

Södertörns Högskola
Institutionen för ekonomi och företagande
Företagsekonomi
C-uppsats 15 poäng
Handledare: Ogi Chun
Höstterminen 2007



Hur effektiva är privata vårdcentraler?

En effektivitetsstudie av privat drivna vårdcentraler i Stockholm

Författare:
Stina Liedgren

Sammanfattning

Titel:	Hur effektiva är privata vårdcentraler? - En effektivitetsstudie av privat drivna vårdcentraler i Stockholm
Seminariedatum:	17 januari 2008
Ämne/Kurs:	Företagsekonomi C med inriktning mot Finansiering, 15 poäng
Författare:	Stina Liedgren
Handledare:	Ogi Chun
Nyckelord:	Effektivitet, Vinst, Vård
Syfte:	Uppsatsens syfte är att kartlägga hur effektiva privata vårdcentraler är, som har avtal med Stockholms läns landsting. Effektiviteten, som i denna studie definieras som vinst, har mätts förhållande till antal patienter, antal läkare och antal läkarbesök.
Metod:	Undersökningen har en deduktiv utgångspunkt och en kvantitativ undersökning har genomförts där empiri har samlats in med hjälp av enkäter samt med en kompletterande telefonintervju. Resultaten jämförs med motsvarande nyckeltal för friskolor.
Teoretiska perspektiv:	De teorier som presenteras i denna uppsats är privatisering, PPP, effektivitet och konkurrens.
Empiri:	Det empiriska avsnittet består dels av sekundärdata; SLL's ersättningsystem, information från tre vårdbolags och en friskolas årsredovisningar, dels av primärdata; enkätsvaren och resultatet från intervjun.
Slutsats:	Författaren kommer fram till att privata vårdcentraler är effektivare än friskolor gällande vinst i förhållande till läkare/lärare, men att de är mindre effektiva än friskolor gällande vinst i förhållande till patient/elev.

Abstract

- Title:** How efficient are private health centers?
- An efficiency study of privately run health centers in Stockholm
- Seminar date:** 17th of January 2008
- Course:** Financing in Business Economics C, 15 credits
- Author:** Stina Liedgren
- Advisor:** Ogi Chun
- Key words:** Efficiency, Revenues, Health care
- Purpose:** The purpose of this thesis is to survey how efficient privately run health centers are, which have an agreement with Stockholm's county council. The efficiency, which in this thesis is defined as revenues, has been measured in relation to number of patients, number of physicians and number of physician appointments.
- Methodology:** The survey has a deductive approach and a quantitative survey has been implemented where empirical information has been collected with questionnaires, and through a supplementary phone interview. The results have been compared to corresponding ratios for privately run schools.
- Theoretical perspectives:** The theories that are presented in this thesis are privatization, PPP, efficiency and competition.
- Empirical foundation:** The empirical part consists of SLL's compensation system, information from annual reports of care giving companies and a private school, the result from the questionnaires and the interview.
- Conclusion:** The author reaches the conclusion that private health centers are more efficient than private schools concerning revenues in relation to physicians/teachers, but that they are less efficient than private schools concerning revenues in relation to patient/student.

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	Sid.
1 Inledning.....	6
1.1 Bakgrund.....	6
1.2 Undersökningsproblem.....	7
1.3 Frågeställningar.....	7
1.4 Syfte.....	8
1.5 Definitioner.....	8
1.6 Uppsatsens fortsatta disposition.....	9
2 Metod.....	10
2.1 Val av ämne och förförståelse.....	10
2.2 Val av metod.....	10
2.2.1 Kvantitativ metod.....	10
2.2.2 Forskningsansats.....	11
2.3 Motiv för val av metod.....	11
2.4 Alternativa metoder.....	11
2.5 Urval.....	12
2.6 Utformning av enkät.....	12
2.7 Reliabilitet och validitet.....	13
2.8 Källkritik.....	14
3 Teori.....	15
3.1 Privatisering.....	15
3.2 Public-Private Partnership.....	16
3.3 Skillnad mellan privatisering och PPP.....	18
3.4 Konkurrens och effektivitet.....	18
4 Egen undersökning.....	19

4.1	Sekundärdata	19
4.1.1	SLL's ersättningssystem	19
4.1.2	Carema AB.....	20
4.1.3	Praktikertjänst AB.....	20
4.1.4	KvaLita Närsjukvård AB	21
4.1.5	Ultra Education AB.....	21
4.2	Primärdata	21
4.2.1	Enkätsvaren.....	21
4.2.2	Resultat av intervju	22
4.3	Analys.....	23
4.3.1	Bortfallsanalys	26
4.4	Resultat.....	26
4.5	Slutsatser	27
5	Avslutande diskussion	29
5.1	Kritisk granskning	29
5.2	Implikationer	29
5.3	Rekommendationer	30
	Referenser.....	31
	Litteratur.....	31
	Otryckta källor	32
	Bilagor.....	35
	Bilaga 1. Enkät.....	35
	Bilaga 2. Intervjufrågor.....	36
	Bilaga 3. Resultat av enkäten.....	37

Figurförteckning	Sid.
Figur 1. Privatiseringsprocesser.....	15

Tabellförteckning	Sid.
Tabell 1. Kapiteringsmodell.....	19
Tabell 2. Kapiteringsersättning.....	22
Tabell 3. Besöksersättning.....	22
Tabell 4. Nyckeltal för respondenterna.....	24
Tabell 5. Genomsnittliga nyckeltal.....	25
Tabell 6. Läkarbesök per patient.....	25
Tabell 7. Läkarbesök per vecka.....	26

1 Inledning

I detta avsnitt får läsaren en genomgång av historiken kring privatisering av vård i Sverige, samt uppsatsens frågeställningar och syfte. Viktiga definitioner för uppsatsen finns även här.

1.1 Bakgrund

En fungerande vård och omsorg är en av grunderna i det svenska välfärdssamhället. Vården i Sverige har successivt byggts ut i takt med välfärdssystemets utveckling. Vårddriften var tidigare en fråga för staten och landstingen men utveckling har lett till att decentraliserade organisationer har blivit allt vanligare. Kommunerna har fått större ansvar för vård och omsorg under de senaste decennierna (Vårdförbundet 2007, s. 7). Landsting i Sverige ansvarar inte endast för att se till att patienter får vård och omsorg och för utveckling av dessa två, utan även för att finansiera verksamheten. Både landsting och kommuner anlitar i olika omfattning privata vårdgivare för att ge patienterna primärvård (Regeringskansliet 2006, s. 8). I Sverige finansieras kommunal verksamhet med hjälp av kommunal inkomstskatt, statsbidrag, avgifter och lån. En del av denna kollektiva skattefinansiering går till landstingens verksamhet (Nationalencyklopedin 2007, A). Även privata vårdgivare får kapital från dessa skattemedel genom den ersättning de får av det landsting de har vårdavtal med (Stockholms Läns Landsting 2007, A).

Under åren 1975 till 1995 skedde en avreglering och decentralisering med inriktning på att minska den statliga detaljregleringen av kommunerna. Kommunerna fick större ansvar och under hela den här perioden ökade primärt det kommunala ansvaret för vård och omsorg (Statens Offentliga Utredningar 2005, s. 37). 1985 blev det möjligt för landsting i Sverige att lägga ut primärvårdsverksamhet på entreprenad och 1987 slöts de första avtalen (Gunnarsson 2001, s. 29). Idag finns det drygt 170 vårdcentraler och husläkarmottagningar i Stockholms Läns Landsting och ungefär 30 % av vården i Stockholms län utförs av privata vårdgivare (Stockholms Läns Landsting 2007, B).

