

Vinstdrivna sjukhus

Är fallet S:t Görans färdigbehandlat?

FREDRIK BERGSTRÖM & JOSEFINA LUND



TIMBRO
HÄLSA

Innehåll

Förord, 2

Inledning, 5

1. KONKURRENS I SJUKVÅRDEN, 9

Positiva konkurrens effekter, 9

Negativa konkurrens effekter, 10

Översikt av forskningen, 11

2. S:T GÖRANS SJUKHUS OCH DESS ÄGARE CAPIO, 13

3. PRIVATISERING OCH EFFEKTIVITET, 15

Likheter och olikheter med andra sjukhus – förutsättningar och behandlingar, 15

Priset, 17

Är S:t Görans mer kostnadseffektivt?, 19

Kostnader och resurser, 19

Produktivitet, 20

Diskussion, 21

Kvaliteten, 22

Ur patientens perspektiv, 22

Arbetsmiljömässiga aspekter, 23

4. AVSLUTANDE DISKUSSION, 25

Bilaga 1 DRG, en kort beskrivning, 28

Bilaga 2 Diagram, 30

REFERENSER, 33

Förord

Svensk sjukvård står inför utmaningar och förändringar som förutsätter djärvt nytänkande. Det kommer att krävas mer kapital för att möta den tekniska och farmakologiska utvecklingen. Det kommer att krävas bättre ledning och organisation för att kunna hålla kvar medarbetarna inom sektorn och samtidigt locka till sig nya. Det kommer att krävas nya incitamentsstrukturer för att åstadkomma effektivare sjukvård. Och, inte minst kommer, kommer allt mer aktiva och krävande vårdkonsumenter att sätta sjukvårdssystemet under tryck att förbättra tillgänglighet, bemötande och resultatredovisning.

Allt detta förutsätter nyfikna och experimenterande organisationer. Det är svårt att se hur framtiden kan mötas utan erfarenhetsutbyte mellan vårdens olika delar, och mellan offentliga huvudmän och privatägda aktörer. En ömsesidig lärprocess är helt nödvändig för att inte viktiga rön ska förbli outnyttjade.

S:t Görans sjukhus blev efter privatiseringen 1999 föremål för en starkt ideologiserad diskussion om vem som ska äga sjukhusen i Sverige. Inom andra offentliga områden har vi successivt kunnat se en allt starkare närvaro av privata aktörer – och de har för det mesta också bemötts positivt. Men S:t Görans sjukhus och privatisering av akutsjukvården har – framför allt från regeringen – länge mötts med kritik och motstånd.

Varför denna negativa inställning till privatiserade sjukhus? Finns övertygande erfarenheter – från Sverige eller andra länder – som talar emot ökad närvaro av privat kapital inom sjukvården?

Nej, sådan empiri har motståndarna inte kunnat visa, samtidigt som det finns erfarenheter från andra sektorer och från andra länder som i stället talar för en avmonopolisering av svensk sjukvård. Det är tillfredsställande att regeringen nu dragit rätt slutsatser av utvecklingen. Innebörden av förslaget i *Vårda vården – samverkan, mångfald och rättvisa* (SOU 2003:23) från utredaren Per-Axel Sahlberg, är att det historiska, ideologiska motståndet mot producentpluralism i sjukvården är föråldrat, och inte bidrar till att lösa dagens problem.

Det är ett positivt och rimligt förslag – men samtidigt radikalt. Det förflyttar – förutsatt att betänkandet blir praktisk politik – i ett slag debattfronten från utförande till finansiering. En logisk förflyttning, som skapar avsevärd intellektuell reda. Nu kan meningsutbytet inriktas på hur det nya svenska vårdlandskapet kan utformas så att en mångfald producenter tillsammans kan skapa bättre förhållanden för patienter och medarbetare.

När många av Sveriges sjukhus kan komma att ägas eller drivas av privata aktörer blir en viktig fråga hur en skapande helhet kan åstadkommas. Hur ska goda exempel tas tillvara? Hur ska det gemensamma lärandet utformas? Vilka ”affärsidéer” och incitament visar sig framgångsrika och stilbildande?

Och den långsiktiga debatten kommer naturligtvis inte att upphöra. Per-Axel Sahlbergs förslag kan tolkas som ett försök att genom en taktik av givande och tagande uppnå borgfred om sjukvårdens framtid. I vad mån regeringen här kommer att bli framgångsrik beror inte så mycket på partipolitiska positioner, som på hur väl den offentliga sjukvården förmår möta utmaningar i form av demografi, samhällsekonomi och förändrade värderingar.

För att ge ett kunskapsbaserat underlag till diskussionen om de framtida ägarformerna i sjukvården har Timbro Hälsa beställt föreliggande studie av Handels Utredningsinstitut (HUI). Rapporten – som utförts av Josefine Lund och Fredrik Bergström – bygger på redan tillgängliga studier av S:t Görans sjukhus och visar på intressanta likheter och skillnader mellan detta och andra jämförbara sjukhus. En av de mest slående skillnaderna är att S:t Görans sjukhus får mindre ersättning per patient (DRG) än andra sjukhus, men ändå klarar att leverera likvärdiga prestationer – i många avseenden till och med bättre. Här tycks S:t Görans produktivitet, uttryckt som genomströmning av patienter och fokusering på resultat, vara en viktig förklaring.

Landstingets revisorer antydde hösten 2002 i sin nya analys av S:t Görans vårdavtal att det innehåller moment som ger dem ett slags ”konkurrensfördelar” mot andra sjukhus. Sjukhusets ”DRG-glidning”, favörer i fråga om momskompensation m m, kan enligt revisorerna förklara en betydande del av S:t Görans försprång, och drar slutsatsen att med identiska villkor skulle S:t Görans sjukhus påtagligt behöva höja sitt DRG-pris.

Aktiv uppföljning från landstingens revisorer är viktig för att genomlys sjukvården. Här skulle aktiviteten behöva vara betydligt högre – och politiker och staber på ett helt

annat sätt intressera sig för revisionsrapporterna. I fallet S:t Görän tycks en förklaring till konkurrensläget vara att sjukhuset använt sin friare ställning till kreativa – och helt tillåtna – arrangemang för momshantering och hyresersättning. Landstingets egna sjukhusbolag har så vitt vi förstår samma möjlighet. En orsak till ”DRG-glidningen” är förmodligen att S:t Görän är bättre på att registrera vad man verkligen uträttar än de offentligt ägda sjukhusen.

Införandet av DRG-ersättning avsåg att premiera produktiva sjukhus. Sedan dess har incitamenten perverterats. Landstingen upptäckte att man inte hade råd att anlita hela produktionspotentialen. Då infördes produktionstak. Inte heller lönar sig ”lägsta pris” eftersom de mest konkurrenskraftiga producenterna sällan tilldelas större marknadsandelar. Fortfarande tänker beställarna snarare på ”balans” och på att bevara etablerade strukturer än på att släppa fram dynamik och nytt vårdresultat.

Lågt DRG-pris leder därför inte till större beställningar utan kan till och med tolkas som att ”är ni så effektiva finns nog ytterligare sparmöjligheter”. Är det då särskilt smart av en ”vinstdriven” aktör att fortsätta vara ”billig”?

Revisorsrapporten visar framför allt att den offentliga sjukvårdens redovisnings-system runt om i Sverige trots påtagliga förbättringar ännu har så stora brister att mer långtgående bedömningar av kostnader, resultat och konkurrenskraft är vanskliga. För att sjukvården ska kunna fortsätta att utvecklas är det av stor vikt att osäkerheten undanröjs och att trovärdiga, långsiktiga spelregler etableras. Vi hoppas att denna rapport från Timbro Hälsa bidrar till den utvecklingen.

Johan Hjertqvist

Fredrik Erixon

Timbro Hälsa

Chefekonom, Timbro

Inledning

I Sverige har vård, skola och omsorg länge varit nästan helt undantagna från konkurrens och haft enbart offentliga ägare. Under 1990-talet har detta dock förändrats. Med införandet av skolpeng blev friskolorna fler, och inom vård och omsorg har allt fler privata alternativ tillkommit.

Parallellt med denna utveckling har debatten om för- och nackdelar med ökad konkurrensutsättning varit livlig. En del har hävdats att konkurrensutsättning av vård, skola och omsorg inte är önskvärd, då den kan leda både till stigande kostnader och sämre kvalitet, medan andra har hävdats det motsatta.

En fråga som har diskuterats är om det alls är önskvärt med vinstdrivande företag i produktionen av vård, skola och omsorg. Kritikerna har riktat in sig på att det finns en risk att vinstdrivande företag inte kommer att avsätta alla resurser till verksamhet, vilket i sin tur innebär att patienterna, eleverna och de gamla inte erbjuds den bästa vården, utbildningen och omsorgen. De som hävdats att möjligheten att göra vinst är viktig har bl a menat att en förutsättning för ökad konkurrensutsättning är att det finns många aktörer som konkurrerar om att erbjuda god vård, skola eller omsorg. Om det inte är möjligt att erhålla tillräckligt stor vinst har privata aktörer inte incitament att verka på marknaderna för vård, skola och omsorg. Detta försämrar i sin tur konkurrenssituationen och marknadens funktionssätt. Man menar att det på en väl fungerande marknad inte heller kommer att uppstå några övervinster. Om vinst inte tillåts, men väl konkurrens, kan det leda till att privata aktörer tar ut vinst på ett indirekt sätt.

Inom vården har frågan om vinst debatterats under en längre tid. I och med att kommittén om vårdens ägarformer i februari 2003 lagt fram sitt slutbetänkande *Vårda vården* (SOU 2003:23) har ett delvis nytt klimat uppstått. Utredaren problematiserar vårdföretags behov av vinst och pekar på för- och nackdelar med lönsamhetskravet. På det hela taget framstår det dock som om behovet av lönsamhet inte längre betraktas som ett politiskt problem, vilket i så fall skulle innebära en markant positionsförflyttning jämfört med delbetänkandet *Vinst för vården* (SOU 2002: 31). Där förordades att i

akutsjukvården enbart driftsformer utan vinstintresse borde tillåtas och att den högspecialiserade vården, som bedrivs på universitets- och länssjukhus, skulle stanna i offentlig regi.

