurrensen mellan utförarna.

Mycket kan sägas om hur information om olika utförare bör presenteras. Enligt Socialstyrelsen (2012c) vill äldre personer ha jämförbara och aktuella uppgifter om äldreomsorgen från en opartisk avsändare om bland annat följande:

- Personalen och deras kompetens, inklusive tillgången till läkare och sjuksköterskor
- Förekomst av specialistkompetens för demenssjukdomar
- Relationen mellan den äldre personen och personalen (enskilda personer i personalgruppen är ofta mer betydelsefulla än vem som är utförare, och de äldre föredrar låg personalomsättning)
- Pågående och planerade förändringar
- Huruvida man kan nå personalen per telefon
- Maten och förekomsten av olika aktiviteter
- Vilken organisation som ansvarar för driften och vad den organisationen står för
- Vad de äldre och personalen tycker om enheten

Sammanfattningsvis speglar önskemålen många förutsättningar för god vård och omsorg. För att informationen ska vara ändamålsenlig för enskilda individer måste uppgifterna beskriva verksamheten på enhetsnivå.

En modell som vi finner attraktiv är att erbjuda en ”enkel front med djup” där några få väl valda kvalitetsmått presenteras lättillgängligt, samtidigt som mer detaljerad information finns att tillgå för den som är intresserad. Det finns starkt forskningsstöd för att konsumenter i allmänhet, och brukare av välfärdstjänster i synnerhet, fattar sämre beslut om den information som tillhandahålls är komplex och presenteras på ett svårtillgängligt sätt.<sup>56</sup>

---

<sup>56</sup> Se Bergman (2013) för referenser och Besanko m.fl. (2013, kap. 10) för en diskussion.

Kvalitetsmått som ska användas för ansvarsutkrävande gentemot utföraren är kanske de som är svårast att utforma. När det gäller äldreomsorg och andra välfärdstjänster handlar det ofta om kvalitetsdimensioner som är svåra att definiera och mäta och, i synnerhet för en utomstående, observera. Delvis kan dessa svår-mätta kvalitetsaspekter värnas genom ett väl utformat brukarvalssystem, men all äldreomsorg är inte brukarvalsstyrd och det finns svår-mätta kvalitetsaspekter som huvudmannen ändå inte rimligen skulle kunna överlåta till brukarna att bevaka. Samtidigt kan utförarna ha ett i varje fall kortsiktigt incitament att dölja kvalitetsbrister för utomstående inspektörer, i synnerhet om uppdagade brister leder till kännbara ekonomiska sanktioner. Vad som ytterligare komplicerar problemet är att utförarna har ett legitimt krav på att tillsynsmyndigheterna agerar transparent och objektivt och att det framför allt är verifierbara brister som kan beaktas om en tvist mellan tillsynsmyndighet och tillsynsobjekt måste lösas i domstol.

Att avgöra om äldreomsorgen är ”tillräckligt bra” är inte lätt, men det är ofrånkomligt att det finns kvalitetsnivåer som aldrig kan vara acceptabla. Frågan är hur de bäst kan identifieras. Vi menar att omsorgstjänsternas många viktiga men svårdefinierade kvalitetsdimensioner gör det nödvändigt att använda en mängd olika metoder för att mäta kvalitet och för att upptäcka kvalitetsbrister.

En intressant fråga är om tillsynen i huvudsak bör vara lokal, det vill säga bedrivas av den ansvariga huvudmannen (kommunen), eller av centrala statliga myndigheter. Det finns skäl som talar för båda alternativen. Fördelen med lokal tillsyn är att det troligen kommer att vara lättare för kommunen att göra kvalitativa bedömningar eller, annorlunda uttryckt, att utöva sin tillsyn med ett visst mått av välvilligt godtycke. Kommunledningen har starka incitament att se till att verksamheten fungerar i praktiken, eftersom den är ansvarig för äldreomsorgen och regelbundet ställs till svars inför väljarna.

Samtidigt kompliceras lokal tillsyn av att kommunen ofta själv är utförare, och därmed konkurrent till sina tillsynsobjekt. Detta minskar legitimiteten i tillsynen och kan i värsta fall leda till att man blundar för kvalitetsproblem inom egenregiverksamheten. Också det faktum att kommunen har kostnadsansvaret kan leda till att man tolererar kvalitet som egentligen är alltför låg. Slutligen kan givetvis centrala myndigheter uppnå större skalfördelar i vissa typer av tillsyn, särskilt sådan tillsyn som inte fordrar platsbesök.



Exempelvis kan detta gälla för granskning av utförarföretagens ekonomi.

## 5 Marknaden för äldreomsorg

En viktig drivkraft till produktivitetens utveckling i allmänhet är att nya effektiva produktionsenheter etableras på marknaden och att dessa och andra högproduktiva enheter tar marknadsandelar från lågproduktiva enheter (se till exempel Disney, Haskel och Heden 2003). Vad som händer med ineffektiva och lågpresterande utförare (både privata och offentliga) är viktigt: tvingas de till förbättring, slås de ut från marknaden eller tillåts verksamheten fortgå i oförändrat skick? Ett problem med äldreomsorgen är att vi på grund av ett antal marknadsimperfectioner inte kan vara säkra på att "rätt" utförare växer respektive krymper. Ett annat problem är att de positiva aspekterna av den dynamiska konkurrensen måste balanseras mot brukarnas berättigade krav på kontinuitet i verksamheten. På sikt bör utförare med låg kvalitet försvinna från marknaden, genom att de slås ut eller, ännu hellre, genom att de svaga enheterna tvingas till förbättring. Att inte i onödan tvinga brukare att byta utförare är givetvis önskvärt.

Det här kapitlet innehåller vår egen huvudsakliga analys av äldreomsorgen. Vi anlägger ett marknadsperspektiv och fokuserar på hur incitamenten för god kvalitet och effektivt resursutnyttjande påverkas av ersättningsmodeller, inträdes hinder, förekomsten av överkapacitet och professionella normer, samt på hur incitamenten ser ut vid olika marknadsmodeller i form av kombinationer av LOV, LOU och egen regi.

### 5.1 Mekanismer för god kvalitet

Den kanske mest fundamentala marknadsimperfectionen på äldreomsorgsmarknaden är att det är svårt att definiera och mäta många viktiga kvalitetsaspekter. Asymmetrisk information i relationerna mellan utförare, finansier/huvudman och brukare gör

det svårare att få till stånd en väl fungerande marknad. Eftersom de kvalitetsmått som finns inte ger en fullständig bild av äldreomsorgens kvalitet i alla dimensioner är det inte självklart hur hög kvalitet i äldreomsorgen ska kunna garanteras. Man tvingas använda en kombination bestående dels av olika kvalitetskrav på verksamheten, dels andra kvalitetsstärkande mekanismer.

Ett alternativ är att ställa krav på utförare i förväg, för att de ska auktoriseras eller för att deras anbud alls ska prövas i en offentlig upphandling. Man kan också ställa krav på hur äldreomsorg ska bedrivas, vilket kräver inspektioner och tillsyn. Ett annat alternativ är att betygssätta den utförda omsorgen i efterhand. Betyget kan sedan på olika sätt kopplas till utförarens ersättning, alternativt komma att användas i kommande upphandlingar eller som underlag vid enskilda brukares val av utförare. Bedömningarna i de olika leden kan dels avse ”hårda” och mätbara aspekter, dels vara kvalitativa. De kan göras av huvudmannen (kommunen), av centrala myndigheter eller av brukarna. Utförarnas volymer – och därmed deras lönsamhet – kan påverkas av brukarval, men också av huruvida avtal förlängs eller inte.

Enligt direktiven till den pågående Ägarprövningsutredningen (Fi 2012:11) är tillgången till relevant information och möjligheten att välja och välja bort utförare det bästa sättet att säkra god kvalitet. Samtidigt anger utredningens direktiv att det inom välfärdssektorn finns hinder som gör det svårt att välja och att välja om, vilket motiverar tydliga regelverk och effektiv tillsyn för att säkerställa att endast seriösa aktörer är verksamma.

Upphandlade kontrakt för äldreomsorgen innehåller regelmässigt förlängningsoptioner, men precis som för mycket annan offentlig upphandling utnyttjas dessa optioner närmast slentrianmässigt, vilket försvagar deras incitamentseffekter. Förlängda kontrakt kan förvisso innebära att fasta kostnader undviks, men kan också bero på att berörda tjänstemän vill undvika besvär för sig själva eller på dålig framförhållning på underbemannade upphandlingsenheter.

Den sista av de uppräknade mekanismerna, volymer som reagerar på (observerbar men inte kvantifierbar) kvalitet, används inom äldreomsorgen framför allt i samband med valfrihetssystem, som ju både kan omfatta upphandlade särskilda boenden och tjänster som upphandlats genom ett LOV-förfarande. För utföraren försvinner poängen med att sänka kvaliteten om detta ganska snart leder till att brukarna vänder sig till andra utförare.

Genom att brukarna reagerar på detta sätt kan man säga att en ryktes- eller varumärkesmekanism introduceras, vilket ju annars i stort sett är oförenligt med upphandlingsregler. Denna mekanism fungerar förmodligen bäst på stora utförare som verkar på en kundvalsmarknad.

### *Krav vid upphandling eller auktorisation*

Förhandsbedömningar, exempelvis i en tillstånds- eller ägarprövning eller som kvalificeringskrav för att få delta i en offentlig upphandling, kan avse såväl mätbara egenskaper som icke-mätbara kvalitativa egenskaper. Som exempel på det förra kan nämnas personalens formella kompetens och erfarenhet, liksom utförarens finansiella ställning. Kvalitativa bedömningar kan göras av inlämnade dokument som beskriver hur anbudsgivaren tänkt utföra och kvalitetssäkra sin verksamhet.

Ur ett teoretiskt perspektiv kan förhandsgranskning påverka den faktiskt levererade kvaliteten på tre olika sätt. För det första kommer det för utförare som har vissa egenskaper att vara relativt sett billigare att leverera tjänster med hög kvalitet. I och med att de har mindre att tjäna på fusk och slarv kommer de att välja en högre kvalitetsnivå. Med kompetent personal och väl dokumenterade rutiner kommer utföraren att ha mindre att vinna på att leverera lågkvalitativa tjänster. Förekomsten av rutiner och hög kompetens garanterar inte att dessa följs eller att resultatet blir bra – men kostnaden för att göra rätt minskar (se till exempel Shapiro, 1986.) Det kan i själva verket vara svårt att få kompetent personal att acceptera en alltför låg kvalitetsnivå, medan det omvänt kommer att vara svårt för inkompetent personal att leverera god kvalitet. Man kan uttrycka det så att ett positivt urval utifrån mätbara egenskaper minskar omfattningen av opportunism.

För det andra kan man upprätthålla en jämvikt där det lönar sig att leverera god kvalitet. Detta genom att i den kvalitativa bedömningen premiera utförare som tidigare presterat väl i icke-mätbara kvalitetsdimensioner – eller omvänt, genom att missgynna dem som presterat särskilt dåligt. Här har alltså utföraren visserligen ett kortsiktigt ekonomiskt incitament att sänka kvaliteten, men detta övervägs av ett långsiktigt incitament som drar åt andra hållet. Det är beställarens kvalitativa bedömningar som gör att det ligger i utförarens långsiktiga intresse att inte agera

opportunistiskt eftersom utförarens rykte då skulle försämrats, vilket skulle straffas i framtida förhandsbedömningar. En förutsättning är förstås att beställarsidan får göra kvalitativa bedömningar. En annan förutsättning är att kvalitativa bedömningar av redan utförda uppdrag tillåts påverka förhandsprövningen inför ett nytt uppdrag. Därtill kommer att det inte är helt självklart att beställaren alltid agerar i enlighet med samhällets intresse.

För det tredje innebär en krävande prövningsprocess en etableringskostnad. För att täcka denna måste företaget hinna vara verksamt en tid på marknaden. Förutsättningarna att lyckas med detta är bättre för ett seriöst företag. Dessutom är det troligen enklare för ett seriöst företag att uppfylla inträdeskraven. En tuff prövning av nya företag blir ett etableringshinder, vilket begränsar konkurrensen, men ger de etablerade utförarna incitament att hålla så hög pass kvalitet att de inte riskerar att förlora sitt tillstånd. Se avsnitt 5.3 för en fördjupad diskussion av denna mekanism. Det kan också finnas anledning att ställa krav på att utföraren har ett visst minsta eget kapital. Detta för att minska risken att utföraren lämnar marknaden vid en tillfällig motgång, vilket åtminstone vad gäller äldre i särskilda boenden vore förenat med betydande olägenheter (se vidare avsnitt 5.2).

Förutom generell tillståndsprövning kan beställaren också ställa krav som gäller specifikt för en viss upphandling. Som nämnts gäller i dag att en LOV-etablering av ett särskilt boende kräver tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg, vilket inte är fallet för LOU-kontrakt.<sup>57</sup> Till skillnad från i sjukvården, och snart även inom skolan, finns det inget legitimationskrav knutet till äldreomsorgen (bortsett från rena sjukvårdstjänster).

Förhandskontroll, t.ex. genom en ägar- eller tillståndsprövning, kan utestänga leverantörer som saknar förmåga att leva upp till de krav beställaren har. Det kan exempelvis gälla utförare som saknar de personella resurser, i form av vårdpersonal eller pedagogisk personal, som krävs för att producera de aktuella tjänsterna. Däremot kommer en sådan prövning inte med automatik att garantera att utföraren väljer att anstränga sig i sådan utsträckning att de levererade tjänsterna faktiskt också håller rimligt hög kvalitet.

Vid offentliga upphandlingar kan kommunen i princip ställa tre olika typer av krav och önskemål. För det första obligatoriska krav,

---

<sup>57</sup> Se dock vår diskussion i avsnitt 2.5.

dvs. krav som utföraren *måste* uppfylla inför en upphandling, för att dennas anbud alls ska prövas. För det andra kvalitetsönskemål som används för att utvärdera olika anbud mot varandra, s.k. utvärderingskriterier. För det tredje kontraktsvillkor, dvs. sådana krav som inte nödvändigtvis behöver gälla vid anbudstillfället, men som däremot ska gälla under kontraktstiden för den som vinner anbudet. Kontraktsvillkor reglerar i en vidare mening utförarens och tjänstens kvalitet under kontraktstiden. Obligatoriska krav och utvärderingskriterier speglar i huvudsak utförarens egenskaper vid upphandlingstillfället och inte nödvändigtvis den kvalitet som råder under kontraktstiden.

Kommunerna ställer typiskt sett ett stort antal krav i upphandlingarna, vilket framgår av en rapport från Health Navigator (2013). I rapporten redovisas en undersökning av de krav som ställs, uppdelade i kategorierna strukturkrav, processkrav och resultatkrav. Rapporten finner att kraven i huvudsak avser struktur och process, medan mindre än fem procent avser utfall (se avsnitt 4.3 för definitioner). Strukturkrav stod för cirka en tredjedel och processkrav för cirka två tredjedelar av alla krav. Typiska processkrav är att rutiner ska dokumenteras och lagar och regler ska följas. Ett exempel på ett resultatkrav är att alla ska få bo kvar i sin lägenhet (inom det särskilda boendet) till livets slut.

