



Utredning av underskott i primärvården

En analys genomförd av Sirona på uppdrag av Region Gävleborg

Mars 2024

www.sironagroup.se



Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
1 Bakgrund	5
2 Analys	6
2.1 Ekonomisk översikt av primärvården	6
2.1.1 Ersättning	6
2.1.2 Ekonomiskt utfall de senaste fem åren och idag	8
2.1.3 Intäkter	10
2.2 Orsaker till underskott för hälsocentraler i egen regi	11
2.2.1 Geografiskt läge och storlek	11
2.2.2 Patientgrupper	12
2.2.3 Produktivitet och kostnader	13
2.2.4 Fördelade overhead-kostnader	16
2.2.5 Patientnöjdhet	16
2.2.6 Organisation och struktur	18
2.2.7 Kultur	19
2.2.8 Ledning och styrning	19
2.2.9 Sjukfrånvaro	20
3 Åtgärdsförslag	21
3.1 Åtgärdsalternativ A – Omställningsprogram för egen regi	21
3.2 Åtgärdsalternativ B – Försäljning och framtida drift i privat regi	22
3.3 Åtgärdsalternativ C – Fördjupad analys	23
4 Frågor och svar	25

Sammanfattning

Region Gävleborg har upphandlat Sirona Health Solutions för att ge svar på hur regionen kan komma till rätta med de återkommande underskotten inom hälsocentraler i Region Gävleborg som driftas i egen regi. Sironas specialister och experter inom strategisk vårdanalys och samhällsekonomisk analys har granskat den ekonomiska hushållningen, patientupplevd kvalitet och andra tillgängliga fakta vilket sammanfattas och redovisas i denna rapport.

Primärvården i egen regi går med underskott i Region Gävleborg; samlat 463 miljoner de senaste fem åren, varav 77 miljoner år 2022 och 172 miljoner år 2023 (årsredovisning inte helt klar). Alla hälsocentraler i egen regi har gått med underskott under perioden 2018–2023 förutom Hedesunda Färnebo. Alla hälsocentraler i privat regi går med ekonomiskt överskott. Hälsocentraler i privat regi ansvarar själv för risken om deras drift resulterar i underskott, vilket betyder att regionens skattebetalare inte behöver ta någon risk även om framtida underskott skulle uppstå i privat regi drift. Region Gävleborgs ersättning per patient ligger högre än genomsnittet i Sverige. År 2021 var det bara Västragötalandsregionen som gav en högre samlad ersättning per patient och även år 2022 ligger Region Gävleborg bland de regioner som betalar högst samlad ersättning per patient. Sirona gör således bedömningen att ersättningen per patient ifrån regionen är adekvat, och underskotten kan inte förklaras av detta, vilket även förtydligas när privat drift går med överskott.

Skillnaden i ekonomiskt resultat kan inte förklaras av att egen regi har sämre intäkter än privat drift. Region Gävleborg finansierar alla hälsocentraler på samma sätt, till största del via de skatter som betalas av invånarna i regionen, och därtill kommer patientavgiften som patienten betalar ur egen ficka. Alla hälsocentraler i egen regi och privat regi får samma ersättning per listad patient, och ersättningen justeras utifrån ålder, socioekonomi (CNI) och vårdkomplexitet (ACG). Högkostnadsskyddet gäller för alla patienter, oberoende av om patienten väljer att lista sig i privat regi eller egen regi. Alla hälsocentraler oavsett regiform får samma intäkter; samma ersättning per patient och ersättningen är nästan enbart fokuserad på listningsavgifter, vilket ger en fast intäkt per patient per år för hälsocentralen. Egen regi har inte heller svårare patienter, visar en detaljerad analys av regionens data. Patientmixen är likvärdig och det finns inget sistahandsansvar i primärvården som gör att egen regi har ett svårare uppdrag. Om en patient inte kan omhändertas inom primärvården så skickas denna vidare till sjukhus, och detta gäller lika för patienter i egen regi drift såväl som patienter som är listade hos en hälsocentral som drivs av en privat regi aktör.

De medicinska resultaten följs inte upp på kontinuerlig basis av regionen, och en särskild analys har inte genomförts i detta arbete, men tidigare undersökningar ger *inte* fog till en hypotes om att de privata skulle ha sämre medicinska resultat. Utöver detta är patientupplevd kvalitet högre i privat regi varje år de senaste fem åren (2018 – 2022). De patienter som får sin vård levererad via hälsocentraler som leds via privat drift är tydligt mer nöjda med vården, både vad gäller tillgänglighet, koordinering och helhetsintryck.

Underskotten kan förklaras av att driften i egen regi har högre kostnader och lägre produktivitet, och detta visar sig i högre personalkostnader, trots att medarbetare i egen regi inte får högre lön än i privat regi. De höga kostnaderna i egen regi kan förklaras av två huvudsakliga orsaker; dels lägre produktivitet per medarbetare (egen regi behandlar exempelvis färre patienter per läkare), dels höga hyrpersonalkostnader inom egen regi. De höga hyrpersonalkostnaderna kan i sin tur antingen bero på att anställda säger upp sig ifrån egen regi och att det inte är möjligt att hitta ersättare, eller att sjukfrånvaron är hög. Nationella data visar att privat sektor överlag har lägre sjukfrånvarokostnader, och detta kan vara en del av förklaringen till de höga hyrpersonalkostnaderna. Förklaringen till de högre kostnaderna i egen regi är således en kombination av tre faktorer: Medarbetare som väljer att lämna egen regi, lägre produktivitet som gör att egen regi behöver fler medarbetare per listad patient, och möjligtvis högre sjukfrånvaro i egen regi. Den

sistnämnda faktorn, sjukfrånvaro, har inte analyserats per hälsocentral, men baserar sig på att skillnaden i sjukfrånvaro i nationella data är stor; det är betydligt fler sjukskrivna i offentlig regi än i privat sektor. Fördelade overhead- och lokalkostnader i egen regi är relativt sett inte särskilt höga och kan inte förklara de stora underskotten.

Det är särskilt viktigt att notera att egen regi hälsocentraler går med underskott och privat regi med överskott oberoende av storlek på hälsocentralen, oberoende av geografisk placering och oberoende av patientunderlag. Det finns således inget fog till hypotesen att privata vårdgivare har placerat sig i enklare geografiska lägen eller att privat regi hälsocentraler har mindre vårdtunga patienter eller patienter med enklare socioekonomisk situation. Tvärt om visar analysen av ersättningsdata (CNI och ACG) att privat regi vårdcentraler har något mer komplexa patienter, både genom måtten vårdtyngd och socioekonomisk komplexitet.

Samlat är kostnaden för drift av hälsocentraler i egen regi 18% högre för regionens skattebetalare, i rena ekonomiska termer. Den indirekta hälsoekonomiska kostnaden av en sämre patientnöjdhet kommer i tillägg till detta. Patienterna upplever att de får sämre koordinering och tillgänglighet inom egen regi än inom privat regi, och de ger också egen regi sämre betyg för helhetsintryck. Privat regi hälsocentraler betalar utöver detta en bolagsskatt till samhället (staten) på sina ekonomiska överskott, och det kommer i tillägg till de 18% i kostnadsskillnader som samhället, regionens skattebetalare, finansierar.

Sironas bedömning, baserat på intervjuer, beprövad erfarenhet och forskning, är att underskotten kan härledas till mindre ändamålsenlig styrning och ledning inom egen regi, inklusive kultur. Detta kan sammanfattas som: (i) Svårare att fatta beslut och längre beslutsvägar, ledarskapet är inte lika starkt och tydligt (ii) Verksamhetskultur som inte fokuserar lika tydligt på resultat: produktivitet, ekonomi, patientnöjdhet, medarbetarnöjdhet. Olika intervjupersoner, både inom egen regi och privat regi reflekterar över detta, och ett citat som sammanfattar detta väl är [från en egen regi anställd] "Mina patienter, mina medarbetare, men inte mina pengar". Andra skillnader i styrning och ledning är (iii) Ingen särskild belöning till ledare som skapar goda resultat (iv) Det bedöms även som sannolikt att medarbetare i egen regi är mindre nöjda med sin arbetsplats, dock finns ingen data per hälsocentral kring detta, denna hypotes är baserad på kombinationen av de samlade kommentarer ifrån semistrukturerade intervjuer, både av egen regi och privat regi, samt tidigare nationella undersökningar. Utfallen i regionen tyder att medarbetarna "röstar med fötterna", det vill säga söker sig bort från egen regi, eftersom hyrkostnaderna ökar. Privat regi upplever också utmaningar med att medarbetare slutar, indikerar våra intervjuer, men de ekonomiska resultaten visar att de hanterar det utan att ekonomin blir lidande.

Underskottet de senaste fem åren (2019 – 2023) var samlat 463 miljoner. Sironas bedömning är att underskotten de nästkommande fem åren kan bli större. Det är svårt att vända utvecklingen. Om nuvarande trend håller i sig så kommer fler patienter att välja bort hälsocentraler i regionens egen drift. I så fall kommer underskotten försämrast istället för att minska de närmsta åren. Det är även svårt att vända trenden med ökande hyrkostnader.

I ljuset av dessa fakta, vad kan då regionen göra för att komma till rätta med underskotten? Regionen kan välja att antingen (A) Försöka vända egen regi hälsocentraler till ekonomiska resultat i balans: 25 av 26 hälsocentraler måste vändas, enbart en hälsocentral i egen regi går redan i balans. En sådan omställning måste ske samtidigt som medarbetarnöjdhet och patientnöjdhet måste förbättras, och det är en mycket svår omställning att klara av. Analysen visar att både patienter och skattebetalare i nuläget vinner på att driften utförs av privata hälsocentraler. Om regionen väljer (B) att sälja hälsocentraler till privat drift kommer underskotten garanterat att försvinna så snart försäljningen är genomförd, detta eftersom ett privat aktiebolag som köper en hälsocentral inte kan återkomma till regionen i efterhand med en begäran

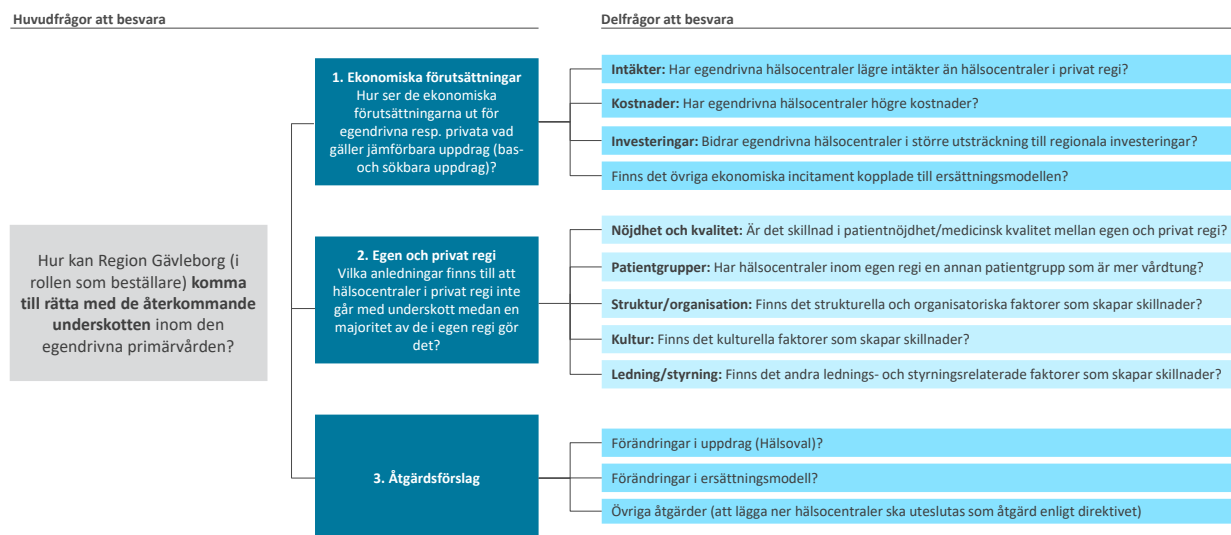
att täcka eventuella underskott. En privat aktör skulle således avstå ifrån att köpa en hälsocentral i fall att aktören gör bedömningen att den inte kan omstrukturera driften så att den på sikt kan gå med positivt resultat. Eftersom alla privatägda hälsocentraler som arbetar på uppdrag av regionen inom hälsovalet i nuläget går med överskott, och Region Gävleborg betalar mer än de flesta andra regioner (högre ersättning per patient), så är bedömningen att det kommer finnas privata intressenter som är villiga att köpa.

Att lyckas med (A) en omställning av 25 hälsocentraler i egen regi drift är svårt och kommer kräva en längre tid av ekonomiska underskott, ytterligare investeringar för att vända verksamheten och omfattande ledningskraft. Forskningen visar att två av tre omställningsprogram misslyckas. Bara en tredjedel lyckas, och även om de lyckas så tar det tid, och under den tiden behöver regionen både bära underskotten och göra nya investeringar för att genomföra förändringarna. Den förändring som behöver ske i egen regi drift är omfattande, både styrningsformer, kultur, medarbetares produktivitet och patientnöjdhet måste förbättras samtidigt. Sironas bedömning är att en omställning kommer att ta minst 18 – 24 månader, om den ens lyckas, och vissa nackdelar med styrning och ledning kommer aldrig försvinna. Frågan att diskutera är därför om det finns ett *eget värde* av att behålla hälsocentraler i egen regi framöver? Detta är en nyckelfråga eftersom egen regi i nuläget skapar sämre resultat för patienter och skattebetalare.

Baserat på denna analys är Sironas rekommendation att genomföra alternativ B, men för att det ska lyckas bör det finnas en bred politisk enlighet kring alternativ B. Sirona rekommenderar därför en fördjupad utredning (ett tilläggsuppdrag) för att göra en analys av möjligheter, risker och konsekvenser (ekonomiska och andra) av alternativ A och B parallellt under våren och att ett slutgiltigt beslut fattas efter detta. I en sådan utredning kan viktiga frågor belysas med ytterligare fakta, exempelvis: Vad är värdet av egen regi? Hur säkras den demokratiska kontrollen av hälsocentraler om de drivs i privat regi? Hur styrkas den demokratiska styrningen och konsekvenserna för de hälsocentraler i egen regi som eventuellt fortsätter gå med underskott?

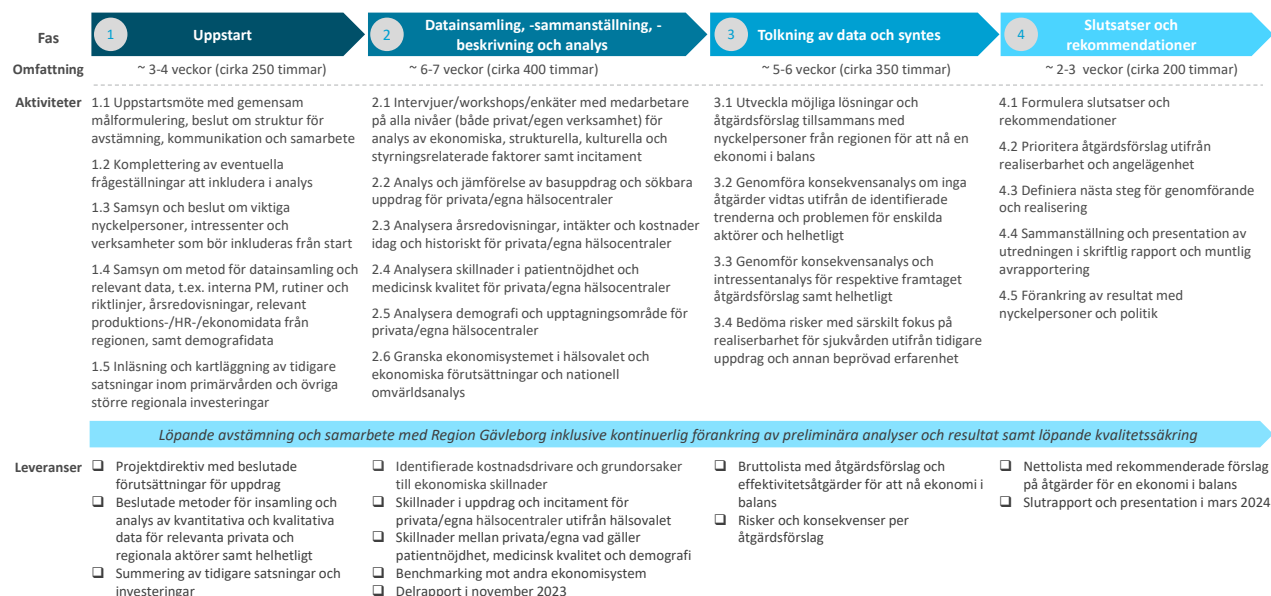
1 Bakgrund

Sirona fick i uppdrag av regionen att genomföra en utredning av de återkommande underskotten i regionens egendrivna primärvård. Regionens upphandlingsdirektiv avsåg undersöka ekonomiska förutsättningar för egendrivna respektive privata hälsocentraler, utreda vilka anledningar som finns till att hälsocentraler i privat regi inte går med underskott medan en majoritet av de i egen regi gör det samt ta fram åtgärdsförslag. Problemformuleringen bröts ned i delfrågor enligt Figur 1 nedan.



Figur 1: Frågor att besvara enligt Sironas strukturering av regionens upphandlingsdirektiv

Utredningen har genomförts enligt nedan arbetsplan (se Figur 2) där fokus har varit faktabaserad analys av intern och extern data, och kontinuerlig avstämmning av frågor och resultat med representanter från regionen.



Figur 2: Utredningens genomförande.

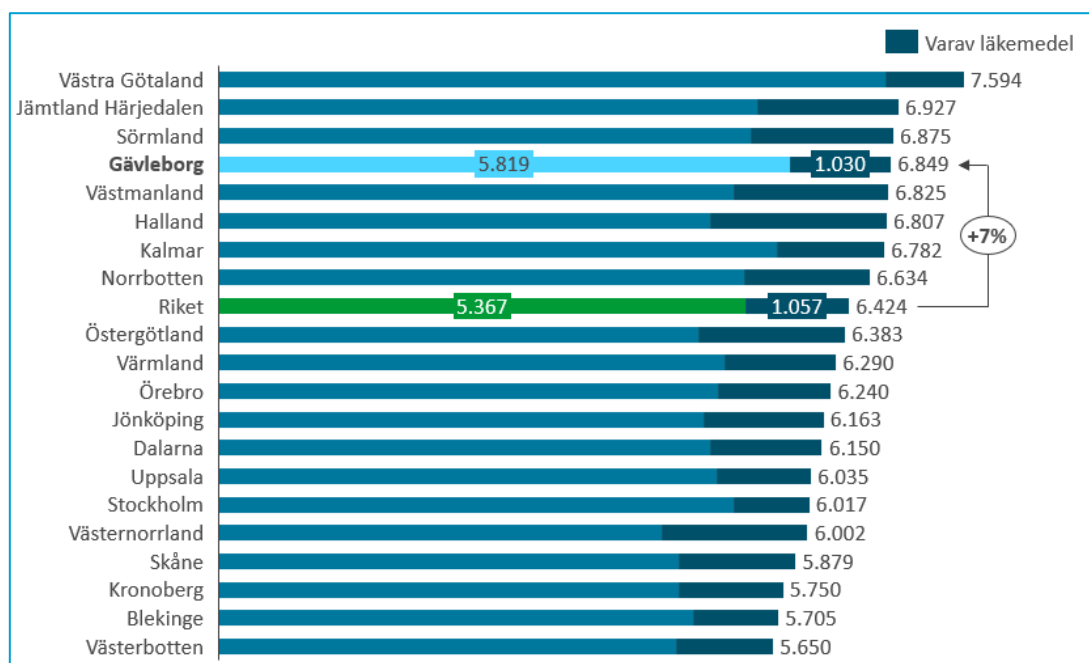
Utredningen har kombinerat kvantitativa analyser av regionens data avseende ekonomi, personal och produktion tillsammans med intervjuer med medarbetare från regionen på olika nivåer. För att fånga de privata aktörernas perspektiv har intervjuer genomförts med representanter från dessa och även offentligt tillgänglig data, såsom årsrapporter, har analyserats.

2 Analys

2.1 Ekonomisk översikt av primärvården

Region Gävleborg har i nuläget 42 hälsocentraler; varav 26 i egen drift och 16 i privat drift. Alla patienter har valfrihet enligt LOV (Lagen om Valfrihet) och en hälsocentral i regionen har i genomsnitt 6800 listade patienter.

Skattebetalarna i Region Gävleborg betalar fjärde högst i Riket för primärvården år 2022, och näst högst i Riket året dessförinnan. Det finns således goda ekonomiska grundförutsättningar i regionen. Se Figur 3 för överblick över samtliga regioner.



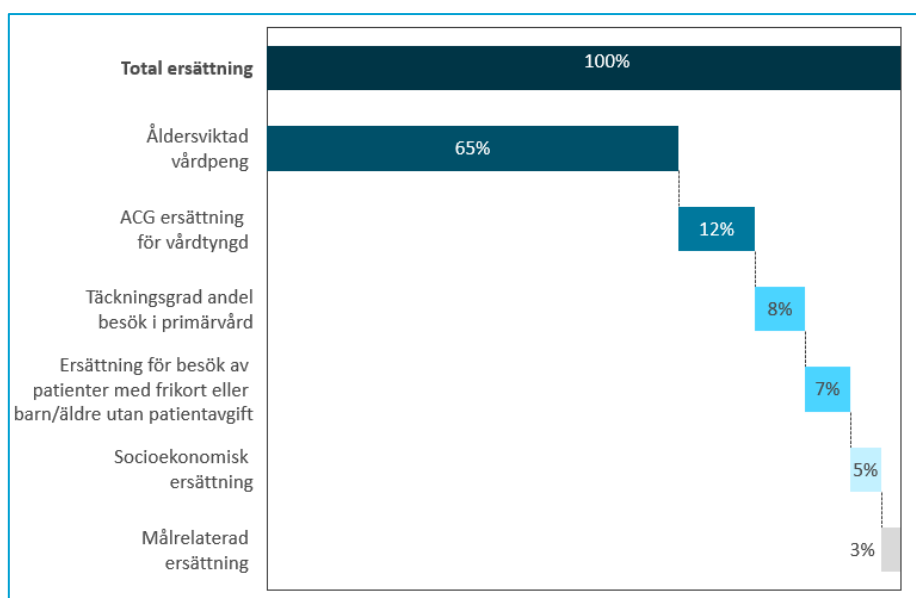
Figur 3: Nettokostnad per invånare per region, all primärvård inklusive kostnader för läkemedel, SEK, 2022. Kostnadsdata är inhämtad från SKR Ekonomistatistik. Kostnaderna redovisas där enhetligt för samtliga regioner i syfte för att vara jämförbara. Detta medför att vissa skillnader kan uppstå vid jämförelse mot regionens egna data för primärvårdskostnader då vissa kostnadsposter kan inkluderas, fördelas ut på andra konton eller exkluderas för att matcha SKRs redovisning. Ingen fortsatt analys har gjorts inom detta.

Region Gävleborg lägger fjärde mest pengar på primärvården per invånare av alla regioner i riket. Om kostnaderna för primärvården skulle ligga på samma nivå som rikssnittet skulle det innebära en potential för Region Gävleborg på 134 miljoner SEK i lägre kostnader per år. Invånarna i Region Gävleborg har rätt till hälsoval och en jämlik hälsa där varje invånare ges möjlighet att fatta beslut om vilken utförare som passar de bäst (hälsoval) i enlighet med LOV (lagen om valfrihet). Inom regionen bedrivs således primärvård via hälsocentraler i egen och privat regi, och kostnader finansieras av invånarnas skatter. Primärvården är basen i hela hälso- och sjukvårdssystemet och målet för regionen är att 80 % av hälso- och sjukvårdens besök ska ske inom ramen för primärvården/hälsoval. Kostnader för läkemedel inkluderas i SKRs statistik, men dessa kostnader finansieras inte av Region Gävleborg, utan av staten via Läkemedelsförmånen (TLV beslutar).

2.1.1 Ersättning

Alla hälsocentraler, både i egen och privat drift, får ersättning efter samma principer. Region Gävleborg har valt att ge nästan all ersättning per listad patient (97%), och endast tre procent är målstyrd ersättning. Regionen har således en ersättningsmodell som baseras på kapitationersättning (betalning per listad patient). Basuppdraget och ersättningen är lika för alla utförare oavsett egen eller privat regi, basuppdraget ligger således till grund för jämförelser i denna utredning.

De privata vårdgivarna måste betala moms om 25%, medan egen regi inte betalar moms. För att likställa de ekonomiska förutsättningarna avseende moms får de privata utförarna därför en momskompensation på tre procent av ersättningen, dock gäller detta inte för läkemedel eller ersättning för uteblivna patientavgifter. Hälsocentralerna, oavsett regi, ersätts även för läkemedel, tolk-kostnader, geografi samt tilläggsuppdrag. Ersättning per listad patient justeras för att ta hänsyn till att olika patienter är olika komplexa. Samma justering görs för alla, oberoende av om det är egen regi eller privat regi. Ersättningen justeras för 1) Ålder, 2) Vårdtyngd (ACG), 3) Socioekonomi (CNI), 4) Täckningsgrad, och 5) Geografi (fast ersättning beroende på antal listade på hälsocentralen och kommun, glesbygd med fler listade får högst ersättning som maximalt uppgår till 1,4 miljoner SEK/år). Målrelaterad ersättning ges för vissa utförda extra åtgärder och inkluderar aktiviteterna Hälsosamtal 40-åringar (ersättning per samtal), Läkemedelsgenomgångar (ersättning per patient oavsett ålder en gång per 10-månader), Reducera beroendeframkallande läkemedel (ersättning per 1000 listningspoäng per kvartal om målet uppfyllt), Reducera antibiotikaförskrivning (ersättning per 1000 listningspoäng vid uppfyllt krav), Kvalitets-/utvecklingsarbete hos utföraren (ersättning ges en gång per år vid godkänd redovisning) samt Hembesök (ersättning per besök). För basuppdraget fördelas ersättningen enligt Figur 4.



Figur 4: Ersättningsfördelning för basuppdraget.

Utöver basuppdraget finns sökbara tilläggsuppdrag. Enligt Hälsovalshandboken 2024 är det endast BVC som är ett sökbart tilläggsuppdrag. Barn 1–5 år ger 1537 kr per barn per år, för barn under 1 år är ersättningen 9007 kr per barn per år. Utöver detta kommer tillägg för socioekonomiskt index avseende utomlandsfödda och ensamstående med barn (100 kr per s.e. poäng). Hälsocentraler i både egen regi och privat regi kan ta sig an uppdraget och erhålla de intäkter och kostnader som uppdraget för med sig.

Samtidigt får hälsocentraler i egen regi vissa (mindre) tilläggsuppdrag som privata hälsocentraler inte kan söka i dagsläget. Dessa är uppdrag som hälso- och sjukvårdsnämndsförvaltningen ansvarar för och ansvaret läggs inom den egna regin. Dessa uppdrag kallas "Regionövergripande uppdrag". Hälsocentraler inom den egna regin erhåller de intäkter som tillkommer från detta och måste bära kostnaderna som relateras till dessa tjänster. Enligt hälsovalshandboken är dessa uppdrag:

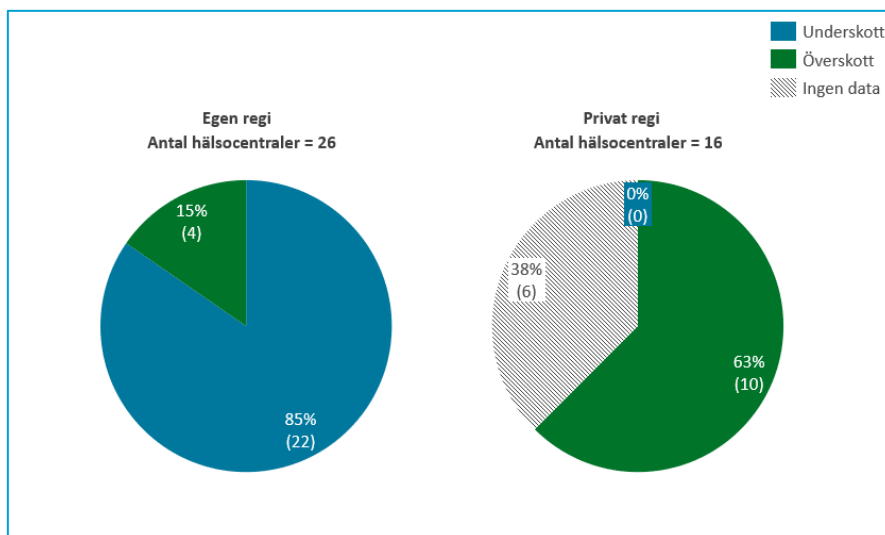
- Familjeläkarjour
- Dietistverksamhet
- Särskilda psykoterapeutiska insatser
- Upphandlad E-hälsa som t.ex. KBT på nätet, Tobakshjälpen
- Dagrehabilitering

- Asylhälsovårdsmottagning
- Drift familjecentral
- Drift bassäng

De regionövergripande tilläggsuppdragen skapar en viss olikhet i uppdrag, med tillhörande intäkter, mellan hälsocentraler i egen regi respektive privat regi. Dock är dessa uppdrag mycket små i jämförelse med basuppdraget. Egen regi kan i vilket fall få extra intäkter för dessa, vilket är gynnsamt för verksamheten i egen regi om de tillhörande kostnaderna är lägre än intäkterna. Regionen bör se över att samtliga möjligheter och skyldigheter är desamma för hälsocentraler i privat regi respektive egen regi för att uppnå konkurrensneutralitet. Sironas analys i detta material visar att dessa tilläggsuppdrag inte kan användas som en förklaring till varför egen regi går med underskott. Kostnader och intäkter för tilläggsuppdragen ligger utanför basuppdraget, vilket samtliga hälsocentraler i regionen genomför oavsett driftform. Kostnader och intäkter för basuppdraget är således det som ligger till grund för de jämförelser som genomförs i denna utredning.

2.1.2 Ekonomiskt utfall de senaste fem åren och idag

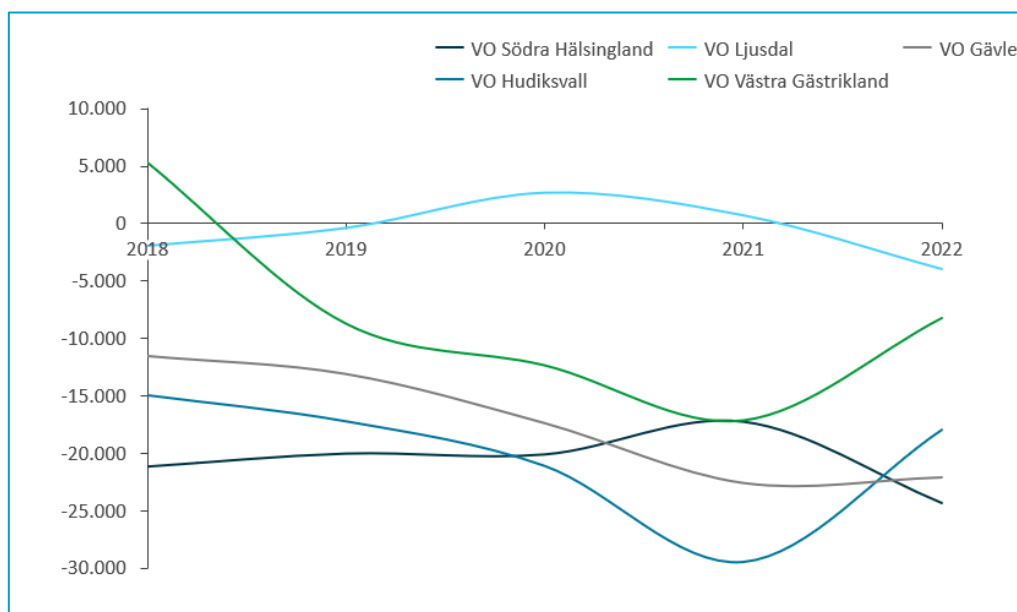
Under år 2022 gick 85% av alla hälsocentraler i regionens egen regi med underskott (22 av 26) medan alla privata hälsocentraler gick med överskott. När ett underskott uppstår i egen regi måste regionen, i rollen som ägare, tillföra extra ekonomiska medel för att täcka underskottet. Dessa medel måste allokeras ifrån regionens övriga intäkter, i huvudsak skatteintäkter ifrån invånarna i regionen. 100% av alla hälsocentraler i privat regi, där tillgänglig data har identifierats, går med överskott (se Figur 5 nedan). Resterande hälsocentraler i privat regi, där ingen tillgänglig data har identifierats för ekonomiskt utfall år 2022 (6 stycken), kan eventuellt gå med underskott ett enstaka år, men går per automatik alltid med överskott över tid. Inget privat bolag (hälsocentral) kan gå med underskott över en längre period – de behöver antingen få tillskott av kapital ifrån sina ägare eller så försätts de i konkurs enligt lagen. Om underskott skulle förekomma i privat regi så är regionen inte ansvarig för att täcka dessa. All risk i åtagandet, såväl ekonomiska som andra, tas av den privata aktören.