Slutbetänkandet förordar en lagreglerad separation av offentlig och privat finansiering. Inom den offentligt finansierade sjukvården föreslås att landsting ska kunna ta in entreprenörer för att driva alla slags sjukhus med undantag för region- och universitetssjukhus. Med dessa undantag ska sjukhus även kunna överlåtas till privata ägare (med konsekvenser för finansieringen enligt ovan).

Den fortsatta diskussionen kommer sannolikt inte främst att handla om behovet – eller lämpligheten – av vinst i sjukvården, utan om hur kravet på lönsamhet kan bli en drivkraft till effektivitet, kvalitet och utveckling. Det skulle i så fall innebära att det blir allt viktigare att analysera och granska resultatet av verksamheten. Det system- och företagsekonomiska perspektivet kan då få den uppmärksamhet det förtjänar och olika vårdproducenter och företagstyper jämföras för att belysa hur sjukvårdens måluppfyllelse kan utvecklas.

Ett problem med diskussionen om vinst i vård, skola och omsorg i allmänhet, och i vården i synnerhet, är att det finns få systematiska studier av vad som händer när man tillåter vinst inom dessa branscher. Ett intressant och relativt storskaligt exempel är S:t Görans sjukhus, som 1994 blev första akutsjukhus att drivas i aktiebolagsform.² År 1999 såldes S:t Görans till Capio, och blev därmed det första privatägda akutsjukhuset. S:t Görans är ett intressant studieobjekt då det inte bara är privat, utan också drivs inom ett börsnoterat vinstdrivande företag.

På lång sikt är det av vikt för alla, oavsett ideologisk utgångspunkt, att en god och kostnadseffektiv vård produceras. En viktig fråga i sammanhanget är således – mot bakgrund av Sahlbergs förslag – hur privata aktörer med vinstintresse kan bidra till detta.

Syftet med denna uppsats är att närmare studera S:t Görans Sjukhus – det största och mest spektakulära exemplet på privatisering inom vården.

² Andra bolagiserade akutsjukhus i Sverige är; Södersjukhuset AB, Norrtälje Sjukhus AB, Danderyds sjukhus AB, Huddinge Universitetssjukhus AB, och Lundby sjukhus AB. Sophiahemmet och Saltjöbadens sjukhus är till storleken mycket mindre, men drivs i privat regi. (Källa: Joachim Persson, HSI.) Helsingborgs Lasarett och Ängelholms Sjukhus har varit bolag, men Region Skåne har beslutat att de ska återgå till förvaltningsform.

Valet av S:t Görans Sjukhus som studieobjekt är dock inte oproblematiskt. Idealt borde man inkludera fler sjukhus för att kunna säga något mer generellt om effekterna av privata aktörer med vinstintresse i vården. Det är också en komplikation att S:t Görans Sjukhus inte verkar på en vanlig marknad med relativt många köpare och säljare. I stället finns det i princip bara en kund (Stockholms läns landsting). Detta innebär att S:t Görans, trots att det är privatiserat, fortfarande är mycket beroende av sin forna ägare.

Ytterligare ett metodproblem bör anges. Landstingsrevisorerna i Stockholms län har nyligen gjort en uppföljning av vårdavtalet för sjukhuset och ifrågasätter kostnadseffektiviteten.³ Enligt rapporten kan det förekomma att S:t Görans har förmånligare villkor när det gäller till exempel momskompensation och hyresersättning. Så kallad DRG-glidning tycks vidare vara något vanligare vid S:t Görans sjukhus än vid landstingsägda sjukhus. Revisorerna pekar framför allt på en rad oklarheter i sjukvårdens redovisningssystem som gör det svårt, näst intill omöjligt, att i viktiga avseenden bedöma de ekonomiska konsekvenserna av avtalen om försäljningen av sjukhuset år 1999 och det aktuella vårdavtalet för perioden 1999–2006. Vi avser inte att försöka värdera kritiken, utan konstaterar att det naturligtvis är otillfredsställande att den offentliga redovisningen har sådana brister att fullgoda jämförelser försvåras.

Mer specifikt finns det två syften med denna rapport. För det första att översiktligt diskutera positiva och negativa effekter av privata aktörer i vården. För det andra att närmare studera S:t Görans Sjukhus. I den andra delen analyseras inledningsvis den ekonomiska utvecklingen för S:t Görans ägare, Capio. Därefter följer en jämförande analys av hur det har gått för S:t Görans Sjukhus jämfört med andra sjukhus. Kan vi spåra framgångsfaktorer som förklarar sjukhusets konkurrenskraft? I detta avsnitt undersöker vi bland annat:

- Fördelning av vårdtillfällen
- Medelvårdtider
- Produktivitet
- Arbetsmiljö
- Patienternas omdömen av vården
- Priset på vården

³ Landstingsrevisorerna, rapport 21/02.

Rapporten kommer att kretsa kring två frågor:

- Ger privatägda, vinstdrivande sjukhus högre vårdkvalitet och producerar de med högre effektivitet?
- Förklaras resultatet i så fall troligast av att man ”plockar russinen ur kakan” eller organiserar verksamheten effektivare?

Studien är inte heltäckande, utan har karaktären av en förstudie, som belyser och diskuterar redan genomförda studier.

1. Konkurrens i sjukvården

Sjukvård kan organiseras på olika sätt och följaktligen är det intressant att undersöka hur olika former av organisation påverkar den kvalitet som erbjuds. De företagsformer som förekommer är dels offentliga organisationer (statliga enheter, kommuner och landsting), dels privaträttsliga organisationer. De senare delas i detta sammanhang ofta in i två kategorier – icke vinstsyftande (*non-profit*) och vinstsyftande (*for-profit*). Till den förra räknas ideella föreningar, ekonomiska föreningar och stiftelser, och till den senare hör bl a privatdrivna aktiebolag.

I Stockholms län kan patienterna själva välja sjukhus inom länet, vilket har lett till ökad konkurrens mellan sjukhusen.⁴ De förändrade förutsättningarna för att driva sjukhus har inneburit början till en övergång från en offentligt styrd modell till en mer marknadsorienterad konkurrensmodell. Man ska dock komma ihåg att det i dagsläget endast finns en privat aktör som driver akutsjukvård, och att dess största kund är landstinget, vilket gör att steget är relativt långt till en fri marknad. En effekt av förändringen är dock att förutsättningar för konkurrens mellan sjukhus om patienterna har skapats. På ett teoretiskt plan kan ökad konkurrens ha både positiva och negativa effekter på kvaliteten inom sjukvården.

Positiva konkurrenseffekter

Konkurrens kan påverka effektiviteten genom att sjukhusledningen, för att möta konkurrensen, väljer att organisera sjukhuset mer effektivt. Frånvaron av konkurrens kan ge upphov till s k X-ineffektivitet. Med detta uttryck menas att en organisation – ett företag, en myndighet eller, som i detta fall, ett sjukhus – inte uppnår bästa möjliga resultat utifrån resursinsatsen, d v s att de använda resurserna inte utnyttjas på bästa sätt.⁵ Många är främmande för tanken att landstingsägda sjukhus skulle drivas ineffektivt, kanske särskilt de som arbetar inom denna sektor och tycker att de knappast kan jobba hårdare än de gör. Orsaken till s k X-ineffektivitet behöver inte heller vara att anställda inte arbetar tillräckligt hårt. Snarare är det bristen på förändringstryck som

⁴ Se <www.sll.se> för vårdgarantins utformning.

⁵ Se t ex Leibenstein (1966) och Tirole (1997) för en diskussion om X-ineffektivitet. Inom nationalekonomin finns ett flertal studier som visat på betydelsen av konkurrens för ökad effektivitet. I Mueller (1989, kap 14) redovisas till exempel ett stort antal studier som visar att icke-konkurrensutsatt offentlig verksamhet i de flesta fall är mindre effektiva än motsvarande privat konkurrensutsatt verksamhet.

leder till att de anställda är sysselsatta med fel saker. Alla i organisationen arbetar hårt, men på grund av en icke optimal organisation blir resultatet sämre än det kunde vara.

Konkurrens innebär dels att denna typ av ineffektivitet blir tydligare genom att jämförelser kan ske med andra organisationer, dels att det blir möjligt att lära av andra organisationer och på det viset införa förbättringar.

Experimenterande är en annan viktig komponent i konkurrensprocesser. Genom att imitera framgångsrika aktörer och lära av misstag som mindre lyckade försök ger upphov till, kan experimenterandet bidra till att höja den genomsnittliga kvaliteten inom vården.

Ytterligare en effekt av konkurrens kan vara att sjukvårdspersonal får högre löner. Landstinget är en dominerande arbetsgivare inom sjukvården, och det kan vara svårt för sjukvårdspersonal att byta arbetsgivare. Om sjukhus drivs av olika huvudmän ökar konkurrensen om personalen inom sjukvården, vilket dels kan leda till ökad lönespridning, dels till generellt högre lönenivå. På lång sikt kan den högre lönenivån locka kompetent personal till yrket, men på kort sikt kan högre löner innebära en ekonomisk belastning för enskilda sjukhus och landsting.

En effekt som visat sig vara betydelsefull för företag i olika branscher – och som troligtvis också gäller för sjukhus – är att konkurrens, via en urvalseffekt, leder till en uppgradering av den genomsnittliga produktiviteten i den bransch företaget tillhör. I en konkurrensprocess kommer nya aktörer in samtidigt som andra, mindre konkurrenskraftiga företag, tvingas lämna marknaden.⁶

Negativa konkurrenseffekter

Ett potentiellt problem med att tillåta konkurrens inom sjukvården är att de vinstdrivande sjukhusen kommer att ”plocka russinen ur kakan”. I det här fallet skulle det innebära att privata aktörer väljer ut patienter som är mer lönsamma att behandla, och att de försöker undvika att ta emot svårare fall och sk tunga patienter. Köparen, i detta fall landstinget, kan vid sin upphandling ställa villkor om detta.