Det behöver inte vara fel att ställa processkrav och krav på utförarens egenskaper vid upphandlingstillfället, eftersom sådana krav kan påverka den kvalitet som tillhandahålls under kontraktstiden och eftersom resultat kan vara svåra att mäta. Men uppdragsgivaren bör tänka igenom hur de krav som ställs på utföraren kommer att påverka kvaliteten på den tjänst som levereras. Det bör finnas en nära koppling mellan, å ena sidan, struktur och process och, å andra sidan, resultat.

Bergman och Lundberg (2009, 2012, 2013) och Bergman (2013) diskuterar olika aspekter av hur kvalitetskrav (på produkten) bör utformas rent principiellt och hur de kan vägas samman med ett pris. Om kvalitet är observerbart och om kostnaden för olika kvalitetsnivåer är känd, spelar det inte så stor roll om vinnande anbud utses utifrån lägsta pris, genom att pris och kvalitet vägs samman eller genom rena kvalitetsupphandlingar med låst pris. När graden av osäkerhet är låg kan utfallet förväntas bli ungefär detsamma med alla metoderna.

Däremot spelar valet av utvärderingsmodell roll när kvaliteten inte är objektivt mätbar och när kostnaden för olika kvalitetsnivåer

är okänd. En upphandling baserad på lägsta pris gör det svårare att ta hänsyn till kvalitativa aspekter, vilket riskerar att leda till sämre kvalitet. Utvärderingsmodellen medför däremot relativt låga transaktionskostnader, vilket tenderar att ge god konkurrens och att gynna mindre utförare. Omvänt väger kvalitativa aspekter tyngre när urvalskriteriet är högsta kvalitet vid ett fast pris, eller när kvalitetsaspekter värderas högt i förhållande till anbudspriset. Rätt utformad kan en sådan upphandlingsmodell ge god kvalitet, men å andra sidan blir transaktionskostnaderna höga, stora företag gynnas och konkurrensen tenderar att försvagas.

Givetvis är det också så att om man läser ersättningen på en låg nivå kommer kvaliteten att bli därefter, även när man väljer det företag som erbjuder högst kvalitet. Rena kvalitetsupphandlingar har dock fördelen att (styck)kostnaden är känd i förväg, vilket förenklar den kommunala budgetprocessen. Eftersom LOV-system bygger på fast ersättning kan det vara lämpligt att använda samma modell också för upphandlade särskilda boenden och kommunens egna enheter. Med andra ord talar även konkurrensneutralitetsskäl för en fast ersättning per brukare (eller timme) vid upphandling. Vi förordar att kommunen om möjligt låter upphandlad verksamhet konkurrera direkt med kommunens egen regi och mot utförare som erbjuder sina tjänster genom LOV.

Bergman och Lundberg (2009) betonar att kvalitet och pris *inte* bör värderas med modeller som räknar om pris till poäng och sedan väger ihop pris- och kvalitetspoäng. Detta är särskilt olämpligt om prispoängen beräknas med en relativ metod, dvs. med en metod som beräknar poäng utifrån relationen mellan det egna budet och andra inkomna bud. I praktiken är dock detta den vanligaste modellen för offentlig upphandling i allmänhet; den används i cirka 50 procent av fallen. Ett allvarligt problem med viktningsmodeller som räknar om pris till kvalitetspoäng, är att de inte är transparenta för beställare och utförare. Detta kan leda till att beställaren köper något annat än vad denne egentligen vill ha och till att det blir svårt för utförarna att lämna anbud. Ännu värre blir det när relativa metoder används. Detta kan leda till besynnerliga avvägningar mellan pris och kvalitet som omöjligen kan spegla beställarens önskemål, och till att rangordningen mellan två budgivare kan påverkas av ett tredje bud, trots att detta inte alls är konkurrenskraftigt. Om man vill ta hänsyn både till pris och till kvalitet bör man i stället använda en modell som värderar kvalitet i kronor och som sedan beräknar ett utvärderingspris enligt formeln:

### *Utvärderingspris = Anbud – kvalitetsvärde*

Kvalitetsvärdet beräknas som värdet av den kvalitet som anbudsgivaren erbjuder, jämfört med den lägsta acceptabla kvalitetsnivån. Exempelvis kan upphandlaren kräva att anbudsgivaren har väl dokumenterade rutiner (ett obligatoriskt krav) men fastställa att *mycket* väl dokumenterade rutiner (ett utvärderingskriterium) har ett tillkommande kvalitetsvärde på en miljon kronor. Om anbudsgivare A, som bara har väl dokumenterade rutiner, erbjuder priset 4,5 Mkr och anbudsgivare B, som har mycket väl dokumenterade rutiner, erbjuder priset 5 Mkr, beräknas de två utvärderingspriserna till 4,5 respektive  $5 - 1 = 4$  Mkr. Anbudsgivare B vinner upphandlingen och erhåller en ersättning motsvarande anbudet, dvs. 5 Mkr.<sup>58</sup>

Oavsett om man använder viktningssmodellen eller den mer ändamålsenliga värderingsmodellen, finns risk att priset i praktiken blir helt utslagsgivande. Detta kan hända om kvalitetskraven sätts så låga att alla anbud får maxpoäng på kvalitet eller om kvalitetsbedömningarna är så generösa att alla anbud hamnar i den allra översta delen av kvalitetsskalan. En genomgång av samtliga 67 upphandlingar av särskilt boende från januari 2011 till juni 2012 ger ett visst stöd för att detta i praktiken är relativt vanligt. Bland de upphandlingar som kombinerade pris och kvalitet fanns flera där samtliga anbud fick närliggande kvalitetspoäng. Av de vinnande anbuden i dessa kombinerade pris- och kvalitetsupphandlingar hade 43 procent lägsta pris, men inte högsta kvalitet, medan 24 procent hade högsta kvalitet, men inte lägsta pris (Health Navigator 2013).

### *Kontroll och uppföljning*

Kommunerna måste också kontrollera utföraren under kontraktets löptid, då man inte bara kan förutsätta att utförarna levererar god omsorg enligt avtalets intentioner. Eftersom de olika kontrollmekanismer som då kan komma till användning bara delvis fångar upp samma problem, är det lämpligt att använda inte bara en utan många olika metoder. Generellt är vår bedömning att uppföljningen av äldreomsorg är mer omfattande och ändamålsenlig än vad som gäller för flertalet andra typer av offentlig upphandling.

---

<sup>58</sup> Givetvis kan man använda en variant där utvärderingspriset beräknas som anbud plus det mervärde, jämfört med lägsta acceptabla nivå, som budet erbjuder.



Detta framstår också som rimligt, med tanke på att brukargruppen, speciellt de allra äldsta, är svag och har stort behov av adekvat omsorg.<sup>59</sup> Vi tror dock att det går att ytterligare öka och systematisera kvalitetsuppföljningen: kommuner med svaga uppföljningssystem behöver lära av kommuner som kommit längre i kvalitetsarbetet.

En annan viktig aspekt är att kontrollsystemen används på lika sätt för privata och kommunala utförare, i synnerhet om kommunen öppnat för konkurrens. Förutom att kontrollen kan bidra till högre kvalitet skapar likabehandling bättre legitimitet och det kan också vara en förutsättning för att brukarna ska få god information inför ett val av utförare. Härnäst diskuterar vi de viktigaste mekanismerna för kontroll och uppföljning.

*Brukarundersökningar* bör vara en viktig komponent i kvalitetsuppföljningen. De fångar upp de boendes (eller deras anhörigas) subjektiva uppfattning och kan därmed mäta mjuka kvalitetsaspekter som annars skulle vara svåra att fånga upp. Brukarnöjdhetsmätningar gör, på sätt och vis, det omätbara mätbart. Genom att fråga många brukare om deras subjektiva upplevelser skapas ett kvantitativt mått på kvalitativa observationer, där sådant som känsla av trygghet (eller otrygghet), respektfullt bemötande och medmänsklig värme kommer att spela in.

Brukarundersökningar kan uppfylla åtminstone två syften. För det första kan de identifiera kvalitetsbrister – hos utföraren eller vad gäller vissa aspekter av omsorgen, såsom maten, möjligheten att påverka osv. För det andra kan de utformas så att de ger stöd vid valet av utförare av hemtjänst eller särskilt boende. Detta skapar i förlängningen ett tryck på utförarna att hålla god kvalitet, eftersom de annars riskerar att stå med tomma platser eller möta mindre efterfrågan.

I valsituationen är det viktigt att informationen presenteras på ett lättillgängligt och informativt sätt. Brukarnas genomsnittliga övergripande omdöme bör lyftas fram, medan utfallen på särskilda områden, såsom mat eller möjlighet till inflytande, bör finnas tillgängliga för dem som tycker att dessa aspekter är särskilt viktiga. Det är också bra om undersökningarna standardiseras, så att de blir mer jämförbara mellan utförare och över tid (se Bergman, 2013, och de referenser som anges där).

---

<sup>59</sup> En mer cynisk förklaring är att medialt intresse och uppmärksamhet från anhöriga tvingat kommunerna att utveckla sina granskningsystem.

*Referenser* eller omdömen från uppdragsgivaren efter avtals-tidens slut kan även de grunda sig på kvalitativa observationer. Detta innebär – eller snarare, skulle kunna innebära – en formalisering av en mekanism som diskuterats tidigare i det här avsnittet, att i förhandsbedömningen på ett subjektivt sätt väga in de erfarenheter man har av en viss utförare. Subjektiviteten kanske inte minskar särskilt mycket, men den flyttar från en betygs-sättning vid anbudsvärderingen, till en efter fullgjort kontrakt. Emellertid förutsätter detta egentligen att referenser ges på ett standardiserat och systematiskt sätt, något som i dag tyvärr är ovanligt. Vår rekommendation är att kommuner inom en region (eller möjligen nationellt) enas om en princip för att avge referenser efter slutförandet av kontrakt inom omsorgssektorn.

Flertalet kommuner utför *föranmälda inspektioner*, typiskt sett med hjälp av en checklista på kanske ett 100-tal punkter, vanligen en gång per år. Vid sådana inspektionsmöten deltar verksamhetschefen och en eller flera representanter för kommunen. De brukar fokusera på exempelvis utförarens dokumentation och kvalitets-säkerhetssystem, samt eventuella uppkomna problem och fram-förda klagomål.

*Oanmälda inspektioner* förekommer mindre ofta. En fördel med dessa är förstås att man kan observera enheten i ett normaltillstånd, exempelvis vilken hygienstatus som råder och om bemanningen är adekvat. En annan fördel är att de inte kräver lika mycket förberedelse-tid från utförarens sida. Å andra sidan är de mindre ändamålsenliga för mer ingående diskussioner om rutiner och upplevda problem. Det är också så att många saker knappast går att fuska med inför en anmäld inspektion, varför fördelen av överraskningsmomentet inte ska överdrivas. Det är exempelvis svårt att snabbt ta fram dokumentation av rutiner eller att i efterhand konstruera personalliggare. Det finns också gränser för vad man kan få personalen att göra. Skulle ett företag försöka använda sig av systematisk och omfattande manipulation exponerar man sig för risken att någon i personalen väljer att informera myndigheter eller media om vad som pågår.

Enligt vår uppfattning talar emellertid mycket för att oanmälda inspektioner borde utökas på bekostnad av föranmälda inspekt-ioner. Motivet till detta är att oanmälda inspektioner visar verksamhetens normaltillstånd och minskar utförarens förberedel-sekostnader betydligt jämfört med föranmälda, samtidigt som de i

dag tycks förekomma betydligt mer sällan än vad föranmälda inspektioner gör.

Olika former av *egenkontroll* och rapporteringskrav används ofta inom äldreomsorgen. Utföraren förväntas dokumentera och rapportera exempelvis sjukskrivningar och personalomsättning till huvudmannen, liksom avvikelser enligt Lex Maria samt göra anmälningar till MAS, medicinskt ansvarig sköterska. Därutöver krävs normalt en årlig verksamhetsrapportering. Vidare utgör inrapporterade uppgifter underlag för i första hand *Öppna jämförelser* och *Äldreguiden*.

*Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och andra myndigheters kontroll* avser, vad gäller IVO, främst ad hoc-inspektioner och inspektioner på förekommen anledning. Därutöver förekommer mer eller mindre regelbundna kontroller från Arbetsmiljöverket och från kommunens miljö- och hälsoskyddsinspektörer.

*Deltagande observation* är en teknik som ibland används inom exempelvis pedagogisk och etnologisk forskning. Metoden innebär att en observatör under en längre tid deltar i verksamheten – i det här fallet kanske under flera dagar. Enligt uppgift är metoden ovanlig men likväl förekommande. Mot bakgrund av de höga kostnaderna kommer deltagande observation sannolikt inte att användas rutinmässigt. Däremot kan man tänka sig att den kan komma till användning inom ramen för utvecklingsprojekt.

*Medial granskning* är relevant för äldreomsorgen; det har skrivits många reportage om olika utförares kvalitet. Den här nyhetsvärderingen innebär att media i dag utövar en hård disciplin av stora privata utförare. Det kan räcka med rapporter om en skandal på ett boende för att ett helt varumärke ska drabbas väldigt hårt. Att Carema har sålt både sin sjukvårds- och hemtjänstverksamhet samt bytt namn på den resterande omsorgsverksamheten till Vardaga, illustrerar att företagets varumärke tog rejält med stryk i samband med den mycket kraftiga negativa publicitet man fick 2011, till stor del kring ett enda äldreboende. Det ekonomiska priset för ett kritiserat företag kan bli väldigt högt om flera kommuner väljer bort företaget vid nya entreprenader och förlängningar av gamla, samt om även brukarna i flera kommuner försöker undvika företaget.<sup>60</sup>

---

<sup>60</sup> Vi tar här inte ställning till skuldfrågan i det aktuella fallet eller till om missförhållanden är mer eller mindre vanliga i privata eller kommunala äldreboenden. Vår poäng är att medial granskning kan skapa eller förstärka en varumärkes- och rykteseffekt för framför allt stora privata företag. Se Stenshamn (2013) för en granskning av medierapporteringen om äldreboendet Koppargården.

Sammanfattningsvis menar vi att kommunerna och övriga myndigheter med tillsynsansvar för äldreomsorgen bör använda många olika metoder för kvalitetsgranskning. Detta eftersom kvaliteten är svår att observera och mäta och, förstås, eftersom det är viktigt med bra kvalitet. Med tanke på förhandskontrollens betoning på process och struktur är det rimligt att efterkontrollens fokus flyttas mot resultatqualität, inklusive nöjdhetsmått av upplevd kvalitet.

### *Kundval*

För att kundval ska ge upphov till goda kvalitetsincitament krävs att brukarna är informerade om kvalitet och väljer på basis av sin information, samt att utförarnas ersättning påverkas av dessa val. Det gäller också att undvika att modellen blir alltför kostnadsdrivande. Framför allt inom sjukvården innebär vårdgivarnas frihet att själva besluta om lämpliga behandlingar en risk för att allt fler, och för vårdgivarna lönsamma, behandlingar och undersökningar genomförs. Det finns alltså ett visst utrymme för manipulation från utbudssidan.

Givet att tillgången till äldreomsorg bygger på biståndsbedömningar förefaller däremot den risken vara begränsad. Men det gäller då att biståndsbedömningarna inte snedvrids till följd av att de inom ett valfrihetssystem blir direkt styrande för brukarnas konsumtion och kommunens kostnader.

