


arenaidé
Augusti 2022



Myten om
S:t Görans Sjukhus

Vilhelm Elvhage
Lisa Pelling

arenaidé

Myten om S:t Görans Sjukhus

Arena idé

Stockholm 2022

©Arena idé, Vilhelm Elvhage och Lisa Pelling

Omslagsfoto: Sveriges Radio

Rapporten kan laddas ner från www.arenaide.se/rapporter

Författare:

Vilhelm Elvhage, sociolog

Lisa Pelling, statsvetare och chef för tankesmedjan Arena Idé

SAMMANFATTNING

Den här rapporten handlar om Capiro S:t Görans Sjukhus, Sveriges första och hittills enda privata akutsjukhus. S:t Görans var det första sjukhuset i Sverige som började drivas som aktiebolag, och är i dag det enda akutsjukhuset som drivs av en privat aktör. Capiro S:t Görans Sjukhus är offentligt finansierat, precis som alla andra akutsjukhus i Sverige, men det drivs av det privata vinstdrivande företaget Capiro AB. Capiro AB ingår sedan 2018 i Ramsay Santé, ett multinationellt vårdbolag.

Capiro S:t Görans Sjukhus framställs ofta som ett exempel på en lyckad privatisering av ett sjukhus, och som en modell för ytterligare privatiseringar av sjukhus i Region Stockholm och i andra delar av Sverige.

Den här rapporten granskar myten om S:t Görans Sjukhus.

Rapporten beskriver den viktiga roll som S:t Görans spelat i privatiseringsförespråkarens argumentation, och hur S:t Görans lyfts fram i debatter i regionfullmäktige, i motioner och rapporter. Inte minst från den marknadsliberala tankesmedjan Timbro.

Den här rapporten är inte ett försök att beskriva S:t Görans som ett dåligt fungerande sjukhus. Capiro S:t Görans är ett sjukhus som är uppskattat av både patienter och personal, och som levererar högkvalitativ vård. Men det beror inte på att det drivs av ett privat företag. Stockholms andra sjukhus skulle kunna prestera på samma nivå, om de fick samma förutsättningar.

S:t Görans har en mer generös finansiering än övriga akutsjukhus, de har tilldelats och väljer aktivt att vända sig till mer lönsamma patienter och att genomföra mer lönsamma ingrepp, och de har blivit experter på att maximera ersättningen från det så kallade DRG-systemet.

S:t Görans är inte ett exempel på en lyckad privatisering av ett sjukhus. Det är en myt.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING.....	3
INLEDNING: ETT SJUKHUS MITT I DEBATTEN	5
ETT SJUKHUS MED BRA FÖRUTSÄTTNINGAR – REDAN FRÅN BÖRJAN	9
S:T GÖRANS ÄR BÄTTRE FINANSIERAT ..	17
S:T GÖRANS VÄLJER DE MEST LÖNSAMMA PATIENTERNA	19
DRG-GLIDNING: S:T GÖRANS SPETSKOMPETENS	21
ETT VÄXANDE MISSNÖJE, ÄVEN PÅ S:T GÖRANS	31
AVSLUTANDE REFLEKTION	33
REFERENSER.....	35

INLEDNING: ETT SJUKHUS MITT I DEBATTEN

Utgifter för hälso- och sjukvård utgör drygt en tiondel av Sveriges BNP. (SCB 2022). Trots att vi lägger så mycket resurser på sjukvården, verkar den inte klara av att möta medborgarnas vårdbehov. I maj 2022 rapporterar Dagens Nyheter att väntetider på sjukhusen ökat med 25 procent under pandemin. Över en halv miljon svenskar står i väntelängan: i december 2021 väntade 163 586 personer på en operation eller en annan åtgärd i den specialiserade vården. Ytterligare 465 782 personer väntade på ett första besök inom den specialiserade vården (Cato & Ljung Nielsen 2022).

Det är rimligt att vården är väljarnas viktigaste fråga. Men vad är lösningen på krisen inom vården? Är det ytterligare privatiseringar? Den här rapporten söker svar på den frågan genom att rikta sökljuset mot S:t Görans sjukhus, privatiseringsförespråkarnas flaggskepp.

Redan 1994 skapade S:t Görans rubriker när sjukhuset kom att bli Sveriges första offentligt finansierade akutsjukhus att drivas som ett aktieföretag. Med detta kom S:t Görans att bli epicentrum för svensk sjukvårdsdebatt; ett fokus för debatten om privat eller offentligt driven vård. Om debatten tidigare handlade om farorna med vinstdriven, fragmentiserad vård har akutsjukhuset S:t Görans de senaste åren framförallt lyfts fram som ett praktexempel på privatiserad vård. S:t Görans har blivit privatiseringsförespråkarnas politiska flaggskepp.

Den näringslivsfinansierade tankesmedjan Timbro har skrivit flera rapporter om Capio S:t Görans sjukhus. Redan 2003 skrev Dick Erixon (numera chefredaktör för Sverigedemokraternas tidning Samtiden) en rapport för Timbro med titeln *Dogmatism som knäcker sjukvården: S:t Görans Sjukhus AB – hot eller bot?* (Erixon 2003).

2017 kommer en till rapport på samma tema, med titeln *En förskräcklig succé*. I rapporten ondgör sig rapportförfattaren Johan Ingerö (numera policychef hos Kristdemokraterna) över att Göran Perssons regering stiftade en stopplag "för att hindra landstingen från att lämna över fler sjukhus till den privata sektorn. Men S:t Görans är idag ett av landets absolut bästa sjukhus. Där finns landets bästa akutmottagning, personalomsättningen bland läkare är låg och överlag är personalen nöjdare än på jämförbara sjukhus som Danderyd och SöS. S:t Görans är helt enkelt en förskräcklig succé."

Nyligen beskrev Timbros välfärdspolitiskt ansvariga Kajsa Dovstads Catio S:t Görans som ett lyckat exempel på hur privatisering kan

effektivisera sjukvården. “Privat drivna Capio S:t Görans sjukhus levererar mer vård för pengarna än regiondrivna Södersjukhuset” skriver hon i en debattartikel i Dagens Arena (2022), och föreslår att även Södersjukhuset borde drivas av ett privat företag. “Privata aktörer kan både kapa kostnader och förbättra vårdkvaliteten för patienterna. Det är svårt att se varför Region Stockholm ska fortsätta driva Södersjukhuset när resultaten uteblir”, argumenterar Dovstad. Samma argumentation är genomgående i Dovstads kortrapport *Stoppa slöseriet på SÖS – mer pengar och personal har inte gett bättre vård* (2022).

Med en privat aktör som driftansvarig blir det ordning och reda, eller som Dovstad beskriver det: “Södersjukhuset behöver inte mer resurser, utan en intern kultur där konstruktiva förslag från personalen används för att både effektivisera och förbättra vården. Vår slutsats är att detta endast kan göras med en privat aktör som driftansvarig.”

Detta lyfts även fram som en anledning till S:t Görans succé: “Den högre produktiviteten på S:t Görans bedöms framförallt bero på högre produktivitet hos personalen. Lönerna är visserligen generösa men personalmixen är annorlunda, med färre sjuksköterskor och fler undersköterskor.” Dovstad beskriver också en metod för att effektivisera som vi kommer att återkomma till i rapporten: att personal med lägre formell kompetens anställs för att avlasta till exempel sjuksköterskor. “Det pågår ett aktivt arbete med uppgiftsväxling”, skriver Dovstad, “det vill säga att alla uppgifter utförs på den mest effektiva nivån, vilket gör att framförallt bristkategorin sjuksköterskor avlastas. Ett aktuellt exempel är en jobbannons för farmaceuter, som ska förbereda läkemedel för administrering genom att fylla på läkemedelsvagnen och blanda dropp – vilket traditionellt görs av sjuksköterskor.”

Att effektiva arbetssätt och en bra intern kultur endast kan åstadkommas med privatiseringar är Timbros återkommande slutsats. I rapporten *Den förskräckliga succén – Historien om akutsjukhuset S:t Göran* skriver Johan Ingerö (2017) följande: “Vården på våra akutsjukhus måste stödjas i ett arbete för att åstadkomma effektivare vårdflöden och högre produktivitet. Det här arbetet måste huvudsakligen göras av landstingen och regionerna – men ett minimikrav på en regering är att den inte förhindrar positiv utveckling. Ett alldeles uppenbart bra sätt att komma vidare vore att låta fler privata tjänsteutförare försöka åstadkomma förbättringar.” Ingerö

*Att effektiva
arbetssätt och en bra
intern kultur endast
kan åstadkommas
med privatiseringar
är Timbros
återkommande
slutsats.*

fortsätter :“Capio AB som driver S:t Görans sjukhus har inte bara en decentraliserad syn på verksamhetsutveckling, utan också en mycket strukturerad process för hur verksamhetsutvecklingen ska understödjas.”

Det är inte bara Timbro som lyfter fram S:t Görans framgång, utan sjukhuset används också som exempel av borgerliga riksdagsledamöter.

Exempelvis skriver Moderaternas Camilla Waltersson Grönvall följande i Altinget (2020): “En förutsättning för ett legitimt och fungerande samhällskontrakt är att alla som betalar in skatt också får valuta för sina skattepengar – i form av en fungerande välfärd och vård i tid. Ska vi utrota vårdköerna måste alla aktörer, oavsett driftsform, vara med och bidra – och patientens bästa måste gå före ideologiska dogmer. Sverige behöver fler sjukhus som S:t Göran – inte färre.“

Den här typen av artiklar och rapporter har haft effekt. Centerpartiets Gustav Hemming (regionråd i Region Stockholm) föreslog till exempel för ett par år sedan att Danderyds sjukhus bör privatiseras eftersom “vi bara har positiva erfarenheter” av privata akutsjukhus (Säll 2018). Men har vi verkligen bara positiva erfarenheter av att låta ett privat företag driva ett offentligt finansierat akutsjukhus? Den här rapporten tar avstamp i Timbros frågeställning: “Varför har inte resten av landets sjukhus bara kopierat S:t Görans metoder, och nått samma framgångar?” (Ingerö 2017). För vad, egentligen, är det som ligger bakom S:t Görans “förskräckliga succé”? Och vilka lärdomar kan vi dra?

Rapporten visar att Capio S:t Görans sjukhus är ett välfungerande sjukhus. Men det beror inte på att sjukhuset drivs av ett privat företag. I första avsnittet visar vi att S:t Görans sjukhus levererar bra resultat delvis för att sjukhuset alltid har gjort det: alltså faktorer som hänger ihop med sjukhusets läge, storlek och upptagningsområde. I andra avsnittet berättar vi kortfattat historien om varför S:t Görans drivs privat, och hur S:t Görans funktion som flaggskepp för privatiseringsförespråkare genom åren har gett sjukhuset privilegier som andra sjukhus i Region Stockholm saknar. Det handlar inte minst om Region Stockholms ersättningssystem till sina sjukhus. Ersättningssystemet är nyckeln till att förstå varför S:t Görans fungerar så pass bra som det gör, och för att bättre kunna jämföra det med andra sjukhus som ersätts enligt delvis andra principer. Vi granskar också hur Capio S:t Görans kunnat inrikta sig på mer lönsamma patienter. Det

En viktig bakgrund till idéer om privatisering sjukvården är föreställningen om att det är ett allvarligt problem att sjukvården under de senaste decennierna tagit en större andel av de gemensamma resurserna i anspråk.

sista avsnittet handlar om det som skulle kunna kallas S:t Görans spetskompetens: metoder för att maximera intäkterna från ersättningsystemen. Medan andra sjukhus, som Södersjukhuset, underrapporterar diagnoskoder (DRG), har Capio S:t Görans blivit experter på så kallad DRG-glidning: att maximera hur många och hur komplicerade (läs lönsamma) diagnoser som ges till varje patient.

Rapporten avslutas med ett avsnitt som handlar om varför sjukhus drivs bäst i offentlig regi, och varför det är viktigt att stoppa privatisering av hela sjukhus och av slutenvård.

