



Att skapa likvärdiga villkor

Landstingens ekonomiska redovisning av sina vårdcentraler i vårdvalssystemen

Underlagsrapport

Att skapa likvärdiga villkor

Landstingens ekonomiska redovisning av sina vårdcentraler i vårdvalssystemen

Konkurrensverket februari 2012
Författare: Dag Fagerhem och Caroline Lingqvist
Foto: Istock

Förord

Konkurrensverket har fått i uppdrag av regeringen att analysera förutsättningarna för kvalitetskonkurrens mellan vårdgivare i primärvården. En viktig fråga är om landstingens egenregiverksamheter och privata vårdgivare har likvärdiga villkor. I denna underlagsrapport redovisas en granskning av hur landstingen hanterar sina egenregiverksamheter i vårdvalssystemen.

Rapporten har skrivits av Dag Fagerhem och Caroline Lingqvist, som båda har stor erfarenhet av att som revisionskonsulter granska landstingens hälso- och sjukvård.

Stockholm i februari 2012

Dan Sjöblom
Generaldirektör

Innehåll

Sammanfattning	7
1 Inledning	9
1.1 Bakgrund.....	9
1.2 Metod och genomförande.....	9
2 Alla utförare ska behandlas lika	11
2.1 Konkurrens på likvärdiga villkor	11
2.2 Landstingets ansvar som hälso- och sjukvårdshuvudman	12
3 Iakttagelser från landstingen	13
3.1 Landstingens inställning till likvärdiga villkor.....	13
3.2 Den ekonomiska redovisningen och rapporteringen av primärvård i egenregi	14
3.2.1 Ekonomisk redovisning av egenregiverksamheten	14
3.2.2 Ekonomisk redovisning på vårdcentralsnivå.....	17
3.2.3 Ekonomisk rapportering uppåt i organisationen	19
3.3 Hur hanterar landstingen egenregiverksamhetens resultat mellan åren?	21
3.4 Modell för fördelning av overheadkostnader	26
3.5 Hantering av lokalkostnader	27
3.6 Omställningskostnader.....	27
3.7 Styrningen av egenregin - sistahandsansvar och särskilda uppdrag/ersättningar inom vårdvalet?	28
3.7.1 Sistahandsansvar för primärvården i egenregi.....	29
3.7.2 Särskilda ersättningar till egenregin.....	29
3.7.3 Ägarstyrning och styrningen inom egenregin	30
3.8 Övriga skillnader i förutsättningar mellan offentliga och privata utförare.....	31
3.9 Vårdvalet och styrningen.....	33
3.9.1 Den politiska styrningen	33
3.9.2 Styrning i tjänstemannaorganisationen.....	33
4 Slutsatser	35
4.1 Sammanfattande slutsatser	35
4.2 Rekommendationer.....	37
5 Bilagor	38
5.1 Intervjuförteckning	38

Sammanfattning

Regeringen har uppdragit åt Konkurrensverket att följa upp landstingens arbete med vårdvalssystem i primärvården ur konkurrenssynpunkt. Denna rapport behandlar frågan om landstingen inom vårdvalet ger likvärdiga villkor och förutsättningar för privat- och landstingsdriven verksamhet. Mot bakgrund av att en del privata vårdgivare kritiserat landstingen för att subventionera egenregiverksamheten inom vårdvalet, har rapporten ett särskilt fokus på om landstingen har en transparent redovisning av kostnader och intäkter för primärvården i egenregi.

Genomgången visar att samtliga landsting har en tydlig ekonomisk redovisning av egenregiverksamheten. I landstingens redovisningssystem går det att läsa ut vilka intäkter och kostnader som hör till verksamhet inom vårdval respektive anslagsfinansierad verksamhet. Däremot saknas ofta denna tydlighet i rapporteringen, det vill säga i många fall framgår det inte i årsredovisning eller delårsrapporter om egenregin inom vårdval går runt ekonomiskt.

Landstingen har en tydlig redovisning även på vårdcentralsnivå och kan följa upp ekonomiskt utfall per vårdcentral. I de flesta landstingen har primärvårdsledningen en god bild av det ekonomiska utfallet för varje vårdcentral. Utfall på vårdcentralsnivå rapporteras dock sällan till ansvarig nämnd eller styrelse inom landstinget.

I många av landstingen har primärvården i egenregi inte haft en ekonomi i balans under 2011, vilket kan indikera att uppdraget i delar är underfinansierat.

Det finns i landstingen en tydlig ambition om att skapa likvärdiga villkor för offentliga och privata aktörer, men få landsting har närmare konkretiserat vad detta innebär. I många landsting har egenregin inom vårdvalet ett "sistahandsansvar" där man till exempel förväntas driva vårdcentraler som inte bär sig ekonomiskt och upprätthålla den utbudsstruktur av offentliga vårdcentraler som fanns innan vårdvalet. Det finns på många håll en oklar ansvarsfördelning inom landstingen som ägare, beställare respektive utförare vad gäller till exempel "sistahandsansvar". I merparten av landstingen saknas också tydliga ägardirektiv, till exempel om hur egenregin ska hantera en vårdcentral som på sikt inte går runt ekonomiskt. I och med vårdvalet har formerna för styrning i landstingen förändrats, vilket är något som ännu inte hunnit få genomslag på alla håll.

När det gäller likvärdiga villkor är det vår bild att det i huvudsak inte förekommer några särskilda ersättningar till egenregiverksamheten. Däremot förekommer i en del landsting att uppkomna underskott inom egenregin skrivs av vid årets slut och därmed inte belastar verksamheten för nästkommande år, vilket kan ses som en indirekt subventionering. En sådan praxis skapar inte likvärdiga villkor för privata och offentliga aktörer.

I rapporten ges följande rekommendationer om hur landstinget kan förbättra sin styrning och redovisning. Landstingen bör:

- konkretisera innebörden av likvärdiga villkor för verksamhet i egen regi respektive för privata utförare inom vårdvalet.
- utveckla "ägardirektiv" för egenregiverksamheten i vårdvalet, för att förtydliga uppdrag och förutsättningar när det gäller till exempel ekonomiska resultatkrav, ansvar för lokalisering/sistahandsansvar med mera.
- i årsredovisning och delårsbokslut inkludera uppgifter om det ekonomiska resultatet för egenregiverksamheten i vårdvalet.
- i rapporteringen för egenregin i vårdvalet tydligt visa resultatet per vårdcentral.
- överväga former för att egenregin ska bära med sig resultat mellan åren.

1 Inledning

1.1 Bakgrund

Regeringen har uppdragit åt Konkurrensverket att följa upp landstingens arbete med vårdvalssystem i primärvården ur konkurrenssynpunkt. En av Konkurrensverkets frågeställningar är huruvida landstingen ger likvärdiga villkor och förutsättningar för privat- och landstingsdriven verksamhet, inom ramen för vårdvalet. I Konkurrensverkets tidigare rapporter om uppföljning av vårdval har lyfts fram att landstingen bör ha en transparent och öppen redovisning av kostnader och intäkter för primärvården i egenregi. Detta i syfte att undvika misstankar om, och underlätta upptäckt av eventuell otillbörlig subventionering av landstingets egenregiverksamhet. Mot denna bakgrund syftar den här rapporten till att beskriva om landstingen har en tydlig och transparent ekonomisk redovisning av egenregiverksamheten. Det vill säga, går det att ur den ekonomiska redovisningen utläsa om egenregin står för alla sina kostnader och om det förekommer andra ersättningar än från vårdvalssystemet. Rapporten diskuterar även skillnader i uppdrag och förutsättningar mellan primärvården i egenregi och privata vårdgivare.

1.2 Metod och genomförande

Vi har genomfört 22 intervjuer med representanter från samtliga landsting samt vårdbolaget Tiohundra i Norrtälje. Intervjuerna har riktats mot landstingets primärvård i egenregi och i många fall har även någon representant från beställarsidan samt landstingets centrala ekonomifunktion medverkat. I samtliga intervjuer har förvaltningschef eller motsvarande för primärvården i egenregi deltagit. Med utgångspunkt i landstingens beskrivningar har vi identifierat otydligheter i den ekonomiska redovisningen av egenregiverksamheten samt eventuella skillnader i uppdrag och förutsättningar mellan primärvården i egenregi och privata vårdgivare.

Följande frågeställningar har diskuterats vid intervjuerna:

- Har landstingen för egen del klargjort innebörden av konkurrensneutralitet och likvärdiga villkor? Avser detta varje vårdcentral eller den samlade egenregiverksamheten?
- Finns en tydlig ekonomisk redovisning avseende egenregiverksamheten inom vårdvalet?
- Hur hanterar landstingen resultat mellan åren? Tillåts egenregin gå med förlust som skrivs av varje år?