1.2 Undersökningsproblem

I Sverige finns ett offentligt engagemang, ett socialt ansvarstagande att alla invånare har lika rätt till vård och service. Med tanke på att Sveriges befolkning har en av de högsta livslängderna samt en låg spädbarnsdödlighet så ökar kravet på mer vård i framtiden (Glenngård et al. 2005, s 9). Den svenska regeringen har i år beslutat att förenkla för privata vårdgivare eftersom de anser att det ökar mångfalden för både personal och patienter. Detta skapar konkurrens och ger både patient och vårdgivaren större valfrihet (Regeringen 2007).

I och med denna förändring får delar av vården ett tydligare vinstintresse. Många aspekter ska tas i beaktning; om servicen blir bättre, om väntetiderna blir kortare, om personalen får bättre arbetsplats etcetera. Eftersom det idag finns strikta regler för hur en vårdcentral som har avtal med SLL får drivas, vad den får ta betalt av patienterna och hur den får inbringa kapital (Stockholms Läns Landsting 2007, A), ges tillfälle att vara kreativ. Många av dessa vårdcentraler har tidigare varit offentligt drivna, och har nu tagits över av personalen (Stockholms Läns Landsting 2007, C). Även vårdcentraler med vårdavtal ska hålla samma kvalitet och behandla samma antal patienter som om det vore offentligt drivna, men deras verksamhet ska även ge vinst. Alla vårdcentraler har rätt till samma ersättning i förhållande till befolkningen i deras område, så den eventuella vinst de gör blir deras möjlighet att förbättra sig ännu mer. Vinsten ger dem en chans att förändra saker som den offentliga vården har svårt att rymma i sin budget.

Det finns många aspekter att titta på men i den här uppsatsen har det enbart fokuserats på den ekonomiska delen av privat vård inom ramen för ett vårdavtal. Utgångspunkten var företaget, inte patienterna. Vårdcentralerna har få möjligheter när det gäller att inbringa nytt kapital, men det finns förutsättningar för att skapa ett "övervärde" genom att den vinst som eventuellt uppstår får vårdcentralen behålla och använda själv. Detta gör det väldigt intressant att se hur effektiva privata vårdcentraler som har ett vårdavtal lyckas vara. I uppsatsen används vinst som ett mått på effektivitet.

1.3 Frågeställningar

- Hur stor är vinsten hos privata vårdcentraler med vårdavtal i förhållande till antal läkare som arbetar på vårdcentralen?

- Hur stor är vinsten hos privata vårdcentraler med vårdavtal i förhållande till antal listade patienter inom vårdcentralens område?
- Hur stor är vinsten hos privata vårdcentraler med vårdavtal i förhållande till antal läkarbesök per år?

1.4 Syfte

Den här uppsatsen syftar till att kartlägga hur effektiva privata vårdcentraler är, som har vårdavtal med Stockholms läns landsting. Effektiviteten, som i denna studie har definierats som vinst, har mätts i förhållande till antal patienter, antal läkare och antal läkarbesök.

1.5 Definitioner

- SLL, Stockholms läns landsting
- PPP, Public-Private Partnership
- Kapitering är ersättning per kapita och utgör tillsammans med besöksersättningen den ersättning SLL ger vårdcentraler med vårdavtal (Stockholms Läns Landsting 2007, E).
- Vårdavtal: här regleras vilken verksamhet som ska finnas, ekonomiska villkor, kvalitetssäkring, öppettider och andra juridiska villkor. Ett vårdavtal med ett landsting krävs för att få starta eller ta över en verksamhet i ny regi. Det är juridiskt bindande (Praktikertjänst 2007, A).
- Primärvård: ”hälso- och sjukvårdsverksamhet som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svarar för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering och som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser” (Socialstyrelsen 2007).
- En vårdcentral är jämställd med en husläkarmottagning (Vårdguiden 2007, A).

- Listade patienter är de patienter som är folkbokförda inom Stockholms Län och som genom sitt eget val, det vill säga aktivt, har listat sig hos en vårdgivare och är registrerad i SLL's listningssystem (Stockholms Läns Landsting 2007, E).

1.6 Uppsatsens fortsatta disposition

Kapitel 2 – Metod

Under metodkapitlet får läsaren ta del av varför en kvantitativ metod med enkätundersökning valts och förslag på andra angreppssätt som kunde ha använts. Här beskrivs även hur enkäten utformades och kritik ges till den valda metoden.

Kapitel 3 – Teori

Teorierna som var relevanta för studien var privatisering, PPP, konkurrens och effektivitet. Dessa beskrivs närmare i teorikapitlet. En figur har använts för att underlätta för läsaren att förstå stegen i privatiseringsprocessen.

Kapitel 4 – Egen undersökning

Här presenteras både sekundärdata och primärdata. Sekundärdata består av en beskrivning av ersättningssystemet som privata vårdcentraler som har vårdavtal med SLL följer, samt fakta hämtad från årsredovisningar. Primärdata består av enkätsvar och information som erhöles under intervjun. Resultatet av insamlad data sammanställs och analyseras här och det leder fram till studiens slutsats.

Kapitel 5 – Avslutande diskussion

I den avslutande diskussionen granskas den utförda studien och det presenteras förslag till fortsatta studier. Ett förslag är att göra en liknande studie efter att "Vårdval Stockholm" har införts 2008 och se om det är stora skillnader.

2 Metod

Här beskrivs hur författaren gått tillväga för att svara på uppsatsens frågeställningar, varför dessa metoder har använts och vad de har för brister. Här presenteras även hur urval gjordes och hur enkäten utformades.

2.1 Val av ämne och förförståelse

Uppsatsens ämne har valts på grund av författarens intresse för privatisering. Privatisering av olika verksamheter har blivit populärt i Sverige och det påverkar hela den svenska ekonomin. Att uppsatsen handlar om privata vårdgivare beror på den uppståndelse som privat vård skapar i Sverige just nu. Diskussionerna kring ämnet är många och det finns olika aspekter att ta hänsyn till, men här valde författaren att skilja sig lite från de flesta debatterna. Författaren tittade på effektivitet, men ur vårdgivarens synvinkel. Detta passade bra med tanke på författarens inriktning mot företagsekonomi. Före uppsatsen hade författaren ingen större erfarenhet av vårddrift utan valde vårdområdet eftersom det rör större delen av Sveriges befolkning.

2.2 Val av metod

2.2.1 Kvantitativ metod

Det här är en tvärsnittundersökning som ger information om skillnader vid en viss tidpunkt. Vald forskningsstrategi är en surveyundersökning vilken fokuserar mer på data än på teori, ger bred och omfattande täckning, passar bra till kvantitativ data samt är relativt billig (Denscombe 2000, s. 37-38). Den metod som har använts är kvantitativ där empirin har samlats in med enkäter men som även har kompletterats med en öppen telefonintervju med en person som varit verksamhetsansvarig för en privat vårdcentral. Enkäter är lämpligt att använda när det är ett stort antal respondenter på olika platser och när standardiserad data behövs. Informa-

tion har även samlats in via litteratur, Internetsidor och årsredovisningar. Att blanda flera metoder för att samla in data om en och samma sak, metodtriangulering, resulterar i att olika typer av data om samma sak samlas in, vilket ökar kvaliteten på studien (Denscombe 2000, s. 102-103).

Nyckeltalen som räknades fram i uppsatsen jämfördes med motsvarande nyckeltal inom friskolebranschen. Författaren ansåg att detta gav läsaren en möjlighet att lättare förstå om nyckeltalen låg på en hög nivå eller inte. Som friskolebransch valde författaren företaget Ultra Education som bland annat har friskolekedjorna John Bauer och Prolympia (Ultra Education 2007).

2.2.2 Forskningsansats

När utgångspunkt ska väljas för en undersökning finns det tre olika alternativ; induktiv, deduktiv och abduktiv. Författaren har i den här uppsatsen utgått från en deduktiv ansats, det vill säga att redan befintliga teorier inom finansiering låg till grund för effektivitetsstudien och har använts för att tolka empirin samt dra slutsatser. Undersökningen har på så vis förankrats teoretiskt; författaren har försökt integrera empiri och teori.