ETT SJUKHUS MED BRA FÖRUTSÄTTNINGAR – REDAN FRÅN BÖRJAN

S:t Görans sjukhus inrättades 1888. Det var redan då ett relativt stort sjukhus, med 43 anställda och plats för 279 patienter. S:t Görans blev uppmärksammat som en förebild redan från början. Bland annat visades sjukhuset upp som modell på världsutställningen i Paris 1890. I en artikel med titeln “Sankt Göran – alltid steget före” beskrivs hur S:t Görans bland annat varit ledande inom behandling av den tidens stora folksjukdomar: könssjukdomar som syfilis. När läkarutbildningen flyttades från S:t Görans till Karolinska 1948 “hade så gott som alla då levande läkare fått sin utbildning i veneriska sjukdomars diagnostik på S:t Göran” enligt artikelförfattaren Sten Windén (2008).

Bengt Sparrelid, ordförande för S:t Görans läkarförening, förklarade 2017 S:t Görans framgång i tidningen Sjukhusläkaren så här: “Man beskriver sin egen organisation som ‘ett lagom stort sjukhus’ med en bred verksamhet och samtidigt ”en tillräckligt liten organisation för att alla medarbetare ska kunna vara med och påverka utvecklingen”. Bengt Sparrelid tror att just storleken på sjukhuset och möjligheten för personalen att påverka sin situation har bidragit till att man legat ”steget före” Stockholms andra sjukhus.” (Dahl 2017).

När bolagiseringen av S:t Görans infördes 1994 gjordes det i samband med Sabbatsbergssjukhusets nedläggning. Det innebar att S:t Görans patientunderlag ökade med mellan 40 och 50 procent. En siffra som inte är oviktig, sett till den då nyligen införda Stockholmsmodellen. Stockholmsmodellen innebar att sjukhusen fick högre anslag ju fler patienter de hade. Det kraftigt ökade patientunderlaget bidrog till att S:t Görans sjukhus kunde göra stora överskott. Överskott som alltså inte hade något med bolagiseringen att göra.

S:t Görans barnsjukvård flyttades till Karolinska 1992, då ett nytt centrum för barnsjukvård öppnades där (Sjökvist 1992). Detta är också relevant i hänseende till Stockholmsmodellen, och dess medföljande DRG-system – som kommer beskrivas mer ingående längre ner. Ulrika Holmén, som är operativ chef för barn- och kvinnosjukvården på Karolinska universitetssjukhuset, har i en intervju beskrivit fördelarna med att som sjukhus inte ha en barnsjukvård som “att det oftast är mer resurskrävande att vårda ett barn än en vuxen patient även om de har samma diagnos. Detta tas inte i beaktande av systemet utan båda

vårdtillfällena kategoriseras in under samma DRG, förutsatt att samma åtgärder vidtagits. Ibland måste ett barn sövas vid en åtgärd som på en vuxen patient kan utföras i vaket tillstånd. Detta gör att sjukvård för barn ofta är mer resurskrävande.” (Ly & Vestby 2014, s. 44).

Dessutom saknar S:t Görans andra påfrestande specialiseringar som de liknande akutsjukhusen Danderyd och Södersjukhuset har. Till exempel öron, näsa, hals, gynekologi och förlossningsvård.

Det är naturligt att det välfungerande S:t Görans sjukhus förblev bra efter ägarbytet, eftersom nära nog all vårdpersonal fortsatte arbeta vid S:t Görans sjukhus även efter privatiseringen. Ett par år efter att S:t Görans sjukhus hade övergått i privat drift konstaterade Stockholms läns landstings egna revisorer i en rapport att ”ägarbytet synes för den enskilda patienten inte haft någon större betydelse med avseende på den vård och den vårdkvalitet som förmedlas (citerat i Dahlgren m fl 2007).

Ett flaggskepp för privatiseringsivrare

I det här avsnittet tecknar vi en bakgrund till privatiseringen av S:t Görans sjukhus. Avsnittet börjar i en kort historik över idéer som inspirerat och möjliggjort privatiseringar av välfärdstjänster i Sverige.

En viktig bakgrund till dessa idéer är föreställningen om att det är ett allvarligt problem att sjukvården under de senaste decennierna tagit en allt större andel av de gemensamma resurserna i anspråk.

Från 1960-talet och fram till idag har vårdkostnaderna ökat kontinuerligt som andel av BNP. Det beror dock främst på att Sverige fått en allt äldre befolkning (Blomqvist & Rothstein, 2000), men också på att den medicinska forskningens framsteg bidragit till att allt fler sjukdomar kan botas, vilket i sin tur höjt kraven på behandlingar från såväl patienter som vårdpersonal. Detta har uppmärksammats i en rad utredningar, bland annat i Långtidsutredningen 2003/04 (SOU 2004:19).

Ökningen i förhållande till BNP beror också på den så kallade Baumoleffekten. Baumoleffekten beskriver hur vissa tjänster blir dyrare i förhållande till andra eftersom de inte kan effektiviseras lika mycket. Exempel brukar hämtas från kultursektorn: att spela en pjäs av Ingmar Bergman kräver samma arbetsinsats nu som på 1960-talet, medan produktion av varor, inte minst inom industrin, är mycket mer effektiv. Tjänstesektorn är till sin natur mer lågproduktiv än industrin – och när priset sätts i hänsyn till hur effektivt en vara (eller tjänst) kan produceras, blir varor betydligt billigare än tjänster. Priset minskar alltså på varor medan tjänster, som sjukvård, relativt sett blir dyrare (SOU, 2004:19, s. 51).

Debatten om ökande vårdkostnader är också delvis importerad. Påståendet om den svenska ”ofantliga” vårdens väldiga kostnadsökningar under 1970 och 80-talen saknar i stort verklighetsförankring. Däremot fanns – och finns fortfarande – en tydlig trend att en högre andel privat vinstdriven vård i ett visst land innebär högre totala sjukvårdskostnader relaterat till landets BNP. USA är ett slående exempel på detta.

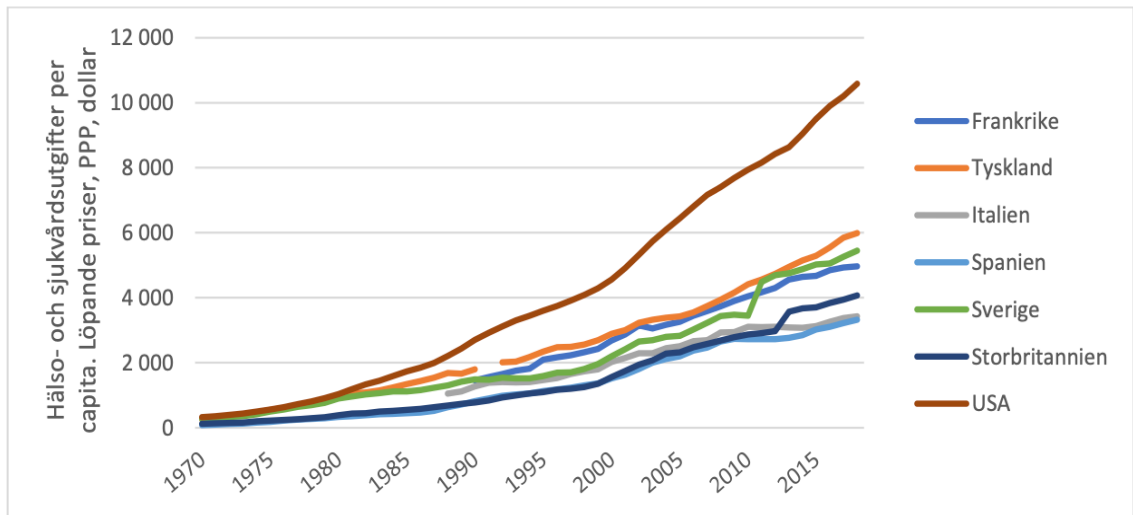


Diagram 1. Hälsa- och sjukvårdsutgifter per capita år 1970–2019 (PPP-justerad, dollar). Källa: Gralén & Persson 2019.

En orsak till Sveriges effektivare kostnadskontroll under 1970- och 80-talen var att Sverige under denna period hade en politiskt fastställd anslagsfinansiering snarare än en efterfrågestyrd prestationersättning. Privata vinstdrivna vårdgivare har ett starkare incitament att öka sina intäkter och därmed sin vinst än icke-vinstdrivna offentliga vårdgivare. Vårdföretagens intäkter är finansärens kostnader (Dahlgren 2018).

Bilden av en krisande vård har genom åren blivit kraftigt ideologiskt förstärkt och exploaterad. Ett exempel är när den näringslivsfinansierade tankesmedjan SNS i början av 1990-talet bjöd in internationella sjukvårdsexperter för att studera den krisande svenska sjukvårdsmodellen. Till SNS förvåning kunde experterna inte hitta några genomgripande systemfel. Istället publicerade experterna 1992 en rapport med titeln *Svensk sjukvård – bäst i världen?*. Resultaten av rapporten blev minst sagt smickrande för den svenska sjukvården: De internationella experterna frågade sig kort sagt: var är krisen?

Det var inte bara de mycket namnkunniga internationella experterna som SNS bjudit in utan också många svenska experter som i början av 1990-talet konstaterade att den offentliga vården inte – som

privatiseringsivrarna påstod – var i en allvarlig kris. Visst fanns det vissa problem inom svensk liksom andra länders sjukvård, men de motiverade inte ett marknadsorienterat systemskifte. Inte minst mot bakgrund av att man redan i början av 1990-talet kunde se de negativa effekterna av denna typ av marknadsorienterat systemskifte som genomförts tio år tidigare i exempelvis England.

Vid en analys av hur marknadsorienteringen och kommersialiseringen av vården växte fram i Sverige är det också viktigt att uppmärksamma den samsyn som fanns mellan höger och vänster när det gällde införandet av beställar–utförarmodeller.

På vänsterkanten trodde många att dessa köp-sälj system skulle minska den medicinska professionens ”alltför stora makt” och stärka den demokratiska styrningen. På högerkanten såg man köp-sälj tänkande med dess betoning på konkurrens som en öppning för ökad privat kommersiell drift av skattefinansierad vård. Historien visar med bedövande tydlighet att högerns bedömning var riktig.

Göran Dahlgren beskriver i sin bok *När vården blev en marknad* (2018) hur 1990-talet präglades av dubbla systemskiften. Det ena systemskiftet handlade om att näringslivsinspirerade styrmodeller, ofta benämnda NPM, infördes i den offentligt drivna vården. Det andra systemskiftet var en kraftig expansion av offentlig finansiering av privata vårdföretags verksamhet.

Med syfte att skapa valfrihet inom vården infördes vårdgarantin 1992, husläkarreformen 1993 och lagen om systematiskt kvalitetsarbete 1997 (Bejerot & Hasselbladh 2002). Den reform som innebar störst förändring var Stockholmsmodellen som infördes 1992 och utvidgades 1995.

Stockholmsmodellen innebar att patienter fick mer makt att välja vårdgivare medan landstinget fick till uppgift att möta patientens efterfrågan. Landstinget blev på så sätt köpare av sjukvård medan vårdgivarna – sjukhus och andra vårdinrättningar – blev producenter (Öhrming & Sverke 2001). Väsentligt för reformen var att patienten fritt fick välja vårdgivare utanför landstingets egna verksamheter. Tanken med reformen var att pengarna skulle följa patienten. Det skulle uppstå konkurrens när vårdgivarna stred om att dra till sig och behandla patienter. Kvalitén skulle förbättras när sämre vårdinstanser valdes bort och konkurrerades ut. Dessvärre visade det sig vara svårare att behandla sjukvården som en marknad än vad privatiseringsförespråkarna hade tänkt sig.

”Turbomotorn” i den vinstdrivna privatiseringen är dock lagen om valfrihetssystem, LOV. Det är LOV som möjliggjort de “vårdval” som

lett till att vården i Region Stockholm nu bedrivs på 38 olika vårdvalsmarknader, med över fyra tusen olika vårdavtal.

Privata vårdbolag – nästa svenska exportprodukt?

Kostnaderna för hälso- och sjukvården har ökat parallellt med att den svenska industrisektorn minskat i betydelse. Det är inte så att industrin är “basically gone” som Fredrik Reinfeldt hävdade i Davos 2013 (Sundström 2013), men industrins andel av ekonomin har minskat.