- Förekommer någon form av särskilda ersättningar, direkta eller indirekta, till egenregiverksamheten? Tillåts egenregiverksamheten gå med förlust?
- Finns modell för att fördela ut relevanta overheadkostnader inom landstinget?
- Har egenregiverksamheten några särskilda uppdrag eller särskilt ansvar inom eller i anslutning till vårdvalet? (jämför "sistahandsansvar" inom folktandvården)

Vi har tagit del av landstingens delårsrapporter för primärvården i egenregi samt den ekonomiska redovisningen för primärvården i egenregi. När det gäller det ekonomiska resultaten för 2011 har vi också uppdaterat våra uppgifter med de slutliga utfallssiffrorna, så som läget var i slutet av januari 2012. Vi har sammanfattat vårt arbete i denna beskrivande rapport, där vi lyft fram de huvudslutsatser som vi kan dra utifrån ovanstående frågeställningar. Vårt uppdrag har varit att klarlägga om det finns en tydlig ekonomisk redovisning med avseende på verksamhetens kostnader och intäkter, men vi har däremot inte gjort någon substansgranskning av den ekonomiska redovisningen.

2 Alla utförare ska behandlas lika

2.1 Konkurrens på likvärdiga villkor

Ett syfte med införandet av vårdvalet inom primärvården har varit att stärka patientens ställning och att därigenom göra den enskilde patienten till en kraft som driver på utveckling av kvalitet och tillgänglighet i hälso- och sjukvården.

Att låta den enskilde fritt välja vårdgivare, att låta den ekonomiska ersättningen följa patientens val samt att införa en öppen etablering för alla vårdgivare som lever upp till landstingets "regelbok" är en grund som lagstiftaren lagt fast för landstingens olika vårdvalssystem. Detta klargörs också av Hälso- och sjukvårdslagen, § 5, som dels anger att alla bosatta i landstinget ska ha rätt att fritt välja "utförare" av vård, dels ha rätt att välja fast läkarkontakt. Det enskilda landstinget ska också utforma vårdvalssystemet så att "alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat".

För att beskriva detta används ofta omväxlande begreppen "konkurrensneutralitet" och "likvärdiga villkor". Vi har valt att i denna rapport i första hand använda begreppet likvärdiga villkor eftersom vi uppfattar detta begrepp som mer verklighetsnära än "konkurrensneutralitet".

Lagstiftningens formulering om att alla utförare ska behandlas lika är ett tydligt ställningstagande, som samtidigt behöver ytterligare förtydligande när det gäller den konkreta tillämpningen. Därför har vi i vårt uppdrag efterfrågat om det i de olika landstingen finns något mer klargörande dokument om landstingets syn på vad likvärdiga villkor innebär och hur landstingen avser att leva upp till lagstiftarens krav i detta avseende. Vi har inte i något landsting funnit några sådana klargörande riktlinjer.

Likvärdiga villkor kan handla om att den ekonomiska ersättningen utgår enligt samma principer till alla vårdgivare inom ett vårdvalssystem. Det behöver dock inte innebära att allt är exakt lika utan det är fullt möjligt att ta hänsyn till vårdtyngd, geografisk belägenhet med mera, så länge skillnaderna är relaterade till verksamheten och dess innehåll och inte beror på vem som tillhandahåller vården.

Men likvärdiga villkor handlar också om att uppdragen är lika och att kraven på utföraren är lika, oberoende av driftform.

Frågan om likvärdiga villkor har aktualiserats i flera sammanhang och i några fall har privata vårdgivare uppmärksammat Konkurrensverket på tillämpningar inom vårdvalssystemen, som man avser strider mot kraven på likvärdiga villkor.

Vår bedömning är att det skulle vara av stort värde att varje landsting i anslutning till sitt regelverk också klargör och förtydligar hur man avser att leva upp till

”likvärdiga villkor”. Det har betydelse för såväl vårdvalssystemens legitimitet, som för styrning av egenregiverksamheterna. Vi återkommer till detta senare i rapporten.

Även för det landsting som strävar efter att skapa likvärdiga villkor för egenregin och privata aktörer, finns det några komplicerande faktorer. Bland återkommande exempel i våra intervjuer kan nämnas att egenregin är bunden till landstingsgemensamma policies, offentlighetsprincipen, LOU med mera som då betraktas som konkurrensnackdelar för landstinget i förhållande till privata aktörer.

Bland de synpunkter från privata aktörer som finns med i bakgrunden till vårt uppdrag kan nämnas att de ekonomiska villkoren inte är lika om landstingsdriven primärvård inte behöver bära med sig uppkomna underskott i en balansräkning.

2.2 Landstingets ansvar som hälso- och sjukvårdshuvudman

Landstingens ansvar som hälso- och sjukvårdshuvudman framgår av Hälso- och sjukvårdslagen. Det är landstingens ansvar att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt alla dem som bor i landstinget. Lagen gör samtidigt en avgränsning av landstingets ansvar i förhållande till det primärkommunala ansvaret för hälso- och sjukvård, så som det definieras § 18 angående kommunens ansvar.

Kommunallagen ger en möjlighet för kommuner och landsting att överlåta drift av verksamhet till bolag och andra juridiska personer, men kommunen/landstinget måste då säkerställa möjligheten att kontrollera och följa upp verksamheten.

Landstingen kan överlåta driften av primärvård till privata utförare, under förutsättning att landstinget fortfarande har sådan insyn och kontroll över verksamheten att man gentemot sina invånare kan ta ansvar för att vården är av god kvalitet och i övrigt lever upp till Hälso- och sjukvårdslagens krav. Landstinget kan däremot inte överlåta sitt befolkningsansvar till enskilda vårdgivare.

När det gäller vårdvalet blir denna aspekt bland annat aktuell när det gäller hur landstingen väljer att säkerställa närhet och tillgänglighet till primärvården, det vill säga när det gäller den geografiska utbudsstrukturen. I dagsläget anses detta på många håll vara ett ansvar för primärvården i egen regi, även om det ansvaret mindre ofta återfinns i formella beslut. Detta är inte helt oproblematiskt i ett vårdvalssystem och vi uppfattar att det inom landstingen behöver tydliggöras var ansvaret för utbudsstrukturen ska ligga och hur landstingen kan säkerställa en önskvärd struktur.

3 Lakttagelser från landstingen

3.1 Landstingens inställning till likvärdiga villkor

I samtliga landsting har vi mött en i grunden positiv inställning till vårdvalstanken och en ambition att leva upp till intentionerna i vårdvalsreformen. Detta gäller såväl representanterna för egenregin som centrala företrädare för landstingen. Samtidigt kan vi konstatera att det finns skillnader i den praktiska tillämpningen, liksom det finns tydliga skillnader mellan landstingen när det gäller hur egenregins företrädare beskriver förutsättningarna att för egen del leva upp till fastställda villkor.

Vi har i varje landsting efterfrågat om det finns några klagörande riktlinjer för hur vårdvalssystemet ska ge likvärdiga villkor för landstingsdriven verksamhet och privata aktörer. Den frågan handlar i hög grad om vilka villkor och förutsättningar som ska gälla för landstingens egenregiverksamhet. Detta gäller både de ekonomiska villkoren och om uppdragen är jämförbara. När det gäller ekonomin är en viktig frågeställning om landstingen har krav på egenregin att den ska gå ihop ekonomiskt, utan några ytterligare bidrag. En annan viktig fråga är om egenregin har några särskilda uppdrag, inom eller i anslutning till vårdvalet, som kan påverka verksamhetens ekonomi.

Vi kan konstatera att merparten av landstingen inte har några mer utvecklade riktlinjer när det gäller hur man ser på likvärdiga villkor, utöver vad som framgår av vårdvalets regelsamling. Detta kan sannolikt förklaras med att vårdvalet i de allra flesta landsting är en ny företeelse som också innebär en ny styrlogik och att man helt enkelt inte hunnit med eller förutsett behovet av sådana förtydligande riktlinjer.

Vi vill samtidigt framhålla att vissa landsting har hunnit längre när det gäller att tydliggöra styrning och roller i vårdvalet, till exempel genom att ha fastställt ägardirektiv eller motsvarande riktlinjer för styrningen av egenregiverksamheten.

Eftersom vårdvalet utgår ifrån likvärdiga villkor för alla aktörer förändras också, i de flesta landsting, formerna för styrning av egenregiverksamheten. De landsting som tidigare varit vana att löpande kunna fatta beslut om verksamhetens uppdrag och innehåll direkt till egenregiverksamheten, måste nu kanalisera sin styrning genom vårdvalssystemen och uppdragen gäller då för alla aktörer. Tidigare kan egenregin ha haft uppdrag att hantera samverka med kommunala verksamheter, att delta i utvecklingsarbete för andra delar av landstinget med mera. Politiken kan också ha fattat beslut om lokalisering och utbudspunkter för egenregin, som har varit bindande oavsett om verksamheten har bedömt att det funnits ekonomiska förutsättningar för uppdraget. I de följande avsnitten ska vi närmare redogöra för hur sådana frågor hanteras inom vårdvalet, och hur långt landstingen hunnit utveckla sin styrning i dessa avseenden.

I avsaknad av tydliga riktlinjer har ledningarna i några av landstingen mött ifrågasättanden från de privata aktörerna, i första hand när det gäller de ekonomiska villkoren. Detta har i synnerhet gällt i de landsting där egenregiverksamheten redovisat betydande ekonomiska underskott för den verksamhet som bedrivs inom vårdvalet. I något fall har detta lett till att landstinget fattat beslut om viss ekonomisk kompensation till de privata aktörerna. Sådana beslut har, där vi mött dem, i första hand engångskaraktär. Den fortsatta utvecklingen får utvisa om detta kommer att vara ett större eller mindre problem.