Figur 5: Ekonomiskt utfall för hälsocentraler, egen regi och privat regi, Region Gävleborg, 2022. Offentlig data över ekonomiskt utfall redovisas samlat för vissa privata bolag inom området, utfallet för dessa har här fördelats baserat på antal listade patienter

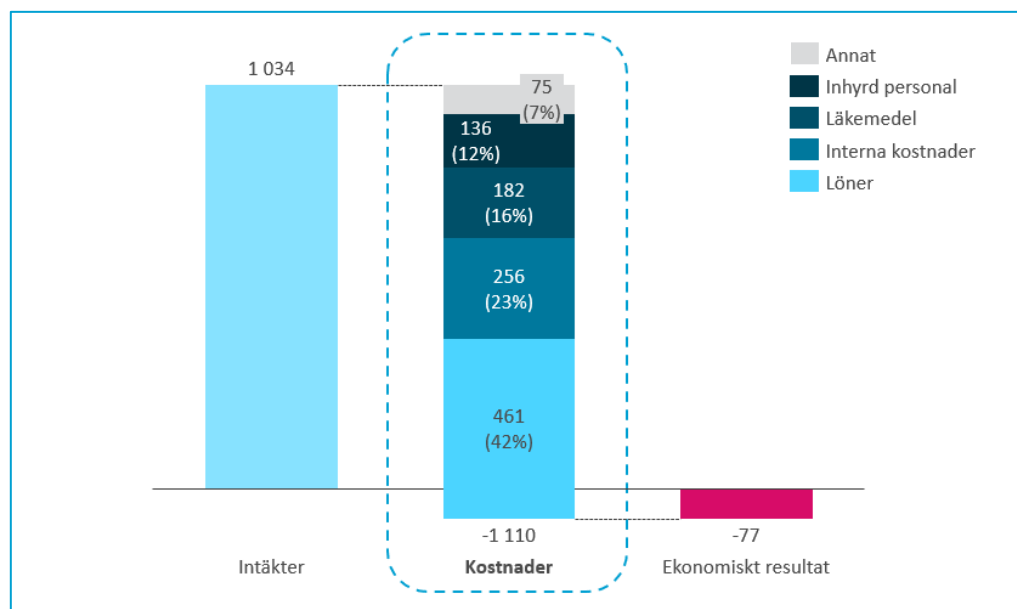
Regionens alla fem verksamhetsområden (VO) för egen regi visar på ekonomiskt underskott 2022 samtidigt som privat regi har överskott. Vidare visar alla fem verksamhetsområden återkommande underskott de flesta av de senaste fem åren, med undantag för Ljusdal några år. Även om samtliga verksamhetsområden går med underskott 2022 har Ljusdal visat ekonomiskt överskott två av de senaste fem åren och Västra

Gästrikland ett år (2018) som syns i Figur 6. Detta samtidigt som resterande områden visat på förhållandevis stora underskott under samma period, med ett visst uppsving för Hudiksvall under 2022.



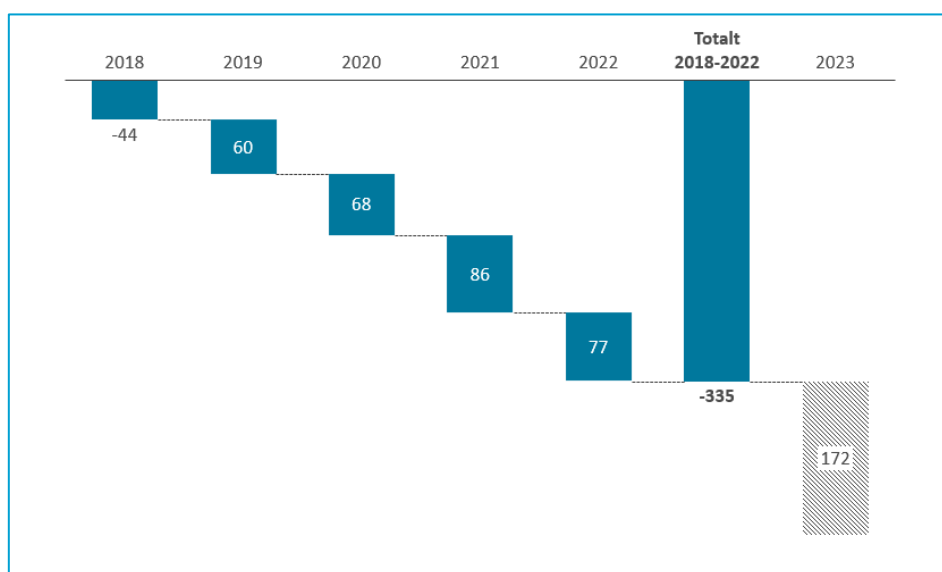
Figur 6: Genomsnittligt ekonomiskt utfall per VO, egen regi, 2018 – 2022, tSEK. Genomsnittet är beräknat genom att ta det samlade ekonomiska utfallet för verksamhetsområdet delat på antal hälsocentraler inom området

År 2022 uppgick kostnaderna för hälsocentralerna i egen regi till 1,1 miljarder kronor vilket är 77 miljoner högre än intäkterna, ergo ett underskott på 77 miljoner kronor. Kostnaderna utgörs till störst del av löner, interna kostnader, läkemedel samt inhyrd personal. Med interna kostnader avser sådant som lokaler, IT, internt köpt vård, interna lab- och röntgentjänster, interna avtal- och konsulttjänster samt interna hjälpmedelskostnader. Läkemedel inkluderar kostnader för förskrivna läkemedel via hälsocentralerna, vilket betalas av staten via läkemedelsförmånen (regionens ersättning ifrån staten). Kostnadernas fördelning illustreras i Figur 7.



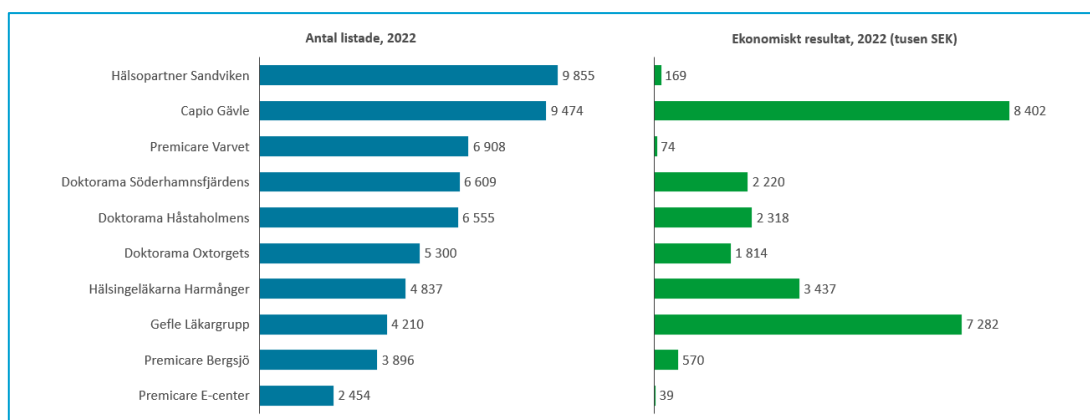
Figur 7: Redovisning av ekonomiskt resultat, hälsocentraler i egen regi, miljoner SEK, 2022. Inom annat ingår Sjukvårdsartiklar/medicinskt material, övriga personalkostnader, övriga verksamhetskostnader, övriga verksamhetsnära kostnader, lokal- och fastighetskostnader, Lab/röntgen/operationstjänster, köpt vård, interna finansiella poster, finansiella kostnader och avskrivningar.

Hälsocentraler i egen regi har återkommande underskott varje år sedan 2018; totalt har det inneburit en extra kostnad för regionens skattebetalare om 463 miljoner de senaste fem åren. Underskotten är återkommande och trenden är ökande underskott, dvs. en accelerering av de negativa resultaten. Underskotten uppgår till 335 miljoner kronor för egen regi 2018 – 2022, 463 miljoner för åren 2019 – 2023 (årsredovisning ej klar men underskottet uppskattas till 172 miljoner år 2023), se Figur 8 nedan. Underskottet för år 2023 ökade bland annat till följd av en ökad andel hyrpersonal, en ökning i PO-pålägg med 5 procentenheter samt ökning av läkemedelskostnader (ersätts av regionen, finansieras av staten). Privata hälsocentraler i Region Gävleborg betalar bolagsskatt av det ekonomiska resultat de uppnår, medan verksamhet i egen regi inte betalar skatt även om de skulle gå med positivt resultat. Skillnaden i ekonomisk effekt för samhället i stort och för skattebetalarna är därför ännu större än vad underskotten i egen regi drift ger intryck av.



Figur 8: Samlade ekonomiska underskott, hälsocentraler i egen regi, 2018 – 2022 och 2023, miljoner SEK. Underskottet 2023 präglas bland annat av en ökning i PO-pålägg med 5 procentenheter.

För hälsocentraler i privat regi är underskott inte förekommande och det ekonomiska resultatet är positivt eller nära noll, både för små och stora enheter. Det syns ingen direkt koppling mellan storlek på ekonomiskt resultat och antal listade patienter som kan tydas i Figur 9 nedan.

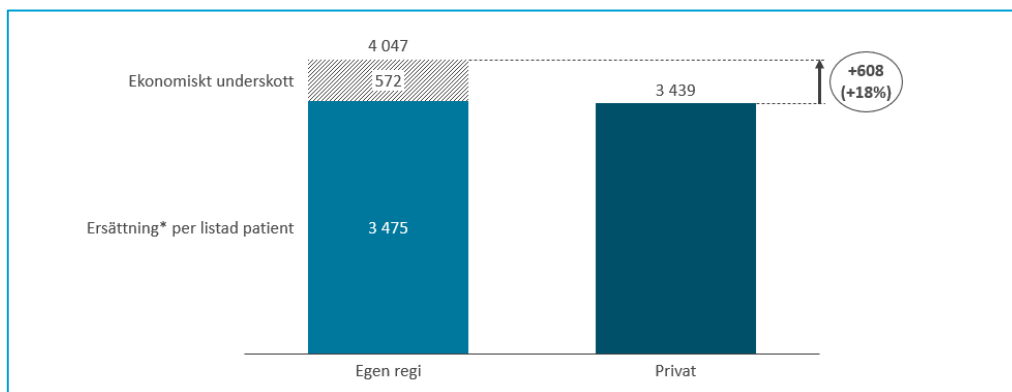


Figur 9: Antal listade patienter och ekonomiskt resultat, hälsocentraler i privat regi, 2022. De hälsocentraler i privat regi där ekonomisk data saknas visas ej (10 av 16 hälsocentraler), för att göra jämförbart med egen regi avser resultat innan finansiella poster (bokslutsdispositioner och skatt).

2.1.3 Intäkter

Sett till ersättning per listad patient enligt variabler i ersättningsmodellen är denna sig lik för egen och privat regi. När underskotten tas i beaktning får hälsocentralerna i egen regi en betydligt högre ersättning

än de i privat regi; 18% mer för varje listad patient år 2022 (se Figur 10 nedan). Skillnader i ekonomiskt resultat kan alltså inte härledas till att privat regi får högre ersättning.

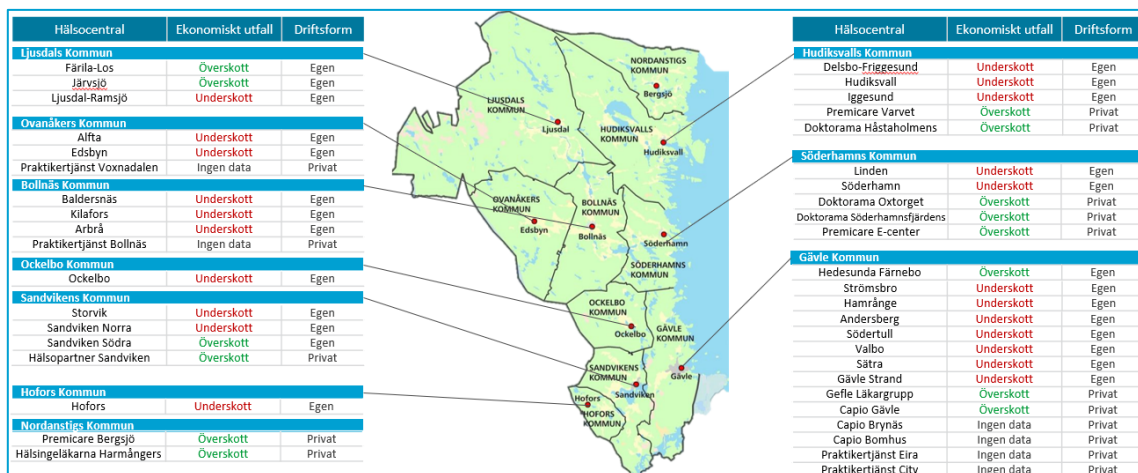


Figur 10: Genomsnittligt utbetald ersättning per listad patient enligt variabler i ersättningsmodellen, egen och privat regi, SEK, 2022. Avser variabler i basuppdraget: åldersviktad ersättning, ACG-poäng, Socioekonomi (CNI) samt Täckningsgrad (geografiersättning inkluderas, målrelaterad ersättning exkluderas pga avsaknad data samt enlighet med regionens egna redovisningar av ersättningen).

2.2 Orsaker till underskott för hälsocentraler i egen regi

2.2.1 Geografiskt läge och storlek

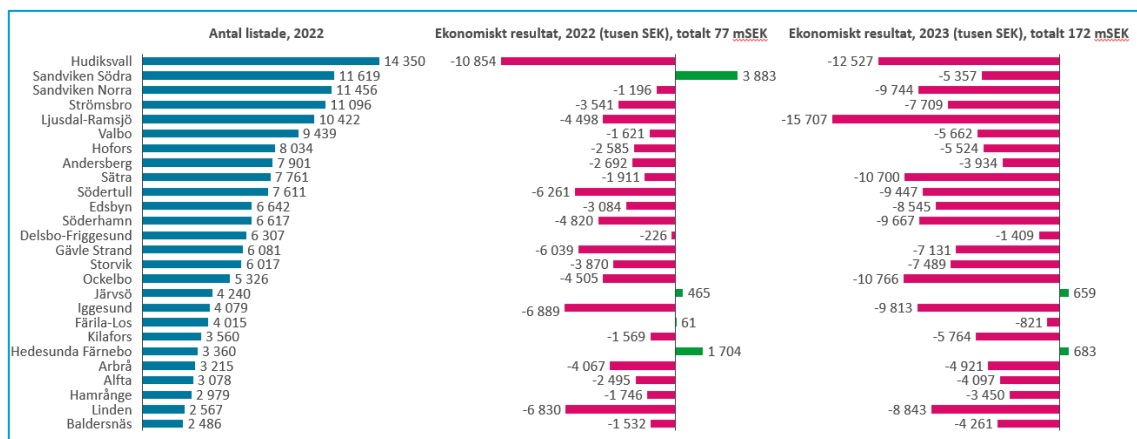
Underskotten kan inte förklaras av mindre attraktiva geografiska lägen, då egen regi går med underskott både i små och stora kommuner, i tätort och i glesbygd. I Figur 11 nedan har samtliga hälsocentraler placerats ut i respektive tillhörande kommun för att illustrera just detta. Det syns inte någon koncentration av hälsocentraler med underskott i en viss typ av kommun, utan underskott är förekommande i samtliga kommuner.



Figur 11: Hälsocentraler i varje kommun inom Region Gävleborg, ekonomiskt utfall, egen och privat regi, 2022.

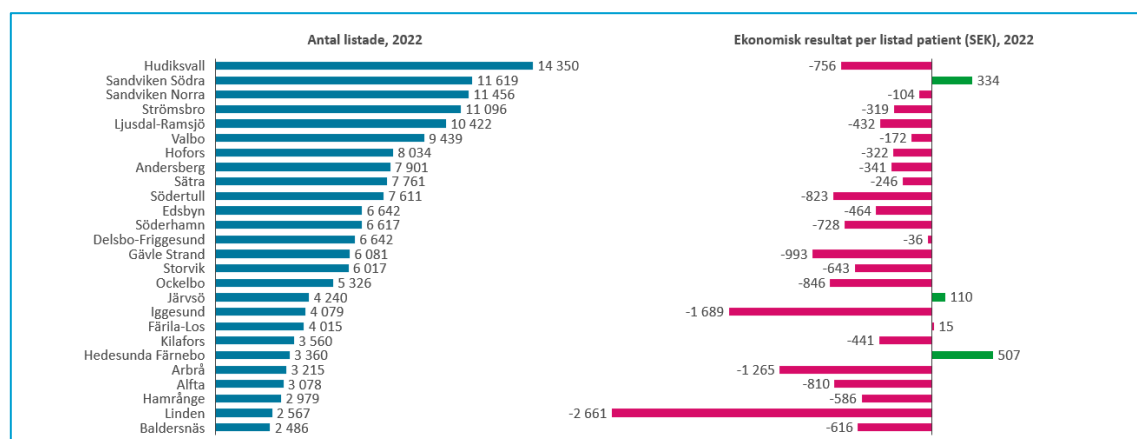
Underskott i egen regi kan inte förklaras av antal listade patienter (småskala-nackdelar); underskotten uppkommer både hos hälsocentraler med många listade såväl som få listade. Underskottets storlek är inte heller direkt kopplat till antalet listade på hälsocentralen. I Figur 12 har samtliga av hälsocentralerna i egen regi lagts i fallande ordning baserat på antal listade patienter 2022. Med tillhörande ekonomiskt resultat 2022 och 2023 för respektive hälsocentral kan det därför tydas att underskotten förekommer oberoende av hälsocentralens storlek. Likaså är inte de ekonomiska resultaten generellt större eller lägre sett till hälsocentralens storlek.

Utredning av underskott i primärvården



Figur 12: Antal listade patienter och ekonomiskt resultat, alla 26 hälsocentraler i egen regi, 2022 och ekonomiskt resultat 2023.

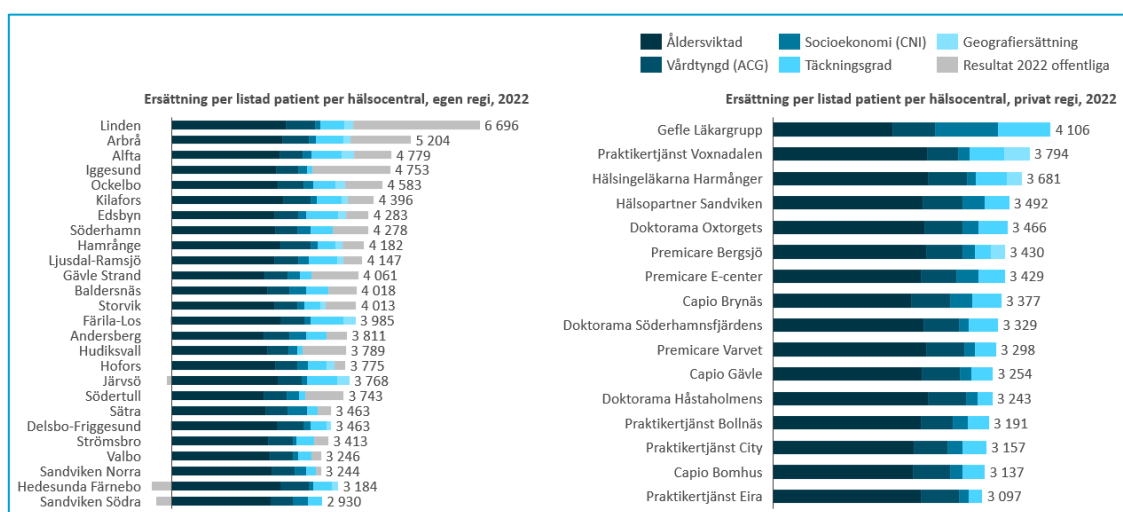
Per listad patient är det ekonomiska resultatet negativt för majoriteten av hälsocentralerna; lägst ligger Linden kommun som går 2 611 kronor minus per listad patient (se Figur 13 nedan). Likaså ses ingen direkt koppling av detta mot antal listade patienter.



Figur 13: Antal listade patienter och ekonomiskt resultat per listad patient, alla 26 hälsocentraler i egen regi, 2022.

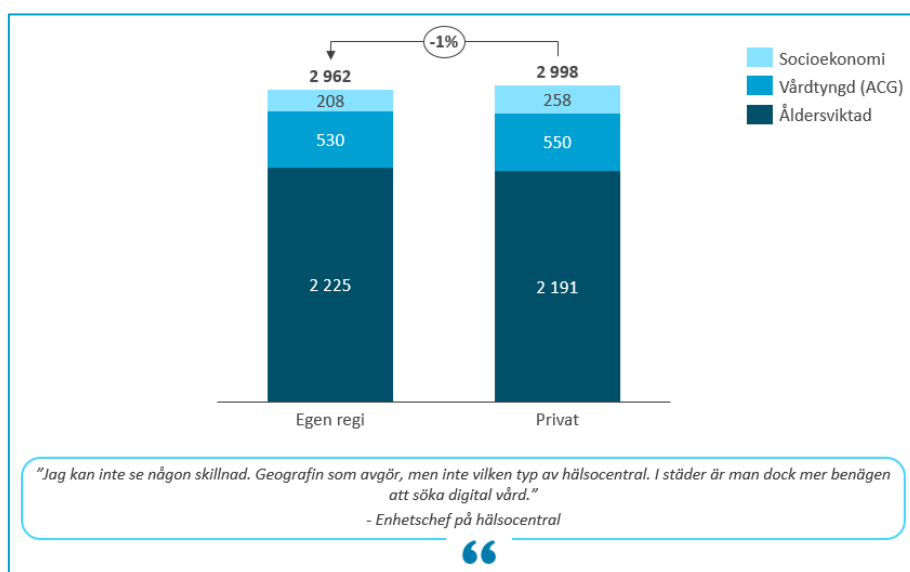
2.2.2 Patientgrupper

Hälsocentraler i egen och privat regi har ungefär samma ersättning per patient; med underskottet i beaktning är dock ersättningen betydligt högre för egen regi. Se ersättning per hälsocentral i egen och privat regi i Figur 14 nedan.



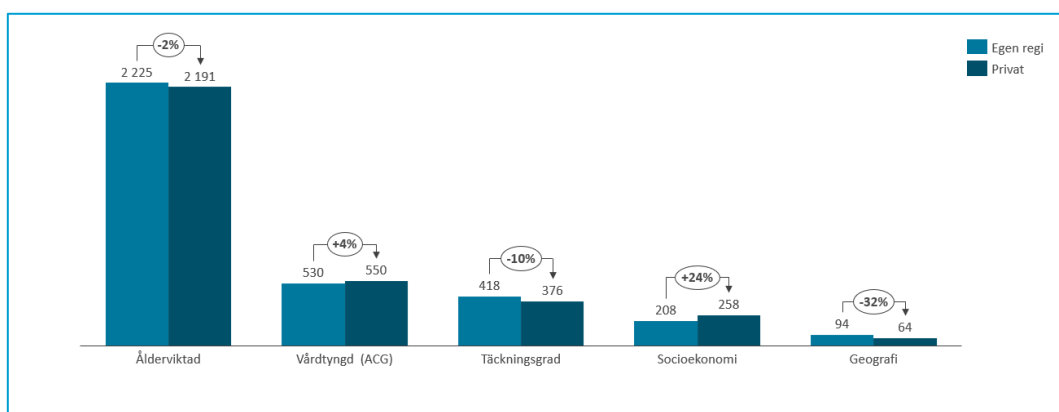
Figur 14: Ersättning per listad patient, egen och privat regi, SEK, 2022.

Det ekonomiska underskottet i egen regi kan inte härledas till mer vårdtunga patienter; ersättningen för vårdtunga patienter är densamma och patientmixen är likartad. Ersättningsmodellen innebär att hälsocentralen får mer ersättning om dess listade patienter är äldre, sjukare och har svag socioekonomisk status. Hur stor ersättning som betalas ut, sett till ovan faktorer, blir därför ett bra mått som speglar hur vårdtunga de listade patienterna är. Hälsocentralerna i egen och privat regi har de senaste fem åren haft likvärdig ersättning per listad patient sett till dessa faktorer; 2022 är det endast en skillnad på en procent som kan ses i Figur 15. Det är ingen skillnad mellan privat och egen regi i andelen vårdtunga patienter listade på hälsocentraler – det finns således inget belägg för påståendet att egen regi har mer komplexa patienter och att detta skulle kunna förklara det ekonomiska underskottet i egen regi. En VO-chef inom Region Gävleborg kommenterade frågan med: *”Generellt är alla hälsocentraler dåliga på att jobba proaktivt, speciellt med äldre”*.



Figur 15: Ersättning per listad patient i Region Gävleborg, variabler som mäter vårdtyngd, SEK, 2022.

Egen och privat regi har liknande patientmix, vilket gör att ersättningen är relativt lik (regionen betalar extra för äldre, vårdtunga, socioekonomiskt svårare, glesbygd och täckningsgrad). Nedan i Figur 16 visas ersättningen per listad patient för dessa variabler.

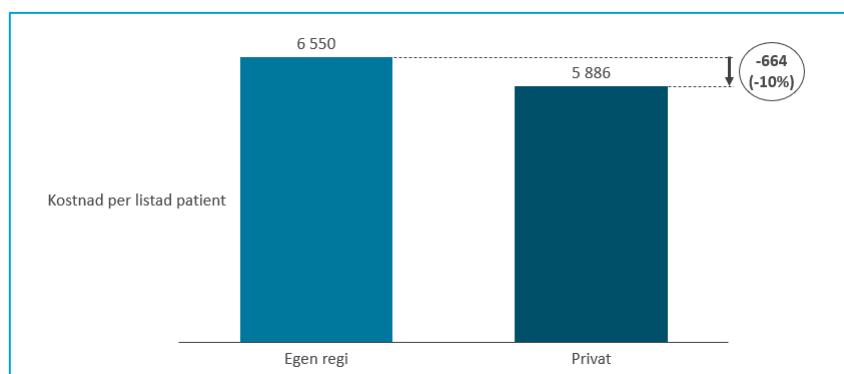


Figur 16: Ersättning per listad patient i Region Gävleborg, variabler som mäter vårdtyngd, SEK, 2022.

2.2.3 Produktivitet och kostnader

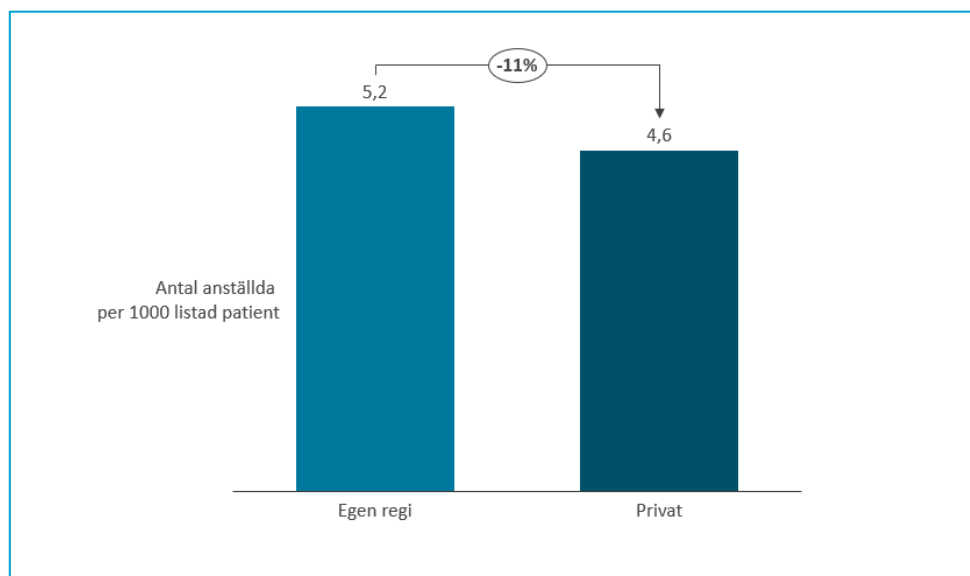
Hälsocentralerna i egen regi har en högre kostnadsnivå än de i privat regi, och den högre kostnaden för driften förklarar åtminstone delar av underskottet i egen regi. Figur 17 visar kostnaden per listad patient, som är högre inom egen regi än i privat regi.

Utredning av underskott i primärvården



Figur 17: Genomsnittligt kostnad per listad patient, egen och privat regi, SEK, 2022. Avser de 10 av 16 hälsocentraler i privat regi med tillgänglig ekonomidata. Då ekonomidata för de privata hälsocentralerna hämtas in från offentligt tillgängliga årsredovisningar finns ingen möjlighet att urskilja kostnader relaterade till basuppdrag och till tilläggsuppdrag. Kostnaderna för tilläggsuppdrag är således inkluderade i den kostnad som illustreras ovan för privat regi. Denna totalsumma är ändå lägre än kostnaderna för basuppdraget i egen regi.

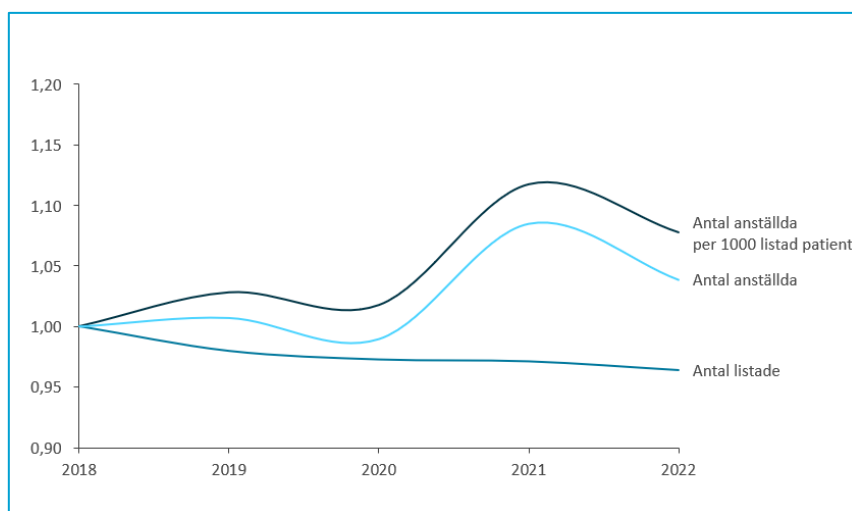
Personalkostnaderna är högre i egen regi; egen regi har fler medarbetare per 1000 listade patienter, vilket innebär att egen regi har lägre produktivitet än privat regi hälsocentraler. År 2022 var antalet anställda per 1000 listad patient 11% lägre inom privat regi jämfört med egen regi (se Figur 18 nedan). Detta innebär att man inom den privata regin klarar av att möta sitt vårdbehov med ett lägre antal anställda än vad man gör inom egen regi.



Figur 18: Antal anställda per 1000 listad patient, egen och privat regi, 2022. Avser de 10 av 16 hälsocentraler i privat regi med tillgänglig data.

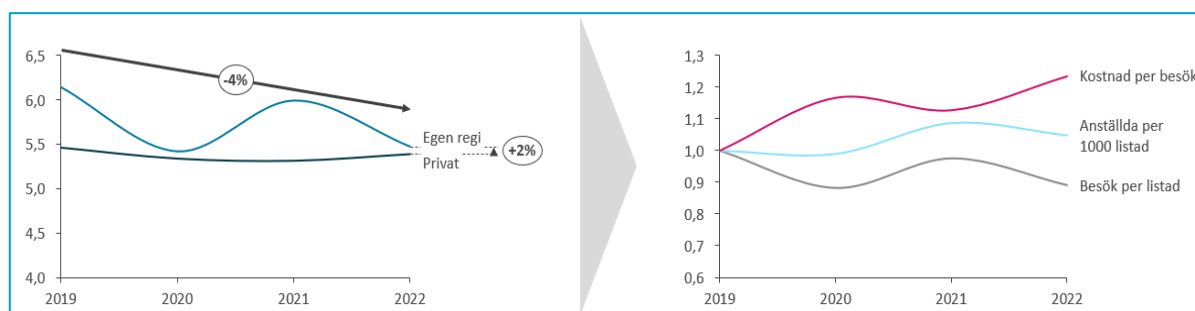
Över tid har antalet anställda ökat i egen regi trots att antalet listade har minskat; produktiviteten inom egen regi har således försämrats de senaste fem åren. Över tid har antalet anställda per 1000 listad patient ökat inom egen regi (se Figur 19). Detta då antalet anställda ökat samtidigt som antalet listade patienter minskat. Bemanningen har således ökat inom den egna regin trots färre listade patienter. Detta påverkar det ekonomiska utfallet när antalet listade minskar (som är ersättningsgrundande) och antalet anställda ökar (kostnadsdrivande). Skillnader i produktivitet kan delvis bero på sjukfrånvaro: privata hälsocentraler har generellt lägre sjukfrånvaro bland sin personal, där senaste jämförelserna visar att privat sektor generellt har 25% lägre sjukfrånvaro än inom regionerna (alla medarbetarkategorier inräknat).