Grunden till nuvarande ersättningssystem (DRG) kommer från USA, där man inte har samma hierarkiska indelning av sjukhus som i Sverige. Här har mindre sjukhus fri rätt

⁶ Se t ex Caves, 1998, för en översikt.

att remittera patienter till andra, större, sjukhus med motiveringen att där finns bättre medicinsk kompetens. Detta innebär att de privata aktörerna kostnadsfritt kan skicka vidare svårare fall, ofta till något av USA:s motsvarighet till svenska regionsjukhus.

Sållning av mer lönsamma patienter skulle i sin förlängning kunna leda till en utarmningseffekt hos landstingsdrivna konkurrenter. Andelen resurskrävande patienter skulle bli högre hos landstingsägda sjukhus samtidigt som det inte är självklart att resurstilldelningen ökar i motsvarande grad.

På samma sätt skulle den ”bästa” vårdpersonalen kunna välja att gå över till konkurrerande sjukhus om dessa erbjöd bättre arbetsvillkor, vilket skulle innebära att det blev än mer påfrestande att jobba på det landstingsdrivna sjukhuset. På detta sätt skulle en negativ spiral påbörjas.

Om denna marknad får ett fåtal väldigt starka aktörer kan det för köparen bli svårt att skaffa information om den ”verkliga” kostnaden, vilket på sikt kan innebära en fördyring för landstingen och därmed skattebetalarna. Men detta kan egentligen inte betraktas som en negativ konsekvens av ökad konkurrens, utan mer som en effekt av bristande konkurrens.

Man ska inte glömma att det på vissa sjukhus krävs spetskompetens för mindre vanliga sjukdomar. Att upprätthålla sådan kompetens kostar mer pengar och därför är det viktigt att inte jämföra äpplen med päron – konkurrensen ska ske på liknande villkor. En del sjukhus, framför allt universitetssjukhusen, kommer att vara mer forskningsintensiva, och där kommer även utbildning att bedrivas.⁷

Översikt av forskningen⁸

En forskare som har studerat detta område närmare är Bengt Jönsson, professor i hälsoekonomi vid Handelshögskolan i Stockholm. Han gör en sammanställning av teoretiska och empiriska resultat när det gäller ägandeformerna i vården i SOU 2002:31, i avsnittet *marknader, ägandeformer och styrning inom vården*. Jönsson menar att tidigare utförd forskning ger litet stöd för skillnader mellan olika driftsformer inom privat ägande. Desto större skillnader finns mellan det privata och det offentliga. För det senare är det framför allt den ”mjuka budgeten”

⁷ Detta är dock skilt från det så kallade DRG-prissättningen (se bilaga 1)

som är problemet. Intresset för att söka nya intäkter är litet om man tror att det leder till att man förlorar en del av de gamla. Av väsentligt större betydelse för sjukhusens effektivitet och verksamhetsinriktning är den ekonomiska styrningen.

Efter en genomgång av den teoretiska och empiriska litteraturen rörande vårdens ägarformer och då speciellt sjukhusens, är Jönssons slutsats att olika former av ägande tycks ha en relativt liten betydelse. Jönsson menar att även de empiriska resultaten är motstridiga och att de alltid kan avfärdas med att de är baserade på den amerikanska marknaden och inte på den europeiska. Han konstaterar dock att den amerikanska situationen, där de vinstsyftande sjukhusen har en relativt liten marknadsandel, inte tycks ha haft någon negativ inverkan på sjukvårdens kostnader och produktivitet. Jönsson menar att en av de bäst genomförda studierna i USA indikerar att förekomsten av vinstdrivande sjukhus i en region, även när de har en liten marknadsandel, kan innebära lägre vårdkostnader utan ett försämrat vårdresultat.

⁸ I SOU 2002:31 *Medborgligt inflytande m.m. vid förändringar av ägar- eller driftsformer inom vården*. Bilaga 4, sid 247.

2. S:t Görans Sjukhus och dess ägare Capio

Akutsjukhuset S:t Görans Sjukhus ligger på Kungsholmen i Stockholm. Sjukhuset är praktiskt sett en del av landstingets sjukvård och i det ursprungliga upptagningsområdet bor det cirka 300 000 personer. Numera kan patienter fritt välja vårdgivare, och S:t Görans Sjukhus tar emot patienter från hela Stockholms län. Vården är offentligt finansierad och bedrivs på uppdrag av Stockholms läns landsting, och därmed är patientavgifterna desamma som för övrig landstingsvård i Stockholms län. År 2002 hade sjukhuset 307 vårdplatser, och antalet inlagda patienter var 20 000. Antalet anställda var 1 500 och 190 000 mottagningsbesök samt 13 000 operationer utfördes under året.

1994 blev S:t Görans Sjukhus första akutsjukhus att drivas som ett aktiebolag, med landstinget som ägare. Medarbetarna fick välja om de ville arbeta i det nya bolaget eller vara anställda i landstingets förvaltning, och flertalet valde att bli anställda i bolaget. Redan före bolagiseringen förändrades förutsättningarna för sjukhuset och i samband med nedläggningen av Sabbatsbergs sjukhus 1993 fick S:t Görans Sjukhus kraftigt ökat patientunderlag. Patientunderlaget ökade med närmare 45 procent under loppet av något år, medan personalstyrka och vårdplatser endast gavs möjlighet att öka med 10 procent. Samtidigt genomgick sjukhuset omfattande effektiviseringar. Nedan visas S:t Görans Sjukhus ekonomiska resultat.

Privatiseringstankarna fanns redan i början av 1990-talet och när det blev borgerlig majoritet i landstingsfullmäktige i Stockholm hösten 1998 återupptogs planerna. Fredagen den 7 maj 1999 blev något av en historisk dag – såväl för S:t Görans Sjukhus som för svensk sjukvård – när ett ramavtal upprättades mellan Stockholms län och Bure Hälsa. Som första akutsjukhus i landet fick S:t Görans Sjukhus AB en privat ägare, Bure Hälsa och Sjukvård AB (BHS, i dag Capio).⁹ I slutet av 1999 var förhandlingarna klara, och S:t Görans Sjukhus AB blev ett dotterbolag till Bure Hälsa och Sjukvård. S:t Görans verksamhetsidé är att ”med S:t Görans Sjukhus som bas erbjuda hälso- och sjukvård i första hand till människor i Stockholms län så att deras vårdbehov tillfredsställs och att deras förväntningar överträffas”.¹⁰

⁹ Stockholms läns ramavtal med BHS innehöll två väsentliga delar: dels förvärvade Bure Hälsa och Sjukvård samtliga aktier i S:t Görans Sjukhus AB utom en, dels fanns villkor för produktion av en garanterad vårdvolym under sju år.

¹⁰ Se <www.stgoran.se>.

Tabell 2:1. Ekonomiskt resultat

	2001	2000
Omsättning	926 Mkr	921 Mkr
Resultat "före poster av engångskaraktär"	27 Mkr	39 Mkr
Poster av engångskaraktär	0	-24 Mkr
Redovias resultat	27 Mkr	15 Mkr
Rörelsemarginal	2,9 %	4,2%
Medeltal anställda	1 257	1 400
Producerade vårdpoäng	30 096	29 222
Antal vårdtillfällen	20 234	20 795
Antal besök	178 000	175 000

Källa: www.stgoran.se

I dag ingår S:t Görans Sjukhus AB i den privata sjukvårdskoncernen Capio Hälsa och Sjukvård, och är det första akutsjukhuset i Sverige som har en privat ägare.

Uppbyggnaden av Capio startade när landstinget i Skaraborgs län 1994 fattade beslutet att överlåta driften av sin laboratoriemedicinska verksamhet till dåvarande Bure Hälsa och Sjukvård. Sedan starten har Capio önskat utgöra ett komplement till den offentligt drivna hälso- och sjukvården. Capio är det största privatägda hälso- och sjukvårdsföretaget i Skandinavien.¹¹

¹¹ Avregleringen av hälso- och sjukvården pågår inte bara i Sverige utan över hela Europa. Capio-koncernen bedriver i dag verksamhet i Sverige, Norge, Danmark, Finland, Storbritannien, Schweiz och Polen och omsätter i årstakt drygt 6 300 MSEK. I koncernen ingår över 150 rörelsedrivande enheter med 10 000 medarbetare, varav 2 000 är läkare.

3. Privatisering och effektivitet

I detta kapitel jämför vi S:t Görans Sjukhus med ett antal andra sjukhus i Stockholmsregionen. Tidigare belystes en punkt där S:t Görans Sjukhus påtagligt avviker från andra svenska akutsjukhus: ägandet. Skiljer sig S:t Görans Sjukhus i några andra väsentliga avseenden från jämförbara sjukhus när det gäller förutsättningarna att bedriva akutsjukvård? Ett mått som kommer att användas vid jämförelsen är fördelningen av vårdtillfällen.

Därefter studeras prisbilden för vård på akutsjukhus i Stockholmsregionen. Det är relativt känt att S:t Görans Sjukhus har lägre pris på producerade DRG-poäng.¹² Priset är viktigt, men minst lika betydelsefulla är faktorer som vårdkvalitet och hur personalen upplever sin arbetssituation.

