

**Nóvember 2003**

**Sameining sjúkrahúsanna  
í Reykjavík  
Mat á árangri**

**Stjórnsýsluendurskoðun**



# Efnisyfirlit

<b>NIÐURSTÖÐUR OG ÁBENDINGAR</b>	<b>5</b>
<b>1. INNGANGUR</b>	<b>15</b>
<b>2. UNDIRBÚNINGUR OG SKIPULAGNING SAMEININGARINNAR</b>	<b>17</b>
2.1 ÁKVÖRÐUN UM SAMEININGU	17
2.1.1 Hvað lá að baki ákvörðun um sameiningu sjúkrahúsanna?	17
2.1.2 Samþykki eignaraðila fyrir sameiningunni	19
2.1.3 Markmið sameiningarinnar	20
2.2 SKIPULAG OG FRAMKVÆMD SAMEININGAR	22
2.2.1 Stjórnun og skipulag hins nýja spítala meðan á sameiningarferlinu stóð	22
2.2.2 Tíma- og framkvæmdaáætlun fyrir sameiningarferlið	23
2.2.3 Kostnaðaráætlun vegna sameiningarinnar	24
2.3 STAÐA HINS NÝJA SPÍTALA VIÐ UPPHAF REKSTURS	25
2.3.1 Fjárhagsleg staða hins nýja spítala	25
2.3.2 Húsnæði og eignir hins nýja spítala	27
2.3.3 Mannafli hins nýja spítala	28
2.4 SAMANTEKT	29
<b>3. HVAÐA ÁVINNINGUR HEFUR ORÐIÐ AF SAMEININGUNNI?</b>	<b>31</b>
3.1 SAMEININGARFERLIÐ, ÁHRIF SAMEININGAR OG KOSTNAÐUR VEGNA HENNA	31
3.1.1 Sameiningarferlið	31
3.1.2 Áhrif sameiningar	32
3.1.3 Ný þjónusta	34
3.1.4 Kostnaður við sameininguna	34
3.2 SAMANBURÐUR Á AFKÖSTUM, SKILVIRKNI OG GÆÐUM 1999–2002 MEÐ TÖLULEGUM MÆLIKVÖRÐUM	35
3.2.1 Afköst fyrir og eftir sameiningu	36
3.2.2 Skilvirkni þjónustu	42
3.2.3 Nýting aðstöðu	48
3.2.4 Gæði þjónustunnar	48
3.3 FJÁRHAGSLEGA STAÐA OG FJÁRMÖGNUN REKSTURS	52
3.4 SAMANTEKT	55
<b>4. ERLENDUR SAMANBURÐUR</b>	<b>59</b>
4.1 AFKÖST Í ÞJÓNUSTU	60
4.1.1 Legur og legutími	60
4.1.2 Skurðaðgerðir á dagdeildum	63
4.2 GÆÐI ÞJÓNUSTU – AFDRIF OG AÐGENGI	64
4.2.1 Gæði – Afdrif	64
4.2.2 Gæði - Aðgengi	65
4.3 SKILVIRKNI ÞJÓNUSTU	65
4.3.1 Samanburður á kostnaði eftir DRG flokkum	65
4.3.2 Skilvirkni starfsfólks	68
4.4 SAMANTEKT	71
<b>5. KENNSLA OG RANNSÓKNIR</b>	<b>75</b>
5.1 SAMSTARFSSAMNINGUR HÍ OG LSH	75

5.2	HVAÐ HEFUR BREYST VIÐ SAMEININGUNA	75
5.3	ÁVINNINGUR AF SAMEININGUNNI	76
5.4	KENNSLA OG RANNSÓKNIR	76
5.5	KOSTNAÐUR VEGNA KENNSLUNNAR	77
5.6	SAMANTEKT	78
<b>6.</b>	<b>HVAÐ ÞARF AÐ GERA FLEIRA TIL AÐ KOSTIR SAMEININGAR SKILI SÉR AÐ FULLU?</b>	<b>81</b>
6.1	STEFNUMÓTUN OG VERKASKIPTING Í HEILBRIGÐISKERFINU	81
6.2	HÚSNÆÐISMÁL	84
6.3	ÞRÓUN GÆÐAMÆLIKVARÐA	84
6.4	ÞRÓUN DRG SEM KOSTNAÐARGREININGAR OG FRAMLEIÐSLUMÆLINGAKERFIS	85
6.5	ÞRÓUN HÁSKÓLA- OG RANNSÓKNARSTARFSEMI	87
6.6	SAMANTEKT	88
<b>7.</b>	<b>YFIRLIT UM UPPBYGGINGU OG STARFSEMI SJÚKRAHÚSANNA FYRIR OG EFTIR SAMEININGU</b>	<b>91</b>
7.1	LANDSPÍTALINN 1999	91
7.2	SJÚKRAHÚS REYKJAVÍKUR 1999	93
7.3	LANDSPÍTALI – HÁSKÓLASJÚKRAHÚS	95
	<b>HEIMILDARSKRÁ</b>	<b>99</b>
	<b>VIÐAUKAR</b>	<b>101</b>
	VIÐAUKI 1: HELSTU VERKEFNI SAMVINNUNEFNDAR Á FYRRI HLUTA ÁRS 1999 (SBR BRÉF FORSTJÓRA)	101
	VIÐAUKI 2: ÁÆTLAÐUR KOSTNAÐUR VEGNA SAMEININGAR SPÍTALANNA Í REYKJAVÍK (SBR SKÝRSLA ALG)	103
	VIÐAUKI 3: SAMANBURÐARSJÚKRAHÚS Í BRETLANDI	104
	VIÐAUKI 4: SAMANBURÐUR Á LEGUM OG LEGUTÍMA VALINNA SÉRGREINA	105

# Niðurstöður og ábendingar

Eftir 1991 var farið að ræða um ýmsar leiðir til að auka skilvirkni sjúkrahúsa á höfuðborgarsvæðinu með því að samræma starfsemi þeirra meira en verið hafði. Niðurstaðan varð sú að sameina tvö stærstu sérgreinasjúkrahús landsins, Ríkisspítala og Sjúkrahús Reykjavíkur, í eitt hátækni- og kennslusjúkrahús. Eiginlegt sameiningarferli hófst með því að ríkið yfirtók rekstur Sjúkrahúss Reykjavíkur í janúar 1999. Ákvörðun um sameiningu var síðan tekin í febrúar árið 2000 og varð þá til Landspítali - háskólasjúkrahús (LSH). Með samruna spítalanna varð til stærsti vinnustaður landsins með um 5.000 starfsmenn.

Sameining sjúkrahúsanna er umfangsmikið breytingaverkefni og líklega hið stærsta sem tekist hefur verið á við innan íslenskrar stjórnsýslu. Í þessari skýrslu er litið yfir fyrstu þrjú ár sameiningarinnar og reynt að meta hverju hefur verið áorkað og hvað má bæta svo að kostir sameiningarinnar nýtist. Sameiningunni er nú að mestu lokið að því leyti að gerðar hafa verið flestar þær skipulagsbreytingar sem stjórnendur sjúkrahússins áforma. Margt er hins vegar óunnið við að nýta þá möguleika sem hið nýja fyrirkomulag gefur. Því má ætla að hluti þess ávinnings sem fylgir sameiningunni eigi enn eftir að koma fram. Með skýrslunni er ætlað að veita ábendingar um það á hvað þurfi að leggja áherslu í áframhaldandi uppbyggingu sjúkrahússins.

## Hversu vel var sameiningin skipulögð

Rætt var um sameiningu sjúkrahúsanna í um áratug og var þá velt upp ýmsum möguleikum á því hvað ætti að sameina og hvernig og færð rök fyrir kostum sameiningar. Að mati Ríkisendurskoðunar var sameiningin þó ekki nógu markvisst undirbúin. Hvorki var gerð tímasett framkvæmda- né kostnaðaráætlun eða sett markmið um það hverju ætti að ná fram með sameiningunni. Því var erfitt að leggja mat á það hvernig

miðaði meðan á breytingunni stóð og hvort sameiningin skilaði ásættanlegum árangri.

Þrátt fyrir að markmið sameiningarinnar hafi ekki verið sett fram með skýrum hætti má lesa eftirfarandi fyrirætlanir úr gögnum sem unnin voru meðan á aðdraganda hennar stóð:

- Gera átti starfsemina skilvirkari og ódýrari.
- Auka átti gæði þjónustunnar og ánægju sjúklinga með hana.
- Styrkja átti rannsóknir og kennslu innan sjúkrahússins.

Í skýrslunni verður reynt að meta hvernig þetta hefur tekist.

## **Hvaða ávinningur hefur orðið af sameiningunni**

### **Fyrirkomulag sameiningarinnar**

Nokkur styr hafði staðið um það hvernig best yrði staðið að sameiningunni, hvort sameina ætti sérgreinar í einu húsi eða reka sérgreinar á báðum stöðum og leggja áherslu á skiptingu í bráðþjónustu og skipulagða þjónustu. Niðurstaðan var sú að sameina sérgreinar á einn stað og er það samdóma álit langflestra sem komið hafa að sameiningunni að það hafi verið rétt ákvörðun. Með sameiningu sérgreina hafi myndast faglega sterkar einingar með auknum möguleikum á sérhæfingu.

### **Fagleg áhrif**

Til lengri tíma litið gefur sameining sérgreina kost á markvissari og betri þjónustu við sjúklinga og meiri möguleikum á kennslu og vísindastörfum. Þetta gildir sérstaklega um flóknar sérgreinar þar sem vítt svið þekkingar þarf til að veita viðkomandi þjónustu. Þá hefur þegar verið hægt að bjóða upp á ýmsa nýja þjónustu og efla þá sem fyrir var.

Það setur sameiningunni ákveðnar skorður að starfrækja þarf bráðþjónustu í tveimur húsum. Þetta hefur bæði óhagræði og aukinn kostnað í för með sér. Ljóst er að starfsemin mun ganga best fyrir sig ef öll meginstarfsemi fer fram á einum stað.

### **Afköst fyrir og eftir sameiningu**

Breytingar á afköstum voru metnar með því að skoða umfang helstu þjónustutegunda. Í ljós kom að legum og legudögum hefur fækkað, dag- og göngudeildarþjónusta hefur aukist lítillega en fjöldi skurðaðgerða er svipaður og fyrir sameiningu. Talning þessara þátta gefur til kynna að þjónusta hafi dregist saman. Á móti kemur ný þjónusta og önnur samsetning sjúklingahóps. Af þeim sökum verður ekki nær komist í mati á afköstum en að umfang þjónustu sé óbreytt og ekki hafði tekist að auka afköst sjúkrahússins í árslok 2002. Hins vegar ber að hafa í huga hversu stutt er liðið frá sameiningu margra deilda og því gætu áhrif hennar á afköst enn átt eftir að koma fram.

### **Gæði þjónustunnar fyrir og eftir sameiningu**

Skortur á upplýsingum frá 1999 veldur því að erfitt var að bera saman gæði þjónustu LSH og forveranna tveggja. Þó voru tiltækar upplýsingar sem sýndu hvernig biðlistar hafa þróast á þeim tíma sem liðinn er frá sameiningunni. Þar sést að biðlistar hafa lengst í sumum sérgreinum en styst í öðrum. Fyrirliggjandi upplýsingar gefa ekki til kynna að bið eftir þjónustu hafi almennt styst á þeim tíma sem skoðunin náði til. Samkvæmt upplýsingum frá sjúkrahúsinu hefur staðan batnað á árinu 2003 þegar starfsemin komst á meira skrið eftir sameininguna.

### **Skilvirkni og kostnaður fyrir og eftir sameiningu**

Markmið um skilvirkni og kostnað voru ekki skilgreind fyrir sameininguna. Skoðað var hvort starfsmenn og fjármagn nýttust betur en áður með því að bera saman upplýsingar um starfsemi frá 1999 og 2002. Ekki er auðvelt að meta þennan þátt en reynt var að beita nálgun til þess að fá innsýn í áhrif sameiningarinnar.

Niðurstaðan af mati á skilvirkni sjúkrahússins er sú að framleiðni á hvert stöðugildi hafi aukist lítillega. Þrátt fyrir nokkra fækkun starfsfólks er umfang þeirrar þjónustu sem það skilar svipað. Hins vegar hefur allur tilkostnaður hækkað svo mikið að minni þjónusta fæst fyrir hverja krónu en áður var. Framleiðni fjármagns er því minni en fyrir sameininguna. Þetta má m.a rekja til launahækkana á tímabilinu.

Ljóst er að ýmsar aðgerðir sem tengdust sameiningunni voru til þess fallnar að lækka kostnað. Lagðar hafa verið af vaktir, störfum fækkað með sameiningu deilda og dregið úr yfirvinnu. Þá hefur dregið úr þörf fyrir endurnýjun tækjabúnaðar þegar starfsemi er ekki lengur á tveimur stöðum og hægt hefur verið að sameina og samræma sérhæft birgðahald og stoðþjónustu.

Þess var vænst að sameiningin leiddi til sparnaðar. Þetta hefur hins vegar ekki tekist og kostnaður í raun hækkað umtalsvert eða um 33%<sup>1</sup> meðan almennt verðlag hefur hækkað um 17% og laun samkvæmt launavísitölu um 24%. Ástæður þessa eru að hluta til hinar dæmigerðu hækkanir sem háskólasjúkrahús standa frammi fyrir, aukinn kostnaður vegna tækninýjunga og nýrra lyfja. Einnig hafa miklar launahækkanir starfsmanna sjúkrahússins vegið þungt en þær eru sambærilegar við almenna launaþróun innan heilbrigðisgeirans.

## Erlendur samanburður

### Afköst í þjónustu

Við samanburð á legum og legutíma kom í ljós að meðallegutími á LSH er mjög sambærilegur við bresk sjúkrahús að teknu tilliti til ákveðinna takmarkana á gögnum. Helstu frávikin koma fram í langri legu vímuefna- og geðsjúklinga sem dvelja ekki á háskólasjúkrahúsum í Bretlandi. Samanburður á legutíma í 10 algengustu DRG<sup>2</sup> flokkunum fyrir sjúkrahúsið í heild sýndi að í 7 tilvikum er legutími á LSH styttri en á þeim bresku sjúkrahúsum sem höfð voru til hliðsjónar.