Utredning av underskott i primärvården



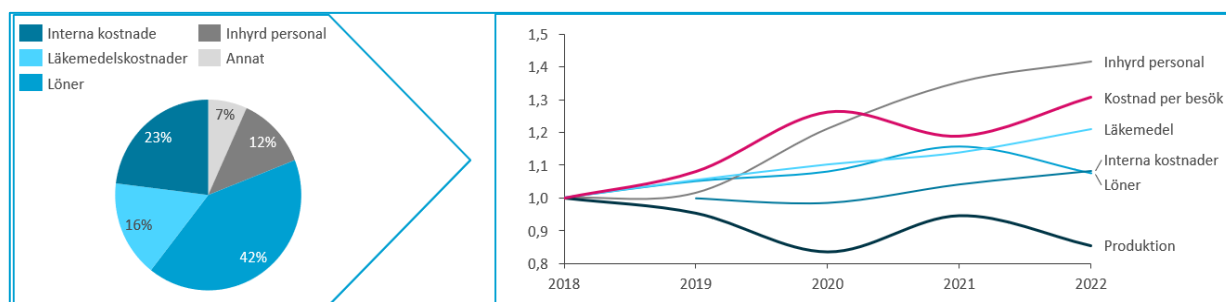
Figur 19: Utveckling av antal anställda, egen regi, 2018-2022, indexerat.

Besök per patient har minskat inom egen regi och är 2022 på liknande nivåer som i privat regi; ökningen i antalet anställda har inte ökat produktionen (här mätt som antal patientbesök). Antal besök per listad patient inom egen regi har minskat med en genomsnittlig årlig minskning om fyra procent (se Figur 20). För de privata har utvecklingen varit mer slät och uppgår till liknande antal som i egen regi under 2022 (cirka 5,5 besök per patient). Med besök avses här fysiska besök samt distanskontakter (telefon, video, skrift), exklusive vaccination. I egen regi har man en bemanning som inte speglar patientefterfrågan, vilket kan tydas i att antalet anställda ökar trots att antalet besök per listad patient minskar. Detta är en bidragande faktor till att kostnaderna ökar när bemanningen inte anpassas till behovet i form av antal besök och listade patienter.



Figur 20: Vänster: Antal besök per listad patient, egen och privat regi, 2019 – 2022. Höger: Utveckling per mått, egen regi, 2019 – 2022, indexerat. Produktionsdata saknas för hälsocentraler i privat regi i 2018.

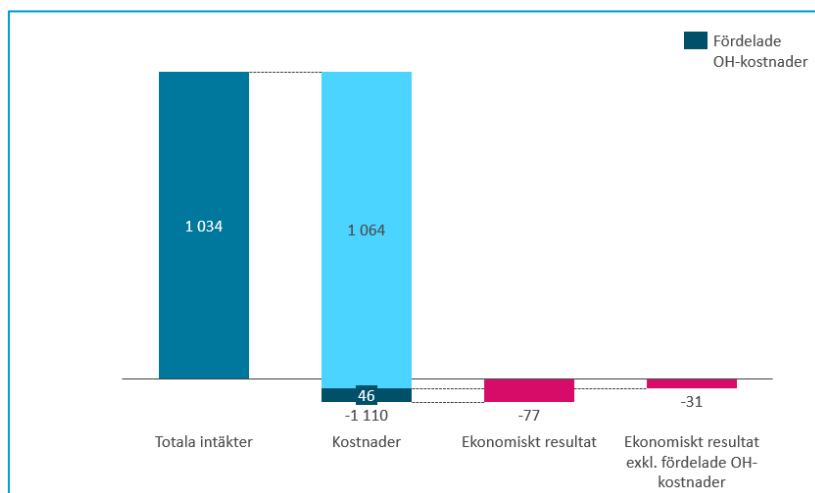
De återkommande ekonomiska underskotten drivs av att hälsocentraler i egen regi bland annat har ökande kostnader för hyrpersonal och att produktiviteten är sämre än för de privata. Kostnaderna för hälsocentralerna inom den egna regin har ökat trots att produktionen minskat; vilket delvis är på grund av en bemanning som inte speglar patientefterfrågan. Sett till de andra större kostnadsposterna (inhyrd personal, interna kostnader och läkemedel) ökar dessa under perioden 2018 – 2022 trots svängningar i produktion (se Figur 21). Inom den egna regin ses ingen anpassning av kostnader givet en reducerad output. Detta, i tillägg till ett minskat antal listade patienter, visar på en ineffektiv kostnadshantering där kostnader ökar eller behålls oförändrade samtidigt som behov och antalet listade patienter (ersättningsgrundande) minskar.



Figur 21: Vänster: Kostnadsfördelning, egen regi, 2022, 100% = 1 110 mSEK. Höger: Produktions- samt kostnadsutveckling per största kostnadsposter, egen regi, 2018 – 2022, indexerat. Interna kostnader avser sådant som internt köpt vård, interna hjälpmedelskostnader, interna lab och röntgentjänster, interna lokalhyror, interna avtal- och konsulttjänster, förvaltningsinterna kostnader/bidrag m.m. i enlighet med regionens egna uppdelning. Inom Annat ingår Sjukvårdsartiklar/medicinskt material, övriga personalkostnader, övriga verksamhetskostnader, övriga verksamhetsnära kostnader, lokal- och fastighetskostnader, Lab/röntgen/operationstjänster, köpt vård, interna finansiella poster, finansiella kostnader och avskrivningar. Produktion avser besök och distanskontakter (video, telefon, skrift) exklusive vaccination. Interna kostnader uppkom som kostnadspost efter 2018, därför illustreras utvecklingen 2019-2022.

2.2.4 Fördelade overhead-kostnader

Overhead (OH) kostnaderna som regionen fördelar på hälsocentraler i egen regi utgör en mycket liten del av de totala kostnaderna och är inte huvudförklaring till underskotten. De fördelade OH-kostnaderna utgör cirka fyra procent av de totala kostnaderna. Skulle dessa tas bort eller reduceras minskar underskottet, men det kvarstår fortfarande (se Figur 22). Trots OH-kostnadernas mindre påverkan på det ekonomiska underskottet är det många hälsocentraler som ser det som ett problem, vilket följaktligen kan påverka kulturen och den ekonomiska inställningen på hälsocentralen. En enhetschef på en hälsocentral i egen regi kommenterade frågan med: "Inom primärvården i egen regi är man bunden till overheadkostnader. Man får dela kostnader för andra vårdenheter inom regionen och vi kan inte göra någon förändring fast att vi ser att förändring behöver göras".

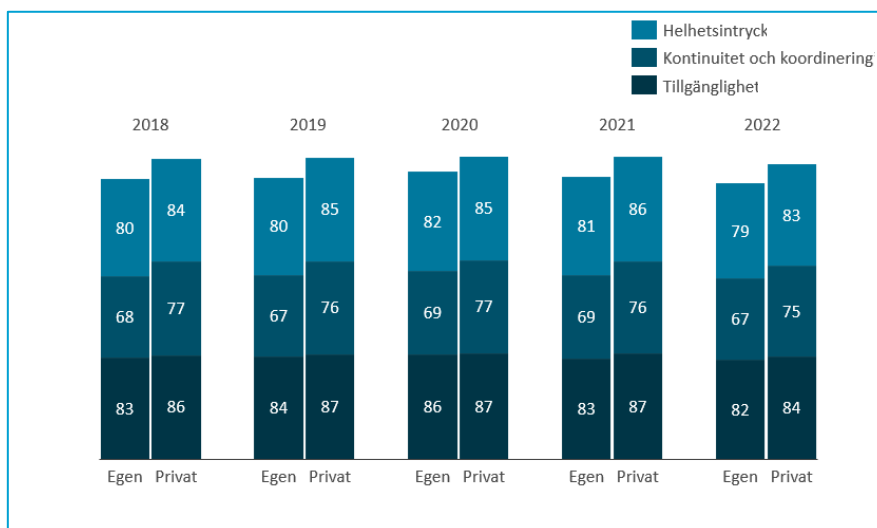


Figur 22: Redovisning av ekonomiskt resultat med fördelade OH-kostnader, hälsocentraler i egen regi, miljoner SEK, 2022. Kostnadsposten för de fördelade OH-kostnaderna blev en del av interna kostnader efter 2018. Det som illustreras är kontoposterna Intern hyra, IT-utrustning samt Interna avtals- och konsulttjänster. Dessa är betydligt större än vad som redovisades som fördelade OH-kostnader i 2018, men innehåller kostnaderna för de fördelade OH-kostnaderna. De faktiska kostnaderna för de fördelade OH-kostnaderna är därför mindre än vad som illustreras ovan.

2.2.5 Patientnöjdhet

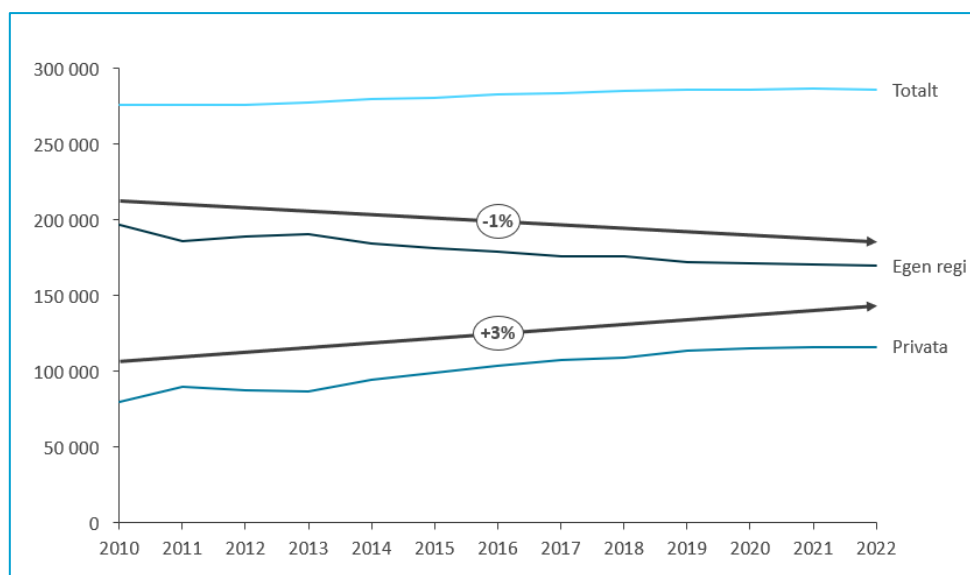
Underskotten kan inte förklaras av bättre patientnöjdhet eller patientupplevd kvalitet; tvärtom har hälsocentraler i privat regi återkommande bättre patientnöjdhet. Nationella patientenkäterna visar undersökningar av patientupplevelser inom bland annat primärvården. De undersöker och bedömer primärvården utifrån olika dimensioner. Diagrammet visar medelvärden av dimensionspoängen för dimensionerna helhetsintryck, kontinuitet och koordinering samt tillgänglighet grupperat för

hälsocentraler i egen och privat regi inom regionen för respektive år mellan 2018–2022. Enligt nationella patientenkäter bedömer patienter att kvaliteten hos privata hälsocentraler är högre än för hälsocentraler i egen regi inom regionen. Hälsocentraler i egen regi har således inte högre kvalitet än de privata hälsocentralerna, vilket gör att de ekonomiska underskotten inom egen regi inte kan förklaras av högre kvalitet. I Figur 23 visas patienternas samlade bedömning från patientenkäten avseende: *Helhetsintryck* - belyser patienters upplevelse av vården som helhet, övergripande förväntansstyrda faktorer, upplevs effektivitet och upplevt utfall samt omhändertagande och trygghet, *Kontinuitet och koordinering* - belyser hur väl patienters vård samordnas internt och externt, hur patienten upplever personalens förmåga att samarbeta med varandra i relation till patienten samt *Tillgänglighet* - avser närhet, kontaktvägar och personalens tillgänglighet för patienten och patientens anhöriga.



Figur 23: Poäng för olika kategorier grupperat efter hälsocentraler i egen jämfört med privat regi, 2018-2022.

Antalet listade patienter inom egen regi minskar, patienterna väljer fritt enligt LOV och föredrar att lista sig hos de privata hälsocentralerna. Antal listade patienter på hälsocentraler inom egen regi har under perioden 2010 – 2022 minskat i genomsnitt med en procent per år. Samtidigt har motsvarande siffra ökat hos hälsocentraler i privat regi med tre procent per år (se Figur 24). Eftersom det totala antalet listade patienter inte ökat i en betydande takt innebär detta att hälsocentraler i egen regi har tappat listade patienter till de privata.



Figur 24: Antal listade patienter, egen och privat regi samt totalt, 2010 - 2022.

Patienter har valfrihet och ersättningen ger lika förutsättningar för alla hälsocentraler, men myter finns om att privat regi har mindre komplexa patienter eller tillskansar sig mer intäkter. Hälsocentraler i egen regi upplever att de tar emot bredare och mer heterogen patientgrupp, att de har ett uppdrag att ge vård till hela samhället och att de inte kan selektera patienter [men tror att privat regi gör det] baserat på ekonomiska eller andra kriterier. Dock stöds inte detta av fakta: Sironas analys visar att patientunderlaget är likartat inom egen regi respektive privat regi, ingen har rätt att avvisa en upplevd "svår" patient ifrån att lista sig och ersättningen är lika för patienter med samma vårdtyngd, socioekonomisk profil och ålder, eftersom forskningen visar att detta är de variabler som påverkar patientbehov/efterfrågan mest. Inom primärvården har patienter möjlighet att lista sig vart de vill, vare sig det är en hälsocentral i egen eller privat regi. Det är lik ekonomisk ersättning för alla hälsocentralerna i Region Gävleborg (se detaljer i Sironas analys) och ingen fakta stödjer att privata selekterar patienter. Hälsocentraler i privat regi upplever tydligt att de konkurrerar om att få fler och ha nöjda patienter och att de därför lägger vikt på att bemöta och anpassa sig till patienternas behov och önskemål. De är tydliga med att de fokuserar både på tillgänglighet, bemötande och patientnöjdhet för att behålla och attrahera patienter. Privat regi har även ett tydligt fokus på medarbetarnöjdhet. Vårdföretagarnas nationella *undersökning Fakta och statistik om den privatdrivna vård- och omsorgsbranschen* visar att medarbetare är mer nöjda i privat regi verksamhet. En annan undersökning ifrån Catio S:t Görans Sjukhus (akutsjukhus i privat regi) visar att medarbetarna där är mer nöjda än de som arbetar inom regionens akutsjukhus i egen regi. Nedan är ett urval av citat från intervjuer som vidare berör diskussionen ovan:

"De privata försöker segmentera sitt kundklientel, man har marknadsföringsenheter som hjälper de med marknadsföringskampanjer." - Representant inom Region Gävleborg. [Sironas observation: Fakta som har kommit fram stödjer inte selektion]

"Ingen typisk patientprofil. Vi har en demografi, CNI på 1,1 som är ganska medel. Man får mer pengar för högt CNI men det kräver också mer resurser. Vi tackar inte nej till patienter som vill lista sig" - Verksamhetschef på hälsocentral i privat regi

"VO Ljusdal är mest glesbygd och det finns en anledning till att det finns färre privata där. Vi i egen regi har tilläggsuppdrag för glesbygden." - Representant inom Region Gävleborg. [Sironas observation: En annan möjlig förklaring är att patientunderlaget är för begränsad för en fjärde hälsocentral att etablera sig i kommunen]

2.2.6 Organisation och struktur

Intervjuade chefer inom primärvård i både egen och privat regi pekar på skillnader i organisation och styrning som troliga orsaker till det sämre ekonomiska resultatet för egen regi. Inom den egna regionen bedömer cheferna att primärvårdens organisationsstruktur påverkar underskotten för egendrivna hälsocentraler. Vissa av de intervjuade bedömer att avskaffandet av egen förvaltning ledde till tappat fokus på ekonomi och resurskontroll och sämre stöd för chefer på hälsocentralen, vilket ökade ineffektivitet och ledde till bristande styrning. Nu har egen regi en gemensam chef som är ansvarig för ca 26 enheter. Egendrivna hälsocentraler lägger tid på att ifrågasätta situationen samt att överväga möjligheter att erhålla extra resurser eller förändra andra faktorer (inklusive de som är utanför egen kontroll).

Privat drivna hälsocentraler har en platt organisationsstruktur där verksamhetschefen har eller upplever sig ha ett större ansvar för att fatta snabba beslut och säkra resultat. De analyserar kontinuerligt sina kostnader och optimerar användningen av tillgängliga resurser. Om en chef i privat regi verksamhet inte säkrar resultat så kommer enhetens chefer eller ägare att vidta åtgärder – både beslut och avsaknad av beslut får konsekvenser.

Den nuvarande organisationsstrukturen för regionens primärvård kräver en tydligare styrning med ökat ekonomiskt fokus, alternativt samma organisationsstruktur men att varje enhetschef får eller upplever sig

få ett större mandat för att fatta beslut och vidta tydligare åtgärder för bättre ledning och styrning. Chefer för hälsocentraler i egen regi har inte, eller upplever att de inte har, tydliga krav och riktlinjer för chefer, vilket skiljer sig från privata hälsocentraler. Enhetschefer upplever att de behöver starkare stöd ifrån sin chef för att uppfylla de uppställda kraven.

2.2.7 Kultur

Tätt förknippat med organisation och struktur ligger kultur. En enhetschef i egen regi kommenterar kulturfrågan enligt följande: *"Inom egen regi är syftet att utnyttja varenda skattekrona för att få så bra vård så möjligt. De privata är smartare, raffinerade, [jag tror att de] hittar kryphål för att optimera ekonomiskt. De fokuserar självklart också på vård, men man går in med olika perspektiv."* Hälsocentraler i privat regi har en mer målinriktad kultur än hälsocentraler i egen regi; det är starkare ledarskap, mer fokus på effektivitet och bättre anpassningsförmåga till förändringar. Organisationskulturen och effekterna på ledarskapet inom hälsocentraler i privat regi kan beskrivas enligt fyra punkter:

1. **Resultatinriktad mentalitet** - Ledarskapet blir mer benäget att fokusera på att säkra ett positivt ekonomiskt resultat, eftersom underskott får en direkt koppling till möjligheten att fortsätta driften
2. **Effektivitetsfokus** - Ledningen fokuserar på att optimera resursanvändningen och minimera onödiga kostnader (nöjda medarbetare reducerar risken för hyrkostnader)
3. **Flexibilitetsförmåga** - Ledarskapet blir mer öppet för innovation och snabba justeringar för att möta patienter och medarbetares krav och nya möjligheter och hot, exempelvis ny teknologi
4. **Patientorienterad** - Ledningen är inriktat på att förstå och möta patienternas behov för att attrahera och behålla patienterna, vilket ökar intäkter och konkurrenskraft

2.2.8 Ledning och styrning

Hälsocentraler i privat regi går med överskott och en samlad bedömning är att en tydlig styrning och engagerad ledning, snabba beslut och fokus på resultat gör skillnad.

Egen regi:

1. Längre beslutsvägar
 - VO chefer styr över flera hälsocentraler och har ett antal enhetschefer under sig som bedöms ge mindre tydlig delegation och förlängda beslutsvägar
 - Hälsocentraler i privat regi har vanligtvis en verksamhetschef per hälsocentral som har ett tydligt och brett mandat
2. Längre ledtider
 - Långa beslutsvägar förlänger implementering av nya lösningar vilket försvårar genomförandet av förändringar och förbättringar jämfört med privata regin
 - Detta resulterar i en mindre flexibel verksamhet

Privat regi:

1. Mer patientfokuserad och produktionsinriktad ledning
 - Långa beslutsvägar förlänger implementering av nya lösningar vilket försvårar genomförandet av förändringar och förbättringar jämfört med privata regin
 - Detta resulterar i en mindre flexibel verksamhet
2. Starkare incitament, både ekonomiska och övriga
 - Medarbetare får mycket medarbetaransvar och premieras i vissa fall även genom bonussystem
 - Hälsocentraler i egen regi har inte möjlighet att erbjuda liknande bonussystem men satsar i stället på fortbildning

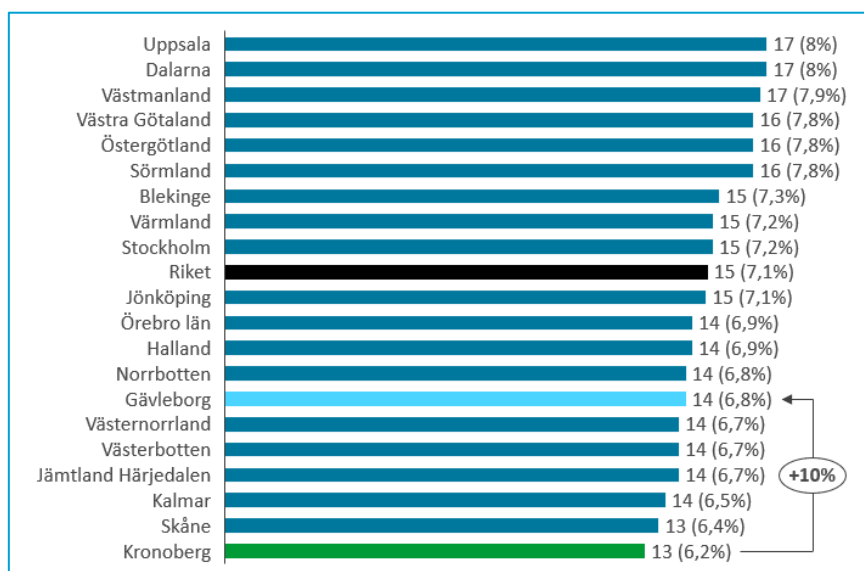
- Incitament och belöningsystem inom privata hälsocentraler kan knytas till höga nivåer av patientnöjdhet och vårdkvalitet

Det ska dock poängteras att de analyser som lyfts i denna rapport ser på helheten i regionen. Det finns undantag till den generella utvecklingen av ekonomiska resultat. Det enskilda exemplet på detta är Hedesunda Färnebo som är den hälsocentral i egen regi som har haft positivt ekonomiskt resultat alla år 2018–2022 och just ledarskapet bedöms vara ett gott exempel på varför resultat uppnås. Hälsocentralen har också lyckats minska sina kostnader för hyrpersonal och har störst minskning av årliga kostnader för inhyrd personal jämfört med de andra hälsocentraler i egen regi inom regionen. Förut gick hälsocentralen i underskott och arbetsklimatet präglades av dålig arbetsmoral. För att vända det har man satsat på att uppnå en god anda och arbetsklimat, god logistik och rätt delegation. Man satsar exv. på daglig styrning där personalen koordinerar i stället för att endast utforma långa rutiner och arbetsbeskrivningar. Enhetschefens bedömning över vilka framgångsfaktorer som varit viktigast är:

- Involverat och engagerat ledarskap för hälsocentralen
- Minskat på onödiga kostnader utan att försämra kvalitet
- Satsat på en hållbar och sund arbetsmiljö för medarbetare

2.2.9 Sjukfrånvaro

Kostnaden för sjukfrånvaro är generellt större i offentlig sektor jämfört med privat sektor i Sverige, vilket delvis kan förklara de ökade kostnaderna för hyrpersonal. Samlade data för Riket år 2021 visar att privat sektor generellt har 25% lägre sjukfrånvaro än inom regionerna (alla medarbetarkategorier inräknat). Sett till Region Gävleborg är sjukfrånvaron relativt hög. Offentligt tillgänglig data visar att sjukfrånvaron uppgår till 14 dagar per anställd, vilket är under rikssnittet men högre frånvaro än i Kronoberg (13 dagar), se Figur 25. Genom att reducera sjukfrånvaro kan regionerna bland annat spara in på behovet av hyrpersonal som behöver täcka upp. Den totala vinsten i att reducera sjukfrånvaro berör förstås aspekter såsom samhällsekonomi, arbetsmiljö, produktion, övertidsersättning och sjuklön vilket tyder på en större uppsida i att reducera sjukfrånvaron. Se SKRs rapport *Personalen i välfärden* för en analys av sjukskrivning i privat sektor jämfört med offentlig sektor.



Figur 25: Den totala sjukfrånvarotiden, ackumulerad under året, genomsnittligt antal dagar per anställd och andel (%) av ordinarie arbetstiden, 2022. Baseras på antagande om 1680h arbetade timmar per år.

3 Åtgärdsförslag

Åtgärder som kan lösa rotorsaken till underskotten rekommenderas, varför förändringar i ersättningsmodell, hälsovalskrav eller nerläggningar inte rekommenderas. I Figur 26 ges konsekvensanalys av analyserade åtgärdsalternativ.

	Beskrivning	Konsekvenser	Risker/Möjligheter	
Förändringar i hälsoval (hälsovalshandboken)	En förändring i hälsovalet som motverkar underskotten, exempelvis att betala högre ersättning per patient i glesbygd	Problemen med ekonomiska underskott finns enbart i egen regi, och underskotten är inte kopplat till exempelvis små enheter eller kostnader i glesbygd. Därmed finns det ingen anledning att ändra kraven i hälsovalet och det finns ingen anledning att lägga ner hälsocentraler.	Denna åtgärd löser inte rotorsaken till underskotten i egen regi	
Förändringar i ersättningsmodell	En justering av ersättningsmodellen som hämmar de återkommande underskotten	Eftersom problemen med ekonomiska underskott enbart finns i egen regi, och analysen tyder på att problemet inte är kopplat till specifika patientgrupper eller olika medicinska relaterade kostnader eller resultat, så finns det ingen anledning att ändra ersättningsmodellen	Ersättningsmodellen är den samma både för egen regi och privat regi – löser inte rotorsaken till underskotten	
Åtgärdsalternativ A: Omställningsprogram för egen regi	Ett stödjande åtgärdsprogram som underlättar för hälsocentraler i egen regi att förbättra verksamheten och på sikt undvika ekonomiska underskott	Patientnöjdhet – är betydligt sämre i dagsläget i egen regi Medicinsk kvalitet – mäts inte per enhet i dag Jämlik vård – troligtvis oförändrad	Medarbetarnöjdhet – kan förbättras om åtgärder lyckas Ekonomi – försämrade på kort sikt, möjlighet till förbättring på lång sikt, men ett åtgärdsprogram tar tid	Omfattande forskning visar att 2/3 av alla omställningsprogram misslyckas, tar lång tid och kräver betydande investeringar (i både externa och interna stöd).
Åtgärdsalternativ B: Försäljning och framtida drift i privat regi	Försäljning av egen regi drift hälsocentraler till privat regi	Patientnöjdhet – troligtvis förbättrad om nuvarande resultat bibehålls Medicinsk kvalitet – oförändrad Jämlik vård – oförändrad	Medarbetarnöjdhet – oförändrad eller förbättrad Ekonomi – Sironas experter gör bedömningen att en försäljning kan genomföras	Kan effektivt lösa regionens underskott, men det finns risker. Finns det ett egenvärde i att behålla egen regi drift? Det finns intresserade köpare, men kvarstår de om politisk oenighet finns?
Åtgärdsalternativ C: Fördjupad analys av vissa frågor innan beslut om A eller B	Djupare analys kan genomföras av bland annat - Värdet av egen regi, utöver den lägre nyttan och högre kostnaden som egen regi i nuläget representerar för patienter, medarbetare och skattebetalare - Optimalt antal hälsocentraler/utbudsnoder i regionen - Djupare analys av skillnader i patientnöjdhet och medicinsk kvalitet - Fördjupad konsekvensanalys och riskanalys av A och B och möjligheter för dialog och reflektion innan beslut om huvudspår A eller B väljs			Analysen kan ge en fördjupad insikt och kan således informera val av A eller B. En fördjupad analys kan bidra till att bygga konsensus kring nästa steg. Se detaljer på följande sidor.

Figur 26: Konsekvensanalys av åtgärdsförslag

Åtgärdsförslag rörande bolagisering/egen förvaltning kommer inte lösa rotorsaken till det ekonomiska problemet, men kan analyseras som en del av en fördjupad utredning. Att bolagisera egen regi hälsocentraler i 26 separata bolag (en per hälsocentral) kan övervägas om regionens ledning gör bedömningen att en bolagisering i sig kan öka transparensen och utgöra ett mer effektivt verktyg för att skapa en press eller hävstång för att genomföra förbättringar. Samtidigt ger detta inte någon direkt konsekvens för nuvarande chefer och medarbetare samt ger upphov till kostnader kopplade till omstruktureringen. Likaså gäller att sätta primärvården som en egen förvaltning. Detta kan övervägas om regionen gör bedömningen att gå tillbaka till en egen förvaltning ger konkreta effekter för ledarskapet samlat vid varje hälsocentral, exempelvis att det skulle skapa bättre ledning och styrning, antingen central eller lokalt, eller att det skulle etablera tydligare krav och mer enhetliga utvärderings- och uppföljningsmått. Förslaget påverkar dock i mindre utsträckning nuvarande enhetschefer och medarbetare samtidigt som det ger upphov till kostnader kopplade till omstrukturering samt tröghet i organisationsförändringar. Sironas bedömning är att åtgärden i sig inte kommer ta bort rotorsaken till de ekonomiska problemen, men att det kan underlätta.

Regionen bör överväga två huvudalternativ: A (omställning) och B (försäljning); nästa steg kan vara ett tilläggsuppdrag som utreder dessa alternativ närmare innan ett beslut fattas.

3.1 Åtgärdsalternativ A – Omställningsprogram för egen regi

Ett omställningsprogram för hälsocentraler i egen regi bör utredas närmare, både kostnader för att genomföra programmet och hur snabbt ekonomiska underskott kan vändas. Nedan är exempel på åtgärder som kan genomföras inom ett stöttande åtgärdsprogram:

- Skapa en gemensam förståelse för utmaningar, möjligheter och krav, ta bort myter och missförstånd, skapa gemensam plattform för att genomföra förbättringar
- Investera i att förbättra och förtydliga ledarskapet
- Incitamentsprogram där chefer och medarbetare får extra ersättning om resultat nås och konsekvenser om resultat inte nås

- Utbildning och fortbildning av personal: Investera i personalens utveckling för att öka deras ledarskap, patientrelaterade kompetenser och effektivitet
- Standardisera och använda gemensamma metoder, verktyg, system och processer för att mäta och förbättra produktivitet samt utöka samarbete

Sirona har omfattande erfarenhet av att genomföra liknande analyser och genomförande av förbättringsprogram och mer information kan delas. Det finns dock ett antal huvudfrågor som bör analyseras vidare innan eller efter beslut tas om att genomföra åtgärdsalternativ A:

- Hur snabbt kan effekter ses?
- Hur stora blir effekterna?
- Vad blir genomförandekostnaderna av ett stöttande åtgärds paket? Vilka investeringar behövs?
 - Vilka kompetenser behövs?
 - Vilka interna resurser kommer frigöras för att stödja genomförande?
 - Vilka externa kompetenser kommer erbjudas för att stödja genomförande?
- Är det lagligt (enligt EU's konkurrenslagstiftning) att ge så stora extra medel (subventioner) till egen regi verksamhet med tanke på de konkurrensvidande effekter det har? (Lagstiftningen framhåller att det ska vara likabehandling av egen regi och extern regi verksamhet)
- Hur säkras att effekterna bibehålls över tid för att undvika återkommande underskott?

3.2 Åtgärdsalternativ B – Försäljning och framtida drift i privat regi

Att sälja hälsocentraler till privata aktörer är ett möjligt alternativ som bör utredas närmare. Alternativet att sälja nuvarande egen regi hälsocentraler till privat regi aktörer bedöms kunna ge intäkter direkt vid försäljningen som signifikant överstiger kostnaderna med att genomföra försäljningen, trots att enheterna i nuläget går med underskott. Den ekonomiska effekten för regionen (skattebetalarna) förväntas blir positiv redan 2025, utöver det faktum att regionen garanterat blir av med nuvarande underskott (senaste fem åren) om 463 miljoner, 172 miljoner år 2023. När verksamheten har sålts står den privata ägaren som ansvarig för alla risker och kostnader vid fortsatt drift. Alternativet bedöms ha större sannolikhet för att säkra mer nöjda patienter, och även ge samma lägre kostnader för skattebetalarna som i nuläget. Sirona gör bedömningen att det finns privata organisationer som är villiga att ta över driften, och troligtvis även betala för att köpa hälsocentraler. Eftersom nuvarande hälsocentraler är lönsamma bedöms risken för att de ska läggas ner som låg. Denna risk kan dessutom regleras via Hälsovalshandboken, som är regionens instrument för att reglera alla hälsocentraler.

Alternativet bedöms lösa regionens underskott och bedöms kunna bespara skattebetalarna för betydande kostnader över den närmsta femårsperioden. Frigjorda underskott och nya intäkter ifrån försäljningen kan användas exempelvis till investeringar i förebyggande och hälsofrämjande insatser, investeringar i trygg hemgång, eller reducerade återinläggningar för äldre. Dessa investeringar ger bättre hälsa och vård och minskar regionens kostnader. Alternativt kan frigjorda medel användas till att reducera andra underskott inom regionen eller till reduktioner i invånarnas skatter (underskottet år 2023 om 172 miljoner motsvarar 600 kr i skatt per invånare, mer per skattebetalare). Det finns dock ett antal huvudfrågor som bör analyseras vidare innan eller efter beslut tas om att genomföra åtgärdsalternativ B:

- Regionens tjänster finns till för dess skattebetalare och patienter. Om den egna regin upplevs som sämre av patienterna och är dyrare för skattebetalarna, vad är då egenvärdet av att ha vården i egen regi i stället för att ha den levererad av privata vårdgivare? Hur stort är detta värde och är det så stort att åtgärdsalternativ A är bättre?