Likheter och olikheter med andra sjukhus – förutsättningar och behandlingar

I detta perspektiv är det intressant att jämföra statistik över bl a vårdtillfällen och medelvårdtid. Det är ett sätt att undersöka om S:t Görans Sjukhus har ungefär samma spridning på sina behandlingar som de sjukhus vi jämför med. Den statistik som redovisas är bearbetad data hämtad från landstingsförbundets databas *Sjukvårdsdata i fokus*, som är baserad på socialstyrelsens patientregister. Datamaterialet är indelat i s k DRG-koder, diagnosrelaterade grupper.¹³ Detta är ett vanligt förekommande begrepp inom vården och innebär en gruppering av likartade diagnoser och vårdtyngder med en gemensam vårdtyngdskod. DRG-koden sätts med hänsyn till huvuddiagnos, bidiagnoser, operationskoder, ålder, kön och utskrivningssätt.¹⁴

Tolkning och analys av data som redovisas i *Sjukvårdsdata i fokus* måste ske med försiktighet. Data som är nedbrutna på exempelvis sjukhus och diagnos kan vara osäkra

¹² DRG används i dag i flera landsting för verksamhetsuppföljning och planering men även för debitering av vården genom att ett pris sätts på varje grupp. DRG-priset är ett fast belopp som helt eller delvis skall täcka kostnaderna för ett genomsnittligt vårdtillfälle i den aktuella gruppen. Vårdtiden i det enskilda fallet har då ingen betydelse för ersättningsbeloppets storlek utom vid extremt långa vårdtider (s k vårdtidsytterfall).

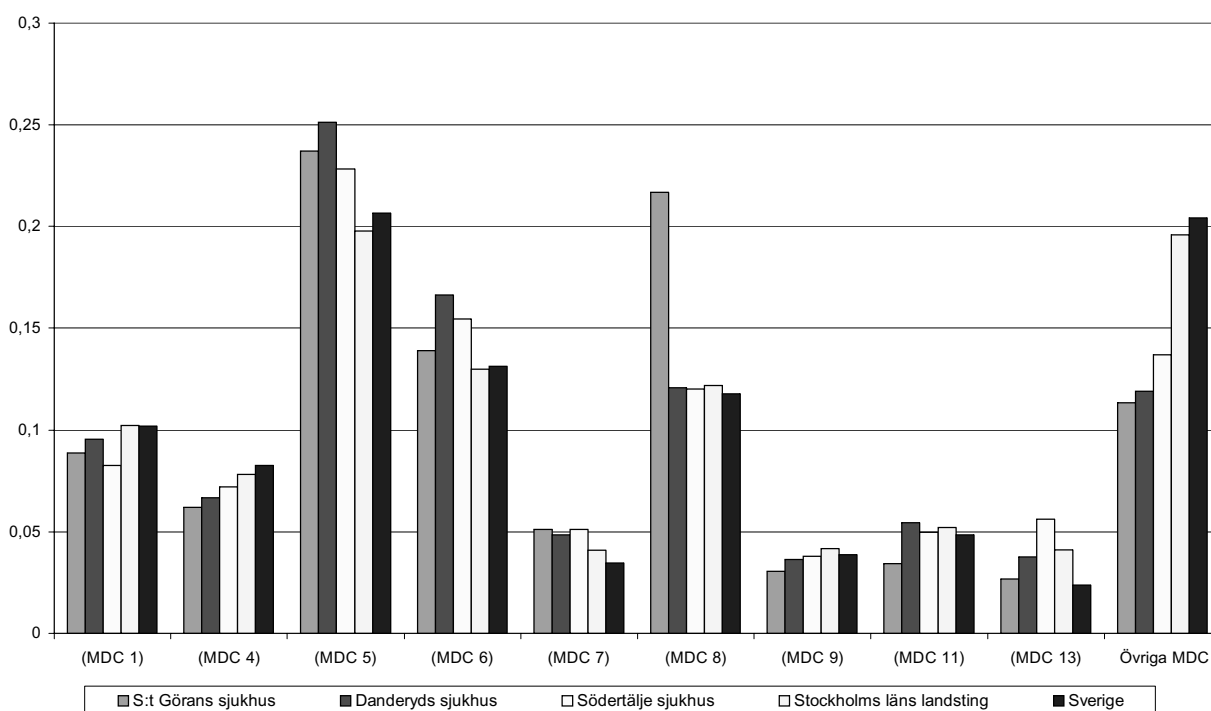
¹³ MDC är en grov indelning av alla huvuddiagnoser där varje MDC motsvarar sjukdomar i ett visst organsystem eller sjukdomar med en viss etiologi. Ofta motsvaras också ett MDC av en viss medicinsk specialitet. Varje MDC är i sin tur uppdelad i ett antal DRG grupper. Antalet MDC är totalt 25 och antal DRG-grupper 499 st. Denna redovisning avser 10 MDC som svarar för 60 procent av samtliga vårdtillfällen. Inom varje MDC har fem DRG-grupper valts ut som svarar för 40 procent av samtliga vårdtillfällen.

¹⁴ Informationen är hämtad från landstingsförbundets hemsida <www.lf.se>.

eftersom antalet observationer är få.¹⁵ Slumpen spelar då stor roll. I fråga om medelvårdtider är det därför lämpligt att redovisa uppgifter om antalet vårdtillfällen.¹⁶

I diagram 3:1 redovisas andelen vårdtillfällen fördelade på de största MDC-grupperna (Major Diagnostic Categories).¹⁷ Ur diagrammet kan utläsas att fördelningen av andelen vårdtillfällen mellan olika MDC-grupper och sjukhus är ungefär likartad. Dock har S:t Görans Sjukhus en större andel vårdtillfällen inom MDC 8, vilket är sjukdomar i det muskuloskeletala systemet.

Diagram 3:1. Andelen vårdtillfällen** efter DRG indelning exklusive MDC 14, Graviditet, förlossning och barnsängstid. Se bilaga 1 för beskrivning av DRG-förkortningar.*



Källa: Sjukvårdsdata i fokus, <www.lf.se>.

* Andelen är beräknad efter att dessa nio MDC grupper summerats till ett, för att få en bättre jämförelsegrund.

**Vårdtillfälle: Sammanhängande tid för vård avgränsad av patientens intagning och utskrivning i slutna vård på samma klinik.

När andelen akuta vårdtillfällen på S:t Görans Sjukhus studeras i tabell 3:1 och 3:2 framkommer att S:t Görans Sjukhus inte skiljer sig nämnvärt från andra sjukhus i Stockholmsregionen. I bilaga 2 finns fler och mer detaljerade diagram.

¹⁵ <www.lf.se>. Nya sjukvårdsdata i fokus.

¹⁶ Se bilaga 1, tabell 3, för det totala antalet vårdtillfällen

¹⁷ MDC 14, Graviditet, förlossning och barnsängstid är exkluderad eftersom detta inte finns representerat på S:t Görans Sjukhus.

Tabell 3:1. Andel akuta vårdtillfällen (slutenvårdspatienter) per sjukhus 1997–2001, (procent).

	1997	1998	1999	2000	2001
NtS	84	80	79	79	81
DS	84	83	83	81	81
KS	64	66	68	67	67
SöS	84	84	85	85	85
HS	66	67	68	67	69
StS	75	76	79	80	79
StG	78	78	77	78	78
TOTALT	74	74	75	74	75

StS, Södertälje sjukhus. SöS, Södersjukhuset. NtS, Norrtäljesjukhus. KS, Karolinska sjukhuset. HS, Huddinge sjukhus. DS, Danderyds sjukhus. StG, S:t Görans Sjukhus.

Källa: SLL

Tabell 3:2. Andel akuta läkarbesök per sjukhus 1998–2000, procent.

	1998	1999	2000
NtS	33	34	33
DS	29	33	31
KS	22	21	21
SöS	39	40	41
HS	21	22	22
StS	34	36	35
StG	42	40	41
TOTALT	27	27	27

Källa: VAL-databasen, SLL

Priset

En intressant fråga är hur S:t Görans Sjukhus kan lyckas producera vård till lägre pris än övriga akutsjukhus i Stockholm. I tabellen nedan jämförs priset per DRG-poäng för olika sjukhus, (se bilaga 1 för en utförligare beskrivning av DRG).

År 2001 fick S:t Görans Sjukhus 2 560 kronor lägre ersättning per producerad DRG-poäng än genomsnittet för de andra sjukhusen, vilket motsvarar knappt 10 procents skillnad. Stockholms läns landsting tillämpar skilda DRG-priser för varje sjukhus.

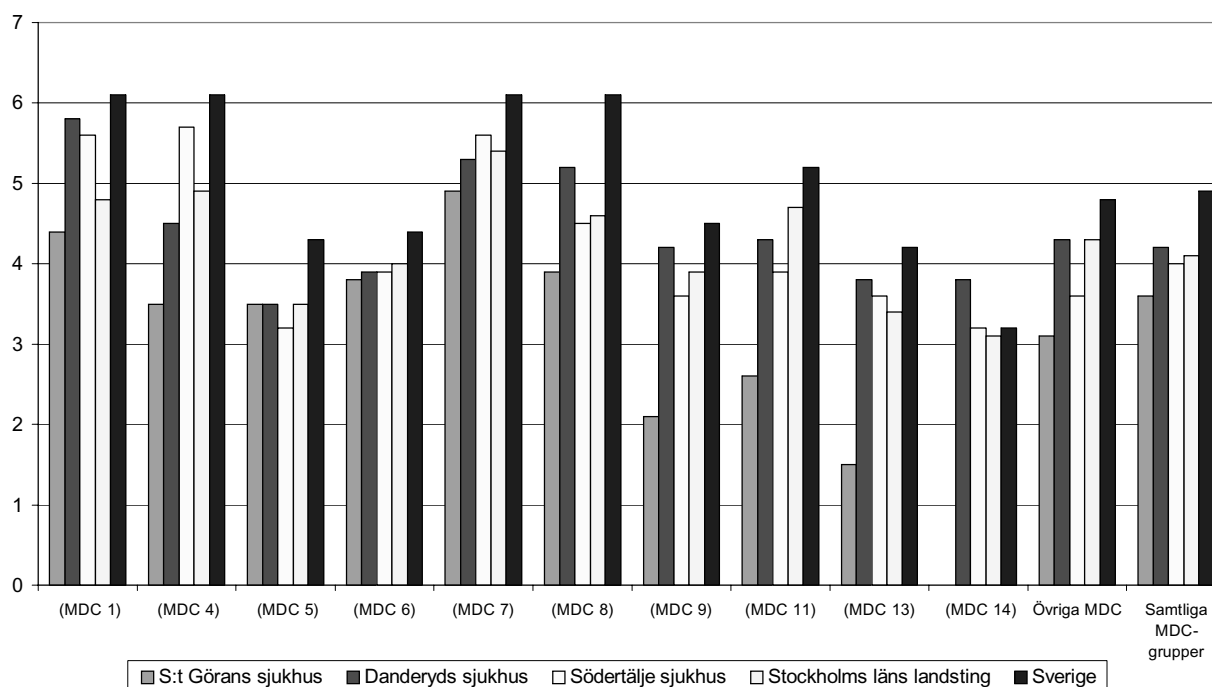
Tabell 3:3. Pris per DRG-poäng 2001 på akutsjukhusen för akutsjukvård.