Gerður var samanburður á því hvernig staðið var að 20 algengum aðgerðum sem framkvæma má á skurðstofum dagdeilda (day surgery). Í ljós kom umtalsverður munur á LSH og samanburðarsjúkrahúsunum. Á LSH eru 55% ofangreindra aðgerða framkvæmdar á dagdeildum meðan 74% þeirra eru framkvæmdar á dagdeildum bresku sjúkrahúsanna. Samkvæmt þessu virðist svigrúm til að auka hlut dagdeilda í starfsemi LSH.

---

<sup>1</sup> Án stofnkostnaðar og meiriháttar viðhalds.

<sup>2</sup> DRG er sjúkdómsgreiningarflokkun sem gerir kleift að bera saman ýmsa þætti heilbrigðisþjónustu.



## Gæði

Ein hlið á gæðum þeirrar þjónustu sem sjúkrahús veita birtist í því hvernig sjúklingum reiðir af eftir aðgerð. Kannað var hvernig LSH stendur sig að þessu leyti í samanburði við bresk sjúkrahús. Sá samanburður gaf til kynna að sjúklingum LSH reiddi betur af en sjúklingum samanburðarsjúkrahúsanna. Þessi niðurstaða er til marks um að LSH veiti góða þjónustu.

## Skilvirkni og kostnaður

Samanburður á kostnaði eftir DRG flokkum er viðunandi fyrir LSH. Þegar horft er til 28 algengustu DRG flokka á LSH kemur í ljós að 13 þeirra eru ódýrari á LSH en á samanburðarsjúkrahúsum og 12 dýrari. Samanburð frá Bretlandi vantaði vegna 3 flokka. Þá voru athugaðir þeir 40 DRG flokkar þar sem LSH hefur lengri legutíma en samanburðarsjúkrahúsin. Þrátt fyrir lengri legutíma koma 7 flokkar kostnaðarlega betur út hjá LSH en hjá bresku sjúkrahúsum.

Í tölum bresks ráðgjafarfyrirtækis sem aðstoðaði Ríkisendurskoðun við gerð þessarar skýrslu kemur fram að starfsfólk LSH skilaði minni afköstum en starfsfólk samanburðarsjúkrahúsanna. Fjöldi meðferða á hvert rúm eru 34% færri hjá LSH en hjá samanburðarhópnum og það þarf 42% fleiri starfsmenn að meðaltali til að skila sama magni læknisverka. Hafa ber í huga að mismunandi samsetning verkefna getur haft áhrif á þennan samanburð. Dag- og göngudeildarstarfsemi er minni hjá LSH og langlegusjúklingar fleiri.

Launasamanburður sýnir að laun á LSH eru heldur hærri en hjá samanburðarhópnum miðað við magn þjónustu. Þegar samsetning starfsfólks var athuguð kom fram að fleira starfsfólk tengist rekstri og umsýslu hjá LSH en hjá sambærilegum stofnunum í Bretlandi.

Samanburður við Bretland sýnir að samsetning verkefna LSH er óvenjuleg miðað við háskóla- og bráðasjúkrahús þar í landi. Meira er um langlegusjúklinga á LSH og hlutfallslega færri aðgerðum er sinnt á dag- og göngudeildum.

## Háskólahlutverkið og rannsóknir

Við sameininguna var lögð mikil áhersla á að efla kennslu og rannsóknir. Í framkvæmd hefur þetta birst í formlegum samstarfsamningi LSH og Háskóla Íslands og því að kennslu og rannsóknarhlutverkið hefur verið gert sýnilegra í skipulagi sjúkrahússins með því að skipa sérstakan framkvæmdastjóra. Mikilvægt er að stjórnvöld marki skýra stefnu fyrir kennslu og rannsóknir svo að hægt sé að vinna að þessum þáttum með markvissum hætti innan sjúkrahússins.

Enn er ólukið þeim hluta samnings LSH og HÍ sem snýr að skiptingu kostnaðar við kennslu. Mikilvægt er að kannaður verði kostnaður við kennslu og rannsóknir á sjúkrahúsinu.

Með ofangreindum samningi LSH og HÍ varð sú breyting að prófessorar við HÍ verða ekki lengur sjálfkrafa yfirmenn við spítalann. Yfirstjórn sjúkrahússins getur því valið til þessara starfa þá sem hún telur hæfa stjórnendur.

Íslenskir heilbrigðisstarfsmenn hafa ávallt verið duglegir að sinna rannsóknum. Sameiningin hefur ekki haft greinanleg áhrif á þennan þátt enn sem komið er.

Breytingar tengdar sameiningunni hafa enn ekki skilað áþreifanlegum umbótum á kennslu- og rannsóknarþættinum. Þess má þó vænta að margar þeirra breytinga sem gerðar hafa verið skili ávinningi í framtíðinni. Sá aukni faglegi styrkur sem felst í sameiningu sérgreina veitir tækifæri til að auka gæði kennslu og rannsókna. Í raun er þó of snemmt að reyna að meta ávinning af þessum þætti á þessu stigi.

## Fjárhagsleg staða og fjármögnun reksturs

Fjárheimildir sjúkrahússins hafa ekki aukist að sama marki og útgjöld þess á því tímabili sem hér er til skoðunar. Af þessum sökum hefur uppsafnaður halli aukist úr um 186 milljónum við sameiningu í rúmar 840 m.kr. Fjárheimildir hafa á þessum tíma aukist um 37% meðan nettó útgjöld hafa aukist um 36%. Á hverju ári hefur þurft umtalsverðar viðbótarfjárveitingar þar sem kostnaður hefur verið meiri en áætlanir fjárlaga kváðu á

um. Árið 2002 varð afgangur af rekstri sem orsakaðist af sérstökum greiðslum til að ná niður uppsöfnuðum halla.

Mismun á áætlunum fjárlaga og raunkostnaði má aðallega rekja til kostnaðar tengdum framþróun læknisfræðinnar og launaskriðs innan sjúkrahússins. Þá voru aldrei lagðir til sérstakir fjármunir vegna sameiningarinnar og gæti það skýrt hluta vandans. Ljóst er að stjórnendur þurfa að nota talsverðan tíma til að afla viðbótar fjármagns til rekstrarins. Þeir hafa því ekki getað beitt sér eins og æskilegt hefði verið að verkefnum tengdum sameiningunni.

## Hvað þarf að gera til viðbótar

### Stefnumótun

Enn er ekki nægilega ljóst hvernig sjúkrahús LSH er ætlað að vera í framtíðinni. Slíkt dregur úr möguleikum til markvissrar stjórnunar og uppbyggingar. Því er nauðsynlegt að móta stefnu sjúkrahússins þar sem helstu spurningum um framtíð þess verður svarað.

Ljóst er að ráðuneyti heilbrigðismála, fjármálaráðuneytið og faghópar innan sjúkrahússins hafa mismunandi skoðanir á stefnumótun sjúkrahússins. Þessir aðilar þurfa að ná samstöðu um það hvaða áherslu skuli leggja á sparnað í rekstri, skilvirkni og magn þeirrar þjónustu sem veita á og þátt rannsókna og kennslu í starfseminni. Þessi atriði geta stangast á en þau mega ekki verða til þess að ekki sé tekin skýr afstaða með stefnumótun. Þetta hefði í raun átt að gerast áður en sameiningin varð. Enn hefur ekki verið tekin afstaða til þessara hluta og stendur það í vegi fyrir skýrri stefnumótun og mótun framtíðarsýnar fyrir sjúkrahúsið.

Við stefnumótun þarf að gera stjórn sjúkrahússins markmiðsbundnari en verið hefur. Líta má á markmiðssetninguna sem mikilvægan þátt í að koma stefnu í framkvæmd. Setja þarf skýr markmið, t.d. um gæði þjónustu, skilvirkni og magn þjónustu, og þróa hentuga mælikvarða til að meta hvort markmið hafi náðst. Þannig kemur betur fram að hverju er stefnt með rekstri sjúkrahússins og auðveldara verður að meta árangur stjórnenda. Jafnframt er sjúkrahúsið gert ábyrgt gagnvart ráðuneyti

og almenningi fyrir að ná ákveðnum skilgreindum árangri en það veitir stjórnendum aukið aðhald.

### **Þörf á skýrari verkaskiptingu**

Við stefnumótun þarf að skilgreina hlutverk LSH innan heilbrigðiskerfisins í heild. Sjúkrahúsið þarf að vera hlekkur í samfelldri og heildstæðri þjónustu við sjúklinga þar sem sérhver aðili innan heilbrigðiskerfisins hefur skýrt verksvið og sinnir því sem hann er hæfastur til.

Til að sjúkrahúsið nýti alla aðstöðu sína eins og best verður á kosið þurfa forsendur fyrir aðstreymi sjúklinga að vera skýrar. Vænta hefði mátt mun fleiri heimsóknna á dag- og göngudeildir sjúkrahússins. Eina skýringin sem komið hefur fram á því að svo varð ekki er að sjálfstætt starfandi sérfræðingar taki þau verk sem eru einföld og hagkvæm og sjúkrahúsið sitji eftir með erfiðu og flóknu tilvikin. Möguleikar sjúkrahússins til að hafa áhrif á það hvaða verkefni berast á dag- og göngudeildir þess eru takmarkaðir. Til að bæta úr því þarf m.a. að skýra hlutverkaskiptingu dag- og göngudeilda LSH og sjálfstætt starfandi sérfræðilækna. Þá er mikilvægt að halda áfram þeirri viðleitni að færa sem mest af starfsemi legudeilda til dag- og göngudeilda vegna þess hversu hagkvæm sú þjónusta er.

Í sumum tilvikum getur það hentað sjúkrahúsinu vel að ráða til starfa lækna sem geta helgað sig störfum þar en í öðrum tilvikum er heppilegra að ráða lækna í hlutastörf til að ná ákveðinni breidd í þekkingu. Sérfræðilæknishjálpi á höfuðborgarsvæðinu er aðallega veitt af tveimur aðilum innan heilbrigðiskerfisins, LSH og sjálfstætt starfandi sérfræðingum. Við núverandi aðstæður geta skapast hagsmunaárekstrar þegar ákvörðun er tekin um það hvert sjúklingi er beint. Hægt getur verið að sinna þessum sjúklingi á ódýran hátt ef afkastageta LSH er vannýtt á því sviði. Það getur hins vegar verið læknir sem starfar beggja vegna borðsins sem ákveður hvort sjúklingnum er sinnt á sjúkrahúsinu eða á hans eigin læknastofu. Ljóst er að sjúkrahúsið og sérfræðilæknar geta beinlínis lent í samkeppni um sjúklinga þegar fjármagn fer að fylgja þeim eins og sjúkrahúsið óskar eftir. Þurfi sjúkrahúsið að hafa samkeppnisaðilana í vinnu hjá sér verður augljóslega erfiðara fyrir þá að keppa á jafnréttisgrundvelli.

Sjúklingar sem gengist hafa undir meðferð á LSH fá í mörgum tilfellum ekki pláss á hjúkrunarheimilum. Þetta veldur því að fráflæði sjúklinga er ófullnægjandi og dregur úr möguleikum LSH á að sinna þeim verkefnum sem sjúkrahúsinu er fyrst og fremst ætlað að fást við. Til að leysa þetta vandamál þarf að auka framboð af viðeigandi úrræðum fyrir þá sem lokið hafa meðferð hjá LSH.

Meginhugmyndin með sameiningunni var að færa á einn stað sambærilegar deildir sem nytu þá góðs af því að kraftar þeirra væru sameinaðir. Það má hins vegar spyrja hvort öll sú starfsemi sem nú fer fram innan sjúkrahússins eigi heima á sjúkrahúsi sem skilgreinir sig sem hátækni- og bráðasjúkrahús. Skoða þarf kosti og galla þess að færa deildir sem ekki njóta hagræðis af samrekstri við bráða- og hátækni-sjúkrahús annað. Sú starfsemi sem mætti skoða í þessu sambandi væri t.d. langlega aldraðra og geðsjúkra, auk þjónustu sem er nær félagslegri þjónustu en lækniþjónustu, eins og athvörf fyrir geðfatlaða.

Þegar teknar eru ákvarðanir um verkaskiptingu milli aðila heilbrigðiskerfisins þarf að byggja sem mest á staðreyndum um kostnað og ávinning. Þannig er hægt að færa verkefni til þeirra sem best geta sinnt þeim með tilliti til kostnaðar og gæða. Ef önnur sjónarmið eiga að ráða þarf að meta hverju er til kostað með því að fara ekki ódýrustu leiðina. Sú vinna sem unnin hefur verið við DRG flokkun nýtist vel í þessu sambandi en tryggja þarf að öll þjónusta sjúkrahússins og heilbrigðiskerfisins í heild sé kostnaðargreind.

### **Þróun DRG sem kostnaðargreiningar- og framleiðslu-mælingarkerfis**

Unnið hefur verið að því að greina kostnað við lækni- og sjúkrahúsinu með svokallaðri DRG greiningu. Með þessu má bera skilvirkni og kostnað einstakra meðferða á LSH saman við það sem gerist á öðrum sjúkrahúsum sem búa yfir sams konar upplýsingum. Þetta gerir kleift að greina hvaða lækni- og sjúkrahúsi eru unnin á hagkvæman hátt og hvar má gera betur. Slíkt veitir sjúkrahúsi sem hefur enga samkeppni á mörgum sviðum starfsemi sinnar nauðsynlegt aðhald. Stjórnendur sjúkrahússins binda vonir við að nota megi verðlagningu byggða á DRG til að breyta fjármögnun á þann veg að hún taki í ríkari mæli mið af magni þeirrar þjónustu sem veitt er.