Det har funnits starka förhoppningar om att sjukvården skulle kunna bli en ny “svensk paradgren” och “industriell tillväxtmöjlighet”, och exporteras på samma sätt som svensk industriproduktion. Det hävdade till exempel Industriförbundet 1997 i rapporten “En ny strategi för sjukvården”. Industriförbundet menade att “en ökad andel privat ägande av vården kan förväntas leda till att nya vårdkoncept kan kommersialiseras. Detta ger nya exportprodukter eller exporttjänster för Sverige” (Industriförbundet 1997, s. 31)”. I samband med att rapporten publicerades intervjuades Industriförbundets VD Per Olofsson av DN: “det behövs omfattande strukturförändringar för att sjukvården skall kunna utvecklas till ett industriellt system” sa Industriförbundets VD. I samma artikel beskrevs S:t Görans sjukhus som pionjären för Industriförbundets modell. “S:t Göran betraktades inte längre som en vårdinstitution utan som ett kunskaps- och serviceföretag med stor medvetenhet bland personalen om kostnaderna” (Andersson 1997).

Synen på svensk sjukvård som en möjlig svensk exportprodukt omfattas tydligt av Roger Holtback, VD för företaget Bure som köpte upp S:t Görans sjukhus när det privatiserades 1999. På samma sätt som Industriförbundet, ansåg Holtback att “svensk sjukvård och utbildning är en plattform för en framtida stor exportindustri.” DN:s journalist får intrycket av att Holtback “verkar känna samma sorts entusiasm som säkert brukspatroner och träbaroner kände inför svenska råvarutillgångar vid det förra sekelskiftet”. (Andrén 1999).

Mer konkret innebar de industriella perspektiven på sjukvården att S:t Görans sjukhusledning hämtade idéer från näringslivet – och detta gjordes redan under bolagiseringen 1994. För att lösa vårdköerna tog man hjälp av “industriella processmetoder” som att “studera patientens väg genom sjukhuset.” Men det viktigaste för att industrialisera S:t Görans menade Holtback låg i att “effektivisera med nya IT-system och processtänkande” (Sörbring 1995).

2022 konstaterar ekonomijournalisten Per Lindvall, själv tidigare finansanalytiker, att S:t Görans finansiella utveckling “varit lite så där”. Men, skriver Per Lindvall, “sjukhuset utgör en så kallad ”trophy asset”

och har mycket stor betydelse för att skapa legitimitet för den privata sjukvården.” Och som exportprodukt måste sjukhuset betraktas som lyckad. Det såldes av Stockholms läns landsting till Bure AB för 250 miljoner kronor år 1999. Bure blev Capio, och 2018 såldes Capio till franska Ramsay Générale de Santé för 8,2 miljarder kronor. I Capio ingår också ett antal vårdcentraler, men “kronjuvelen” är S:t Görans sjukhus (Nilsson 2018).

S:t Görans blir privat

Det kanske mest dramatiska uttrycket för de ökade inslagen av marknadsstyrning av svensk sjukvård var bolagiseringen av S:t Görans Sjukhus 1994, och privatiseringen av samma sjukhus 1999.

Som nämnts tidigare bolagiserades S:t Görans i samband med Sabbatsbergssjukhusets nedläggning, vilket innebar att S:t Görans patientunderlag ökade med mellan 40 och 50 procent. Det kraftigt ökade patientunderlaget bidrog till att S:t Görans sjukhus kunde göra stora överskott, vilket gav vatten på kvarnen för den borgerliga majoriteten som styrde dåvarande Stockholms läns landsting 1998: privatiseringen framstod som lyckad. Samma år beslutade samma majoritet att ett sjukhus skulle avyttras.

Utförsäljningen har i efterhand blivit mycket omdiskuterad.

Överst på utförsäljningslistan stod S:t Görans sjukhus. Upphandlingen vanns av Bure Hälsa och Sjukvård AB och i december 1999 övergick ägandet till Bure – som år 2000 bytte namn till Capio. S:t Görans sjukhus såldes alltså för 250 miljoner kronor. Utförsäljningen har i efterhand blivit mycket omdiskuterad. Landstingets egna revisorer slog fast att landstinget brutit mot lagen om offentlig upphandling, eftersom Bure (som sedan blev Capio) fick köpa sjukhuset trots att det inte fanns något konkurrerande bud. Enligt revisorerna hade landstingsledningen inte agerat tillräckligt ”professionellt och affärsmässigt” (Kainz Rognerud 2009)

I avtalet, som också kritiskt granskats av landstingsrevisorerna, konstaterades att Bure Hälsa och Sjukvård AB förutom det låga priset också förhandlade till sig ett mycket förmånligt avtal med Stockholms läns landsting. Avtalet innebar en årlig merkostnad för landstinget på cirka 50 miljoner kronor, vilket enligt landstingsrevisorerna i efterhand ansågs vara för högt. Tack vare avtalet kunde S:t Görans undvika de sparkrav som andra sjukhus i Stockholm tvingades till. Detta samtidigt som Capio betalade lägre hyra och kompenserades för hyreshöjningar. Landstingsdirektören i Stockholm, Helena Holmstedt, har i efterhand förklarat att det generösa avtalet med Bure kom till “för att ge dem en

startuppverksamhet” (Kainz Rognerud 2004).

Landstingsrevisorerna konstaterade i två rapporter 2002 och 2005 att Bure/Capio fått villkor som andra vårdgivare inte har. Till exempel fanns volymgarantier i avtalet, och S:t Görans fick ett mycket långsiktigt avtal, ett avtal som i praktiken gällde fram till 2017. Om avtalet sades upp skulle landstinget betala 275 miljoner kronor i option (Kainz Rognerud 2009).

Att S:t Görans stod överst på listan för utförsäljning var inte en slump. Sannolikt kan utförsäljningen förklaras med sjukhusets affärsfördelar. Det har som sagt konstaterats att S:t Görans, redan innan privatiseringen, var ett mycket välfungerande sjukhus. En fördel var sjukhusets storlek, en lagom storlek gör sjukhuset mer lättstyrt. Dessutom saknade (och saknar fortfarande) S:t Görans en rad kostsamma specialiteter som exempelvis Södersjukhuset har; som exempelvis öron, näsa, hals, gynekologi, barnakut och förlossning. Det påverkar hela sjukhusets verksamhet och patientflöden (Hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Stockholm, 2017a, s. 51).

För Capio är S:t Görans sjukhus en del av en exportstrategi. Capio AB har länge haft ambitioner att expandera utomlands. Att ha ett sjukhus i sin portfölj ger prestige och trovärdighet. “Capio erbjuder ett brett och högkvalitativt vårdutbud genom våra sjukhus, specialistkliniker och vårdcentraler i Sverige, Norge och Danmark” skriver man på sin hemsida. Sedan 2018 är Capio en del av Ramsay Santé – en multinationell sjukvårdskoncern med 36 000 medarbetare i sex länder. Men frågan är: vad är det man skulle exportera?

År 2002 identifierade Landstingsrevisorerna 15 skillnader i konkurrensförutsättningar mellan S:t Görans och landstinget egna sjukhus. Av dessa var 11 till S:t Görans fördel, tre neutrala och endast en till S:t Görans nackdel. En konsultrapport som landstingsrevisorerna beställt konstaterade att ”S:t Görans har inte oväsentliga konkurrensfördelar i förhållande till de landstingsägda sjukhusen”. De väsentligaste områdena där S:t Görans bedömdes ha fördelar framför landstingssjukhusen var: (a) Kostnadskompensationer för momskostnader och tolkservice, (b) DRG-glidning, (c) Kompensationer för hyreshöjningar och löne- och prisutveckling och (d) Möjligheterna till volymmässig expansion (Landstingsrevisorerna 2002).

Dessa fördelar kvarstår i stor utsträckning än idag. I den här rapporten går vi igenom tre av dessa. Vi börjar med Region Stockholms kompensationer till S:t Görans för hyreshöjningar och löne- och prisutvecklingen, och beskriver hur S:t Görans finansiering är mer fördelaktig än den som Region Stockholm ger andra sjukhus i regionen.

Sedan beskriver vi hur S:t Görans tilldelats och aktivt kunnat välja att expandera mot mer lönsamma patienter och behandlingar. Vi avslutar med att beskriva det som utvecklats till S:t Görans spetskompetens: att maximera ersättningen från det så kallade DRG-systemet.

S:T GÖRANS HAR BÄTTRE FINANSIERING

S:t Görans har fått betydligt högre totalersättning i jämförelse med akutsjukhus i offentlig regi sedan 2018. Det här beror primärt på ökad vårdproduktion, men kan också härledas till att S:t Görans ersätts enligt ett annat ersättningsindex och har mer förmånliga sjukhusavtal med mindre sparkrav än de sjukhus som drivs av Regionen Stockholm själv.

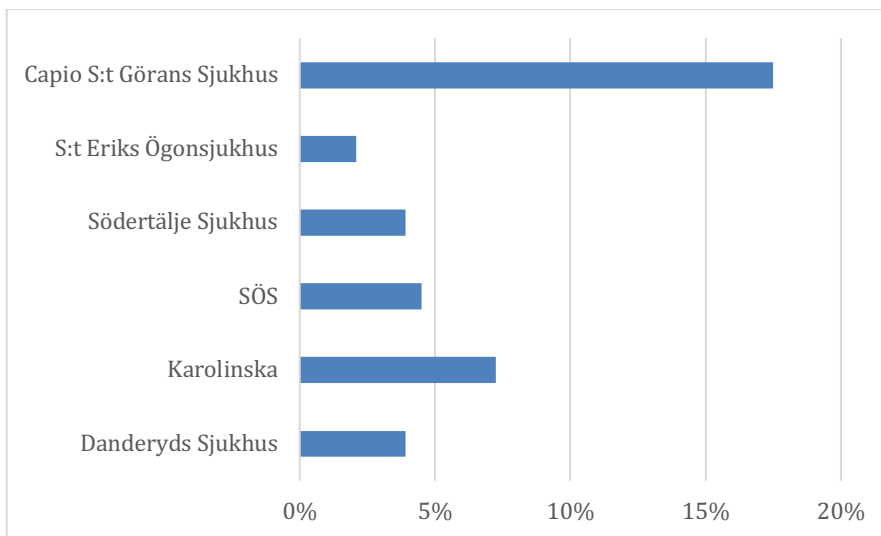


Diagram 2. Utvecklingen av totalersättningen till akutsjukhusen sedan 2018.

Källa: Region Stockholm

Ovanstående diagram visar hur S:t Görans, i jämförelse med akutsjukhus i offentlig regi, har fått en betydligt högre ersättning sedan 2018. Det är en konservativ tolkning av totalersättningen, där akutsjukhusen i offentlig regis totalersättning också inkluderar inkomst från slopade effektiviseringskrav.

Att S:t Görans totalersättning har ökat jämfört med akutsjukhus i offentlig regi är primärt en konsekvens av ökad vårdproduktion. S:t Görans har ökat sin vårdproduktion mer än akutsjukhus i offentlig regi och har därför fått en högre ersättning. Men det är inte hela sanningen. Det finns tre skäl till att Södersjukhuset är underfinansierat i jämförelse med S:t Görans.

För det första har S:t Görans sedan privatiseringen haft en mer förmånlig avtalskonstruktion än sjukhusen i offentlig regi. Det betyder att sparkraven som satts på sjukhuset varit mindre än de i offentlig regi. I november 2021 beslutade Hälso- och sjukvårdsnämnden i Region

Stockholm exempelvis om en "Tillfällig justering av villkor i vårdavtal med Capio S:t Görans sjukhus" på grund av att "Capio S:t Görans sjukhus AB ställt om sin verksamhet för att säkerställa omhändertagandet av patienter med covid-19". Bland annat justerades kravet på effektivisering till 0,7 procent år 2022. (Region Stockholm 2021). Någon motsvarande förändring gjordes inte för övriga sjukhus, trots att de ju gjort samma omställning under pandemin. Övriga sjukhus har ett effektiviseringskrav på 2,5 procent. För 2020 innebar besparingskravet enligt Region Stockholms Sjukhusavtal för åren 2020 – 2023 en nedskärning med 104 miljoner kronor för Södersjukhuset. (Region Stockholm 2019b).

Talla Alkurdi, oppositionsregionråd för Socialdemokraterna, sammanfattar i en intervju med Svenska Dagbladet: "– De blågröna har lagt en budget som innebär att SÖS tvingas varsla och med den politiken får man ingen bra tillgänglighet. I förhållande till sitt uppdrag får SÖS för lite pengar" (Mellgren 2020). Detta kan sättas i relation till att Region Stockholms år efter år har överskott på flera miljarder: 2018 ett överskott på 2,2 miljarder kronor (Region Stockholm 2019), 2020 ett överskott på 5,8 miljarder och 2021 ett överskott på 1,8 miljarder (Mellgren 2022a). Region Stockholm skryter i sin delårsrapport 2020 om att de visat "positivt resultat sedan 2007" (Region Stockholm 2020). Pengar som alltså inte når ut till akutsjukhusen, som istället tvingas till besparingar ner till paprikabiten på frukostmackan (Sveriges Radio 2021).