	StS	SöS	NtS	KS	HS	DS	StG
2000	25 403	24 717	24 228	25 034	25 302	26 086	23 197
2001	26 400	25 500	26 400	26 434	26 500	26 398	23 837

StS, Södertälje sjukhus. SöS, Södersjukhuset. NtS, Norrtäljesjukhus. KS, Karolinska sjukhuset. HS, Huddinge sjukhus. DS, Danderyds sjukhus. StG, S:t Görans Sjukhus.

En förklaring till att S:t Görans Sjukhus priser på DRG-poäng är lägre är deras kortare vårdtider. I diagram 3:2 visas medelvårdtid i dagar efter MDC-grupper för ett par sjukhus i Stockholmsregionen. Medelvårdtiden för samtliga dessa grupper är lägst på S:t Görans Sjukhus.

Diagram 3:2. Medelvårdtid i dagar efter DRG indelning



Källa: Sjukvårdsdata i fokus, <www.lf.se>

Medelvårdtid: Antalet vård dagar dividerat med antalet vårdtillfällen.

Kortare medelvårdtid leder till att patientgenomströmningen blir något högre på S:t Görans Sjukhus, vilket är naturligt. En förklaring, enligt sjukhuset, att detta som det första i Stockholm och det andra i landet, sedan våren 2000 har en röntgenenhet på

akutmottagningen. Med akutröntgen försvinner många transporter inom sjukhuset, och väntetiderna för patienterna kan kortas väsentligt.¹⁸

Är S:t Görans mer kostnadseffektivt?¹⁹

En intressant fråga är huruvida S:t Görans Sjukhus har högre produktivitet än andra sjukhus. Vi har fått tillgång till ett material med nyckeltalsjämförelser mellan nio läns-, region- och universitetssjukhus i Sverige avseende år 2000. Materialet är producerat av sjukvårdskonsulten Helseplan och baserat på data från Nysam (Nyckeltalssamverkan), som startade på initiativ av landstingen. Nysams syfte är att ta fram nyckeltal för jämförelser inom hälso- och sjukvården och att stimulera till diskussion om förändrings- och förnyelsearbete. De sjukhus som ingår i studien finns i Karlskrona, Falun, Gävle, Halmstad, Eskilstuna, Karlstad, Västerås, Örebro och Stockholm (S:t Görans Sjukhus). I studien ingår medicin-, operations-, kirurgi-, anesthesi/PO/IVA- och ortopedkliniker. Att göra jämförelser på aggregerad nivå, som sjukhusnivå, kan medföra feltolkningar av materialet eftersom olika sjukhus har olika stora kliniker för respektive enhet. Därför kommer i denna framställning S:t Görans klinikers nyckeltal att jämföras med ett medianvärde för de andra sjukhusens kliniker.

Kostnader och resurser

I en jämförelse mellan ***medicinkliniken*** på S:t Görans Sjukhus och medianvärdet för de åtta övriga sjukhusen framkommer att S:t Görans Sjukhus har cirka 14 procent lägre personalkostnader för läkare per vårdtillfälle och cirka 10 procent lägre personalkostnader för läkare per läkarbesök. Dock är personalkostnaderna för övrig personal per vård dag cirka 7 procent högre.

När kostnaderna jämförs för respektive sjukhus ***operationskliniker*** framkommer att kostnaden för övrig personal per timme operationstid är nästan 20 procent högre på S:t Görans Sjukhus än medianvärdet för de övriga sjukhusen. Det bör dock påpekas att även antalet timmar operationstid på dagtid, per bemannad operationssal, är cirka 20 procent högre.

¹⁸ <www.stgoran.se>.

¹⁹ I bilaga 3 presenteras en profil för S:t Görans Sjukhus procentuella avvikelser från medianvärdet för övriga kliniker med avseende på det Nysam benämner medicinsk praxis

För S:t Görans Sjukhus ***kirurgiklinik*** är personalkostnaderna för läkare per vårdtillfälle cirka 15 procent högre än medianvärdet för de åtta övriga sjukhusen. Däremot är personalkostnader för läkare per läkarbesök och personalkostnaderna för övrig personal per vård dag 20–30 procent lägre.

På S:t Görans Sjukhus ***ortopedklinik*** är kostnaderna för övrig personal per vårdtillfälle cirka 30 procent lägre, och personalkostnader för läkare i förhållande till summan av läkarbesök, dagkirurgiska ingrepp och vårdtillfällen cirka 20 procent lägre.

På grund av mätproblem redovisas för ***anestesi/PO/IVA-klinikerna*** enbart övriga personalkostnader för PO (postop) och IVA i förhållande till deras vårdtimmar, vilket för S:t Görans Sjukhus är cirka 30 procent lägre än medianvärdet för de åtta övriga sjukhusen.

Produktivitet²⁰

Det finns ett antal mått på produktivitet. Här presenteras bl a antal vårdtillfällen per disponibel vårdplats och antal vård dagar per disponibel vårdplats. Dessutom studeras antal vårdtillfällen per läkare och antalet läkarbesök per läkare.

På S:t Görans Sjukhus ***medicinklinik*** är antalet vårdtillfällen per disponibel vårdplats 40 procent fler, och antal vård dagar per disponibel vårdplats ungefär desamma som medianvärdet för de åtta övriga sjukhusen. Antalet vårdtillfällen per läkare är cirka 12 procent fler, och antalet läkarbesök per läkare 2 procent färre.

Vid en jämförelse mellan ***operationsklinikerna*** framkommer att antalet operationstillfällen i både slutenvård och öppenvård per årsarbetande övrig personal är ungefär detsamma för samtliga sjukhus i undersökningen. Jämförs i stället operationstiden i timmar i slutenvård i förhållande till antalet slutenvårdsoperationer, dvs den genomsnittliga tid som läggs ned på en operation, visar det sig att S:t Görans Sjukhus ligger cirka 7 procent högre än medianvärdet för de övriga sjukhusen. Gör samma jämförelse för öppenvården är siffran 44 procent. Den genomsnittliga tiden för på akuta operationer är också något längre på S:t Görans Sjukhus än medianvärdet för de andra sjukhusen.

²⁰ Som tidigare nämnts finns det mätproblem genom att göra liknande jämförelser som för de andra klinikerna för ***anestesi/PO/IVA-klinikerna***. Det produktivetsmått Nysam har valt att använda är antal arbetade timmar för övrig personal postop/IVA i förhållande till vårdtimmar postop/IVA och det visar sig att detta mått är drygt 30 procent lägre

På S:t Görans Sjukhus *kirurgiklinik* är antalet vårdtillfällen per disponibel vårdplats 20 procent fler, och antal vård dagar per disponibel vårdplats ungefär desamma som medianvärdet för de övriga åtta sjukhusen. Antalet vårdtillfällen per läkare är cirka 12 procent färre, och antalet läkarbesök per läkare 42 procent högre än medianvärdet för de andra sjukhusen.

För S:t Görans Sjukhus *ortopedklinik* är produktivitetstalen mest entydiga. Antalet vårdtillfällen per disponibel vårdplats är fler än på alla de andra sjukhusen, eller drygt 50 procent fler än för medianvärdet för de övriga sjukhusen. När det gäller antalet vårdtillfällen per årsarbetande läkare är de i genomsnitt mer än dubbelt så många som medianvärdet för de övriga sjukhusen. Detsamma gäller antalet läkarbesök per läkare. Varje läkare på S:t Görans ortopedklinik tar i genomsnitt emot nästan 90 procent fler läkarbesök än medianvärdet för de andra sjukhusen.

Diskussion

Det bör noteras att det är svårt att jämföra effektivitet och produktivitet inom traditionell offentlig verksamhet. Detta gäller i synnerhet sjukvård, oavsett huvudman. Ett stort problem är att värdet av produktionen är svårt att mäta, som en följd av att tjänsten inte säljs på en marknad. Ett annat problem är kvalitetsaspekten – hög produktivitet av sjukhustjänster kan, men behöver inte, påverka kvaliteten i tjänsterna negativt. Ett tredje problem är i vissa fall skillnader i redovisningen av kostnadsposter. Men med dessa reservationer nämnda bedömer vi ändå att de ovan presenterade produktivetsmått kan tjäna som mått vid jämförelser mellan olika kliniker. Noteras kan även att produktivetsmått har tagits fram av personer inom vården.

I jämförelsen ovan har S:t Görans Sjukhus relativt ofta något högre produktivitetstal än medianen för de övriga sjukhusen. Det kan dock noteras att spridningen mellan sjukhusen i undersökningen i vissa fall är stor. Detta kan bero på sjukhusens och deras klinikers olika storlek. Det bör dessutom påpekas att antalet vårdtillfällen sannolikt påverkar även produktiviteten. Som exempel kan nämnas att S:t Görans Sjukhus ortopedklinik, där produktivitetstalen var mest entydiga och betydligt högre än hos övriga sjukhus i studien, i genomsnitt hade dubbelt så många vårdtillfällen. En förklaring till denna produktivitetsskillnad är sannolikt att ”stordriftsfördelar” finns. Men ett samlat intryck är ändå att produktiviteten vid S:t Görans Sjukhus överlag är högre än vid övriga jämförda enheter.

Kvalitet²¹

Att bedöma kvalitet i sjukvården är förenat med svårigheter, då produkten är så komplex. Vi avser i detta avsnitt inte att bedöma den medicinska kvaliteten i vården, eftersom vi inte har sådan kompetens. I stället vill vi belysa vårdkvalitet ur två redan studerade perspektiv – patienternas och de anställdas.