### **Þróun gæðamælikvarða**

Þróun kerfisbundinna gæðamælikvarða hefur orðið útundan hjá LSH á undanförunum árum. Það er þó nauðsynlegur þáttur í upplýsingagjöf sjúkrahúss að sýna fram á gæði þjónustunnar með reglubundnum hætti. Það sem helst hindrar það eru ófullnægjandi rafræn upplýsingakerfi sjúkrahússins og heilbrigðiskerfisins í heild. Nauðsynlegt er að taka þessi upplýsingakerfi til endurskoðunar.

### **Húsnæðismál**

Margir telja að það sem helst komi í veg fyrir fullt hagræði af sameiningunni sé að meginstarfsemin er á tveimur stöðum. Hluti núverandi húsnæðis er orðinn gamall og hentar núverandi starfsemi ekki nægilega vel. Margir starfsmenn búa við slæma starfsaðstöðu og það vantar aðstöðu til kennslu og rannsókna. Það er því mjög mikilvægt að tekin verði ákvörðun um framtíðaruppbyggingu spítalans og gerðar áætlanir þar að lútandi. Viðhald og endurbætur núverandi húsnæðis yrðu mun markvissari ef áætlanir um framtíðaruppbyggingu lögju fyrir.

# 1. Inngangur

Í bréfi til Ríkisendurskoðunar, dagsettu 19.8.2002, fór forstjóri Landspítala - háskólasjúkrahúss (LSH) fram á, fyrir hönd stjórnarnefndar LSH, að Ríkisendurskoðun tæki að sér í samvinnu við spítalann að gera úttekt á rekstri og árangri af sameiningu sjúkrahúsanna í Reykjavík, þ.e. Sjúkrahúss Reykjavíkur og Ríkisspítala. Óskað var eftir því að úttektin tæki jöfnum höndum til árangurs í faglegu og rekstrarlegu tilliti.

Ríkisendurskoðun hóf þegar í september 2002 að undirbúa verkefnið. Ljóst þótti að það yrði í senn flókið og krefðist fjölpættar sérþekkingar á sviði sjúkrahússreksturs. Því var ákveðið að leita eftir aðstoð frá bresku ríkisendurskoðuninni (*National Audit Office*) sem gert hefur fjölmargar úttektir á breska sjúkrahúskerfinu á undanförunum árum.

Vinna við forkönnun til að afmarka umfang verkefnisins hófst í janúar 2003. Um miðjan janúar kom sérfræðingur frá bresku ríkisendurskoðuninni til landsins til að veita ráðgjöf og aðstoða við að skilgreina og afmarka verkefnið.

Drög að endurskoðunaráætlun lá fyrir í lok febrúar og var hún send eftirtöldum aðilum til umsagnar: framkvæmdastjórn LSH, sérfræðingi bresku ríkisendurskoðunarinnar og ráðgjafahópi verkefnisins sem skipaður hafði verið og í voru fagaðilar úr heilbrigðiskerfinu og sérfræðingar úr stjórnsýslunni sem valdir voru með tilliti til þekkingar á því máli sem hér er til umfjöllunar.

Með úttektinni var stefnt að því að kanna eftirfarandi:

- Þær forsendur sem lágu til grundvallar sameiningu sjúkrahúsanna.
- Þann ávinning sem sameiningin hefur skilað með tilliti til:
  - Þjónustu við sjúklinga.
  - Gæða meðferða.

- Hagkvæmni og skilvirkni í rekstri.
- Þau áhrif sem formleg tengsl við Háskóla Íslands hafa haft með tilliti til:
  - Samskipta sjúkrahúss og skóla.
  - Gæða kennslu og rannsókna.
- Frammistöðu LSH miðað við sambærilegar erlendar stofnanir þegar horft er til tilkostnaðar, þjónustu og gæða.
- Hver eiga að vera næstu skref til þess að kostir sameiningar skili hámarksávinningi.

### **Aðferðir og gagnasöfnun**

Úttektin byggðist á rekstrar- og starfsemistengdum upplýsingum úr upplýsingakerfum Landspítala – háskólasjúkrahúss vegna ársins 2002 og sambærilegum tölulegum upplýsingum úr upplýsingakerfum Sjúkrahúss Reykjavíkur og Ríkisspítala vegna 1999. Til að fá samanburð við sambærilegar breskar stofnanir var samkvæmt ábendingu bresku ríkisendurskoðunarinnar leitað eftir aðstoð frá bresku ráðgjafarfyrirtæki, CHKS, sem sérhæfir sig í að vinna samanburðarupplýsingar og veita breskum sjúkrahúsum ráðgjöf. Yfir 120 bresk sjúkrahús nýta sér þjónustu þeirra.

Til að kynnast aðdraganda að sameiningu sjúkrahúsanna voru kannaðar ýmsar skýrslur og greinargerðir sem samdar höfðu verið um starfsemi sjúkrahúsanna í Reykjavík og nágrenni á árunum 1991 til 2000. Farið var yfir fundargerðir framkvæmdastjórna, samstarfsnefndar og stjórnarnefndar sjúkrahúsanna. Skoðaðir voru samningar sem gerðir hafa verið og stuðst við viðhorfskannanir.

Loks voru skoðaðar ýmsar skýrslur og greinargerðir um starfsemina frá sameiningu, þ.e. árunum 2000–2002, og tekin viðtöl við forsvarsmenn helstu sviða um það hvað hefði tekist vel, hvað síður og hvað væri framundan á hverju sviði.



## 2. Undirbúningur og skipulagning sameiningarinnar

### 2.1 Ákvörðun um sameiningu

#### 2.1.1 Hvað lá að baki ákvörðun um sameiningu sjúkrahúsanna?

Sjúkrahúsin í Reykjavík áttu um langt árabil við mikinn fjárhagsvanda að stríða og fór rekstrakostnaður ítrekað fram úr fjárheimildum. Reynt var að lækka kostnað með breytingum í starfseminni en tækninýjungar, launahækkningar og aðrar kostnaðarhækkningar, ásamt fjölgun sjúklinga ollu því að útgjöld jukust engu að síður.

Samkvæmt greinargerð Ríkisendurskoðunar frá nóvember 1997 hækkðu útgjöld sjúkrahúsanna í Reykjavík um 7,8% frá árinu 1990 til 1996, mælt á föstu verðlagi á grundvelli neysluverðsvísitölu.

Upphafið að sameiningu spítalanna má rekja allt til ársins 1985 þegar þáverandi borgarstjóri lét gera úttekt á rekstri Borgarspítala sem hafði átt við viðvarandi vandamál að stríða vegna vaxandi kostnaðar og skorts á hjúkrunarfræðingum. Á árunum 1991 til 1998 voru skrifaðar allnokkrar skýrslur og greinargerðir byggðar á könnunum á starfsemi sjúkrahúsanna í Reykjavík, á Reykjanesi, Selfossi og Akranesi. Í öllum þessum skýrslum er komist að þeirri niðurstöðu að verulega megi hagræða í rekstri sjúkrahúsanna og um leið auka gæði og bæta þjónustu við sjúklinga með sameiningu tveggja eða fleiri sjúkrahúsa.

Um áramótin 1995-1996 varð Sjúkrahús Reykjavíkur til við samruna Borgarspítalans og St. Jósefs-spítala Landakoti. Við

Það hófst ákveðið sameiningarferli sérgreina sem Ríkisspítalar tóku einnig þátt í.

Hér á eftir eru nefndar helstu skýrslur sem þáverandi heilbrigðis- og tryggingamálaráðherrar, borgarstjórinn í Reykjavík og fjármálaráðuneytið létu gera á umræddu tímabili. Líklega höfðu niðurstöður þeirra töluverð áhrif á þá ákvörðun að sameina sjúkrahúsin í Reykjavík.

Árið 1991 var ráðgjafarfyrirtæki fengið til að aðstoða við að gera þróunar- og rekstraráætlun fyrir Ríkisspítala a.m.k. 4 ár fram í tímann. Ráðlagði ráðgjafarfyrirtækið Ríkisspítöllum að hefja viðræður við Borgarspítala um að sjúkrahúsin athuguðu hagkvæmni þess að sameina þau á einum eða tveim stöðum. Að lokinni þeirri athugun voru Landakots- og Borgarspítali sameinaðir í Sjúkrahús Reykjavíkur.

Í janúar 1996 var skipuð nefnd til að vinna að „bráðabirgðatillögum um hagræðingu og sparnað með auknu samstarfi og verkaskiptingu sjúkrahúsanna í Reykjavík og á Reykjanesi“. Nefndin skilaði skýrslu í mars 1996 með tillögum um breytta verkaskiptingu sem leitt gæti til umtalsverðs hagræðis og sparnaðar í rekstri.

Á árunum 1996 og 1997 lét heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið gera skýrslu sem bar yfirskriftina „Skipulagsathugun sjúkrahúsanna í Reykjavík og nágrenni – Framtíðarsýn“. Niðurstaða hennar var sú að með sameiningu sjúkrahúsanna í Reykjavík, á Reykjanesi, Selfossi og Akranesi mætti bæta þjónustuna og auka gæðin og jafnframt ná fram umtalsverði hagræðingu.

Starfshópur skipaður af borgarstjóranum í Reykjavík, heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra og fjármálaráðherra vann á árunum 1996 og 1997 tvær greinargerðir með tillögum um hagræðingaraðgerðir. Þar var lagt til aukið samstarf og tilfærsla á þjónustu milli Ríkisspítala og Sjúkrahúss Reykjavíkur. Talið var að unnt væri að ná fram umtalsverðri hagræðingu og sparnaði með sameiningu sjúkrahúsanna. Í fyrri greinargerðinni var sérstaklega minnt á mikilvægi tengslanna við HÍ og að starfsemi beggja stofnananna væri hluti af starfsemi lækna-deildar HÍ.

Í byrjun árs 1998 skipaði heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra faghóp sem skyldi m.a. gera tillögur um skynsamlega og hagkvæma verkaskiptingu sjúkrahúsanna í Reykjavík og taka við það mið af tillögum sem komið höfðu fram við skipulagsathuganir sjúkrahúsanna í Reykjavík árið 1997. Faghópurinn skilaði í lok árs 1998 allitarlegri skýrslu með tillögum um breytingar á skipulagi og rekstri sjúkrahúsanna. Í henni var m.a. bent á þróunina annars staðar á Norðurlöndunum, einkum samhæfingu, samvinnu og sameiningu sjúkrahúsa. Þá er því haldið fram að á næstu árum verði meiri samþjöppun sérfræðilegrar heilbrigðisþjónustu í landinu og að innan fárra ára verði vart um að ræða nema fá fjölgreinasjúkrahús og eitt háskólasjúkrahús.

## 2.1.2 Samþykki eignaraðila fyrir sameiningunni

Þann 17. desember 1998 gerðu heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra, fjármálaráðherra og borgarstjórinn í Reykjavík með sér samkomulag um að ríkið tæki yfir rekstur og stjórnun allra deilda Sjúkrahúss Reykjavíkur frá og með 1. janúar 1999. Stjórn Sjúkrahúss Reykjavíkur skyldi starfa áfram sem starfsstjórn í umboði heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra þar til ný stjórn ríkisspítala yrði kjörin eigi síðar en 20. desember 1999. Einn forstjóri var settur yfir Landspítala og Sjúkrahús Reykjavíkur og skyldi hann starfa með framkvæmdastjórnnum beggja sjúkrahúsanna. Ráðherra skipaði einnig samvinnunefnd sem í átta sæti fulltrúar stjórna sjúkrahúsanna, nýr forstjóri og framkvæmdastjórar lækninga og hjúkrunar. Þann 7. janúar 1999 samþykkti borgarstjórn samninginn fyrir sitt leyti.

Umboð stjórna sjúkrahúsanna rann út í árslok 1999 og kaus Alþingi þá nýja sameiginlega stjórnarnefnd fyrir bæði sjúkrahúsin. Heilbrigðisráðherra fól stjórnarnefnd og forstjóra að semja tillögur að nýju skipuriti fyrir sjúkrahúsin. Á fundi 16. janúar 2000 samþykkti stjórnarnefnd tillögur að nýju stjórnskipulagi sjúkrahúsanna og í byrjun febrúar 2000 óskaði stjórnarnefndin eftir því við heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra að fá að hefja undirbúning að sameiningu sjúkrahúsanna. Að fengnum tillögum nefndarinnar um stjórnskipulag nýrrar stofnunar tilkynnti ráðherra þann 18. febrúar 2000 að sjúkrahúsin í Reykjavík yrðu sameinuð. Sameiningin var stað-

fest þann 3. mars með reglugerð heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra nr. 127/2000 um sameiningu heilbrigðisstofnana sem tók gildi samdægurs. Stofnfundur Landspítala – háskóla-sjúkrahúss var haldinn í Borgarleikhúsinu þann 16. maí 2000.

### 2.1.3 Markmið sameiningarinnar

Við upphaf sameiningar lá ekki fyrir nein heildarstefnumörkun fyrir hið nýja sjúkrahús, hvorki þegar starfsemi sjúkrahúsanna hófst undir stjórn sameiginlegs forstjóra 1. janúar 1999 né þegar sjúkrahúsin voru formlega sameinuð þann 3. mars 2000. Yfirlýst markmið var að „að skila öflugri stofnun sem veitti markvissari og hagkvæmari þjónustu til hagsbóta fyrir skjólstæðinga sína“.

Sú framtíðarsýn sem sjúkrahúsinu var mörkuð var of óljós til að geta verið sá leiðarvísir sem þurfti til að byggja upp svo margbrotna stofnun sem LSH er. Engin skýr eða mælanleg markmið voru sett fram um þann árangur sem ná átti fram með sameiningunni.

#### **Framtíðarsýn**

Framtíðarsýn heilbrigðisyfirvalda vegna sameiningarinnar birtist í meðfylgjandi fréttatilkynningu frá heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu.