2.3 Motiv för val av metod

Anledningen till denna kombination av ansatser var en önskan att genom en intervju skapa en mer nyanserad beskrivning av frågeställningarna, men att samtidigt kunna karlägga i vilken spridning den här informationen stämmer överens med liknande situationer (Johannessen & Tufte 2003, s. 20). Genom att kombinera kvantitativ och kvalitativ undersökning minskar risken att förlora djup och detaljrikhet i studien, vilket är en av riskerna med surveyundersökningar (Denscombe 2000, s. 39).

2.4 Alternativa metoder

Ett alternativt angreppssätt är att undersöka effektiviteten genom att göra en ren nyckeltalsanalys. För att få nödvändig information hade samtliga vårdcentralers årsredovisningar behövt

användas och med en begränsning på vårdcentraler som har avtal med SLL var detta inte en möjlig ansats.

2.5 Urval

Enheter som kartläggs i den här studien är privat drivna vårdcentraler som har ett vårdavtal med SLL. Variablerna var antal patienter listade hos vårdcentralen, antal läkarbesök per år och antal läkare. Variablerna kan graderas på kvotnivå.

Populationen som var relevant i den här studien var alla privat drivna vårdcentraler som har ett vårdavtal med ett landsting i Sverige. Det gjordes dock ett icke-sannolikhetsurval, ett tillfällighetsurval med urvalskriteriet att endast privata vårdcentraler som har ett vårdavtal med SLL ingick i studien. Dessa vårdcentraler hittades efter en genomgång av Vårdguidens lista på vårdcentraler och husläkarmottagningar inom hela SLL. Offentligt drivna vårdcentraler samt helt privat drivna vårdcentraler gallrades bort.

Av de 78 vårdcentraler som urvalet bestod av kunde 77 kontaktas. På grund av en brand togs beslutet att inte vidare försöka lämna enkäten till den drabbade vårdcentralen. Av vårdcentralerna hörde 16 stycken till Praktikertjänst, sju stycken hörde till Carema Vård och Omsorg, fem stycken hörde till KvaLita Närsjukvård och två stycken hörde till Legevisitten. Dessa fyra bolag är samtliga aktiebolag. Hos dessa kontaktades den ekonomiansvarige inom företaget via mail. Av de återstående 47 vårdcentralerna kunde 13 kontaktas via mail, övriga fick enkäten via fax. Samtliga mail och fax skickades till ekonomiansvariga mellan den 19 och 21 november 2007. Efter två veckor skickades ett nytt mail med en påminnelse ut till dem som inte svarat.

2.6 Utformning av enkät

Enkäten utformades efter att författaren satt sig in i existerande fakta om vårdcentralers finansiering och kostnader. Den arbetades fram genom att enkla frågor utformades som fångade in den nödvändiga informationen. Frågorna formulerades så att de inte skulle vara tvetydiga och att de bara skulle innehålla ”en fråga i varje fråga”. Enkäten testades på några personer med

förhoppningen att detta skulle minska fel som kunde uppstå senare vid analysering av svaren. Enkäten var kort, endast en A4-sida. Samtliga frågor var öppna frågor utan prestrukturerade svarsalternativ. Enkäten avslutades med "Övrigt", där respondenten fick möjlighet att lämna information som inte passade in under de övriga frågorna. På samtliga enkäter kom frågorna i samma ordningsföljd. Till enkäten följde en kort presentation där det tydligt framgick att respondenten var anonym.

Frågorna som ställdes under telefonintervjun skickades ut i förväg så att personen som intervjuades kunde förbereda sig på vilken typ av information som önskades. Intervjun utfördes efter att enkäterna samlats in. Genom intervjun framkom kompletterande underlag som underlättade vid analysen. Intervjun genomfördes den 13 december 2007.

Enkäten finns med i uppsatsen som bilaga 1.

Frågorna som ställdes på intervjun finns med som bilaga 2.

2.7 Reliabilitet och validitet

Reliabiliteten i studien var låg på grund av det gjorda tillfällighetsurvalet (se nedan). Författaren kunde inte avgöra om urvalsgruppen var representativ för populationen vilket ledde till minskad möjlighet att generalisera efter de slutsatser författaren kommit fram till. Syftet med studien var inte att resultatet skulle vara heltäckande eller till fullo gå att generalisera efter, men förhoppningen var att resultatet skulle ge en indikation av privata vårdcentralers situation idag.

De data som presenteras här är relevant för studien, men återgav bara delar av sanningen. Frågorna som ställdes kan användas för att undersöka det generella fenomenet, men på grund av tillfällighetsurval ingick inte hela populationen i studien. Den yttre validiteten i studien var låg eftersom urvalet var för litet för att representera populationen. Däremot ökade troligtvis validiteten genom den metodtriangulering som använts i uppsatsen.

2.8 Källkritik

Ett problem som uppkom med den här studien var definitionen av vinst. Målet var att vinst skulle vara intäkter minus kostnader, som posten årets resultat i en resultaträkning. Problemet dök upp på grund av de olika bolagsformer vårdcentralerna hade. Författaren valde att använda ordet vinst utan några förklaringar till respondenterna med förhoppningen att sammanhanget gjorde att respondenten uppfattade vinst på ett sätt som gjorde det möjligt att utföra studien. I enkätutskicket lämnade författaren kontaktuppgifter så det var möjligt för respondenterna att få svar på eventuella frågor.

Källor som använts är litteratur, granskade artiklar och meddelanden från FOU och SOU. FOU är ett nätverk för forskning och utveckling samt kunskapsspridning inom välfärdsområdet (Gunnarsson 2001, s. 75) och SOU står för statens offentliga utredningar. De flesta av dessa källor var relativt nyligen skrivna, samt att de var samstämmiga, vilket ledde till att författaren bedömde dem som tillförlitliga. De Internetsidor som har använts som källor i inledningen är till stor del publicerade av SLL som även bedömts som en tillförlitlig källa. Författaren är medveten om att Internetsidor, bland annat, kan vara vinklade. I empiriavsnittet har information hämtats från årsredovisningar vilka även de kan vara vinklade.

Eftersom vårdcentraler har rätt att fakturera SLL för utebliven intäkt om patienten har frikort bortsåg författaren från frikort i undersökningen. Ersättning när en patient har frikort blir den avgift patienten skulle ha betalat utan frikort (Stockholms Läns Landsting 2007, F).

3 Teori

Teorierna som har använts i den här uppsatsen är hämtade från området finansiering. De har använts för att tolka och förstå empirisk data. Här presenteras privatisering, PPP, en kort jämförelse mellan dessa två samt konkurrens och effektivitet.

3.1 Privatisering

När något privatiseras sker en överflyttning av en offentlig eller kollektiv tillgång till privat eller enskilt ägande. Privatisering kan ofta innebära en uppdelning mellan utförande och finansiering (Nationalencyklopedin 2007, B).

Figur 1. Privatiseringsprocesser

		PRODUKTION	
		Offentlig	Privat
F I N A N S I E R I N G	Offentlig	1	2
	Privat	3	4

Källa: Jönsson och Rehnberg, *Effektivare Sjukvård från 1987*

Privatisering av vården är en förflyttning mellan dessa rutor. Vid utförsäljning av en verksamhet förflyttas man från offentlig produktion och finansiering till privat produktion och finansiering (ruta 1 → 4). När ett landsting lägger ut sin verksamhet på entreprenad flyttar de från offentlig produktion och finansiering till privat produktion och offentlig finansiering (ruta 1 → 2) (Gunnarsson 2001, s. 13-14). Vid entreprenad ska produkt och pris definieras i

förhand. Det vinstdrivande företaget blir motiverat att producera produkten så effektivt som möjligt eftersom detta leder till vinst. Vinsten är skillnaden mellan priset och entreprenörens egen kostnad (Gunnarsson 2001, s. 15). Resultat av en lyckad privatisering kan vara ökad effektivitet genom mer passande teknik och ledarskap, större variation och flexibilitet samt att beställaren kan koncentrera sig på andra saker. Resultat av en dålig privatisering kan vara höjda kostnader och sämre kvalitet. Ett krav för att en privatisering ska lyckas är att det måste finnas konkurrens eftersom det är konkurrensen som skapar incitament till effektivitet (Gunnarsson 2001, s. 17-18). Eftersom kvalitet är svårt att mäta går det inte att använda som konkurrensmedel vid privatisering. I stället används ofta kostnader och intäkter som konkurrensmedel (Gunnarsson 2001, s. 25).