För det andra har Capio S:t Görans Sjukhus ett unikt uppräkningsindex baserat på demografisk tillväxt som ger sjukhuset årliga intäktshöjningar.

En tredje viktig förklaring till att S:t Görans har en bättre finansiering än Södersjukhuset är att S:t Görans har kunnat välja att ta emot mer lönsamma patientgrupper. Det handlar nästa avsnitt om.

S:T GÖRANS VÄLJER DE MEST LÖNSAMMA PATIENTERNA

Det är en viktig insikt från privatisering av välfärdstjänster att privata aktörer tenderar att rikta in sig på de mest lönsamma ”kunderna”, oavsett om det handlar om arbetssökande, elever, eller patienter. I sjukvården har detta till exempel uppmärksammats av internationella experter från Yale University och London School of Economics (Cooper, Gibbons och Skellern 2018). På svenska brukar man prata om en strategisk patientselektion.

När det gäller S:t Görans är det inte minst S:t Görans roll som sjukhus inom Capio-koncernen som skapar möjligheter att välja patienter. S:t Görans har en naturlig tillgång till de patienter som kommer till Capios vårdcentraler och specialistmottagningar, och dessa har ett incitament att skicka vidare lönsamma patienter just till S:t Görans. Detta skapar en mer sammanhållen vårdkedja, men det är också en finansiell fördel i jämförelse med de offentligt drivna sjukhusen. I grunden handlar det om att Capio-koncernen internt skickar patienter mellan dess vårdcentraler, specialistmottagningar och akutsjukhus på ett sätt som Region Stockholms fragmenterade vårdssystem inte klarar av eller inte tillåter.

År 2020 gjorde SvD:s grävande journalist Fredrik Mellgren en omfattande granskning av ersättningen till SÖS och S:t Görans. Kartläggningen visade att medelåldern var högre på SÖS än på S:t Görans. Dessutom var andelen ”svåra” eller multisjuka patienter betydligt fler på SÖS.

Fredrik Mellgrens granskning baseras på intervjuer med över 20 anställda på olika befattningar. Mellgren har också gått igenom en lång rad dokument, avtal och statistik från de båda sjukhusen. Det handlar bland annat om besöksstatistik, vårdtillfällen, väntetider, ambulanstransporter, överbeläggningar, medelvårdtider, vårdplatser, personalomsättning, ersättningsnivåer, målrelaterade och vårdrelaterade ersättningsutfall. Källorna är data från Södersjukhuset, S:t Görans sjukhus och Region Stockholm.

Enligt SvD:s granskning är en delförklaring till S:t

Trots att de flesta regioner övergett DRG-systemet, används det systematiskt som ersättningssystem inom såväl öppenvård som slutenvård i Region Stockholm.

Görans ”effektivitet” att patienterna på SÖS oftare kommer “från mindre välbeställda områden, medan S:t Görans har en större andel högutbildade från rikare delar av Stockholm” (Mellgren 2020). Det betyder att SÖS har en större andel äldre och multisjuka patienter som kräver mer sjukvård och tillika resurser. Detta förstärktes när närakuten i Rosenlund öppnade upp och specialistmottagningar flyttade från SÖS: då försvann många av SÖS enkla patienter (Mellgren 2020). Samtidigt registrerades en minskad vårdproduktion, eftersom antalet patienter totalt minskade, vilket ledde till att SÖS ersättning minskade.

Som diagram 1 och SvD:s kartläggning visar, så kompenseras inte SÖS för detta. S:t Görans tar emot de lättare patienterna, och som SvD:s granskning konstaterar, “kvar på den trånga och gamla SÖS-akuten är de svårast sjuka och multisjuka.”

Utöver att SÖS har fler äldre och multisjuka, har Södersjukhuset både en barnakut och förlossningsavdelning. Som vi har sett ovan är barn ofta mer resurskrävande än vuxna, men registreras trots detta med samma diagnoskoder.

Slutsatserna av SvD:s granskning, det vill säga att S:t Görans har en lägre andel multisjuka och äldre patienter än SÖS, motsägs av data från Region Stockholms Hälso- och sjukvårdsförvaltning. I den datan ser det ut som om S:t Görans istället har betydligt fler komplicerade- och mycket komplicerade patientgrupper än SÖS. Den här skillnaden beror på det som skulle kunna kallas S:t Görans spetskompetens: att registrera diagnoser.

DRG-GLIDNING: S:T GÖRANS SPETSKOMPETENS

DRG: New Public Management i sjukvården

Diagnosrelaterade grupper, förkortat DRG är ett köp- och säljsystem som infördes under 1990-talet. (Rehnberg, 2019, s. 136). DRG är ett sätt att prissätta sjukdomar och behandlingar.

Mer noga förklarar är DRG ett beskrivningssystem där vårdtillfällen grupperas efter hur mycket resurser de kräver. Till exempel kan det innebära att vårdkontakter som medicinskt liknar varandra eller har liknande resursåtgång grupperas. Grupperingen baseras på huvuddiagnoser, bidiagnoser, genomförda åtgärder, kön, ålder och utskrivningssätt. Huvuddiagnos och större åtgärder som operationer avgör klassificeringen. Grupperna klassificeras även ofta in i kategorierna *okomplicerade*, *komplicerade* eller *mycket komplicerade* – som avgörs av bidiagnoser och åtgärder.

DRG kan användas för att beskriva och mäta vården. Det kan också användas som bas för ett ersättningssystem. Det förutsätter att landstinget tar fram ett genomsnittligt bruttopris för respektive diagnos.

När DRG används som en bas för ersättningssystemet får vårdenheter, som till exempel ett sjukhus, inte betalt för den faktiska tiden och resurser som lagts ner på en patient, utan sjukhuset får betalt per rubrik. Förlossningar, hjärtinfarkter, diabetes, psykoser och mycket mer kantas ner till ett schablonbelopp. “Stroke, DRG 14A – 1,5579 poäng. Nyfödd under 1000 gram, DRG 386 N – 13,8234 poäng. Och så vidare, över 500 olika koder, där poängen multipliceras med ett konstant belopp” skriver DN:s Maciej Zaremba (2013) när han försöker beskriva systemet. Men sanningen är att systemet är mycket mer komplicerat än så. Vill man läsa mer om hur systemet fungerar kan man exempelvis ta användning av Socialstyrelsens manual *Vägledning till NordDRG*, som omfattar 1 248 sidor – varav 1 218 sidor är exempel på DRG-koder (Socialstyrelsen 2015). Eller så kan man, som dåvarande socialministern Göran Hägglund gjorde 2013, förskjuta ansvaret och påstå att man inte har en “aning om hur det praktiseras i detalj” (Zaremba 2013).

I dag har de flesta regioner övergett det prestationsbaserade ersättningssystemet DRG, konstaterar Peter Lindgren i SNS-rapporten *Ersättning och e-hälsan* (2019). Peter Lindgren, som är VD för Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi och adjungerad professor i hälsoekonomi vid Karolinska Institutet har i rapporten kartlagt samtliga

ersättningssystem som används i den svenska vården. Han konstaterar att det numera bara är undantagsvis som DRG används som ersättningssystem och att det då gäller för upphandlade verksamheter såsom Simrishamns sjukhus, Lasarettet i Motala och Capio S:t Görans sjukhus (Lindgren 2019, s. 56). Att de flesta regioner övergett DRG-systemet har förklarats med den kritik som riktats mot New Public Management, där DRG anses ha en betydelsefull roll (Lindgren 2019 s. 63). DRG-modellen har "effektivitetsproblem på systemnivå i och med att den kan styra mot ökad behandling i slutenvård i stället för öppenvård" (ibid). Detta har angetts som skäl till att Region Skåne övergett modellen (Ellegård och Glenngård Häger 2018).

Trots att de flesta regioner övergett DRG-systemet, används det systematiskt som ersättningssystem inom såväl öppenvård som slutenvård i Region Stockholm (Socialstyrelsen 2020). Det betyder att Region Stockholm – tillsammans med Västra Götalandsregionen – är de enda, av 21 regioner, som fortfarande använder sig av DRG som ersättningssystem (Socialstyrelsen, 2022, s. 11). DRG-systemet används i dag för finansiering av samtliga sjukhus i regionen.

DRG ökar byråkratin

Enligt tidningen Vårdfokus kartläggning "Sjuksköterskor flyr vårdgolvet – byråkratin sväller" (Westin 2021) har andelen ledningspersonal, handläggare och administratörer inom sjukvården fördubblats mellan 2010 och 2020. Detta medan yrkesgrupperna som arbetar närmast patienterna minskat. Enligt Patrik Hall som forskar om byråkratiseringstendenser i offentlig förvaltning är trenden tydlig: i regionerna har administrativ personal ökat exceptionellt mycket mer än vårdpersonalen under det senaste decenniet. Patrik Hall har studerat perioden från 2008 till 2020 utifrån data från SKR – Sveriges Kommuner och Regioner. SKR:s data visar att utvecklingen är särskilt dramatisk i Region Stockholm.

Av samtliga personalökningar står ökningen av byråkraterna för 62 procent i Region Stockholm. Snittet i riket är 33,6 procent. Lägst andel har Östergötland med en ökning på 14 procent (Mellgren 2022b).

Kopplingen till DRG-systemet är tydlig. En vårdadministratörs arbete består till stora delar av just diagnoskodning och att dokumentera patientjournaler (Yrkeshögskolan Kristinehamn, 2020). Det betyder att desto mer utvecklat DRG-systemet

Andelen ledningspersonal, handläggare och administratörer inom sjukvården har fördubblats mellan 2010 och 2020. Detta medan yrkesgrupperna som arbetar närmast patienterna minskat.

blir, desto mer vårdadministratörer behövs (Bark 2008). Samtidigt är fördelen med ”utbildade aktiva kodare” – eller vårdadministratörer – att de hittar fler och lämpligare diagnoser, och därmed framstår de flesta vårdtillfällen som litet tyngre – och därav lönsammare för sjukhuset.

Redan 2005 visade en utvärdering av en termins universitetskurs i klassifikation och vårddokumentation för läkarsekreterare i Västra Götaland och Halland som publicerade i Läkartidningen att den grupp läkarsekreterare som utbildats och som aktivt arbetade med kodning var mycket mer effektiva än andra kodare. Utvärderingen visade ”statistiskt signifikanta förändringar i diagnostik i form av ökat antal bidiagnoser, ökad DRG-vikt, minskad andel ospecificerade huvuddiagnoser, ökad andel vårdtillfällen med sk komplikations-DRG samt minskad andel DRG med operationer utan relation till huvuddiagnos” (Lindqvist m fl 2005).

DN:s Maciej Zaremba (2013) beskriver det så här: ”Vill sjukhuset förbättra sin ekonomi, eller sin plats på rankingslistorna, är en ”aktiv kodare” en bättre investering än fler sjuksköterskor.” Därför är det inte konstigt att andelen sjuksköterskor, barnmorskor och röntgensjuksköterskor inom slutenvård har minskat med 2 500 anställningar sedan 2010 (Westin 2021).

I Region Stockholms fall har även den stora andelen vård som bedrivs av privata, vinstdrivna aktörer bidragit till att öka byråkratin. I samtliga regioner är det obligatoriskt med vårdval inom primärvården (de måste bedrivas enligt lagen om valfrihetssystem, se Dahlgren & Pelling 2021). Region Stockholm har dock infört vårdval inom långt fler områden än andra regioner: i dag har Region Stockholm 38 olika vårdval och 4 000 olika vårdgivare.

”Privatiseringar och vårdval är byråkratidrivande, det har ökat den administrativa belastningen. Om en patient ska kunna välja i alla lägen krävs en stor byråkratisk apparat för att administrera hela systemet, att skriva avtal, följa upp och kontrollera de privata bolagen. Vården skulle bli effektivare, men byråkratin har man inte lyckats minska” säger byråkratiforskaren Patrik Hall i en intervju i Svenska Dagbladet i januari 2022 (Mellgren 2022b).