Rekommendation:

- Varje landsting bör tydliggöra hur man avser att säkerställa likvärdiga villkor för verksamhet i egen regi respektive privata utförare inom vårdvalet.

3.2 Den ekonomiska redovisningen och rapporteringen av primärvård i egenregi

Landstingen har i huvudsak en tydlig ekonomisk redovisning avseende egenregiverksamheten inom vårdvalet. I vår rapport beskriver vi dels den ekonomiska redovisningen, det vill säga intäkter och kostnader som går att utläsa i landstingens interna system; dels den ekonomiska rapporteringen från egenregiverksamheten till den politiskt ansvariga nämnden/styrelsen.

3.2.1 Ekonomisk redovisning av egenregiverksamheten

Samtliga landsting har en transparent ekonomisk redovisning där man skiljer ut vad som är intäkter och kostnader relaterade till verksamhet inom vårdvalsuppdraget respektive till andra uppdrag som egenregin kan ha. Det kan exempelvis vara sjukvårdsrådgivning, ungdomsmottagningar eller annan verksamhet som landstinget har valt att inte inkludera i vårdvalet. Vi har även sett exempel på anslagsfinansiering genom statliga stimulansmedel, exempelvis relaterade till rehabiliteringsgarantin. Sådana medel kan också utgå till privata enheter.

Ska primärvården i egenregi och privata utförare kunna verka på så likvärdiga villkor som möjligt är det av stor vikt att egenregins vårdvalsverksamhet inte finansieras av andra uppdrag inom egenregin. Därmed är det viktigt att egenregin i sin redovisning kan skilja ut ekonomiskt utfall för vårdvalsdelen respektive övrig verksamhet.

Vår iakttagelse är att landstingen har en tydlig och transparent ekonomisk redovisning, där det går att skilja ut kostnader och intäkter relaterade till

vårdvalsverksamhet respektive övrig verksamhet. Med det avser vi att det i den interna redovisningen går att läsa ut vilka intäkter och kostnader som avser vårdvalsuppdraget och vad som är anslag och ersättning för eventuella övriga uppdrag. Det är också tydligt för primärvårdscheferna, i de allra flesta fall, hur utfallet ser ut för konkurrensutsatt vårdvalsverksamhet respektive den övriga verksamheten. Här har man också haft nytta av att det under en längre tid funnits en utveckling inom landsting att fördela ut kostnader ut på verksamhetsnivå.

Som framgår av nedanstående tabell har landstingen valt olika former för att organisera primärvården i egenregi.

Tabell 3.1 Organisation för primärvården i egenregi

Landsting	Organisation, primärvården i egenregi
Blekinge	Primärvårdsförvaltning
Dalarna	Samlad hälso- och sjukvårdsförvaltning
Gotland	Ingår i sjukvårdsförvaltningen
Gävleborg	Division primärvård
Halland	Närsjukvården Halland
Jämtland	Verksamhetsområde Primärvård
Jönköping	Vårdcentralerna Bra Liv, egen förvaltning.
Kalmar	Primärvårdsförvaltning
Kronoberg	Primärvårds- och rehabcentrum
Norrboten	Division Primärvård
Skåne	Primärvårdsförvaltning
Stockholm	Del i Stockholms Läns sjukvårdsområde, förvaltning
Sörmland	Division Primärvård
Tiohundra AB	Bolag (verksamhetsområde primärvård)
Uppsala	Primärvården (primärvårdsförvaltning)
Värmland	Division Allmänmedicin
Västerbotten	Primärvårdsområde
Västernorrland	Primärvårdsförvaltning
Västmanland	PPHV (primärvård, psykiatri, och handikappverksamhet)
Västra Götaland	Fem primärvårdsförvaltningar omorganiseras till två (en för vårdval + en för övrig verksamhet)
Örebro	Primärvårdsförvaltning
Östergötland	Fyra närsjukvårdsområden

Vissa landsting har organiserat sig på ett sätt som eliminerar risken för sammanblandning mellan vårdvalsuppdraget och andra uppdrag, det vill säga förvaltningens organisation motsvarar innehållet i vårdvalsuppdraget. Så är det till exempel i landstinget i Jönköpings län där primärvårdsförvaltningen "vårdcentralerna Bra Liv" endast har hand om den primärvård som ingår i vårdval. Med en sådan organisation blir det mycket tydligt att egenregiverksamheten inte har några andra intäkter än från vårdvalet.

I en del landsting finns inom primärvården även olika typer av tilläggsuppdrag inom vårdvalet. Dessa uppdrag är intäktsfinansierade i likhet med basuppdraget. Det kan till exempel handla om beroendemottagningar och olika typer av rehabverksamhet. Det finns dock ibland en otydlighet avseende tilläggsuppdragen. Om de ingår i vårdvalet, borde de vara öppna för alla utförare, oberoende av driftform. Om de däremot är tilläggsuppdrag utanför vårdvalet, borde det inte finns några principiella invändningar om dessa tilläggsuppdrag är förbehållna primärvården i egenregi. Denna tydlighet finns inte överallt. Därför blir det även i detta avseende viktigt att inte tilläggsuppdrag används för att finansiera basuppdraget och att det i egenregins ekonomiska redovisning går att skilja ut utfall för basuppdrag respektive tilläggsuppdrag.

Vi har mött enstaka exempel på motsatsen. I ett av landstingen beskriver regelboken ett stort antal tilläggsuppdrag inom vårdvalet. Merparten av tilläggsuppdragen är förbehållna egenregin. På vår förfrågan beskriver man från beställarfunktionen att avsikten inte har varit att dessa tilläggsuppdrag ska ingå i vårdvalet, utan att de ska vara uppdrag vid sidan om, direkt till egenregin, men eftersom avgränsningen inte är helt tydligt i regelboken, blir omfattningen och villkoren otydliga för en utomstående och för de privata aktörerna.

Det behöver i och för sig inte vara problematiskt om landstingen väljer att hålla vissa uppdrag utanför vårdvalet. Omfattningen av vad som ingår i vårdvalet varierar betydligt mellan landstingen/regionerna. Problemet uppstår om uppdragen inom vårdvalet i praktiken delfinansieras av de andra uppdragen. Vid vår genomgång av redovisningen på vårdcentralsnivå i det aktuella landstinget blev det uppenbart att så är fallet, det vill säga "tilläggsuppdragen" subventionerar basuppdraget. Det skulle samtidigt kunna vara en indikation på att basuppdraget är underfinansierat.

Vårt intryck är att insikten om hur tilläggsuppdragen subventionerar vårdvalsuppdraget var svag i det aktuella landstingets primärvårdsledning. Även om detta går att utläsa ur det interna redovisningssystemet, så framgår det inte särskilt tydligt i rapporteringen som redovisar resultatet på en mer aggregerad nivå.

Utvecklingspotentialen här är att i den ekonomiska rapporteringen, både på aggregerad nivå och enhetsnivå, skilja ut och lyfta fram det ekonomiska utfallet för basuppdraget respektive tilläggsuppdrag. I detta fall skulle en sådan utvecklad redovisning tydliggöra förhållandet mellan basuppdrag och tilläggsuppdrag, ett förhållande som vi förutsätter inte stämmer överens med landstingets intentioner.

Det ovan redovisade exemplet illustrerar både behovet av en tydligare rapportering och svårigheten att leva upp till lagens krav om samma villkor för alla utförare.

Eftersom kravet på lika villkor för alla utförare är en del av de lagliga förutsättningarna för vårdvalet finns de all anledning att landstingets rapportering i lämplig form redogör för det ekonomiska resultatet för egenregiverksamheten. En sådan transparens kan också ses som en viktig redovisning gentemot övriga aktörer, det vill säga de privata utförarna. Vi föreslår därför att samtliga landsting inarbetar den uppgiften i årsredovisning och delårsrapportering.

3.2.2 Ekonomisk redovisning på vårdcentralsnivå

Som ovan beskrivits ställer en tydlig och transparent ekonomisk redovisning krav på att primärvården i egenregi skiljer ut vad som ingår i vårdvalsuppdraget respektive övriga uppdrag. Vi har också lyft fram att det är viktigt att separat tydliggöra det ekonomiska utfallet för primärvårdens basuppdrag respektive tilläggsuppdrag.

Ytterligare en aspekt är hur långt primärvården i egenregi fördelar ut kostnader på och följer upp resultatet för de olika enheterna/vårdcentralerna. För att kunna analysera sin ekonomi och sätta in relevanta åtgärder bör primärvården i egenregi i sin redovisning kunna läsa av vilka vårdcentraler som bär sig ekonomiskt och vilka som inte gör det. Detta bör också vara en viktig information för ansvarig nämnd/styrelse i landstinget, som ju har ansvaret för egenregiverksamheten och som därmed också ytterst sett är ansvarig för såväl det verksamhetsmässiga som det ekonomiska utfallet i verksamheten.