#### **Úr fréttatilkynningu heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis nr. 5/2000:**

Með sameiningu spítalanna er stefnt að því að gera stjórnun og starfsemi þeirra skilvirkari í því skyni að bæta þjónustu við sjúklinga í bráð og umfram allt í lengd. Markmið með rekstri sameinaðs hátækniþítala er að vera áfram í fararbroddi í þjónustu við sjúklinga og að geta veitt þjónustu héraðs sambærilega því sem best gerist annars staðar. Með sameiningu mun sjúkrahúsið standa betur að vígi í vaxandi samkeppni á alþjóðavettvangi um fagfólk, og með sameiningu verður áfram unnt að tryggja öllum sjúklingum jafnan aðgang að bestu heilbrigðisþjónustu sem völ er á.

Í ávarpi formanns stjórnarnefndar spítalans í ársskýrslu fyrir árið 2000 segir að megintilgangur sameiningarinnar sé að skapa nýja stofnun sem geti með hagkvæmum hætti mætt betur en forverar hennar vaxandi kröfum um bætta heilbrigðisþjónustu á nýrri öld og fyrirsjáanlegri fjölgun sjúklinga. Í sameiningunni felist líka skýr vísbending um aukið hlutverk spítalans sem kennslu- og rannsóknarstofnunar.

Í skýrslu ráðgjafarfyrirtækis frá ágúst 1997 var sett fram hugmynd um „eitt fullkomið háskólasjúkrahús á Íslandi“. Slíkt sameinað sjúkrahús var talið geta veitt betri og árangursrikari þjónustu. Sameining myndi auka faglega samvirkni og þróun og þannig mætti stytta meðferðartíma og sjúkrahúsdvöl sem jafnframt myndi draga úr kostnaði.

### **Mælanleg markmið**

Í framtíðarsýn tiltekinnar stofnunar er dregin upp mynd af því hvernig henni er ætlað að líta út í framtíðinni. Til að þessi sýn verði að veruleika þarf oftast að gera einhverjar breytingar. Þess vegna er gagnlegt að setja fram framkvæmdaáætlun um það hvernig stofnunin eigi að breytast úr núverandi mynd í þá sem kemur fram í framtíðarsýninni. Setja þarf skýr markmið um þau áhrif sem breytingin á að hafa í för með sér, t.d. aukna skilvirkni og bætta þjónustu, svo að hægt sé að sjá hvort breytingarnar skili tilgangi sínum.

Ekki eru til nein formlega skráð mælanleg markmið sem sameining sjúkrahúsanna í Reykjavík átti að hafa í för með sér og nota má eftir á til þess að meta hvort tilætluðum árangri hafi verið náð. Þó fer ekki á milli mála að meginmarkmiðið með sameiningunni var að reyna að stemma stigu við þeim kostnaðarhækkunum umfram fjárheimildir sem átt höfðu sér stað um langt árabíl og ná fram varanlegum sparnaði í rekstri. Um þetta bera vitni fjölmargar skýrslur og greinargerðir frá árunum 1991 til 1999. Megininntak þeirra allra eru tillögur um það hvernig hagræða megi í rekstri sjúkrahúsanna og í öllum er komist að þeirri niðurstöðu að hagræðing náist fyrst og fremst fram með sameiningu tveggja eða fleiri sjúkrahúsa í Reykjavík og nágrenni. Í skýrslu ráðgjafarfyrirtækis frá ágúst 1997 kemur fram það mat að hagræðing sem afleiðing af sameiningu gæti skilað ávinningi sem nemi allt að 520 ársverkum þ.e. 13%.

## 2.2 Skipulag og framkvæmd sameiningar

### 2.2.1 Stjórnun og skipulag hins nýja spítala meðan á sameiningarferlinu stóð

Hinn 1. janúar 1999 var skipaður nýr sameiginlegur forstjóri yfir Landspítala og Sjúkrahús Reykjavíkur. Jafnframt gaf heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið út erindisbréf til stjórnar Sjúkrahúss Reykjavíkur sem starfa skyldi sem starfsstjórn frá 1. janúar 1999 þar til kjörin yrði ný stjórn ríkisspítala sem stjórna skyldi báðum sjúkrahúsunum. Einnig var skipuð samvinnunefnd sjúkrahúsanna sem vera skyldi samráðsvettvangur stjórnna þeirra.

Á árinu 1999 jókst samstarf sjúkrahúsanna í Reykjavík verulega. Unnið var að sameiginlegum þjónustusamningi við öldrunar- og endurhæfingardeildir þeirra beggja og að kostnaðargreiningu og verðlagningu á þjónustu. Stigin voru fyrstu skref í að færa saman sérgreinar með því að undirbúa sameiningu æðaskurðlækninga beggja spítala í Fossvogi. Einnig voru upplýsingatæknimál sjúkrahúsanna yfirfarin og gerðar tillögur um sameiginleg verkefni.

Í árslok 1999 kaus Alþingi nýja sameiginlega stjórnarnefnd fyrir Landspítala og Sjúkrahús Reykjavíkur. Heilbrigðisráðherra fól stjórnarnefnd og forstjóra að semja tillögur að nýju skipuriti fyrir bæði sjúkrahúsin. Tillögur þessarar nefndar, sem samþykktar voru af heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra í febrúar 2000, fólust í meginatriðum í því að einfalda stjórnkerfi spítalanna með því að hafa eina framkvæmdastjórn, einn lækningaforstjóra og einn hjúkrunarforstjóra. Forstjóra og formanni stjórnarnefndarinnar var falið að útfæra tillögurnar nánar.

Landspítali – háskólasjúkrahús var skilgreint sem hátækni-sjúkrahús sem þjóna skyldi öllum landsmönnum og jafnframt vera svæðissjúkrahús fyrir höfuðborgarsvæðið. Starfsmenn skyldu stunda þróttmikil rannsóknar- og vísindastörf í nánnum tengslum við Háskóla Íslands og fleiri menntastofnanir. Þann 15. febrúar 2000 undirrituðu rektor Háskóla Íslands og forstjóri sjúkrahúsanna í Reykjavík viljayfirlýsingu þar sem þeir lýstu því yfir fyrir hönd stofnana sinna að ákveðið hefði verið

að gera formlegt samkomulag um samstarf stofnananna við kennslu og rannsóknir. Fyrsta skrefið í þessu samkomulagi var ákvörðun um að ráðinn skyldi að sjúkrahúsinu sérstakur framkvæmdastjóri kennslu og fræða til að styrkja kennslu og vísindastörf.

Í maí árið 2000 var skipuð 5 manna framkvæmdastjórn yfir spítalanum. Rétt virðist hins vegar að marka upphaf sameiningarferilsins við 1. október 2000 þegar ný skipan klínískra sviða tók gildi og endurráðið var í allar yfirmannsstöður á þeim sviðum. Sjá kafla 6.3.

Samkvæmt tillögum stjórnarnefndar skyldi nýtt skipulag endurskoðað að 2 árum liðnum og var það gert á seinni hluta árs 2002. Niðurstöður þeirrar endurskoðunar koma fram í skýrslu forstjóra „Endurskoðun skipulags LSH“ sem út kom 9. október 2002.

## **2.2.2 Tíma- og framkvæmdaáætlun fyrir sameiningarferlið**

Sameiningin var hafin án þess að fyrir lægi heildstæð tíma- og framkvæmdaáætlun.

Starfsstjórnin sem starfaði í umboði heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra á árinu 1999 átti í samvinnu við forstjóra og framkvæmdastjórnir Sjúkrahúss Reykjavíkur og Landspítalans að vinna að:

- þróunar- og rekstraráætlunum fyrir sjúkrahúsin,
- samhæfingu á starfsemi sjúkrahúsanna til að ná hámarks-hagræðingu og skilvirkni,
- breytingum sem lúta að sameiginlegum rekstri og skipulagi sjúkrahúsanna.

Samkvæmt bréfi heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra frá 4. febrúar 1999 skyldi samvinnunefnd stjórnna sjúkrahúsanna leggja mat á það hverjar af tillögum faghópsins, sem starfaði á vegum heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins á árinu 1998,

væru fallnar til framkvæmda nú þegar eða síðar og hvernig best yrði að málum staðið.

Í bréfi sem forstjóri sjúkrahúsanna í Reykjavík ritaði heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra þann 26. maí 1999 kemur fram að flestar af tillögum faghópsins hafa verið til umfjöllunar hjá samvinnunefndinni, mörg verkefni hafi þegar komið til framkvæmda og áætlanir hafi ýmist verið gerðar eða unnið sé að þeim fyrir önnur verkefni. Í viðauka 1 eru þessi verkefni tilgreind.

Tillögur faghópsins um framkvæmdir voru því það sem lagt var til grundvallar við upphaf sameiningarferilsins og á sama hátt virðist vinna og áætlanir samvinnunefndarinnar vera grunnurinn að framkvæmdum á síðari stigum.

Í september 2001 samþykkti stjórnarnefnd tillögur framkvæmdastjórnar að framkvæmdaáætlun fyrir sameiningu sérgreina og tilflutning deilda frá september 2001 til loka árs 2002. Þar kom fram að sameiningu sérgreina ætti að ljúka að mestu fyrir árslok 2002.

### **2.2.3 Kostnaðaráætlun vegna sameiningarinnar**

Þar sem ekki var gerð nein heildstæð framkvæmdaáætlun vegna sameiningarinnar er eðlilegt að ekki lægi fyrir nein heildstæð kostnaðaráætlun. Í nokkrum þeirra skýrslna og greinargerða sem áður hefur verið vitnað í er þó reynt að meta kostnað að einhverju leyti.

Í greinargerð nefndar um samstarf sjúkrahúsa frá mars 1996 eru gerðar nokkuð ítarlegar tillögur að hagræðingu og sparnaði með aukinni samvinnu og verkaskiptingu sjúkrahúsanna í Reykjavík og á Reykjanesi. Í tillögunum eru sýnd dæmi um hvað megi spara með tilteknum aðgerðum og hver yrði áætlaður kostnaður við framkvæmdina.

Hópur skipaður af borgarstjóranum í Reykjavík, heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra og fjármálaráðherra skilar tveimur greinargerðum í ágúst 1996 og í ágúst 1997. Í þeim er gerð grein fyrir ákveðnum hagræðingaraðgerðum sem muni leiða til



sparnaðar til lengri tíma litið og áætlað hvaða kostnaður muni falla til við að hrinda aðgerðunum í framkvæmd.

Faghópur heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins um sjúkrahúsmál skilaði skýrslu í desember 1998 þar sem meðal annars eru nokkuð ítarlegar tillögur um hagræðingaraðgerðir í rekstri spítalanna. Þar er lagt gróft mat á þann sparnað sem aðgerðirnar gætu leitt til en ekki kemur fram að metinn hafi verið sá kostnaður sem hlytist af framkvæmdinni.

Í nóvember 2000 var tekinn saman á Fjárreiðna- og upplýsingasviði LSH þegar áfallinn kostnaður og gerð áætlun um þann kostnað sem eftir væri að leggja í vegna sameiningarinnar. Sjá viðauka 2. Hér er þó nauðsynlegt að hafa í huga að hluti af þessum kostnaði hefði orðið til þó að ekki hefði orðið af sameiningu.

Kostnað við sameininguna átti fyrst og fremst að fjármagna með hagræðingu sem af henni hlytist. Á árinu 1999 voru reyndar veittar 300 m.kr. vegna verkefnisins, undir liðnum Sjúkrahús í Reykjavík, en sú upphæð hafði þá verið dregin af fjárveitingum til sjúkrahúsanna hvoru um sig. Í fjárlögum ársins 2000 var veitt 150 m.kr. tímabundið framlag vegna kostnaðar af sameiningu en í fjárlögum 2001 var þetta framlag fellt niður og spítalanum gert að hagræða í rekstri og ná þannig fram lækkun kostnaðar sem nemur þessari upphæð. Á árinu 2002 fékk LSH 212 m.kr. flýttigreiðslu vegna væntanlegrar eignasölu til að mæta kostnaði sem m.a. hlytist af breytingum vegna flutninga á sérgreinum. Ekkert varð hins vegar af sölu á því ári og því gekk greiðslan til baka um áramótin 2002/2003.

## **2.3 Staða hins nýja spítala við upphaf reksturs**

### **2.3.1 Fjárhagsleg staða hins nýja spítala**

Samkvæmt samkomulagi heilbrigðis- og tryggingamála-ráðherra, fjármálaráðherra og borgarstjórans í Reykjavík frá 17. desember 1998 tók ríkið yfir allar fjárskuldbindingar Sjúkrahúss Reykjavíkur frá 1. janúar 1999 að telja.

Samkvæmt áætlunum sjúkrahúsanna í Reykjavík í upphafi árs 1998 var samanlagður halli á rekstri þeirra 900 m.kr. á árinu. Til að mæta þessum halla var ráðstafað til þeirra 266 m.kr. af sérstakri fjárveitingu til sjúkrahúsa til að mæta uppsöfnuðum halla. Auk þess veitti heilbrigðisráðuneytið 34 m.kr. eingreiðslu til sjúkrahúsanna í Reykjavík og var þá fjárskortur þeirra áætlaður um 600 m.kr. á árinu 1998. Í frumvarpi til fjárlaga fyrir árið 1999 voru framlög til sjúkrahúsanna hækkuð um 317 m.kr. Samkvæmt skýrslu Ríkisendurskoðunar frá október 1998 var samtals óleystur vandi um 342 m.kr. vegna ársins 1999.

Samkvæmt uppgjöri ársins 1999 var rekstrarafkoman þannig að gjöld umfram tekjur og framlög á Sjúkrahúsi Reykjavíkur voru 246 m.kr. Sambærilegar tölur fyrir Ríkisspítala voru 92 m.kr. Þetta var heldur betri útkoma en spáð hafði verið. Greiðsluafkoma spítalanna í árslok var í jafnvægi og var hvorug stofnunin með yfirdrátt í banka um áramót.