I figur 5.1 gör vi en schablonmässig bedömning av hur väl brukarval kan förväntas fungera för äldreomsorg jämfört med skola och sjukvård. Vi gör bedömningen utifrån två aspekter: kostnaden för brukaren att göra ett omval respektive hur väl omfattningen av tjänsten är definierad. Utifrån dessa aspekter är slutsatsen att hemtjänst passar ovanligt bra för brukarval.

Tjänstens omfattning är jämförelsevis väldefinierad inom äldreomsorgen, liksom inom skolan. För individen är det påfrestande (och i samhällsekonomisk mening dyrt) att byta skola eller äldreboende, men mindre så för hemtjänst (och, ofta, sjukvård).

Figur 5.1 Brukarval och egenskaper hos välfärdstjänster.

Kundval		Kostnad för omval	
		Lägre	Högre
Omfattningen av tjänsten väldefinierad	Mer	Hemtjänst	Särskilt boende, Skola
	Mindre	Sjukvård	

Figuren fokuserar på brukarvalssystemets egenskaper sett ur brukarens perspektiv. Det som därmed inte fångas upp är utförarens incitament. Vi har redan berört att höga inträdeströsklar kan ge goda incitament för hög kvalitet i dimensioner som är svåra att mäta. Eftersom inträdeströsklarna är mycket små för hemtjänst finns i detta avseende en risk.

Sammanfattningsvis bör brukarvalssystemet ur brukarnas perspektiv fungera relativt väl för i synnerhet hemtjänst, men på den marknaden finns risk för att oseriösa aktörer träder in, speciellt inom ramen för ett LOV-system. (Se avsnitt 5.3.) På marknaden för särskilt boende försvagas brukarvalets gynnsamma effekter i stället av att det är så påfrestande för brukarna att byta utförare. Slutsatsen är att brukarval kan ha gynnsamma effekter på båda delmarknaderna, men inte kommer att lösa alla problem. Därför kommer både myndigheternas kvalitetskontroll och kontraktens utformning att spela stor roll.

### *Andra mekanismer*

I verksamheter med LOU-kontrakt är det inte lika tydligt som inom LOV att prestationen påverkar chansen till framtida försäljning (det vill säga chansen att vinna ett framtida kontrakt).

Det är inte tillåtet att handla upp efter renommé och det är sällan troligt att det kommer gå att ta mer betalt för högre kvalitet. Därmed blir utförarnas incitament att leverera högre kvalitet än utlovat inte så starka.

Förlängningsoptioner är nog den enklaste mekanismen som kopplar prestation till framtida försäljning. Exempelvis kan ett upphandlat kontrakt för driften av ett äldreboende sträcka sig över tre–fyra år med möjlighet till en lika lång förlängning. För att få positiva effekter är det viktigt att kontrakten inte förlängs slentrianmässigt, utan att det finns en reell risk för utföraren att inte få förnyat förtroende. Detta kräver i sin tur troligen ett aktivt policybeslut från kommunens sida – i annat fall kommer man ofta inte att ha de resurser som krävs för att genomföra en upphandling tidigare än man ursprungligen tänkt sig.

Systematiska referenser och resultat i brukarundersökningar kan också användas för att skapa dynamiska kvalitetseffekter även inom LOU. Exempelvis kan goda uppnådda brukarnöjdhets- och goda referenser från tidigare uppdrag väga in vid utvärderingen av anbud. Den uppenbara nackdelen med den här typen av återkoppling mellan upphandlingar är att man riskerar att missgynna nya företag. Nackdelen bör dock inte vara oöverstiglig. Dels kan ett nytt företag uppväga bristen på goda referenser genom ett lägre pris, dels kan man tänka sig att tidigare referenser väger mindre tungt eller inte alls vid ”enklare” uppdrag, såsom hemtjänst inom ett LOV-system, i synnerhet om det också finns möjlighet att ”slänga ut” dåliga utförare.

## 5.2 Ersättningsmodeller och ekonomiska incitament för bättre kvalitet

Enligt uppgift förekommer inte *kvalitetsbonus* i kontrakt på marknaden. Det finns dock enstaka exempel på liknande belöningar; till exempel delar Solna ut ett kvalitetspris på 50 000 kronor vid en årligt återkommande kvalitetsdag.

*Vitesklausuler* förekommer i viss utsträckning i kontrakten och kan utlösas exempelvis om utföraren inte har sjuksköterskor närvarande i den utsträckning som kontrakten föreskriver. Man bör emellertid vara uppmärksam på att ekonomiska incitament är kraftfulla och på att vitesklausuler inte löser alla problem. Om de inte uppmuntrar det man vill uppnå finns stor risk att ekonomiska

incitament snedvrider mer än de hjälper.<sup>61</sup> Exempelvis kan ersättning per patientmöte leda till att läkare delar upp det som annars hade varit ett möte till två, utan att patienten får mer sammanlagd tid eller bättre hjälp. Ett annat exempel, som finns dokumenterat i litteraturen, är att incitament baserade på att en tillräckligt hög andel av patienterna med vissa symptom får adekvat behandling, kan slå fel. Tanken med incitamentet var förstås att fler skulle få rätt behandling. Det visade sig dock att läkarna minskade inrapporteringen av dessa symptom, eftersom även detta ledde till en högre kvot, medan det däremot var oklart om antalet patienter som faktiskt fick adekvat behandling ökade (Gravelle m.fl. 2010).

Ett annat problem med negativa ekonomiska incitament som viten är att de inte alltid påverkar företag med finansiella problem. Ett företag som befinner sig på konkursens rand kommer i vissa fall att ställas inför perversa incitament där det endast finns en ekonomisk uppsida om en chansning (till exempel på låg kvalitet) är lyckosam medan nedsidan, konkurs, är densamma oavsett hur illa det går.<sup>62</sup> Att tvinga ett företag i konkurs kan förvisso verka avskräckande på andra, men lite uppnås i det aktuella fallet där brukarna kan få ta en hård smäll och dessutom kan konkurshotet som sagt förvrida utförarens incitament. Därför är det önskvärt med finansiellt starka utförare, speciellt på marknaden för särskilt boende där en konkurs drabbar brukarna hårdare än på hemtjänstmarknaden. Detta kan eventuellt motivera att införa vissa krav på relationen mellan eget kapital och skulder, eller på bankgarantier eller någon annan form av försäkring.

### 5.3 Inträdeshinder

Inträdeshinder utgör en viktig bestämningsfaktor för konkurrens och utveckling på en marknad. Hindren kan vara teknologiskt bestämda eller sammanhännga med hur kunderna agerar, men de kan

---

<sup>61</sup> Enligt litteraturen om *multitasking*, exempelvis Holmström och Milgrom (1991) och Milgrom och Roberts (1992), kommer aktörer som belönas med ekonomiska incitament att fokusera på de aktiviteter som är mest lönsamma för dem själva, det vill säga där belöning i förhållande till ansträngning kan förväntas bli den högsta. Samtidigt finns gränser för hur starka incitamenten kan vara, i synnerhet om det är svårt att mäta resultat eller om resultatet även beror på annat än aktörens eget agerande, vilket kan göra det svårt att balansera incitamenten mellan olika uppgifter. Om huvudmannen inte vill att aktören ska fokusera på en eller ett par uppgifter kan styrkan i incitamenten eller, alternativt, frihetsgraderna för egna beslut, minskas. En annan lösning är att organisera om verksamheten så att varje enskild aktör ges en mer specialiserad uppgift.

<sup>62</sup> Fenomenet kallas ibland för *gambling for resurrection*.

också vara orsakade av regler.<sup>63</sup> Ibland kan etablerade företag använda sig av strategier som höjer inträdeshindren. Exempelvis kan sådana företag knyta kunderna till sig med hjälp av långa avtal eller rabattkonstruktioner som gör det svårt för nya företag att växa gradvis. Man kan även tänka sig att etablerade företag utövar påtryckningar på myndigheterna att fastställa regler som till synes syftar till något gott ändamål, men som (också) får till resultat att det blir svårare för nya företag att träda in. De krav vid upphandlingar eller vid auktorisation som vi redan har diskuterat fungerar som inträdeshinder inom äldreomsorgen.

När inträdeshindren är höga – när det är dyrt att etablera sig på marknaden – kommer få företag att etablera sig. De företag som lyckas övervinna hindren kan, å andra sidan, dra fördel av den begränsade konkurrensen och i allmänhet förvänta sig goda vinster. I en långsiktig jämvikt kommer så många företag att etablera sig på marknaden att vinstnivån konvergerar till att ungefär täcka kostnaderna för att träda in på marknaden. I varje fall gäller detta för det marginella nytillträdande företaget. Om företagen är asymmetriska är det i högsta grad möjligt att etablerade företag gör goda vinster samtidigt som ett nytt företag nått och jämt täcker sina kostnader. Asymmetri kan i sin tur bero på att det är en fördel att vara först på en marknad, att vissa företag har tillgång till unika resurser eller att företagen helt enkelt är olika effektiva.

### *Inträdeskostnader*

På marknaden för äldreomsorg är inträdeshindren väsentligt olika för hemtjänst och för särskilda boenden. Vidare finns skillnader mellan upphandlad äldreomsorg och sådan omsorg som erbjuds via ett valfrihetssystem.

Vid upphandling av driften av särskilda boenden erbjuder kommunen normalt en lämplig fastighet och det behövs inget särskilt tillstånd för att bedriva verksamheten. Vidare kan personal övertas från kommunen eller från den föregående entreprenören. Däremot krävs finansiella och personella resurser för att ett företag ska ha en rimlig möjlighet att lägga ett konkurrenskraftigt bud, vilket kan kosta flera hundra tusen kronor. I genomsnitt inkommer

---

<sup>63</sup> Skalfördelar i produktionen är ett teknologiskt inträdeshinder. Att kunder ibland är obenägna att byta leverantör är ett inträdeshinder på efterfrågesidan. Patent, andra immateriella rättigheter och myndighetstillstånd är exempel på inträdeshinder som är regelstyrda – där reglerna förvisso också har gynnsamma effekter.



cirka sju anbud per process.<sup>64</sup> Därtill måste företaget ha ledningspersonal med mångårig erfarenhet från branschen och det krävs en viss finansiell styrka också för att anbudet ska framstå som trovärdigt. Sammantaget krävs alltså betydande resurser för att konkurrera om upphandlade entreprenader. Ett nystartat företag som bedömer sina chanser att vinna upphandlingar som genomsnittliga och som konkurrerar i en genomsnittlig upphandling, måste kalkylera med etableringskostnader på ett par miljoner kronor för att med rimligt hög sannolikhet vinna minst ett anbud och måste därutöver rekrytera ett par personer med lång bransch-erfarenhet.

Det är svårare att etablera ett särskilt boende inom ett valfrihetssystem. Liksom vid en upphandling krävs att utföraren inte blir utesluten från urvalsprocessen, vilket man kan bli på grund av ekonomiska problem, allvarliga fel i yrkesutövningen, eller av lämnande av ofullständiga eller felaktiga upplysningar. Sedan krävs att utföraren uppfyller samtliga krav som den upphandlande kommunen satt upp, samt erhåller ett tillstånd från IVO.<sup>65</sup> Den stora affärsrisken är emellertid fastigheten och anställning av personal. Att bygga ett medelstort äldreboende kan medföra en investering i storleksordningen 100 miljoner kronor och därmed en årlig kostnad på 5–6 miljoner kronor eller mer, vilken måste betalas oavsett om företaget kan locka boende eller inte.

Utöver risken för att lokalen delvis kommer att stå outnyttjad krävs, liksom vid upphandling, att personal med relevant ledningserfarenhet rekryteras, men i detta fall måste hela personalstyrkan anställas, vilket kan innebära en månatlig personalkostnad på cirka en miljon kronor. Även om personalen delvis kan rekryteras i takt med att boende flyttar in, är alltså inträdeshindren väsentligt högre än vid en offentlig upphandling. Att starta ett hem i liten skala med några få boende och successivt bygga ut verksamheten är inte attraktivt med tanke på att de fasta kostnaderna innebär att den minsta effektiva skalan för ett särskilt boende ligger kring 40–50 platser. Vidare är inträdeshindren vid LOV höga även om fastigheten ägs och finansieras av ett fastighetsbolag. I så fall måste, enligt branschpraxis, utföraren teckna ett cirka 15-årigt hyresavtal. Därtill kommer att fastighetsbolaget torde vara ovilligt att erbjuda ett hyresavtal till en okänd utförare

---

<sup>64</sup> Health Navigator (2013) uppger att en upphandling som avser drift av äldreboende i medeltal lockar åtta budgivare, varav sju klarar kvalifikationskraven.

<sup>65</sup> Se dock vår diskussion i avsnitt 2.4.

utan dokumenterad branschfarenhet. Enligt vår bedömning är det svårt att etablera sig inom ett valfrihetssystem utan att riskera tio miljoner kronor eller mer.

I jämförelse framstår etableringshindren för hemtjänst som mycket små. I stort sett behövs bara en bil, enklare utrustning och en eller ett par personer. Genom att kommunen på sin hemsida och via biståndshandläggarna informerar om vilka leverantörer som finns begränsas även behovet av marknadsföring. Detta gäller i ännu högre grad för de kommuner som fördelar icke-väljare lika mellan utförare.<sup>66</sup>

Ovanstående bedömningar ska ses som en grov uppskattning. Vi tror dock att det är rimligt att de finansiella inträdeshindren förhåller sig ungefär som 1 till 10 till 100 vid en jämförelse mellan hemtjänst genom LOV, upphandlade särskilda boenden och boenden som erbjuds via ett LOV-system. I samtliga fall gäller att det finns ett utbytesförhållande mellan entreprenörernas kompetens och erfarenhet inom äldreomsorgen och det finansiella åtagandet. En entreprenör som själv saknar erfarenhet från branschen måste i högre utsträckning anställa kompetent personal, vilket medför en högre finansiell risk. Därtill kommer sannolikt banker och fastighetsbolag att kräva ett större finansiellt åtagande från en ägare utan erfarenhet. De låga ekonomiska inträdeshindren för hemtjänst talar för att marknaden för privat utförd hemtjänst kommer att präglas av hård konkurrens. Myntets baksida är samtidigt risken för att oseriösa utförare lockas in på marknaden, vilket vi utvecklar i nästa avsnitt.

De skalfördelar som finns i äldreomsorgen för till exempel dokumentation och metodutveckling, kan också verka som inträdeshinder. För hemtjänst är "täthetsfördelar" (*economies of density*) viktigast, då långa körningar mellan brukarnas hem kan sänka verksamhetens effektivitet radikalt. Detta ger en ytterligare, rent logistisk, anledning för utförarna att rikta in sig mot sammanhållna befolkningskluster, exempelvis genom etnisk eller språklig profilering. För stora och mer professionella företag kan bristen på täthetsfördelar medföra att etableringströskeln är relativt hög för ett LOV-system och mindre för en upphandling. För små och oetablerade företag kan det vara tvärtom; det behöver inte vara ett alltför stort problem om man i början bara får jobba enstaka timmar. Genom att täthetsfördelar är lättare att uppnå för aktörer

---

<sup>66</sup> Se Konkurrensverket (2013) liksom vår diskussion i avsnitt 5.4.

som etablerar sig tidigt på marknaden kommer dessa även att dra fördel av att andra aktörer ställs inför ett inträdeshinder i form av utspridda kunder.