Jönsson och Rehnberg (1987, s. 142) konstaterar att det är svårt att avgöra om privat drift är effektivare än offentlig drift gällande vård, men baserat på studier utförda i Storbritannien och Europa anser de att den bästa lösningen för sjukvård är offentlig finansiering och privat drift. Detta eftersom kostnaderna för vården kan begränsas med ett effektivt finansieringsmonopol samt att den offentliga vårdproduktionen är mindre produktiv än den privata.

3.2 Public-Private Partnership

Bakgrund:

Efter andra världskriget var det staten som främst stod för utvecklingen av infrastrukturen. Bilden är annorlunda nu (Grimsey & Lewis 2004, s. 19). Det uppdagades att inblandning av privata kapitalmarknaden gav värde i form av att effektiviteten ökade i skapande och drift av projekt och värdet ökade speciellt genom att projekt fullbordades med högsta värde utan onödiga förseningar. Detta var början till uppkomsten av PPP (Grimsey & Lewis 2004, s. 32).

Grimsey och Lewis (2004, s.21-22) delar upp infrastruktur i fyra delar:

- Hård ekonomisk infrastruktur, exempelvis vägar
- Mjuk ekonomisk infrastruktur, exempelvis finansiella institut
- Hård social infrastruktur, exempelvis sjukhus
- Mjuk social infrastruktur, exempelvis samhällstjänster

Infrastrukturpolicy kan delas upp i tre delar:

- Nätverksplanering, långsiktig planering av infrastruktur på central och regional nivå
- Finansiering

- Drift, konstruktion och underhållning

Förut var alla dessa tre statliga aktiviteter. Det finns dock inga övertygande argument om att konkurrens inom finansiering och drift skulle leda till marknadsmisslyckande (Grimsey & Lewis 2004, s. 33).

Modell:

PPP är en typ av samarbete mellan två parter som kontrakterar med varandra för att tillsammans nå ömsesidiga fördelar av resultatet (Domberger, Farago & Fernandez 1997, s. 777). De två parterna är oftast staten och ett företag. Var och en använder sina unika styrkor för att utveckla ett projekt snabbare och mer effektivt än vad staten hade kunnat åstadkomma på egen hand (Finnerty 1996, s. 194). Grunden för samarbetet bygger på incitament och informationsutbytet mellan de två parterna. Parterna kan ha olika incitament; kontraktorn (företaget) lockas av ökade vinster och tillväxt, medan klienten (staten) försöker uppnå kostnadsbesparingar och förbättrad service. Detta samarbete har blivit vanligare hos den offentliga sektorn vilket har lett till att regeringar har utforskat och experimenterat med samarbetet (Domberger, Farago & Fernandez 1997, s. 778). PPP-arrangemang kan skifta från helt privat ägande underordnat statligt medgivande, till offentliga projekt där den privata partnern tjänstgör som finansiell bidragsgivare till det statligt beskyddade projektet (Finnerty 1996, s. 194). Ett kontrakts längd varierar men ligger ofta mellan 10 och 50 år. Efter kontraktets slut ska tillgången återlämnas till offentligt ägarskap (Grimsey & Lewis 2004, s. 198), men kontraktet kan förlängas om båda parter är tillfredsställda med resultatet vid tiden för kontraktets upphörande (Domberger, Farago & Fernandez 1997, s. 779).

PPP är populärt eftersom det skiljer sig från privatisering: fundamentala tillgångar överförs inte från offentligt ägande (Grimsey & Lewis 2004, s. 33). Det är viktigt att inse att PPP-verksamheter inte är avreglerade monopol. De är kontrollerade genom överenskommelser som specificerar offentligt och privat ansvar, offentlig reglering av säkerhet och servicekvalitet. Överenskommelserna begränsar ofta kundavgifter och lönsamhet (Finnerty 1996, s. 195). De här projekten bidrar också med en väsentlig skatteinkomst för bland annat staten; dessa intäkter hade uteblivit om projektet hade finansierats statligt (Finnerty 1996, s. 195).

3.3 Skillnad mellan privatisering och PPP

Inom PPP är det den offentliga sektorn som inhämtar och betalar för tjänster från den privata sektorn å samhällets vägnar. Den offentliga sektorn har även slutgiltigt ansvar för överlämnandet av tjänsten. Inom privatisering tar det privata företaget över verksamheten samt ansvaret för leveransen av tjänsten. PPP är ett formellt verksamhetsarrangemang mellan privat och offentlig sektor. I kontraktet redogörs i detalj verksamhetens egenskaper, nödvändigt resultat, priset för tjänsten och generella tillstånd och krav för parterna. Regleringar för privatisering är lagar och marknadskrafter. Trots detta är likheterna stora (Grimsey & Lewis 2004, s. 55).

3.4 Konkurrens och effektivitet

Effektivitet är, ekonomiskt sett, förhållandet mellan insatser i en verksamhet och dess resultat. När det finns begränsningar på tillgängliga insatser som behövs för att uppnå önskat resultat blir frågor om effektivitet relevanta. När effektivitet knyts till förhållandet mellan intäkter och kostnader är en verksamhet effektiv när det inte går uppnå högre intäkt till samma kostnad, eller samma intäkt till lägre kostnad (Nationalencyklopedin 2007, C). Väl fungerande konkurrens stimulerar ett effektivt resursanvändande. Producenterna tvingas pressa sina kostnader, tillfredsställa sina kunders behov bättre och hitta nya kreativa produktionsprocesser och produkter (Statens Offentliga Utredningar 2007, s. 25). På lång sikt stärks förmågan att försvara sig på marknaden och för att göra detta måste priset sänkas eller kvaliteten höjas. Konkurrens medför dels att kunder kan köpa varor av så hög kvalitet som möjligt till ett så lågt pris som möjligt, dels omprövning av befintlig verksamhet och ett mer kundanpassat utbud. När konkurrens ska skapas inom den offentliga sektorn, bjuds den privata sektorn in på den offentliga marknaden. Konkurrensens syften är:

- Lägre kostnader till given kvalitet
- Ökad kvalitet genom mer valfrihet och mångfald
- Krav på omprövning av befintliga metoder och utveckling av nya metoder

Rättvisa villkor är en förutsättning för fungerande konkurrens. Detta är sällan fallet mellan offentliga organ och privata företag. Ofta har offentlig verksamhet finansiering genom skattemedel, en typ av garanti som ger ett lågt ekonomiskt risktagande vilket i sin tur leder till lägre konkurrensbenägenhet än för privata företag. Detta kan leda till svårigheter att uppnå konkurrensens syfte som är ett effektivt resursutnyttjande (Konkurrensverket 1994, s. 13-14).

4 Egen undersökning

Först ges ett avsnitt med sekundärdata i form av information från bland annat årsredovisningar. Därefter framställs svaren från enkäterna och intervjun. Dessa bearbetas och analyseras, och mynnar ut i studiens resultat och slutsatser.

4.1 Sekundärdata

Ingen av de nio respondenterna gav en summa på eventuell vinst, vilket ledde till att kompletterade data hämtades från årsredovisningar trots att detta låg på en aggregerad nivå. Årsredovisningen för bolaget Legevisitten AB fick författaren ingen möjlighet att ta del av.