Samtidigt kan en ekonomisk uppföljning på enhetsnivå vara en del av avstämningen av hur väl landstingets ersättningssystem inom vårdvalet fungerar och om verksamheten faller ut på ett sådant sätt som landstinget önskar. Om det till exempel skulle finnas ett tydligt mönster att vårdcentraler i något eller några områden gynnas medan vårdcentraler i andra områden inte bär sig ekonomiskt kan det vara en indikator på att ersättningssystemet inte är optimalt utformat. Vi utgår ifrån att ersättningssystemen inte syftar till vare sig överkompensation eller underfinansiering av de lokala uppdragen och därför blir denna typ av analys och uppföljning av övergripande intresse för det enskilda landstinget och inte bara för egenregin. Om primärvården är underfinansierad är det tveksamt om det finns något intresse för nya aktörer att etablera sig, liksom förutsättningar för nya

etableringar. Att etablera ett väl avvägt ersättningssystem är i längden nödvändigt för att bibehålla vårdvalets legitimitet.

Eftersom primärvården i egenregi är den dominerande aktören i landstinget finns ofta möjlighet att "utjämna" ekonomiska resultat mellan vårdcentraler i olika områden (inom vårdvalet). Vi har mött argumentet att även större vårdbolagskoncerner skulle kunna ägna sig åt en sådan utjämning. Det är visserligen sant, rent teoretiskt, men det är nog mindre sannolikt att privata vårdföretag mer långsiktigt driver vårdcentraler som är underfinansierade. En liten privat aktör har förmodligen inte möjlighet att bedriva någon koncernutjämning överhuvudtaget. Möjlighet till koncernutjämning eller inte är därför något som kan påverka villkoren för offentliga respektive privata utförare inom vårdvalet. Om primärvården i egenregi följer upp det ekonomiska utfallet på vårdcentralsnivå så lär det av den uppföljningen framgå om sådan intern "koncernutjämning" är en nödvändig förutsättning för att kunna bedriva primärvård i länet.

Vår övergripande iakttagelse är att samtliga egenregiverksamheter i sin redovisning följer upp det ekonomiska utfallet på vårdcentralsnivå. De flesta primärvårdsledningar har bra kontroll på vilka vårdcentraler som går bra och vilka som går mindre bra. För de vårdcentraler som går mindre bra har vi uppfatta att ledningen tillsammans med verksamhetscheferna upprättar åtgärdsplaner för att kunna nå en ekonomi i balans på enhetsnivå. Primärvården i egenregi är måna om att fördela ut kostnader på enhetsnivå så långt möjligt. Till exempel har vårdcentralerna oftast fullt kostnadsansvar för medicinsk service som labbtjänster och röntgen inom ramen för vårdvalet.

3.2.3 Ekonomisk rapportering uppåt i organisationen

Även om det är tydligt för primärvårdsledningen vilka vårdcentraler som går runt ekonomiskt, så är det mindre vanligt att detta rapporteras till landstinget centralt som ägare eller till den politiskt ansvariga nivån (nämnd eller landstingsstyrelsen). Ett exempel där detta görs är Stockholm läns landsting, där egenregin (inom Stockholms läns sjukvårdsområde) till sin styrelse tydligt visar hur många vårdcentraler inom vårdvalet som har en ekonomi i balans.

De flesta landsting efterfrågar i sin ägarroll bara det ekonomiska resultatet för primärvården som helhet och visar därmed inte något närmare intresse för hur egenregin klarar vårdvalsuppdraget i förhållande till övriga uppdrag eller vilka vårdcentraler som går runt ekonomiskt. Det innebär också att det kan bli problematiskt för primärvårdsförvaltningen att hos den ansvariga nämnd eller styrelse få gehör för olika omställningsåtgärder som kan krävas för att nå en ekonomi i balans. Det kan exempelvis handla om politiskt "känsliga" frågor som minskning av öppettider för vårdcentraler, minskning av personal, sammanslagning av vårdcentraler eller nedläggning på grund av minskat patientunderlag. I många landsting har konkurrensen ökat när nya privata vårdcentraler har öppnat i och med introduktionen av vårdvalet. Detta innebär att det är fler vårdcentraler som ska konkurrera om i stort sett samma antal patienter (bortsett från stora inflyttningsorter). Frågan om omställningsåtgärder inom primärvården i egenregi för att anpassa verksamheten till den nya situationen är därför aktuell och i högsta grad angelägen att hantera. Vi diskuterar det vidare i stycket nedan om så kallad ägarstyrning.

Tabellen nedan visar om landstingen i delårs- eller årsredovisning rapporterar utfall för verksamhet inom vårdval samt utfall på vårdcentralsnivå. Som beskrivits ovan kan en sådan rapportering ge ansvarig nämnd eller styrelse bättre insyn i hur ekonomin för vårdvalsuppdraget ser ut i förhållande till övriga uppdrag samt vilka vårdcentraler som kan vara aktuella för omställningsåtgärder eller i förlängningen nedläggning. Att ekonomiskt utfall för egenregins verksamhet inom vårdval lyfts ut i den officiella redovisningen är också av betydelse för transparensen mot privata vårdgivare. Eftersom det har förkommit misstankar från privata vårdgivare att egenregin subventionerar sin egen verksamhet är det viktigt att landstingen i rapporteringen visar att man i sin redovisning tydligt skiljer på ekonomin för vårdvalsuppdraget samt övriga uppdrag.

Tabell 3.2 Rapportering av ekonomiskt utfall för verksamhet inom vårdval samt på vårdcentralnivå

Landsting	Rapporterar utfall för vårdval*		Rapporterar utfall på vårdcentralnivå		Rapporterar till
	Ja	Nej	Ja	Nej	
Blekinge	x		x		Landstingsstyrelsen
Jämtland	x		x		Landstingsstyrelsen
Kalmar	x		x		Landstingsstyrelsen
Stockholm	x		x		Styrelsen för SLSSO
Sörmland	x		x		Primärvårdsnämnden
Värmland	x		x		Landstingsstyrelsen
Östergötland	x		x		Landstingsstyrelsen
Dalarna	x			x	Landstingsstyrelsen
Gävleborg	x			x	Landstingsstyrelsen
Halland	x			x	Driftnämnden närsjukv.
Jönköping	x			x	Landstingsstyrelsen
Norrbottn	x			x	Landstingsstyrelsen
Skåne	x			x	Vårdproduktionsberedningen, regionstyr.
Uppsala	x			x	Produktionsstyrelse och landstingsstyrelse
Västerbotten	x			x	Landstingsstyrelsen
Västra Götaland	x			x	Primärvårdsstyrelse
Västernorrland	x			x	Nämnden för folkhälsa, primärvård & tandvård
Kronoberg	x			x	Landstingsstyrelsen
Tiohundra AB		x		x	Landstingsstyrelse och kommunstyrelse
Västmanland		x		x	Landstingsstyrelse
Örebro		x		x	Landstingsstyrelse
Gotland		x		x	Hälsa- och sjukvårdsnämnden

*Skiljer i delårs- eller årsredovisning ut resultat för verksamhet inom vårdval. Källa: Primärvården i egen regi

En del landsting som inte visar utfall per vårdcentral i delårs- eller årsredovisningen rapporterar detta istället löpande till nämnd, utskott eller produktionsstyrelse under året. Vad gäller resultat på vårdcentralnivå, så är det viktigast att det framgår i landstingens interna rapportering för egenregi, som till exempel kan ske löpande under året. Det ekonomiska utfallet för vårdvalsdelen bör däremot inkluderas i den officiella rapporteringen för ökad transparens mot privata vårdgivare.

Rekommendation:

- Landstingens årsredovisning och delårsbokslut bör tydligt redovisa det ekonomiska resultatet för egenregiverksamheten i vårdvalet.
- Landstingen bör i sin interna rapportering för egenregin i vårdvalet tydligt visa resultatet per vårdcentral.

3.3 Hur hanterar landstingen egenregiverksamhetens resultat mellan åren?

Som visas i tabell 3.3 har många landsting en primärvård i egenregi som under år 2011 inte gick runt ekonomiskt. Åtta landsting samt vårdbolaget Tiohundra visade ett positivt resultat för primärvård i egenregi. Det betyder att nästan två tredjedelar av landstingen inte hade en ekonomi i balans 2011. Nedan sammanställning visar även att för de landsting med negativa resultat för primärvården i egenregi så utgör vårdvalsverksamheten den huvudsakliga delen av underskottet. Ett undantag är Blekinge där vårdvalsdelen visar ett positivt resultat medan övriga uppdrag inom primärvården i egenregi går med underskott. Ett motsatt exempel är Gävleborg, där verksamhet inom vårdval går med mycket stort underskott medan övriga uppdrag går med plus vilket påverkar det totala resultatet för primärvården i egenregi. När utfall för verksamhet inom vårdval respektive utfall för övriga uppdrag skiljer sig kraftigt blir det extra viktigt att i rapporteringen inte bara redovisa utfall för primärvården på totalen.