Rekstrarreikningar SHR og Ríkisspítala 1999			
Fjárhæðir í þúsundum króna			
	SHR	Ríkisspítalar	Samtals
<b>Rekstrartekjur</b>			
Sértekjur og aðrar tekjur	587.666	817.667	1.405.333
<b>Rekstrargjöld</b>			
Launakostnaður	4.965.007	7.833.555	12.798.562
Annar rekstrarkostn	2.097.062	3.251.031	5.348.093
Meiriháttar viðhald og stofnframkvæmdir	361.566	659.576	1.021.142
	7.423.635	11.744.162	19.167.797
<b>Framlög ríkissjóðs</b>			
Framlög af fjárlögum ársins	6.543.120	10.821.854	17.364.974
<b>(Gjöld) umfram tekjur og framlög ársins</b>	<b>(292.849)</b>	<b>(104.641)</b>	<b>(397.490)</b>
<b>Önnur ríkisframlög</b>			
Framlög vegna tækjakaupa árið 2000	47.000		47.000
Aukafjárveiting vegna halla fyrri ára		68.918	68.918
Geymd fjárveiting v. byggingar Barnaspítala		127.328	127.328
<b>Tekjur og framlög umfram gjöld/ (Gjöld) umfram tekjur og framlög</b>	<b>(245.849)</b>	<b>91.605,0</b>	<b>(154.244)</b>

Heimild: Ársskýrslur SR og Ríkisspítala.

Fjárheimildir skv. fjárlögum fyrir árið 2000 námu 18.773 m.kr. Þá hafði rekstrargrunnur spítalans verið styrktur um 985 m.kr. Einnig er innifalið í upphæðinni um 173 m.kr. framlag vegna halla fyrri ára. Þetta framlag var tekjufært á árinu 2000 þó svo að þar hafi verið um að ræða leiðréttingu vegna ársins 1999.

Í greinargerð með afgreiðslu fjárhagsáætlana sjúkrahúsanna fyrir árið 2000 segir m.a. eftirfarandi:

„Við afgreiðslu fjárlaga fyrir árið 2000 var brotið í blað þegar sjúkrahúsin voru leyst úr þeirri klemmu sem stefndi rekstri þeirra í þrot. Í tengslum við það var gert ráð fyrir umbótum í rekstri, sértækum aðgerðum og aukinni samvinnu sjúkrahúsanna, til að mæta fyrirsjáanlegum vanda sem fylgdi viðbótarútgjöldum vegna fjölgunar sjúklinga, nýrra aðferða í lækningum og hækkunar á lyfjaverði.“ og „Við afgreiðslu fjárhagsáætlunar fyrir árið 2000 hefur á báðum sjúkrahúsum verið haft að leiðarljósi að verða við kröfu fjárveitingavaldsins um að halda rekstri í einu og öllu innan ramma fjárlaga. Í þeim vanda sem sjúkrahúsin glíma við, stöðuga fólksfjölgun, sérstaklega á höfuðborgarsvæði, hækkadan meðalaldur, hækkandi lyfjaverð og skort á hjúkrunarrýmum utan spítalanna hefur reynst óhjákvæmilegt að skerða nokkuð framlög til margra sviða. Nærri lætur að um 500 milljónir króna vanti samtals á sjúkrahúsunum tveimur til að starfsemi geti verið með sama hætti og á síðasta ári. Að hluta stafar það af halla á hefðbundnum rekstri og að hluta af fyrirsjáanlegri aukningu útgjalda vegna lyfjakostnaðar og fjölgunar sjúklinga. Hins vegar er nú í fyrsta skipti samráð milli sjúkrahúsanna um afgreiðslu fjárhagsáætlana með framtíðarhagsmuni í huga, í þeim tilgangi að nýta sem best fjármuni og húsakost. Það leiðir af sér að ýmislegt í þjónustu sjúkrahúsanna færir til, annað hvort innan sömu stofnunar eða milli þeirra. Þjónusta dregst óhjákvæmilega saman í sumum starfseiningum sjúkrahúsanna á þessu ári, á öðrum sviðum helst hún óbreytt og í sumum tilfellum verður hún bætt verulega.“

### 2.3.2 Húsnæði og eignir hins nýja spítala

Í samkomulagi heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra, fjármálaráðherra og borgarstjórans í Reykjavík frá 17. desember 1998 er nákvæmlega tiltekið hvaða eignum Reykjavíkurborg afsalar

til ríkissjóðs og hvað ríkissjóður þarf að greiða fyrir þær. Þetta voru í stuttu máli allar þær eignir sem tengdust starfsemi Sjúkrahúss Reykjavíkur á þessum tíma.

Stjórn Sjúkrahúss Reykjavíkur samþykkti í upphafi árs 1999 að fá erlenda ráðgjafa til að gera úttekt á húsnæði spítalans í Fossvogi. Þeir skiluðu ítarlegri skýrslu í árslok og var helsta niðurstaða þeirra sú að húsnæði spítalans væri alltof lítið fyrir þá starfsemi sem þar færi fram. Töldu ráðgjafarnir vanta um 5.000 fermetra húsnæði sem gæti fengist með því að færa tiltekna starfsemi úr húsinu.

Vegna langvarandi slæmrar fjárhagsstöðu sjúkrahúsa hafði viðhaldi og endurbótum á húsnæði sjúkrahúsanna í Reykjavík ekki verið sinnt sem skyldi. Embætti landlæknis hafði með bréfi dagsettu 24. september 1999 óskað eftir áliti sjúkrahúsanna í Reykjavík á þeim áhrifum og afleiðingum sem bág fjárhagsstaða sjúkrahúsanna hefði á starfsfólk þeirra og, ekki síst, framþróun og nýjungar í læknisfræði og þjónustu við sjúklingana. Í svörum frá báðum sjúkrahúsunum kom fram að núverandi skipulag húsnæðis samræmdist ekki þörfum þeirra og að viðhaldi væri mjög ábótavant sem hefði neikvæð áhrif á starfsemi og starfsmenn.

### **2.3.3 Mannafli hins nýja spítala**

Allt starfsfólk beggja spítala fluttist sjálfkrafa yfir til hins nýja sjúkrahúss. Samkvæmt samkomulagi heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra, fjármálaráðherra og borgarstjórans í Reykjavík frá 17. desember 1998 tók ríkið við öllum réttindum og skyldum borgarinnar gagnvart starfsmönnum Sjúkrahúss Reykjavíkur. Ríkið fór frá þeim degi með sammingsaðild vinnuveitanda. Í samkomulaginu var einnig kveðið á um réttindi og skyldur ríkisins gagnvart starfsmönnum Sjúkrahúss Reykjavíkur og uppgjör lífeyrisskuldbindinga.

Samkvæmt ársskýrslum sjúkrahúsanna fyrir 1999 voru stöðugildi hjá Sjúkahúsi Reykjavíkur 1.555 og hjá Ríkisspítölum 2.560, en alls voru starfsmenn um 5.000.

## 2.4 Samantekt

Sjúkrahúsin á höfuðborgarsvæðinu höfðu um langt árabil átt við vaxandi fjárhagsvanda að stríða og á árunum 1991 til 1998 komu fram margar skýrslur og greinargerðir með tillögum um hvernig hagræða mætti í rekstri og um leið bæta þjónustu og auka gæði með því að sameina tvö eða fleiri sjúkrahús í Reykjavík og nágrenni.

Ríkið tók við rekstri Sjúkrahúss Reykjavíkur þann 1. janúar 1999 og þá var skipaður sameiginlegur forstjóri fyrir Ríkisspítala og Sjúkrahús Reykjavíkur. Þann 3. mars 2000 gaf heilbrigðisráðherra út reglugerð um sameiningu heilbrigðisstofnana sem tók gildi samdægurs. Í reglugerðinni kemur fram að nýi spítalinn skuli heita Landspítali – háskólasjúkrahús. Allt starfsfólk beggja spítala fluttist sjálfkrafa yfir til hins nýja sjúkrahúss og til varð stærsti vinnustaður landsins með um 5.000 starfsmenn.

Landspítali – háskólasjúkrahús var skilgreint sem hátækni-sjúkrahús sem þjóna skyldi öllum landsmönnum og jafnframt vera svæðissjúkrahús fyrir höfuðborgarsvæðið. Rektor Háskóla Íslands og forstjóri spítalans undirrituðu viljayfirlýsingu um að gert yrði formlegt samkomulag er lýsti samstarfi stofnananna um kennslu og rannsóknir og tekin var ákvörðun um að stofna sérstaka stöðu framkvæmdastjóra kennslu og fræða við sjúkrahúsið.

Yfirlýst markmið með sameiningu sjúkrahúsanna í Reykjavík var „að skila öflugri stofnun sem veitti markvissa og hagkvæma þjónustu til hagsbóta fyrir skjólstæðinga sína“, en ekki var mörkuð nein heildarstefna um það hvaða ávinningur skyldi nást né með hvaða hætti. Það virðist þó nokkuð ljóst að meginmarkmið sameiningarinnar var að reyna að stemma stigu við þeirri stöðugu kostnaðaraukningu sem átt hafði sér stað við rekstur sjúkrahúsanna um margra ára skeið og ná þannig fram sparnaði til lengri tíma litið. Í skýrslu ráðgjafarfyrirtækis frá ágúst 1997 kemur fram það mat ráðgjafa að hagræðing sem afleiðing af sameiningu gæti skilað ávinningi sem nemi allt að 520 ársverkum, þ.e. 13%.

Ekki var gerð nein heildstæð tíma- og framkvæmdaáætlun né heldur kostnaðaráætlun fyrir sameiningarferlið. Þær framkvæmdir sem byrjað var á, í upphafi árs 1999 þegar sameiginlegur forstjóri tók til starfa, voru að stórum hluta tillögur faghóps heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins sem starfaði á árinu 1998.

Hagræðing sem sameiningunni var ætlað að skila átti að standa undir kostnaði við hana. Af þeim sökum er ekki að finna í fjárheimildum stofnunarinnar 1999-2002 sérstök fjárframlög til að standa undir framkvæmdum við sameininguna.

Fjárhagsstaða hins sameinaða spítala var samkvæmt uppgjöri ársins 1999 þannig að gjöld umfram tekjur og framlög voru um 154 m.kr. Í greinargerð með afgreiðslu fjárhagsáætlana sjúkrahúsanna fyrir árið 2000 kemur fram að vanta muni samtals um 500 milljónir króna til þess að starfsemi þeirra geti verið með sama hætti og árið áður. Samanlagðar fjárveitingar til spítalanna árið 2000 voru um 19 milljarðar. Þá hafði rekstrargrunnur spítalans verið styrktur um 812 m.kr og einnig var veitt 173 m.kr. framlag vegna halla fyrri ára.

Við sameininguna yfirtók ríkið allar eignir sem Sjúkrahús Reykjavíkur hafði yfir að ráða. Eftir því sem best verður séð var þetta húsnæði bæði of lítið fyrir þá starfsemi sem þar fór fram og í fremur slæmu ástandi. Samkvæmt skýrslu erlendra ráðgjafa frá upphafi árs 1999 vantaði um 5000 fermetra til að fullnægja þörfum þeirrar starfsemi sem fór fram á SR í Fossvogi. Að mati forsvarsmanna LSH var og er enn þrengra um starfsemina við Hringbraut. Samkvæmt greinargerðum frá lækninga- og hjúkrunarforstjórum sjúkrahúsanna frá því í nóvember 1999 hafði viðhaldi og endurbótum á húsnæði sjúkrahúsanna í Reykjavík ekki verið sinnt sem skyldi vegna slæmrar fjárhagsstöðu þeirra til margra ára.

### **3. Hvaða ávinningur hefur orðið af sameiningunni?**

#### **3.1 Sameiningarferlið, áhrif sameiningar og kostnaður vegna hennar**

Meðan á undirbúningi sameiningar stóð voru skiptar skoðanir um það hvernig best yrði staðið að henni. Styrinn stóð um það hvort sameina ætti sérgreinar í einu húsi eða reka stærri sérgreinar í báðum húsum og leggja áherslu á skiptingu í bráðapjónustu og skipulagða þjónustu. Niðurstaðan var sú að sérgreinar voru sameinaðar á einn stað og eru langflestir sem rætt hefur verið við þeirrar skoðunar að það hafi verið rétt ákvörðun.

##### **3.1.1 Sameiningarferlið**

Sameiningarferlinu lauk ekki í árslok 2002 eins og áætlun frá september 2001 gerði ráð fyrir. Helsta ástæða þess var skortur á fjármagni til framkvæmda og í einstaka tilfellum mótstaða sem sameiningin mætti. Seinkun á framkvæmdum hefur skapað tímabundin vandamál í starfseminni sem tafið hafa möguleika á hagræðingu.

Sameiningin hefur verið mikið umbrotatímabil og ekki hefur alltaf verið jafnmikil ánægja með þær ákvarðanir sem teknar hafa verið. Á hinn bóginn hefur tilefninu til að endurskoða starfsemina sums staðar verið tekið fagnandi og tækifærið verið notað til að gera breytingar sem lengi hafði verið þörf á.

Ákveðinnar óánægju og óöryggis varð vart hjá starfsfólki þegar breytingarferlið stóð yfir en flestir sem rætt var við eru sammála um að óánægjan hafi horfið að því loknu og þá hafi starfsfólk fundið að samþjöppun sérfræðipekkingarinnar í

stærri einingar gefur kost á auknum möguleikum til framþróunar og betri þjónustu.

### 3.1.2 Áhrif sameiningar

#### Fagleg áhrif

Það er samdóma álit allra sem rætt hefur verið við að stærsti ávinningur sameiningarinnar felist í sameiningu sérgreina. Með þessu móti hafi myndast faglega sterkar einingar á alþjóðlegum mælikvarða sem opni möguleika á skiptingu í undirsérgreinar og aðra sérhæfingu. Tvöföldun þjónustu minnki verulega eða hverfi sem m.a. verði til að einfalda starfsemina í heild og auka svigrúm sérgreina til þróunar. Þetta þýði til lengri tíma litið markvissari og betri þjónustu við sjúklinga og mun meiri og betri möguleika á kennslu og vísindastörfum. Ekki eru þó til tölulegar upplýsingar sem sýna fram á þennan ávinning.

#### Rekstrarleg áhrif / sparnaður

Sameining sérgreina á einn stað hlýtur að fela í sér kostnaðarlegan ávinning því að fullkominn tækjabúnaður og sérhæft birgðahald þarf nú í mörgum tilfellum einungis að vera á einum stað í stað tveggja eða jafnvel fleiri áður. Þá hefur verið hægt að fækka vaktalínunum, jafna vaktaálag og nýta betur sérhæft starfsfólk.