### *Regulatoriska inträdeshinder och betydelsen av vinst*

Mängden krav som ställs i förfrågningsunderlag (eller för godkännande i ett valfrihetssystem) kan ses som inträdeshinder (i en genomsnittlig LOU-upphandling finns, som nämnts, fler än 200 skall-krav). De många obligatoriska kraven i upphandlingar fyller två funktioner. För det första får man ett urval av utförare som har lägre kostnader för att göra rätt (se avsnitt 5.1.) För det andra innebär kostnaden i sig, som vi i föregående avsnitt uppskattade till ett par hundra tusen kronor per anbud, att oseriösa aktörer avskräcks. Att ett företag tar på sig en relativt hög kostnad är i sig en signal om att man har för avsikt att vara kvar i branschen. Mekanismen är ungefär densamma som vid marknadsföring: reklam kan vara informativ och kan ändra en produkts image, men framför allt är det faktum att ett företag är villigt att ta en hög kostnad för marknadsföring en signal om långsiktighet. I längden kan bara seriösa företag räkna med att vara kvar, då de oseriösa företagens affärsidé är att göra en snabb vinst genom att sälja undermåliga produkter till kunder som i förväg inte kan bedöma deras kvalitet.

Med andra ord kan det finnas ett värde i att ställa krav som vid första anblick framstår som överflödiga, på grund av att de dels ökar kostnaden för anbudsgivningen, dels är svåra att följa upp. En till synes rimlig ståndpunkt är då att kraven saknar verkan på kvalitet och bara driver upp kostnaden. Emellertid torde kostnaden för att hantera kraven normalt vara lägre för seriösa företag. Investeringskalkylen blir därmed mer gynnsam, eftersom de även kan räkna med att bli mer långlivade i branschen och därför över tid kan slå ut kostnaden över en större försäljning. Krav som ser ut att vara till för att motverka opportunist har istället en positiv effekt på urvalet av utförare.

En första förutsättning för ovanstående resonemang är emellertid att försäljningen någon gång faktiskt minskar eller upphör för de oseriösa aktörerna. Så är fallet om ett upphandlat kontrakt hävs, vilket kan hända vid riktigt allvarliga kvalitetsbrister. Det gäller också om avtalet har förlängningsoptioner som bara

utnyttjas om kvaliteten är god, eller om dålig kvalitet blir en belastning vid framtida upphandlingar. Marknader med offentlig upphandling är mer sårbara för oseriösa aktörer eftersom reglerna påbjuder att objektiva bedömningskriterier används, vilket i sin tur gör det svårare att ”straffa” företag som lyckats leverera undermålig kvalitet utan att bryta mot avtalens formella bestämmelser (se Bergman 2013).

En andra förutsättning är att de seriösa aktörerna får en lönsamhet som motiverar dem att övervinna inträdeshindren och att därefter fortsätta att leverera god kvalitet. Genom att inträdeshindren begränsar konkurrensen skapas en så kallad kvasiränta, en avkastning på den initiala kostnaden att kliva över hindren. Moroten för att leverera god kvalitet i dag är möjligheten att fortsätta åtnjuta denna kvasiränta i framtiden.<sup>67</sup> Omvänt gäller att om det statiska konkurrenstrycket blir får hårt, så att vinsterna nästan helt försvinner, så försvagas incitamenten att upprätthålla kvaliteten. Samma sak gäller förstås om möjligheten till vinstuttag elimineras. Därmed blir inträdeshindrens optimala nivå och det optimala konkurrenstrycket i branschen en fråga om att väga kortsiktig kostnadseffektivitet (som uppnås med ett lågt pris) mot långsiktiga kvalitetsincitament (som uppnås med ett högre pris).

Utän att gå alltför djupt in i debatten om vinster i välfärden konstaterar vi att vinsten ur samhällets synvinkel alltså inte bara ska ge företagen incitament och utrymme att investera – den ska också ge företagen incitament att upprätthålla kvalitet i dimensioner som inte är lätta att mäta på kort sikt. Självklart finns andra sätt att värna kvalitet. Den traditionella lösningen inom välfärdssektorn har varit att organisera produktionen i offentlig regi och att förlita sig på professionella normer. Nackdelen med den modellen är dels en sannolikt sämre kostnadseffektivitet, dels vissa svårigheter att förena den med brukarval. I andra länder har man prövat att öppna välfärdssektorn enbart för icke-vinstsyftande organisationer. Därmed kan man få både god kvalitet och valfrihet (om än inte lika stor), men kanske inte samma kostnadseffektivitet som med vinst-

---

<sup>67</sup> Samma logik gäller enligt teorin om *efficiency wages*, som här kan fungera som ett illustrativt exempel. Enligt denna teori måste lönen sättas högre än vad som till synes skulle vara den marknadsklarerande nivån, den nivå där lönen precis kompenserar den marginella arbetarens alternativkostnad för att arbeta, eftersom arbetstagarna måste ges incitament som motverkar tendensen till opportunistisk. Om det finns utrymme att bete sig opportunistiskt på jobbet räcker det inte att det finns en viss sannolikhet att detta upptäcks och leder till avsked, eftersom den som blir arbetslös omedelbart skulle kunna hitta ett nytt jobb med samma lön. Istället måste lönen höjas en bit över den skenbara jämviktsnivån, så att arbetslöshet uppstår och så att en reell kostnad förknippas med att bli arbetslös.

syftande företag. Vidare anses icke-vinstsyftande organisationer ha svårare att skaffa kapital, vilket förutom att hämma investeringarna gör att en konkurrensutsättningsprocess enbart driven av icke-vinstsyftande organisationer kan förväntas gå långsammare.

En möjlighet att påverka inträdeshindren är att standardisera kraven. Om alla eller många kommuner ställer likartade krav minskar inträdeskostnaden per upphandling. Samtidigt gynnas i viss mån stora och etablerade företag på bekostnad av nyutträdande företag; det stora företaget kan slå ut engångskostnader på många upphandlingar och det etablerade företaget har redan tagit kostnaden att skriva det första anbudet. Detta hävdas ofta vara en nackdel, men sett ur ett djupare ekonomiskt perspektiv är det alltså inte självklart att så är fallet. Låga inträdeströsklar underlättar, enligt vår tidigare diskussion, för oseriösa företag.

I jämförelse med LOU påverkar LOV troligen inträdeshindren olika för hemtjänst och särskilt boende. LOV kan förväntas gynna små företag på hemtjänstmarknaden, men större företag på marknaden för särskilt boende. Som vi har sett kräver etablerandet av ett särskilt boende inom ett LOV-system mycket kapital och att fastighetsägaren har ett långsiktigt förtroende för utföraren. LOV förefaller däremot relativt enkelt att introducera för hemtjänsten, vilket också överensstämmer med att en majoritet av kommunerna har infört detta system i hemtjänsten, medan endast några få kommuner har gjort det för särskilt boende.

Att detta också kan leda till inträde av oseriösa aktörer är ett problem. Trots att detta givetvis inte är önskvärt, kan det ändå ses som mindre allvarligt än om oseriösa utförare får möjlighet att driva särskilda boenden. För det första är det enklare för brukarna att värdera kvaliteten på hemtjänst jämfört med på särskilt boende. Det beror både på brukarna själva, som är yngre och friskare, men också på tjänsten, som jämfört med särskilt boende har ett lägre vårdinnehåll och därmed är lättare att förstå. För det andra är det enklare att byta utförare om man inte är nöjd med hemtjänsten. Att byta äldreboende är en svår process under livets sista år som endast några få av brukarna är villiga att genomgå. För det tredje är brukarna inom hemtjänsten trots allt något mindre sårbara än de som bor på särskilda boenden.

## 5.4 Utbud och kapacitet

För att kundval ska innehålla reella valmöjligheter måste det finnas en viss överkapacitet på marknaden. Detta gäller generellt för flertalet marknader: restauranger, detaljhandel, hotell och researrangörer. Även flera tjänstebranscher har vanligen kapacitet att vid varje given tidpunkt ta in fler kunder. I vissa fall är detta mindre uppenbart, framför allt i branscher där tid eller plats måste bokas långt i förväg. Ett exempel är konserter, men även bilverkstäder, frisörer, och tandläkare försöker boka sina kalendrar så fulla som möjligt. Men det är bara de företag som har något bra att erbjuda som verkligen lyckas med detta.

Ledig kapacitet hos flera leverantörer ger kunderna en reell möjlighet att välja. Delvis skapas förstås en sådan möjlighet om man kan vänta på att ledig kapacitet uppstår: exempelvis för att få ett ledigt bord på den populära restaurangen nästa vecka, eller en ledig plats på ett populärt äldreboende nästa månad. I den mån behovet inte är akut och i den mån det således finns en flexibilitet i tiden, är det ur det här perspektivet inte helt nödvändigt med ledig kapacitet. Tilldelning av plats vid särskilda boenden görs normalt genom en prioritering både utifrån kötid och utifrån hur akut behovet är. Den som har bättre möjlighet att vänta har därför bättre möjlighet att välja. Dock urholkas tjänstens värde med långa väntetider, även för dem som finner det värt att vänta.

Den disciplinerande effekten av kundval försvinner eller försvagas om alla leverantörer kan känna sig säkra på att få avsättning för hela sin kapacitet. För att en marknad med icke-verifierbar kvalitet ska fungera väl krävs att dåliga leverantörer får kännas vid en minskad efterfrågan. När ryktet sprider sig om det illa fungerande äldreboendet bör konsekvensen bli att det uppstår tomma platser. Leverantören tvingas därmed vidta åtgärder för att höja kvaliteten och återställa förtroendet – eller lämna marknaden. På så sätt kan överkapacitet förväntas ha en positiv inverkan både på problemet med negativt urval och på problemet med opportunist. Seriösa och produktiva utförare kan växa på de oseriösa och improduktivas bekostnad, samtidigt som alla utförare disciplineras av risken att försättas i en situation med stor överkapacitet. Ur ett dynamiskt perspektiv kan överkapacitet ses som en nödvändig merkostnad som gör att ett valfrihetssystem kan fungera väl.

En kommun som inför ett kundvalssystem förlorar delvis kontroll över utbudssidan. Beslutet att etablera nya äldreboenden och att anställa personal till hemtjänsten tas inte längre av kommunen utan av marknaden. Kommunen kan delvis styra utbudet genom sina biståndsbedömningar och genom att fastställa prisnivån. En högre dags- eller timersättning kommer att locka fler utförare till marknaden och därmed att öka graden av överkapacitet. En förekommande metod för att fastställa ersättningsnivån är att utgå från kommunens egna kostnader. Detta framstår som en rimlig första approximation, men det finns också juridiska hinder att låta ersättningen avvika väsentligt från uppskattad kostnad, då en alltför hög ersättningsnivå i förhållande till kostnaden kan betraktas som ett otillåtet statsstöd (Konkurrensverket 2013).

Ett problem i sammanhanget är att ersättningsnivån har två roller att spela. Nivån påverkar både vilken kvalitet som kan erbjudas och hur stort utbudet blir. Den förra aspekten har bl.a. belysts i en rapport av konsultföretaget Health Navigator (2013). Den senare aspekten inses lätt genom ett enkelt räkneexempel. Anta att kostnaden för en plats i ett särskilt boende är 1 500 kronor per dygn men att ersättningen sätts till 1 600 kronor. Vid fritt inträde och konkurrens mellan symmetriska leverantörer (dvs. leverantörer som uppfattas som helt och hållet likvärdiga) kan man förvänta sig att en plats av 16 kommer att stå tom: intäkten från 15 platser ( $15 \times 1\,600$ ) täcker precis kostnaden för 16 platser ( $16 \times 1\,500$ ).

Dilemmat är alltså att en ökad ersättning, från exempelvis 1 500 till 1 600 kronor, vilken syftar till en högre kvalitetsnivå, i själva verket kan resultera i ett större antal tomma platser vid bibehållen kvalitet. På sikt kan man förvänta sig en viss kvalitetshöjning, genom att efterfrågan ökar för de bästa hemmen och minskar för de sämsta, vilket skapar en kvalitetspress uppåt. Men det finns ingenting som säger att hela höjningen av ersättningsnivån leder till högre kvalitet, och ingen garanti att avvägningen mellan ledig kapacitet och högre kvalitet blir optimal. Med hänvisning till ekonomisk terminologi kan man säga att antalet instrument är färre än antalet mål (Dixit och Stiglitz 1977; Mankiw och Whinston 1986). Det finns därför anledning att försöka använda fler instrument för att påverka kvalitetsnivån. I annat fall finns risk att högre ersättningsnivåer bara lockar fler och fler utförare som alla erbjuder

ungefär samma låga kvalitet, med påföljd att de extra resurserna delvis används för att betala för tomma platser.

Biståndsbedömningen och ersättningen bestämmer tillsammans kommunens kostnader i ett valfrihetssystem. På en marknad där utbudet hela tiden står redo att möta efterfrågan till ett givet pris är det efterfrågan som bestämmer marknadens storlek. Tidigare har biståndsbedömarnas goda vilja och lagstadgade skyldighet att erbjuda omsorg balanserats av en fysisk brist på platser. För biståndsbedömarna blir beslutssituationen en annan om beslutet att bevilja plats direkt genererar en kostnad, jämfört med en situation där beslutet innebär en plats i kön till ett begränsat antal platser som fördelas till de mest behövande.

Ytterligare en aspekt är hur icke-väljarna fördelas. Den vanligaste metoden tycks i dag vara att plats erbjuds vid någon av de enheter som kommunen driver i egen regi. Alternativt tillämpas någon form av rullande turordningsschema, exempelvis i bokstavsordning. I vissa fall kommer nya utförare in i schemat först efter en viss tid och i vissa fall erbjuds möjlighet för privata utförare att inte stå med på turordningslistan. I enstaka fall upphandlas platser för icke-väljare separat och det förekommer också undantagsvis att privata boenden prioriteras efter uppmätt kvalitet eller utfall i brukarundersökningar (Konkurrensverket 2013).

Sett ur ett dynamiskt perspektiv, utifrån målet att premiera god kvalitet, framstår det som mest ändamålsenligt att fördela icke-väljare till de särskilda boenden som redan har den högsta beläggningen, alternativt till de boenden som får bäst resultat i kvalitets- och brukarnöjdhetmätningar. Ett näst bästa alternativ kan vara att placera icke-väljarna i kommunens egna enheter, medan det sämsta alternativet är att låta icke-väljarna kompensera de utförare som får många tomma platser för att de valts bort av aktiva väljare. Ur detta perspektiv kan det också vara rimligt att vänta med att placera icke-väljare hos nya utförare eller att i varje fall låta nya utförare börja på sista plats i turordningsschemat. Vad gäller konkurrensneutralitet är det emellertid mindre tillfredsställande att kommunen gynnar den egna regin. Åtminstone bör detta vara tydligt angivet för företaget som etablerar sig på marknaden.

En relaterad aspekt har att göra med människors förmåga och villighet att göra aktiva val. Om det till exempel förhåller sig så att högutbildade är mer benägna att göra aktiva val (kanske därför att



de är bättre på att samla in och analysera information) talar även fördelningskäl för att ickevalsalternativet ska hålla hög kvalitet.