**Tabell 3.3 Ekonomiskt utfall för primärvården i egenregi 2011, SEK miljoner
(Utfall om inte annat anges)**

Landsting	Total omsättning för primärvården i egenregi	Resultat för primärvården i egenregi totalt*	Resultat för verksamhet inom vårdval	Kommentar
Västra Götaland	5991	61,7	34,1	
Skåne	3328	41,9	32,7	
Uppsala	975	23	24	Resultat exkl. avkastningskrav på 33 mkr
Kalmar	629	15,8	8,6	
Örebro	975	11,5	6,4	
Sörmland	630	10,6	10,6	Avkastningskrav från ägaren på 5,6 mkr
Stockholm	2860	8	12	Prel. resultat inkl. resultatkrav på 1 % av omsättning
Kronoberg	602	4	4	
Tiohundra AB	108	1,6	1,4	Har avkastningskrav
Västmanland	454	-2,6	-6,4	
Halland	688	-2,8	-2,8	
Jönköping	1425	-2,9	-2,9	
Östergötland	1571	-5,5	-4,5	Omställningskostn. under 2011 ca 7,1 mkr.
Gotland	95	-8,8	-9,3	
Gävleborg	1587	-10,4	-70	
Jämtland	600	-17,5	-18,4	
Västerbotten	1144	-19,9	-15,7	9 mkr av underskott beror på utebliven kvalitetsers.
Blekinge	637	-21	5,4	
Västernorrland	900	-30	-30	Prognos 2011
Dalarna	1175	-35	-38	
Norrbottnen	1341	-42	-35	
Värmland	953	-46	-37	Prel. uppgifter. Privata aktörer fick 2010 kompensation för underskott i egenregin

* Utfall för verksamhet inom vårdal samt för övriga uppdrag inom primärvården i egenregi per jan 2012. Källa: Underlag från primärvården i egenregi

Som beskrivits ovan går flertalet landsting med underskott för primärvårdsverksamheten i egenregi. Det varierar mellan landstingen hur man hanterar underskott eller överskott för primärvården i egenregi. Vissa primärvårdsförvaltningar har en form av landstingsinterna balansräkningar, det vill säga verksamhetens ekonomiska resultat för året följer med till nästkommande år. I andra landsting finns särskilda regler som innebär att underskott ska återställas inom 2-3 år. I ytterligare andra landsting skrivs underskottet för primärvården i

egenregi av vid årets slut. Att skriva av underskottet är problematiskt i förhållande till de privata aktörerna, eftersom det i praktiken är en indirekt subvention till egenregin. Om landstinget som ägare inte har någon klar strategi för hur underskott i en konkurrensutsatt verksamhet ska hanteras så kan dessutom förtroendet för vårdvalssystemet skadas. Privata aktörer ifrågasätter varför de ska driva verksamhet på andra villkor än egenregin.

Landstingen i Västernorrland, Dalarna, Gotland, och Norrbotten är exempel på landsting som inte har ett regelverk för att låta verksamheten bära med sig underskott till nästkommande. Värmland har tidigare saknat ett regelverk och resultat för 2010 fördes inte över till nästkommande år. Landstingsstyrelsen i Värmland beslutade för år 2010 att i efterhand kompensera privata utförare för att landstinget har täckt upp underskott för primärvården i egenregi. Ett motsatt exempel, där resultat förs mellan åren, är landstinget i Uppsala där primärvården i egenregi även får betala ränta på uppkomna underskott, i enlighet med landstingets interna regelverk.

Tabell 3.4 Överföring av resultat för primärvården i egenregi mellan åren

Landsting	Ekonomi i balans 2011?	Överföring av resultat till nästkommande år för primärvård i egenregi?	Finns intern balansräkning för primärvård i egenregi?
Sörmland	Ja	Ja	Ja
Västra Götaland	Ja	Ja	Ja
Örebro	Ja	Ja	Nej
Uppsala	Ja*	Ja	Nej
Jönköping	Nej	Ja	Ja
Halland	Nej	Ja	Ja
Östergötland	Nej	Ja	Ja
Västerbotten	Nej	Ja	Nej
Västmanland	Nej	Ja	Nej
Jämtland	Nej	Ja	Nej
Kalmar	Ja	Nej	Nej
Kronoberg	Ja	Nej	Nej
Skåne	Ja	Nej	Nej
Stockholm	Ja	Nej	Nej
Tiohundra AB	Ja	Nej	Nej
Värmland	Nej	Nej	Nej
Västernorrland	Nej	Nej	Nej
Dalarna	Nej	Nej	Nej
Gotland	Nej	Nej	Nej
Gävleborg	Nej	Nej	Nej
Norrbotten	Nej	Nej	Nej
Blekinge	Nej	Nej	Nej

* Exkl. resultatkrav. Källa: Underlag från primärvården i egenregi

I vissa landsting för man inte över bara resultat mellan åren för primärvårdsförvaltningen utan det finns även ett slags balansposter på enhetsnivå. Några exempel är landstinget i Halland, Sörmland och Västra Götlandsregionen där delar av över- och underskott följer med vårdcentralen till nästkommande år. Genom en sådan modell undviker man en situation där vårdcentraler med till exempel högre produktivitet i längden finansierar vårdcentraler som fungerar sämre.

Att ekonomin på olika vårdcentraler ser olika ut kan naturligtvis även bero på strukturella orsaker som till exempel om ersättningssystemet beaktar vårdtyngd och glesbygdsläge i tillräckligt stor utsträckning. Som vi tidigare beskrivit är det av stor vikt att redovisa resultat ner på enhetsnivå för att kunna analysera vad som är underskott relaterade till effektivitet respektive struktur. Det bör även påpekas att de flesta primärvårdsledningarna beskriver sina verksamhetschefer vid vårdcentralerna som mycket "affärsmässiga" och måna om att vårdcentralens ekonomi i en konkurrensutsatt miljö ska gå ihop.

Som tidigare beskrivits har många landsting ett regelverk som säger att underskott inom primärvården i egenregi ska arbetas upp inom 2-3 år. Följande sammanställning visar hur hantering av underskott och överskott varierar mellan landstingen.

Tabell 3.5 Landstingens hantering av resultat mellan åren

Landsting	Kommentar
Halland	Resultatöverföring sker mellan åren. Finns även intern balansräkning för varje vårdcentral (enheterna får bära med sig 70% av resultatet mellan åren)
Sörmland	Varje vårdcentral har egen balansräkning. Resultat förs mellan åren för primärvården i egenregi totalt och per vårdcentral
Västra Götaland	From 1/1 2012 finns två helt separata balansräkningar, en för vårdvaldsdelen och en för anslagsfinansierad verksamhet.
Östergötland	Balansräkning finns för varje produktionsenhet (närsjukvårdsområde)
Örebro	Finns balanspost för hälsovaldsdelen. Resultatöverföring sker mellan åren
Västerbotten	Förlusten för primärvården i egenregi ska upparbetas inom 2 år enligt landstingets regelverk.
Västmanland	Balansposter finns, primärvården får ansöka om att använda överskott. Egenregin har 2 år på sig att jobba ikapp underskott.
Uppsala	Bär med sig resultat mellan åren och egenregin får betala ränta på underskott
Jönköping	Resultatöverföring sker mellan åren
Jämtland	Primärvårdsförvaltningens underskott ska återställas under 3 år (t.o.m. 2013). Om detta inte lyckas ska de privata aktörerna kompenseras proportionellt för förlusttäckning i efterhand.
Blekinge	Ännu ej fastställt hur under- och överskott ska hanteras
Värmland	År 2011 beslutades om internt regelverk om att obalans ska vara hanterad inom 3 år
Gävleborg	Underskott ska tas igen nästkommande år
Kalmar	Modell för resultatöverföring planeras arbetas fram under 2012
Kronoberg	Efter prövning kan ev. 50 % av överskott föras över till nästa år
Skåne	Överskott för primärvården förs inte över till nästkommande år utan går till landstinget centralt
Stockholm	Ingen formell balansräkning för SLSO men det går att se ackumulerat över- eller underskott för varje resultatenheter (medlen kan dock inte föras mellan åren)
Tiohundra AB	Bolaget har endast balansräkning för den totala verksamheten (inkl specialistvård etcetera)
Västernorrland	Finns inget regelverk för överföring av resultat, årlig förhandling om hur resultat ska disponeras
Dalarna	Underskott skrivs av vid årets slut, regler kommer att införas fr.o.m. 2012
Gotland	Underskott skrivs av vid årets slut
Norrbotten	Underskott skrivs av vid årets slut

Källa: Underlag från primärvården i egenregi

I vissa landsting skrivs alltså underskott av vid årets slut. Även i landsting som har regelverk som säger att underskott i egenregi ska upparbetas så är det inte tydligt för primärvårdsförvaltningen vad som händer om så inte sker inom den angivna tidsperioden. För att värna om vårdvalssystemet och skapa tydlighet är vår rekommendation att landstinget som ägare bör formulera riktlinjer för hur överskott och underskott ska hanteras mellan åren.

Rekommendation:

- Landstingen bör överväga formerna för hur egenregiverksamheten ska bära med sig sitt ekonomiska resultat mellan åren.