Ur patientens perspektiv

Ett sätt att belysa vårdkvaliteten är att undersöka hur patienterna upplever den. På uppdrag av S:t Görans Sjukhus har Uppsala universitet genomfört en vårdkvalitetsundersökning (den s k Pyramidenkäten 1999–2001). Totalt besvarade 1 267 patienter enkäten, vilket motsvarar en svarsfrekvens på knappt 60 procent. Tio områden undersöktes:

Tabell 3:4. De tio undersökta områdena i en undersökning om vårdkvalitet

Benämning	Kort förklaring
Information – sjukdom	Mäter patienternas tillfredsställelse med informationen om sin sjukdom
Information – rutiner	Är ett mått på patienternas tillfredsställelse med informationen om sjukhusets rutiner och samhällets stöd vid sjukdom
Tillgänglighet	Handlar bl a om väntetider och möjlighet att komma fram på telefon till sjukhuset
Medicinsk behandling	Mäter bl a hur smärtlindring upplevs och förtroendet för personalen
Omvårdnad	Är ett mått på hur patienterna upplever bl a lyhörighet hos personal
Bemötande	Handlar om patienternas tillfredsställelse med det personliga mottagandet.
Delaktighet	Speglar bl a i vilken utsträckning patienten känner sig involverad i beslutet kring sin behandling
Fysisk miljö	Omfattar bl a patienternas tillfredsställelse med luftklimat och handikappanpassning
Arbetsmiljö	Sammanfattar hur patienterna upplever arbetsmiljön för sjukhusets medarbetare
Betyg	Är en övergripande fråga om hur patienten har upplevt vården vid besöket

Av undersökningen framkom att S:t Görans Sjukhus uppnådde det högsta medelvärdet på punkten *Bemötande*. När resultatet jämfördes med dem från föregående år visade det sig att det fanns statistiskt säkerställda förbättringar på fyra områden: *Information* –

²¹ S:t Görans Sjukhus framhåller vikten av kvalitetsarbete och uppföljning av förändringsarbete. Bl a görs här sedan sju år en kvalitetsredovisning. På S:t Görans Sjukhus menar man att det kanske finns extra starka skäl att bedriva detta kvalitetsarbete, dels för att bemöta dem som menar att man ”plockar russinen ur kakan”, dels för att nå lönsamhet genom ständigt förbättrad verksamhet.

rutiner, Tillgänglighet, Fysisk miljö, Betyg. Även på de andra områdena var patienternas omdömen något mer positiva. Ett undantag var punkten *Arbetsmiljö*, med det resultat var dock inte statistiskt säkerställt.

Enkätundersökningen har även genomförts vid Norrtälje Sjukhus, Länssjukhuset i Halmstad, Lindesbergs Lasarett samt Thoraxkliniken vid Karolinska Sjukhuset. I jämförelse med de andra sjukhusen fick S:t Görans Sjukhus högst omdöme på områdena *Information – sjukdom* och *Information – rutiner*. När det gällde *Tillgänglighet, Medicinsk behandling, Omvårdnad, Fysisk miljö, Arbetsmiljö* samt *Betyg* kom S:t Görans Sjukhus på andra plats. Patienternas omdöme om *Bemötande* och *Delaktighet*, placerade S:t Görans Sjukhus i mitten i jämförelse med de andra sjukhusen, och inte på något av områdena var patienternas omdöme av sjukhuset lägst.

Arbetsmiljömässiga aspekter

Förutom att studera medicinska och ekonomiska faktorer vid S:t Görans Sjukhus efter privatiseringen är det naturligtvis även intressant att studera hur personalen upplever förändringen. En enkätundersökning omfattande 819 anställda på sjukhuset har genomförts, där företagets ”mjuka” processer mäts genom en sk QWC-analys. I denna enkät får medarbetarna besvara frågor om exempelvis arbetsanställdtakt, socialt klimat, delaktighet, lärande i arbetet, intern kommunikation och ledarskap. Resultatet vägs sedan samman till ett sk *dynamiskt fokustal*. Intressant att notera är att det dynamiska fokustalet ökade med fem procentenheter mellan åren 1999 och 2001, från 64 till 69 procent.

På uppdrag av Stockholms läns landstings Mångfaldskansli har Geelmuyden.Kiese AB genomfört en enkätundersökning bland privat- respektive landstingsanställda inom primärvård, geriatrik, öppen psykiatri och omsorg.²² Syftet med enkäten var att undersöka hur anställda vid privat- respektive landstingsdrivna enheter ser på sin arbetssituation samt att undersöka hur de numera privatanställda upplevde förändringar.

Överlag är resultaten från de privatanställda mer positiva. I vissa frågor är skillnaderna större, i andra marginella. Bl a anser sig gruppen privatanställda ha bättre möjligheter att påverka den egna arbetssituationen och att påverka beslut som rör arbetsplatsen. De

²² *Mångfald i vården – Prsonalenkät*. Privat- och landstingsdrivna vårdenheter. David Hult & Magnus Jiborn, Geelmuyden.Kiese AB, 2002.

privatanställda upplever sig i högre grad ha goda förutsättningar att ge patienterna bra vård, medan landstingsanställda ofta känner sig mer stressade i sitt arbete. De privatanställda anger att bemanningen är bättre, medan landstingsanställda i större utsträckning anser att de inte har tillräckligt med tid för varje patient. Bland de privatanställda anses förändringar till följd av privatiseringarna i hög utsträckning vara positiva. 70 procent tycker att privatiseringen har varit bra för arbetsplatsen.

4. Avslutande diskussion

Det är av vikt för alla, oavsett ideologisk utgångspunkt, att god och kostnadseffektiv vård produceras. En viktig fråga i sammanhanget är huruvida och hur privata aktörer med vinstintresse bidrar till detta. Ett problem är att det finns förhållandevis få studier av svenska förhållanden om vad som händer när man tillåter privata vinstdrivande aktörer att överta produktionen av vård. Det behövs med andra ord ökad kunskap.

Syftet med denna rapport är att sammanfatta argumenten för respektive emot ökad konkurrensutsättning av vården och att närmare studera S:t Görans sjukhus. Skiljer detta sig från landstingsägda och icke-vinstdrivande sjukhus? Vilka slutsatser och lärdomar kan vinnas av S:t Görans arbets sätt? I rapporten studeras bl a produktivitet, kostnadseffektivitet och upplevd kvalitet.

Vad visar då genomgången? För det första kan man konstatera att på ett teoretiskt plan finns, föga förvånande, både positiva och negativa effekter av ökad konkurrensutsättning och vinstdrivande aktörer. Således är det viktigt att empiriskt studera vinstdrivande vårdproducenter.

När det gäller S:t Görans kan det konstateras att detta sjukhus tycks producera vård till lägre pris per DRG-poäng än övriga sjukhus i Stockholmsregionen. I rapporten har även andra faktorer som är viktiga vid driften av sjukhus belysts. På S:t Görans Sjukhus har medarbetarna besvarat frågor om bl a arbetstakt, socialt klimat och delaktighet. Resultatet visar att personalen har blivit något mer nöjd med sin arbetssituation efter privatiseringen. En annan undersökning, som nyligen utförts på uppdrag av Stockholms läns landsting, visar att personal som övergått från landstings- till privatanställning ser mer positivt på sin arbetssituation.

En mycket viktig fråga är om vårdkvaliteten har förändrats på S:t Görans Sjukhus i samband med privatiseringen. Det är (som landstingsrevisorerna påpekat) mycket svårt att bedöma vårdkvalitet och jämföra med andra sjukhus, och dessutom är det inte så länge sedan sjukhuset privatiserades. S:t Görans Sjukhus anser att kvalitetsarbete är viktigt, och sedan sju år gör man en årlig kvalitetsredovisning.

Ett annat sätt att belysa kvaliteten är att undersöka hur patienterna upplever vården. I rapporten presenteras en undersökning genomförd på S:t Görans Sjukhus som visar att

patienternas omdömen har blivit något mer positiva under de senaste åren. I jämförelse med fyra andra sjukhus som har gjort samma undersökning fick S:t Görans Sjukhus ett relativt högt omdöme av patienterna.

S:t Görans Sjukhus skiljer sig inte i några väsentliga avseenden från jämbördiga sjukhus när det gäller förutsättningar för att driva akutsjukvård. S:t Görans Sjukhus får ofta höra att dess lägre DRG-pris har att göra med en större andel ”lätta” vårdfall.²³ Det kan dock konstateras att S:t Görans Sjukhus har relativt hög andel akuta slutenvårdspatienter. Att vidareremitteringar av svårare vårdfall till andra sjukhus skulle vara en betydande förklaring till det lägre DRG-priset är inte sannolikt, eftersom det sker i begränsad omfattning. Dessa frågor skulle med fördel kunna studeras mer ingående.

Landstingsrevisorerna antyder i den rapport vi inledningsvis hänvisat till att s k DRG-glidning skulle kunna ge S:t Görans sjukhus fördelar. En mindre uppmärksamman men viktig förklaring till att sjukhuset kan erbjuda vård till lägre pris är att medelvårdtiden på S:t Görans Sjukhus generellt är kortare än vid jämförbara sjukhus i Stockholmsregionen. Vilka kan då orsakerna till detta vara?

Det är svårt att utröna exakt vad som har störst betydelse i fallet S:t Görans Sjukhus, men nedan presenteras ett antal möjliga orsaker. En förklaring är att organisationen har förbättrats och S:t Görans Sjukhus framhåller också gärna att det under en följd av år har vuxit fram en speciell kultur på sjukhuset. Detta har lett till ökad effektivitet, samtidigt som vårdprocesserna blivit smidigare både för patienter och personal.

Ett exempel på att förändringstakten är hög är att S:t Görans Sjukhus på sin webbplats har landets första tjänst som visar akutmottagningens väntetider i realtid, *Akuten online*. Den är uppdelad i tre linjer – ortopedi, kirurgi och medicin – och visar hur många patienter som befinner sig på akutmottagningen samt väntetid till sjuksköterska och läkare. Ett annat exempel är *Lättakuten*, där mindre svårbehandlade akutfall tas om hand. Det kan ha bidragit till att resurserna utnyttjas bättre.