- Alla övriga nordiska länder (Danmark, Norge, Finland) har all drift av primärvård i privat regi (med statlig/regional finansiering) – vilka lärdomar kan Region Gävleborg dra av detta inför och efter en försäljning?
- Ska alla hälsocentraler i egen regi säljas i detta alternativ eller bara vissa?
- Vad blir den förväntade ekonomiska effekten av att sälja, med tanke på underskotten i nuläget?
- Vilka förutsättningar krävs för genomförande? Exempelvis; bör regionen bolagisera egen regi hälsocentraler i 26 separata bolag som steg 1 i genomförandet?
- Vad händer om privat regi går i konkurs? Ska regionen då träda in och ta tillbaka i egen regi eller låta enheten säljas vidare till en annan aktör som har ekonomiska överskott? Ska särskilda krav kring detta läggas nu innan försäljning?
- Hur kan en strategi sättas upp som ger bäst ekonomiskt utfall men inte tummar på tillgänglighet?

3.3 Åtgärdsalternativ C – Fördjupad analys

En fördjupad analys rekommenderas av både alternativ A och B, inklusive egenvärdet i att fortsätta i egen regi, patientresultat och medicinsk kvalitet, innan ett beslut fattas. Detta sammanfattar åtgärdsalternativ C som är extra analyser utöver de som beskrivs under A eller B på föregående sidor. Nedan är förslag på områden som bör analyseras närmare innan ett beslut fattas:

C1: *Djupare analys av patientkomplexitet och patientresultat*

- Finns det någon form av underlag som tyder på att privat regi visar bort komplexa patienter och således selekterar sitt patientunderlag?
- Finns det några indikationer på att egen regi har svårare patienter, eller ger bättre stöd till patienter, trots nuvarande faktaunderlag som visar att vårdtyngden, socioekonomi och ålder är likvärdigt?
- Är citat ifrån intervjuer enbart myter och upplevelser, eller kan någon form av fakta hittas som stödjer upplevelsen av att privat regi har bättre resultat för att de "hittar kryphål" eller "skaffar högre intäkter, eller "inte tar sitt ansvar"?
- Geografisk lokaliseringsanalys för optimala vårdutbudsnoder – utvärdera patientunderlag för att minimera reseavstånd men ändå fastställa en hållbar ekonomisk situation

C2: *Djupare analys av hälsocentraler gällande uppföljning av medicinsk kvalitet*

- Vidareutveckla uppföljningen av hälsocentralerna i både egen regi och privat regi kan vara fördelaktigt oavsett regiform. Oberoende om man beslutar att fortsätta bedriva verksamhet i egen regi kan regionen lägga fokus på resultat och kvalitet, både patientupplevd kvalitet och medicinsk kvalitet, och på sikt kan regionen välja att ersätta inte bara för att en patient listar sig vid hälsocentralen, men även för att en hälsocentral har bättre patientnöjdhet eller medicinsk kvalitet (som i nästa steg leder till bättre vård/hälsa och kanske även reducerade kostnader för regionen)
- Kötider och tillgänglighet kan analyseras närmare med fakta för egen regi och privat regi
- Medicinska resultat kan med fördel analyseras närmare:
 - Exempelvis följsamhet till regionens riktlinjer för förskrivning av läkemedel och hjälpmedel, kostnader för laboratorieprov, andra prov, röntgen, antibiotikaförskrivning, mm
 - Akutsökmönster och återinläggningar på sjukhus (30 och 60 dagar) och tillhörande akutsjukvårdskostnader för regionen
 - Sjukskrivningar för patienter (exempelvis, är privat regi mer benägna att sjukskriva patienter?)

C3: Djupare analys av egenvärde av att ha egen regi hälsocentraler

- Kan regionen utveckla ändamålsenliga ersättningsmodeller om man inte har kunskapen om egen regi verksamhet att luta sig mot?
- Vad händer om privat regi går i konkurs? Vem ska då träda in? Vad händer om privat regi driver upp priserna/ersättningen på något sätt, så att regionens kostnader ökar på sikt?
- Är det viktigt av andra orsaker att ta egen regi? Kan privata riva välfärdsfusk? Gör de det i dag? Är det privata som ligger bakom de uppmärksammade fallen där äldre utsätts för bedrägeri efter besök i primärvården? Finns det andra risker med att inte ha egen regi?

C4: Omvärldsanalys och dialog för att uppnå större grad av samsyn i vilka alternativ som bäst löser regionens vision och mål

- Finns det andra regioner i Sverige som enbart har privat regi? Vad kan regionen lära ifrån andra länder som uteslutande har privat regi, exempelvis Norge, Danmark, Finland?
- Kan olika tjänstepersoner och olika politiska partier ställa sig bakom B? Kommer intresserade köpare kvarstå om alternativ B inte skulle samla en bred politisk majoritet?

4 Frågor och svar

1. Hur ser de ekonomiska förutsättningarna ut för regiondrivna hälsocentraler jämfört med privata vad gäller jämförbara uppdrag?

Hälsocentraler, oavsett om de är regiondrivna eller privata, får i snitt samma intäkter. Detta innebär samma ersättning per patient, vilken är nästan enbart fokuserad på listningsavgifter. Dock har regiondrivna hälsocentraler högre kostnader jämfört med privata, framförallt på grund av lägre produktivitet per medarbetare och höga hyrpersonalkostnader.

2. Vilka anledningar finns till att de privata hälsocentralerna inte förefaller gå med underskott medan en majoritet av de offentligt drivna hälsocentralerna gör det?

Privata hälsocentraler har lägre kostnader och högre produktivitet jämfört med regiondrivna. Privat drift har också generellt sett lägre sjukfrånvarokostnader. Dessutom har de en mer ändamålsenlig styrning och ledning, med tydligare ledarskap och en verksamhetskultur som fokuserar mer på resultat, både patientnöjdhet och hushållning med ekonomiska resurser. Dessa faktorer bidrar till att privata hälsocentraler inte går med underskott. De privata hälsocentralerna har dessutom högre patientnöjdhet vilket är en anledning till att egen regi tappar listade patienter till privat regi. När en patient listar sig på en hälsocentral följer ersättningen med patienten och därmed tappar egen regi intäkter över tid.

3. Vilka förslag till åtgärder har Sirona gett för att primärvården ska kunna hålla sin budget samtidigt som uppdraget i hälsovalshandboken ska utföras med god kvalitet?

Regionens tjänster finns till för dess patienter. Tjänsterna finansieras genom skatt som alla skattebetalare i regionen betalar. All vård finansieras således via skatterna som alla invånare betalar och patientavgiften som patienten betalar när hen nyttjar vården. Ett alternativ (A) är att regionen försöker vända egen regi hälsocentraler till bättre hushållning med resurserna så att de når ekonomiska resultat i balans. Det kommer ta tid att vända underskotten och det måste ske samtidigt som medarbetarnöjdhet och patientnöjdhet måste förbättras, vilket är en svår och kostsam process, om den ens lyckas. Att avyttra hälsocentraler till privat drift är det andra alternativet (B). Det sistnämnda alternativet bedöms ha större sannolikhet för att säkra mer nöjda patienter, och även ge samma lägre kostnader för skattebetalarna som i nuläget. Sirona gör bedömningen att det finns privata organisationer som är villiga att ta över driften, och troligtvis även betala för att köpa hälsocentraler. Eftersom nuvarande hälsocentraler är lönsamma bedöms risken för att de ska läggas ner som låg. Denna risk kan dessutom regleras via Hälsovalshandboken, som är regionens instrument för att reglera alla hälsocentraler. Sirona rekommenderar att både alternativ A och B bör utredas vidare innan ett slutligt beslut tas. Om den egna regin upplevs som sämre av patienterna och är dyrare för skattebetalarna, vad är då egenvärdet av att ha vården i egen regi i stället för att ha den levererad av privata vårdgivare? För att ge ytterligare faktaunderlag kring denna fråga och andra rekommenderas en vidare analys (alternativ C) som avser ge regionens ledning ett utvidgat underlag som stöttar i beslut om antingen alternativ A eller B.

4. Hur mycket underskott har primärvården i egen regi gått med i Region Gävleborg 2018 - 2023?

Primärvården i egen regi har gått med ett underskott på sammanlagt 335 miljoner under perioden 2018 - 2022 och underskott med 463 miljoner de senaste fem åren. Sett till 2022 och 2023 går hälsocentraler i privat regi med ekonomiskt överskott, till skillnad från hälsocentraler i egen regi där de flesta går med underskott. I 2023 ökar underskotten i egen regi och uppgår samlat till 172 miljoner (årsredovisning ej klar).

5. Är det hälsocentralernas storlek eller geografiska placering som orsakar underskotten?

Nej, underskotten uppkommer oavsett om hälsocentralen befinner sig i glesbygd eller i tätbefolkade områden. Likaså är underskotten oberoende av antal listade på hälsocentralen då det finns små hälsocentraler med få antal listade som går med överskott samtidigt som det finns stora hälsocentraler i egen regi med många listade som går med underskott. De privata går med ekonomiskt överskott under samma period.

6. Har hälsocentraler i egen regi svårare patienter att hantera?

Nej, patientmixen vid hälsocentraler i egen regi är ungefär den samma som den i privat regi.

7. Betalar patienten mer för en hälsocentral i privat regi?

Nej, patienten väljer var hen vill lista sig och pengarna följer med listningen. Den ersättning som regionen (hälsovalskontoret) betalar ut följer patienten där hen väljer att lista sig. Alla patienter betalar samma patientavgift oberoende av om det är en egen regi eller privat regi hälsocentral.

8. Vem betalar när hälsocentraler i egen regi går med underskott?

Ersättningen är den samma för privat regi och egen regi, men i slutändan så har regionens skattebetalare betalat 18% mer i genomsnitt de senaste fem åren för att en patient ska kunna välja en hälsocentral i egen regi, eftersom egen regi går med ekonomiskt underskott som regionens skattebetalare måste finansiera. En egen regi hälsocentral går inte i konkurs, den får sitt underskott täckt av regionens pengar, som i sin tur kommer ifrån regionskatten.

9. Hur är patientnöjdheten i egen regi jämfört med privat regi?

Patientupplevd kvalitet är högre i privat regi. De patienter som får sin vård levererad via privat regi hälsocentraler är mer nöjda med vården, både vad gäller tillgänglighet, koordinering och helhetsintryck.

10. Hur påverkar ledning och styrning underskotten i egen regi?

Underskotten i egen regi kan härledas till mindre ändamålsenlig styrning och ledning, en mindre flexibel verksamhet samt en verksamhetskultur som inte fokuserar lika tydligt på resultat, både patientnöjdhet och hushållning med pengarna.

Utredning av ekonomiskt underskott i primärvården

Presentation och underlag för rapport till Hälso- och Sjukvårdsnämnden

Region Gävleborg, den 19e mars 2024

Innehåll

▶ 01 Sammanfattning

02 Bakgrund

03 Ekonomisk översikt av primärvården

04 Orsaker till underskott för hälsocentraler i egen regi

05 Åtgärder och nästa steg



Sammanfattning

Bakgrund: Underskott i egen regi hälsocentraler varje år de senaste fem åren

- Primärvården i egen regi går med underskott i Region Gävleborg: Samlat 335 miljoner de senaste 5 åren, 77 miljoner år 2022 och **samlat 172 miljoner år 2023** (årsredovisning inte helt klar). **Alla hälsocentraler i egen regi har gått med underskott** de senaste åren (undantagen Hedesunda Färnebo). Alla hälsocentraler i privat regi går med ekonomiskt överskott.

Analys: Underskotten grundar sig i högre personalkostnader i egen regi, på grund av lägre produktivitet och höga hyrkostnader

- Skillnaden i ekonomiskt resultat kan inte förklaras av att egen regi har sämre intäkter: **Alla hälsocentraler oavsett regiform får samma intäkter**; samma ersättning per patient och ersättningen är nästan enbart fokuserad på listningsavgifter. **Egen regi har inte svårare patienter. Patientmixen är likvärdig och det finns inget sistahandsansvar i primärvården** som gör att egen regi har ett svårare uppdrag. De medicinska resultaten följs inte upp på kontinuerlig basis, och en särskilt analys har inte genomförts i detta arbete, men ingen tidigare undersökningar ger fog till en hypotes om att de privata skulle ha sämre medicinska resultat. Utöver detta är **patientupplevd kvalitet högre i privat regi**: De patienter som får sin vård levererad via privat regi hälsocentraler är tydligt mer nöjda med vården, både vad gäller tillgänglighet, koordinering och helhetsintryck. Detta gäller varje år de senaste fem åren.
- Underskotten drivs av att driften i **egen regi har högre kostnader och lägre produktivitet** - främst vad gäller personalkostnader, trots att medarbetare i egen regi inte får högre lön än i privat regi. De höga kostnaderna i egen regi drivs av två huvudsakliga orsaker: Dels **lägre produktivitet per medarbetare** (egen regi behandlar färre patienter per läkare), dels **höga hyrpersonalkostnader**. Dessutom visar nationell data att privat sektor har lägre sjukfrånvarokostnader. Allt detta ger högre samlade personalkostnader för egen regi. Overhead- och lokalkostnader i egen regi är relativt sett inte särskilt höga. Egen regi hälsocentraler går med underskott och privat regi med överskott **oberoende av storlek på hälsocentralen och oberoende av geografisk placering**. Samlat är **kostnaden för egen regi drift 18% högre, och på toppen av detta kommer kostnaden av sämre patientnöjdhet**.
- Sironas bedömning, baserat på intervjuer, är att **underskotten i egen regi kan härledas till mindre ändamålsenlig styrning och ledning**, inklusive kultur, exempelvis: (i) Svårare att fatta beslut och längre beslutsvägar, ledarskapet är inte lika starkt och tydligt (ii) verksamhetskultur som inte fokuserar lika bra på resultat (produktivitet, ekonomi, patientnöjdhet, medarbetarnöjdhet) (iii) Ingen särskild belöning till ledare som skapar goda resultat (iv) Det bedöms även som sannolikt att medarbetare i egen regi är mindre nöjda med sin arbetsplats, dock finns ingen regional data kring detta, denna hypotes är baserad på tidigare nationella undersökningar. Utfall i regionen visar att medarbetarna "röstar med fötterna".

Slutsatser: Patienter och medarbetare är mer nöjda med privat drift: Regionen kan välja att (A) Försöka vända egen drift, eller (B) sälja hälsocentraler till privat drift

- Underskottet de senaste fem åren (2019 – 2023) var samlat 463 miljoner. **Sironas bedömning är att underskotten de nästa 5 åren kan bli större**, om regionen inte lyckas vända utvecklingen. Det finns stor risk att underskotten kommer försämrats de närmsta åren, allt eftersom fler patienter och medarbetare väljer bort hälsocentraler i regionens egen drift.
- Regionen kan i ljuset av detta välja att antingen (A) Försöka vända egen regi hälsocentraler till ekonomiska resultat i balans (25 av 26 måste vändas, en går redan i balans), samtidigt som medarbetarnöjdhet och patientnöjdhet måste förbättras, eller (B) Avyttra hälsocentraler (alla eller några) till privat drift. Analysen visar att både patienter, medarbetare och skattebetalare vinner på att driften utförs av privata hälsocentraler. **Om regionen väljer (B) att sälja hälsocentraler till privat drift kommer underskotten garanterat att försvinna** så snart försäljningen är genomförd. **Att lyckas med (A) en omställning av 25 hälsocentraler i egen regi drift är svårt och kommer kräva en längre tid av ekonomiska underskott, samt ytterligare investeringar för att vända verksamheten, och omfattande ledningskraft: Forskningen visar att två av tre omställningsprogram misslyckas.** Frågan att diskutera är därför: **Finns det ett eget värde av att behålla hälsocentraler i egen regi framöver?** Detta är en nyckelfråga eftersom egen regi skapar sämre resultat för patienter, medarbetare och skattebetalare i nuläget. Baserat på denna analys är Sironas rekommendation att genomföra alternativ B, men för att det ska lyckas måste det finnas en bred politisk enlighet kring alternativ B. Sirona rekommenderar därför en fördjupad utredning (ett tilläggsuppdrag) för att göra en analys av möjligheter, risker och konsekvenser (ekonomiska och andra) av alternativ A och B i parallell under våren och att ett slutgiltigt beslut fattas efter detta.



Innehåll

01 Sammanfattning

▶ **02 Bakgrund**

03 Ekonomisk översikt av primärvården

04 Orsaker till underskott för hälsocentraler i egen regi

05 Åtgärder och nästa steg



Uppdraget ska utreda underskotten i Region Gävleborgs egendrivna primärvård

Uppdragsbeskrivning

Syftet med projektet är att utreda de återkommande underskotten inom Region Gävleborgs egendrivna primärvård genom jämförelse mot primärvården som drivs i privat regi. För att komma tillrätta med underskotten och nå en ekonomi i balans ska primärvårdens ekonomiska förutsättningar belysas, liksom de faktorer som förklarar hur och varför underskotten uppkommer. Vidare ska förslag på åtgärder ges.

Bakgrund

- Region Gävleborg har ett hälsovalssystem där hälsocentralerna drivs både i regionens och privat regi. De allra flesta av de regiondrivna hälsocentralerna klarar inte att hålla sig inom budget och det gäller alla fyra primärvårdsområden på helheten.
- Som ett led i arbetet mot en ekonomi i balans togs under Hälso- och sjukvårdsnämnden 2023 beslut om tre uppdrag till hälso- och sjukvårdsdirektören varav ett gällde att: utreda primärvården i syfte att främst belysa ekonomiska förutsättningar.

Beslutsfattare

- Nyckelpersoner från Gävleborg som kommer involveras i närmaste projektgruppen:
 - Tina Mansson Söderlund - Biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör i Region Gävleborg
 - Tommy Stokka - Stabschef Hälso- och sjukvård

Intressenter

- Verksamhetschefer inom primärvården och dess medarbetare

Tidslinje/milstolpar

- Uppdraget påbörjas i oktober 2023
- Leverans av delrapport i november 2023
- Leverans av slutrapport i februari/mars 2024
- Arbetet delas in i 4 olika faser: en uppstartsfas, en fas av datainsamling, sammanställning, beskrivning och analys, en fas av tolkning av data och syntes samt en fas där slutsatser och rekommendationer formuleras.

Uppdragets omfattning och avgränsningar

Utredningen ska besvara följande frågeställningar:

- Hur ser de ekonomiska förutsättningarna ut för regiondrivna hälsocentraler jämfört med privata vad gäller jämförbara uppdrag, dvs. basuppdrag och sökbara uppdrag?
- Vilka anledningar finns till att de privata hälsocentralerna inte förefaller gå med underskott medan en majoritet av de offentligt drivna hälsocentralerna gör det?
- Vilka förslag till åtgärder finns för att primärvården ska kunna hålla sin budget samtidigt som uppdraget i hälsovalshandboken ska utföras med god kvalitet?

Önskad samarbetsform

- Sirona kommer att leda arbetet och genomföra samtliga analyser med stöd från nyckelpersoner i Region Gävleborg.
- Kontinuerlig förankring av preliminära analyser/beräkningar/resultat med kontaktgruppen.
- Involvering av politiken? Förslagsvis 2-3 workshops under arbetets gång.

Definition av framgång

- Förankring av åtgärder så långt som möjligt inom tidsram.
- Slutrapport, delrapport och resultatpresentationer som besvarar huvudfrågeställningarna i uppdraget och som bistår Region Gävleborg att förstå de återkommande underskotten inom regionens egendrivna primärvård.



Frågor att besvara enligt Sironas strukturering av regionens upphandlingsdirektiv

Huvudfrågor att besvara

Hur kan Region Gävleborg (i rollen som beställare) **komma till rätta med de återkommande underskotten** inom den egendrivna primärvården?

1. Ekonomiska förutsättningar

Hur ser de ekonomiska förutsättningarna ut för egendrivna resp. privata vad gäller jämförbara uppdrag (bas- och sökbara uppdrag)?

Delfrågor att besvara

Intäkter: Har egendrivna hälsocentraler lägre intäkter än hälsocentraler i privat regi?

Kostnader: Har egendrivna hälsocentraler högre kostnader?

Investeringar: Bidrar egendrivna hälsocentraler i större utsträckning till regionala investeringar?

Finns det övriga ekonomiska incitament kopplade till ersättningsmodellen?

2. Egen och privat regi

Vilka anledningar finns till att hälsocentraler i privat regi inte går med underskott medan en majoritet av de i egen regi gör det?

Nöjdhet och kvalitet: Är det skillnad i patientnöjdhet/medicinsk kvalitet mellan egen och privat regi?

Patientgrupper: Har hälsocentraler inom egen regi en annan patientgrupp som är mer vårdtung?

Struktur/organisation: Finns det strukturella och organisatoriska faktorer som skapar skillnader?

Kultur: Finns det kulturella faktorer som skapar skillnader?

Ledning/styrning: Finns det andra lednings- och styrningsrelaterade faktorer som skapar skillnader?

3. Åtgärdsförslag

Förändringar i uppdrag (Hälsoval)?

Förändringar i ersättningsmodell?

Övriga åtgärder (att lägga ner hälsocentraler ska uteslutas som åtgärd enligt direktivet)



Utredningens genomförande: Fokus har varit faktabaserad analys

Fas	1 Upptart	2 Datainsamling, -sammanställning, - beskrivning och analys	3 Tolkning av data och syntes	4 Slutsatser och rekommendationer
Omfattning	~ 3-4 veckor (cirka 250 timmar)	~ 6-7 veckor (cirka 400 timmar)	~ 5-6 veckor (cirka 350 timmar)	~ 2-3 veckor (cirka 200 timmar)
Aktiviteter	1.1 Upptartsmöte med gemensam målformulering, beslut om struktur för avstämning, kommunikation och samarbete 1.2 Komplettering av eventuella frågeställningar att inkludera i analys 1.3 Samsyn och beslut om viktiga nyckelpersoner, intressenter och verksamheter som bör inkluderas från start 1.4 Samsyn om metod för datainsamling och relevant data, t.ex. interna PM, rutiner och riktlinjer, årsredovisningar, relevant produktions-/HR-/ekonomidata från regionen, samt demografidata 1.5 Inläsning och kartläggning av tidigare satsningar inom primärvården och övriga större regionala investeringar	2.1 Intervjuer/workshops/enkäter med medarbetare på alla nivåer (både privat/egen verksamhet) för analys av ekonomiska, strukturella, kulturella och styrningsrelaterade faktorer samt incitament 2.2 Analys och jämförelse av basuppdrag och sökbara uppdrag för privata/egna hälsocentraler 2.3 Analysera årsredovisningar, intäkter och kostnader idag och historiskt för privata/egna hälsocentraler 2.4 Analysera skillnader i patientnöjdhet och medicinsk kvalitet för privata/egna hälsocentraler 2.5 Analysera demografi och upptagningsområde för privata/egna hälsocentraler 2.6 Granska ekonomisystemet i hälsovalet och ekonomiska förutsättningar och nationell omvärldsanalys	3.1 Utveckla möjliga lösningar och åtgärdsförslag tillsammans med nyckelpersoner från regionen för att nå en ekonomi i balans 3.2 Genomföra konsekvensanalys om inga åtgärder vidtas utifrån de identifierade trenderna och problemen för enskilda aktörer och helhetligt 3.3 Genomför konsekvensanalys och intressentanalys för respektive framtaget åtgärdsförslag samt helhetligt 3.4 Bedöma risker med särskilt fokus på realiserbarhet för sjukvården utifrån tidigare uppdrag och annan beprövad erfarenhet	4.1 Formulera slutsatser och rekommendationer 4.2 Prioritera åtgärdsförslag utifrån realiserbarhet och angelägenhet 4.3 Definiera nästa steg för genomförande och realisering 4.4 Sammanställning och presentation av utredningen i skriftlig rapport och muntlig avrapportering 4.5 Förankring av resultat med nyckelpersoner och politik
<i>Löpande avstämning och samarbete med Region Gävleborg inklusive kontinuerlig förankring av preliminära analyser och resultat samt löpande kvalitetssäkring</i>				
Leveranser	❑ Projektdirektiv med beslutade förutsättningar för uppdrag ❑ Beslutade metoder för insamling och analys av kvantitativa och kvalitativa data för relevanta privata och regionala aktörer samt helhetligt ❑ Summering av tidigare satsningar och investeringar	❑ Identifierade kostnadsdrivare och grundorsaker till ekonomiska skillnader ❑ Skillnader i uppdrag och incitament för privata/egna hälsocentraler utifrån hälsovalet ❑ Skillnader mellan privata/egna vad gäller patientnöjdhet, medicinsk kvalitet och demografi ❑ Benchmarking mot andra ekonomisystem ❑ Delrapport i november 2023	❑ Bruttolista med åtgärdsförslag och effektivitetsåtgärder för att nå ekonomi i balans ❑ Risker och konsekvenser per åtgärdsförslag	❑ Nettolista med rekommenderade förslag på åtgärder för en ekonomi i balans ❑ Slutrapport och presentation i mars 2024



Arbetet har i tillägg omfattat ett antal intervjuer

Intervjulist

Antal intervjupersoner	Roll/titel
5	Kontaktgruppsmedlemmar: Bitr. hälso- och sjukvårdsdirektör, stabschef hälso- och sjukvårdsförvaltningen, chefsläkare, hälsovalschef, chefscontroller
4	VO-chefer egen regi
4	Verksamhetschefer/enhetschefer på hälsocentraler i privat regi: Praktikertjänst, Capio och Doktorama
9	Enhetschefer tillsammans med representanter från hälsocentraler i egen regi: Hudiksvall, Hedesunda, Gävle Strand, Baldersnäs, Arbrå, Kilafors, Valbo, Sandviken Södra
2	Controller på hälsovalskontoret

**Totalt: 24
intervjuer**

Ytterligare dialoger har genomförts med tjänstepersoner och politiska beslutsfattare under utredningens gång för att säkerställa att alla frågor i utredningen belysas med fakta



Innehåll

01 Sammanfattning

02 Bakgrund

▶ **03 Ekonomisk översikt av primärvården**

04 Orsaker till underskott för hälsocentraler i egen regi

05 Åtgärder och nästa steg



Regionen har i nuläget 42 hälsocentraler; varav 26 i egen drift och 16 i extern privat drift

Hälsocentraler i varje kommun inom Region Gävleborg, egen och privat drift, 2022

Hälsocentral	Driftsform	Hälsocentral	Driftsform
Ljusdals Kommun		Hudiksvalls Kommun	
Färila-Los	Egen	Delsbo-Friggesund	Egen
Järvsjö	Egen	Hudiksvall	Egen
Ljusdal-Ramsjö	Egen	Iggesund	Egen
Ovanåkers Kommun		Premicare Varvet	Privat
Alfta	Egen	Doktorama Håstaholmens	Privat
Edsbyn	Egen	Söderhamns Kommun	
Praktikertjänst Voxnadalen	Privat	Linden	Egen
Bollnäs Kommun		Söderhamn	Egen
Baldersnäs	Egen	Doktorama Oxtorget	Privat
Kilafors	Egen	Doktorama Söderhamnsfjärdens	Privat
Arbrå	Egen	Premicare E-center	Privat
Praktikertjänst Bollnäs	Privat	Gävle Kommun	
Ockelbo Kommun		Hedesunda Färnebo	Egen
Ockelbo	Egen	Strömsbro	Egen
Sandvikens Kommun		Hamrånge	Egen
Storvik	Egen	Andersberg	Egen
Sandviken Norra	Egen	Södertull	Egen
Sandviken Södra	Egen	Valbo	Egen
Hälsopartner Sandviken	Privat	Sätra	Egen
Hofors Kommun		Gävle Strand	Egen
Hofors	Egen	Gefle Läkargrupp	Privat
Nordanstigs Kommun		Capio Gävle	Privat
Premicare Bergsjö	Privat	Capio Brynäs	Privat
Hälsingeläkarna Harmångers	Privat	Capio Bomhus	Privat
		Praktikertjänst Eira	Privat
		Praktikertjänst City	Privat



Alla patienter har valfrihet enligt LOV (Lagen om Valfrihet) och en hälsocentral i regionen har i genomsnitt 6800 listade patienter

Hälsocentraler i varje kommun inom Region Gävleborg, antal listade patienter och genomsnittligt antal listade per hälsocentral per kommun, egen och privat drift, 2022

Hälsocentral	Antal listade	Driftsform
Ljusdals Kommun		
Färila-Los	4 015	Egen
Järvsjö	4 240	Egen
Ljusdal-Ramsjö	10 422	Egen
Ovanåkers Kommun		
Alfta	3 078	Egen
Edsbyn	6 642	Egen
Praktikertjänst Voxnadalen	2 129	Privat
Bollnäs Kommun		
Baldersnäs	2 486	Egen
Kilafors	3 560	Egen
Arbrå	3 215	Egen
Praktikertjänst Bollnäs	17 343	Privat
Ockelbo Kommun		
Ockelbo	5 326	Egen
Sandvikens Kommun		
Storvik	6 017	Egen
Sandviken Norra	11 456	Egen
Sandviken Södra	11 619	Egen
Hälsopartner Sandviken	9 855	Privat
Hofors Kommun		
Hofors	8 034	Egen
Nordanstigs Kommun		
Premicare Bergsjö	3 896	Privat
Hälsingeläkarna Harmångers	4 837	Privat

Hälsocentral	Antal listade	Driftsform
Hudiksvalls Kommun		
Delsbo-Friggesund	6 307	Egen
Hudiksvall	14 350	Egen
Iggesund	4 079	Egen
Premicare Varvet	6 908	Privat
Doktorama Håstaholmens	6 555	Privat
Söderhamns Kommun		
Linden	2 567	Egen
Söderhamn	6 617	Egen
Doktorama Oxtorget	5 300	Privat
Doktorama Söderhamnsfjärdens	6 609	Privat
Premicare E-center	2 454	Privat
Gävle Kommun		
Hedesunda Färnebo	3 360	Egen
Strömsbro	11 096	Egen
Hamrånge	2 979	Egen
Andersberg	7 901	Egen
Södertull	7 611	Egen
Valbo	9 439	Egen
Sätra	7 761	Egen
Gävle Strand	6 081	Egen
Gefle Läkargrupp	4 210	Privat
Capio Gävle	9 474	Privat
Capio Brynäs	7 528	Privat
Capio Bomhus	7 781	Privat
Praktikertjänst Eira	7 911	Privat
Praktikertjänst City	11 420	Privat

Genomsnittligt antal listade per Hälsocentral

Ljusdals Kommun

- Genomsnittligt antal listade per HC: 6 226

Ovanåkers Kommun

- Genomsnittligt antal listade per HC: 3 950

Bollnäs Kommun

- Genomsnittligt antal listade per HC: 6 651

Ockelbo Kommun

- Genomsnittligt antal listade per HC: 5 326

Sandvikens Kommun

- Genomsnittligt antal listade per HC: 9 737

Hofors Kommun

- Genomsnittligt antal listade per HC: 8 034

Nordanstigs Kommun

- Genomsnittligt antal listade per HC: 4 367

Hudiksvalls Kommun

- Genomsnittligt antal listade per HC: 7 640

Söderhamns Kommun

- Genomsnittligt antal listade per HC: 4 709

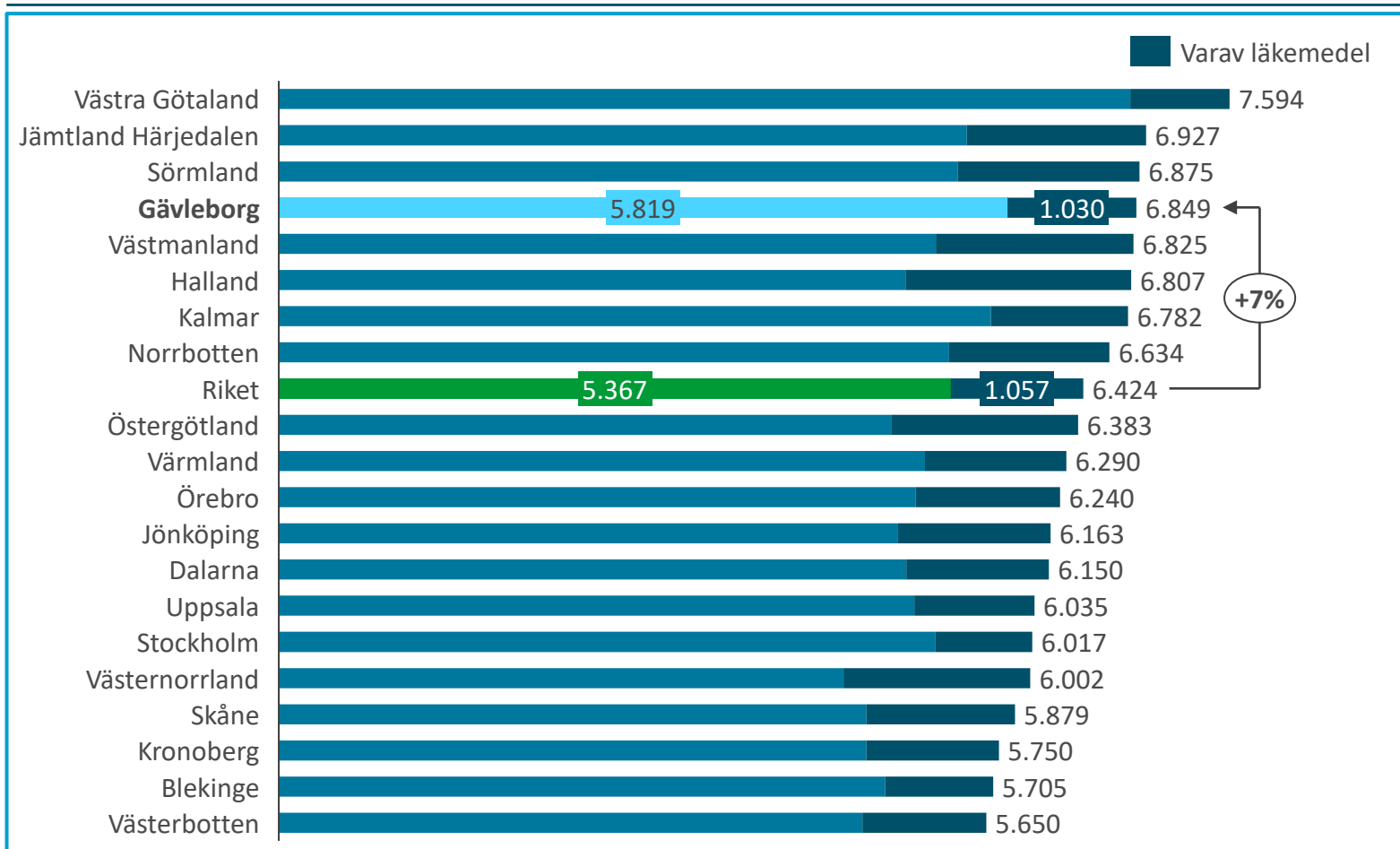
Gävle Kommun

- Genomsnittligt antal listade per HC: 7 468



Skattebetalarna i Region Gävleborg betalar fjärde högst i Riket för primärvården år 2022, och året innan var det näst högst i Riket, det finns således goda ekonomiska grundförutsättningar