3.4 Modell för fördelning av overheadkostnader

Några av de frågor vi haft med oss i vårt uppdrag avser om egenregi i större utsträckning har tillgång till så kallade fria nyttigheter respektive om man fullt ut betalar overheadkostnader (OH-kostnader) för till exempel stab och IT. Vi har därför hos samtliga landsting frågat om de har modeller för att fördela ut overheadkostnader på enhetsnivå. Den frågan berör både OH-kostnader inom primärvårdsorganisation och kostnader för landstingsgemensamma OH-funktioner.

När det gäller interna OH-kostnader inom primärvårdsförvaltningen är de allra flesta landsting måna om att fördela ut kostnader på vårdcentralnivå så långt som möjligt, därmed även overheadkostnader. Detta görs på olika sätt, en del landsting fördelar ut overheadkostnader på enheterna som en andel av personalkostnadens storlek, andra efter antal listningspoäng, antal listade eller vårdcentralens omsättning. Overheadkostnadernas storlek ligger ofta på cirka 2-3 procent av omsättningen och omfattar till exempel löner för primärvårdsledningen, gemensam administration och IT. Några få landsting har ännu inte utvecklat sina modeller för fördelning av overheadkostnader fullt ut.

Även när det gäller de övergripande, landstingsgemensamma funktionerna är vår övergripande iakttagelse att de allra flesta landsting har en modell för att fördela ut overheadkostnader på verksamheten i egenregi. I de fall fria nyttigheter förekommer för egenregi så är dessa även fria nyttigheter för privata aktörer. Ett exempel är kostnaden för journalsystem som vissa landsting tillhandahåller som en fri nyttighet både för primärvården i egenregi samt för privata aktörer. De allra flesta landsting är måna om att egenregi inte ska kunna dra nytta av några fria nyttigheter som inte de privata också har tillgång till.

I vissa fall lyfter landstingen fram att primärvården i egenregi får vara med och betala overheadkostnader för funktioner som utvecklas av landstinget centralt och som även kommer de privata aktörerna till del (utan att de behöver betala för det),

till exempel utveckling av journalsystem. En annan synpunkt är att den overhead-kostnad som primärvården i egenregi betalar till landstinget centralt inte står i relation till resursutnyttjande. Detta upplevs som en skillnad i förutsättningar mellan privata och offentliga vårdgivare och som ett inkräktande på egenregins affärsmässighet.

3.5 Hantering av lokalkostnader

Många landsting lyfter fram höga lokalkostnader för primärvården som ett problem. I och med vårdvals-systemet är primärvården intäktsfinansierad med enhetliga nivåer. När primärvårdens intäkter ska täcka kostnaderna blir höga hyror enligt gamla ofördelaktiga hyreskontrakt ett tydligare problem för verksamheten i egenregi än innan vårdvalet infördes. Höga hyror kan också vara problem för privata aktörer, men den som startar en ny verksamhet kan ändå i förväg göra en bedömning om dessa och andra kostnader är rimliga och går att hantera.

För de flesta landsting finansieras lokalerna genom ersättnings-systemet/vårdvalspengen. Varje vårdcentral belastas med kostnaderna för sina lokaler. I några få landsting förekommer dock interna hyresutjämnings-system, det vill säga vårdcentraler i billigare lokaler kan få betala för vårdcentraler i dyrare lokaler. Ur konkurrenssynpunkt kan det möjligen vara problematiskt om vårdcentraler i "dyrare" områden får en subventionerad hyra. Om den offentliga vårdcentralen är etablerad i ett attraktivt centrumområde så kan den få en konkurrensfördel. Mindre, privata aktörer har inte möjlighet till någon motsvarande hyresutjämnning utan kan komma att konkurrera på samma ort som en offentlig verksamhet med lägre hyra. Men från egenregins företrädare har också framförts exempel på att landstingens internhyror kan vara höga, till exempel efter ombyggnad. Exempel på landsting där det förekommer interna hyresutjämnings-system för vårdcentralernas lokaler är Örebro, Kronoberg och Norrbotten.

I Landstinget Värmland blir lokaler under 2012 en fri nyttighet för primärvården i egenregi, medan de privata aktörerna kompenseras för detta genom en särskild schablonersättning för lokalkostnader.

3.6 Omställningskostnader

I flera av landstingen har införandet av vårdvalet inneburit att vårdcentraler måste ställa om sin verksamhet, dels som en följd av att uppdraget i delar har förändrats, dels på grund av minskat patientunderlag och därmed minskade intäkter. Omställningen handlar i första hand om personal- och lokalkostnader.

Många av landstingen lyfter fram att för vissa vårdcentraler sitter primärvården i egenregi fast i för stora lokaler. Det kan vara hyreskontrakt som skrivits av

landstinget centralt långt innan vårdvalet blev verklighet. För att möta detta problem erbjuder vissa landsting sin egenregiverksamhet att tomställa lokaler för att kunna anpassa lokalytorna till nya verksamhetsförutsättningar i och med vårdvalet. Villkoret är ofta att lokalerna ska vara avgränsade och uthyrningsbara. Kostnaderna för de tomställda lokalerna bärs av landstinget centralt. Vår bedömning är att detta är ett sådant omställningsstöd bör ses som en aktiv ägarstyrning snarare än "otillbörlig" subvention, eftersom egenregin ges möjlighet att anpassa sina lokaler på ett sätt som även en nyetablerad privat aktör kan göra.

I ett mindre antal landsting har det under vårdvalets första år givits någon typ av "omställningsbidrag" till primärvården i egenregi. Syftet har varit att minska kostnader relaterade till omställning av till exempel personal och lokaler för anpassning till de nya förutsättningarna. Vi anser att denna typ av bidrag inte är problematiska ur konkurrenssynpunkt eftersom egenregin måste ges möjlighet att ställa om till den nya situationen. Däremot anser vi att landstingen i högre utsträckning tydligt bör skilja på vilka kostnader som ska betraktas som omställningsstöd respektive vad som mer har karaktären av förlusttäckning. En allmän förlusttäckning från landstingets sida är något som påverkar konkurrensförutsättningarna för privata respektive offentliga utförare. Däremot borde vissa kostnader för till exempel omställning av personal under en initial period vara mer accepterat.

3.7 Styrningen av egenregin - sistahandsansvar och särskilda uppdrag/ersättningar inom vårdvalet?

I flertalet landsting är bilden av hur egenregin styrs inte helt entydig. Vi uppfattar att det, åtminstone i tjänstemannaledningen, finns en ambition att skapa likvärdiga villkor för egenregin och privata aktörer. Samtidigt beskriver man från egenregin att det finns förväntningar på att den landstingsdrivna primärvården i ett antal avseende ska ta ett ansvar för helheten och se till nyttan för landstinget, utöver det uppdrag som vårdvalet anger för alla aktörer.

Vi har frågat om det finns särskilda uppdrag eller särskilda ersättningar till primärvården i egenregi från landstinget centralt. I många landsting uppger ledningen för egenregin att de har ett mer eller mindre formellt "sistahandsansvar" att bedriva verksamhet där det inte finns några andra aktörer, oavsett om de ser möjligheterna att få verksamheten att gå runt ekonomiskt. I några landsting uppfattar egenregin att de har uppdraget att upprätthålla det befintliga landstingsutbudet, trots nytillkomna privata aktörer.

De allra flesta landsting är däremot noga med att den verksamhet som är konkurrensutsatt endast ska finansieras genom intäkter från det ersättningsystem som gäller lika för både privata och offentliga utförare. Särskilda ersättningar till egenregin förekommer endast i marginell omfattning, såvitt vi kunnat bedöma.

3.7.1 Sistahandsansvar för primärvården i egenregi

Få av primärvårdsverksamheterna i egenregi har något formellt beslut om sistahandsansvar. I några landsting finns beslut på att det ska finnas en vårdcentral i varje kommun, exempelvis i landstinget Västerbotten, Norrbotten, Värmland och Jämtland. I praktiken blir det egenregiverksamheten som har ansvaret för att se till att upprätthålla en vårdcentralstruktur med utbudspunkter i varje kommun oavsett om ekonomin går runt för dessa enheter.

Nästan samtliga landsting beskriver att primärvården i egenregi har en informell förväntan från landstinget som ägare och den politiska ledningen att bedriva vård på platser där det inte finns några privata aktörer. Det finns också några exempel på att primärvården i egenregi har tvingats ta över vårdcentraler när en privat aktör har dragit sig tillbaka på grund av dålig ekonomi. Detta har skett i Väster-norrland, Västmanland och Östergötland.

I de flesta av våra intervjuer beskriver man också att det är politiskt svårt att ändra i den befintliga strukturen för offentliga vårdcentraler, det vill säga att avveckla verksamhet. Ansvariga för egenregiverksamheten uppfattar att de har förväntningar på sig från landstinget som ägare att bedriva vård på samma platser och med samma omfattning som innan vårdvalet.

Det är vår uppfattning att landstingen måste tydliggöra rollfördelningen inom vårdvalet. Det är svårt att förena kraven på lika villkor för alla utförare med att lägga ett generellt ansvar för vårdutbudet på egenregin. Det är otvetydigt att landstinget har ett ansvar för att behovet av vård kan tillgodoses på ett rimligt sätt inom hela länet, men med övriga villkor för vårdvalet är detta övergripande ansvar snarare kopplat till "beställarrollen".