Diagnosglidning och diagnosinflation

Men det faktum att vinstdrivande vårdgivare anställer utbildade kodare istället för läkare och sjuksköterskor är inte hela problemet. En förutsättning för att grupperingen inom DRG ska bli korrekt är att

Vill sjukhuset förbättra sin ekonomi, eller sin plats på rankingslistorna, är en ”aktiv kodare” en bättre investering än fler sjuksköterskor.

registreringen av data är fullständig. Men eftersom DRG-systemet grundar sig på vårdgivarens information finns det risk för omedveten felkodning eller medveten kodningsmanipulation (Lindgren 2019). Det senare är det som benämns som DRG-glidning.

DRG-glidning innebär att registreringen görs utifrån vad som skapar mest DRG-poäng. Vid registrering av till exempel bidiagnoser finns det risk att vårdgivaren rapporterar så många som möjligt för att vårdtillfället ska ingå i en DRG-grupp med hög ersättning (komplicerade eller mycket komplicerade patientgrupper). Detta kallas uppkodning. Över tid har man kunnat observera att antalet diagnoser och åtgärder ökat efter införandet av DRG, vilket tyder på att uppkodning förekommer (Lindgren 2019, s. 35).

I en rapport om Kristdemokraternas vårdpolitik konstaterar Johan Enfeldt och Mats Wingborg (2022) att en ersättningsmodell som bygger på diagnoskoder riskerar att premiera "snabba och många diagnoser." Detta på samma sätt "som höga ersättningar per besök riskerar att premiera enkla patienter med enkla besvär", särskilt i kombination med ett vinstintresse.

2014 granskade Riksrevisionen införandet av obligatoriska vårdval inom primärvården. Införandet av vårdval innebär att privata, vinstdrivande aktörer fick rätt att bedriva vårdcentraler på samma villkor som de dåvarande landstingens egna vårdcentraler. I samband med granskningen av vårdvalens införande jämförde Riksrevisionen utvecklingen av psykiska diagnoser i regioner med olika ersättningsmodell under en fyraårsperiod, före och efter införandet av vårdvalen. Riksrevisionen konstaterade att det fanns mycket stora skillnader mellan regionerna beroende på ersättningsmodell. I en region som Västra Götaland, där varje diagnos gav extra ersättning, ökade antalet diagnoser med 84 procent. I Stockholm, som inte hade någon sådan ersättning per diagnos för psykiska diagnoser, var ökningen mycket mindre, 34 procent. (Riksrevisionen 2014, s. 82).

Riksrevisionen konstaterade i sin granskning att det redan gjorts ett antal studier om hur ett diagnosbaserat ersättningssystem påverkar hur många diagnoser som ges (för primärvården är det så kallade ACG-systemet som använts). De refererar bland annat till en enkätundersökning bland läkare i Jönköpings län. "Majoriteten uppgav att deras beteende påverkades av ersättningssystemet. Bland de svarande läkarna uppgav 58 procent att de i hög grad eller till viss del känner sig tvingade att sätta fler diagnoser än vad som är motiverat.". Riksrevisionen skriver att en liknande bild framkommer av RR:s egna intervjuer med läkare: "De beskriver en diagnosinflation som kan

förklaras av både medveten och omedveten överdiagnostisering.”
(Riksrevisionen 2014, s. 83).

Riskerna med ett ersättningsystem som bygger på att fler diagnoser ger högre ersättning är mer långtgående än riskerna för överdiagnostisering. Det handlar om att den information som diagnoserna kan ge om förekomsten av tillstånd och sjukdomar försämras. Riksrevisionen konstaterade krasst: “Påverkar ersättningsystemen antalet satta diagnoser innebär det också att diagnoser har blivit ett sämre mått på sjuklighet. Det betyder att journalernas värde som informationsbärare till framtida vårdgivare minskar.” (Riksrevisionen 2014, s 83).

DRG-glidning på S:t Görans Sjukhus

I rapporten *Komplikations-DRG 2005-2015: Skillnader i procent komplicerade DRG mellan sjukhus i Stockholms läns landsting* undersökte hälso- och sjukvårdsförvaltningen skillnaden i rapporteringen av komplicerade DRG (komplicerade och mycket komplicerade vårdtillfällen) mellan akutsjukhusen i dåvarande Stockholms läns landsting. Rapporten visade att andelen komplicerade DRGs mellan år 2005-2015 ökat med 13 procentenheter för samtliga sjukhus. S:t Görans sjukhus hade ökat mest med 21 procentenheter i jämförelse med Södersjukhusets 11 procentenheter (Reyes & Högberg, 2016, s. 10).

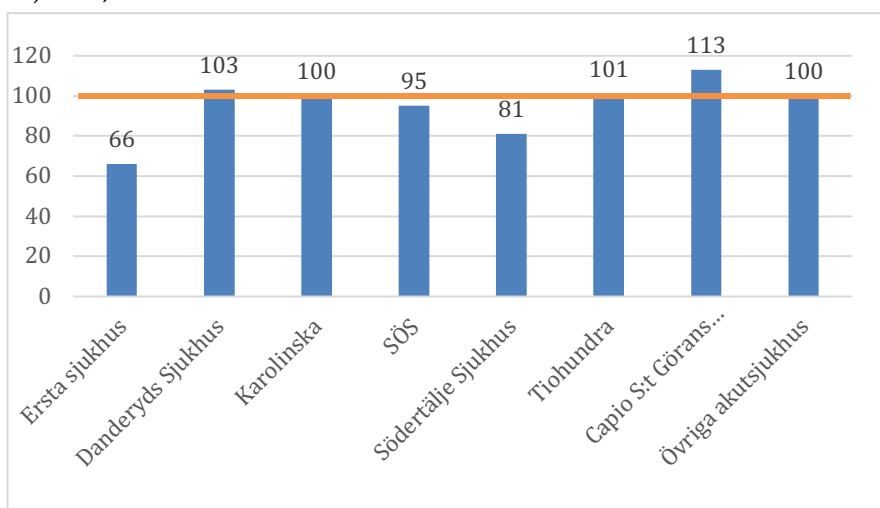


Diagram 3. Procent komplicerade DRG 2015. Justerat för case mix. Övriga akutsjukhus = 100. Källa: Reyes & Högberg 2015, s. 11.

När man tog hänsyn till patientsammansättningen för respektive sjukhus, kvarstod skillnaden. S:t Görans hade 13 procent högre andel komplicerade DRG än genomsnittet för alla övriga akutsjukhus. Däremot låg Södersjukhuset under genomsnittet med 5 procent. Detta

trots relativt liknande uppdrag (Reyes & Högberg, s. 11).

Att ovanstående statistik tyder på å ena sidan DRG-glidning på S:t Görans och å andra sidan på bristande registrering av diagnoskoder på offentliga sjukhus är inget nytt. Redan 2003 flaggade Landstingsrevisorerna i rapporten *Jämförelser av sjukhusens effektivitet – Etapp 2* för skillnader i registreringsbeteende. DRG-glidningen vid S:t Görans sjukhus då kostade landstinget 15 miljoner kronor mer per år än vid andra sjukhus, enligt revisorerna. “Det är inte rimligt att få så omfattande förändringar på så kort tid. Vi tolkar det som en förändring i registreringsbeteendet”, sa Ralf Jonsson, chefsutredare vid revisionsenheten vid Stockholms läns landsting (Dagens Medicin 2003).

Fenomenet, att privata sjukhus använder sig mer av uppkodning och DRG-glidningar än offentliga sjukhus, har även påvisats i internationella studier. I rapporten *From downcoding to upcoding: DRG based payment in hospitals* (2019) undersökte professorn Carine Milcent (Paris School of Economics) franska sjukhus som använder DRG-systemet som ersättningsmodell. I studien konstaterades att sjukhus som är minst utrustade med högteknologisk utrustning, som offentliga sjukhus utan undervisning, var minst benägna att manipulera data via uppkodning. Därefter studerade Milcent hur detta påverkade de totala hälsoutgifterna och fastslog följande: “An implication of these results is that upcoding led to a budget reallocation that increased the share of total health spending going to for-profit hospitals at the expense of public.”

DRG-glidningen är i dag fortsatt relevant, åtminstone i Region Stockholm. När avtalet med Capio AB löpte ut 2018 och eventuell förlängning låg på bordet, grundade Stockholms läns landsting sitt övervägande på en utvärdering och beställd rapport av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (Hälso- och sjukvårdsnämnden 2017b, s. 1). I rapporten *Benchmarkning av akutsjukhusens effektivitet* (2015) kom förvaltningen fram till att S:t Görans producerade vård inom kärnverksamheterna med 5–7 procent lägre kostnad per DRG-poäng än SÖS. I studien noterades dock en olikhet i registreringsbeteende mellan sjukhusen som förklarade 1–3 procent av skillnaden. Sannolikt är skillnaden i registreringsbeteende ännu högre.

I den beställda rapporten från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (2015) skrev författarna att det finns “tre andra områden som rör skillnader i både registrering och arbetssätt och som har bedömts kunna påverka DRG-poäng för samma patient” (s. 24). Dessa tre faktorer togs dock inte med i beräkningen med motiveringen att “det är svårt att uppskatta hur stor registreringseffekten är” (Ibid). En analys av de tre

faktorer som utelämnades tyder på att skillnaden i registreringsbeteendet är högre. De tre områdena som inte togs i beaktande var poliklinisk vård, subakuta patienter och sjukhus eller klinikvårdtillfällen. (Om en patient som behandlas inte ligger inne över natten men trots detta registreras i slutenvården, ges DRG-poäng som för en patient i slutenvård. Om patienten istället registreras för dagvård i öppenvården ges (oftast) en lägre vikt).

Dessa tre faktorer är alla väsentliga att inkludera i en bedömning av skillnader i registreringsbeteendet. Ta till exempel registrering av subakuta patienter. Subakuta patienter är patienter med symptom som till skillnad från akuta patienter inte måste behandlas omedelbart. Det gäller till exempel patienter som behöver en planerad operation. I en sådan registrering får sjukhuset nämligen DRG-poäng två gånger. Först vid öppenvårdsbesöket och sedan igen vid den planerade kirurgin. S:t Görans har störst andel subakuta patienter: ca 8 %, jämfört med SÖS som har ca 3 % och Danderyds Sjukhus som har ca 2 % subakuta patienter (Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, 2015, s. 39). Och även detta, det vill säga att vinstdrivande sjukhus har en tendens att föredra subakuta patienter, är en del av en trend som konstaterats internationellt. I Tyskland, där DRG-systemet använts sedan 2003, har den genomsnittliga sjukhusvistelsen sänkts från 9,7 till 7,8 dagar och enligt DN:s Maciej Zaremba (2013) – berikat Tyskland med ett nytt uttryck: “Blutige Entlassung” (“blodig utskrivning”). Ett uttryck som innebär att patienten skrivs ut i förtid. Om patienten kommer tillbaka belönas sjukhuset med ett nytt vårdtillfälle, och nya DRG-poäng.

Om patienten kommer tillbaka belönas sjukhuset med ett nytt vårdtillfälle, och nya DRG-poäng

S:t Görans fokus på lönsamma höft- och knäledsoperationer

S:t Görans har länge kunnat öka sin lönsamhet med sin elektiva vård. Elektiv vård är vård som kan planeras, som till exempel höft- och knäledsoperationer. Bengt Sparrelid, ordförande för S:t Görans läkarförening, förklarar i en intervju för tidningen Sjukhusläkaren att sjukhusets ekonomiska framgång är bland annat bygger på detta: “Man kan säga att det i grunden alltid har lönat sig och fortfarande lönar sig att arbeta elektivt inom landstinget. Ersättningssystem är bättre för planerad verksamhet än för akutverksamheten” (Dahl, 2017).

Faktum är att koncernen som äger Capio – och således S:t Görans sjukhus – har ett systematiskt fokus på just höft- och knäledsoperationer. Den australiska vårdkoncernen Ramsay Health Care har sedan dess intåg som privat alternativ i sjukvården finansierats av höft- och

knäledsoperationer, skriver Financial Review i april 2022.