Nettokostnad per invånare per region, all primärvård inklusive kostnader för läkemedel*, SEK, 2022



Kommentar

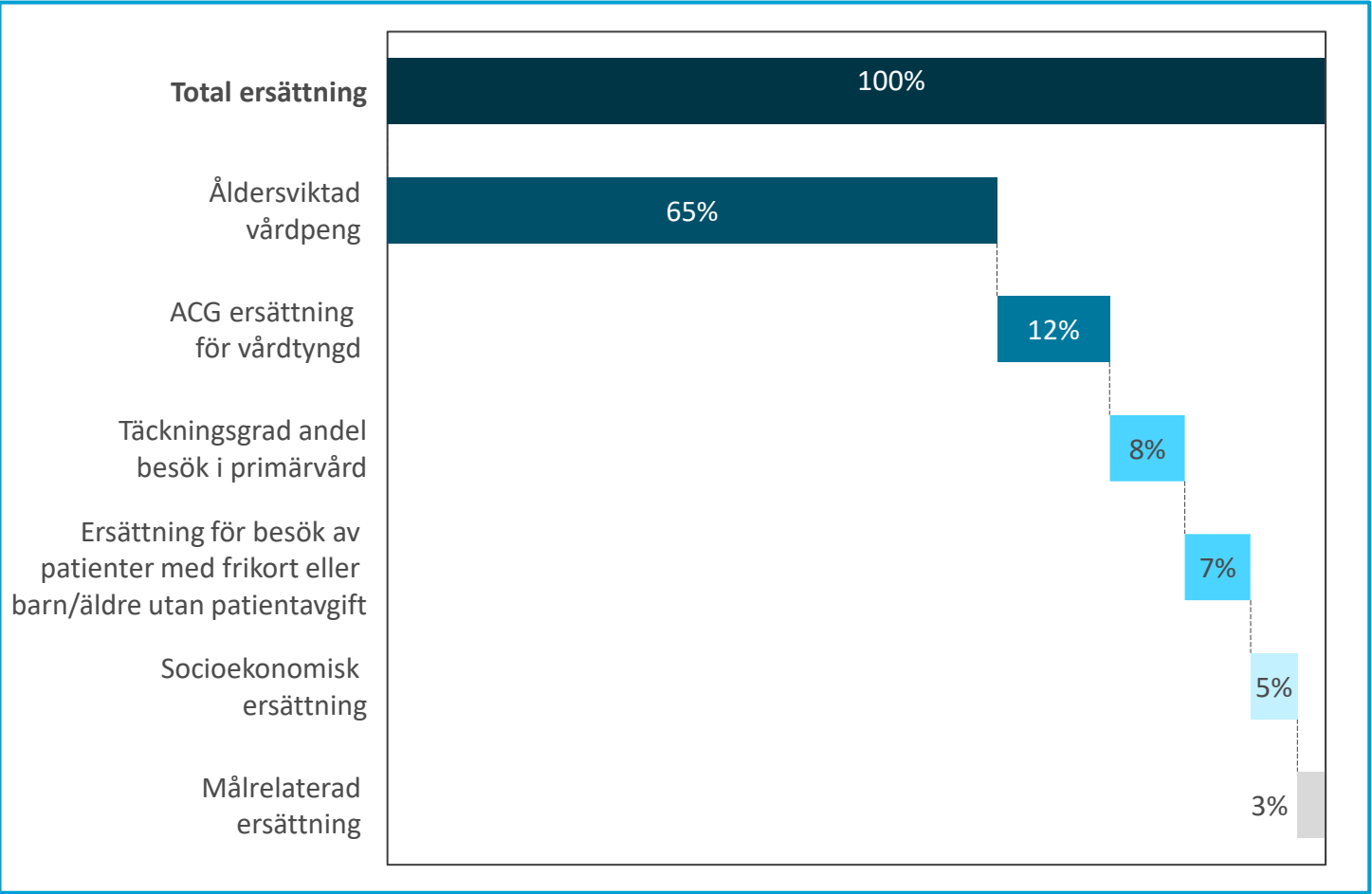
- Region Gävleborg lägger fjärde mest pengar på primärvården per invånare av alla regioner i riket
- Om kostnaderna för primärvården skulle ligga på samma nivå som för rikssnittet skulle det innebära en **potential för Region Gävleborg på 134 miljoner SEK i lägre kostnader per år**
- Invånarna i Region Gävleborg har rätt till hälsoval och en jämlik hälsa där varje invånare ges möjlighet att fatta beslut om vilken utförare som passar de bäst (hälsoval) i enlighet med LOV (lagen om valfrihet). Inom regionen bedrivs således primärvård via hälsocentraler i egen och privat regi, kostnader finansieras av invånarnas skatter
- Primärvården är basen i hela hälso- och sjukvårdssystemet och målet för regionen är att 80 % av hälso- och sjukvårdens besök ska ske inom ramen för primärvården/hälsoval
- Kostnader för läkemedel inkluderas i SKRs statistik, men dessa kostnader finansieras inte av Region Gävleborg men av staten via Läkemedelsförmånen (TLV beslut)

* Kostnadsdata är inhämtad från SKR Ekonomistatistik. Kostnaderna redovisas där enhetligt för samtliga regioner i syfte för att vara jämförbara. Detta medför att vissa skillnader kan uppstå vid jämförelse mot regionens egna data för primärvårdskostnader då vissa kostnadsposter kan inkluderas, fördelas ut på andra konton eller exkluderas för att matcha SKRs redovisning. Ingen fortsatt analys har gjorts inom detta.



Alla hälsocentraler, både egen och privat drift, får ersättning efter samma principer och Region Gävleborg har valt att ge nästan all ersättning per listad patient (97%), bara 3% är målstyrd

Ersättningens fördelning för basuppdraget



Förklaring

- Regionen har en ersättningsmodell som **baseras på kapitationsersättning (betalning per listad patient)**. Basuppdraget och ersättningen är lika för alla utförare oavsett egen eller privat regi (vilken således ligger till grund för jämförelser i denna utredning).
- De privata måste betala moms om 25% medan egen regi inte betalar moms. För att likställa de ekonomiska förutsättningarna avseende moms får de **privata utförarna därför en momskompensation på 3 procent av ersättningen**, dock gäller detta inte för läkemedel eller ersättning för uteblivna patientavgifter. Hälsocentralerna, oavsett regi, ersätts även för läkemedel, tolk-kostnader, geografi samt tilläggsuppdrag.
- Ersättning per listad patient justeras för att ta hänsyn till att olika patienter är olika komplexa. Samma justering görs för alla, oberoende av om det är egen regi eller privat regi.
- Ersättning justeras för 1) Ålder, 2) Vårdtyngd (ACG), 3) Socioekonomi (CNI), 4) Täckningsgrad, och 5) Geografi (fast ersättning beroende på antal listade på hälsocentralen och kommun, glesbygd med fler listade får högst ersättning som maximalt uppgår till 1,4 miljoner SEK/år)
- Målrelaterad ersättning ges för vissa utförda extra åtgärder, exempelvis läkemedelsgenomgång en gång per år, hälsosamtal för 40-åringar, mm*.

* Inkluderar aktiviteterna hälsosamtal 40-åringar (ersättning per samtal), läkemedelsgenomgångar (ersättning per patient oavsett ålder en gång per 10-månader), reducera beroendeframkallande läkemedel (ersättning per 1000 listningspoäng per kvartal om målet uppfyllt), reducera antibiotikaförskrivning (ersättning per 1000 listningspoäng vid uppfyllt krav), kvalitets/utvecklingsarbete hos utföraren (ersättning ges en gång per år vid godkänd redovisning) samt hembesök (ersättning per besök)
Källa: SKR Ekonomistatistik, Region Gävleborg - Handbok för Hälsoval (2021), Sirona analys



Egen regi hälsocentraler får vissa (mindre) tilläggsuppdrag som privata hälsocentraler inte kan söka i dagsläget

Ett sökbart tilläggsuppdrag: BVC

- Enligt Hälsovalhandboken är det endast **BVC** som är ett sökbart tilläggsuppdrag; Barn 1-5 år ger 1537 kr per barn per år, för barn under 1 år är ersättningen 9007 kr per barn per år. Utöver detta kommer tillägg för socioekonomisk index avseende utomlandsfödda och ensamstående med barn (100 kr per s.e.poäng)
- **Både egen regi och privat regi** hälsocentraler kan ta sig an uppdraget och erhålla de intäkter och kostnader som förknippas med uppdraget

Andra uppdrag för egen regi (ej sökbara och ersättningsnivå uppges inte i Hälsovalhandboken)

- Dessa är uppdrag som hälso- och sjukvårdsnämndsförvaltningen ansvarar för och ansvaret läggs inom den egna regin. Dessa uppdrag kallas "regionövergripande uppdrag". En privat regi hälsocentral får inte söka om dessa tilläggsuppdrag.
- **Hälsocentraler inom den egna regin** erhåller de intäkter som tillkommer från detta och måste bära kostnaderna som relateras till dessa tjänster.
- Enligt hälsovalshandboken är dessa uppdrag:
 - Familjeläkarjour
 - Dietistverksamhet
 - Särskilda psykoteraeutiska insatser
 - Upphandlad E-hälsa som t.ex. KBT på nätet, Tobakshjälpen
 - Dagrehabilitering
 - Asylhälsovårdsmottagning
 - Drift familjecentral
 - Drift bassäng

- De regionövergripande tilläggsuppdragen skapar en viss olikhet i uppdrag med tillhörande intäkter mellan egen regi och privat regi hälsocentraler*. Dock är dessa uppdrag mycket små jämfört med basuppdraget.
- Egen regi kan få extra intäkter för dessa och detta är gynnsamt för verksamheten i egen regi om de tillhörande kostnaderna är lägre än intäkterna
- Regionen bör se över att samtliga möjligheter och skyldigheter är desamma för privat regi och egen regi hälsocentraler för att uppnå konkurrensneutralitet
- Sironas analys i detta material visar att dessa tilläggsuppdrag inte kan användas som en förklaring till varför egen regi går med underskott

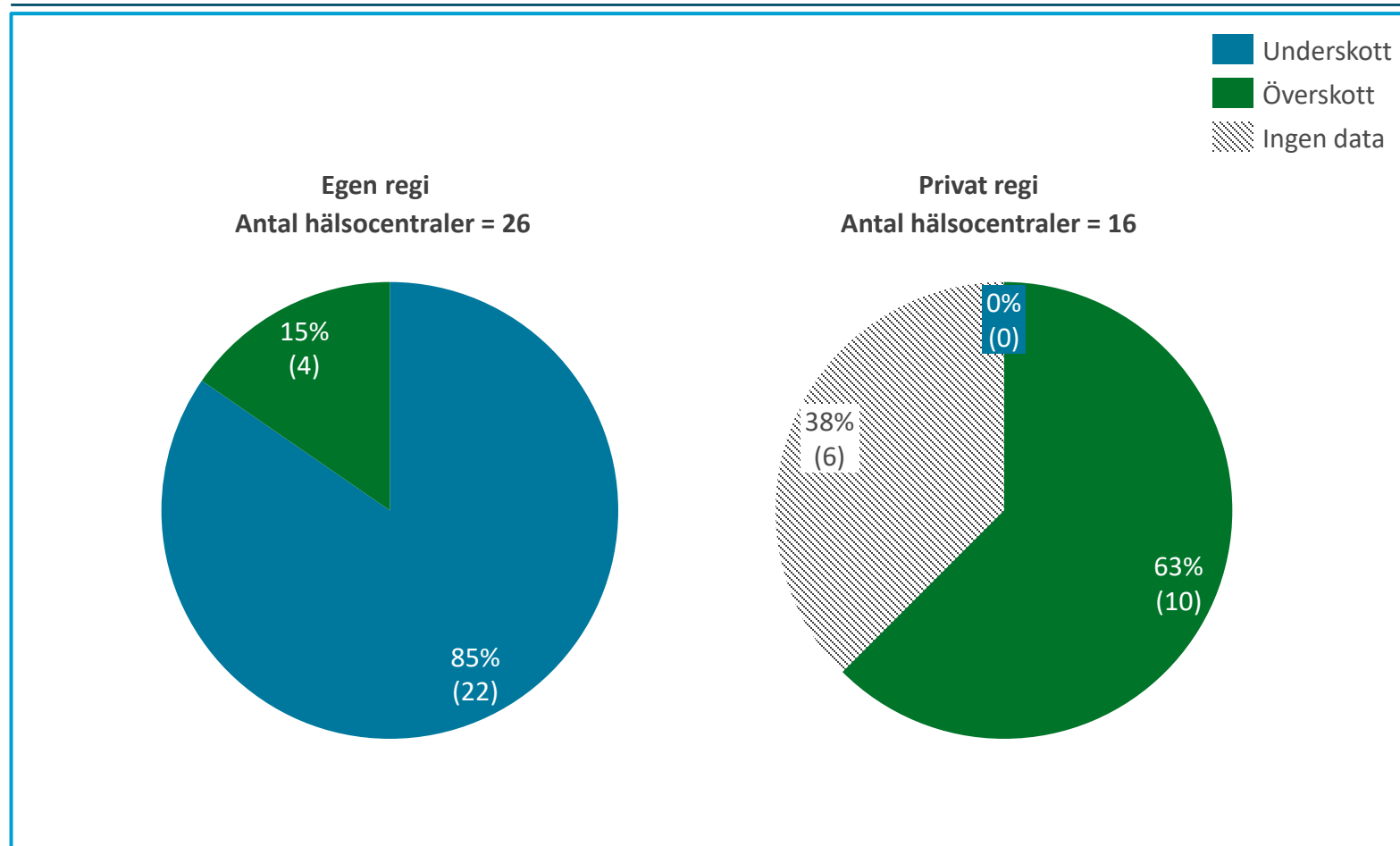
* Kostnader och intäkter för tilläggsuppdragen ligger utanför basuppdraget vilket samtliga hälsocentraler i regionen genomför oavsett driftform. Kostnader och intäkter för basuppdraget är således det som ligger till grund för de jämförelser som genomförs i denna utredning.

Källa: Hälsovalshandboken 2024, Sirona analys



Under år 2022 gick 85% av alla hälsocentraler i regionens egna regi med underskott (22 av 26) medan alla privata hälsocentraler gick med överskott

Ekonomiskt utfall för hälsocentraler, egen regi och privat regi*, Region Gävleborg, 2022



Kommentar

- 85% av hälsocentralerna i egen regi går med ekonomiskt underskott, 22 av 26 hälsocentraler, år 2022 sett till basuppdraget.
- När ett underskott uppstår i egen regi måste regionen (i rollen som ägare) tillföra extra ekonomiska medel för att täcka underskottet. Dessa medel måste allokeras ifrån regionens övriga intäkter, i huvudsak skatteintäkter ifrån invånarna i regionen.
- 100% av alla hälsocentraler i privat regi, där tillgänglig data har identifierats, går med överskott. Resterande hälsocentraler i privat regi, där ingen tillgänglig data har identifierats för ekonomiskt utfall år 2022 (6 stycken), kan eventuellt gå med underskott ett enstaka år, men går per automatik alltid med överskott över tid. Inget privat bolag (hälsocentral) kan gå med underskott över en längre period – de behöver antingen få tillskott av kapital ifrån sina ägare eller så försätts de i konkurs enligt lagen.
- Om underskott skulle förekomma i privat regi så är regionen inte ansvarig för att täcka dessa. All risk i åtagandet, både ekonomiska risker och andra risker, tas av den privata aktören.

* Offentlig data över ekonomiskt utfall redovisas samlat för vissa privata bolag inom området, utfallet för dessa har här fördelats baserat på antal listade patienter



Regionens alla fem verksamhetsområden (VO) för egen regi visar på ekonomiskt underskott 2022 samtidigt som privat regi har överskott

Hälsocentraler i egen regi per verksamhetsområde (VO), ekonomiskt utfall under 2022

VO Gävle		VO Hudiksvall	
Hedesunda Färnebo	Överskott	Iggesund	Underskott
Hamrånge	Underskott	Delsbo-Friggesund	Underskott
Strömsbro	Underskott	Hudiksvall	Underskott
Sätra	Underskott	VO Västra Gästrikland	
Gävle strand	Underskott	Sandviken S	Överskott
Andersberg	Underskott	Storvik	Underskott
Södertull	Underskott	Hofors	Underskott
Valbo	Underskott	Ockelbo	Underskott
VO Södra Hälsingland		Sandviken N	Underskott
Arbrå	Underskott	VO Ljusdal	
Alfta	Underskott	Järvsjö	Överskott
Edsbyn	Underskott	Färila-Los	Överskott
Kilafors	Underskott	Ljusdal-Ramsjö	Underskott
Linden	Underskott		
Baldersnäs	Underskott		
Söderhamn	Underskott		

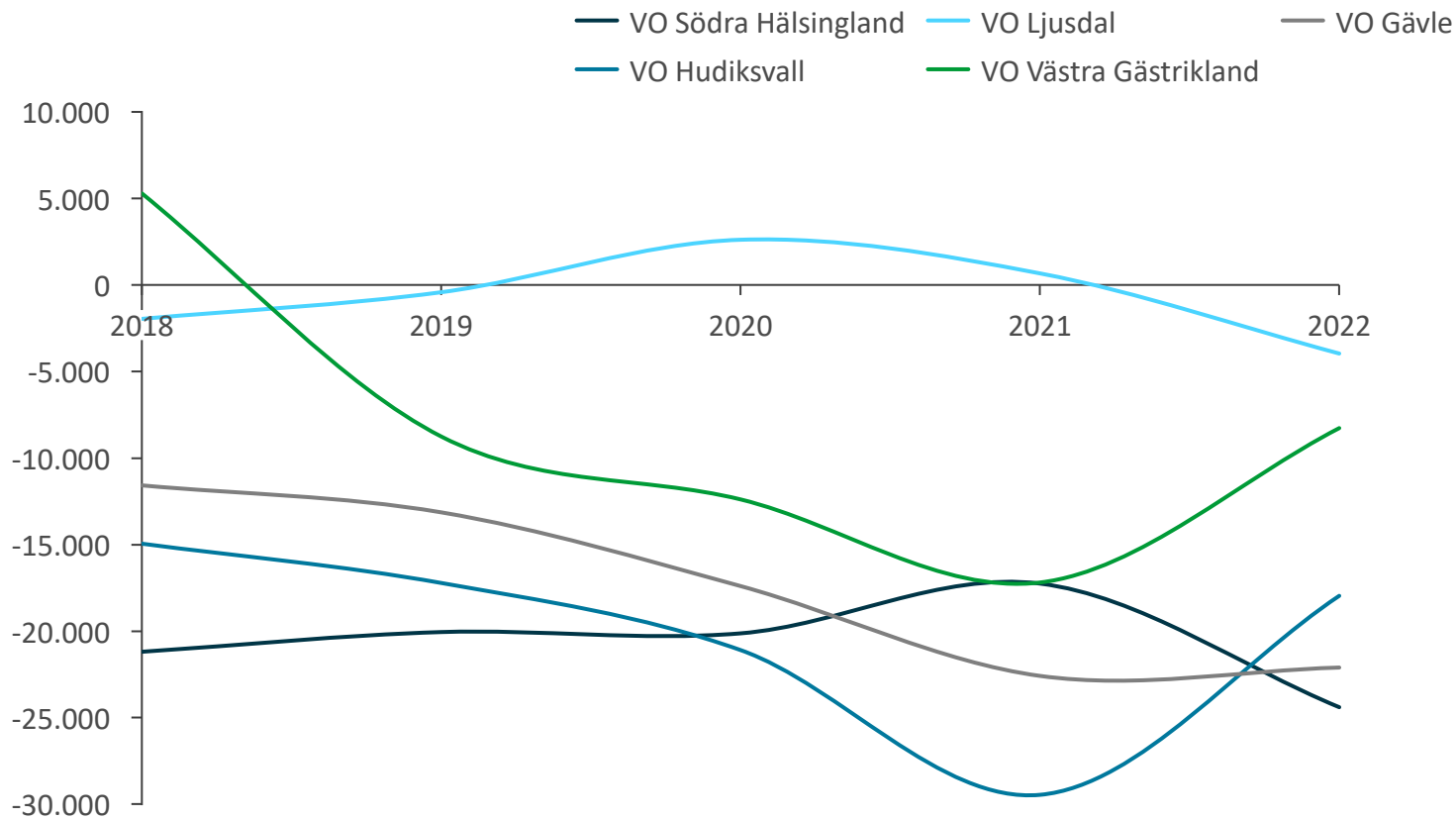
Hälsocentraler i privat regi, ekonomiskt utfall under 2022

Capio Gävle	Överskott
Doktorama Söderhamnsfjärdens	Överskott
Doktorama Oxtorget	Överskott
Premicare Bergsjö	Överskott
Premicare E-center	Överskott
Premicare Varvet	Överskott
Gefle läkargrupp	Överskott
Hälsingeläkarna Harmångers	Överskott
Håstaholmens Hudiksvall	Överskott
Hälsopartner Falck Sandviken	Överskott
Capio Bomhus Gävle	Ingen data
Capio Brynäs Gävle	Ingen data
Praktikertjänst Eira Gävle	Ingen data
Praktikertjänst City Gävle	Ingen data
Praktikertjänst Bollnäs	Ingen data
Praktikertjänst Voxnadalens Alfta	Ingen data



Alla fem verksamhetsområden visar återkommande underskott de flesta av de sista fem åren, med undantag av Ljusdal några år

Genomsnittligt ekonomiskt utfall* per VO, egen regi, 2018 – 2022, tSEK



Kommentar

- Även om samtliga verksamhetsområden går med underskott i 2022 har Ljusdal visat ekonomiskt överskott två av de senaste fem åren och Västra Gästrikland ett år (2018)
- Detta samtidigt som resterande områden visat på förhållandevis stora underskott under samma period, med ett visst uppsving för Hudiksvall i 2022

* Genomsnittet är beräknat genom att ta det samlade ekonomiska utfallet för verksamhetsområdet delat på antal hälsocentraler inom området

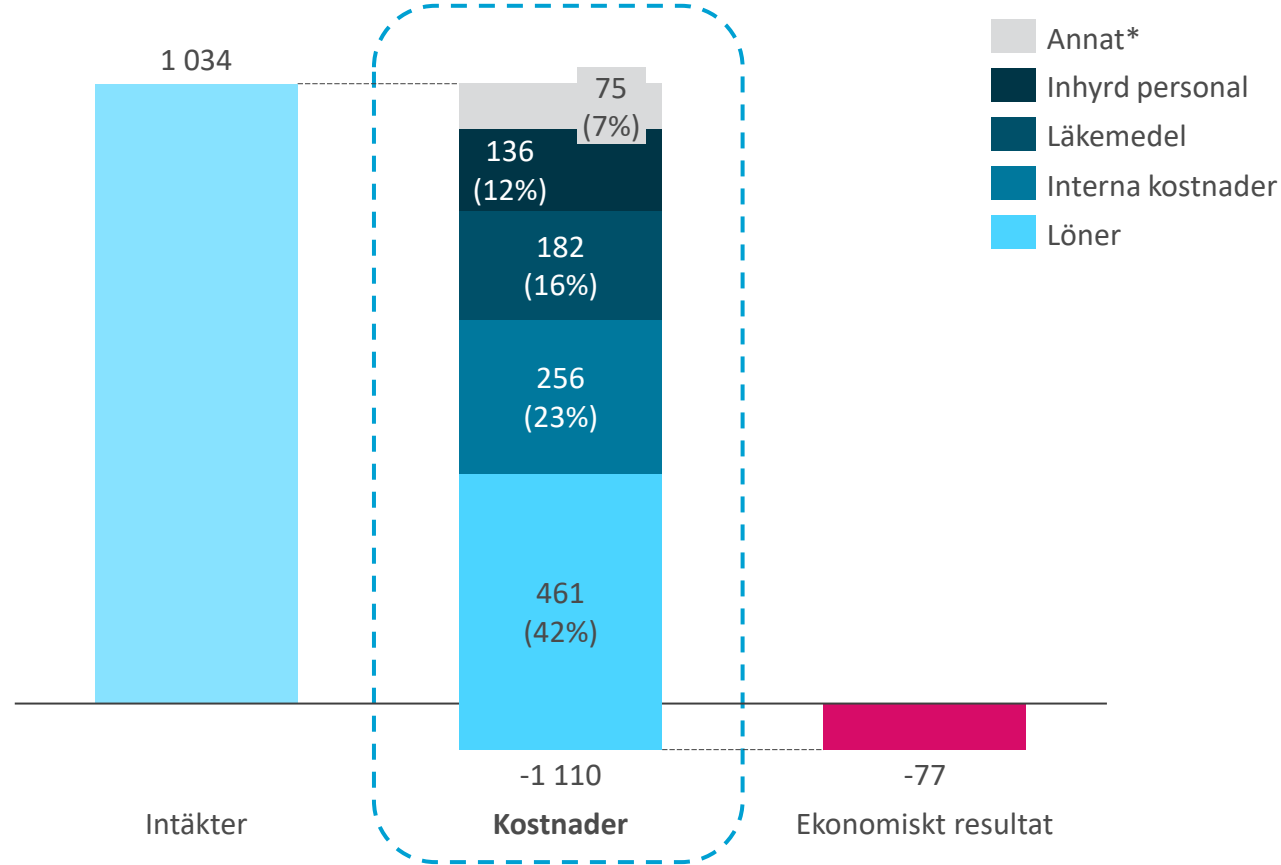
Källa: Region Gävleborg, Sirona analys



År 2022 uppgick kostnaderna för hälsocentralerna i egen regi till 1,1 miljarder kronor vilket är 77 miljoner högre än intäkterna, ergo ett underskott på 77 miljoner kronor

Kostnader

Redovisning av ekonomiskt resultat, hälsocentraler i egen regi, miljoner SEK, 2022



Kommentar

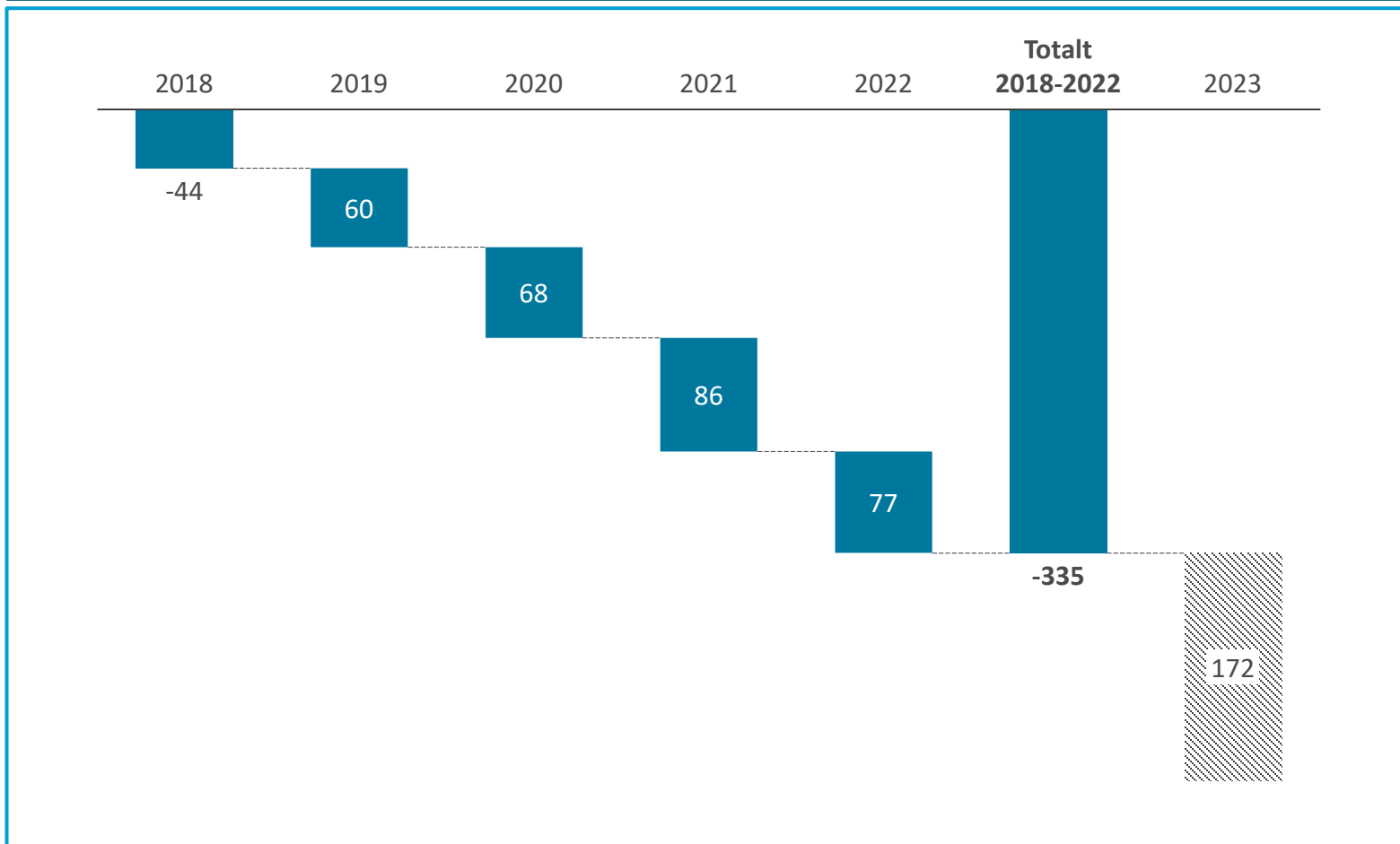
- Kostnaderna utgörs till störst del av löner, interna kostnader, läkemedel samt inhyrd personal
- Med interna kostnader avser sådant som lokaler, IT, internt köpt vård, interna lab- och röntgentjänster, interna avtal- och konsulttjänster samt interna hjälpmedelskostnader
- Läkemedel inkluderar kostnader för förskrivna läkemedel via hälsocentralerna – dessa kostnader betalas av staten via läkemedelsförmånen, via regionens ersättning ifrån staten

* Inom annat ingår Sjukvårdsartiklar/medicinskt material, övriga personalkostnader, övriga verksamhetskostnader, övriga verksamhetsnära kostnader, lokal- och fastighetskostnader, Lab/röntgen/operationstjänster, köpt vård, interna finansiella poster, finansiella kostnader och avskrivningar



Egen regi hälsocentraler har återkommande underskott varje år sedan 2018; totalt har det inneburit en extra kostnad för regionens skattebetalare om 463 miljoner de senaste fem åren

Samlade ekonomiska underskott, hälsocentraler i egen regi, 2018 – 2022 och 2023, miljoner SEK



Kommentar

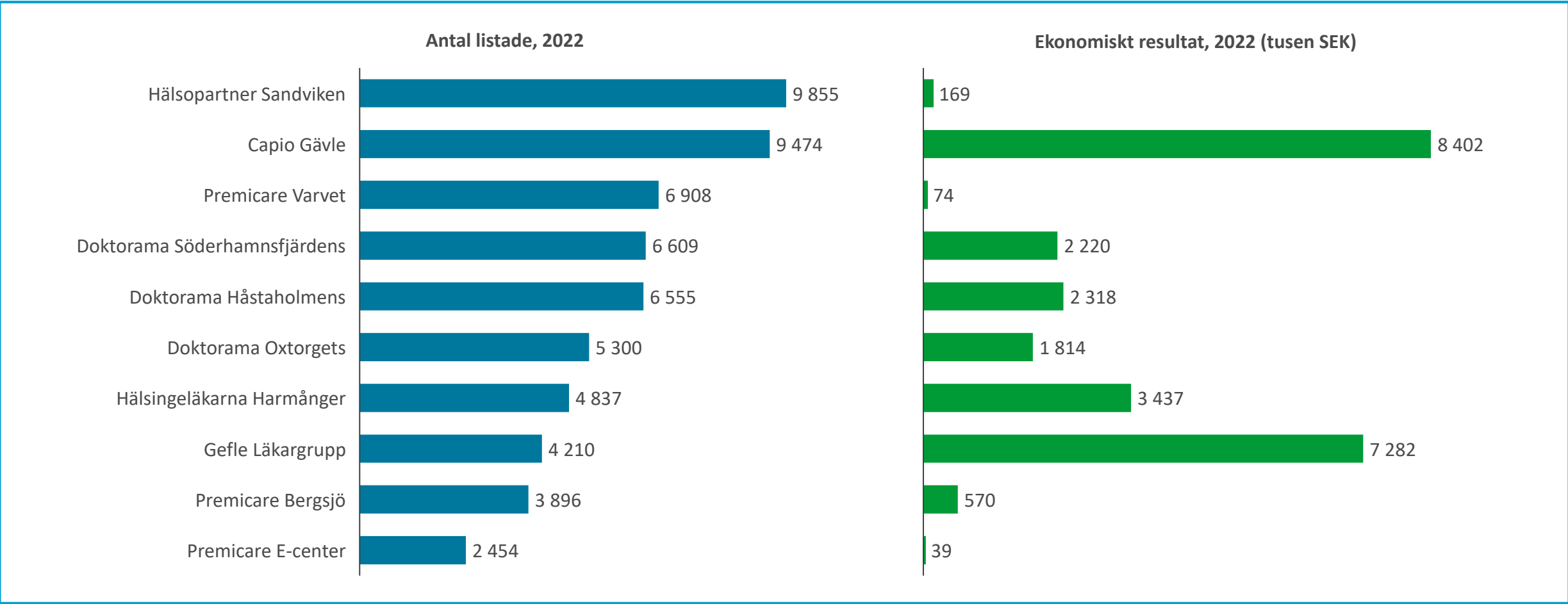
- Underskotten är återkommande och trenden är ökande underskott, dvs. en accelerering av de negativa resultaten.
- Underskotten uppgår till 335 miljoner kronor för egen regi 2018 – 2022 , 463 miljoner för åren 2019 – 2023 (årsredovisning ej klar men underskottet uppskattas till 172 miljoner år 2023). Underskottet för år 2023 ökade bland annat till följd av en ökning i PO-pålägg med 5 procentenheter.
- Privata hälsocentraler i Region Gävleborg betalar bolagsskatt av det ekonomiska resultat de uppnår, medan egen regi verksamhet inte betalar skatt även om de skulle gå med positivt resultat. Skillnaden i ekonomisk effekt för samhället i stort och för skattebetalarna är därför ännu *större* än vad underskotten i egen regi drift ger intryck av.