Hur detta ansvar ska utövas är en utmaning som kan kräva olika lösningar i olika landsting. I första hand bör det givetvis handla om utveckling av den lokala vårvalmodellen till att så långt det är möjligt styra resurser och vårdutbud utifrån de behov man ser. Men vi ser också att det kan behövas särlosningar för att säkerställa vård i vissa områden. En möjlighet kan vara att handla upp verksamhet i särskild ordning, enligt LOU. Det borde också vara möjligt för landstingen att direkt uppdra åt egenregin att driva vissa vårdcentraler där det är uppenbart att det inte finns några alternativa intressenter. Sådana särlosningar ställer dock höga krav på tydlighet och transparens, för att inte äventyra vårdivalsmodellens legitimitet.

3.7.2 Särskilda ersättningar till egenregin

Några särskilda ersättningar till primärvården i egenregi från landstinget centralt förekommer inte i någon nämnvärd omfattning, såvitt vi kunnat se.

Det finns något exempel där landstinget ger ett särskilt glesbygdsbidrag till en vårdcentral (utöver ersättningsmodellen). Detta eftersom man från landstingets sida anser att det är viktigt att det finns en vårdcentral just på den orten. Frågan om en privat aktör skulle kunna få motsvarande lokaliseringsbidrag har inte prövats.

3.7.3 Ägarstyrning och styrningen inom egenregi

I vårt uppdrag har vi mött ledningsansvariga för den landstingsdrivna primärvården i samtliga landsting/regioner. Våra möten ger bilden av ett pågående förändringsarbete som kommit olika långt och som har olika former och förutsättningar i de olika landstingen.

En påtaglig skillnad är de ekonomiska förutsättningarna. I vissa landsting är verksamheten i ekonomisk balans, medan andra ser små möjligheter att nå sina ekonomiska och verksamhetsmässiga mål utifrån nuvarande förutsättningar.

Vi ser också betydande skillnader i hur långt man kommit i att utveckla ett mer "affärsmässigt" förhållningssätt. Med affärsmässigt menar vi i detta sammanhang ett fokus på att uppdrag och ekonomi ska gå ihop samt en förståelse för vilka faktorer som påverkar det ekonomiska och verksamhetsmässiga utfallet. Likaså att verksamhetens chefer ges förutsättningar och förväntas ta det fulla ansvaret för uppdraget.

Det affärsmässiga förhållningssättet visar sig bland annat, i att man inom landstinget har börjat definiera roller och åtagande (se ovan) till exempel hur långt och under vilka förutsättningar egenregi kan förväntas delta i landstingsövergripande utvecklingsarbete (vårdprogram, samverkansgrupper med mera). Vi ser att denna utveckling i många avseenden är positiv och att den också på sina håll innebär att man "testar gränserna". Det handlar exempelvis om att man vill pröva gränserna för offentlighetsprincipen när det gäller rätten till insyn i det som man beskriver som "vår affärsidé".

Utveckling av styrningen har också aktualiserat behovet av en tydligare ägarstyrning inom landstinget. Det flesta landsting har ännu inte hunnit formera eller tydliggöra en sådan styrning gentemot primärvården i egenregi. Men goda exempel finns. Stockholms läns landsting har sedan flera år tillbaka fastställt ägardirektiv för Stockholms läns sjukvårdsområde, där primärvården ingår. I Landstinget Östergötland fastställde man 2009 "Konsekvenser och riktlinjer för vårdval utifrån ett ägarperspektiv" och i Landstinget Västmanland har "Verksamhetsspecifika direktiv för den landstingsägda vårdvalsverksamheten".

Värdet av ägardirektiv/ägarstrategi handlar i hög grad om att tydliggöra roll och ansvar för egenregi i den mer renodlade utförarroll som vårdvalet förutsätter. Det handlar också om att ange inriktning för verksamheten respektive avgränsningar för hur långt ansvar och befogenheter sträcker sig för verksamhetsansvariga inom

egenregin. Ansvaret för vårdutbudet (se avsnitt 3.7.1) är ett tydligt exempel på frågor där ansvar och roller bör klargöras. Ett av de större problemen inom vårdvalet är svårigheterna att få vissa av de landstingsdrivna vårdcentralerna att gå ihop ekonomiskt. Även om inriktningen kan och bör vara att vidta åtgärder för att åstadkomma ekonomisk balans, kan det i vissa fall visa sig att det saknas förutsättningar för detta. Om det då blir aktuellt med avveckling eller större förändringar i verksamheten är det viktigt att klargöra vilka åtgärder som kan beslutas på verksamhetsnivå resp. vilka åtgärder som kräver beslut av ansvarig styrelse, alternativt på överordnad nivå i landstinget. En ägarstrategi kan klargöra handlingsalternativ och befogenheter för egenregin.

Knappt något landsting har klargjort om det är möjligt att lägga ned offentligt drivna vårdcentraler, som en del i anpassningen till vårdvalets villkor. Det är på många håll otydligt för ansvariga inom egenregin om det är möjligt att lägga ned en vårdcentral som i längden inte bär sig ekonomiskt på grund av ökad konkurrens och minskat patientunderlag. I vissa landsting är det även svårt att minska öppettider eller bemanning för att anpassa verksamheten till förändrade förutsättningar.

Vår rekommendation är att landstingen som ägare bör utforma ägarstrategi/ägardirektiv för den landstingsdrivna primärvården, i syfte att tydliggöra inriktning och inom vilka ramar verksamheten ska bedrivas.

Rekommendation:

- Landstingen bör utveckla "ägardirektiv" för egenregiverksamheten i vårdvalet, för att förtydliga uppdrag och förutsättningar när det gäller till exempel ekonomiska resultatkrav, ansvar för lokalisering/sistahandsansvar med mera.

3.8 Övriga skillnader i förutsättningar mellan offentliga och privata utförare

I våra möten med landstingens egenregiverksamheter har vi också ställt frågor kring deras uppfattning om skillnader i förutsättningar mellan landstingsdriven och privatdriven primärvård, som påverkar möjligheten att konkurrera på likvärdiga villkor. Bland fördelar för primärvården i egenregi nämns att man är en stor organisation som har vissa stordriftsfördelar och att man också är en del av en större "koncern" (som i praktiken inte kan gå i konkurs). Samtidigt är primärvården i egenregi begränsad i sin affärsmässighet och kan inte konkurrera med samma medel som privata aktörer, något som av många primärvårdsförvaltningar upplevs som frustrerande. Nedan har vi listat återkommande skillnader mellan privata och offentliga utförare som landstingen har lyft fram i intervjuerna.

- Primärvården i egenregi har svårt att fatta beslut om ny-etablering/avveckling på affärsmässiga grunder. Om en offentligt driven vårdcentral går med förlust på grund av minskade intäkter i en konkurrenssituation är det på många håll politiskt svårt att lägga ned verksamheten eller minska i öppettider.
- Primärvården i egenregi har ett "arv" med sig in i vårdvalet, exempelvis för stora lokaler och/eller för stor personal. I och med vårdvalet skapades nya förutsättningar och landstingen behöver anpassa sig till en konkurrenssituation. Från många håll lyfter man fram att det tar lång tid att ställa om personal och lokaler, exempelvis eftersom primärvården i egenregi är bundna till landstingets uppsägningsregler och hyreskontrakt. En privat aktör som väljer att starta en ny verksamhet inom vårdval har däremot möjlighet att starta från noll och anpassa verksamhet och kapacitet till förutsättningarna.
- Primärvården i egenregi känner sig "bakbundna" av politiska förväntningar och anser sig ha svårt att driva verksamheten affärsmässigt. Exempelvis kan politiken besluta att det ska byggas ny lokal för en vårdcentral trots att egenregin ser att det går att få lägre kostnader i andra lokaler. Egenregin uppfattar detta som en konkurrensnackdel och känner att de inte själva inte fullt ut kan styra över sina kostnader och därmed inte helt konkurrera med privata utförare.
- Primärvården i egenregi deltar i större utsträckning än privata utförare i utvecklings- och samverkansgrupper inom vården, vars resultat både offentliga och privata utförare kan dra nytta av. Egenregin upplever att privata utförare bjuds in till sådana utvecklingsuppdrag, men att de ofta inte deltar eftersom de prioriterar att inte få minskade intäkter genom "bortfall i produktionen".
- Även om egenregin upplever att de i många fall drabbas av minskade intäkter på grund av att de leder utvecklingsarbetet i primärvården kan detta också vara en fördel då egenregin har ett informellt informationsövertag. Egenregin är närmare den specialiserade vården liksom närmare beslutsfattarna i landstinget. Ofta sitter primärvårdschefen med i landstingets ledningsgrupp.
- Egenregiverksamheten är del av en stor landstingskoncern och har en ekonomisk trygghet i ryggen. I praktiken kan inte den landstingsdrivna primärvården gå i konkurs.
- Primärvården i egenregi har oftast inga avkastningskrav. Det har däremot privata utförare.