## 5.5 Normer

Vi konstaterar inledningsvis att professionella normer är viktiga för god äldreomsorg. Vi konstaterar också att normer är trögörliga men på sikt påverkbara; de kan stärkas, ändras eller urholkas (Lindbeck 1997; Lindbeck och Nyberg 2006). I ett längre perspektiv påverkas också normer genom selektion in i yrket. Betydelsen av professioner har framhållits inom välfärdssektorn, främst inom sjukvården där läkarna utgör en mycket stark profession med tydliga egna normer.<sup>68</sup> En profession kännetecknas av att vara autonom i yrkesutövningen; chefer och kunder har förhållandevis litet inflytande på det arbete som professionens ofta väldigt välutbildade medlemmar utför. Wilson (1989, s. 60) definierar en profession som en grupp, vars medlemmar genomgått specialiserad utbildning och som har välutvecklade handlingsnormer, inom vilken yrkesmässig respekt från andra gruppmedlemmar är en betydelsefull del av belöningen för arbetsinsatsen.

Professionella normer och *public service motivation*, eller inneboende motivation för samhällsnytta, kan ta sig olika former. Man brukar skilja mellan målidentifiering och ”handlings-engagemang” (task involvement).<sup>69</sup> Med det förra menas att individens målfunktion i stor utsträckning sammanfaller med samhällets: man vill nå ett resultat som är gott för samhället (eller, i vissa situationer, för arbetsgivaren). Exempelvis vill läkaren att patienten ska bli frisk. Med det senare menas att arbetsuppgifterna i sig är tillfredsställande: läkaren tycker om att behandla patienter, läraren trivs med att undervisa, forskaren vill forska och så vidare. Man kan också tänka sig att en arbetstagare helt enkelt föredrar att arbeta för ett företag eller en organisation som man uppfattar som ”god”.<sup>70</sup>

Samtidigt som en profession kan vara svårstyrd har professionella normer den fördelen att personalen självmant kan

---

<sup>68</sup> Se Dixit (2002) för en översikt av teorin för incitament i och organisation av den offentliga sektorn; se även Francois (2000).

<sup>69</sup> Galbraith (1977); se Francois (2000), för empiriska referenser.

<sup>70</sup> Gregg m.fl. (2011) påvisar att anställda i icke-vinstsyftande verksamheter är mer benägna att arbeta obetald övertid och argumenterar för att detta drivs av att människor som är mer villiga att ”donera arbete” söker sig till den ideella sektorn.

fatta rätt beslut, oberoende av organisationens styrning och ledning. Ideella organisationer och stora delar av den offentliga sektorn bygger delvis på att normer kan utnyttjas på detta sätt. Personer som gärna arbetar inom en organisation vars målsättning de sympatiserar med, kan erbjudas lägre löner och personer som trivs med att utföra de arbetsuppgifter som leder fram till målet behöver inte ges lika starka incitament att anstränga sig eller, annorlunda uttryckt, styras lika hårt (Dixit 2002). När professionen kännetecknas av målidentifiering, snarare än av ”handlings-engagemang”, är det något svårare för huvudmannen att exploatera ”agenternas” motivation, av skäl som vi återkommer till nedan.

Psykologer har betonat att det sätt på vilket en relation uppfattas kan påverka individens motivation (Nowland-Foreman 1998; se även Akerlof och Kranton 2005). Om arbetsgivaren uppfattas som huvudsakligen intresserad av vinst eller andra profana motiv, eller om alltför hård styrning införs, kan arbetstagaren förlora den positiva känslan av att den egna insatsen bidrar till ett bättre samhälle.<sup>71</sup> Själva det faktum att arbetsgivaren är vinstsyftande, snarare än en icke-vinstsyftande privat organisation eller en enhet inom den offentliga sektorn, kan göra att arbetstagarens motivation minskar, dvs. att målidentifieringen svalnar eller upphör.<sup>72</sup>

Om vi för tillfället lämnar relationen mellan arbetsgivaren och arbetstagaren inom välfärdssektorn, kan vi notera ett nära relaterat forskningsfält som rönt växande intresse de senaste åren: hur införandet av till synes rimliga incitamentsmekanismer kan få negativa konsekvenser. Ett klassiskt exempel är betalning för donerat blod. Förutom att sänka kvaliteten på det donerade blodet (öka risken för smitta) genom att attrahera fel donatorgrupper, kan också antalet donatorer minska. När donatorer får betalt uppfattas deras handling inte längre som en lika stark signal på altruistiskt beteende och det blir därför mindre intressant för den ursprungliga gruppen att vara givare. Slutsatserna av detta exempel ska dock inte dras för långt. Vid ett fältexperiment i Schweiz framkom att donationer av blod ökade markant om givarna belönades med

---

<sup>71</sup> Som ett exempel genomför Falk och Kosfeld (2006) ett experiment där en uppdragsgivare kan välja att kontrollera en uppdragstagare genom att ange ett produktionskrav. Det visar sig att ett sådant krav *minskade* uppdragstagarens produktion genom att denne upplevde att uppdragsgivaren var misstänksam och begränsade handlingsutrymmet.

<sup>72</sup> Se även Ellingsen och Johannesson (2008) för en relaterad men mer allmän diskussion av betydelsen av uppskattning som drivkraft för ansträngningar – och hur denna kan inverka på oväntade sätt på den optimala utformningen av incitamentskontrakt.

deltagande i ett lotteri (Götte m.fl. 2008). Ett annat exempel är (måttliga) avgifter för föräldrar som hämtar sina barn för sent från deras barnomsorg, där avgifterna kan tolkas som en rättighet att köpa barnpassning i stället för som ett incitament att hålla tiden. För referenser och en allmän diskussion om när yttre ekonomiska incitament kan försvaga interna drivkrafter att "göra det rätta", se Gneezy m.fl. (2011).

Francois (2000) betonar en annan mekanism som kan påverka förhållandet mellan en professionell yrkeskår och deras uppdragsgivare och som kan göra det svårt för arbetsgivaren att exploatera personalens goda vilja, i synnerhet om arbetsgivaren är ett vinstsyftande företag. Utgångspunkten är här, i motsats till en del av den ovan citerade litteraturen, att individens preferenser är stabila. En idealistiskt lagd person som verkar inom en profession kommer då att känna samma målidentifiering, oavsett om arbetsgivaren är vinstsyftande eller inte. Det problem som kan uppstå är i stället en variant av "snålskjutsåkarfenomenet". Även om individen vill att målet ska nås, blir individens nytta ännu större om någon annan gör de uppoffringar, t.ex. i form av hårt arbete till låg lön, som krävs för att målet ska nås.

För att målidentifiering ska vara ett effektivt sätt att sänka kostnaderna eller öka kvaliteten till en given kostnad krävs att principalen (arbetsgivaren) kan binda sig till att *inte* se till att målet nås, för det fall agenten (den anställde) inte anstränger sig tillräckligt. När det gäller mätbara mål är det emellertid svårt för ett företag som har ingått ett kontrakt om att leverera en tjänst, att binda sig på detta sätt gentemot arbetstagaren, eftersom man då kommer att bryta mot kontraktet med beställaren. Om huvudmannen däremot är den offentliga sektorn själv eller en ideell organisation som frivilligt tillhandahåller tjänster, är det lättare att åstadkomma en sådan bindning. Arbetstagaren kommer helt enkelt att känna att om han eller hon inte gör ett bra jobb kommer det inte att bli gjort och målet med verksamheten kommer inte (fullt ut) att nås.

Slutsatsen, utifrån Francois teori, är alltså att själva det faktum att arbetsgivaren är vinstsyftande gör arbetstagaren mindre ansvarstagande. Man offrar inte lika mycket av sin fritid gratis för ett vinstsyftande företag som man gör för en offentlig arbetsgivare eller för en icke-vinstsyftande organisation. Som alltid har dock myntet två sidor. Om alltför mycket ansvar lastas på personalen, utan åtföljande resurser och befogenheter, blir följden stress och

utbrändhet. Men om en kultur utvecklas där personalen tar alltför litet ansvar blir följderna kvalitetsbrister. Det gäller därför att hitta en bra balans mellan olika drivkrafter och att kombinera olika styrmodeller på ett lämpligt sätt, snarare än att välja en renodlad ytterlighetsmodell. (Se t.ex. Le Grand 2007.)

Flera studier och även debattinlägg uttrycker en oro för att marknadsorienterade reformer minskar utrymmet för professionella normer. Detta antingen genom att normerna eroderas av exempelvis hård styrning, eller därför att vinstsyftande företag har sämre förutsättningar att tillvarata (eller exploatera) personalens normer. Vad gäller äldreomsorgen har professionen inte varit lika stark som läkarnas, vilket kan ha inneburit att de professionella normerna lättare har kunnat trängas undan vartefter tjänsten har blivit mer marknadsorienterad (Kastberg 2010). Ett alternativt synsätt är dock att det fanns mindre att förlora, varför vinsterna av att införa gängse marknadsmässiga styrsystem mer sannolikt översteg kostnaderna.

Men det finns också studier som ger en annan bild. Le Grand (2007) betonar att normstyrda organisationer också kan ha betydande svagheter. Kostnaderna kan bli höga i stället för låga om professionen får ett starkt inflytande över budgetprocessen och professionen kan utveckla normer som inte är i samklang med samhällets eller brukarnas. Det finns en risk för att professionen intar ett alltför paternalistiskt förhållningssätt gentemot brukarna, med betoning på exempelvis medicinskt utfall i stället för på deras rätt till information, delaktighet, val och självbestämmande.

Marknadsreformer med inslag av val kan leda inte bara till ett större brukarinflytande utan också till förskjutningar inom en profession, till exempel genom att allmänläkare ökar sitt inflytande på specialistläkarnas bekostnad, vilket har observerats i Storbritannien (Kastberg 2010). Normer ska heller inte ses som något som en profession har monopol på. Entreprenörer har också normer, liksom personal som inte kan räknas till någon profession. Även för dessa grupper gäller rimligen slutsatsen att belöningsystem kan stärka såväl som destabilisera normer (Gneezy m.fl. 2011). Ur detta perspektiv framstår det som rimligt att tro att väl utformade valsystem mycket väl kan förstärka goda normer, medan upphandlingar, givet dagens ganska stelbenta regelverk och betoning på pris och mätbara kvalitetsaspekter, framstår som mer riskabla.

När det gäller äldreomsorgen kan vi konstatera att personalen överlag har kortare utbildning, lägre lön och inte besitter lika mycket prestige som exempelvis läkarkåren. Inte desto mindre är det viktigt att goda yrkesnormer så långt som möjligt upprätthålls, eller till och med förstärks. En första och mer konkret slutsats är att det är viktigt att upphandlingar, kundvalsmodeller, kontrakt och kvalitetsuppföljning utformas så att de goda normerna förstärks, snarare än försvagas. Detta kan ske genom att faktiska och långsiktiga resultat betonas, exempelvis genom kvalitativa professionella bedömningar, brukarnöjdhetsundersökningar och uppföljning av ”hårda” och relevanta utfallsmått, såsom överlevnad och frånvaro av fallskador, trycksår och undernäring, snarare än att dokumenterade rutiner granskas i efterhand. Att personalomsättningen minskar är förmodligen också önskvärt i detta hänseende.

Akerlof och Kranton (2005) betonar att en arbetsgivare kan investera i att utveckla goda normer hos sin personal. Inom äldreomsorgen finns en principal-agentkedja i två led. Från huvudmannen till utföraren och sedan vidare till utförarens personal. Utföraren är agent i förhållande till huvudmannen, men principal i förhållande till de anställda. Huvudmannen bör, som nämnts, utforma sina styrsystem så att utförarens normer påverkas i gynnsam riktning, men också så att utföraren har incitament att i sin tur investera i att utveckla goda normer hos personalen.

En annan slutsats kring yrkesnormer inom äldreomsorgen rör biståndsbedömarnas roll, vilken ändras när brukarvalssystem och fritt inträde införs. Tidigare satte de ett övre tak för hur mycket bistånd en viss person kunde få, medan det reella taket sattes genom ett politiskt budgetbeslut i kombination med professionella bedömningar på mellancheftsnivå. När pengarna inte räckte till det maximalt beviljade biståndet tvingades organisationen själv ransonera.

I det nya systemet kommer biståndsbedömningarna att dimensionera de totala kostnaderna, vilket ökar kravet på återhållsamhet, men också på rättvisa och objektivitet i bedömningarna för att upprätthålla legitimiteten. Detta kan i sin tur tvinga fram en byråkratisering, t.ex. genom det som brukar benämnas ICF, som står för International Classification of Functioning, Disability and Health.

ICF är ett kvantitativt system för standardiserad biståndsbedömning som liknar sjukvårdens DRG-system. Tanken är att

biståndsbedömningarna ska bli mer systematiska och mindre godtyckliga. Brukarens behov bedöms utifrån medicinskt observerbara kriterier och detta styr sedan hur mycket omsorg man får. Ett exempel kan illustrera principen: Kan man lyfta armen till huvudet? Om inte måste man beviljas tid för hjälp med tandborstning.

ICF har hittills testats av 5–10 kommuner och används redan i Finland och Norge. Införandet av ett standardiserat system för biståndsbedömningar är resurskrävande och har såväl för- som nackdelar. Det blir mer objektivt, vilket ger större rättvisa mellan olika biståndsbedömare och underlättar jämförelser mellan kommuner. Men det leder samtidigt till en byråkratisering, med därav följande kostnader och minskad flexibilitet. I förlängningen finns också en risk att professionens normer påverkas negativt, eftersom systemet minskar handlingsutrymmet för biståndsbedömarna och kanske även för omsorgspersonalen.<sup>73</sup> Detta ska dock vägas mot att systemet skulle kunna motverka eventuella ekonomiska krav på biståndsbedömarna att bevilja färre insatser, vilket skulle kunna *förhindra* att motivationen urholkas. Socialstyrelsen är så här långt nöjd med de utvärderingar som gjorts av ICF och rekommenderar utökad användning av systemet.

## 5.6 LOU, LOV och egen regi – ett system eller flera?

Det går inte utan vidare att överföra ett särskilt boende som drivs på entreprenad eller som drivs i egen regi till ett LOV-system med en privat utförare. Att omvandla ett befintligt hem till ett LOV-hem för en viss utförare skulle vara en otillåten direktupphandling, där ett visst privat företag skulle gynnas i förhållande till andra. Den framkomliga vägen är därför att ett LOV-system införs gradvis, genom att privata utförare bygger egna hem eller hyr från specialiserade fastighetsägare, alternativt att ett kommunalt hem hyrs ut till en entreprenör när det står tomt, exempelvis efter en större renovering. Vad gäller befintliga fastigheter för äldreboende kan alltså övergången till LOV-systemet bara ske på lång sikt, i takt med fastighetsbeståndets förnyelse.

---

<sup>73</sup> Jämför diskussionen om effekten av DRG-systemet på läkarnas professionella etik. När DRG-systemets ekonomiska konsekvenser slår igenom långt ned i organisationen kan det bli frestande att manipulera redovisning och klassificering, eftersom de ”hårda” konsekvenserna av systemet kanske inte uppfattas som legitima. En möjlig lösning är att *inte* låta små enheters intäkter vara DRG-styrda.

Däremot är det möjligt att införa LOV partiellt. Det skulle i så fall innebära att vissa äldreboenden ägs eller hyrs av entreprenörer som erbjuder platser enligt LOV, medan andra drivs av entreprenörer som vunnit en upphandling och ytterligare andra drivs i egen regi. Det är också möjligt att låta valfrihetssystemet få genomslag på samtliga tre typer av hem, genom att full valfrihet införs mellan kommunens samtliga särskilda boenden (och kanske också särskilda boenden i grannkommunerna).