Gerð hefur verið ítarleg skýrsla með upplýsingum um vaktalínur á LSH, kostnað vegna þeirra og hvar þegar hefur verið hagrætt með fækkun vaktalína, ásamt tillögum um hvar fækka megi enn frekar. Samkvæmt skýrslunni eru vaktalínur á LSH um 180 talsins og námu greiðslur vegna þeirra um 12,5% af heildarlaunaútgjöldum spítalans á árinu 2002. Vegna sameiningarinnar hafa a.m.k. 15 vaktalínur þegar verið lagðar niður og er gróflega áætlað að sparnaður af því nemi allt að 130 m.kr. á ári. Þá eru leiddar líkur að því að fækka megi ennfrekar um allt að 20 vaktalínur sem hefði í för með sér um 100-150 m.kr. kostnaðarlækkun á ári.

#### Stjórnunarleg áhrif

Stjórnendur LSH hafa lagt mikla áherslu á að bæta stjórnun innan stofnunarinnar. Þessi viðleitni hefur m.a. birst í því að gerðir eru skriflegir ráðningarsamningar við stjórnendur og því



að helstu klínískir stjórnendur verða að helga sig störfum á sjúkrahúsinu. Flestir viðmælendur voru sammála um að tekist hefði að auka aga í starfseminni miðað við það sem áður var. Allar þessar aðgerðir eru til þess fallnar að stuðla að bættum árangri í framtíðinni.

Við endurskipulagningu spítalans var kostnaðarleg ábyrgð sviða aukin og sérstakir fjármálafulltrúar ráðnir að hverju sviði. Þetta hefur miðað að því að auka kostnaðarvitund yfirmanna og stýringu fjármuna. Starfsmannamálum var gert hærra undir höfði með því að færa þá deild beint undir forstjóra. Við sameininguna var fækkað nokkuð í ýmsum stjórnunarstöðum.

### **Samþjöppun og samræming stoðþjónustu**

Tækni-, bygginga- og upplýsingadeildir sjúkrahúsanna voru sameinaðar og yfirstjórn samræmd. Við þetta hafa orðið til faglega öflugri skipulagsheildir, auk þess sem starfsmönnum fækkaði úr 550 í 480.

Mestur sparnaður náðist með því að leggja niður nokkur eldhús, auk þess sem hagræðing og samhæfing náðist með sameiningu tölvudeilda og tölvukerfa. Þá hefur verið hægt að sameina og samræma birgðahald. Nú er t.d. nægjanlegt að hafa einn lager fyrir hverja sérgrein, s.s. bæklunarlækningar, almennar skurðlækningar og þvagfæralækningar, í stað tveggja áður.

### **Takmarkanir sameiningar**

Þar sem starfsemi hins sameinaða sjúkrahúss fer fram á tveimur meginstarfsstöðvum eru sameiningunni sett ákveðin takmörk, t.d. þarf að starfrækja bráðþjónustu í tveimur húsum sem hefur í för með sér ýmiss konar óhagkvæmni og óhagræði fyrir starfsemina. Nefna má að flytja þarf sjúklinga milli húsa og hafa tækjabúnað, starfsfólk og vaktalínur á fleiri en einum stað. Flestir viðmælendur höfunda þessarar skýrslu töldu að sameiningin yrði aldrei fullkomin fyrr en öll starfsemi væri komin á einn stað. Ekki hefur verið gerð athugun á hagkvæmni þess að starfsemin fari fram á einum stað.

### 3.1.3 Ný þjónusta

Með auknum faglegum styrk hafa skapast möguleikar á að bæta við nýrri þjónustu og efla aðra þjónustu á spítalanum. Ný og aukin þjónusta á tímabilinu 1999–2002:

- Þverfagleg verkjamiðstöð til að þjóna sjúklingum sem búa við langvarandi veikindi.
- Sérhæfð móttaka fyrir sjúklinga með hjartaöng.
- Sérhæfð móttaka fyrir sjúklinga með kviðverki.
- Sólarhringsvakt fyrir hjartaþræðingar á virkum dögum.
- Klínísk rannsóknarstofa í æðasjúkdómum var stofnuð við sameinaða æðaskurðlækningadeild.
- Líknardeildir eru nú bæði í Kópavogi og á Landakoti.
- Bráðagöngudeild fyrir geðsjúka hefur verið styrkt.
- Sálfræðileg þjónusta hefur verið aukin.
- Sjúkrahústengd heimaþjónusta hefur verið aukin.
- Sett hefur verið á stofn Erfðaráðgjöf í tengslum við krabbameinslækningar og rannsóknarstofa í erfða- og sameindalæknisfræði.

Unnið er að eftirfarandi:

- að flytja til landsins nýrnaígræðslur þegar um er að ræða ígræðslu nýrna úr lifandi ættingjum sjúklinga,
- að hefja stofnfrumuígræðslur við meðferð illkynja blóð-sjúkdóma.

### 3.1.4 Kostnaður við sameininguna

Við upphaf sameiningar höfðu stjórnvöld ekki gert ráð fyrir að leggja þyrfti út sérstaklega fyrir kostnaði við að sameina sjúkrahúsin enda töldu þau að strax á fyrsta ári næðist fram hagræðing sem kæmi á móti útlögðum kostnaði.

Hjá LSH hefur ekki verið haldið sérstaklega utan um þann kostnað sem rekja má beint til sameiningarinnar en að beiðni Ríkisendurskoðunar var reynt að áætla hann. Þar kemur fram

að kostnaður tengdur sameiningunni á tímabilinu 2000–2002 hefði verið um 420 m.kr. Hann skiptist á eftirfarandi hátt:

- Biðlaunakostnaður er metinn á um 50 m.kr. Við gildistöku nýs skipulags seinni hluta árs 2000 lögðust margar stjórnunarstöður af og í öðrum tilfellum var skipt um stjórnendur.
- Bygginga-, viðhalds- og endurnýjunarkostnaður sem nauðsynlegur var vegna flutnings og sameiningar sérgreina er metinn á um 300 m.kr. Þetta er kostnaður umfram venjubundið viðhald sem fjármunum er veitt til árlega.
- Kostnaður við upplýsingatækni, þ.e. við sameiningu á hugbúnaðarkerfum og styrkingu og tengingu starfsstöðva, nemur um 19 m.kr.
- Ráðgjafarkostnaður er um 25 m.kr. Þetta er utanaðkomandi ráðgjöf vegna sameiningar á sérhæfðum einingum, vegna þróunaráætlunar spítalans á árunum 2000–2001 og vegna starfsmannahalds og lögfræðilegra málefna tengdum sameiningu.
- Hagrænn kostnaður er talinn vera um 25 m.kr. Erfitt er að meta þennan kostnað en tekið var tillit til eftirfarandi þátta: 1) fórnartíma starfsfólks sem á einn eða annan hátt hefur unnið að sameiningunni í vinnutíma sínum í stað þess að sinna öðrum verkefnum; 2) þetta hefur m.a. líklega haft þau áhrif að starfsemi spítalans hefur dregist tímabundið saman en ætti að vaxa aftur þegar sameiningarferlinu er lokið. Þetta sést m.a. með því að líta á fjölda skurðaðgerða á tímabilinu. Þeim fækkaði til að byrja með en er nú farið að fjölga aftur.

### **3.2 Samanburður á afköstum, skilvirkni og gæðum 1999–2002 með tölulegum mælikvörðum**

Í þessum kafla verður leitast við að meta hvort fjármunir séu nú betur nýttir og þjónusta betri á LSH en var fyrir sameiningu sjúkrahúsanna í Reykjavík. Reynt verður að meta hvort þjónusta hafi aukist með sameiningunni og hvort hún sé veitt með hagkvæmari hætti en áður. Einnig verður reynt að meta

gæði þjónustunnar frá ýmsum sjónarhornum. Við þetta mat er beitt mælikvörðum sem breska ríkisendurskoðunin benti á, en hún veitti ráðgjöf við gerð þessarar skýrslu. Leitast verður við að gera grein fyrir því hvaða upplýsingar þessir mælikvarðar fela í sér og hvaða fyrirvara þarf að hafa við túlkun niðurstaðna.

Upplýsingar sem hér er byggt á eru teknar úr ársskýrslum ársins 1999 fyrir Ríkisspítala og Sjúkrahús Reykjavíkur, stjórnunarupplýsingum ársins 2002 fyrir LSH auk upplýsinga frá skrifstofu fjárreiðna og upplýsinga.

### 3.2.1 Afköst fyrir og eftir sameiningu

Bæði fyrir og eftir sameiningu hafa verið birtar í ársskýrslum sjúkrahúsanna tölulegar upplýsingar um magn helstu tegunda þjónustu. Þetta eru í raun einu upplýsingarnar um árangur starfseminnar sem birtar hafa verið með reglulegum hætti. Vegna sameiningarinnar voru helstu magnupplýsingar frá því fyrir sameiningu gerðar sambærilegar við nýrri upplýsingar. Þessar upplýsingar eru hafðar til hliðsjónar þegar rætt er um afköst í þessum kafla þar sem leitast er við að greina þær breytingar sem orðið hafa á magni þjónustu á þeim tíma sem liðinn er frá sameiningu. Magn þjónustu segir hins vegar ekki nema hálfra söguna ef meta skal árangur sjúkrahússins. Einnig þarf að taka tillit til þess hversu miklum aðföngum er varið við að veita þá þjónustu sem um er að ræða. Um þann þátt verður fjallað í kafla 3.2.2.

#### Mat á afköstum

Þegar þjónusta spítalanna á ákveðnu tímabili er metin á tölulegan hátt ber að hafa í huga að þjónustan tekur breytingum í tímans rás, t.d. vegna tækniframfara og breyttrar samsetningar sjúklingahóps. Af þessum sökum geta ýmsar viðbótarupplýsingar verið nauðsynlegar til að fylla upp í þá mynd sem magnmælikvarðar gefa. Sem dæmi um slíkar viðbótarupplýsingar má nefna hjúkrunarþyngd og vigt sjúklunga (case mix) sem t.d. má meta með DRG flokkun. Ríkisendurskoðun hefur lagt áherslu á að afla slíkra viðbótarupplýsinga til að styðja magntölurnar. Það hefur hins vegar komið í ljós að upplýsingar af þessum toga eru í flestum tilfellum aðeins til fyrir árið 2002 en ekki árið 1999.

Ekki eru til jafn samanburðarhæfar upplýsingar um magn ýmissa rannsókna og um þjónustu við sjúklinga. Þess vegna var fyrst og fremst hugað að þjónustu við sjúklinga og litið svo á að rannsóknir séu afleiddar af henni og fylgi henni með svipuðum hætti bæði þau ár sem til skoðunar eru.

Ljóst er að í árslok 2002 höfðu sumar deildir ekki náð upp fullum afköstum eftir umrót breytinganna.

Breytingar á magni þjónustu verður að skoða í ljósi þess mannfjölda sem notar þjónustuna. Á því tímabili sem hér er til skoðunar hefur íbúum hér á landi fjölgað um 3,3%, og 4,8% á höfuðborgarsvæðinu. Þar sem LSH er bæði svæðissjúkrahús höfuðborgarsvæðisins og hátæknisjúkrahús fyrir allt landið er eðlilegt að horfa á báðar þessar tölur þegar þjónusta er miðuð við fólksfjölgun. Hér hefur öldrun þjóðarinnar þó einnig áhrif en upplýsingar til að meta þann þátt liggja ekki fyrir.

## Legur

Legur er viðamesti þáttur í starfsemi flestra deilda sjúkrahússins. Þær draga til sín mestan mannafla og aðstöðu hjá flestum deildum og eru því kostnaðarsamasti þátturinn í starfsemi þeirra.

Legi er tíminn frá því að sjúklingur er innritaður í ákveðna meðferð þar til hann er útskrifaður úr henni.

Fjöldi lega og legudaga	1999	2002	Breyting
Fjöldi lega	36.428	32.519	-10,7%
Legur án Geð-, Öldrunar-, og Endurhæf.	31.736	28.615	-9,8%
Fjöldi legudaga	335.352	295.106	-12,0%
Legud. án Geð-, Öldrunar-, og Endurhæf.	168.066	149.508	-11,0%

Frá 1999 til 2002 hefur legum **fækkað** um 10,7% og legudögum um 12%. LSH sinnir því talsvert minni þjónustu af þessu tagi en sjúkrahúsin tvö gerðu fyrir sameiningu. Eins og almennt gerist á sjúkrahúsum á Vesturlöndum hefur LSH unnið að því að fækka legum þar sem til eru ódýrari úrræði. Vegna þessa kemur fækkun þeirra ekki á óvart. Tilfærsla þjónustu frá legudeildum til deilda sem veita þjónustu án

innlagnar ætti að öðru jöfnu að leiða til þess að kostnaðar sjúkrahússins lækki. Þá ber hins vegar að hafa í huga að það eru „léttustu“ tilfellin sem færast af legudeildunum yfir á dag- og göngudeildir. Væntanleg lækkun kostnaðar af þessum sökum er því minni en nemur fjölda tilfella.

Margir starfsmenn LSH eru þeirrar skoðunar að legur séu „þyngri“ nú en fyrir sameiningu. Þetta stafar líklega fyrst og fremst af því að fækkun lega hefur orðið við það að minnst veiku sjúklingarnir eru ekki lengur meðhöndlaðir á legudeildum. Að jafnaði þarfnast legusjúklingar því meiri umönnunar nú en áður. Að auki gæti fjölgun mikið veikra sjúklinga haldist í hendur við mannfjölgun. Ekki hefur orðið slík breyting á heilsufari þjóðarinnar eða upptöku sjúklinga að það geti haft umtalsverð áhrif á þennan þátt.