4.1.1 SLL's ersättningssystem

Nedanstående information är hämtad från Uppdragsguiden: Regelbok för husläkarverksamhet. Den är skapad av SLL, version 0.2, 2007-06-26 (Stockholms Läns Landsting 2007, A).

Kapiteringsersättning för en vårdgivare som har ett vårdavtal med SLL beror på ålder på patienten. Kapitering utbetalas för personer som aktivt listat sig hos vårdgivaren och är folkbokförda inom Stockholms län.

Tabell 1. Kapiteringsmodell

Ålder på patient	0 – 5 år	6 – 64 år	65 – 74 år	75 år →
Ersättning per listad patient i kronor/år	696	585	1515	2083

Besöksersättning för ett läkarbesök är 485 kr. När man har ett vårdavtal med SLL ska en patientavgift tas ut, och beloppet den uppgår till bestäms av SLL. Just nu ligger patientavgiften för ett läkarbesök på 140 kr (Stockholms Läns Landsting 2007, D). Patientavgiften ses som en del av SLL's ersättning till vårdgivaren. Det finns dock ett ersättningstak. Om antalet besök per listad patient blir för högt minskar kapiteringen. Om antalet läkarbesök per listad patient, i

genomsnitt per person, överstiger 1,9 gånger per år reduceras kapiteringen med 33 %, om antalet överstiger 4,0 gånger uteblir kapiteringen helt.

Vårdgivaren är ansvarig för alla kostnader som har att göra med lokaler och för verksamheten nödvändig utrustning. Undersökningar som måste utföras vid laboratorium som SLL har avtal med betalas till 20 % av vårdgivaren, SLL står för resterande belopp. Övriga medicinska undersökningar står vårdgivaren själv för.

SLL får en faktura varje månad i efterskott från vårdgivaren. Årsbelopp som ska betalas delas upp så att de betalas per månad.

4.1.2 Carema AB

Följande information är hämtat från Caremas årsredovisning för 2006.

Carema är en koncern som utför offentligt finansierad privat vård och omsorg i Norden. Carema består av sex delar: primärvård, närsjukvård, specialistvård, bemanning, äldreomsorg och Carema Orkidén. Primärvården består av vårdcentraler, barnavårdcentraler, hemsjukvård, distriktssköterskeverksamhet och sjukgymnastik. Primärvården står för 18 % av koncernens totala omsättning. Carema har 34 vårdcentraler i nio landsting, 145 läkare och har vårdansvar för 325 000 personer. 2006 års resultat var 159 Mkr.

4.1.3 Praktikertjänst AB

Informationen som delges här är hämtad från Praktikertjänsts årsredovisning för 2006 samt genom kontakt med Eva Reumark som är regionsansvarig för primärvård öst.

Koncernen består av tre delar: tandvård som står för 53,1 % av koncernens omsättning, hälso- och sjukvård samt nio dotterbolag med inriktning på specialistvård som står för 31,6 % av koncernens omsättning och sex dotterbolag med finansiell inriktning som står för resterande del. Koncernens vinst år 2006 var 532,5 Mkr. Hälso- och sjukvårdsdelen hade år 2006 810 läkare och 52 vårdcentraler. Praktikertjänsts samtliga vårdcentraler går med positivt resultat och läkarna inom primärvården har minst en marknadsmässig lön.

4.1.4 KvaLita Närsjukvård AB

Informationen nedan är hämtad från KvaLitas årsredovisning för 2006 samt kompletterad med information genom kontakt med Eva-Lotta Kassel som är VD för KvaLita Närsjukvård AB.

Koncernen består av KvaLita Hälso- och Sjukvård AB som är ett rent ägarbolag och som äger KvaLita Närsjukvård AB som är det operativa bolaget. Deras sex vårdcentraler är dotterbolag tillsammans med tre ytterliga dotterbolag samt en resultatenhet. Dessa vårdcentraler står för hela Kvalita Närsjukvårds omsättning och kostnader, tillsammans med dotterbolaget Fotsjukvård och resultatenheten, som även är en vårdcentral. KvaLita Närsjukvårds resultat år 2006 var 4,36 Mkr. KvaLita har vårdansvar för 80 000 personer och har 45 läkare.

4.1.5 Ultra Education AB

Följande information kommer från John Bauers och Prolympias hemsidor, Ultra Educations årsredovisning för 2006 samt genom kontakt med Martin Hytting som är marknadschef.

Ultra Education är ett privat utbildningsföretag som har bland annat skolkedjorna John Bauer och Prolympia. John Bauer har 8 000 elever och 703 lärare och Prolympia har 3 000 elever och 183 lärare. Friskoleverksamheten står för 96,2 % av koncernens verksamhet. Koncernens vinst år 2006 var 15,33 Mkr.

4.2 Primärdata

4.2.1 Enkätsvaren

Svaren på enkäten finns redovisat i detalj i bilaga 3.

För vårdcentralernas anonymitet benämns de med bokstäver i uppsatsen.

Enligt Statistiska centralbyrån (2007) bestod Sveriges befolkning vid årsskiftet 2006/2007 av:

- 6,66 % i åldern 0 till 5 år
- 75,99 % i åldern 6 till 64 år
- 8,57 % i åldern 65 till 74 år

- 8,79 % över 75 år

Trots att befolkningen givetvis varierar i olika områden har författaren valt att använda dessa procentsatser. Eftersom flera olika områden inom Stockholms län ingick i undersökningen hoppas författaren att eventuella underskott av exempelvis barn i vissa områden vägs upp av överskott i andra områden.

Kapiteringen beräknades med hjälp av följande formel (antal = antal listade patienter):

$$\text{antal} \cdot 6,66\% \cdot 696kr + \text{antal} \cdot 75,99\% \cdot 585kr + \text{antal} \cdot 8,57\% \cdot 1515kr + \text{antal} \cdot 8,79\% \cdot 2083kr$$

Tabell 2. Kapiteringsersättning

A	B	C	D	E	F	G	H	I
9 164 Mkr	10 288 Mkr	11 254 Mkr	13 665 Mkr	19 453 Mkr	10 048 Mkr	11 254 Mkr	5 868 Mkr	6 672 Mkr

Besöksersättningen har beräknats genom $\text{antal läkarbesök} \cdot 485kr$.

Tabell 3. Besöksersättning

A	B	C	D	E	F	G	H	I
6 305 Mkr	9 021 Mkr	6 111 Mkr	9 215 Mkr	14 793 Mkr	11 349 Mkr	12 077 Mkr	6 402 Mkr	6 160 Mkr

Två av de nio respondenterna besvarade frågan om vinst. Ena svaret var att vårdcentralen startade 2007 så vinst för tidigare år fanns inte tillgänglig. Det andra svaret var att varje år ska bära sina kostnader, och utlägg för utrustning beror på den ekonomiska situationen det året.

4.2.2 Resultat av intervju

En telefonintervju utfördes med Rolf Östlund som tidigare har varit verksamhetschef för en privat driven vårdcentral som hade vårdavtal med Östergötlands Landsting. Här följer informationen som framkom av intervjun.

Det finns tre olika bolagsformer som en privat vårdcentral med vårdavtal kan ha:

- Privata vårdcentraler kan drivas som ett personalkooperativ. Det är ofta denna bolagsform som väljs när anställda hos en offentlig vårdcentral tar över driften. I detta fall återinvesteras allt överskott vilket gör att vårdcentralen går med ett nollresultat. Detta delvis med tanke på att det inte är politiskt korrekt att vårdföretag går med vinst.

- Vårdcentraler kan drivas som ett handelsbolag eller ett kommanditbolag medan ägarna har aktiebolag runtomkring. Ägarna, där till exempel läkare kan ingå, agerar konsulter och hyrs in för att jobba hos vårdcentralen. Ägarna kan då välja vad de gör med konsultarvodet; de kan exempelvis bygga upp ett kapital i sitt aktiebolag eller ta ut inkomsten som lön. För att detta ska vara skattejuridiskt korrekt måste en konsult ha flera uppdragsgivare. Detta kan lösas genom att läkaren tillfälligt jobbar för ett annat vårdföretag. En vårdcentral kan även bestå av flera bolag genom att dess verksamhet delas upp. Denna bolagsform leder till att själva vårdcentralen, handels- eller kommanditbolaget, går med nollresultat.
- Större aktörer kan driva aktiebolag som har flera vårdcentraler utspridda över olika geografiska områden. Dessa företag kan visa sin vinst.