Vidare är det möjligt att låta de tre typerna av utförare få ersättning enligt LOV-systemet. Den entreprenör som vunnit en upphandling om driften av ett äldreboende behöver då inte garanteras intäkter för samtliga platser: intäkterna kan göras beroende av hur många brukare som väljer det aktuella boendet. Det förutsätter förstås att avtalet inte garanterar utföraren full beläggning. I en sådan situation skulle det vara frestande för en kommun som infört brukarval att styra icke-väljare till upphandlade särskilda boenden med tomma platser, eftersom man annars riskerar att få betala dubbel ersättning.

Stockholms kommun har ett system där ersättningen fullt ut följer brukaren, oavsett om denne väljer ett upphandlat särskilt boende, ett som erbjuds enligt LOV eller en av kommunens egna enheter. Därmed uppstår samma disciplinerande kraft för upphandlade boenden som för LOV-hem. Kundvalssystemet möjliggör konkurrens mellan de olika enheterna, oavsett driftsform.

Det framstår som rimligt att ersättningsnivån är densamma för de tre typerna av boenden. Att åstadkomma detta är dock svårare än det först kan verka, framför allt på grund av lokalfrågan. Utföraren får vanligen disponera LOU-hem gratis, då det är själva verksamheten som läggs ut på entreprenad. För samtliga driftsformer gäller att en del av lokalkostnaderna täcks av de boende, enligt normala principer för hyra av lägenheter. När utföraren har huvudansvaret för lokalerna, dvs. inom ett LOV-system, måste utföraren emellertid få ersättning för övriga utrymmen. I annat fall skulle sådana utförare diskrimineras i förhållande till utförare som driver boenden på entreprenad efter att ha vunnit en upphandling. Vanligen får utförare med kostnader för lokaler (utöver de boendes lägenheter) en schablonmässigt högre ersättning, enligt uppgift vanligen i storleksordningen 100–150 kronor per dygn och plats.

Med LOV finns i stort sett alltid konkurrens – på kort sikt om det finns lediga platser och på något längre sikt eftersom inträdeshindren ofta är måttliga i relation till marknadens storlek.

Med LOU kanske det bara finns konkurrens vid upphandlingen, såvida inte en fortlöpande konkurrensutsättning sker genom ett brukarvalssystem. För verksamhet i egen regi kanske det inte alls finns konkurrens.

Inom hemtjänsten kan konkurrensutsättningsprocessen ha stor effekt på marknadsutvecklingen och graden av privatisering. I Solna är drygt 70 procent av hemtjänsten privat utförd. En starkt bidragande orsak till detta är att kommunen valde att avgränsa sex geografiska distrikt när kundvalet infördes, enligt den s.k. tårtbitsmodellen. De godkända utförarna tilldelades inledningsvis monopol på var sitt hemtjänstdistrikt, men redan efter tre månader fick brukarna byta utförare om de ville. Linköping, med knappt 60 procent privat utförd hemtjänst, hade utförare med ansvar för var sitt område i flera år innan man införde kundval. Givet betydelsen av täthetsfördelar i hemtjänsten har sådana sekventiella modeller en fördel då en riskjusterad inträdeskalkyl kan bli positiv för fler utförare, samtidigt som kommunens fördel av att redan vara etablerad motverkas. Dock kan man här jämföra med Nacka och Danderyd som redan i ett tidigt skede gav brukarna valfrihet. Detta har lett till en, såvitt vi kan bedöma, välfungerande marknad med skarp konkurrens och begränsade marknadsandelar för de stora nationella företagen.

I sammanhanget kan nämnas att Upphandlingsutredningen föreslagit att det inom ramen för LOU ska vara möjligt att genomföra ett brukarvalssystem med ett *begränsat* antal utförare. En kommun som bedömer att det är lämpligt med exempelvis fem utförare kan då välja ut de fem bästa, enligt angivna kriterier, och sedan låta brukarna välja mellan dessa. Med ett LOV-system måste kommunen i stället släppa in alla utförare som uppfyller kraven. En fördel med ett begränsat antal utförare är att utförarna lättare kan uppnå skalfördelar, en annan fördel är att det antagligen blir lättare att stänga ute de sämsta utförarna. Med stor sannolikhet kommer LOU att ändras så att detta blir möjligt under 2014.





## 6 Slutsatser och rekommendationer

Jämfört med andra välfärdstjänster fungerar privatisering och konkurrensutsättning relativt väl för äldreomsorg. Även om kvalitet, vinst och valfrihet har debatterats intensivt de senaste åren, har äldreomsorgen i ett längre perspektiv inte gett upphov till några stora politiska strider under framväxten av dagens svenska välfärdsmo­dell. I motsats till vissa teoretiska farhågor och omskrivna anekdoter finns ingen systematisk evidens för att privatiseringen av den svenska äldreomsorgen har lett till kvalitetssänkningar i de fåtal empiriska studier som genomförts. Socialstyrelsen (2012b) har gjort bedömningen att kvalitetsskillnaderna mellan offentlig och privat äldreomsorg varken är stora eller systematiska. När det gäller särskilda boenden framstår den slutsatsen dock som väl försiktig: av de kvalitetsmått som utförarna kan påverka presterar privata äldreboenden bättre på elva och kommunala bättre på tre (som avser personalen). En studie av bland annat mortalitetsstatistik finner att äldreomsorgens resultat har förbättrats något i de kommuner som har börjat upphandla äldreomsorg (Bergman m.fl. 2013).<sup>74</sup>

Konkurrensutsättningen av äldreomsorg underlättas av att omfattningen av det offentliga åtagandet är väldefinierat och av att systemet med biståndsbedömningar innebär att myndighets­utövning och tjänsteproduktion kan hållas isär. Hemtjänst och särskilt boende skiljer sig dock åt på flera sätt. Bland annat är det svårare att flytta från ett boende till ett annat jämfört med att välja en ny utförare i hemtjänsten, vilket minskar brukarvalets disciplinerande effekter. Ur ett utförarperspektiv innebär LOV relativt låga inträdeshinder för hemtjänsten, men påtagligt högre

---

<sup>74</sup> Av studien går inte att dra några slutsatser om var förbättringarna inträffat – hos de privata utförarna, hos alla utförare eller, teoretiskt, i de nu mer konkurrensutsatta kommunala enheterna.

för särskilt boende. För hemtjänsten kan problemet i stället möjligen vara att det är alltför lätt att etablera sig, vilket kan locka oseriösa aktörer. För särskilt boende gäller därmed i gengäld att risken för att oseriösa aktörer etablerar sig inom ett LOV-system inte är så hög.

Vissa juridiska omständigheter hindrar att LOV införs för flertalet befintliga särskilda boenden; här måste en entreprenadtjänst upphandlas, såvida inte verksamheten kvarstår i kommunal regi. Den sammantagna konsekvensen av ovanstående är att tillsyn och uppföljning är viktigare för särskilt boende än för hemtjänst, där valfriheten kan förväntas ha en kvalitetstyrande effekt i normalfallet.

Samtidigt bör framhållas att valfrihetens kvalitetsstyrande effekt beror på olika förhållanden på marknaden. Till att börja med bör ersättningen vara rörlig, vilket den är inom LOV men inte alltid för upphandlade boenden, vilka ibland får en fast ersättning oberoende av beläggning. Av samma anledning bör det även finnas en viss överkapacitet, så att utförarna måste anstränga sig för att få full beläggning. Icke-väljare bör inte heller placeras ut där det finns ledig kapacitet, även om detta kan ge kortsiktiga vinster. Att de sämsta utförarna kan bli tvungna att lämna marknaden är en viktig del av marknadsdynamiken. En intressant modell, som tillämpas av några kommuner, är att slussa icke-väljare till den utförare som har hållit högst kvalitet perioden innan.

En kommun kan med fördel utforma ett enda brukarvalssystem som omfattar LOV, LOU och egen regi. Dels mot bakgrund av juridiska problem med att överföra entreprenader i kommunägda fastigheter till LOV, dels därför att brukarvalets positiva effekter på kvalitet då kan slå igenom också på enheter med upphandlad drift och på de enheter som drivs i egen regi. För att detta ska fungera bra krävs dock ett enhetligt prissystem med fast ersättning per prestation. Inträdesdynamiken är annars väsentligt olika mellan LOU och LOV, och skiljer sig i viss mån även mellan olika upphandlingsmodeller (fast pris, lägsta pris eller sammanvägning). Små företag gynnas av LOV-system för hemtjänsten och generellt av lägsta prisupphandlingar enligt LOU. Stora företag gynnas av LOV-system för särskilt boende, och vid upphandlingar där såväl pris som kvalitet påverkar rangordningen av buden.

Små kommuner står inför en annan situation än stora. De har inte samma utbud av företag, sämre förutsättningar att organisera efter beställar-utförarmodellen och lägre befolkningstäthet, vilket

försvårar lönsamhet inom hemtjänsten. Därför kan ”tårtbits-modellen” vara bra i små kommuner, det vill säga att man först upphandlar hemtjänstområden och efter en tid inför LOV. Detta innebär inte något generellt förespråkande av LOU framför LOV. Om vi bortser från små kommuner innebär LOU att utbudet begränsas jämfört med LOV, vilket har flera nackdelar. Om mängden utförare kan ses som ett problem är det i så fall i storstäderna. Många utförare innebär att brukarnas val försvåras och kan också öppna för att oseriösa utförare lyckas etablera sig. Ju fler utförare att välja mellan, desto viktigare att valsituationen struktureras på ett sätt som underlättar för brukaren att göra sitt val.

Ett intressant förslag som för närvarande bereds, är att inom ramen för LOU tillåta en upphandling av ett begränsat antal utförare som i nästa skede får konkurrera med varandra inom ett slutet brukarvalssystem. I synnerhet för hemtjänsten kan ett sådant system vara intressant. Fördelen, i större städer, är att det blir enklare att hindra oseriösa utförare att komma in på marknaden, men också att valsituationen förenklas. För mindre städer kan det i stället vara en fördel att potentiella budgivare i förväg vet att de inte kommer att möta alltför många konkurrenter, vilket kan göra marknaden mer attraktiv, i synnerhet för seriösa utförare.

En av de viktigaste förändringar som LOV medfört är förmodligen att biståndsbedömningen dimensionerar systemets kostnader. Detta påverkar biståndsbedömarens yrkesroll och riskerar att minska professionens autonomi. Med tanke på att vi har framhållit separationen mellan myndighetsutövning och tjänsteproduktion som ett huvudargument för privat äldreomsorg, vore det allvarligt om biståndsbedömarna skulle förlora sitt oberoende. Detta gäller i synnerhet eftersom en annan utmaning för professionen är att balansera brukarnas berättigade krav på relevant information om olika utförare – och utförarnas rätt att behandlas sakligt och konkurrensneutralt. Vi tror att det kan vara rimligt att överväga att separera biståndsbedömning och utförarkontroll från den kommunala utförarorganisationen – och att då också ge den förra rätt att granska den senare. Med andra ord: att inom kommunen separera beställaren från utföraren. Även om detta har sina sidor så är en konsekvens av en sådan separation att kvalitativa bedömningar kan få större legitimitet; negativa kvalitativa omdömen om privata utförare från en integrerad kommunal äldreomsorgsorganisation kommer alltid att kunna ifrågasättas.

Det blir allt vanligare att mäta faktiskt utförda hemtjänst-timmar. Detta har flera fördelar; det ökar transparensen, stärker brukarnas ställning och förbättrar möjligheterna till styrning och ett effektivt resursutnyttjande. Dock kan det vara lätt att överskatta de möjliga besparingarna med att gå över till uppmätt tid i hemtjänsten. Flera kommuner har fått höja ersättningen till utförarna (och den egna regin) för att de ska gå runt i ett system med elektroniskt uppmätt tid. Innan en kommun inför ett LOV-system måste man tänka igenom hur systemets design påverkar utförarna och därigenom budgetutfallet.

Kvalitet måste bevakas genom tillsyn, kontroll och övervakning i många dimensioner. Detta är viktigare för särskilt boende än för hemtjänst, där valfriheten sannolikt har god kvalitetsstyrande effekt i normalfallet. Precis som på andra marknader har konkurrens fördelar, men det finns också en motsättning mellan hård konkurrens och vissa mekanismer som upprätthåller kvalitet inom äldreomsorgen. Om konkurrensen blir alltför hård pressas vinsterna ner så lågt att det inte blir intressant att investera i god kvalitet, eftersom det i stort sett inte finns några framtida vinster att erhålla, även om den goda kvaliteten skulle locka många kunder.

Äldre, vissa av dem mer än andra grupper, har kognitiva begränsningar som innebär att deras val inte alltid är fullt rationella. Det råder också brist på empiri som direkt belägger att äldre gör informerade val som verkar kvalitetshöjande inom äldreomsorgen. Vi tror att brukarvalet – om det struktureras väl – kan verka disciplinerande i vissa dimensioner, men inte i alla, och att det därför är nödvändigt att huvudmannen även upprätthåller en kompletterande kvalitetskontroll.

Vi bedömer även att processkrav passar relativt bra att ställa ex ante, för att försvåra inträde av oseriösa aktörer och för att sänka kostnaden att göra rätt. Men vid inspektioner ex post bör inte tonvikten läggas på processer, eftersom man då flyttar fokus ”från verkligheten till papprena” och även kan riskera att urholka de professionella normerna. Detta behöver inte betyda att inspektioner ska bortse från processer, men däremot kanske det är lämpligt med en mer kvalitativ inställning till formella brister i processerna, så länge det är rimligt att anta att verksamheten inte påverkats negativt. Omvänt bör man kunna sanktionera brister i verksamheten även om dessa inte kan bindas till påvisbara brott av i förväg fastställda regler. Med andra ord bör inspektion ex post kännetecknas av en något mer flexibel inställning till processkrav.

Därutöver bör man så långt möjligt fokusera på verkliga resultat, såsom upplevd brukarnöjdhet eller frånvaro av trycksår, fallskador och undernäring.

Slutligen noterar vi att det krävs olika modeller för att upprätthålla kvalitet i vinstsyftande företag respektive ideella organisationer. Modellen att privata företag gör investeringar som sedan ska återvinnas över tid, ger dem incitament att hålla hög kvalitet, kanske framför allt i icke-kontrakterbara dimensioner. Modellens baksida är att de icke-vinstsyftande aktörerna kan få problem, eftersom de inte har samma möjligheter till snabb kapitalanskaffning. Ett alternativt sätt att gynna god kvalitet och tillåta valfrihet vore att gynna icke-vinstsyftande utförare. De har svagare incitament att sänka kvaliteten och deras inneboende tendens att vara kostnadsineffektiva kan kanske disciplineras av konkurrens på en kvasimarknad. Men eftersom deras incitament till kvalitet inte drivs av samma långsiktiga mekanism som den som med väl avvägda regler kan driva vinstsyftande privata företag, är det inte uppenbart vilken typ av aktör som är att föredra. Även om empiriska studier – företrädesvis från USA – indikerar att icke-vinstsyftande privata äldreboenden håller något högre kvalitet än vinstsyftande boenden är det vanskligt att generalisera till den svenska situationen och att dra policyslutsatser. Med tanke på denna osäkerhet slutar vi med uppmaningen att låta alla tre organisationsformer – offentlig, privat vinstsyftande och privat icke-vinstsyftande – tävla mot varandra i syfte att ge de lämpligaste organisationerna och enheterna chansen att visa hur bästa möjliga äldreomsorg kan åstadkommas.