## Legutími

**Fjöldi** lega segir til um það hversu mörgum sjúklingum er sinnt og er þannig mælikvarði á afköst. **Legutími** er hins vegar ákveðinn mælikvarði á skilvirkni sjúkrahúss. Með því að stytta tímann sem það tekur að ljúka ákveðinni meðferð á árangursríkan hátt er stuðlað að aukinni skilvirkni starfseminnar. Skilvirkni næst fram með markvissum vinnuferlum sem fela í sér lágmarks tafir milli einstakra þátta þjónustunnar og útskrift um leið og sjúklingur er til þess fær. Hins vegar þarf að hafa í huga að of bráð útskrift hefur neikvæð áhrif bæði á kostnað og heilsu sjúklings. Það má því ekki ganga of langt í að stytta legutíma.

Þá verður að gæta að því þegar hugað er að styttingu legutíma að kostnaður er langmestur þá daga sem rannsóknir og aðgerðir fara fram. Þeim dögum fækkar ekki með styttingu legutíma. Því lækkar kostnaður ekki hlutfallslega jafn mikið og meðallegutími styttist.

Meðallegutími	1999	2002	Breyting
Meðallegutími allar deildir	9,0	9,1	1,1%
Meðallegutími án geð-, öldrunar og endurhæf.	5,3	5,2	-1,9%

Eins og þessi tafla sýnir hefur meðallegutími lítið breyst eftir að sjúkrahúsin voru sameinuð. Árið 1999 var legutími allra deilda 9,0 dagar miðað við 9,1 dag árið 2002. Þetta er að

jafnaði um 1% lenging legutíma. Þegar undanskilinn er legutími á geð-, endurhæfingar- og öldrunardeildum (langlegudeildum) er meðallegutími ársins 1999 5,3 dagar miðað við 5,2 daga fyrir sömu svið árið 2002. Það er um 1,7% stytting meðallegutíma. Í þessum heildartölum kemur því fram að legutími er nokkuð svipaður fyrir og eftir sameiningu.

Eins og áður hefur komið fram má leiða að því líkur að sjúklingar sem lagðir eru inn á sjúkrahúsið séu að jafnaði veikari nú en fyrir sameiningu. Óbreytt lengd legutíma miðað við veikari sjúklingahóp þýðir að legutími hefur í raun styst þegar borin eru saman sambærileg tilfelli. Það hefur því náðst ákveðinn árangur í styttingu legutíma.

### Fjöldi skurðaðgerða

Skurðaðgerðir eru viðamikill þáttur í starfsemi sjúkrahússins. Í töflunni hér fyrir neðan kemur fram að fjöldi skurðaðgerða árið 1999 var 13.941 en var 14.177 árið 2002, sem er 1,7% aukning. Fjöldi skurðaðgerða hefur því tiltölulega lítið breyst frá sameiningunni.

Skurðaðgerðir	1999	2002	Breyting
Fjöldi skurðaðgerða	13.941	14.177	1,7%

Það álit kom fram að hlutfall þyngri skurðaðgerða hefði aukist milli árána 1999 og 2002, meðal annars vegna þess að léttari aðgerðir hafi flust á stofur sjálfstætt starfandi sérfræðinga. Ef aðgerðir eru að jafnaði viðameiri seinna árið gæti þá komið fram í því að meðalskurðtími á aðgerð lengist. Eins og fram kemur í töflunni hér fyrir neðan hefur meðalskurðstofutími þó styst úr 88 mínútum í 86 mínútur en aðgerðamínútur eru að meðaltali 53 bæði árin. Hins vegar kemur fram lítils háttar fjölgun aðgerðamínútna á milli ára. Þessar tölur styðja ekki að aðgerðir séu nú umfangsmeiri en áður.

Skurðstofumínútur	1999	2002	Breyting
Fjöldi skurðstofumínútna	1.220.928	1.220.928	0,0%
Skurðstofumínútur á aðgerð	88	86	-1,7%
Aðgerðamínútur á aðgerð	53	53	0,4%
Fjöldi aðgerðarmínútna	732.925	747.992	2,1%

Þegar skurðaðgerðir eru flokkaðar samkvæmt DRG kerfinu bæði árin og sambærilegir aðgerðaflokkar bornir saman kemur fram svipuð niðurstaða og þegar miðað er við fjölda, þ.e. um 1,8% aukning á umsvifum á skurðsviði. Þessi auknu umsvif reiknuð til kostnaðar nema um 86 m.kr. sem er um 0,35% af heildarútgjöldum sjúkrahússins árið 2002.<sup>3</sup>

	Fjöldi DRG eininga 1999	Fjöldi DRG eininga 2002	Breyting %
Almennar skurðlækningar	3386,24	3520,66	4,0%
Augnlækningar	753,12	1149,12	52,6%
Brjóstholslækningar	1390,73	1710,84	23,0%
Bæklunarlækningar	6101,64	5818,08	-4,6%
Kvenlækningar	2106,88	1966,72	-6,7%
Lýtalækningar	1291,29	1267,42	-1,8%
Þvagfæraskurðlækningar	1127,28	1007,93	-10,6%
Æðaskurðlækningar	987,9	1017,5	3,0%
Samtals	17145,08	17458,27	1,8%

Það hefur því orðið óveruleg breyting á umfangi skurðaðgerða eftir að sjúkrahúsin voru sameinuð.

### Fjöldi heimsókna á dag- og göngudeildir

Undanfarin ár hefur verið reynt eftir föngum að færa þjónustu frá legudeildum. Því má vænta þess að þjónusta dag- og göngudeilda sjúkrahússins aukist. Almennt er reynt að veita þjónustu án innlagnar vegna þess að það er ódýrara og kostar sjúklinginn minni fyrirhöfn. Tækniþróun innan læknisfræðinnar hefur líka gert kleift að beita úrræðum án innlagnar í ríkari mæli en áður. Töluleg þróun þjónustu dag- og göngudeilda hjá LSH er sýnd í töflu hér fyrir neðan auk fjölda koma á slysa- og bráðamóttöku.

Dag- og göngudeildir og slysa-/bráðakomur	1999	2002	Breyting
Komur á dagdeildir	94.515	97.753	3,4%
Komur á göngudeildir *	197.778	197.380	-0,2%
Komur á dag- og göngudeildir samtals	292.293	295.133	1,0%
Komur á bráða og slysamóttökur	61.324	65.821	7,3%

\*Komur á göngudeildir fyrir árið 1999 lágu ekki fyrir og er því miðað við tölur frá árinu 2000. Með dagdeildarkomum árið 1999 eru 8.553 komur fatlaðra í iðjuþjálfun. Þessi starfsemi fluttist til félagsmálaráðuneytis árið 2000.

<sup>3</sup> Heildarkostnaður án eignakaupa, stofnkostnaður og meiriháttar viðhalds.



Eins og fram kemur í töflunni hefur komum á dagdeildir fjölgað nokkuð eftir sameiningu sjúkrahúsanna eða um 3,4% en komufjöldi á göngudeildir er nokkurn veginn óbreyttur. Þá hefur orðið talsverð aukning á komum á slysa- og bráðamóttöku. Fjölgun á dag- og göngudeildum samanlagt er aðeins 1%. Ljóst er að það er talsvert minni fjölgun en vænta mátti vegna fækkunar lega og mannfjölgunar á tímabilinu. Í ljósi þessarar niðurstöðu er fróðlegt að skoða hvort aukinni þjónustubörf hafi verið sinnt annars staðar.

### **Hefur þjónusta flust til sjálfstætt starfandi sérfræðinga?**

Lítill töluleg breyting á þjónustu dag- og göngudeilda frá því að sameiningin átti sér stað vekur upp spurningar um það hvort sjálfstætt starfandi sérfræðilæknar sinni stærri hluta þessara verka en áður. Samkvæmt upplýsingum frá TR hefur komum til þeirra fjölgað um 18% á því tímabili sem hér er til skoðunar eða úr 307 þúsund komum í 363 þúsund komur árið 2002.<sup>4</sup> Fjöldi gjaldskrárliða sem greitt er fyrir hefur aukist meira og því hefur umfang starfseminnar aukist meira en nemur fjölda koma. Af töflunni má lesa að verkþáttum<sup>5</sup> sem læknunum er greitt fyrir hefur fjölgað um 124 þúsund frá tíma sameiningarinnar eða um nærri 24%.

Til að komast sem næst því hversu mörgum læknisverkum sjálfstætt starfandi sérfræðingar sinntu árið 2002 var dregið frá greiddum verkþáttum (gjaldskrárliðum) það sem greitt var fyrir viðtal og skoðun (hjá öðrum en geð- og öldrunarlæknum), sérhæft mat og álag vegna séraðstæðna. Þá standa eftir um 400 þúsund gjaldskrárliðir árið 2002.

Af framansögðu er ljóst að það hefur komið í hlut sjálfstætt starfandi sérfræðilækna að sinna nokkrum hluta aukinnar eftirspurnar fyrir sérfræðilæknisþjónustu. Auknir möguleikar á læknisþjónustu án innlagnar hafa því fremur verið nýttir á stofum þeirra en á dag- og göngudeildum LSH.

---

<sup>4</sup> Klínískir læknar án svæfingalækna þar sem svæfingar fylgja ávallt annarri þjónustu.

<sup>5</sup> Sérfræðilæknar taka gjald fyrir einstaka verkþætti samkvæmt gjaldskrá og því getur ein heimsókn falið í sér fleiri en einn verkþátt. Hjá LSH er ekki slík talning á einstökum verkþáttum.

**Verkefni sjálfstætt starfandi sérfræðinga**

Fjöldi gjaldskrárlíða	1999	2002	Breyting 99-02 fjöldi	Breyting 99-02 %
Augnlæknar	135.126	158.512	23.386	17,3
Barnalæknar	49.977	80.120	30.143	60,3
Bæklunarlæknar	39.090	39.261	171	0,4
Geðlæknar	26.394	31.312	4.918	18,6
Barnageðlæknar	0	3.967	3.967	
Háls-, nef- og eyrnalæknar	34.080	35.860	1.780	5,2
Húðlæknar	57.353	85.810	28.457	49,6
Kvensjúkdómalæknar	50.600	54.496	3.896	7,7
Lyflæknar	74.218	87.256	13.038	17,6
Skurðlæknar	20.094	24.814	4.720	23,5
Krabbameinslæknar	2.854	3.219	365	12,8
Taugalæknar	10.707	10.044	-663	-6,2
Þvagfæralæknar	11.859	18.405	6.546	55,2
Öldrunarlæknar	325	255	-70	-21,5
Lýtalæknar	10.347	12.132	1.785	17,3
Leisermeðferð	1	1544	1.543	
Alls	523.025	647.007	123.982	23,7%

Ath. Svæfingalæknar eru ekki með þar sem þeirra verk eru hluti af öðrum læknisverkum.

Samkvæmt upplýsingum frá heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu var tekin um það ákvörðun í ráðuneytinu að styrkja þátt sjálfstætt starfandi sérfræðinga í heilbrigðiskerfinu. Á grundvelli þess hefur þeim verið gert kleift að auka umsvif sín. Hins vegar vantar inn í stefnumótun ráðuneytisins hvernig verkaskipting á að vera milli dag- og göngudeilda LSH og starfsemi sjálfstætt starfandi sérfræðinga. Þetta stendur í vegi fyrir markvissri uppbyggingu þjónustunnar. Ljóst er að sérfræðilæknar sem í mörgum tilfellum starfa bæði innan sjúkrahússins og utan þess eru í lykilaðstöðu til þess að stýra streymi sjúklinga að sérfræðiþjónustu heilbrigðiskerfisins. Þetta gæti dregið úr möguleikum sjúkrahússins til að nýta aðstöðu og mannafla til fullnustu.

**3.2.2 Skilvirkni þjónustu**

Vegna takmarkaðra fjármuna er hverju sjúkrahúsi mikilvægt að nýta aðföng þannig að sem mest fái fyrir þau af þjónustu í ákveðnum gæðaflokki. Í þessum kafla verður leitast við að meta þennan þátt, þ.e. skilvirkni starfseminnar. Miðað verður við lækniþjónustu allra deilda sjúkrahússins og heildarkostnað.

Vandamál við að heimfæra starfsemi og kostnað á ákveðin svið fyrir og eftir sameiningu valda því að miðað er við heildarkostnað og þjónustu í heild.

Þegar metið er hversu vel aðföng nýtast við að veita þjónustu er horft til **vinnuafls og fjármagns**.<sup>6</sup> Hér eftir verður talað um nýtingu þessara þátta sem framleiðni vinnuafls og framleiðni fjármagns.

### **Framleiðni fjármagns sem varið er til launagreiðslna**

Byrjað verður á því að skoða þá fjármuni sem varið var til rekstrar sjúkrahússins árin 1999 og 2002 og hvort nýting þeirra hafi tekið breytingum.

Til að hægt sé að meta hvort fjármunir séu betur nýttir við að veita þjónustu eftir sameiningu en fyrir þarf sá gjaldaliður sem er til umfjöllunar að tengjast framleiðni sjúkrahússins á skýran hátt. Hér verður farið yfir nokkra helstu gjaldaliði og athugað hvort þeir uppfylli ofangreint skilyrði. Hér er litið svo á að *Lyfjakostnaður* ráðist af markaðsverði á lyfjum og tilkomu nýrra lyfja. *Stofnakostnaður* er háður sveiflum sem ráðast fremur af því hvenær endurbætur og meiriháttar viðhald fara fram en magni þjónustu sem veitt er. Rekja má háan kostnað á þessu sviði árið 2002 til mikilla endurbóta á húsnæði sjúkrahússins. Hér er litið svo á að kostnaður við *lækningavörur* ráðist fyrst og fremst af tæknibreytingum í lækniþjónustu.

---

6 Í handbók sænsku ríkisendurskoðunarinnar um stjórnsýsluendurskoðun koma fram tvær megin skilgreiningar á skilvirkni. Annars vegar skilvirkni vinnuafls og hins vegar skilvirkni fjármagns. Í þeirri fyrri felst hversu vel vinnuafli er nýtt og í þeirri seinni hvernig fjármagn er nýtt við að veita þjónustu. Samkvæmt skilgreiningu sænsku ríkisendurskoðunarinnar er framleiðni og skilvirkni sama hugtakið. Hér eftir verður talað um framleiðni vinnuafls og framleiðni fjármagns í þessu sambandi.