Detta gäller även S:t Görans. Capio skriver så här i sin årsredovisning från 2015:

“De senaste åren har höft- och knäprotesoperationer varit ett fokusområde inom koncernen och besök och operationer med deltagare från olika länder har anordnats för att utbyta kunskap och erfarenheter ... Detta fokus har ... resulterat i en väsentlig minskning av medelvårdtiden för höft- och knäprotesoperationer samtidigt som kvaliteten och patientnöjdheten ökat ... Capio har i Sverige sänkt medelvårdtiden för höft- och knäprotesoperationer från 3,9 dagar för 2011 till 2,7 dagar för 2015 (–31 procent) ... Sänkningen av medelvårdtid inom Capio bidrar även till ökade volymer genom att frigöra kapacitet (färre sängdagar för motsvarande produktion).”

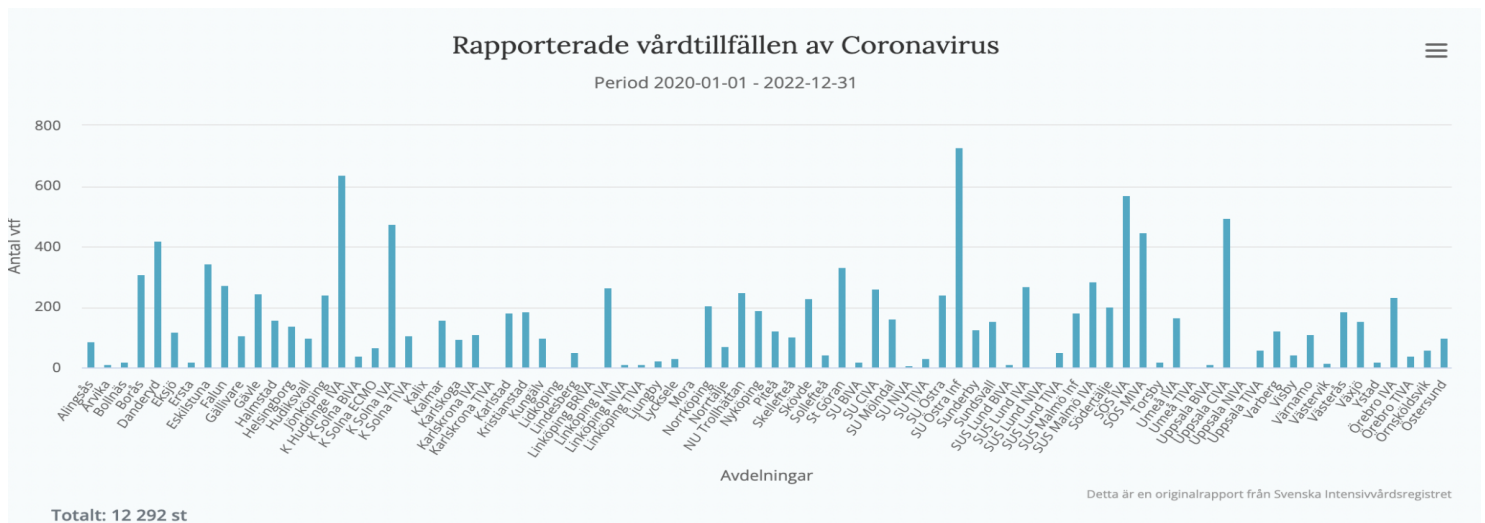
I DRG-termer betyder detta att Capio S:t Görans länge fått samma ersättning för en höft- och knäprotesoperation som övriga akutsjukhus i landstinget/regionen – trots att S:t Görans stora volymer och specialisering på just detta gör att operationerna här kräver mindre resurser. Enligt Svenska Ledprotesregistrets årsrapport för 2021 är Capio S:t Görans Sjukhus bland de sjukhus som genomförde flest primära höftprotesoperationer mellan 2000 och 2015: 5 909 stycken. Bara sjukhusen i Hässleholm, “störst i Skandinavien” (9 726) och Trelleborg (6 599) genomförde fler. Näst flest höftprotesoperationer i Stockholm genomfördes på en annan Capio-ägd klinik, Capio Ortopediska Huset som genomförde 5 115 höftprotesoperationer mellan 2000 och 2015. Under samma period genomfördes 3 444 höftprotesoperationer på Södersjukhuset.

Som exempel ger den komplicerade DRG-koden H02C – Primära ledproteser i höft – ett schablonbelopp på 284 000 kronor och motsvarar ca 2,07 i DRG-vikt (Västra sjukvårdsregionen, Samverkansnämnden 2019).

Problem uppstår när sjukhus som lever på elektiv vård tvingas ställa om – som under en pandemi. Ramsay-koncernen drabbades därför hårt av pandemin, när den elektiva kirurgin stoppades (LaFrenz 2022). Detta gäller även för Capio S:t Görans sjukhus.

Under pandemin tvingades samtliga sjukhus omprioritera och ställa om sin verksamhet med mycket kort varsel. S:t Görans var inget undantag, och sjukhuset var involverat i vården av svårt sjuka covid-patienter. Anställda tvingades, precis som på de offentligt ägda sjukhusen, att vårda smittsamma och svårt sjuka patienter med en sjukdom som ingen kände till sedan tidigare, och arbetsbördan ökade stort jämfört med den vardagliga belastningen. Men i jämförelse med till

exempel Södersjukhuset gjorde ändå inte S:t Görans samma relativa insats.



Källa: Svenska intensivvårdsregistret 2022. Hämtad 2022-07-19

Det svenska intensivvårdsregistret visar att S:t Görans sjukhus under coronapandemin vårdade 332 covid-patienter inom intensivvården. Ställt i relation till att sjukhuset har 340 vårdplatser (GE Healthcare 2021) betyder det ungefär 1 intensivvårdad covid-patient per vårdplats under pandemin. Under samma tid intensivvårdade SÖS 1007 covid-patienter (fördelat på två Iva-avdelningar, 561 + 446 = 1007). Eftersom SÖS har 598 vårdplatser (Södersjukhuset 2021) betyder det att sjukhuset intensivvårdade cirka 2 covid-patienter per vårdplats under samma tidsperiod. Statistiken indikerar därmed att det offentligt ägda SÖS drog ett avsevärt tyngre lass. Samtidigt återspeglas inte statistiken i någon ekonomisk resultatredovisning eftersom sjukhusen under pandemin istället fått löpande ersättning för kostnader. Men statistiken över covid-vården visar att när offentligt ägda sjukhus får ersättnings baserat på reell resursfördelning, klarar de omställningen bättre och effektivare än privata vårdgivare.

Ett annat exempel på skillnaden i arbetssätt och registrering är internflytt av patienter inom ett sjukhus, här kallat kopplade vårdtillfällen. Detta innebär att sjukhus kan få ersättning för samma patient flera gånger under förutsättning att denne skrivs in och ut på olika delar av sjukhuset. Ett exempel som inte heller användes som underlag i Hälso- och sjukvårdsförvaltningens benchmarking, men som är relevant eftersom Capio – till skillnad från den fragmenterade regionen – har en välfungerande vårdkedja (Vänsterpartiet 2015). Det betyder att koncernen gärna, och enkelt, förflyttar patienter mellan vårdmottagningar (i utbyte mot dubbel betalning).

“Man klarar under normala omständigheter bara av att granska några få DRG i taget då metoden är relativt resurskrävande samtidigt som nödvändig kompetens på området utgör en stor bristvara” skriver Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (2016). Men i rapporten *Journalgranskning avseende primärklassificering av vårdtillfällen i komplicerade respektive okomplicerade DRG vid Södersjukhuset och Caphio S:t Görans sjukhus* (2011) granskar förvaltningen registreringsbeteendet utifrån just journaler. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen hittade större fel i klassifikationen av bidiagnoser i 23 % av vårdtillfällen vid S:t Görans sjukhus och i 55 % av vårdtillfällen vid SÖS. Förvaltningen konstaterar dock att felen är av olika slag:

Medan primärklassifikationen vid SÖS visade exempel på underkodning, dvs. att för vårdtillfället relevanta diagnoser inte hade registrerats, så fanns i urvalet från S:t Görans exempel på överkodning, dvs. att diagnoser hade registrerats utan att det klart framgick att dessa hade påverkat vården.

I rapporten, där man noga utförde journalgranskning, framgick alltså DRG-glidningen tydligt. SÖS registrerade för få diagnoser, medan S:t Görans felkodade åt andra hållet: de registrerade för många och för tunga diagnoser.

Eftersom de ekonomiska anslagen till Region Stockholms sjukhus grundar sig på DRG-vikten är denna diagnosglidning en viktig förklaring till den skevhet som uppstått i ersättningen till de två största akutsjukhusen i Stockholm: S:t Görans och Södersjukhuset.

ETT VÄXANDE MISSNÖJE, ÄVEN PÅ S:T GÖRANS

S:t Görans uppdrag har utökats sedan 2018 – och sedan dess har ett missnöje, som på många sätt liknar det som vuxit fram på SÖS, uppmärksammas. Detta trots att ledningen aktivt motarbetat sådana röster. DN rapporterade 2020 om hur en fackligt förtroendevald på S:t Görans avskedats för att – med ett språkbruk som känns igen från det privata näringslivet – ha uttalat sig ”grovt illojalt” mot ledningen och sin nyanställda chef (Gustafsson 2020). Men för somliga har Capios reprimander setts som milda i jämförelse med arbetsmiljön. Vårdfokus rapporterade i december 2021 hur arbetsmiljön på S:t Görans försämrats avsevärt:

“Under våren 2021 började uppsägningarna rulla in och kollegorna ut. Och så har det fortsatt. Bara den senaste veckan har tre röntgensjuksköterskor sagt upp sig. Hittills i år har 15 av 44 röntgensjuksköterskor och 2 av 20 undersköterskor sagt upp sig från radiologin. Därtill är tre långtidssjukskrivna utan ersättande vikarier.”

Denna utveckling hade redan konstaterats under 2020 när många på röntgenenheten hotade med att säga upp sig eller blev lång- eller korttidssjukskrivna. Försämringen blev dock ohållbar under Coronapandemin. Detta eftersom Capiro fortsatte att effektivisera verksamheten. För Vårdfokus berättar ett skyddsombud att Capiro vägrat dra ner på elektiva undersökningar som återbesök och kontroller trots att bemanningen minskat.

Lilia Vargas, skyddsombud och röntgensjuksköterska på S:t Görans, summerar det så här:

“Vi känner att patientsäkerheten riskeras varje dag. Vi är för få som ska göra för mycket på för kort tid. Vi måste jobba så snabbt och effektivt att vi förlorar tiden att verkligen ta hand om varje patient. Det är ju inte för det här som vi valt att jobba i vården. Vi vill kunna ge den omvårdnad som patienterna förtjänar. Det hinner man inte med när man måste jobba som en robot”

“Fram till i år har vi inte varit uppdelade i så många kliniker –

Försämringen blev dock ohållbar under coronapandemin. Detta eftersom Capiro fortsatte att effektivisera verksamheten

medicin har till exempel varit en enda stor familj. Men så knoppades neurologen av och blev neurologklinik, och i år har resten av medicinkliniken delats upp i en hjärtklinik, en medicinklinik och en akutmedicinklinik. Vi går mot universitetssjukhusens komplexitet med egna budgetar, frågor om vem ska betala, vem ska erhålla ersättning och vem som riskerar att bli "Svarte Petter". Det påverkar också utbildningsmiljön negativt – den blir lite rumphuggen istället för att man får ta del av alla delar." (Dahl 2017).

Till detta kommer S:t Görans uppdrag utökas ytterligare när en förlossningsvård förväntas tillkomma 2023.

AVSLUTANDE REFLEKTION

I ledaren "Mer och mer pengar löser inte vårdkaoset" skriver Expressens politiska chefredaktör Anna Dahlberg (2022) om S:t Görans lyckade organisationsförmåga. Genom tydliga riktlinjer avlastar S:t Görans framförallt sjuksköterskor, genom att logistik och medicinering sköts av andra yrkesgrupper, hävdar Anna Dahlberg. En annan viktig förklaring till S:t Görans framgång är, enligt Anna Dahlberg, att sjukhuset begränsar den byråkratiska arbetsbördan: "För att inte bygga på byråkratin mäter man antalet administrativa tjänster."

Den administrativa bördan är ett återkommande problem i Region Stockholm. Flera rapporter har konstaterat att administration och handläggning årligen tar en allt större andel av sjukvårdsbudgeten. Pengar som kunnat gå till patienter och personal.