* Underskottet 2023 präglas bland annat av en ökning i PO-pålägg med 5 procentenheter



För hälsocentraler i privat regi är underskott inte förekommande och det ekonomiska resultatet är positivt eller nära noll både för små och stora enheter

Antal listade patienter och ekonomiskt resultat, hälsocentraler i privat regi*, 2022



* De hälsocentraler i privat regi där ekonomisk data saknas visas ej (10 av 16 hälsocentraler), för att göra jämförbart med egen regi avser resultat innan finansiella poster (bokslutsdispositioner och skatt)

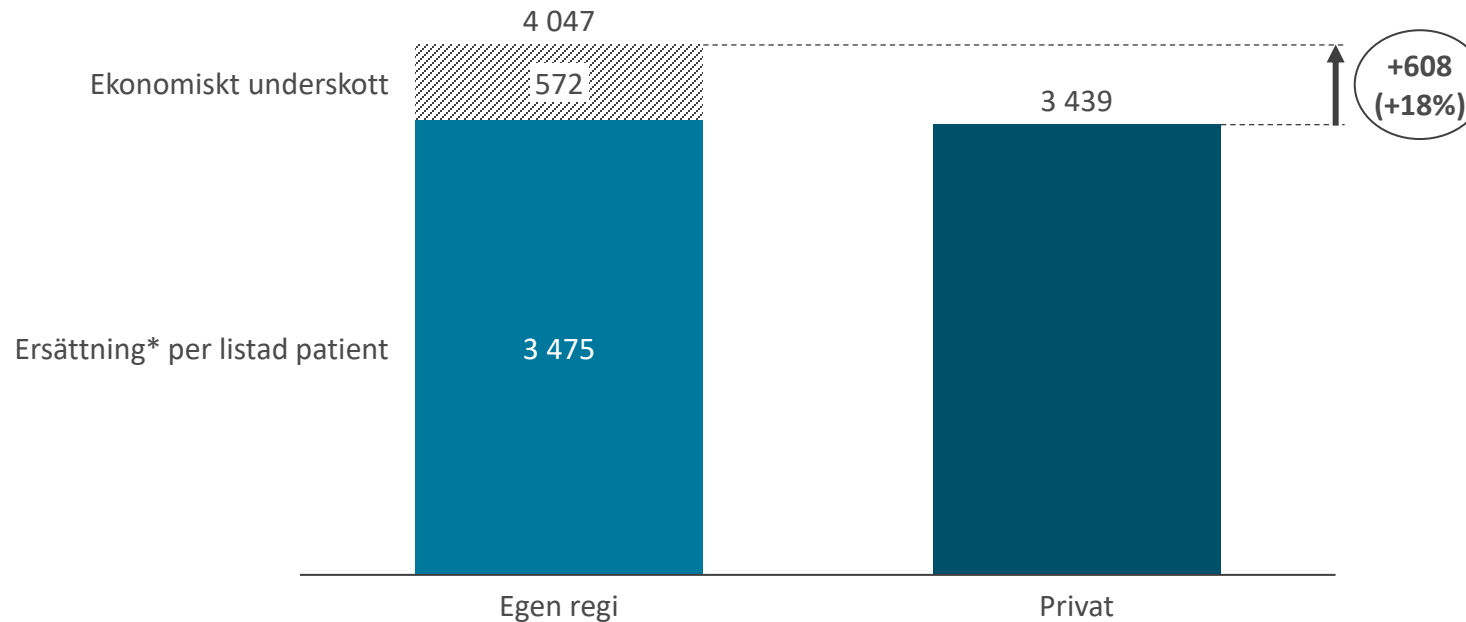
Källa: Region Gävleborg, Sirona analys



När underskotten tas i beaktning får hälsocentralerna i egen regi en betydligt högre ersättning än de i privat regi; 18% mer för varje listad patient år 2022 och ännu mer år 2023

Intäkter i basuppdraget

Genomsnittligt utbetald ersättning per listad patient enligt variabler i ersättningsmodellen, egen och privat regi, SEK, 2022



I 2022 fick hälsocentralerna i egen regi 18 procent mer ersättning per listad patient än de i privat regi, räknat inklusive underskottet

* Avser variabler i basuppdraget: åldersviktad ersättning, ACG-poäng, Socioekonomi (CNI) samt Täckningsgrad (geografiersättning inkluderas, målrelaterad ersättning exkluderas pga avsaknad data samt enlighet med regionens egna redovisningar av ersättningen)

Källa: Ekonomidata från Region Gävleborg, Sirona analys



Innehåll

01 Sammanfattning

02 Bakgrund

03 Ekonomisk översikt av primärvården

▶ **04 Orsaker till underskott för hälsocentraler i egen regi**

05 Åtgärder och nästa steg



Underskott kan *inte* förklaras av mindre attraktiva geografiska lägen: Egen regi går med underskott både i små och stora kommuner, i tätort och i glesbygd

Hälsocentraler i varje kommun inom Region Gävleborg, ekonomiskt utfall, egen och privat regi, 2022

Hälsocentral	Ekonomiskt utfall	Driftsform
Ljusdals Kommun		
Färila-Los	Överskott	Egen
Järvsjö	Överskott	Egen
Ljusdal-Ramsjö	Underskott	Egen
Ovanåkers Kommun		
Alfta	Underskott	Egen
Edsbyn	Underskott	Egen
Praktikertjänst Voxnadalen	Ingen data	Privat
Bollnäs Kommun		
Baldersnäs	Underskott	Egen
Kilafors	Underskott	Egen
Arbrå	Underskott	Egen
Praktikertjänst Bollnäs	Ingen data	Privat
Ockelbo Kommun		
Ockelbo	Underskott	Egen
Sandvikens Kommun		
Storvik	Underskott	Egen
Sandviken Norra	Underskott	Egen
Sandviken Södra	Överskott	Egen
Hälsopartner Sandviken	Överskott	Privat
Hofors Kommun		
Hofors	Underskott	Egen
Nordanstigs Kommun		
Premicare Bergsjö	Överskott	Privat
Hälsingeläkarna Harmångers	Överskott	Privat

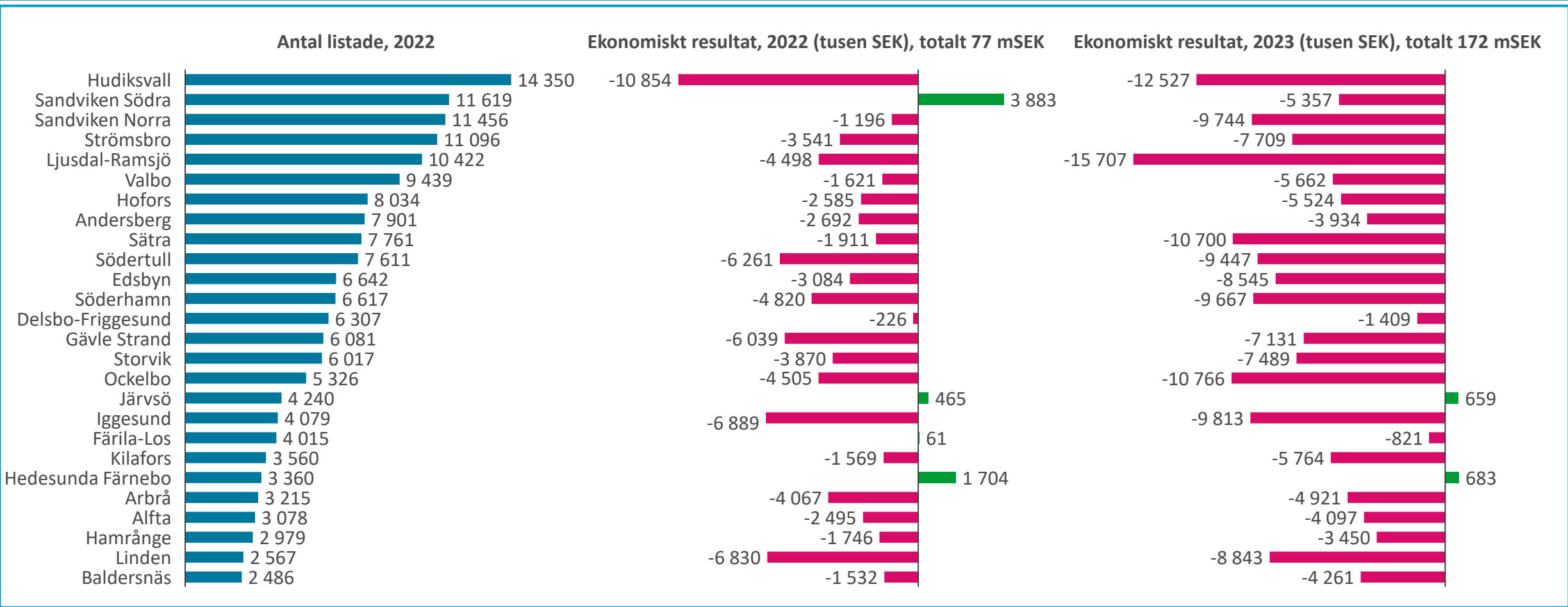


Hälsocentral	Ekonomiskt utfall	Driftsform
Hudiksvalls Kommun		
Delsbo-Friggesund	Underskott	Egen
Hudiksvall	Underskott	Egen
Iggesund	Underskott	Egen
Premicare Varvet	Överskott	Privat
Doktorama Håstaholmens	Överskott	Privat
Söderhamns Kommun		
Linden	Underskott	Egen
Söderhamn	Underskott	Egen
Doktorama Oxtorget	Överskott	Privat
Doktorama Söderhamnsfjärdens	Överskott	Privat
Premicare E-center	Överskott	Privat
Gävle Kommun		
Hedesunda Färnebo	Överskott	Egen
Strömsbro	Underskott	Egen
Hamrånge	Underskott	Egen
Andersberg	Underskott	Egen
Södertull	Underskott	Egen
Valbo	Underskott	Egen
Sätra	Underskott	Egen
Gävle Strand	Underskott	Egen
Gefle Läkargrupp	Överskott	Privat
Capio Gävle	Överskott	Privat
Capio Brynäs	Ingen data	Privat
Capio Bomhus	Ingen data	Privat
Praktikertjänst Eira	Ingen data	Privat
Praktikertjänst City	Ingen data	Privat



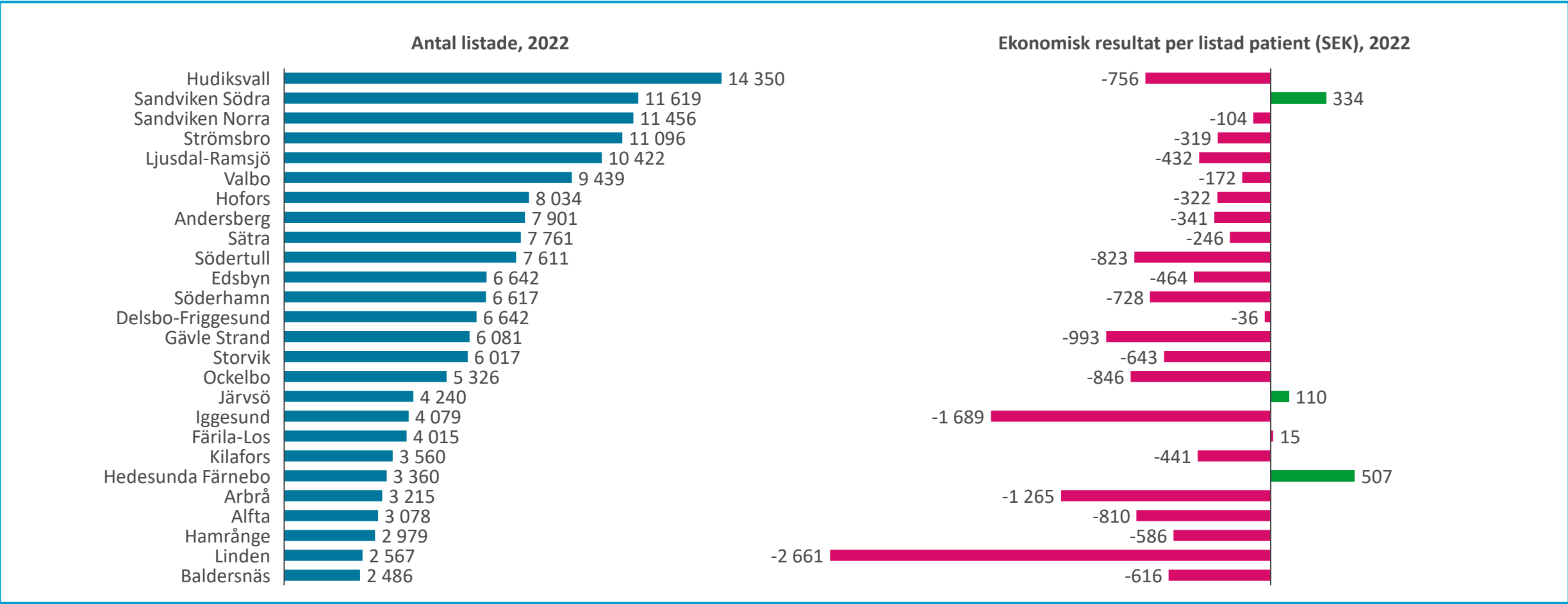
Underskott i egen regi kan *inte* förklaras med antal listade patienter (småskala-nackdelar); underskotten uppkommer både hos hälsocentraler med många listade så väl som få listade

Antal listade patienter och ekonomiskt resultat, alla 26 hälsocentraler i egen regi, 2022 och ekonomiskt resultat 2023 (årsredovisning ej klar)



Per listad patient är det ekonomiska resultatet negativt för majoriteten av hälsocentralerna;
lägst ligger Linden som går 2 611 kronor minus per listad patient

Antal listade patienter och ekonomiskt resultat per listad patient, alla 26 hälsocentraler i egen regi, 2022

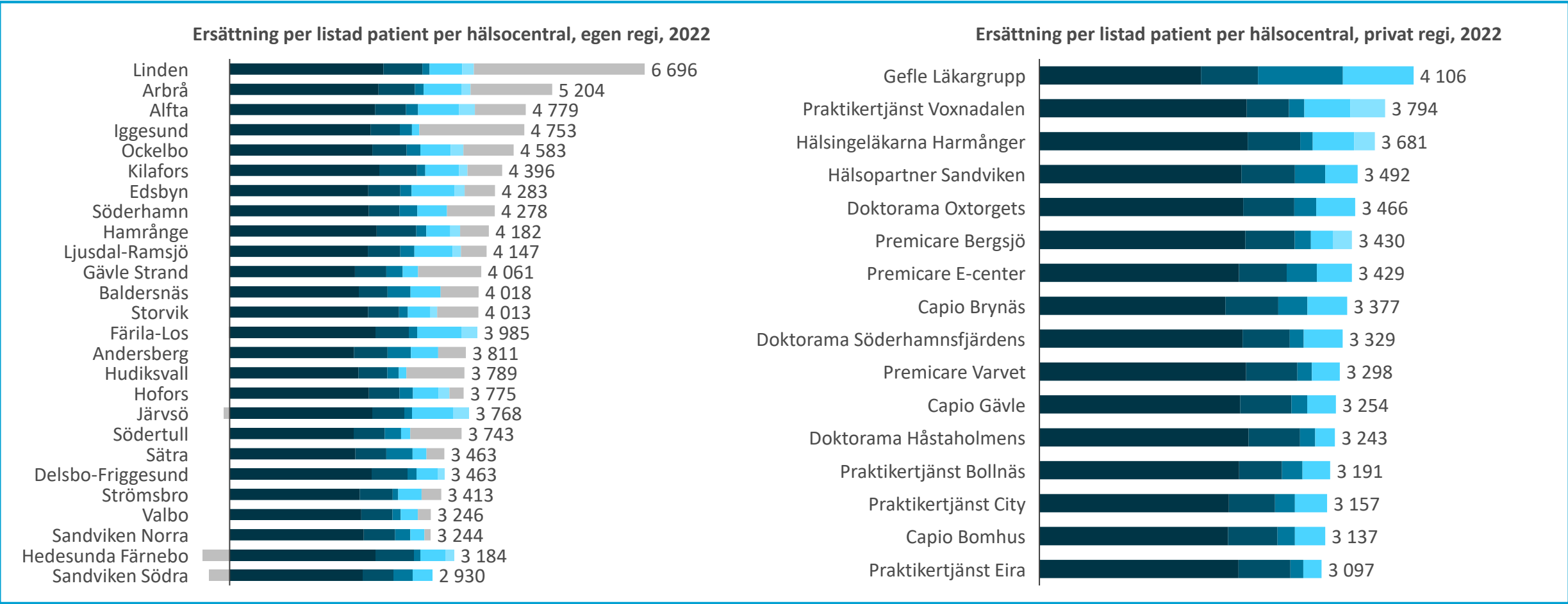


Egen regi och privat regi hälsocentraler har ungefär samma ersättning per patient; med underskottet i beaktning är ersättningen betydligt högre för egen regi

Ersättning per listad patient per hälsocentral

- Åldersviktad
- Vårdtyngd (ACG)
- Socioekonomi (CNI)
- Täckningsgrad
- Geografiersättning
- Resultat 2022 offentliga

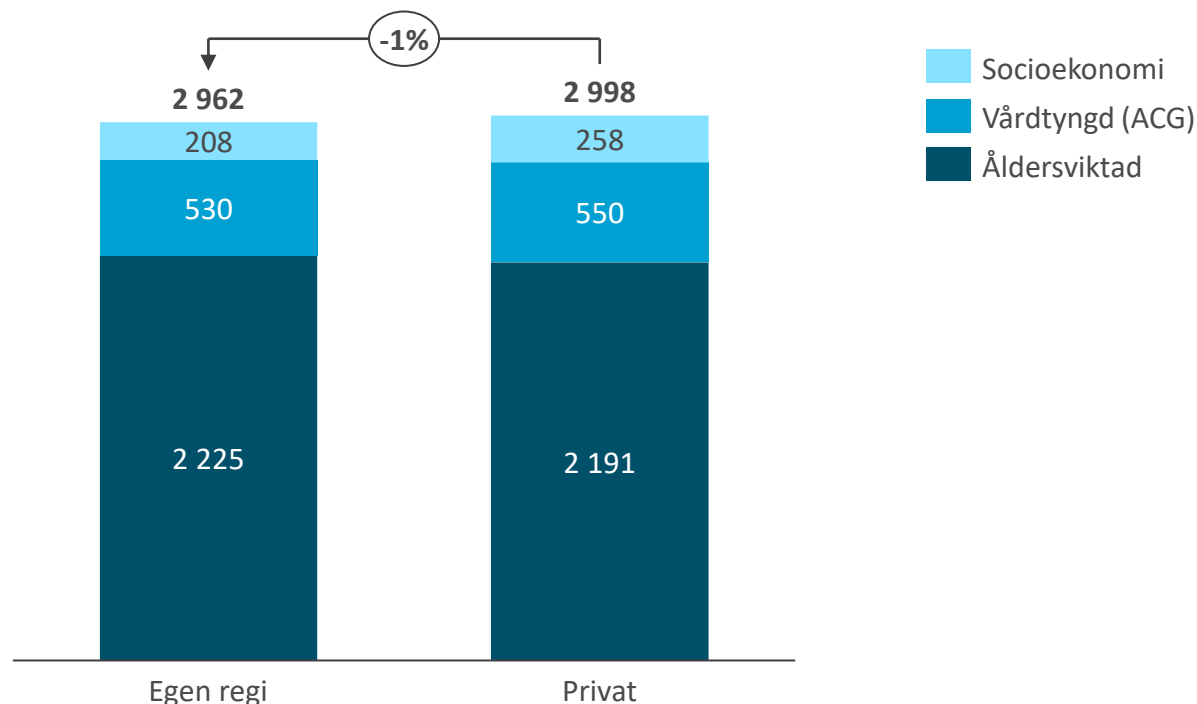
Ersättning per listad patient, egen och privat regi, SEK, 2022



Det ekonomiska underskottet i egen regi kan *inte* härledas till mer vårdtunga patienter; ersättningen för vårdtunga patienter är den samma och patientmixen är likartad

Patientgrupper

Ersättning per listad patient i Region Gävleborg, variabler som mäter vårdtyngd, SEK, 2022



”Jag kan inte se någon skillnad. Geografin som avgör, men inte vilken typ av hälsocentral. I städer är man dock mer benägen att söka digital vård.”

- Enhetschef på hälsocentral



Kommentar

- Ersättningsmodellen innebär att hälsocentralen får mer ersättning om dess listade patienter är äldre, mer sjuka och har svag socioekonomisk status
- Hur mycket ersättning som betalas ut sett till ovan faktorer blir därför ett bra mått som speglar hur vårdtunga de listade patienterna är
- Hälsocentralerna i egen och privat regi har de **senaste 5 åren haft likvärdig** ersättning per listad patient sett till dessa faktorer; **2022 är det endast en skillnad på 1%**

Det är ingen skillnad mellan privat och egen regi i andelen vårdtunga patienter listade på hälsocentraler – det finns inget belägg för påståendet att egen regi har mer komplexa patienter och att detta skulle kunna förklara det ekonomiska underskottet i egen regi

”Generellt är alla hälsocentraler dåliga på att jobba proaktivt, speciellt med äldre.”

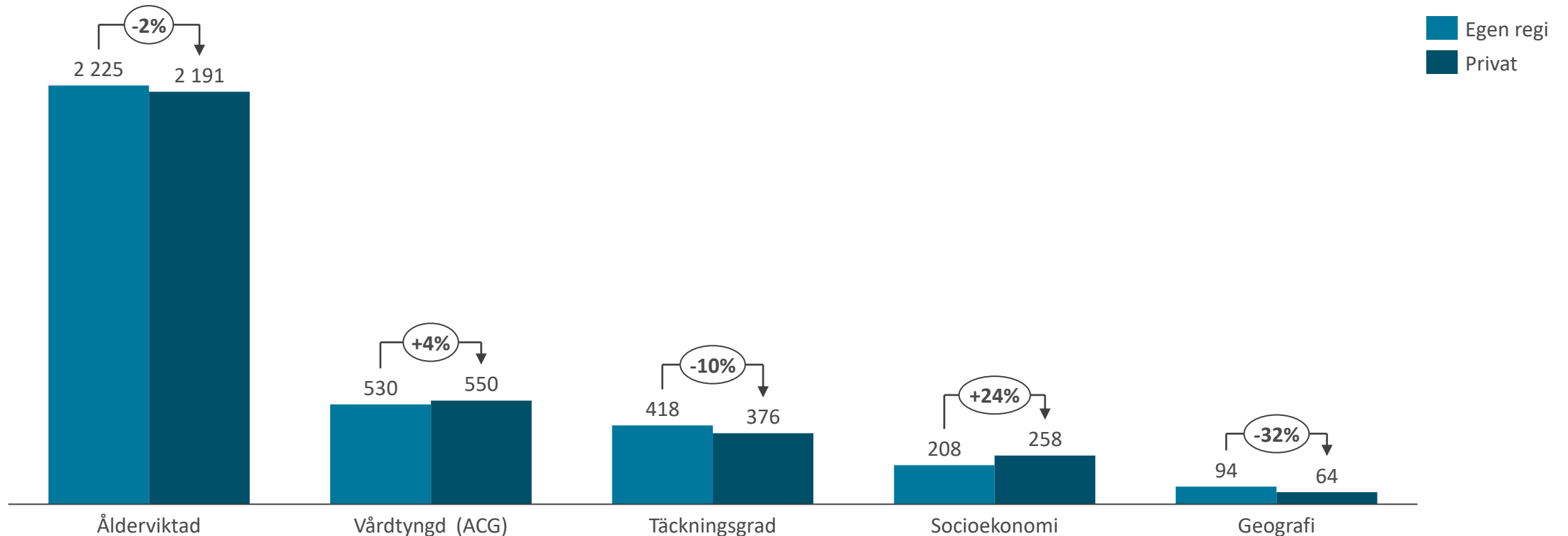
- VO chef inom Region Gävleborg



Egen och privat regi har liknande patientmix, vilket gör att ersättningen är relativt lik (regionen betalar extra för äldre, vårdtunga, socioekonomiskt svårare, glesbygd och täckningsgrad)

Intäkter egen regi jämfört med privat regi patienter

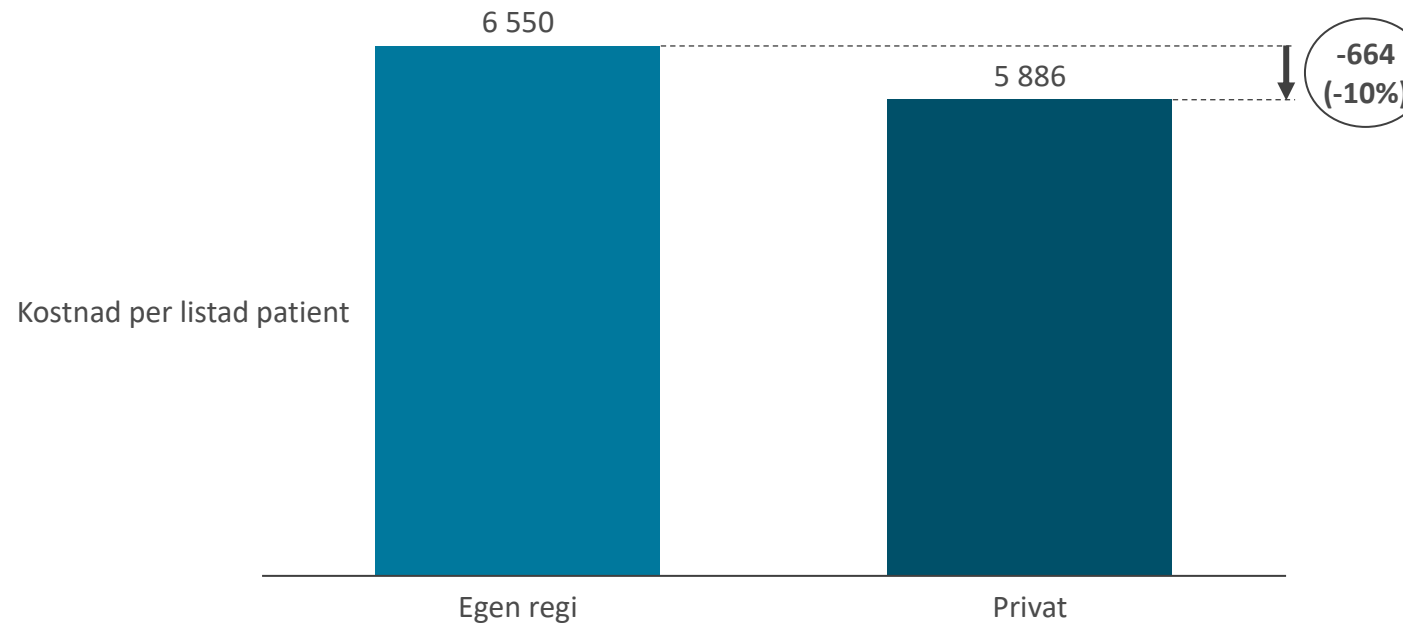
Genomsnittligt utbetald ersättning per listad patient nedbrutet per ersättningskategori, egen och privat regi, SEK, 2022



Hälsocentralerna i egen regi har en högre kostnadsnivå än de i privat regi, och den högre kostnaden för driften förklarar åtminstone delar av underskottet i egen regi

Kostnader

Genomsnittligt kostnad per listad patient, egen och privat* regi, SEK, 2022



Sett till 2022 hade hälsocentralerna i privat regi 10 procent lägre kostnader per listad patient jämför med de i egen regi

* Avser de 10 av 16 hälsocentraler i privat regi med tillgänglig ekonomidata. Då ekonomidata för de privata hälsocentralerna hämtas in från offentligt tillgängliga årsredovisningar finns ingen möjlighet att urskilja kostnader relaterade till basuppdrag och till tilläggsuppdrag. Kostnaderna för tilläggsuppdrag är således inkluderade i den kostnad som illustreras ovan för privat regi. Denna totalsumma är ändå lägre än kostnaderna för basuppdraget i egen regi.