Olika landsting har olika ersättningsmodeller. Under Rolf Östlunds tid som verksamhetsansvarig fick vårdcentralen kapiteringsersättning men ingen besöksersättning. Detta ledde till att patientbesök endast blev en kostnad för vårdcentralen och att det egentligen var optimalt att inte ta emot några patienter. Rikssnittet på antalet läkarbesök per patient i genomsnitt per år låg på ungefär 1,6.

En av omstruktureringarna Rolf Östlund gjorde på vårdcentralen var att när läkarna haft 43 patientbesök på en vecka fick de själva bestämma hur de skulle spendera resterande arbetstid. Att träffa 43 patienter på en vecka är ett högt snitt, men om läkaren är effektiv går det att göra på fyra dagar. En av anledningarna till detta var att komma ifrån att de läkare som var effektiva fick större och större arbetsbörda. På det här viset blev det samma förutsättningar för alla.

4.3 Analys

Trots respondenternas val att inte besvara frågan om vinst har författaren valt att ta del av underlag i årsredovisningar och på så vis kunnat plocka fram ett värde på vinst, där det har varit möjligt. Det ska här betonas att de vinstbelopp som beskrivs nedan är baserade på författarens egna antaganden. För att räkna fram nyckeltal har författaren kombinerat information från enkäter med information från årsredovisningar. Med tanke på att respondenterna ska förbli anonyma visas endast vinst per respondent här, inte hur den vinsten har beräknats.

Vårdcentral E har en vinst på ungefär 1,05 Mkr.

Vårdcentral F har en vinst på ungefär 0,87 Mkr.

Vårdcentral G har en vinst på ungefär 0,78 Mkr.

Vårdcentral I har en vinst på ungefär 0,48 Mkr.

Tabell 4. Nyckeltal för respondenterna

Vårdcentral	E	F	G	I
Vinst per läkare	87 200 kr	99 091 kr	78 480 kr	141 059 kr
Vinst per läkarbesök	34 kr	37 kr	32 kr	38 kr
Vinst per listad patient	43 kr	70 kr	56 kr	58 kr

Den här tabellen visar tydligt att det inte är rättvist att endast kolla på vinsten utan att vinsten måste sättas i relation till något. Vårdcentral I, som hade lägsta vinsten i absoluta siffror, visar sig ha högsta vinst per läkare. Det kan även kommenteras att vinst per läkarbesök låg på en liknande nivå för vårdcentral E, F, G och I vilket tyder på att oavsett antal läkare och antal patienter, har vårdcentralerna en relativt jämbördig mängd läkarbesök. Att vinst per listad patient skiljer sig åt förklaras av att olika områden är olika tätt befolkade. Det med högre vinst per patient har färre listade patienter inom sitt område och det motsatta gäller för de med låg vinst per patient.

I Caremas fall gör författaren antagandet att vinsten för primärvården ligger på 28,62 Mkr ($18\% \cdot 159000000\text{kr}$). Detta ger att vinsten i förhållande till läkare är 197 000 kr och att vinsten i förhållande till listad patient är 88 kr. Det ska poängteras att i dessa siffror ingår hela primärvården, det vill säga inte endast vårdcentraler.

KvaLita Närsjukvårds vinst är 4,36 Mkr. Författaren gör antagandet att vinsten i förhållande till läkare är 96 889 kr och att vinsten i förhållande till listad patient är 55 kr. I dessa siffror är då även fotvård och resultatenheten medräknad.

I Praktikertjänsts fall gör författaren antagandet att vinsten för hälso- och sjukvårdsdelen ligger på 168,27 Mkr ($31,6\% \cdot 532500000\text{kr}$). I detta ingår även dotterbolagen som har inriktning mot specialistvård. Vinst i förhållande till läkare blir då 208 000 kr men i detta ingår även specialistläkare.

Genomsnittet av insamlad data i den här studien:

Tabell 5. Genomsnittliga nyckeltal

	Alla landsting	SLL	Genomsnitt
Genomsnittlig vinst per läkare	129 674 kr	101 457 kr	115 566 kr
Genomsnittlig vinst per läkarbesök	35 kr	35 kr	35 kr
Genomsnittlig vinst per listad patient	62 kr	57 kr	59 kr

Att genomsnittet för vinst per läkare och vinst per patient är högre under rubriken "alla landsting" kan bero på att i den här undersökningen ingår både stora och små bolag i studien, medan det i den "aggregerade" undersökningen (alla landsting) endast ingår större aktörer som har vårdcentraler i fler än ett landsting. Om det under rubriken "alla landsting" hade ingått exempelvis personalkooperativ i andra landsting hade dessa siffror kanske hamnat på en jämnare nivå.

I Ultra Educations fall gör författaren antagandet att vinsten för friskoleverksamheten uppgår till 14,75 Mkr ($96,2\% \cdot 15331000kr$) vilket leder till en vinst i förhållande till lärare på 16 646 kr och en vinst i förhållande till elev på 1 341 kr.

Även om det föreligger vissa skillnader mellan friskoleverksamhet och privata vårdcentraler kan författaren konstatera, baserat på tillgänglig data, att vårdcentralernas effektivitetsmått vinst i förhållande till läkare ligger på en väldigt hög nivå jämfört med vinst i förhållande till lärare. Effektivitetsmättet vinst i förhållande till listad patient visar ett positivt resultat, men ändå är resultatet mycket lägre än för effektivitetsmättet vinst i förhållande till elev. Detta är dock inte så konstigt med tanke på att det är så pass många patienter jämfört med antalet elever. Samma elever återkommer kanske fem dagar i veckan medan patienter besöker vårdcentralen en eller två gånger på ett år.

Nedan visas genomsnittligt antal läkarbesök per listad patient och år:

Tabell 6. Läkarbesök per patient

A	B	C	D	E	F	G	H	I
1,14	1,45	0,90	1,12	1,26	1,87	1,78	1,81	1,53

Eftersom samtliga respondenter har ett genomsnitt som är lägre än 1,9 undviks reducerad ka-

pitering. Detta ser författaren som ett tecken på effektivitet. Här kan det spekuleras i varför vårdcentral C har hälften så många läkarbesök per patient som vårdcentral F och G. Författaren har inte tillräcklig information för att svara på den frågan, men en förklaring kan vara att patienterna i vårdcentral C's område är friskare, vilket kan bero på bland annat åldersskillnader.

Nedan visas antal läkarbesök per läkare och vecka:

Tabell 7. Läkarbesök per vecka

A	B	C	D	E	F	G	H	I
62,50	44,71	40,38	40,60	48,88	51,14	47,88	49,77	71,83

Med tanke på att det är bra om vårdcentraler klarar av att hålla ett snitt på 43 läkarbesök per vecka och att nästan alla respondenter ligger över det snittet uppfattar författaren detta som ett tecken på effektivitet. Genomsnittet för respondenterna är 50,86. Genomsnittet utan vårdcentral I, som har ett mycket högre snitt än de andra respondenterna, blir 48,23.

4.3.1 Bortfallsanalys

Vissa vårdcentraler ansåg att det var för känslig information som frågades efter på enkäten och valde därför att inte besvara enkäten alls. Frågan om lönekostnaden hade testpersonerna flaggat för men det var frågan om vinst som respondenterna valde att inte svara på. En annan anledning till att respondenterna svarade på enkäten men inte på frågan om vinst, var troligtvis att den bolagsform som vårdcentralerna har, gjorde att begreppet vinst inte gick att se per vårdcentral.