DN:s ledarskribent Hanne Kjöllner, som själv arbetar som sjuksköterska på SÖS, beskriver sin arbetsvardag så här:

Att skriva ut någon, så att namnet försvinner från skärmen, kräver förutom inloggning tolv knapptryckningar: Utskrivning, skriv ut, vårdkontakt, lägg till, ny diagnos, Z 000, signatur, okej, DRG gr, godkänd, datum, tid, hem/avd.

Vissa arbetsuppgifter tar längre tid att dokumentera än att utföra. Som till exempel att ta en örontemp eller att långa fram en macka. Några sekunder hos patienten. Sedan: inloggning igen. Och sedan: "skapa en aktivitet" (jag ska göra något som jag alltså redan gjort: ta tempen eller ge patienten en smörgås). Välj typ av aktivitet (mätning eller nutrition) och specificera exakt vad i nästa rullista. Klicka vidare till "utförd". Lämna patientens akutjournal och plocka i stället upp huvudjournalen och leta efter "registrera mätvärden".

De felmeddelanden som kommer upp på skärmen rymmer information om att jag har gjort fel. Däremot sägs inte vad jag ska göra för att göra rätt. Det står alltså inte: Tid anges med semikolon och utan mellanslag. Och något slags konsekvens eller harmonisering med svenska skrivregler har jag inte lyckats hitta. (Kjöllner 2020).

Med sådana system är det inte så konstigt att det är lönsamt att anställa controllers, diagnoskodare och andra vårdadministratörer. Det förstod Bure AB redan 1996. Bures dåvarande VD Per Båtelsson förklarade upplägget så här: "Vi gör stora investeringar i IT-stöd också på andra håll, både i administrativa och medicinska delar av de verksamheter som

ingår. En effektiv informationshantering kommer att vara nyckeln till framgång i alla våra verksamhetsgrenar.”

Denna rapport visar hur S:t Görans sjukhus, med hjälp av “effektiv informationshantering” eller goda kunskaper i såväl ersättnings- som DRG-systemet, får större anslag från Region Stockholm än regionens egna sjukhus. Det finns viktiga skillnader mellan Region Stockholms akutsjukhus, såsom skillnaderna mellan SÖS och S:t Görans när det gäller förlossningsvård, barnakut och inte minst patientsammansättning. Men den viktigaste anledningen till S:t Görans “förskräckliga succé” handlar om ett ersättningsystem som utgår ifrån ett manipulerbart DRG-system.

Lärdomen vi inledningsvis frågade efter kan alltså summeras så här: om man som privat vårdgivare anpassar verksamheten efter DRG-systemet, uppkodar och satsar på vårdadministratörer istället för läkare, får man såväl ökade anslag som minskad arbetsbörda. Men också diagnosinflation. Och kris, när industrialiserade vårdtjänster – som höft- och knäoperationer – skjuts upp, som under pandemin.

Vill man däremot ha ett rättvist system, där ersättning bygger på verklig vårdvikt – kan man argumentera för att Region Stockholm, som 20 andra regioner, bör omvärdera sitt DRG-baserade ersättningsystem. Alternativet är att utbilda såväl ledning som personal på de offentligt drivna sjukhusen i Region Stockholm i att använda systemet på samma sätt som Capio S:t Görans Sjukhus. Men då får man också räkna med diagnosinflation och en fortsatt byråkratisering av vården i Region Stockholm.

Göran Dahlgren konstaterade redan 2007 att “det är mycket enkelt att privatisera offentligt driven sjukvård men mycket svårare att med politiska beslut gå från kommersiell till offentligt driven vård” (Dahlgren m fl 2007, s. 14).

Det gäller i högsta grad fortfarande. “Att vinstmaximering är lika med effektivitet inte bara för företag utan även för samhället i stort” var 1990-talets fixidé, påminner den tidigare finansanalytikern och ekonomijournalisten Per Lindvall (Lindvall 2022). Denna fixidé blir nu allt mer ifrågasatt. Frågan är om – och när – politikerna vågar gå från ord till handling och skapa ett sjukvårdssystem där effektivitet skapas genom ökat avbyråkratisering och ökat handlingsutrymme för vårdprofessionerna.

Tills dess kommer Capio, med hjälp av förmånliga avtal, patientselektion och taktisk diagnossättning, att fortsätta överföra skattepengar avsedda för vård till sina aktieägare. Pengar som i slutändan kan finansiera miljardärer i Abu Dhabi. (Krey 2022).

REFERENSER

Andersson, B. (1997). SAF/Industriförbundet. Nya jobb i fyra steg. *Dagens Nyheter*, 11 september. <https://www.dn.se/arkiv/ekonomi/saf-industriforbundet-nya-jobb-i-fyra-steg/>

Andrén, L (1999). Bure: Sjukvård framtidens exportvara. Vd Roger Holtback byter strategi för investmentbolaget Bure. *Dagens nyheter*, 31 maj. <https://www.dn.se/arkiv/ekonomi/bure-sjukvard-framtidens-exportvara-vd-roger-holtback-byter-strategi-for-investmentbolaget-bure/>

Bark, C. (2008). "Läkarnas tid utnyttjas felaktigt". *Sjukhusläkaren*, 30 april. <https://www.sjukhuslakaren.se/%E2%80%9Dlakarnas-tid-utnyttjas-felaktigt%E2%80%9D/>

Bejerot, E. & Hasselbladh, H. (2002). Kvalitet utan gränser: *En kritisk belysning av kvalitetsstyrning*. Lund: Academia Adacta AB.

Blomqvist, P. & Rothstein, B. (2000). *Välfärdsstatens nya ansikte: Demokrati och marknadsreformer inom den offentliga sektorn*. Stockholm: Agora.

Capio Holding AB (2016). Capio Årsredovisning 2015.

Cato, C. & Ljung Nielsen, V. (2022). Vårdköerna växte med 25 procent under pandemin. *Dagens Nyheter*, 3 maj. <https://www.dn.se/sverige/varldkoerna-vaxte-med-25-procent-under-pandemin/>

Cooper, Z., S. Gibbons & M. Skellern (2018) "Does competition from private surgical centres improve public hospitals' performance? Evidence from the English National Health Service", i *Journal of Public Economics*, nr 166, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2018.08.002>.

Culyer, AJ. Evans, Robert G. Graf von der Schulenburg, J. Matthias. van de Ven, Wynard PM M. Weisbrod, Burton A. (1992). *Svensk sjukvård – bäst i världen?* SNS. <https://www.sns.se/artiklar/svensk-sjukvard-bast-i->

[varlden/](#)

Dagens Medicin (2003) S:t Görans inte längre avgjort billigast. *Dagens Medicin*, 10 februari. <https://www.dagensmedicin.se/vardens-styrning/ekonomi/s-t-goran-inte-langre-avgjort-billigast/>

Krey, J. (2022). "Capio kan få ägare i Abu Dhabi." *Dagens Medicin*, 22 april. <https://www.dagensmedicin.se/vardens-styrning/ekonomi/capio-kan-fa-agare-i-abu-dhabi/>

Dahl, A. S (2017). Hotfulla moln över S:t Görans himmel. *Sjukhusläkaren*, 12 juni. <https://www.sjukhuslakaren.se/hotfulla-moln-over-st-gorans-himmel/>

Dahlberg, A. (2022). Mer och mer pengar löser inte vårdkaoset. *Expressen*, 12 februari. <https://www.expressen.se/ledare/anna-dahlberg/mer-och-mer-pengar-loser-inte-varckaoset/>

Dahlgren, Göran; Maria Sundvall och Bengt Järhult (2007) *Offentlig eller privat sjukvård?* Stockholm: Nätverket Gemensam Valfärd. http://gemensamvalfard.se/wp-content/uploads/2012/01/dahlgren-mfl-nov07_skarm.pdf

Dahlgren, Göran (2018) *När sjukvården blev en marknad*. Stockholm: Bokförlaget Atlas.

Dovstad, K (2022). Patienterna tjänar på att Södersjukhuset privatiseras. *Dagens Arena*, 9 mars. <https://www.dagensarena.se/opinion/patienterna-tjanar-pa-att-sodersjukhuset-privatiseras/>

Dovstad, K (2022) *Stoppa slöseriet på SÖS – mer pengar och personal har inte gett bättre vård*. Stockholm: Timbro.

Enfeldt, J & M. Wingborg (2022) *Kristdemokraternas sjukvårdspolitik håller inte ihop*. Stockholm: Arena Idé. <https://arenaide.se/rapporter/kristdemokraternas-sjukvardspolitik-haller-inte-ihop/>

Ellegård, L. M. och Glenngård Häger, A. (2018). Att visa tillit genom val av ersättningsmodell – effekter av anslagsfinansiering i hälso- och

sjukvården i Region Skåne. *Kapitel 5 i Styra och leda med tillit. Forskning och praktik. Forskningsantologi från Tillitsdelegationen.* SOU 2018:38. Stockholm: Norstedts Juridik.

Erixon, Dick (2003). Dogmatism som knäcker sjukvården: *S:t Görans Sjukhus AB – hot eller bot?* Timbro, april.
<https://timbro.se/app/uploads/2017/01/dogmatism-som-knacker-sjukvarden.pdf>

Finansdepartementet (2004). *Långtidsutredningen 2003/04* (SOU 2004:19)
<https://www.regeringen.se/49bb3f/contentassets/b287d011623a466c80586dae82f4ddf7/langtidsutredningen-200304-huvudbetankande-sou-200419>

Finansdepartementet (2006). Mått på välfärdens tjänster: *en antologi om produktivitet och effektivitet i kommunala verksamheter.* Rapport till Expertgruppen för Studier i Samhällsekonomi, 2006:2.
<https://www.regeringen.se/49bb33/contentassets/fdd3efd7f2984f44b28100f7e3682e8d/matt-pa-valfardens-tjanster---en-antologi-om-produktivitet-och-effektivitet-i-kommunala-verksamheter-ess-20062>

GE Healthcare (2021). Sammanhållning, högt i tak och en unik arbetskultur – tre framgångsfaktorer i Capio S:t Görans sjukhus snabba omställning till Covid-19-vård. *GE Healthcare*, 10 september.
<https://www.gehealthcare.se/article/-sammanhallning-hogt-i-tak-och-en-unik-arbetskultur-%E2%80%93-tre-framgangsfaktorer-i-capio-st-gorans-sjukhus-snabba-omstallning-till-covid19vard>

Gralén K, Hjalte F & Persson U (2019). Hälso- och sjukvårdsutgifternas utveckling i Sverige. IHE Rapport 2019:5. https://ihe.se/wp-content/uploads/2019/09/IHE-Rapport-2019_5_.pdf

Gustafsson, A. (2020). Sjukhus stäms efter att ha sparkat fackligt engagerad läkare. *Dagens Nyheter*, 24 augusti.
<https://www.dn.se/sthlm/sjukhus-stams-efter-att-ha-sparkat-fackligt-engagerad-lakare/>

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (2015). *Benchmarking av akutsjukhusens effektivitet: Kärnverksamheterna på Danderyds sjukhus, Capio S:t Görans sjukhus och Södersjukhuset.* Stockholms Läns

Landsting. Diarienummer: 1408-1118

Hälso- och sjukvårdsnämnden (2017a). *Sammanträde i hälso- och sjukvårdsnämnden*. 31 januari.

<https://www.regionstockholm.se/globalassets/5.-politik/politiska-organ/halso-och-sjukvardsnamnden/2017/170131/protokoll-hsn-170131.pdf>

Hälso- och sjukvårdsnämnden (2017b). *Yttrande över delbetänkandet: Ordning och reda i*

valfärden (SOU 2016:78). Stockholms Läns Landsting. HSN 2016-4808.

<https://www.regionstockholm.se/globalassets/5.-politik/politiska-organ/halso-och-sjukvardsnamnden/2017/170131/p-23-yttrande-hsn-remiss-valfardsutredningen-170109.pdf>

Industriförbundet (1997) *En ny strategi för sjukvården*. Stockholm: Industriförbundet.

Ingerö, J. (2017). "Låt de krisande sjukhusen ta efter privata S:t Görän".

Dagens Nyheter, 13 mars. <https://www.dn.se/debatt/lat-de-krisande-sjukhusen-ta-efter-privata-st-goran/>

Ingerö, Johan (2017). *Den förskräckliga succén – Historien om akutsjukhuset S:t Görän*. Timbro, 13 mars.