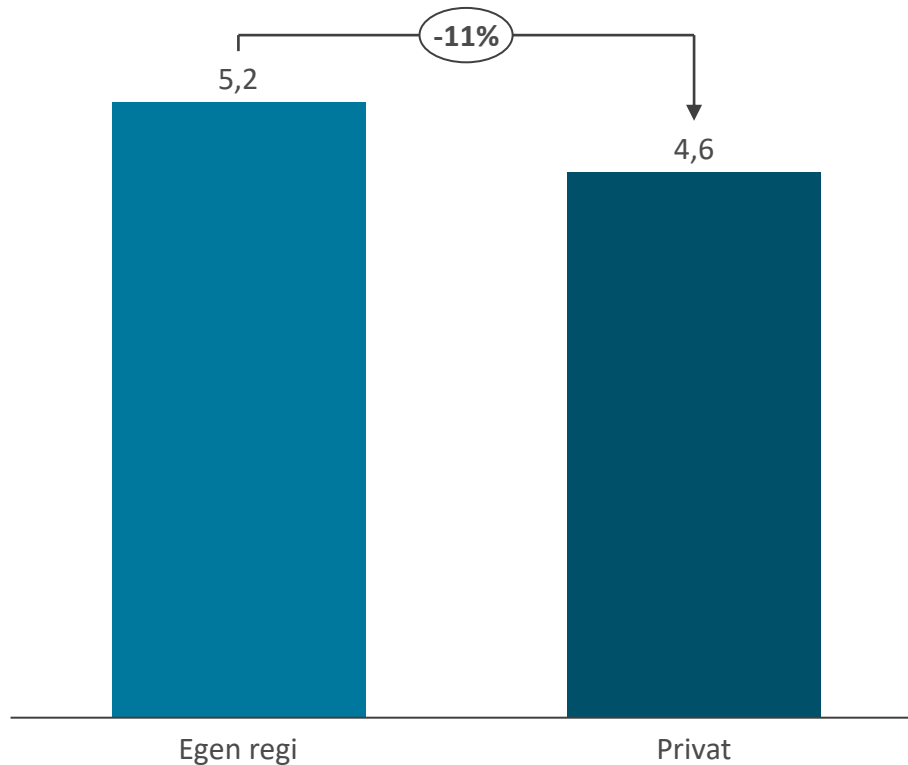
Källa: Ekonomidata från Region Gävleborg, Årsredovisningar från privata vårdgivare, Sirona analys



Personalkostnaderna är högre i egen regi; egen regi har fler medarbetare per tusen listade patienter, vilket innebär att egen regi har lägre produktivitet än privat regi hälsocentraler

Kostnader

Antal anställda per 1000 listad patient, egen och privat* regi, 2022



Kommentar

- I 2022 var antalet anställda per 1000 listad patient 11% lägre inom privat regi jämfört med egen regi
- Detta innebär att man inom den privata regin klarar av att möta sitt vårdbehov med ett lägre antal anställda än vad man gör inom egen regi

* Avser de 10 av 16 hälsocentraler i privat regi med tillgänglig data

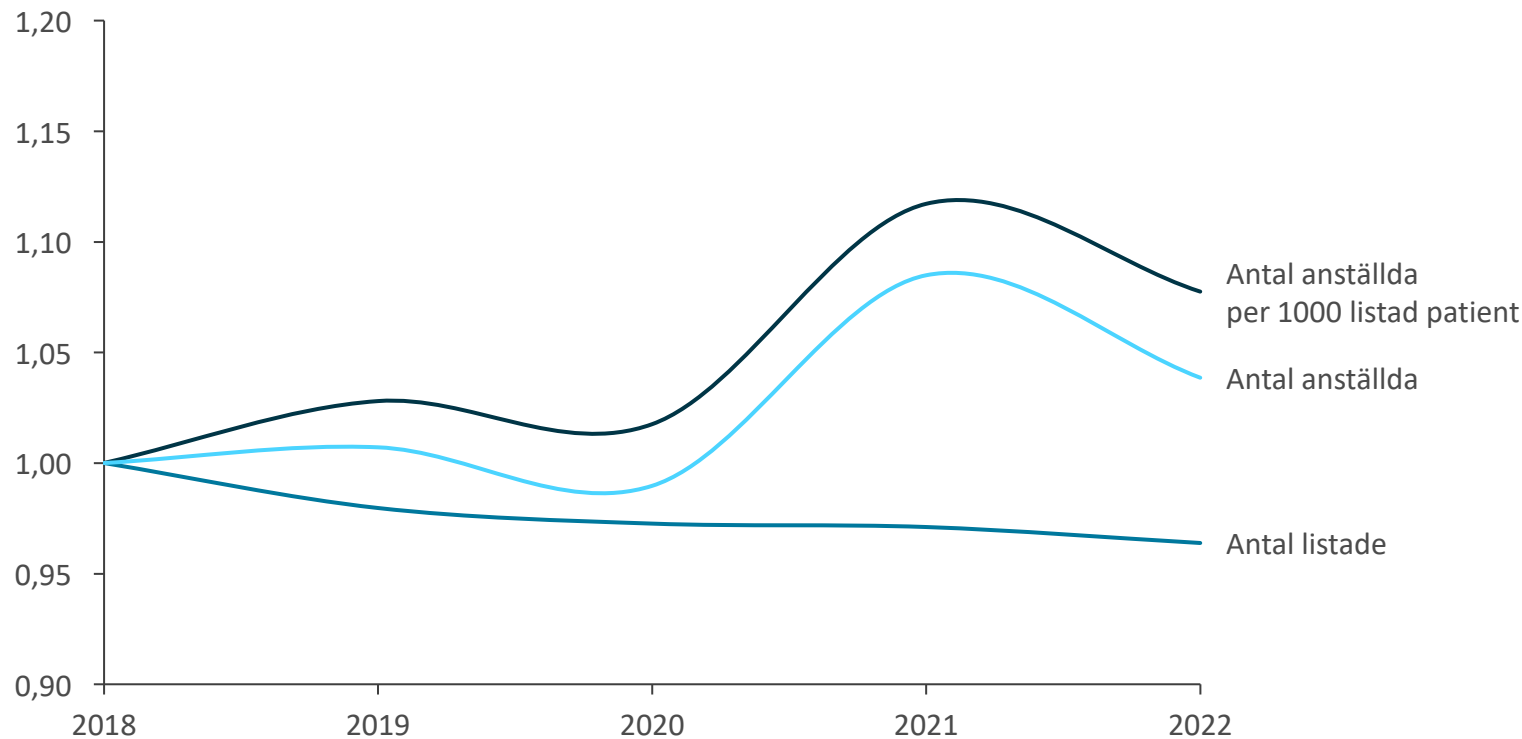
Källa: HR-data från Region Gävleborg, Årsredovisningar från privata vårdgivare, Sirona analys



Över tid har antal anställda ökat i egen regi trots att antalet listade har minskat; egen regi produktivitet har således försämrats de sista fem åren

Kostnader

Utveckling av antal anställda, egen regi, 2018-2022, indexerat



Kommentar

- Över tid har antalet anställda per 1000 listad patient ökat inom egen regi
- Detta då antalet anställda ökat samtidigt som antal listade minskat
- Bemanningen har alltså ökat inom den egna regionen trots färre listade patienter
- Detta påverkar det ekonomiska utfallet när antal listade minskar (som är ersättningsgrundande) och antalet anställda ökar (kostnadsdrivande)



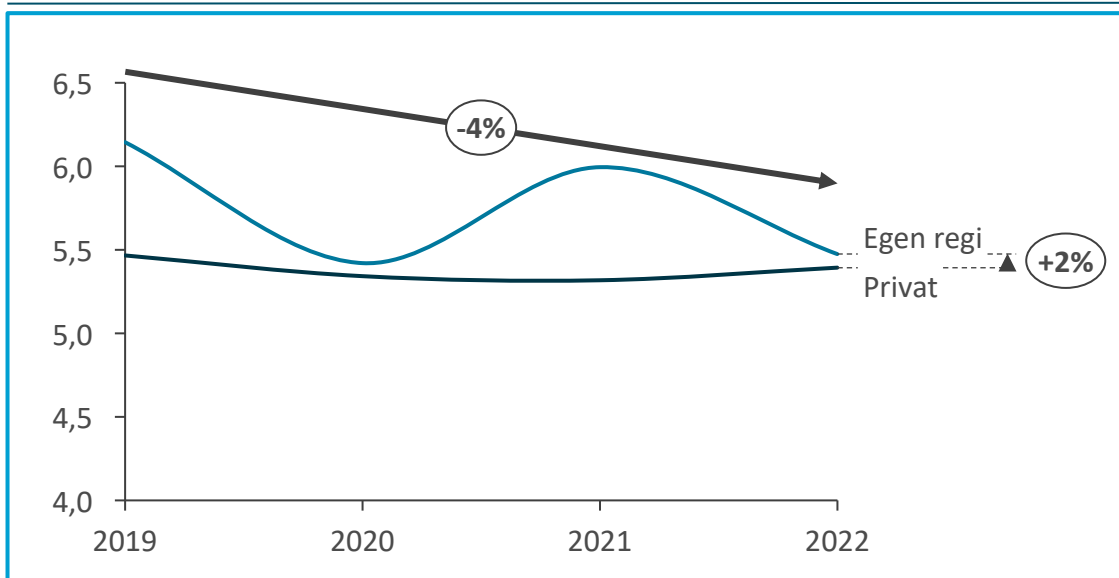
Skillnader i produktivitet kan delvis bero på sjukfrånvaro: privata hälsocentraler har generellt lägre sjukfrånvaro bland sin personal, där senaste jämförelser visar att **privat sektor generellt har 25% lägre sjukfrånvaro** än inom regionerna (alla medarbetarkategorier inräknat)



Besök per patient har minskat inom egen regi och är 2022 på liknande nivåer som i privat regi; ökningen i anställda har inte ökat produktionen (här mätt som antal patientbesök)

Kostnader

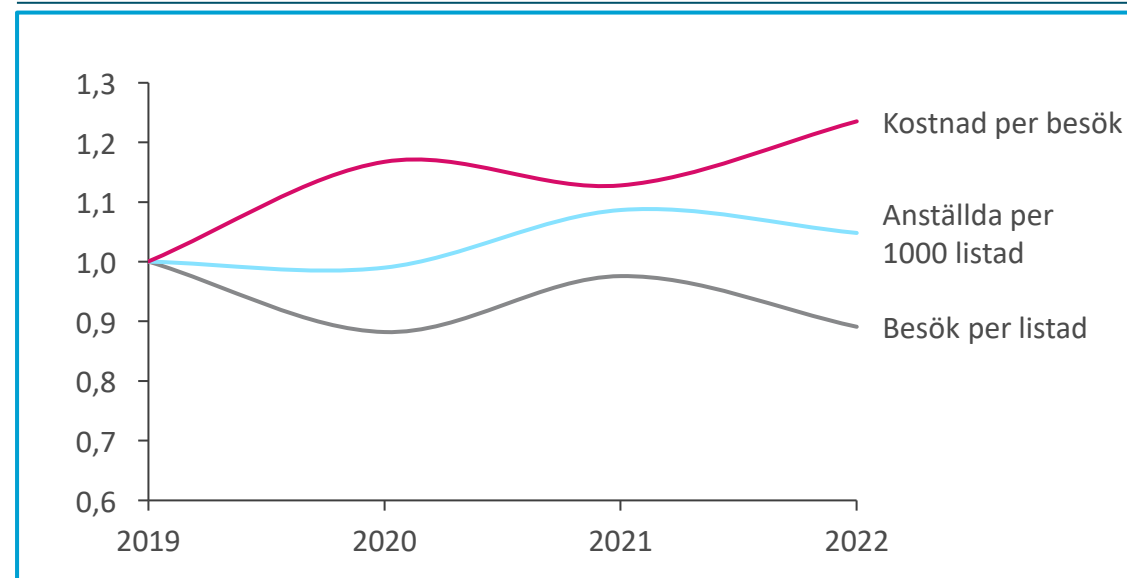
Antal besök per listad patient, egen och privat regi, 2019 – 2022*



Kommentar

- Antal besök per listad patient inom egen regi har minskat med en genomsnittlig årlig minskning om 4 procent
- För de privata har utvecklingen varit mer slät och uppgår till liknande antal som i egen regi i 2022 (cirka 5,5 besök per patient)
- Med besök avser här fysiska besök samt distanskontakter (telefon, video, skrift) exklusive vaccination

Utveckling per mått, egen regi, 2019 – 2022, indexerat



Kommentar

- I egen regi har man en bemanning som inte speglar patientefterfrågan vilket kan tydas i att antalet anställda ökar trots att antalet besök per listad patient minskar
- Detta är en bidragande faktor till att kostnaderna ökar när bemanningen inte anpassas till behovet i form av antal besök och listade patienter

* Saknas data för 2018 för hälsocentraler i privat regi

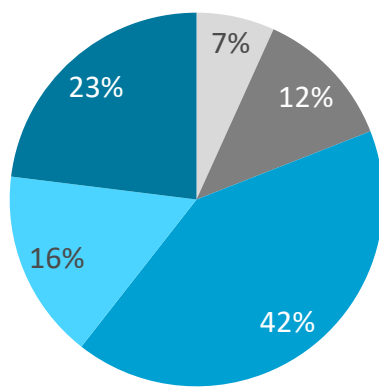


De återkommande ekonomiska underskotten drivs av att egen regi hälsocentraler bland annat har ökande kostnader för hyrpersonal och att produktiviteten är sämre än för de privata

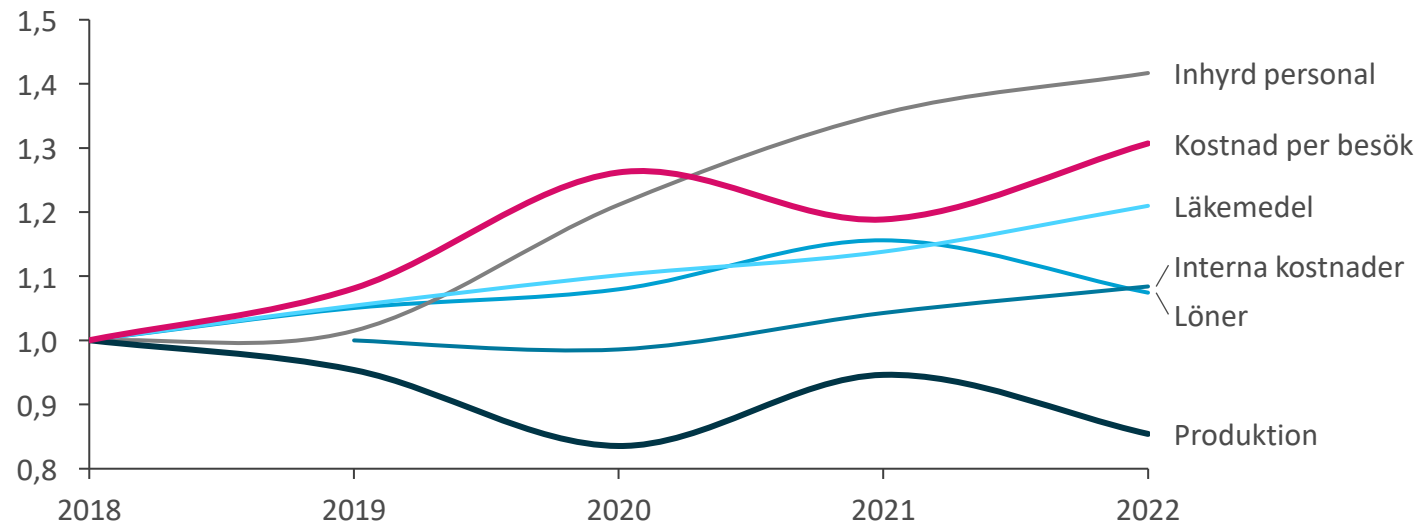
Kostnader

Kostnadsfördelning, egen regi, 2022, 100% = 1 110 mSEK

Interna kostnader* Inhyrd personal
Läkemedelskostnader Annat*
Löner



Produktions- samt kostnadsutveckling per största kostnadsposter, egen regi, 2018 – 2022**, indexerat



Kommentar

- Kostnaderna för hälsocentralerna inom den egna regin har ökat trots att produktionen minskat; vilket delvis är på grund av en bemanning som inte speglar patientefterfrågan
- Sett till de andra större kostnadsposterna (inhyrd personal, interna kostnader och läkemedel) ökar dessa under perioden 2018 – 2022 trots svängningar i produktion
- Inom den egna regin synes ingen anpassning av kostnader givet en reducerad output. Detta, i tillägg till ett minskat antal listad patienter, visar på en ineffektiv kostnadshantering där kostnader ökar eller behålls oförändrade samtidigt som behov och antal listade patienter (ersättningsgrundande) minskar

* Interna kostnader avser sådant som internt köpt vård, interna hjälpmedelskostnader, interna lab och röntgentjänster, interna lokalhyror, interna avtal- och konsulttjänster, förvaltningsinterna kostnader/bidrag m.m. i enlighet med regionens egna uppdelning. Inom Annat ingår Sjukvårdsartiklar/medicinskt material, övriga personalkostnader, övriga verksamhetskostnader, övriga verksamhetsnära kostnader, lokal- och fastighetskostnader, Lab/röntgen/operationstjänster, köpt vård, interna finansiella poster, finansiella kostnader och avskrivningar.

** Produktion avser besök och distanskontakter (video, telefon, skrift) exklusive vaccination. Interna kostnader uppkom som kostnadspost efter 2018, därför illustreras utvecklingen 2019-2022

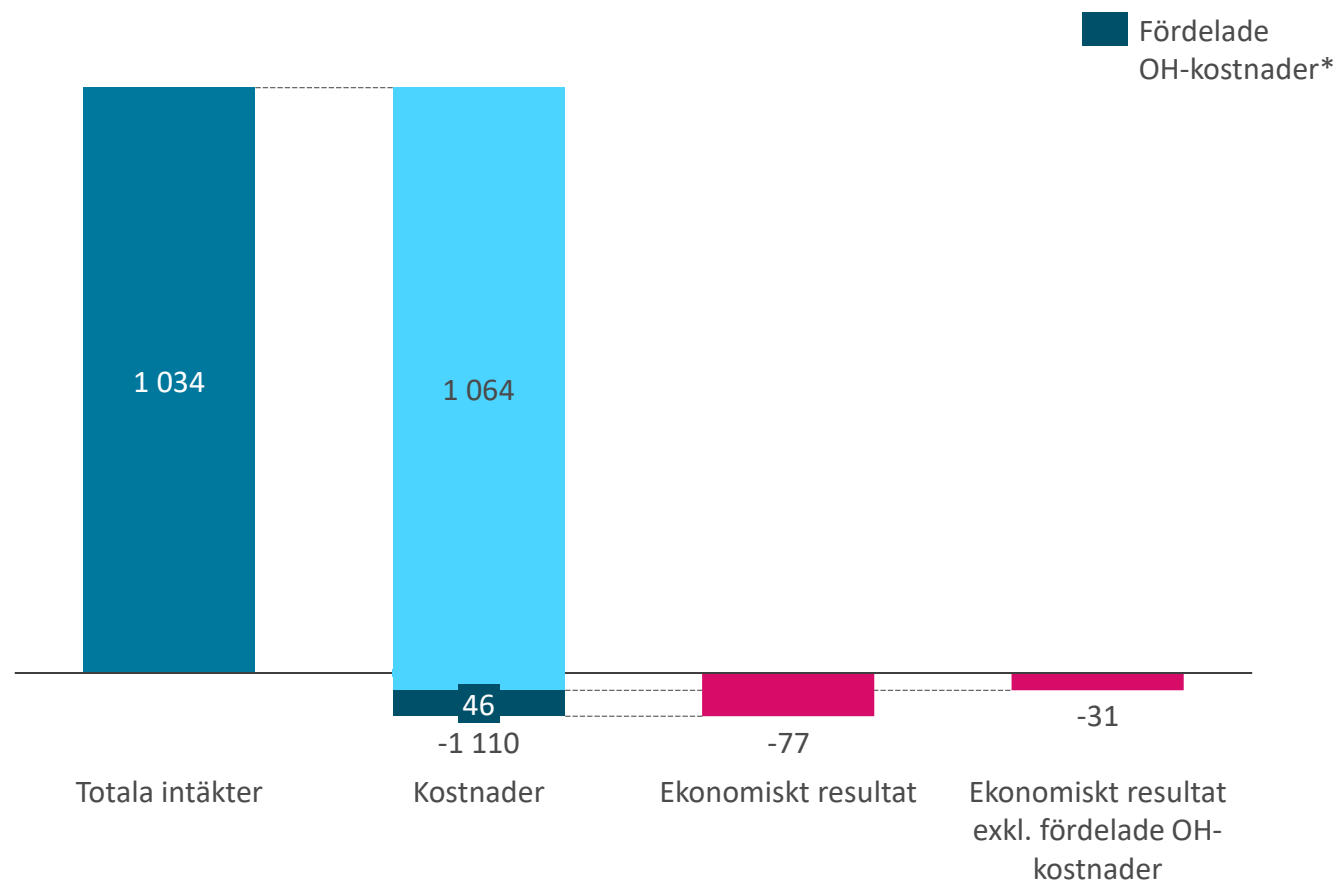
Källa: Hälsovalskontoret i Region Gävleborg, Ekonomidata från Region Gävleborg, Sirona analys



Overhead (OH) kostnaderna som regionen fördelar på hälsocentraler i egen regi utgör en mycket liten del av de totala kostnaderna och är inte huvudförklaring till underskotten

Kostnader

Redovisning av ekonomiskt resultat med fördelade OH-kostnader, hälsocentraler i egen regi, miljoner SEK, 2022



Kommentar

- De fördelade OH-kostnaderna utgör cirka 4 procent av de totala kostnaderna
- Skulle dessa tas bort eller reduceras minskar underskottet, men kvarstår fortfarande
- Trots OH-kostnadernas mindre påverkan på det ekonomiska underskottet är det många hälsocentraler som ser det som ett problem vilket följaktligen kan påverka kulturen och den ekonomiska inställningen på hälsocentralen

"Inom primärvården i egen regi är man bunden till overheadkostnader. Man får dela kostnader för andra vårdenheter inom regionen och vi kan inte göra någon förändring fast att vi ser att förändring behöver göras."

- Enhetschef på hälsocentral i egen regi



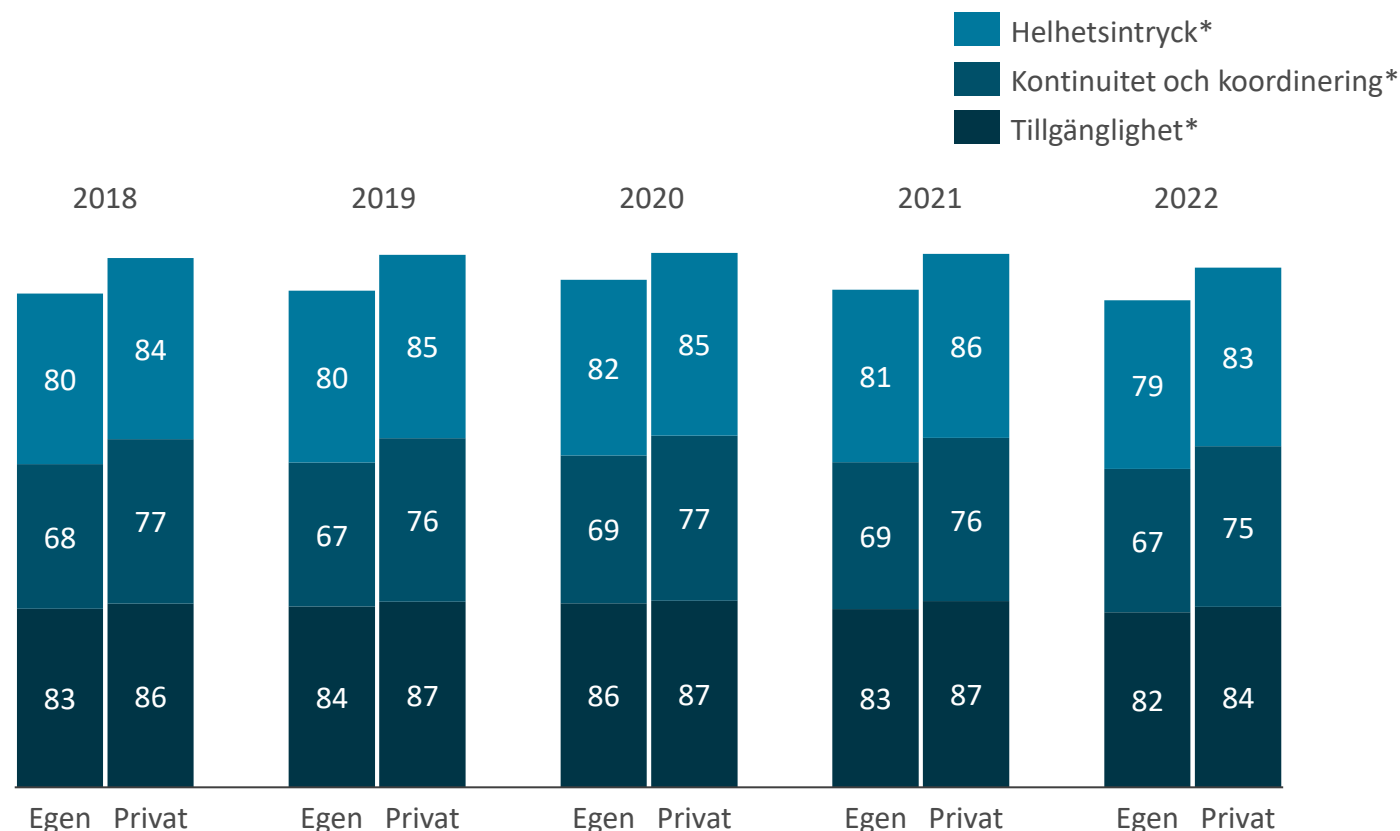
* Kostnadsposten för de fördelade OH-kostnaderna blev en del av interna kostnader efter 2018. Det som illustreras är kontoposterna Intern hyra, IT-utrustning samt Interna avtals- och konsulttjänster. Dessa är betydligt större än vad som redovisades som fördelade OH-kostnader i 2018, men innehåller kostnaderna för de fördelade OH-kostnaderna. De faktiska kostnaderna för de fördelade OH-kostnaderna är därför mindre än vad som illustreras ovan.



Underskotten kan *inte* förklaras av bättre patientnöjdhet eller patientupplevd kvalitet; tvärt om har hälsocentraler i *privat* regi återkommande bättre patientnöjdhet

Egen regi har lägre patientnöjdhet gällande tillgänglighet, kontinuitet och helhetsintryck

Poäng för olika kategorier grupperat efter hälsocentraler i egen jämfört med privat regi, 2018-2022



Kommentar

- Nationella patientenkäterna visar undersökningar av patientupplevelser inom bland annat primärvården. De undersöker och bedömer primärvården utifrån olika dimensioner.
- Diagrammet visar medelvärdet av dimensionspoängen för dimensionerna **helhetsintryck**, **kontinuitet och koordinering** samt **tillgänglighet*** grupperat för hälsocentraler i egen och privat regi inom regionen för respektive år mellan 2018-2022.
- Enligt nationella patientenkäter bedömer patienter att kvalitén hos de privata hälsocentralerna är högre än för hälsocentraler i egen regi inom regionen.
- Hälsocentraler i egen regi har inte högre kvalitet än de privata hälsocentraler vilket gör att de ekonomiska underskotten inom egen regi inte kan förklaras av högre kvalitet.

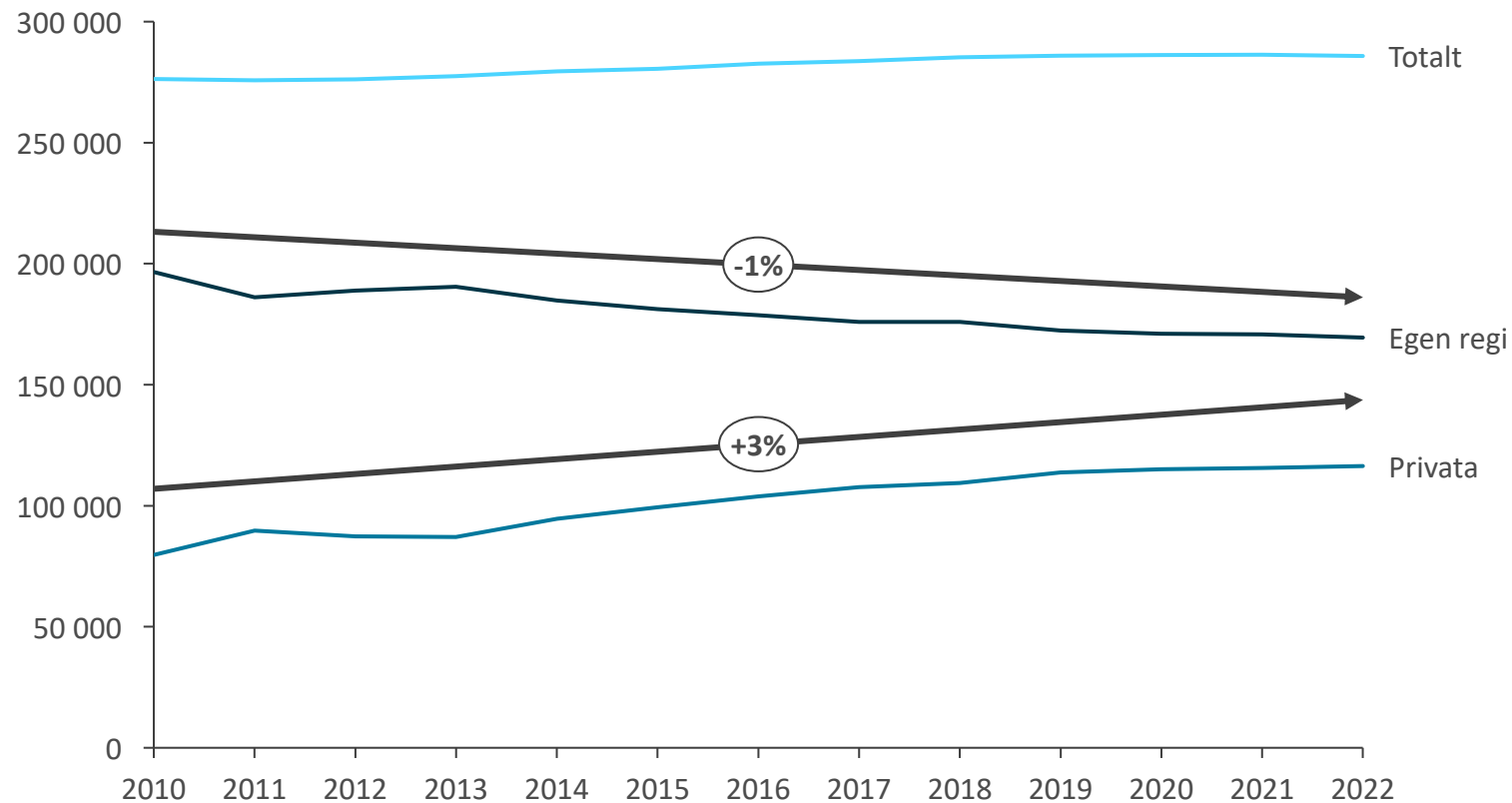
* **Helhetsintryck** - Belyser patienters upplevelse av vården som helhet, övergripande förväntansstyrda faktorer, upplevs effektivitet och upplevt utfall samt omhändertagande och trygghet. **Kontinuitet och koordinering** - Belyser hur väl patienters vård samordnas internt och externt, hur patienten upplever personalens förmåga att samarbeta med varandra i relation till patienten. **Tillgänglighet** - Avser närhet, kontaktvägar och personalens tillgänglighet för patienten och patientens anhöriga.



Antalet listade patienter inom egen regi minskar, patienterna väljer fritt enligt LOV och föredrar att lista sig hos de privata hälsocentralerna

Intäkter

Antal listade patienter, egen och privat regi samt totalt, 2010 - 2022



Kommentar

- Antal listade patienter på hälsocentraler inom egen regi har under perioden 2010 – 2022 minskat i genomsnitt med 1 procent per år
- Samtidigt har motsvarande siffra ökat hos hälsocentraler i privat regi med 3 procent per år
- Eftersom att totala antalet listade inte ökat i en betydande takt innebär detta att hälsocentraler i egen regi har tappat listade patienter till de privata



Patienter har valfrihet och ersättningen ger lika förutsättningar för alla hälsocentraler, men myter finns om att privat regi har enklare patienter eller tillskansar sig mer intäkter

Insikter från intervjuer gällande inom hälsocentraler i egen och privat regi



Hälsocentraler i **egen regi** upplever att de tar emot **bredare och mer heterogen patientgrupp**, att de har ett uppdrag att **ge vård till hela samhället** och att de **inte kan selektera patienter [men tror att privat regi gör det]** baserat på ekonomiska eller andra kriterier.

Dock stöds inte detta av fakta: Sironas analys visar att patientunderlaget är likartat bland egen regi och privat regi, ingen har rätt att avvisa en uppled "svår" patient ifrån att lista sig och ersättningen är lika för patienter med samma vårdtyngd, socioekonomisk profil och ålder, eftersom forskningen visar att detta är de variabler som påverkar patientbehov/efterfrågan mest.



Inom primärvården **har patienter möjlighet att lista sig vart de vill**, vare sig det är en hälsocentral i egen eller privat regi. Det är **lik ekonomisk ersättning för alla hälsocentralerna i Region Gävleborg** (se detaljer i Sironas analys) och ingen fakta stödjer att privata selekterar patienter.



Hälsocentraler i **privat regi** upplever tydligt att de **konkurrerar om att få fler och ha nöjda patienter** och att de därför lägger vikt på att bemöta och anpassa sig till patienternas behov och önskemål. De är tydliga med att de fokuserar både på **tillgänglighet, bemötande och patientnöjdhet** för att behålla och attrahera patienter.

Privat regi har även ett tydligt fokus på **medarbetarnöjdhet**. Vårdföretagarnas nationella undersökning *Fakta och statistik om den privat drivna vård- och omsorgsbranschen* visar att **medarbetare är mer nöjda i privat regi verksamhet**. En annan undersökning ifrån St.Görans Sjukhus (privat regi akutsjukhus) visar att medarbetarna där är mer nöjda än de som arbetar inom regionens egen regi akutsjukhus.