Ytterligare en förklaring kan vara den inre logistiken med en modern akutmottagning, som invigdes samtidigt som sjukhuset bolagiserades. Den har bidragit till ett gynnsammare patientflöde. Andra orsaker är att investeringstakten har ökat kraftigt med den privata ägaren. Bl a har satsningar gjorts på medicinsk teknik och IT-baserad

vårdadministration. Ett exempel är att S:t Görans Sjukhus numera har en röntgenenhet på akutmottagningen. Med akutröntgen försvinner många av transporterna inom sjukhuset, och väntetiderna för patienterna kan kortas väsentligt.²⁴

Många menar också att S:t Görans Sjukhus bildades med gynnsamma startförutsättningar. Ett exempel är att sjukhuset fick rationalisera under expansion i samband med att Sabbatsbergs sjukhus lades ned som akutsjukhus. Detta innebar att huvuddelen av Sabbatsbergs sjukhus patientunderlag överfördes till S:t Görans Sjukhus. Därmed slapp S:t Görans sjukhus rationalisera under kravet på reduktioner i personalstyrkan. En förklaring till de kortare vårdtiderna är att det finns geriatrisk verksamhet i direkt anslutning till akutsjukhusets vårdavdelningar, vilket medför kortare vårdtider med kostnadsreduktioner för sjukhuset som följd. Andra gynnsamma faktorer kan vara att sjukhusets storlek har visat sig vara lämplig ur driftsynpunkt, samt att man haft ett växande patientunderlag.

²³ Den s k ”plocka russinen ur kakan”-diskussionen.

²⁴ <www.stgoran.se>.

Bilaga 1: DRG – en kort beskrivning²⁵

DRG (Diagnosis Related Groups) är ett system för sekundär patientklassificering avsett för slutenvård på akutsjukhus. Det började utvecklas under 1960-talet av professor Fetter och medarbetare vid Yale University i USA (Yale DRG). Syftet var att använda DRG för kvalitetskontroll av sjukhusvård. Genom att vårdtillfällena på sjukhuset delas in i ett relativt litet antal grupper fick man i DRG ett instrument för överskådlig verksamhetsbeskrivning.

Den fortsatta utvecklingen av DRG gjordes i samarbete med HCFA (Health Care Financing Administration), varför det i Sverige kom att kallas HCFA-DRG, och mot bakgrund av de ökande sjukvårdskostnaderna i USA utvecklades DRG nu också till ett instrument för kostnadskontroll och resursstyrning.

DRG används i dag i flera landsting för verksamhetsuppföljning och planering, men även för debitering av vård genom att ett pris har satts på varje grupp. DRG-priset är ett fast belopp som helt eller delvis skall täcka kostnaderna för ett genomsnittligt vårdtillfälle i den aktuella gruppen. Vårdtiden i det enskilda fallet har då ingen betydelse för ersättningsbeloppets storlek utom vid extremt långa vårdtider (s k vårdtidsytterfall).

MDC (Major Diagnostic Categories) är en grov indelning av alla huvuddiagnoser, där varje MDC motsvarar sjukdomar i ett visst organsystem eller sjukdomar med visst samband. Ofta motsvaras ett MDC av en viss medicinsk specialitet. Varje MDC är i sin tur uppdelad i ett antal DRG grupper. Antalet MDC är totalt 25, och antal DRG-grupper 499 till antalet. I *Sjukvårdsdata i fokus* redovisas de 10 MDC som svarar för 60 procent av samtliga vårdtillfällen. Inom varje MDC har 5 DRG-grupper valts ut som svarar för 40 procent av samtliga vårdtillfällen.

²⁵ Info hämtat från landstingsförbundets hemsida <www.lf.se>.

Tabell 1. Valda MDC-grupper

Förkortningar	Förklaring
MDC 1	Nervsystemet
MDC 4	Andningsorganen
MDC 5	Cirkulationsorganen
MED 6	Matsmältningsorganen
MDC 7	Sjukdomar i lever, gallvägar och bukspottkörtel
MDC 8	Sjukdomar i muskuloskeletal systemet
MDC 9	Sjukdomar i hud, underhud och bröstkörtel
MDC 11	Sjukdomar i njure och urinvägar
MDC 13	Sjukdomar i kvinnliga könsorgan
MDC 14	Graviditet, förlossning och barnsängstid
Övriga MDC	Övriga MDC

Tabell 2. Antalet vårdtillfällen* fördelat på MDC-grupper år 2000

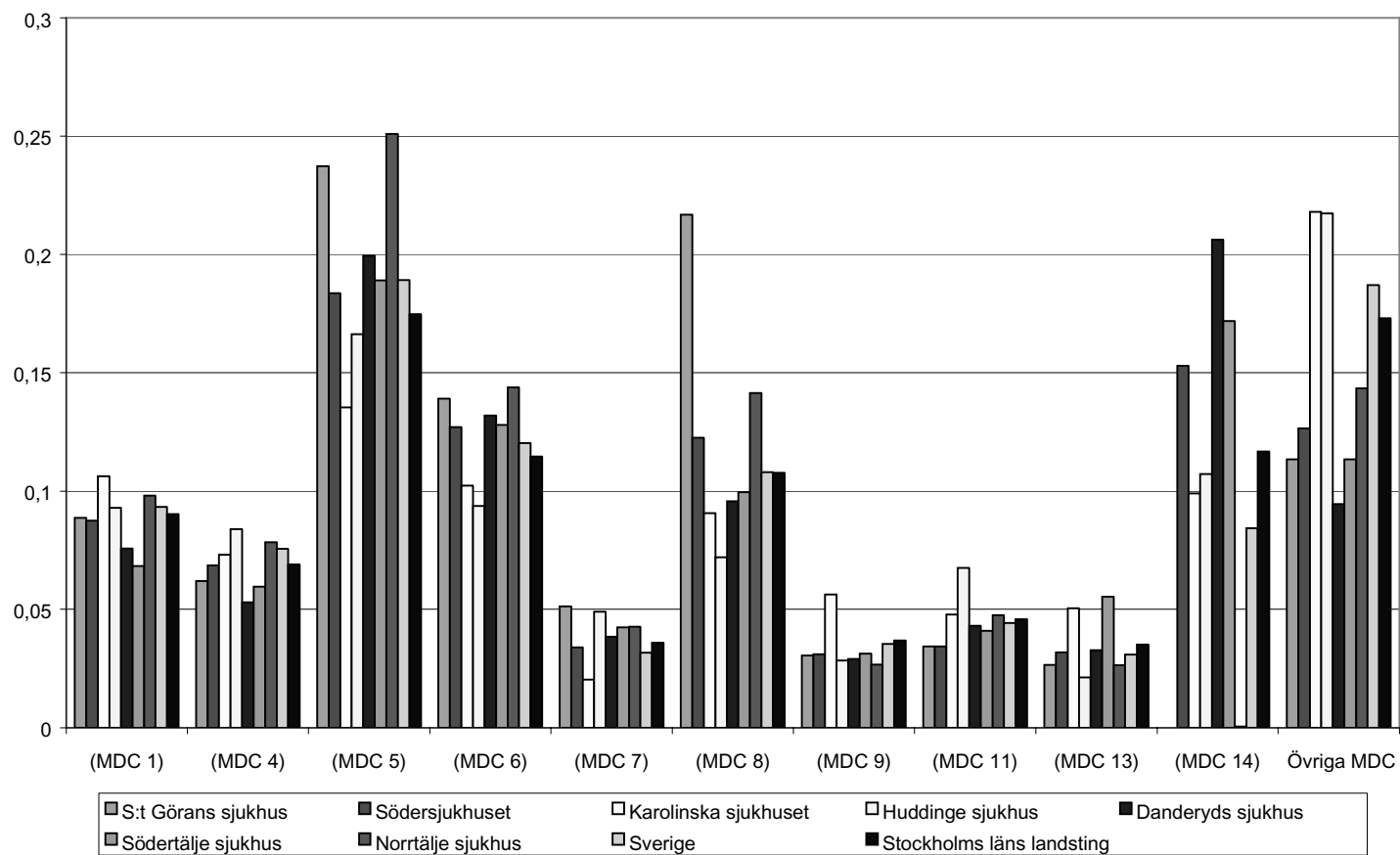
MDC	1	4	5	6	7	8	9	11	13	14	Övriga	Samtliga
Sjukhus												
SiG	1920	1341	5132	3008	1109	4691	660	742	576	0	2452	216314
SöS	3982	3119	8349	5780	1547	5568	1417	1560	1445	6956	57541	54775
KS	6074	4181	7736	5846	1167	5179	3220	2731	2887	5655	2453	7129
HS	3967	3579	7094	3999	2093	3075	1212	2881	909	4575	9270	2654
DS	2237	1566	5892	3899	1137	2830	856	1272	968	6094	2792	29543
StS	787	686	2175	1473	488	1146	361	472	637	1978	1305	11508
NIS	568	454	1454	834	247	819	155	276	153	3	831	5794
Sverige	121535	98424	246226	156545	41288	140575	46140	57621	40229	109797	243505	1301885
SLL**	19537	14926	37832	24840	7788	23334	7988	9934	7605	25261	37470	216515

* *Vårdtillfälle*: Sammanhängande tid för vård avgränsad av patientens intagning och utskrivning i slutna vård på samma klinik.