# Referenser

- Akerlof, G. och R. Kranton, 2005. Identity and the economics of organizations. *Journal of Economic Perspectives*, 19, 9–32.
- Arfwidsson, J. och J. Westerberg J., 2012. Profit seeking and the quality of eldercare. Masteruppsats i Accounting and Financial Management, Handelshögskolan i Stockholm.
- Batljan, I. och M. Lagergren, 2000. Kommer det att finnas en hjälpande hand? Bilaga till Långtidsutredningen 1999/2000.
- Bel, G. och X. Fageda, 2007. Why do local governments privatise public services? A survey of empirical studies. *Local Government Studies*, 33, 517–534.
- Bel, G. och X. Fageda, 2009. Factors explaining local privatization: a meta-regression analysis. *Public Choice*, 139, 105–119.
- Bergman, M. 2013. Upphandling och kundval av välfärdstjänster – en teoribakgrund. Rapport för Uppdrag Välfärd.
- Bergman, M., T. Indén, S. Lundberg och T. Madell, 2011. *Offentlig upphandling – på rätt sätt och till rätt pris*. Studentlitteratur.
- Bergman, M. och J.-E. Nilsson, 2012. Offentlig upphandling från forskningens horisont. *SNS Analys* nr 6.
- Bergman, M. och S. Lundberg, 2009. *Att utvärdera anbud. Utvärderingsmodeller i teori och praktik*. Rapport 2009:10, Konkurrensverket.
- Bergman, M. och S. Lundberg, 2012. *Sourcing for government goods and services: Theory and evidence from Swedish cities and authorities*. Manuskript.
- Bergman, M. och S. Lundberg, 2013. Tender evaluation and supplier selection methods in public procurement. Kommande i *Journal of Purchasing and Supply Management*.
- Bergman, M., P. Johansson, S. Lundberg och G. Spagnolo, 2013. Public procurement and non-contractible quality: evidence from elderly care. Manuskript.



- Besanko, D., D. Dranove, M. Shanley och S. Schaefer, 2013. *Economics of Strategy*. 6e upplagan. Wiley.
- Blomqvist, P., 2004. The choice revolution: Privatization of Swedish welfare services in the 1990s. *Social Policy and Administration*, 38(2), 139–55.
- Comondore, V. m.fl., 2009. Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: Systematic review and meta-analysis. *BMJ* 339:b2732, 381–390.
- Disney, R., J. Haskel och Y. Heden, 2003. Restructuring and productivity growth in UK manufacturing. *Economic Journal*, 113(489), 666–694.
- Dixit, A., 2002. Incentives and organizations in the public sector: An interpretative review. *Journal of Human Resources*, 37, 696–727.
- Dixit, A. och J. Stiglitz, 1977. Monopolistic competition and optimum product diversity. *American Economic Review*, 67, 297–308.
- Donabedian, A., 1966. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Quarterly*, 44(2), 166–206.
- Elinder, M. och H. Jordahl, 2013. Kommunala majoritetsförhållanden. I H. Jordahl (red.), *Privat produktion av välfärdstjänster: framväxt och drivkrafter*. Stockholm: SNS Förlag.
- Ellegård, L. M., 2012. Making gerontocracy work: Population aging and the generosity of public long-term care. *Applied Economic Perspectives and Policy*, 34(2), 300–315.
- Ellingsen, T. och M. Johannesson, 2008. Pride and prejudice: The human side of incentive theory. *American Economic Review*, 98(3), 990–1008.
- Falk, A. och M. Kosfeld, 2006. The hidden costs of control. *American Economic Review*, 96(5), 1611–1630.
- Fornell, C. 2007. *The Satisfied Customer: Winners and Losers in the Battle for Buyer Preference*. Palgrave Macmillan.
- Francois, P., 2000. Public service motivation' as an argument for government provision. *Journal of Public Economics*, 78(3), 275–299.
- Gage, H. m.fl., 2009. Why are some care homes better than others? An empirical study of the factors associated with quality of care for older people in residential homes in Surrey, England. *Health and Social Care in the Community*, 17(6), 599–609.
- Galbraith, J.R., 1977. *Organization Design*. Reading, Mass.: Addison-Wesley.

- Gingrich, J. 2011. *Making Markets in the Welfare State: The Politics of Varying Market Reforms*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gneezy, U., S. Meier och P. R.-B., 2011. When and why incentives (don't) work to modify behavior. *Journal of Economic Perspectives*, 25(4), 191–209.
- Grabowski, D., Z. Feng, R. Hirth, M. Rahman och V. Mor, 2013. Effect of nursing home ownership on the quality of post-acute care: An instrumental variables approach. *Journal of Health Economics*, 32(1), 12–21.
- Grabowski, D. och D. Stevenson, 2008. Ownership conversion and nursing home performance. *Health Services Research*, 43(4), 1184–1203.
- Gravelle, H., M. Sutton och A. Ma, 2010. Doctor behaviour under a pay for performance contract: Treating, cheating and case finding? *Economic Journal*, 120, F129–F156.
- Gregg P., P. Grout, A. Ratcliffe, S. Smith & F. Windmeijer, 2011. How important is pro-social behaviour in the delivery of public services? *Journal of Public Economics*, 95(7–8), 758–766.
- Götte, L. och A. Stutzer, 2008. Blood donations and incentives: Evidence from a field experiment. IZA Discussion Paper 3580. Institute for the Study of Labor (IZA).
- Hart, O., A. Shleifer och R. Vishny, 1997. The proper scope of government: Theory and an application to prisons. *Quarterly Journal of Economics*, 112(4), 1127–1161.
- Hartman, L. (red.), 2011. *Konkurrensens konsekvenser: Vad händer med svensk välfärd?* Stockholm: SNS Förlag.
- Hasselgren, B., 2012. Offentligt eller privat? Ett komplext analysområde. *Ekonomisk Debatt*, 40(4), 31–44.
- Health Navigator, 2013. Stora möjligheter att stärka kvaliteten i äldreomsorgen genom bättre upphandlingar. Hur värderar kommuner kvalitet vid upphandling av särskilt boende?
- Holmström, B. och P. Milgrom, 1991. Multitask principal-agent analyses: incentive contracts, asset ownership, and job design. *Journal of Law, Economics, and Organization*, 7, 24–52.
- Jordahl, H. 2012. Utvärdering efterlyses. Anmälan av L. Hartman (red.), *Konkurrensens konsekvenser: Vad händer med svensk välfärd?* *Ekonomisk Debatt*, 40(1), 71–78.
- Jordahl, H. (red.), 2013. *Privat produktion av välfärdstjänster: Framväxt och drivkrafter*. Stockholm: SNS Förlag.

- Jordahl, H. och R. Öhrvall, 2013. Nationella reformer och lokala initiativ. I H. Jordahl (red.), *Privat produktion av välfärdstjänster: Framväxt och drivkrafter*. Stockholm: SNS Förlag.
- Kastberg, G., 2010. Vad vet vi om kundval: En forskningsöversikt. SKL.
- Konetzka, R. Tamara, 2009. Do not-for-profit nursing homes provide better quality? Possibly, but current evidence is too weak to prove a causal association. *BMJ* 339:b2683, 356–357.
- Konkurrensverket, 2013. Kommunernas valfrihetssystem – med fokus på hemtjänst. Rapport 2013:1.
- Le Grand, J., 1991. Quasi-markets and social policy. *Economic Journal*, 101(408), 1256–1267.
- Le Grand, J., 2007. *The Other Invisible Hand: Delivering Public Services through Choice and Competition*. Princeton och Oxford: Princeton University Press.
- Le Grand, J. och W. Bartlett, 1993. The theory of quasi markets. I J. Le Grand och W. Bartlett (red.), *Quasi Markets and Social Policy*. London: Palgrave Macmillan.
- Lindbeck, A., 1997. Incentives and social norms in household behavior. *American Economic Review*, 87(2), 370–377.
- Lindbeck, A. och S. Nyberg, 2006. Raising children to work hard: Altruism, work norms, and social insurance. *Quarterly Journal of Economics*, 121(4), 1473–1503.
- Lindbom, A., 2013. Socialdemokraterna och privat drift i välfärden: två idétraditioner. I H. Jordahl (red.), 2013. *Privat produktion av välfärdstjänster: framväxt och drivkrafter*. Stockholm: SNS Förlag.
- Mankiw, G. och M. Whinston, 1986. Free entry and social inefficiency. *Rand Journal of Economics*, 17, 48–58.
- Milgrom, P. och J. Roberts, 1992. *Economics, Organization and Management*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall International.
- Nilsson, J.-E., M. Bergman och R. Pyddoke, (2005). *Den svåra beställarrollen*, SNS Förlag, Stockholm.
- Nowland-Foreman, G., 1998. Purchase-of-service contracting, voluntary organizations, and civil society. *American Behavioral Scientist*, 42, 108–124.
- Shapiro, C., 1986. Investment, moral hazard, and occupational licensing. *Review of Economic Studies*, 53, 843–862.
- SCB, 2011. Trender och prognoser 2011. Befolkningen, utbildningen, arbetsmarknaden – med sikte på år 2030.

- SCB, 2012. Kommunernas och landstingens verksamhetsindelade bokslut 2011. OE 30 SM 1201.
- SKL, 2009. Val av ersättningsmodell och beräkning av ersättningsnivå: Hemtjänst och särskilt boende.
- SKL och Socialstyrelsen, flera årgångar, Öppna jämförelser. Vård och omsorg av äldre.
- Socialstyrelsen, 2005. Tid för vård och omsorg.
- Socialstyrelsen, 2007. Kundval i äldreomsorgen.
- Socialstyrelsen, 2012a. Äldre – vård och omsorg den 1 april 2012: Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen.
- Socialstyrelsen, 2012b. Kommunal eller enskild regi, spelar det någon roll? – en jämförelse av utförare av vård och omsorg om äldre.
- Socialstyrelsen, 2012c. Kommun- och enhetsundersökningen, vård och omsorg om äldre, underlag till öppna jämförelser och Äldreguiden 2013.
- Socialstyrelsen, 2013a. Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform år 2012: Vissa kommunala insatser enligt socialtjänstlagen.
- Socialstyrelsen, 2013b. Äldre – vård och omsorg den 1 oktober 2012: Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen.
- Socialstyrelsen, 2013c. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst Lägesrapport 2013.
- Socialstyrelsen, 2013d. Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden 2013.
- SOU 1987:21. Äldreomsorg i utveckling. Slutbetänkande av Äldreberedningen.
- SOU 2003:91. Sociala insatser för äldre människor enligt lagstiftningen – från fattigvård till socialtjänst. Slutbetänkande från SENIOR 2005.
- SOU 2008:51. Värdigt liv i äldreomsorgen. Betänkande av Världig-hetsutredningen.
- SOU 2008:113. Bo bra hela livet. Slutbetänkande av Äldreboende-delegationen.
- SOU 2013:12. Goda affärer – en strategi för hållbar offentlig upphandling. Slutbetänkande av Upphandlingsutredningen 2010.

- SOU 2013:53. Privata utförare - kontroll och insyn. Delbetänkande av Utredningen om en kommunallag för framtiden.
- SOU 2014:2. Framtidens valfrihetssystem – inom socialtjänsten. Betänkande av Utredningen om framtida valfrihetssystem inom socialtjänsten.
- Statskontoret, 2011. Den offentliga sektorns utveckling. En samlad redovisning 2011.
- Statskontoret, 2012. Lagen om valfrihetssystem: Hur påverkar den kostnader och effektivitet i kommunerna? Rapport 2012:15.
- Stenshamn, C., 2013. *Lögnen om Koppargården*. Stockholm: Timbro.
- Stolt, R., P. Blomqvist och U. Winblad, 2011. Privatization of social services: Quality differences in Swedish elderly care. *Social Science & Medicine*, 72, 560–567.
- Stolt, R. och U. Winblad, 2009. Mechanisms behind privatization: A case study of private growth in Swedish elderly care. *Social Science & Medicine*, 68, 903–911.
- Svensson, L., 2010. Kundval inom äldreomsorgen. Stärks brukarens ställning i ett valfrihetssystem? SKL.
- Szebehely, M., 2000. Äldreomsorg i förändring – knappare resurser och nya organisationsformer. Kapitel 5 i SOU 2000:38.
- Szebehely, M., 2011. Insatser för äldre och funktionshindrade i privat regi. I L. Hartman (red.), *Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd?* Stockholm: SNS.
- Wilson, J. Q., 1989. *Bureaucracy*. New York: Basic Books.
- Winblad, U., C. Andersson, och D. Isaksson, 2009. Kundval i hemtjänsten – Erfarenheter av information och uppföljning. SKL.
- Winblad, U. och D. Isaksson, 2013. Geografisk närhet som en förklaring till privatisering. I H. Jordahl (red.), *Välfärdstjänster i privat regi: Framväxt och drivkrafter*. Stockholm: SNS Förlag.

# Förteckning över tidigare rapporter till ESO

## 2013

- Bäste herren på täppan? En ESO-rapport om bostadsbyggande och kommunala markanvisningar.
- Allmän nytta eller egen vinning? En ESO-rapport om korruption på svenska.
- Var skapas jobben? En ESO-rapport om dynamiken i svenskt näringsliv 1990-2009.
- Transportinfrastrukturens framtida organisering och finansiering.
- Investeringar in blanco? En ESO-rapport om behovet av infrastruktur.
- Bonde söker bidrag – en ESO-rapport om effektivitet i det svenska landsbygdsprogrammet.
- The pension system in Sweden.
- Den offentliga sektorn – en antologi om att mäta produktivitet och prestationer.
- Utvinning för allmän vinning – en ESO-rapport om svenska mineralinkomster.
- Offentlig upphandling eller gröna nedköp? En ESO-rapport om miljöpolitiska ambitioner.

## 2012

- Svängdörr i staten – en ESO-rapport om när politiker och tjänstemän byter sida.
- En god start – en ESO-rapport om tidigt stöd i skolan.
- Den akademiska frågan – en ESO-rapport om frihet i den högre skolan.

- Income Shifting in Sweden. An empirical evaluation of the 3:12 rules.
- Samhällsekonomin på spåret – en ESO-rapport om att räkna på tunnelbanan.
- Hjälpa eller stjälpa? En ESO-rapport om kontrollfunktionen i arbetslöshetsförsäkringen
- Lärda för livet? – en ESO-rapport om effektivitet i svensk högskoleutbildning
- Forskning och innovation – statens styrning av högskolans samverkan och nyttiggörande

### 2011

- UD i en ny sits – organisation, ledning och styrning i en globaliserad värld.
- Försvarets förutsättningar – en ESO-rapport om erfarenheter från 20 år av försvarsreformer.
- Kalorier kostar – en ESO-rapport om vikten av vikt.
- Avtalsbestämda ersättningar, andra kompletterande ersättningar och arbetsutbudet.
- Sysselsättning för invandrare – en ESO-rapport om arbetsmarknadsintegration.
- Kollektivtrafik utan styrning
- Vägval i vården – en ESO-rapport om skillnader och likheter i Norden
- Att lära av de bästa – en ESO-rapport om svensk skola i ett internationellt forskningsperspektiv.
- Rapport från ett ESO-seminarium – decenniets framtidsfrågor.