Ett urval av citat från intervjuer

"De privata försöker segmentera sitt kundklientel, man har marknadsföringsenheter som hjälper de med marknadsföringskampanjer." [Sironas observation: Fakta som har kommit fram stödjer inte selektion]

- Representant inom Region Gävleborg



"Ingen typisk patientprofil. Vi har en demografi, CNI på 1,1 som är ganska medel. Man får mer pengar för högt CNI men det kräver också mer resurser. Vi tackar inte nej till patienter som vill lista sig"

- Verksamhetschef på hälsocentral i privat regi



"VO Ljusdal är mest glesbygd och det finns en anledning till att det finns färre privata där. Vi i egen regi har tilläggsuppdrag för glesbygden." [Sironas observation: En annan möjlig förklaring är att patientunderlaget är för begränsad för en fjärde hälsocentral att etablera sig i kommunen]

- Representant inom Region Gävleborg



Intervjuade chefer både i egen och privat regi primärvård pekar på skillnader i organisation och styrning som troliga orsaker till det sämre ekonomiska resultatet för egen regi

Organisation och struktur



Egen regi



Organisationsstrukturen för primärvården påverkar underskotten för egendrivna hälsocentraler bedömer cheferna i egen regi



Vissa av de intervjuade bedömer att avskaffandet av egen förvaltning ledde till tappat fokus på ekonomi och resurskontroll och sämre stöd för chefer på hälsocentralen, vilket ökade ineffektivitet och ledde till bristande styrning. Nu har egen regi en gemensam chef som är ansvarig för ca 26 enheter.



Egendrivna hälsocentraler lägger tid på att ifrågasätta situationen samt att överväga möjligheter att erhålla extra resurser eller förändra andra faktorer (inklusive de som är utanför egen kontroll)



Privat regi



Privat drivna hälsocentraler har en platt organisationsstruktur där verksamhetschefen har eller upplever sig ha ett större ansvar för att fatta snabba beslut och säkra resultat



Privata hälsocentraler analyserar kontinuerligt sina kostnader och optimerar användningen av tillgängliga resurser



Om en chef i privat regi verksamhet inte säkrar resultat så kommer enhetens chefer eller ägare att vidta åtgärder – både beslut och avsaknad av beslut får konsekvenser

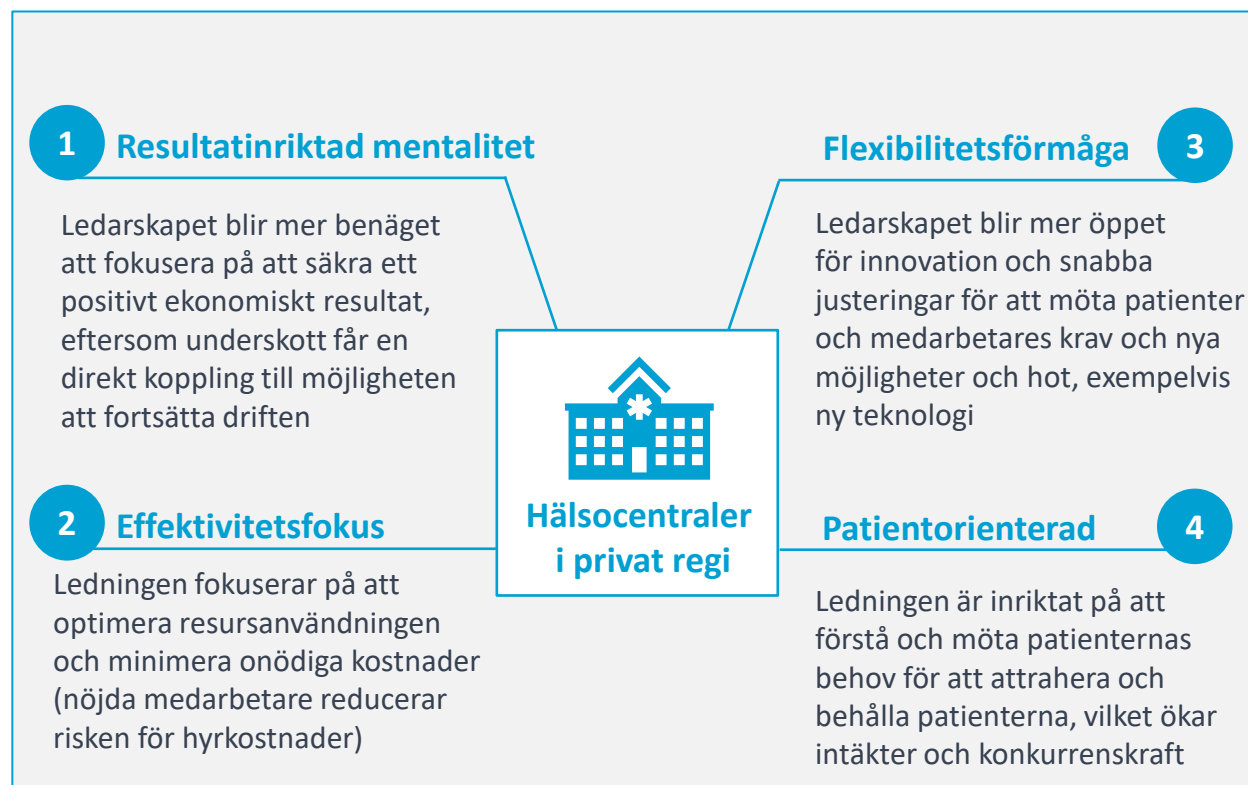
Den nuvarande organisationsstrukturen för regionens primärvård kräver en tydligare styrning med ökat ekonomiskt fokus, alternativt samma organisationsstruktur men att varje enhetschef får eller upplever sig få ett större mandat för att fatta beslut och vidta tydligare åtgärder för bättre ledning och styrning. Chefer för hälsocentraler i egen regi har inte eller upplever att de inte har tydliga krav och riktlinjer för chefer, vilket skiljer sig från privata hälsocentraler. Enhetschefer upplever att de behöver starkare stöd ifrån sin chef för att uppfylla de uppställda kraven.



Hälsocentraler i privat regi har en mer målinriktad kultur än hälsocentraler i egen regi; det är starkare ledarskap, mer fokus på effektivitet och bättre anpassningsförmåga till förändringar

Kultur

Organisationskultur och effekter på ledarskapet inom hälsocentraler i privat regi



"Vi gör mycket övningar, medarbetare har föreläsningar, böcker osv. Enkla principer som man måste efterleva, och vi kontrollerar att de säkerställs. Tydlig kultur av att ta ansvar, vara en god kollega, vara uppmärksam, samarbetsanda."

- Verksamhetschef på hälsocentral i privat regi

“

"Inom egen regi är syftet att utnyttja varenda skattekrona för att få så bra vård så möjligt. De privata är smartare, raffinerade, [jag tror att de] hittar kryphål för att optimera ekonomiskt. De fokuserar självklart också på vård, men man går in med olika perspektiv."

- Enhetschef på hälsocentral i egen regi

“



Hälsocentraler i privat regi går med överskott och en samlad bedömning är att en tydlig styrning och engagerad ledning, snabba beslut och fokus på resultat gör skillnad

Styrning och ledning: Skillnader mellan hälsocentraler i egen drift jämfört med privat drift

Skillnader i hur hälsocentraler i egen och privat regi styrs och leds

Egen regi

1 Längre beslutsvägar

- VO chefer styr **över flera hälsocentraler och har ett antal enhetschefer** under sig som bedöms ge mindre tydlig delegation och förlängda beslutsvägar
- Hälsocentraler i privat regi har vanligtvis en verksamhetschef per hälsocentral som har ett tydligt och brett mandat

2 Längre ledtider

- **Långa beslutsvägar förlänger implementering av nya lösningar vilket** försvårar genomförandet av förändringar och förbättringar jämfört med privata regin
- Detta resulterar i en **mindre flexibel** verksamhet

”Internt går beslut fort. Men över mig som verksamhetschef kan det ta år innan beslut tas, vilket det inte gör hos de privata. De privata har mycket kortare beslutsvägar och cheferna har mer mandat.”

- Enhetschef på hälsocentral



Privat regi

1 Mer patientfokuserad och produktionsinriktad ledning

- Medarbetare **mäts ur olika parametrar**, till skillnad från hälsocentraler i egen regi (exv. patientnöjdhet, produktivitet)
- Vissa hälsocentraler i egen regi mäter exempelvis **ej produktion och effektivitet**

2 Starkare incitament, både ekonomiska och övriga

- Medarbetare får mycket medarbetaransvar och premieras i vissa fall även genom **bonussystem**
- Hälsocentraler i egen regi har inte möjlighet att erbjuda liknande bonussystem men satsar istället på **fortbildning**
- Incitament och belöningssystem inom privata hälsocentraler kan knytas till höga nivåer av patientnöjdhet och vårdkvalitet

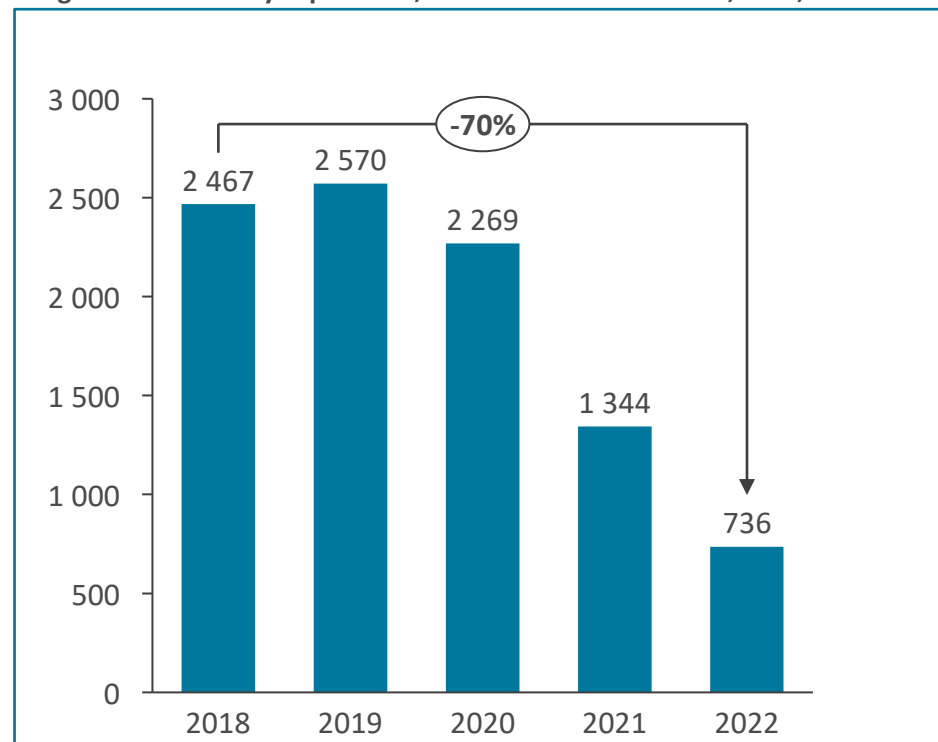
”Arbetsätt är något vi jobbar en del med, förändrat arbetsätt och jobba i team för att effektivisera. Jag tror att regionernas chefer i egen regi i stort utbildat sig för att se arbetsmiljön i första hand, inte produktion och effektivisering.”

- Enhetschef på hälsocentral



Hedesunda Färnebo är den hälsocentral i egen regi som har haft positivt ekonomiskt resultat alla år 2018-2022 och ledarskapet bedöms vara ett gott exempel på varför resultat uppnås

Årlig kostnad för inhyrd personal, Hedesunda hälsocentral, tSEK, 2018-2022



Framgångsfaktorer utifrån enhetschefens egen bedömning

- Involverat och engagerat ledarskap för hälsocentralen
- Minskat på onödiga kostnader utan att försämra kvalitet
- Satsat på en hållbar och sund arbetsmiljö för medarbetare

Bakgrund

- Hedesunda hälsocentral är den hälsocentral i egen regi inom Region Gävleborg som har haft positivt utfall varje år mellan åren 2018-2022. De har också störst genomsnittligt minskade årliga kostnader för inhyrd personal jämfört med de andra hälsocentraler i egen regi inom regionen.
- Förut gick hälsocentralen i underskott och arbetsklimatet präglades av dålig arbetsmoral. För att vända det har man satsat på att uppnå en god anda och arbetsklimat, god logistik och rätt delegation. Man satsar exv. på daglig styrning där personalen koordinerar istället för att endast utforma långa rutiner och arbetsbeskrivningar.

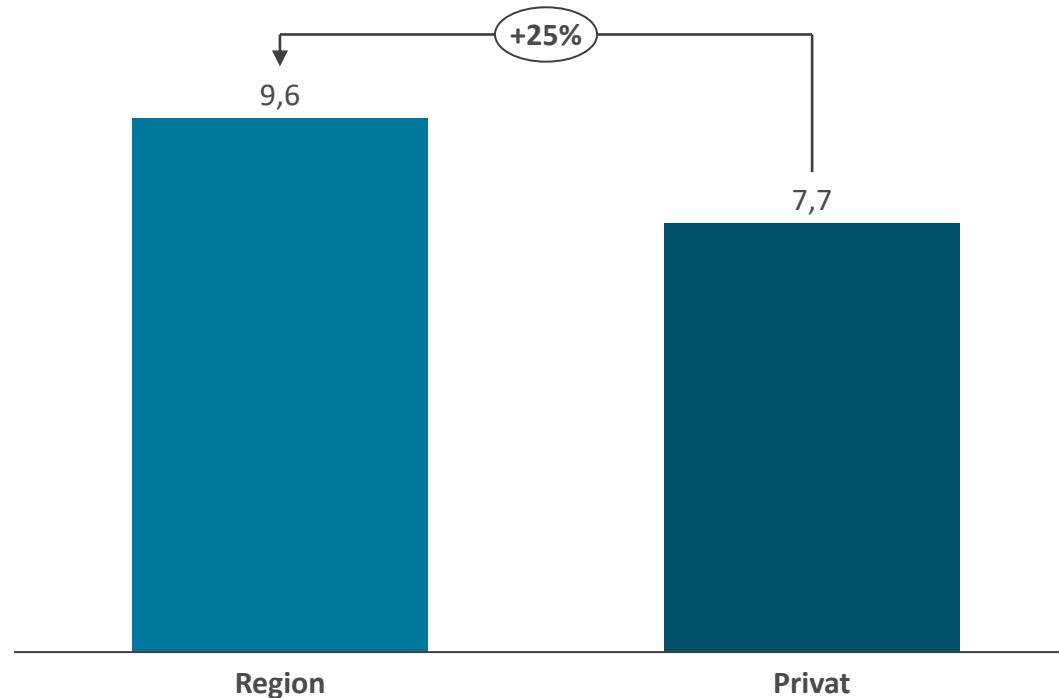
”Det är viktigt som verksamhetsenhetschef att stå mitt i verksamheten, följa upp och motivera. Det gör mycket när man lyckas uppnå en bra anda, en arbetsmiljö där medarbetare är tillgängliga och stöttar varandra. Lika viktigt är att ständigt skära på onödiga kostnader utan att tumma på kvalitet.”

- Enhetschef för hälsocentral i Region Gävleborg



Kostnaden för sjukfrånvaro är generellt större i offentlig sektor jämfört med privat sektor i Sverige (samlad data för Riket)

Genomsnittligt antal sjukskrivningsdagar* per sektor, 2021



Privat sektor generellt har 25% lägre sjukfrånvaro än inom regionerna (alla medarbetarkategorier inräknat)

* Sjukskrivningsdagar anger antal dagar med sjukpenningdag eller rehabiliteringspenning som ersätts från Försäkringskassan från och med dag 15 i sjukfallet. Siffrorna är på så sätt inte direkt jämförbara med det som presenteras på KOLADA, men ger en överblick hur förhållandet ser ut mellan privat och regional verksamhet. Dagarna är omräknade utifrån omfattning till att motsvara hela dagar och ett genomsnitt har tagits mellan kvinnor och män.

Källa: SKR, Försäkringskassan, Sirona analys



Sjukfrånvaron är relativt hög bland regionernas medarbetare; Region Gävleborg har 14 dagar sjukfrånvaro per anställd, vilket är under rikssnittet men högre frånvaro än Kronoberg

Den totala sjukfrånvarotiden, ackumulerad under året, genomsnittligt antal dagar per anställd* och andel (%) av ordinarie arbetstiden, 2022



Kommentar

- Region Gävleborg har en sjukfrånvaro som ligger under rikssnittet sett till samtliga regioner med 14 dagar i snitt. Lägst ligger dock Kronoberg där motsvarande siffra är 13 dagar.
- Genom att reducera sjukfrånvaro kan regionerna bland annat spara in på behovet av hyrpersonal som behöver täcka upp.
- Den totala vinsten i att reducera sjukfrånvaro berör förstås aspekter såsom samhällsekonomi, arbetsmiljö, produktion, övertidsersättning och sjuklön vilket tyder på en än större uppsida i att reducera sjukfrånvaron.
- Se rapporten *Personalen i välfärden* för en analys av sjukskrivning i privat sektor jämfört med offentlig sektor.



Innehåll

01 Sammanfattning

02 Bakgrund

03 Ekonomisk översikt av primärvården

04 Orsaker till underskott för hälsocentraler i egen regi

▶ **05 Åtgärder och nästa steg**



Åtgärder som kan lösa rotorsaken till underskotten rekommenderas, varför förändringar i ersättningsmodell, hälsovals krav eller nerläggningar inte rekommenderas

	Beskrivning	Konsekvenser	Risker/Möjligheter	
Förändringar i hälsoval (hälsovalshandboken)	En förändring i hälsovalet som motverkar underskotten, exempelvis att betala högre ersättning per patient i glesbygd	Problemen med ekonomiska underskott finns enbart i egen regi, och underskotten är inte kopplat till exempelvis små enheter eller kostnader i glesbygd. Därmed finns det ingen anledning att ändra kraven i hälsovalet och det finns ingen anledning att lägga ner hälsocentraler.	Denna åtgärd löser inte rotorsaken till underskotten i egen regi	
Förändringar i ersättningsmodell	En justering av ersättningsmodellen som hämmar de återkommande underskotten	Eftersom problemen med ekonomiska underskott enbart finns i egen regi, och analysen tyder på att problemet inte är kopplat till specifika patientgrupper eller olika medicinska relaterade kostnader eller resultat, så finns det ingen anledning att ändra ersättningsmodellen	Ersättningsmodellen är den samma både för egen regi och privat regi – löser inte rotorsaken till underskotten	
Åtgärdsalternativ A: Omställningsprogram för egen regi	Ett stödjande åtgärdsprogram som underlättar för hälsocentraler i egen regi att förbättra verksamheten och på sikt undvika ekonomiska underskott	- Patientnöjdhet – är betydligt sämre i dagsläget i egen regi - Medicinsk kvalitet – mäts inte per enhet i dag - Jämlik vård – troligtvis oförändrad	- Medarbetarnöjdhet – kan förbättras om åtgärder lyckas - Ekonomi – försämrad på kort sikt, möjlighet till förbättring på lång sikt, men ett åtgärdsprogram tar tid	Omfattande forskning visar att 2/3 av alla omställningsprogram misslyckas, tar lång tid och kräver betydande investeringar (i både externa och interna stöd).
Åtgärdsalternativ B: Försäljning och framtida drift i privat regi	Försäljning av egen regi drift hälsocentraler till privat regi	- Patientnöjdhet – troligtvis förbättrad om nuvarande resultat bibehålls - Medicinsk kvalitet – oförändrad - Jämlik vård – oförändrad	- Medarbetarnöjdhet – oförändrad eller förbättrad - Ekonomi – Sironas experter gör bedömningen att en försäljning kan genomföras	Kan effektivt lösa regionens underskott, men det finns risker. Finns det ett egenvärde i att behålla egen regi drift? Det finns intresserade köpare, men kvarstår de om politisk oenighet finns?
Åtgärdsalternativ C: Fördjupad analys av vissa frågor innan beslut om A eller B	Djupare analys kan genomföras av bland annat - Värdet av egen regi, utöver den lägre nyttan och högre kostnaden som egen regi i nuläget representerar för patienter, medarbetare och skattebetalare - Optimalt antal hälsocentraler/utbudsnoder i regionen - Djupare analys av skillnader i patientnöjdhet och medicinsk kvalitet - Fördjupad konsekvensanalys och riskanalys av A och B och möjligheter för dialog och reflektion innan beslut om huvudspår A eller B väljs			Analysen kan ge en fördjupad insikt och kan således informera val av A eller B. En fördjupad analys kan bidra till att bygga konsensus kring nästa steg. Se detaljer på följande sidor.



Åtgärdsförslag rörande bolagisering/egen förvaltning kommer inte lösa rotorsaken till det ekonomiska problemet, men kan analyseras som en del av en fördjupad utredning

*Bolagisera egen regi
hälsocentraler i 26 separata
bolag (en per hälsocentral)*



Detta kan övervägas om **regionens ledning gör bedömningen att en bolagisering i sig kan öka transparensen** och utgöra ett mer **effektivt verktyg för att skapa en press eller en hävstång** för att genomföra förbättringar.



Ger inte någon direkt konsekvens för nuvarande chefer och medarbetare; och ger kostnader kopplade till omstrukturering

*Sätta primärvården som en
egen förvaltning*



Kan övervägas om regionen gör bedömningen att gå tillbaka till en egen förvaltning ger **konkreta effekter för ledarskapet samlat eller vid varje hälsocentral**, exempelvis att det skulle skapa bättre ledning och styrning, antingen centralt eller lokalt, eller att det skulle **etablera tydligare krav och mer enhetliga utvärderings- och uppföljningsmått**



Påverkar i mindre utsträckning nuvarande enhetschefer och medarbetare; kostnader kopplade till omstrukturering och tröghet i organisationsförändringar
Kommer inte i sig ta bort rotorsaken till de ekonomiska problemen, men kan underlätta



Regionen bör överväga två huvudalternativ: A (omställning) och B (försäljning); nästa steg kan vara ett tilläggsuppdrag som utreder dessa alternativ närmare innan ett beslut fattas

A: Omställningsprogram för egen regi

Löser troligtvis inte rotorsaken till ekonomiskt underskott

Sironas bedömning är att det inte finns grund för att förvänta att trenden kan vändas snabbt, även om regionen skulle göra stora investeringar i att försöka vända egen regis underskott.

Detta eftersom styrning och ledning är en strukturell fråga som alltid kommer att kvarstå, och det är svårt att vända både patientnöjdhet och medarbetarnöjdhet

Sätta primärvården som en egen förvaltning

Sironas bedömning är att detta sannolikt inte kommer leda till en omvändning av underskottet, eftersom det i mindre utsträckning påverkar enhetschefer och medarbetare

Bolagisera egen regi hälsocentraler i 26 separata bolag (en per hälsocentral)

Sironas bedömning är att detta troligtvis inte kommer att ha önskad effekt i A, men det är troligtvis ett nödvändigt eller önskat steg om alternativ B väljs

B: Försäljning och framtida drift i privat regi

Detta kommer lösa regionens underskott och bedöms kunna spara skattebetalarna för över 500 miljoner över den närmsta femårsperioden:

- Tar bort underskott i egen regi (var 463 miljoner de senaste 5 åren)
- Engångsintäkter ifrån försäljning av nuvarande egen regi hälsocentraler
- Skatteintäkter för staten ifrån bolagsskatt som betalas av privat regi enheter

Nästa steg är att ta fram ett underlag för hur detta kan genomföras

C: Fördjupad analys

Bistår regionen med nödvändigt underlag som ger fördjupade insikter inför beslut om A eller B:

C1: Djupare analys av patientkomplexitet och patientunderlag

C2: Djupare analys av hälsocentraler gällande uppföljning av medicinsk kvalitet

C3: Djupare analys av egenvärde av att ha egen regi hälsocentraler

C4: Omvärldsanalys och dialog för att uppnå större grad av samsyn i vilka alternativ som bäst löser regionens vision och mål



Alternativ A: Ett omställningsprogram för hälsocentraler i egen regi bör utredas närmare, både kostnader för att genomföra programmet och hur snabbt ekonomiska underskott kan vändas

Åtgärdsalternativ A

Exempel på åtgärder som kan genomföras inom ett stöttande åtgärds paket



- *Skapa en gemensam förståelse för utmaningar, möjligheter och krav, ta bort myter och missförstånd, skapa gemensam plattform för att genomföra förbättringar*



- *Investera i att förbättra och förtydliga ledarskapet*



- *Incitamentsprogram där chefer och medarbetare får extra ersättning om resultat nås och konsekvenser om resultat inte nås*



- *Utbildning och fortbildning av personal: Investera i personalens utveckling för att öka deras ledarskap, patientrelaterade kompetenser och effektivitet*



- *Standardisera och använda gemensamma metoder, verktyg, system och processer för att mäta och förbättra produktivitet samt utöka samarbete*

Sirona har omfattande erfarenhet av att genomföra liknande analyser och genomförande av förbättringsprogram och mer information kan delas

Huvudfrågor att analysera vidare, innan eller efter beslut tas om att genomföra A:

- Hur snabbt kan effekter ses?
- Hur stora blir effekterna?
- Vad blir genomförandekostnaderna av ett stöttande åtgärds paket? Vilka investeringar behövs?
 - Vilka kompetenser behövs?
 - Vilka interna resurser kommer frigöras för att stödja genomförande?
 - Vilka externa kompetenser kommer erbjudas för att stödja genomförande?
- Är det lagligt (enligt EU's konkurrenslagstiftning) att ge så stora extra medel (subventioner) till egen regi verksamhet med tanke på de konkurrensvridande effekter det har? (Lagstiftningen framhåller att det ska vara likabehandling av egen regi och extern regi verksamhet)
- Hur säkras att effekterna bibehålls över tid för att undvika återkommande underskott?



Alternativ B: Att sälja hälsocentraler till privata aktörer är ett möjligt alternativ som bör utredas närmare

Åtgärdsalternativ B: Försäljning och framtida drift i privat regi

Alternativet att **sälja nuvarande egen regi hälsocentraler** till privat regi aktörer bedöms kunna ge intäkter direkt vid försäljningen som signifikant överstiger kostnaderna med att genomföra försäljningen, **trots att enheterna i nuläget går med underskott**. Den ekonomiska effekten för regionen (skattebetalarna) förväntas bli positiv redan 2025, utöver det faktum att regionen garanterat blir av med nuvarande underskott (senaste 5 åren) om 463 miljoner, 172 miljoner år 2023. När verksamheten har sålts står den privata ägaren som ansvarig för alla risker och kostnader vid fortsatt drift.

Effekten för **patienter och medarbetare förväntas bli positiv**, i linje med nuläget.

Detta alternativ kommer lösa regionens underskott och **bedöms kunna bespara skattebetalarna för betydande kostnader** över den närmsta femårsperioden. Frigjorda underskott och nya intäkter ifrån försäljningen kan användas exempelvis till investeringar i förebyggande och hälsofrämjande insatser, investeringar i trygg hemgång, eller reducerade återinläggningar för äldre. Dessa investeringar ger bättre hälsa och vård och minskar regionens kostnader. Alternativt kan frigjorda medel användas till att reducera andra underskott inom regionen eller till reduktioner i invånarnas skatter (underskottet år 2023 om 172 miljoner motsvarar 600 kr i skatt per invånare, mer per skattebetalare).

Exempel på möjliga intressenter (både existerande och nya i regionen)



PREMİCARE



Exempel på nyckelfrågor att utreda antingen innan beslut om huvudalternativ tas, eller efter beslut:

- Finns det ett egenvärde i att behålla egen regi drift? Hur stort är detta värde och är det så stort att Alternativ A är bättre?
- Alla övriga nordiska länder (Danmark, Norge, Finland) har all drift av primärvård i privat regi (med statlig/regional *finansiering*) – vilka lärdomar kan Region Gävleborg dra av detta inför och efter en försäljning?
- Ska alla egen regi säljas i detta alternativ eller bara vissa hälsocentraler?
- Vad blir den förväntade ekonomiska effekten av att sälja, med tanke på underskotten i nuläget?
- Vilka förutsättningar krävs för genomförande? Exempelvis; bör regionen bolagisera egen regi hälsocentraler i 26 separata bolag som steg 1 i genomförandet?
- Vad händer om privat regi går i konkurs? Ska regionen då träda in och ta tillbaka i egen regi eller låta enheten säljas vidare till en annan aktör som har ekonomiska överskott? Ska särskilda krav kring detta läggas nu innan försäljning?
- Hur kan en strategi sättas upp som ger bäst ekonomiskt utfall men inte tummar på tillgänglighet?



En fördjupad analys rekommenderas av både alternativ A och B, inklusive egenvärdet i att fortsätta i egen regi, patientresultat och medicinsk kvalitet, innan ett beslut fattas

Åtgärdsalternativ C – extra analyser utöver de som beskrivs under A eller B på föregående sidor

C1: Djupare analys av patientkomplexitet och patientunderlag

- Finns det någon form av underlag som tyder på att privat regi visar bort komplexa patienter och således selekterar sitt patientunderlag?
- Finns det några indikationer på att egen regi har svårare patienter, eller ger bättre stöd till patienter, trots nuvarande faktaunderlag som visar att vårdtyngden, socioekonomi och ålder är likvärdigt?
- Är citat ifrån intervjuer enbart myter och upplevelser, eller kan någon form av fakta hittas som stödjer upplevelsen av att privat regi har bättre resultat för att de "hittar kryphål" eller "skaffar högre intäkter, eller "inte tar sitt ansvar"?
- Geografisk lokaliseringsanalys för optimala vårdutbudsnoder – utvärdera patientunderlag för att minimera reseavstånd men ändå fastställa en hållbar ekonomisk situation

C2: Djupare analys av hälsocentraler gällande uppföljning av medicinsk kvalitet

- Vidareutveckla uppföljningen av hälsocentralerna i både egen regi och privat regi kan vara fördelaktigt oavsett regiform. Oberoende om man beslutar att fortsätta bedriva verksamhet i egen regi kan regionen lägga fokus på resultat och kvalitet, både patientupplevd kvalitet och medicinsk kvalitet, och på sikt kan regionen välja att ersätta inte bara för att en patient listar sig vid hälsocentralen, men även för att en hälsocentral har bättre patientnöjdhet eller medicinsk kvalitet (som i nästa steg leder till bättre vård/hälsa och kanske även reducerade kostnader för regionen)
- Kötider och tillgänglighet kan analyseras närmare med fakta för egen regi och privat regi
- Medicinska resultat kan med fördel analyseras närmare:
 - Exempelvis följsamhet till regionens riktlinjer för förskrivning av läkemedel och hjälpmedel, kostnader för laboratorieprov, andra prov, röntgen, antibiotikaförskrivning, mm
 - Akutsökmönster och återinläggningar på sjukhus (30 och 60 dagar) och tillhörande akutsjukvårdskostnader för regionen
 - Sjukskrivningar för patienter (exempelvis, är privat regi mer benägna att sjukskriva patienter)

C3: Djupare analys av egenvärde av att ha egen regi hälsocentraler

- Kan regionen utveckla ändamålsenliga ersättningsmodeller om man inte har kunskapen om egen regi verksamhet att luta sig mot?
- Vad händer om privat regi går i konkurs? Vem ska då träda in? Vad händer om privat regi driver upp priserna/ersättningen på något sätt, så att regionens kostnader ökar på sikt?
- Är det viktigt av andra orsaker att ta egen regi? Kan privata riva välfärdsfusk? Gör de det i dag? Är det privata som ligger bakom de uppmärksammade fallen där äldre utsätts för bedrägeri efter besök i primärvården? Finns det andra risker med att inte ha egen regi?

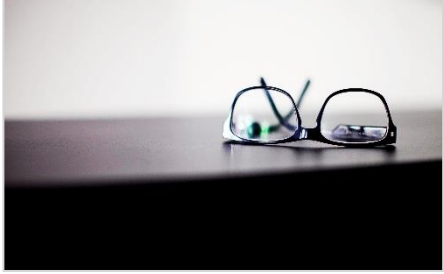
C4: Omvärldsanalys och dialog för att uppnå större grad av samsyn i vilka alternativ som bäst löser regionens vision och mål

- Finns det andra regioner i Sverige som enbart har privat regi? Vad kan regionen lära ifrån andra länder som uteslutande har privat regi, exempelvis Norge, Danmark, Finland?
- Kan olika tjänstepersoner och olika politiska partier ställa sig bakom B? Kommer intresserade köpare kvarstå om alternativ B inte skulle samla en bred politisk majoritet?





Sirona arbetar faktabaserat utifrån en gedigen genomförandemetodik med 10 grundprinciper



1. Solida *faktaunderlag* ska ligga till grund för alla våra analyser och rekommendationer
2. Samtliga *avgörande aspekter* ska alltid vara *tydligt, transparent* och *enkelt summerade* inför beslutsfattande av vår uppdragsgivare
3. Allt vi gör ska vara *spårbart*
4. Allt vi gör ska *kvalitetssäkras* i flera led
5. Vi förstår att *varje kund* är *unik* och kunden är både en *organisation* och en *person*
6. Vi vill vara kundens *långsiktiga partner*
7. Kommunikation och *transparens* ska genomsyra allt arbete
8. Vi fokuserar alltid på att *stödja, engagera* och *samarbeta* med samtliga involverade i ett arbete
9. *Uppföljning* och *feedback* för lärandets skull ska alltid praktiseras såväl inom Sirona, som från Sironas klienter till våra medarbetare och vår organisation som helhet, så att vi kan skapa ett *kontinuerligt lärande* för alla parter
10. Vi följer den *högsta professionella standarden* i allt arbete och *agerar alltid med integritet*