Andra orsaker till bortfall var tidsbrist hos respondenterna. I och med att Vårdval Stockholm infördes två månader efter undersökningen var många respondenter upptagna.

4.4 Resultat

De resultat som författaren har kommit fram till gäller för de vårdcentraler som ingick i studien. Resultatet nedan svarar på frågeställningarna *vinst per läkare*, *vinst per patient* och *vinst per läkarbesök*.

Vinsten hos privata vårdcentraler med vårdavtal i förhållande till antal läkare som arbetar på vårdcentralen är i snitt 115 566 kr.

Vinsten hos privata vårdcentraler med vårdavtal i förhållande till antal listade patienter inom vårdcentralens område är i snitt 59 kr.

Vinsten hos privata vårdcentraler med vårdavtal i förhållande till antal läkarbesök per år är i snitt 35 kr.

Vinsten per läkare är väldigt hög medan vinsten per läkarbesök är väldigt låg, men givetvis ska det vara stor skillnad eftersom det är fler antal läkarbesök än antal läkare per vårdcentral. Att vinst per patient är högre än vinst per läkarbesök kan förklaras både av att ersättningen per patient är högre än ersättningen per läkarbesök, men också av att de flesta av vårdcentralerna i den här undersökningen hade fler än ett läkarbesök per patient (i snitt).

4.5 Slutsatser

I och med denna studie kan författaren dra följande slutsatser:

- Respondenterna är mer effektiva än Ultra Educations friskolor sett som vinst i förhållande till läkare/lärare. Här ska det uppmärksammas att Praktikertjänsts och Caremas vinst i förhållande till läkare låg högt över de övriga vårdcentralernas vinst i förhållande till läkare.
- Respondenterna är mindre effektiva än Ultra Educations friskolor sett som vinst i förhållande till patienter/elever. Detta är dock inte en helt rättvis jämförelse eftersom det finns stora skillnader i kontakten mellan lärare – elev och läkare – patient.
- Respondenterna håller antalet läkarbesök på en effektiv nivå, med tanke på SLL's ersättningssystem. Snittet på antal läkarbesök låg under reduceringsgränsen vilket tyder på effektivitet.
- Respondenterna ligger på en bra och effektiv nivå med genomsnittligt antal läkarbesök per listad patient per vecka. Denna slutsats är baserad på att 43 läkarbesök per läkare och vecka är en bra nivå att ligga på vilket framkom av den utförda telefonintervjun.

- Att SLL ger besöksersättning och att den är begränsad, ger drivkraft till de vårdcentraler som SLL har vårdavtal med, behandlar patienterna så effektivt som möjligt. Det ger både incitament till att vårdcentralerna ska ta emot patienter, men begränsningen av ersättningen gör även att vårdcentralerna inte tjänar på att ta emot patienter hur ofta som helst.

Trots svårigheter att generalisera eftersom antalet respondenter var få, har författaren dragit slutsatsen att privata vårdcentraler med vårdavtal är effektiva, men att effektiviteten inte bara beror på själva patientantalet eller läkarantalet. Det ersättningsystem som landstinget erbjuder vårdgivaren, samt den bolagsform vårdcentralen har, är även av betydelse.

5 Avslutande diskussion

Här kommenterar författaren studien och förslag på vidare forskning ges.

5.1 Kritisk granskning

Författarens bedömning av lämpligheten i att använda enkäter som metod visade sig vara något fel. Informationen som frågades efter upplevdes av många som alltför känslig för att dela med sig av, samt att det hade varit bättre att inte utföra studien på enhetsnivå. Genom att göra analysen helt på aggregerad nivå hade vinsten kunnat jämföras mellan bolag oavsett driftsform.

De antaganden som har gjorts i analysen har naturligtvis lett till att resultatet är mindre säkert. Antagandena var nödvändiga för att författaren skulle kunna dra några slutsatser.

Eftersom stora delar av resultatet bygger på uppgifter hämtad från årsredovisningar, finns det risk för missvisande information. Årsredovisningar kan manipuleras för att bolaget ska framstå på önskat sätt. Eftersom de bolag som är med i denna undersökning är olika, sett till exempelvis ägandeform, verksamheter och storlek, är givetvis även det en bidragande orsak till att siffrorna kanske inte är helt rättvisande.

En annan osäkerhetsfaktor är att antal läkare och antal lärare kan vara missvisande med tanke på att vissa läkare och lärare kan jobba deltid. Detta får vinst per läkare och vinst per lärare att bli lägre, exempelvis eftersom en vårdcentral kan ha 15 läkare men endast 12 heltidstjänster.

5.2 Implikationer

En implikation som uppstod var den låga svarsfrekvensen. Med tanke på att respondenterna deltog i undersökningen frivilligt var det svårt att höja svarsfrekvensen. Detta ledde till att kompletterande information fick inhämtas med andra metoder vilket i sin tur ledde till att ana-

lysen fick utföras på aggregerad nivå och de begränsningar som satts upp fick ändras. Detta påverkade givetvis resultatet.

5.3 Rekommendationer

Rekommendationer för kommande studier är till exempel att utföra en likadan undersökning men för en annan region, eller nationellt, för att se hur pass generella de här slutsatserna är.

En annan rekommendation till fortsatt forskning är att undersöka hur det här kommer att förändras då Vårdval Stockholm införs 2008. Patienterna får då själv välja hos vilken vårdcentral de vill vara listade och på så vis har vårdcentralerna större möjligheter att själva påverka antalet patienter, och därmed även den ersättning de får.

Denna uppsats har begränsats till just läkare, men det finns många andra delar av primärvården som är intressanta att titta på, exempelvis hemtjänst och sjuksköterskor.

Referenser

Litteratur

- Denscombe, Martyn (2000). *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur
- Domberger, Simon, Farago, Stephen & Fernandez, Patrick (1997). Public And Private Sector Partnering A Re-Appraisal. *Public Administration*, vol. 75:4, ss. 777-787.
- Finnerty, John D. (1996). *Project Financing: asset-based financial engineering*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Glenngård, Anna H., Hjalte Frida, Svensson, Marianne, Anell, Anders & Bankauskaite, Vaida (2005) *Health Systems in Transitions: Sweden*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health. Vol 7, No 4.
- Grimsey, Darrin & Lewis, Mervyn K. (2004). *Public private partnerships*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing Limited
- Gunnarsson, Mariette (2001). *Privatisering av sjukvård*. Växjö: Ekonomihögskolan. (FoU-meddelande 2003:1, FoU Kronoberg)
- Jönsson, Bengt & Rehnberg, Clas (1987). *Effektivare sjukvård*. Stockholm: Nordstedts Förlag
- Konkurrensverket (1994). *Sambruk i offentlig sektor – effekter på konkurrens och effektivitet*. Stockholm
- Regeringskansliets Distributionstjänst (2006). *Nationell IT-strategi för vård och omsorg*. Karlskrona: Printfabriken

Statens Offentliga Utredningar (2007). *Bolagisering för ökad konkurrens och effektivitet*.
Stockholm: Edita Sverige AB

Otryckta källor

Carema *Årsredovisning 2006*

<http://carema.se/toppmeny/press/ekonomiskinformation.4.7e87e35a108e7593e7180009790.html>, 2007-12-07

John Bauer *John Bauer Gymnasiet*

<http://www.johnbauer.nu/>, 2007-12-07

Nationalencyklopedin (NE) *Offentliga sektorn*

A: http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=274789&i_history=1, 2007-09-28

Nationalencyklopedin (NE) *Privatisering*

B: http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=287213&i_word=privatisering, 2007-09-28

Nationalencyklopedin (NE) *Effektivitet*

C: http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=159058&i_word=effektivitet, 2007-11-27

Praktikertjänst *Vårdavtal*

A: <http://www.praktikertjanst.se/templates/PageExternal.aspx?id=13982>, 2007-10-01