- Den landstingsdrivna primärvården har dessutom en stor marknadsandel och många vårdcentraler. Det ger möjlighet att samverka om gemensamma resurser på ett sätt som privata aktörer inte alltid har möjlighet till. Egenregins storlek ger även möjlighet till ekonomisk "koncernutjämning".

3.9 Vårdvalet och styrningen

3.9.1 Den politiska styrningen

Det är ingen direkt hemlighet att vissa landsting varit mindre intresserade av vårdvalsmodeller och att det enbart är den tvingande lagstiftningen som motiverat införandet. Det finns också, åtminstone delvis, ett samband mellan den bristande politiska viljan och hur vårdvalsmodellen har utformats. De stora skillnaderna kan dock troligen inte förklaras med enbart skillnader i politisk ledning.

När det gäller den politiska styrningen och vårdvalet handlar våra iakttagelser dock i högre grad om hur långt styrningen har utvecklats och anpassats till vårdvalssystemet. I åtskilliga av våra intervjuer har vi fått en bild av att man i den löpande styrningen inte fullt ut tagit till sig de förändrade förutsättningarna. Detta gäller inte bara den politiska ledningen utan i hög grad även delar av landstingsadministration och andra delar av hälso- och sjukvårdssystemen. I intervjuerna beskrivs från flera håll till exempel hur primärvården förväntas vara representerat i olika samverkansorgan och att förfrågan då automatiskt ställs till den landstingsdrivna primärvården.

De ovan redovisade exemplen när det gäller ansvar för lokalisering ("sistahandsansvaret") ligger oftast på egenregin, mer eller mindre formellt.

Det är vår bedömning att landstingen i detta avseende står inför och/eller har påbörjat förändringar när det gäller styrningen. För styrningen av egenregin är det viktigt att formulera någon form av "ägardirektiv", det vill säga riktlinjer när det gäller genomförande av de uppdrag som ingår i vårdvalet, men också avgränsning av vad som är ett ansvar för egenregin respektive vad som är ett ansvar för landstinget kopplat till befolkningsansvaret för hälso- och sjukvård.

3.9.2 Styrning i tjänstemannaorganisationen

I de flesta landstingen har införandet av vårdval också inneburit att man etablerat en mer eller mindre tydlig beställarfunktion för vårdvalet (vårdvalskansli etcetera.). Detta har skett utifrån ett behov av att tydliggöra roller och ansvar i styrningen, bland annat när det gäller att skilja på ansvar att driva verksamhet respektive ansvar för att beskriva uppdraget. Även om beställarfunktionens organisatoriska

placering skiljer mellan landstingen, ser vi en utveckling mot en tydlig separering mellan utförare och beställare, avseende vårdvalet.

Med den tydligare rollfördelning som detta innebär följer också att landstingen finner nya former för de uppgifter där egenregin av tradition tagit ett betydande ansvar och företrätt landstinget, till exempel i kontakter med kommunerna.

De tydligare rollerna till trots är det dock viktigt att landstinget i vissa avseenden bevarar helhetsperspektivet. Det är viktigt att landstinget i sin beställarroll också kan dra nytta av utförarorganisationens kunskaper om verksamhetens verkliga kostnader, i arbetet med att utveckla ersättningssystemen så att de matchar uppdragen, (se avsnitt 3.2.2).

Som nämnts i föregående avsnitt, möter vi också kommentarer i många landsting att vare sig tjänstemannaledning eller den politiska ledningen riktigt tagit till sig den förändring i styrningen som vårdvalet innebär. En förklaring som anges är att primärvården är en mindre del av landstingets verksamhet (och ibland även ett mindre problem). Om fokus i landstinget i första hand riktas mot sjukhusens styrning och ekonomiska problem, kan det vara en förklaring till att man inte i tillräcklig utsträckning hunnit ta till sig och tänka igenom vårdvalets konsekvenser för landstingets styrmodell

4 Slutsatser

Vårdvalet är en färsk reform som i flera avseenden ändrar förutsättningar för landstingens styrning och även förändrar förutsättningarna för landstingens egenregiverksamhet.

Vi har stor förståelse för att landstingen inte i alla avseenden hunnit ställa om styrning och verksamhet till dessa nya förutsättningar och vi har en stor respekt för de utmaningar detta innebär. Vi ser också att man kommit olika långt i detta arbete och att det finns en vilja till gemensamt lärande mellan landstingen, bland annat genom samverkan i nätverk.

I vår rapport har vi försökt ge en lägesbild utifrån vårt uppdrag. Vi har också formulerat några rekommendationer, när det gäller hur landstingen kan bli tydligare när det gäller grunderna för att skapa lika villkor för alla utförare, i enlighet med lagstiftningens intentioner.

4.1 Sammanfattande slutsatser

Det finns i samtliga landsting en tydlig ekonomisk redovisning för egenregi inom vårdvalet. Den tydligheten finns också i den interna rapporteringen och uppföljningen inom landstingens egenregiverksamhet. Däremot saknas ofta denna tydlighet i rapporteringen till den politiskt ansvariga nivån, det vill säga det är svårt att i årsredovisning respektive delårsbokslut kunna läsa ut om egenregi inom vårdvalet går runt ekonomiskt.

Bara i mindre än hälften av landstingen beräknas egenregin, på helheten, gå runt ekonomiskt år 2011. Stora underskott skulle kunna indikera att ersättningen inte är tillräcklig för uppdraget. Om man till det lägger att den landstingsdrivna verksamheten på många håll inte bär med sig det ekonomiska resultatet in i nästa verksamhetsår, kan detta aktualisera frågor om villkoren är likvärdiga för egenregi och privata aktörer.

När det gäller ansvar för det ekonomiska resultatet, är det enbart undantagsvis som egenregi bär med sig ett ekonomiskt resultat i form av intern balansräkning eller balansposter. Ofta förekommer ändå i någon form ansvar för att återställa uppkomna underskott inom en två-treårsperiod. Det förekommer i huvudsak inga direkta ersättningar till egenregi, däremot kan en avskrivning av underkott inom vårdvalsverksamheten ses som en indirekt subventionering av landstingets egna verksamhet

Landstingen har en tydlig redovisning på vårdcentralsnivå, och fördelar ut såväl intäkter som kostnader. Även overheadkostnader och kostnader för landstingsintern service fördelas ut. Samtliga landsting följer upp det ekonomiska

resultatet per vårdcentral och i de flesta landstingen har primärvårdsledningen en god bild av det ekonomiska utfallet på vårdcentralsnivå.

När det gäller lokalkostnader tillämpar landstingen olika former av internhyressystem. Vårdcentraler i egenregi drivs både i landstingsägda och externt ägda lokaler och även om lokalkostnaderna varierar har vi inte uppfattat att det skulle handla om subventionerade lokalyror. Inom några få landsting finns en intern utjämning av lokalkostnader mellan olika vårdcentraler.

Det finns i landstingen en tydlig ambition att skapa likvärdiga villkor för egenregi och privata aktörer, men ingenstans har man närmare konkretiserat innebörden av "likvärdiga villkor".

Egenregin har i många landsting ett mer eller mindre formaliserat ansvar för att upprätthålla en geografisk struktur för vårdvalet, som inte alltid är förenligt med vårdvalets regelverk i övrigt. Exempelvis förväntas man driva vårdcentraler/mottagningar som inte bär sig ekonomiskt. Här finns en oklar rollfördelning inom landstinget, som bör klaras ut.

Införandet av vårdval har i varierande grad inneburit kostnader för omställning av egenregin till nya förutsättningar och uppdrag. Endast i något enstaka fall har vi sett att landstinget i särskild ordning givit bidrag till sådana omställningsåtgärder.

I merparten av landstingen saknas en tydlig "ägarstrategi", det vill säga riktlinjer för hur egenregin ska kunna leva upp till sina uppdrag, inom givna ekonomiska ersättningar. Det kan till exempel avse om egenregin kan avsäga sig uppdrag som inte går runt ekonomiskt eller där man anser sig ha svårt att bemanna uppdragen med läkare etcetera.

4.2 Rekommendationer

Utifrån vad vi redovisat i denna rapport ser vi att landstingen skulle kunna förbättra styrning och redovisning inom vårdvalsmodellerna genom att:

- konkretisera innebörden av likvärdiga villkor för verksamhet i egen regi respektive privata utförare inom vårdvalet.
- utveckla "ägardirektiv" för egenregiverksamheten i vårdvalet, för att förtydliga uppdrag och förutsättningar när det gäller till exempel ekonomiska resultatkrav, ansvar för lokalisering/sistahandsansvar med mera.
- i årsredovisning och delårsbokslut inkludera uppgifter om det ekonomiska resultatet för egenregiverksamheten i vårdvalet.
- i rapporteringen för egenregin i vårdvalet tydligt visa resultatet per vårdcentral.
- överväga former för att egenregin ska bära med sig resultat mellan åren.

5 Bilagor

5.1 Intervjuförteckning

Intervjuförteckningen innehåller personnamn och publiceras därför inte i webbversionen av denna underlagsrapport.