** Stockholms läns landsting

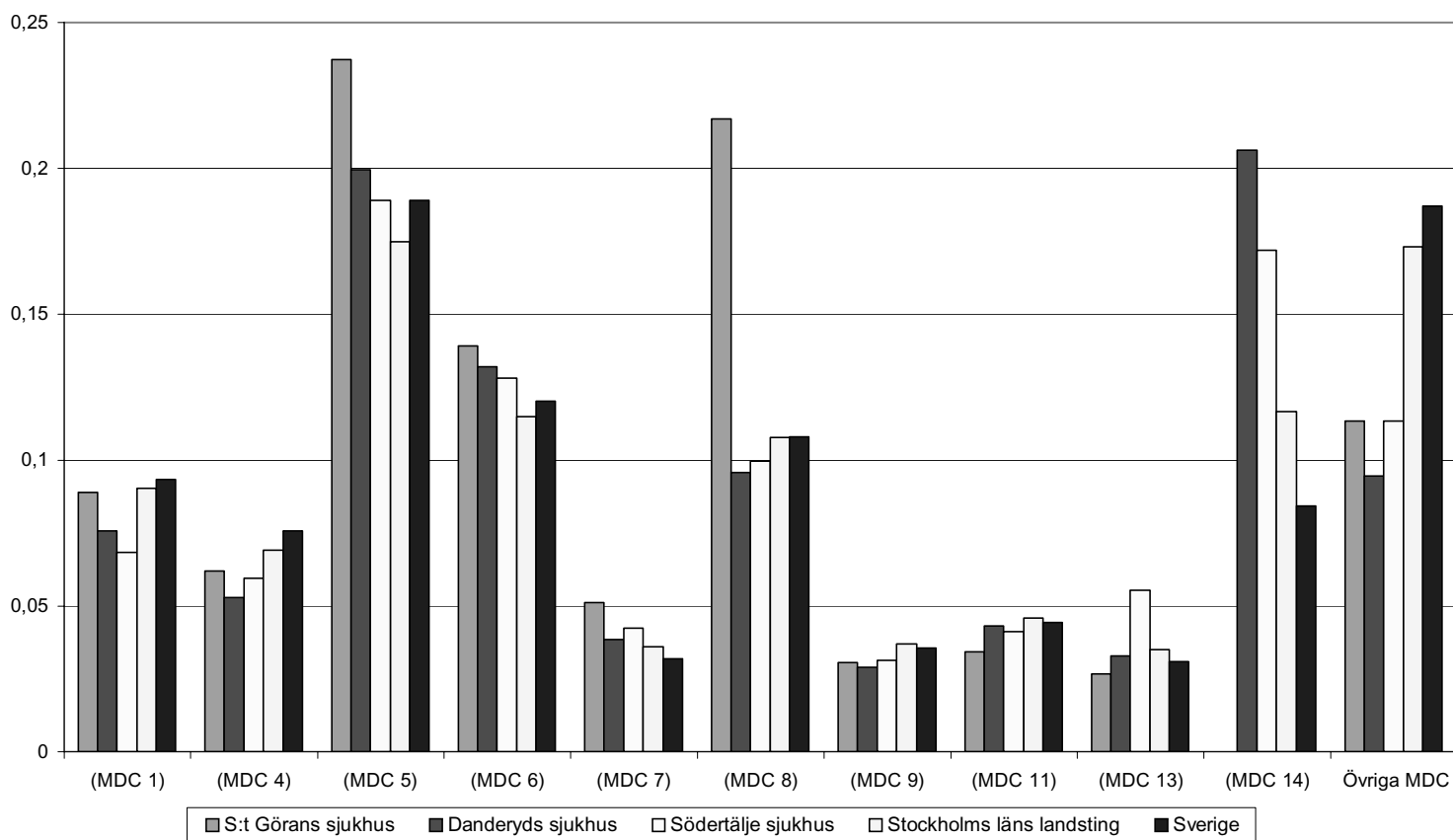
Bilaga 2: Diagram

Diagram 1. Andel vårdtillfällen efter DRG indelning.



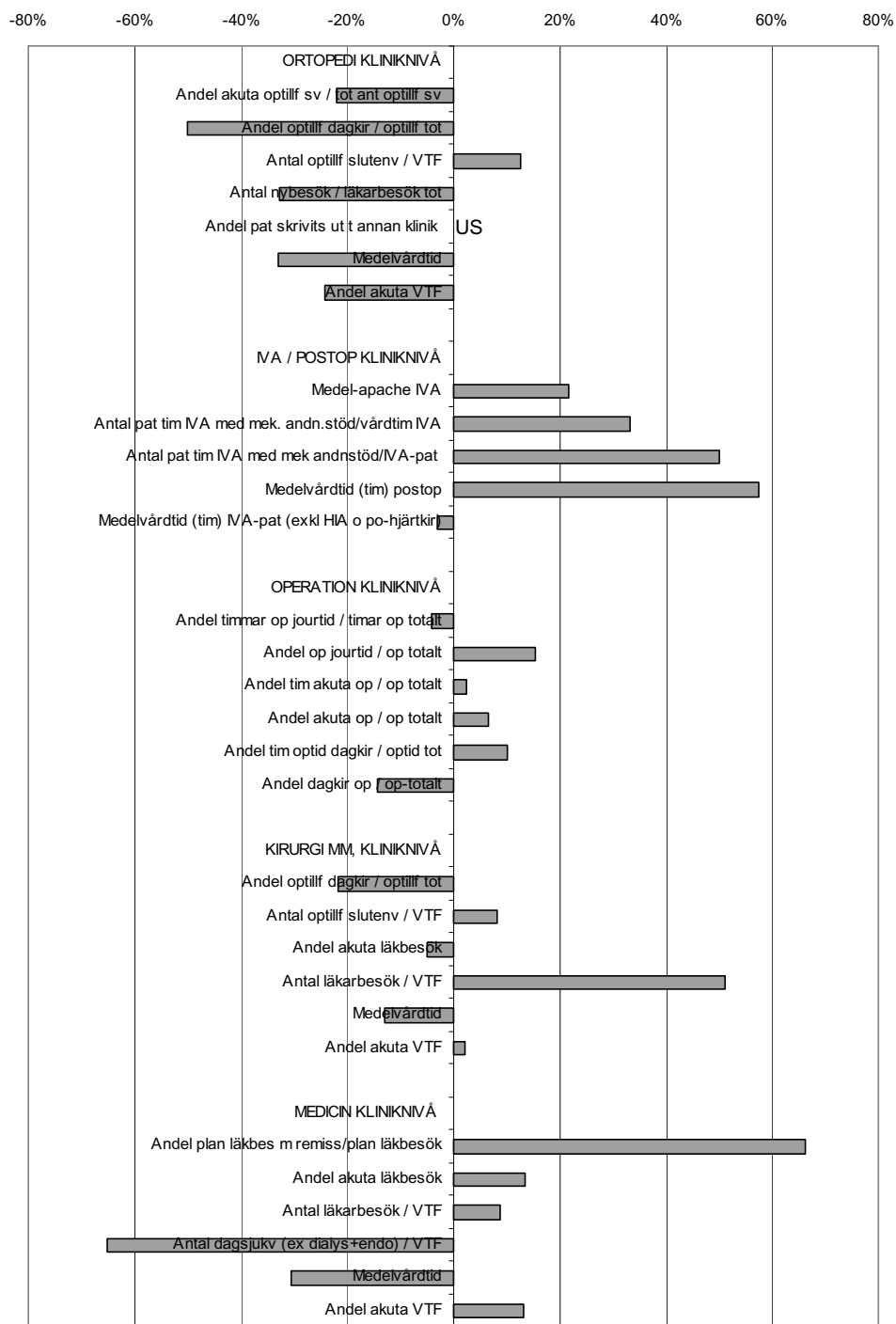
Källa: Sjukvårdsdata i fokus, <www.lf.se>.

Diagram 2. Andel vårdtillfällen efter DRG indelning.



Källa: Sjukvårdsdata i fokus, <www.lf.se>

Diagram 3. Profil: S:t Görans Sjukhus procentuella avvikelse från medianvärde för övriga kliniker med avseende på medicinsk praxis.



Referenser

Capio årsredovisning 2001. Göteborg: Capio AB, 2002, se <www.capio.se> under "Koncernen" och "Rapporter"

"Kvalitetsredovisning" 1999, 2000, 2001. Stockholm: S:t Görans Sjukhus.

Landstingsförbundet, "Sjukvårdsdata i fokus". Version 7.0. December 2002. Stockholm, se <<http://sjvdata.lf.se/sif/default.asp>>.

Landstingsrevisorerna, "Fortsatt avtalsuppföljning : S:t Görans sjukhus". Stockholm: Stockholms läns landsting, 2002 (Rapport 21/02), se <www.sll.se/w_rev/73184.cs>.

Mångfald i vården : personalenkät. Privat- och landstingsdrivna vårdenheter. Undersökning utförd av Geelmuyden Kiese AB på uppdrag av Stockholms Läns Landsting, maj 2002.

"Pyramidenkäten 2001" (patientenkäten). Vårdkvalitetsundersökning. Stockholm: S:t Görans Sjukhus 2001.

"Utvecklingsnyckel 2001 : personalenkäten (QVC)". Stockholm: S:t Görans Sjukhus, 2001.

SOU 2002:31. *Vinst för vården : idébetänkande från utredningen Vårdens ägarformer : vinst och demokrati*. Stockholm: Fritzes, 2002.

SOU 2003:23. *Vårda vården : samverkan, mångfald och rättvisa*. Slutbetänkande av utredningen *Vårdens ägarformer*. Stockholm: Fritzes, 2003.

"S:t Görans i ord och bild : en presentation av sjukhuset 2002/2003." Stockholm: S:t Görans Sjukhus, 2002.

"S:t Görans Sjukhus AB : nyckeltalsjämförelse 2000 mellan S:t Görans Sjukhus och andre svenske läns-, region- och universitetssjukhus." Västerås: Helseplan AB, 2000, se <www.helseplan.se>.

Öhrming, Jan & Sverke, Magnus, *Bolagiseringen av S:t Görans sjukhus : en proaktiv organisering*. Lund: Studentlitteratur, 2001.

Besökta webbsidor:

Capio, <www.capio.se>

Danderyds Sjukhus, <www.ds.se>

Karolinska Sjukhuset, <www.ks.se>

Landstingsförbundet, <www.lf.se>

S:t Görans Sjukhus, <www.stgoran.se>

Stockholms läns landsting, <www.sll.se>