Praktikertjänst *Årsredovisning 2006*

<http://www.praktikertjanst.se/templates/Document.aspx?id=23878>, 2007-12-07

Prolympia *Prolympia*

<http://www.prolympia.se/>, 2007-12-07

Regeringen *Pressmeddelande 28 februari 2007*

<http://www.regeringen.se/sb/d/8722/a/77636>, 2007-10-01

Statens Offentliga Utredningar (2005) *Staten och kommunerna*

<https://www.sou.gov.se/ansvar/pdf/h%C3%A4ggroth.pdf>, 2007-12-12

Statistiska Centralbyrån *Befolkningen i riket efter civilstånd, ålder och kön 1968-2006*

<http://www.ssd.scb.se/databaser/makro/Visavar.asp?yp=bergman&xu=scb&huvudtabell=Befolkning&deltabell=R&deltabellnamn=Befolkningen+i+riket+efter+civilst%20och+k%20omradetext=Befolkning&preskat=O&innchall=Folkmand&starttid=1968&stopptid=2006&Prodid=BE0101&fromSok=&Fromwhere=S&lang=1&langdb=1>, 2007-12-04

Stockholms Läns Landsting (Uppdragsguiden) *Regelbok för husläkarverksamhet*

A: http://www.uppdragsguiden.sll.se/b_templates/B_BookTitle.aspx?id=21289, 2007-10-24

Stockholms Läns Landsting (SLL) *Vården i siffror*

B: <http://www.sll.se/sll/templates/GuidePage.aspx?id=19128>, 2007-10-24

Stockholms Läns Landsting (SLL) *Avknoppning*

C: <http://www.sll.se/sll/templates/NormalPage.aspx?id=34225>, 2007-11-10

Stockholms Läns Landsting (Uppdragsguiden) *Avgiftshandboken 2007*

D: http://www.uppdragsguiden.sll.se/b_templates/B_BookSection1.aspx?id=18526, 2007-10-24

Stockholms Läns Landsting (SLL) *Ersättningsmodell*

E: http://www.uppdragsguiden.sll.se/b_templates/B_BookChapter.aspx?id=21286, 2007-11-10

Stockholms Läns Landsting (Uppdragsguiden) *Patientavgifter*

F: http://www.uppdragsguiden.sll.se/b_templates/B_BookSection1.aspx?id=22004, 2007-11-08

Socialstyrelsen *Termbank: Primärvård*

<http://app.socialstyrelsen.se/termbank/QuickSearchBrowse.aspx>, 2007-10-01

Ultra Education *Om Ultra Education*

<http://www.ultraeducation.se/ultrapu1.nsf/B001FR?OpenFrameSet>, 2007-12-07

Vårdförbundet *Vem bestämmer i vården?*

<https://www.vardforbundet.se/templates/VFOpenFile.aspx?fileId=54362>, 2007-12-12

Vårdguiden *Husläkarmottningar / Vårdcentraler*

A: <http://www.vardguiden.se/Article.asp?c=2878>, 2007-11-07

Bilagor

Bilaga 1. Enkät

Enkät om effektivitet hos vårdcentraler.

1. Hur många patienter är listade hos Er?
2. Hur många läkarbesök har Ni per år?
3. Hur många anställda läkare har Ni?
4. Vad är Er lönekostnad för samtliga anställda per år?
5. Vad är Er årliga kostnad för utrustning?
6. Vad är Era årliga lokalkostnader?
7. Vänligen beskriv eventuella övriga kostnader, både anledning och belopp i kronor (ex. Utbildningar 300tkr):
8. Hur stor vinst/förlust har Ni haft de senaste åren:
 - 2006?
 - 2005?
 - 2004?
9. Övrigt:

Tack för Er medverkan!

Bilaga 2. Intervjufrågor

De frågor som ställdes under telefonintervjun var följande:

- Vinstbegreppet – kan man säga att en vårdcentral går med vinst? Kallas överskott för vinst om det återinvesteras i vårdcentralen?
- Finns det riktlinjer eller mål för hur bra en vårdcentral ska gå?
- Finns det en annan syn på begreppet ”ekonomisk vinst” än intäkter minus kostnader inom vården?
- Finns det ett optimalt antal läkarbesök per vecka? Är det i så fall 43 läkarbesök per vecka?

Bilaga 3. Resultat av enkäten

Vårdcentral	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1 Hur många patienter är listade hos Er idag?	11 400	12 799	14 000	17 000	24 200	12 500	14 000	7 300	8 300
2 Hur många läkarbesök har Ni per år?	13 000	18 600	12 600	19 000	30 500	23 400	24 900	13 200	12 700
3 Hur många anställda läkare har Ni idag?	4,0	8,0	6,0	9,0	12,0	8,8	10,0	5,1	3,4
4 Vad är Er totala lönekostnad för samtliga anställda per år?	9 600 000 kr <i>800 000 kr x 12 mån</i>	14 500 000 kr <i>14 500 000 kr + 2 000 000 kr i pensionskostnader</i>	12 052 000 kr	22 120 000 kr	19 900 000 kr	15 110 000 kr	17 120 000 kr	8 130 000 kr	8 020 000 kr
5 Vad är Er årliga kostnad för utrustning?	1 500 000 kr	Beror på hur VC ligger till ekonomiskt	600 000 kr	730 000 kr	5 500 000 kr <i>Teknisk utrustning 500 000 kr, Medicinska kostnader 5 000 000 kr</i>	4 500 000 kr <i>Teknisk utrustning 300 000 kr, Medicinska kostnader 4 200 000 kr</i>	4 400 000 kr <i>Teknisk utrustning 300 000 kr, Medicinska kostnader 4 100 000 kr</i>	2 500 000 kr <i>Teknisk utrustning 200 000 kr, Medicinska kostnader 2 300 000 kr</i>	1 700 000 kr <i>Teknisk utrustning 300 000 kr, Medicinska kostnader 1 400 000 kr</i>
6 Vad är Era årliga lokalkostnader?	1 250 000 kr	2 030 000 kr	885 000 kr	1 070 000 kr	4 200 000 kr	2 500 000 kr	2 400 000 kr	1 100 000 kr	1 900 000 kr
7 Vänligen beskriv eventuella övriga kostnader, både anledning och belopp i kronor:	-	Utbildningar 400 000 kr	Förbrukning 1 965 000 kr	Förbrukning 3 445 000 kr	Övriga omkostnader 2 500 000 kr	Övriga omkostnader 1 700 000 kr	Övriga omkostnader 2 000 000 kr	Övriga omkostnader 1 100 000 kr	Övriga omkostnader 900 000 kr
8 Hur stor vinst/förlust har Ni haft de senaste åren:	-	Försöker få varje år att bära sina kostnader	Kan inte redovisa vinst per enhet då den ingår i läkarnas löneuttag	Kan inte redovisa vinst per enhet då den ingår i läkarnas löneuttag	Inte relevant då VC har ett kommissionsavtal mot MB, går sålunda inte att dra några slutsatser från detta	Inte relevant då VC har ett kommissionsavtal mot MB, går sålunda inte att dra några slutsatser från detta	Inte relevant då VC har ett kommissionsavtal mot MB, går sålunda inte att dra några slutsatser från detta	Inte relevant då VC har ett kommissionsavtal mot MB, går sålunda inte att dra några slutsatser från detta	Inte relevant då VC har ett kommissionsavtal mot MB, går sålunda inte att dra några slutsatser från detta
9 Övrigt:	Startade 2007	-	-	-	-	-	-	-	-
Kapiteringsersättning	9 163 620 kr	10 288 173 kr	11 253 568 kr	13 665 047 kr	19 452 596 kr	10 047 829 kr	11 253 568 kr	5 867 932 kr	6 671 758 kr
Besöksersättning	6 305 000 kr	9 021 000 kr	6 111 000 kr	9 215 000 kr	14 792 500 kr	11 349 000 kr	12 076 500 kr	6 402 000 kr	6 159 500 kr