<https://timbro.se/valfard/den-forskrackliga-succen-historien-om-akutsjukhuset-st-goran/>

Janlöv, Nils (2005). Marknadsmekanismer inom vården: *En studie av utvecklingen inom akutsjukvården i Stockholmsmodellen*.

Magisteruppsats, nationalekonomi. Lunds universitet.

<https://lup.lub.lu.se/lup/download?func=downloadFile&recordOid=1337070&fileOid=1646459>

Kainz Rognerud, K. (2004). Miljardvinst trots vårdkrisen. *Dagens*

Nyheter, 14 april. <https://www.dn.se/ekonomi/miljardvinst-trots-vardkrisen/>

Kainz Rognerud, K. (2009). "Vi har levererat sjukvård till ett lägre pris".

Dagens Nyheter, 10 september. <https://www.dn.se/ekonomi/vi-har-levererat-sjukvard-till-ett-lagre-pris/>

Karlsson M, Reyes H, Hagström S. (2011). *Journalgranskning avseende primärklassificering av vårdtillfällen i komplicerade respektive okomplicerade DRG vid Södersjukhuset och Capio S:t Görans sjukhus*. Stockholms läns landsting. Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning.

Kjöller, H. (2020) På akuten väntar patienter på personal – som väntar på sina datorer. *Dagens Nyheter*, 7 mars.
<https://www.dn.se/ledare/hanne-kjoller-pa-akuten-vantar-patienter-pa-personal-som-vantar-pa-sina-datorer/>

Krey, J. (2022). Capio kan få ägare i Abu Dhabi. *Dagens Medicin*, 22 april. <https://www.dagensmedicin.se/vardens-styrning/ekonomi/capio-kan-fa-agare-i-abu-dhabi/>

LaFrenz, C. (2022). How Ramsay Health Care went from market darling to PE target. *Financial Review*, April 20.
<https://www.afr.com/companies/healthcare-and-fitness/how-ramsay-health-care-went-from-market-darling-to-pe-target-20220420-p5aerl>

Landstingsrevisorerna (2002). *Fortsatt avtalsuppföljning; S:t Görans sjukhus*. RK 200203-18. 20 December.
<https://sammantradeshandlingar.regionstockholm.se/sites/sammantradeshandlingar.sll.se/Handlingar/landstingsstyrelsen/2003/2003-06-17/sam0408.pdf>

Landstingsrevisorerna (2003), *Jämförelser av sjukhusens effektivitet – Etapp2*, Rapport nr 03:10. Stockholms läns landsting, Revisionskontoret.

Lindgren, Peter (2019). *Ersättningen och e-hälsan*. SNS Förlag, Stockholm.
<https://snsse.cdn.triggerfish.cloud/uploads/2020/02/ersattningen-och-e-halsan.pdf>

Lindvall, P. (2022). Timbros fixa idé att privatisera sjukhus. *Arbetsvärlden*, 11 april.
<https://www.arbetsvarlden.se/kronikor/timbros-fixa-ide-att-privatisera-sjukhus/>

Lindqvist, R. och M. Rosén (2005) “Välutbildade läkarsekreterare lönar sig: Bättre kodning av patientregistret efter kurs i klassifikation och vårddokumentation”. <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap->

[1/2005/05/valutbildade-lakarsekreterare-lonar-sig/](http://www.diva-portal.se/smash/get/diva2:726988/FULLTEXT01.pdf)

Ly, S och Vestby, M. (2014). New public management i sjukvården: *Vilka effekter medför DRG-system?* Magisteruppsats, företagsekonomi. Mälardalens högskola Eskilstuna Västerås. <http://www.diva-portal.se/smash/get/diva2:726988/FULLTEXT01.pdf>

Magnusson, Lars (2010). *Sveriges ekonomiska historia*. Studentlitteratur, sjätte upplaga.

Mellgren, F. (2020). Ständig kris på SÖS – varför lyckas S:t Görans? *Svenska Dagbladet*, 7 juli. <https://www.svd.se/a/6j0grr/standig-kris-pa-sos-varfor-lyckas-s-t-gorans>

Mellgren, F. (2022a). Miljardöverskott – trots pressad vård. *Svenska Dagbladet*, 2 februari. <https://www.svd.se/a/oWxxv7/trots-pressad-vard-nytt-miljardoverskott-i-stockholm>

Mellgren, F. (2022b). Trots personalbrist – byråkratin ökar i vården. *Svenska Dagbladet*, 16 januari. <https://www.svd.se/a/pW4b9R/trots-personalbrist-byrakratin-okar-starkt-i-varden>

Milcent, Carine (2019). From downcoding to upcoding: *DRG based payment in hospitals*. Paris School of Economics. WORKING PAPER N° 2019 – 53. Hal ID: halshs-02317416. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02317416/document>

Nilsson, K-A. (2018). Capiro säljs – blir franskt för 8,2 miljarder kronor. *Expressen*, 10 oktober. <https://www.expressen.se/dinapengar/aktier-och-bors/caprio-saljs-blir-franskt-for-82-miljarder-kronor/>

Region Stockholm (2019). *Årsredovisning 2018 för Stockholms läns landsting*. RS 2018-1077. 27 mars. <https://www.regionstockholm.se/globalassets/1.-halsa-och-vard/bilagor---nyhet/bilagor-nyheter-2018/ls-2018-1077-arsredovisning-2018-for-stockholms-lans-landsting---arsbokslut-arsrapport.pdf>

Region Stockholm (2019b) *Sjukhusavtal 2020 – 2023 Södersjukhuset AB*. Hälso- och sjukvårdsnämnden HSN 2017–0570, ADA 12147.

Region Stockholm (2020). *Årsredovisning 2019: Förändringsarbetet fortsätter med positivt ekonomiskt resultat*. RS 2019-0242. 5 maj.
<https://www.regionstockholm.se/om-regionstockholm/ekonomi/Ekonominyheter/Behallare-for-ekonominyheter/2020/05/arsredovisning-2019-forandningsarbetet-fortsatter-med-positivt-ekonomiskt-resultat/>

Region Stockholm (2021). *Tillfällig justering av villkor i vårdavtal med Capio S:t Görans sjukhus AB*. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen 2021-11-26, tjänsteutlåtande.
https://www.regionstockholm.se/globalassets/5.-politik/politiska-organ/halso-och-sjukvardsnamnden/2021/2021-12-14/12-tillfallig-justering-av-villkor-i-vardaval-med-capio-s_t-gorans-sjukhus-ab.pdf?fbclid=IwAR0ypFF1WzGv66O_vD7_9H9YZl3rI_SreydF0Z8fq_tBzjnoJ6XE9fg52tU4 s. 2

Rehnberg, Clas (2019). *Vem vårdar bäst? En ESO-rapport om svensk sjukhusvård i ett jämförande perspektiv*. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2019:8.
https://eso.expertgrupp.se/wp-content/uploads/2018/03/2019_8-vem-vardar-bast-191202.pdf

Reyes, Hector och Högberg, Michael (2016). *Komplikations-DRG 2005-2015: Skillnader i procent komplicerade DRG mellan sjukhus i Stockholms läns landsting*. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Utvecklingsavdelningen.
<https://vardgivarguiden.se/globalassets/administration/verksamhetsadministration/rapportera/vardinformatik/rapporter/komplikations-drg-2005-2015.pdf?isoldocpage=true>

Riksrevisionen (2014) *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?* (RiR 2014:22). Stockholm: Riksrevisionen.
<https://www.riksrevisionen.se/rapporter/granskningsrapporter/2014/primarvardens-styrning---efter-behov-eller-efterfragan.html>

Västra sjukvårdsregionen, Samverkansnämnden (2019). *Utomlänspriser 2019: För vårdtjänster enligt samverkansavtal om hälso- och sjukvård inom Västra sjukvårdsregionen*. Västra sjukvårdsregionen.
<https://alfresco-offentlig.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/worksp>

[ace/SpacesStore/8d913bd5-d23d-4bde-831c-5a90f8ab0e24/Utoml%
c3%a4nsprislista%202019%20version%202019-01-22.pdf?a=false&guest=true](https://www.scb.se/SpacesStore/8d913bd5-d23d-4bde-831c-5a90f8ab0e24/Utoml%c3%a4nsprislista%202019%20version%202019-01-22.pdf?a=false&guest=true)

SCB (2022) Hälsoräkenskaper 2020: Hälsa- och sjukvårdens andel av BNP var 11,5 procent 2020. Statistiknyhet från SCB 2022-03-31. <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/nationalrakenskaper/nationalrakenskaper/halsorakenskaper/pong/statistiknyhet/halsorakenskaper-2020/>

Sjökvist, E (1992). Privatisering avgör sjukhusstrid. Tre akutmottagningar stängs nattetid. Barnsjukvård flyttas till Karolinska. *Dagens Nyheter*, 8 september. <https://www.dn.se/arkiv/stockholm/privatisering-avgor-sjukhusstrid-tre-akutmottagningar-stangs-nattetid-barnsjukvard-flyttas-till/>

Socialstyrelsen (2015). Vägledning till NordDRG: Svensk version 2016. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2015-12-29.pdf>

Socialstyrelsen (2020). *DRG-användning i regionerna år 2020*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/klassifikationer-och-koder/drg-anvandning-2020.pdf>

Socialstyrelsen (2022). *DRG-statistik 2020: En beskrivning av vårdproduktion och vårdkonsumtion i Sverige*. Artikelnummer: 2022-3-7821. Mars. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2022-3-7821.pdf>

Sundström, Eric (2013). Reinfeldt och industrijobben. *Dagens Arena*, 30 januari. <https://www.dagensarena.se/redaktionen/reinfeldt-och-industrijobben/>

Svenska Intensivvårdsregistret (2022). *Rapporterade vårdtillfällen av Coronavirus: Fördelat per avdelning*. Period 2020-01-01 – 2022-12-31. <https://portal.icuregswe.org/siri/sv/report/corona.inrapp?filter=39dcd908-b5b3-0372-f2fe-78ba3557143f> Hämtad 2022-07-19.

Sveriges Radio (2021). Personal på SÖS ombads "brainstorma" besparingsförslag. *P4 Stockholm*, 4 mars.

<https://sverigesradio.se/artikel/personal-pa-sos-ombads-brainstorma-besparingsforslag>

Säll, A. (2018). Privatisera Danderyds sjukhus. *Dagens Nyheter*, 29 augusti. <https://www.dn.se/sthlm/gustav-hemming-c-privatisera-danderyds-sjukhus/>

Södersjukhuset (2021). *Fakta om Södersjukhuset*. *Södersjukhuset*, 22 juni. <https://www.sodersjukhuset.se/om-sos/fakta-om-sodersjukhuset/>

Sörbring, G. (1995). Sjukhuset som går med miljonvinst. *Dagens Nyheter*, 4 januari. <https://www.dn.se/arkiv/stockholm/sjukhuset-som-gar-med-miljonvinst/>

Vänsterpartiet (2015). *Frågor och svar om St Görän*. <https://storstockholm.vansterpartiet.se/fragor-och-svar-om-st-goran/>

Waltersson Grönvall, Camilla (2020). Sverige behöver fler sjukhus som St Görän – inte färre. *Altinget*, 3 november. <https://www.altinget.se/artikel/m-ledamot-sverige-behoover-fler-sjukhus-som-st-goran-inte-farre>

Westin, J. (2021) ”Sjuksköterskor flyr vårdgolvet – byråkratin sväller”. *Vårdfokus* 2 november 2021. <https://www.vardfokus.se/nyheter/sjukskoterskor-flyr-vardgolvet-byrakratin-svaller/>

Windén, S (2008). *Sankt Görän steget före*. *Locum Rum*. Nr 3, s. 18-19. https://www.locum.se/globalassets/global/1.husen/st-gorans-sjukhus/historia/stgoranssjukhus_historia.pdf

Yrkeshögskolan Kristinehamn (2020). Diagnoskodning som vårdadministratörens spetskompetens: *resan fram till dagens specialutbildade kodare i Region Värmland*. <https://www.kristinehamn.se/contentassets/aae80eb9738c432b9133f52212661390/diagnoskodning-spetskompetens.pdf>

Zaremba, M. (2013). På vilken prislista står din njursvikt? *Dagens Nyheter*, 3 mars. <https://www.dn.se/kultur-noje/pa-vilken-prislista-star-din-njursvikt/>

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