### 2010

- En kår på rätt kurs? En ESO-rapport om försvarets framtida kompetensförsörjning.
- Beskattning av privat pensionssparande.
- Polisens prestationer – En ESO-rapport om resultatstyrning och effektivitet.
- Swedish Tax Policy: Recent Trends and Future Challenges.
- Statliga bidrag till kommunerna – i princip och praktik.

- Revisionen reviderad – en rapport om en kommunal angelägenhet.
- Vården i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården.
- Enkelt och effektivt – en ESO-rapport om grundtrygghet i välfärdssystemen.
- Kåren och köerna. En ESO-rapport om den medicinska professionens roll i styrningen av svensk hälso- och sjukvård.

### 2009

- Den långsiktiga finansieringen – välfärdspolitikens klimatfråga?
- Regelverk och praxis i offentlig upphandling.
- Invandringen och de offentliga finanserna.
- Fyra dyra fonder? Om effektiv förvaltning och styrning av AP-fonderna.
- Lika skola med olika resurser? En ESO-rapport om likvärdighet och resursfördelning.
- En kår i kläm – Läraryrket mellan professionella ideal och statliga reform ideologier.

### 2003

- Skolmisslyckande - hur gick det sen?
- Politik på prov – en ESO-rapport om experimentell ekonomi.
- Precooking in the European Union - the World of Expert Groups.
- Förtjänst och skicklighet – om utnämningar och ansvarsutkrävande av generaldirektörer.
- Bostadsbyggandets hinderbana – en ESO-rapport om utvecklingen 1995 – 2001.
- Axel Oxenstierna – Furstespegel för 2000-talet.

### 2002

- "Huru skall statsverket granskas?" - Riksdagen som arena för genomlysning och kontroll.
- What Price Enlargement? implications of an expanded EU.
- Den svenska sjukan - sjukfrånvaron i åtta länder.



- Att bekämpa mul- och klövsjuka en ESO-rapport om ett brännbart ämne.
- Lärobok för regelnissar - en ESO-rapport om regelhantering vid avregleringar.
- Att hålla balansen - en ESO-rapport om kommuner och budgetdisciplin.
- The School's Need for Resources - A Report on the Importance of Small Classes.
- Klassfrågan - en ESO-rapport om lärartätheten i skolan.
- Staten fick Svarte Petter - en ESO-rapport om bostadsfinansieringen 1985-1993.
- Hoten mot kommunerna - en ESO-rapport om ansvarsfördelning och finansiering i framtiden.

### 2001

- Mycket väsen för lite ull - en ESO-rapport om partnerskapen i de regionala tillväxtavtalen.
- I rikets tjänst - en ESO-rapport om statliga kårer.
- Rättvisa och effektivitet - en ESO-rapport om idéanalys.
- Nya bud - en ESO-rapport om auktioner och upphandling.
- Betyg på skolan - en ESO-rapport om gymnasieskolorna.
- Konkurrens bildar skola - en ESO-rapport om friskolornas betydelse för de kommunala skolorna.
- Priset för ett större EU - en ESO-rapport om EU:s utvidgning.

### 2000

- Att granska sig själv - en ESO-rapport om den kommunala miljötillsynen.
- Bra träffbild, fast utanför tavlan - en ESO-rapport om EU:s strukturpolitik.
- Utbildningens omvägar - en ESO-rapport om kvalitet och effektivitet i svensk utbildning.
- En svartvit arbetsmarknad? - en ESO-rapport om vägen från skola till arbete.
- Privilegium eller rättighet? - en ESO-rapport om antagningen till högskolan

- Med många mått mätt - en ESO-rapport om internationell benchmarking av Sverige.
- Kroppen eller knoppen? - en ESO-rapport om idrotts-gymnasierna.
- Studiebidraget i det långa loppet.
- 40-talisternas uttåg - en ESO-rapport om 2000-talets demo-grafiska utmaningar.

### 1999

- Dagens och drivkrafter - en ESO-rapport om 2000-talets demografiska utmaningar.
- Återvinning utan vinning - en ESO-rapport om sopor.
- En akademisk fråga - en ESO-rapport om rankning av C-uppsatser.
- Hederlighetens pris - en ESO-rapport om korrruption.
- Samhällets stöd till de äldre i Europa - en ESO-rapport om fördelningspolitik och offentliga tjänster.
- Regionalpolitiken - en ESO-rapport om tro och vetande.
- Att snubbla in i framtiden - en ESO-rapport om statlig omvandling och avveckling.
- Att reda sig själv - en ESO-rapport om rederier och subventioner.
- Bostad sökes - en ESO-rapport om de hemlösa i folkhemmet.
- Att ta sig ton - en ESO-rapport om svensk musikexport 1974 - 1999.
- Med backspegeln som kompass - en ESO-rapport om stabiliseringspolitiken som läroprocess.
- Med backspegeln som kompass - en ESO-seminarium om stabiliseringspolitik som läroprocess.

### 1998

- Staten och bolagskapitalet - om aktiv styrning av statliga bolag.
- Kommittéerna och bofinken - kan en kommitté se ut hur som helst?
- Regeringskansliet inför 2000-talet - rapport från ett ESO-seminarium.
- Att se till eller titta på - om tillsynen inom miljöområdet.

- Arbetsförmedlingarna - mål och drivkrafter.
- Kommuner Kan! Kanske! - om kommunal välfärd i framtiden.
- Vad kostar en ren? - en ekonomisk och politisk analys.

### 1997

- Fisk och Fusk - Mål, medel och makt i fiskeripolitiken.
- Ramar, regler, resultat - vem bestämmer över statens budget?
- Lönar sig arbete?
- Egenföretagande och manna från himlen.
- Jordbruksstödet - efter Sveriges EU-inträde.

### 1996

- Kommunerna och decentraliseringen - Tre fallstudier.
- Novemberrevolutionen - om rationalitet och makt i beslutet att avreglera kreditmarknaden 1985.
- Kan myndigheter utvärdera sig själva?
- Nästa steg i telepolitiken.
- Reglering som spel - Universiteten som förebild för offentliga sektorn?
- Hur effektivt är EU:s stöd till forskning och utveckling? - En principdiskussion.

### 1995

- Kapitalets rörlighet Den svenska skatte- och utgiftsstrukturen i ett integrerat Europa.
- Generationsräkenskaper.
- Invandring, sysselsättning och ekonomiska effekter.
- Hushållning med knappa naturresurser Exemplet sportfiske.
- Kostnader, produktivitet och måluppfyllelse för Sveriges Television AB.
- Vad blev det av de enskilda alternativen? En kartläggning av verksamheten inom skolan, vården och omsorgen.
- Hushållning med knappa naturresurser Exemplet allemansrätten, fjällen och skotertrafik i naturen.
- Företagsstödet Vad kostar det egentligen?
- Försvarets kostnader och produktivitet.

1994

- En effektiv försvarspolitik? Fredsvinst, beredskap och återtagning.
- Skatter och socialförsäkringar över livsrytmen En simuleringsmodell.
- Nettokostnader för transfereringar i Sverige och några andra länder.
- Fördelningseffekter av offentliga tjänster.
- En Social Försäkring.
- Valfrihet inom skolan Konsekvenser för kostnader, resultat och segregation.
- Skolans kostnader, effektivitet och resultat En branschstudie.
- Bensinskatteförändringens effekter.
- Budgetunderskott och statsskuld Hur farliga är de?
- Den svenska insolvensrätten Några förslag till förbättringar inom konkurshandlingen m.m.
- Det offentliga stödet till partierna Inriktning och omfattning.
- Den offentliga sektorns produktivitet 1980 – 1992.
- Kvalitet och produktivitet - Teori och metod för kvalitetsjusterande produktivitetmått.
- Kvalitets- och produktivitetens utveckling i sjukvården 1960 – 1992.
- Varför kulturstöd? Ekonomisk teori och svensk verklighet.
- Att rädda liv Kostnader och effekter.

1993

- Idrott åt alla? Kartläggning och analys av idrottsstödet.
- Social Security in Sweden and Other European Countries Three Essays.
- Lönar sig förebyggande åtgärder? Exempel från hälso- och sjukvården och trafiken.
- Hur välja rätt investeringar i transportinfrastrukturen?
- Presstödet effekter en utvärdering.

1992

- Statsskulden och budgetprocessen.
- Press och ekonomisk politik tre fallstudier.

- Kommunerna som företagsägare - aktiv koncernledning i kommunal regi.
- Slutbudsmetoden ett sätt att lösa tvister på arbetsmarknaden utan konflikter.
- Hur bra är vi? Den svenska arbetskraftens kompetens i internationell belysning.
- Statliga bidrag motiv, kostnader, effekter?
- Vad vill vi med socialförsäkringarna?
- Fattigdomsfällor.
- Växthuseffekten slutsatser för jordbruks-, energi- och skattepolitiken.
- Frihandeln ett hot mot miljöpolitiken eller tvärtom?
- Skatteförmåner och särregler i inkomst- och mervärdesskatten.

### 1991

- SJ, Televerket och Posten bättre som bolag?
- Marginaleffekter och tröskeleffekter barnfamiljerna och barnomsorgen.
- Ostyriga projekt att styra stora kommunala satsningar.
- Prestationsbaserad ersättning i hälso- och sjukvården vad blir effekterna?
- Skogspolitik för ett nytt sekel.
- Det framtida pensionssystemet två alternativ.
- Vad kostar det? Prislista för statliga tjänster.
- Metoder i forskning om produktivitet och effektivitet med tillämpningar på offentlig sektor.
- Målstyrning och resultatuppföljning i offentlig förvaltning.

### 1990

- Läkemedelsförmånen.
- Sjukvårdskostnader i framtiden vad betyder åldersfaktorn?
- Statens dolda kapital. Aktivt ägande: exemplet Vattenfall.
- Skola? Förskola? Barnskola?
- Bostadskarriären som en förmögenhetsmaskin.

1989

- Arbetsmarknadsförsäkringar.
- Hur ska vi få råd att bli gamla?
- Kommunal förmögenhetsförvaltning i förändring - city-kommunerna Stockholm, Göteborg och Malmö.
- Bostadsstödet - alternativ och konsekvenser.
- Produktivitetmätning av folkbibliotekens utlåningsverksamhet.
- Statsbidrag till kommuner: allt på en check eller lite av varje? En jämförelse mellan Norge och Sverige.
- Vad ska staten äga? De statliga företagen inför 90-talet.
- Beställare-utförare - ett alternativ till entreprenad i kommuner.
- Lönestrukturen och den "dubbla obalansen" - en empirisk studie av löneskillnader mellan privat och offentlig sektor.
- Hur man mäter sjukvård - exempel på kvalitet- och effektivitetmätning.

1988

- Vad kan vi lära av grannen? Det svenska pensionssystemet i nordisk belysning.
- Kvalitet och kostnader i offentlig tjänsteproduktion.
- Alternativ i jordbrukspolitiken.
- Effektiv realkapitalanvändning i kommuner och landsting.
- Hur stor blev tvåprocentaren? Erfarenheten från en besparingsteknik.
- Subventioner i kritisk belysning.
- Prestationer och belöningar i offentlig sektor.
- Produktivitetutveckling i kommunal barnomsorg.
- Från patriark till part - spelregler och lönepolitik för staten som arbetsgivare.
- Kvalitetsutveckling inom den kommunala barnomsorgen.

1987

- Integrering av sjukvård och sjukförsäkring.
- Produktkostnader för offentliga tjänster - med tillämpningar på kulturområdet.
- Kvalitetsutvecklingen inom den kommunala äldreomsorgen 1970-1980.

- Vägar ut ur jordbruksregleringen - några idéskisser.
- Att leva på avgifter - vad innebär en övergång till avgiftsfinansiering?

### 1986

- Offentliga utgifter och sysselsättning.
- Produktions-, kostnads-, och produktivitetens utveckling inom den offentliga finansierade utbildningssektorn 1960-1980.
- Socialbidrag. Bidragsmottagarna: antal och inkomster. Socialbidragen i bidragssystemet.
- Regler och teknisk utveckling.
- Kostnader och resultat i grundskolan - en jämförelse av kommuner.
- Offentliga tjänster - sökarljus mot produktivitet och användare.
- Svensk inkomstfördelning i internationell jämförelse.
- Byråkratiseringstendenser i Sverige.
- Effekter av statsbidrag till kommuner.
- Effektivare sjukvård genom bättre ekonomistyrning.
- Samhällsekonomiskt beslutsunderlag - en hjälp att fatta bättre beslut.
- Produktions-, kostnads- och produktivitetens utveckling inom armén och flygvapnet 1972-1982.

### 1985

- Egen regi eller entreprenad i kommunal verksamhet - möjligheter, problem och erfarenheter.
- Sociala avgifter - problem och möjligheter inom färdtjänst och hemtjänst.
- Skatter och arbetsutbud.
- Produktions-, kostnads- och produktivitetens utveckling inom vägsektorn.
- Organisationer på gränsen mellan privat och offentlig sektor - förstudie.
- Frivilligorganisationer alternativ till den offentliga sektorn?
- Transfereringar mellan den förvärvsarbetande och den äldre generationen.

- Produktions-, kostnads- och produktivitetens utveckling inom den sociala sektorn 1970-1980.
- Produktions-, kostnads- och produktivitetens utveckling inom offentligt bedrivna hälso- och sjukvård 1960-1980.
- Statsskuldräntorna och ekonomin effekter på den samlade efterfrågan i samhället.

#### 1984

- Återkommande kostnads- och prestationsjämförelser - en metod att främja effektivitet i offentlig tjänsteproduktion.
- Parlamentet och statsutgifterna hur finansmakten utövas i nio länder.
- Transfereringar och inkomstskatt samt hushållens materiella standard.
- Marginella expansionsstöd ekonomiska och administrativa effekter.
- Är subventioner effektiva?
- Konstitutionella begränsningar i riksdagens finansmakt - behov och tänkbara utformningar.
- Perspektiv på budgetunderskottet, del 4. Budgetunderskott, utlandsupplåning och framtida konsumtionsmöjligheter. Budgetunderskott, efterfrågan och inflation.
- Vem utnyttjar den offentliga sektorns tjänster.

#### 1983

- Administrationskostnader för våra skatter.
- Fördelningseffekter av kommunal barnomsorg.
- Perspektiv på budgetunderskottet, del 3. Budgetunderskott, portföljval och tillgångsmarknader. Modellsimuleringar av offentliga besparingar m.m.
- Produktivitet i privat och offentlig tandvård.
- Generellt statsbidrag till kommuner - modellskisser.
- Administrationskostnader för några transfereringar.
- Driver subventioner upp kostnader - prisbildningseffekter av statligt stöd.
- Minskad produktivitet i offentlig sektor - en studie av patent- och registreringsverket.



- Perspektiv på budgetunderskottet, del 2. Fördelningseffekter av budgetunderskott. Hushållsekonomi och budgetunderskott.
- Enhetligt barnstöd? några variationer på statligt ekonomiskt stöd till barnfamiljer.
- Staten och kommunernas expansion några olika styrmedel.

### *1982*

- Ökad produktivitet i offentlig sektor - en studie av de allmänna domstolarna.
- Offentliga tjänster på fritids-, idrotts- och kulturområdena.
- Perspektiv på budgetunderskottet, del 1. Budgetunderskottens teori och politik. Statens budgetfinansiering och penningpolitiken.
- Inkomstomfördelningseffekter av livsmedelssubventioner.
- Perspektiv på besparingspolitiken.