## Útgjöld LSH 1999 og 2002

	1999 SHR+Lsp.	2002 LSH	Breyting í %	Breyting í krónum	Hlutfall af heildarkostn. ársins 2002	Hlutfall heildar- hækkunar 1999-2002
<b>Laun alls</b>	<b>12.798.562</b>	<b>16.573.805</b>	<b>29,5%</b>	<b>3.775.243</b>	<b>63,5%</b>	<b>54,5%</b>
Lyf	932.890	2.326.627	149,4%	1.393.737	8,9%	20,1%
Stofnkostn. / meirih. viðh.	806.019	1.608.160	99,5%	802.141	6,2%	11,6%
Lækninga- og hjúkrunarv.	757.984	1.363.279	79,9%	605.295	5,2%	8,7%
Aðkeypt þjónusta	1.820.226	2.162.874	18,8%	342.648	8,3%	4,9%
Önnur vörukaup	1.599.847	1.694.879	5,9%	95.032	6,5%	1,4%
Annað	452.269	366.337	-19,0%	-85.932	1,4%	-1,2%
Alls	19.167.797	26.095.961	36,1%	6.928.164	100,0%	100,0%

Hér eru birtir allir kostnaðarliðir sjúkrahússins en einungis er rakið samband launakostnaðar við magn þjónustu.

Laun vega um 64% af heildarkostnaði og eru sá liður sem hefur skýrust tengsl við aðgerðir til að ná aukinni framleiðni og afköstum. Svigrúm til að auka hagkvæmni rekstrarins felst að stórum hluta í aðgerðum sem miða að því að nýta mannaflann sem best. Má nefna að sparnaður tengdur lengd legutíma, skipulagi vakta og bættri nýtingu stoðþjónustu næst að stórum hluta með bættri nýtingu vinnuafls. Hér má þó ekki gleyma að hagræðing hefur einnig náðst með betri nýtingu dýrra tækja og aðstöðu.

Niðurstaðan af þessari umfjöllun er því sú að miða eingöngu við launakostnað þegar nýting fjármagns er skoðuð. Sú spurning sem leitað er svara við verður því þessi: Eru þeir 16,6 milljarðar króna sem varið var til launagreiðslna árið 2002 betur nýttir til að veita þjónustu en þeir 12,8 milljarðar sem varið var til þessa þáttar árið 1999?

Mikil hækkun lyfjakostnaðar og kostnaðar vegna lækna og hjúkrunarvara gefa tilefni til sérstakrar skoðunar, þar sem sameiningin hefði m.a. átt að styrkja innkaupaþátt starfseminnar.

Frá sameiningunni hefur umfang helstu þátta þjónustu breyst þannig: Legudögum hefur fækkað um 12%, komum á dag- og göngudeildir fjölgað um 1%, komum á slysa- og bráðamóttöku fjölgað um 7,3% og fjöldi skurðaðgerða hefur aukist lítillega. Reynt var að meta breytingu þjónustumagns í heild með því að

umbreyta öllum helstu þjónustubáttum í legudaga með stuðlum sem sjúkrahúsið hefur sjálft notað við svipaðra útreikninga. Án allra leiðréttinga gefur þessi samanburður þá niðurstöðu að umfang þjónustu hafi dregist saman um 8,5%. Ræðst það aðallega af því hversu þungt legur vega miðað við aðra þjónustu.

Margt kemur hins vegar á móti sem taka verður tillit til. Í fyrsta lagi má nefna að þjónusta sem mælikvarðar ná ekki yfir hefur aukist nokkuð, má í því sambandi benda á kafla 3.1.3 um nýja þjónustu. Í öðru lagi felst fækkun legudaga, sem mestu ræður um mældan samdrátt, í því að minnst veiku sjúklingunum er beint annað. Þær legur sem eftir standa krefjast því að jafnaði meiri þjónustu nú en áður. Skurðaðgerðum, sem eru veigamikill þáttur<sup>7</sup> í legum, hefur fjölgað lítillega í stað þess að fækka eins og legurnar sjálfar. Þannig er margt sem vegur upp á móti þeim samdrætti sem mælikvarðarnir sem hér eru notaðir sýna án leiðréttinga. Að teknu tilliti til þess er dregin sú ályktun að umfang þjónustunnar sé hið sama bæði árin sem hér eru til skoðunar, þó samsetningin sé nokkuð önnur.

Launavísitala hefur á því tímabili sem hér er til skoðunar hækkað um 24,4%. Launakostnaður sjúkrahússins hefur á sama tíma hækkað um 29,5%. Launagjöld ársins 1999 hafa því hækkað um 5% umfram launavísitölu, og það þrátt fyrir talsverðan samdrátt í vinnuafli sjúkrahússins og ráðstafanir til að draga úr yfir- og vaktavinnu. Ef gert er ráð fyrir að umfang þeirrar þjónustu sem sjúkrahúsið innir af hendi sé svipað árið 1999 og 2002 er ljóst að minni þjónusta fæst fyrir hverja krónu árið 2002 en 1999. Framleiðni þess fjármagns sem varið er til launagreiðslna er því minni árið 2002 en var fyrir sameiningu. Skýring er sú að launahækkarnir vega þyngra en aukning á skilvirkni vinnuaflsins. Ef allur kostnaður hefði verið lagður til grundvallar við mat á framleiðni fjármagns hefði niðurstaðan orðið heldur lakari, þar sem heildarkostnaður hefur hækkað meira en launakostnaður. Af ástæðum sem greint hefur verið frá var hins vegar aðeins miðað við launakostnaðinn.

Næst verður skoðað hvernig framleiðni vinnuaflsins hefur breyst á tímabilinu.

---

<sup>7</sup> Skurðþátturinn vegur um 20% af heildarkostnaði án eignakaupa, stofnkostnaðar og meiriháttar viðhalds.

## Framleiðni vinnuafls

Samanlögð stöðugildi SR og Landspítala árið 1999 voru 4.115 en stöðugildi LSH á árinu 2002 voru 3.798. Á móti kemur að um 67 stöðugildi hafa verið færð í verktöku eftir sameiningu. Að teknu tilliti til þess hefur vinnuafli minnkað um 6,2% á því tímabili sem hér er til skoðunar. Þessi fækkun er mismikil eftir stéttum. Upplýsingar um mannafla í einstökum stéttarfélögum miða við ársverk í dagvinnu sem gefa sambærilegar upplýsingar og stöðugildi. Samkvæmt þeim upplýsingum hefur ófaglærðu starfsfólki sjúkrahússins fækkað mest eða um 19%. Hins vegar hefur verktaka aukist á því sviði sem þessi hópur sinnir og að teknu tilliti til þess hefur ófaglærðum fækkað um 11%. Ársverkum félaga í Starfsmannafélagi Reykjavíkurborgar og SFR hefur samanlagt fækkað um 9,5%. Ársverkum sjúkraliða hefur fækkað um 7% og meinatækna um 9%. Ársverkum hjúkrunarfræðinga hefur fækkað lítillega eða um 3,5%. Ársverk lækna eru nær óbreytt milli tímabila.

Eins og fram hefur komið er gengið út frá því að umfang þeirrar þjónustu sem LSH veitir sé þegar á heildina er lítið svipað því sem sjúkrahúsin tvö veittu fyrir sameiningu. Framleiðni vinnuaflsins hefur því aukist nokkuð miðað við þær tölur sem hér koma fram. Þrátt fyrir að starfsfólki hafi fækkað um 6,2% næst að sinna álíka mikilli þjónustu. Í ljósi þessa hefur náðst árangur með sameiningunni.

Læknar og hjúkrunarfræðingar gegna lykilhlutverki í heilbrigðisþjónustu. Breyting á vinnuafli í þessum stéttum hefur lítið breyst á tímabilinu. Sjúkrahúsið hefur því aðallega bætt nýtingu vinnuafls með því að fækka fólki í ýmiss konar stoðþjónustu. Þetta má rekja til þess að minna er um það en áður að sama starfsemi sé unnin á tveimur stöðum innan sjúkrahússins.

Þessi árangur kemur hins vegar ekki í ljós í kostnaðartölum vegna þess að launahækkningar hafa verið miklar á tímabilinu.

## Launahækkningar

Þegar mat er lagt á nýtingu þeirra fjármuna sem varið er til launagreiðslna þarf að taka mið af almennri launaþróun og heimildum til hækkana. Ekki er hins vegar ljóst hver þessi viðmiðun á að vera.

Laun einstakra hópa innan sjúkrahússins hafa hækkað mismikið en almennt hafa þau hækkað meira en stjórnvöld gerðu ráð fyrir þegar þau mátu kostnaðaráhrif kjarasamninga. Þegar kostnaðaráhrif af samningum við lækna voru metin var talið að laun þeirra myndu hækka um 30% á því tímabili sem hér er til skoðunar. Í raun hækkuðu laun fyrir hvert ársverk lækna hjá sjúkrahúsinu um 43%. Talið var að kjarasamningar hjúkrunarfræðinga skiluðu 18% hækkun launa en í raun hækkaði kostnaður við hvert ársverk um 33%. Kjarasamningar sjúkraliða voru taldir skila 50% hækkun en í raun hækkuðu laun fyrir hvert stöðugildi um 56%. Laun ófaglærðra í verkalyðsfélaginu Eflingu áttu að hækka um 32% en hækkuðu í raun um 37%. Hafa ber í huga að dregið hefur úr yfirvinnu<sup>8</sup> og vaktavinnu þannig að grunnlaun hafa hækkað meira en þessar tölur gefa til kynna.

Launahækkun lækna og hjúkrunarfræðinga, sem fór mest fram úr mati á kostnaðaráhrifum og vegur langþyngst í kostnaði sjúkrahússins, er í samræmi við hækkun þessara hópa innan heilbrigðiskerfisins samkvæmt útreiknaðri vísitölu frá kjararannsóknarnefnd opinberra starfsmanna. Þar sem sjúkrahúsið gæti í krafti stærðar sinnar haft mikil áhrif á þessa vísitölu er gildi hennar til að meta launaþróun LSH samanborið við aðrar heilbrigðisstofnanir takmarkað.

Ljóst er að aukinn launakostnaður veldur vandkvæðum við að auka þjónustu með þeim fjármunum sem varið er til sjúkrahússins. Það hlýtur að vera erfiðleikum bundið fyrir sjúkrahúsið að bæta skilvirkni í þeim skilningi að meira fái fyrir hverja krónu þegar laun hækka svo mikið sem raun ber vitni. Á þeim tíma þegar sameiningin átti sér stað urðu miklar launahækkunir í þjóðfélaginu og við þær aðstæður er erfitt um vik að fá meira fyrir hverja krónu.

Þá er ljóst að launahækkunir umfram mat á kostnaðaráhrifum kjarasamninga hljóta að leiða til vandamála við að halda rekstri stofnunar innan fjárheimilda.

---

<sup>8</sup> Samkvæmt upplýsingum frá sjúkrahúsinu hefur yfirvinnutímum í heild fækkað um 20% milli 1999 og 2002.

### 3.2.3 Nýting aðstöðu

Hér verður fjallað um þætti er snúa að hagkvæmri nýtingu á afkastagetu sjúkrahússins.

#### Legurými

Legurýmum hefur fækkað á því tímabili sem hér er til skoðunar úr 1.295 í 959 eða um fjórðung. Er þetta í samræmi við almenna þróun innan heilbrigðiskerfa víða um heim. Fækkun legurýma er aðallega að rekja til þess að lagðar voru niður legudeildir á Vífilstöðum og Kópavogshæli og þess að pláss á hvern sjúkling hefur verið aukið. Þetta hefur leitt til þess að nýtingarhlutfall legurýmis er hátt og jafnvel svo hátt að erfiðleikum er bundið að koma öllum sjúklingum fyrir á álagstímum á sumum deildum. Bæta mætti nýtingu þeirra rúma sem sjúkrahúsið hefur til umráða ef hægt væri að útskrifa greiðar inn á hjúkrunarheimili þegar meðferð lýkur.

#### Nýting skurðstofu

Bæta mætti nýtingu skurðstofa með því að jafna álagi betur á milli þeirra. Nýting er góð á skurðstofum við Hringbraut en ónýtt aðstaða er á skurðstofum í Fossvogi. Með meiri sveigjanleika við nýtingu þeirra, t.d. með því að lækningar fastbindi sig ekki ákveðnum skurðstofum og að ekki verði tekinn frá tími fyrir ákveðnar sérgreinar, mætti auka nýtingu skurðstofa sjúkrahússins og þar með hagkvæmni.

### 3.2.4 Gæði þjónustunnar

Nokkrir af þeim mælikvörðum sem settir voru fram í upphafi til að meta árangur af sameiningunni beindust að gæðum þjónustu. Takmarkaðar upplýsingar um þennan þátt frá 1999 ollu hins vegar því að ekki var hægt að meta hvernig gæði þjónustunnar höfðu þróast á tímabilinu sem hér er horft til. Hér er farið yfir alla þá mælikvarða sem reynt var að beita við þetta mat.

Mat á gæðum var tvíþætt. Annars vegar var litið á afdrif sjúklinga eftir meðferð og hins vegar á bið eftir þjónustu.



## Afdrif sjúklinga

Þeir mælikvarðar sem ætlunin var að nota til að mæla þennan þátt voru eftirfarandi:

- Dánartíðni innan 30 daga eftir ákveðnar aðgerðir.
- Dánartíðni í aðgerð.
- Tíðni sýkinga.
- Bráð endurinnlögn vegna tiltekinna sjúkdóma.

Upplýsingar af þessu tagi voru ekki til fyrir árið 1999, nema fyrir dánartíðni í aðgerð. Einn og sér er þessi mælikvarði því ekki fullnægjandi til að meta afdrif sjúklinga og ekki er hægt að fullyrða hvort þessi þáttur hafi batnað með sameiningunni. Eins og fram kemur annars staðar í þessari skýrslu var það talinn einn meginávinningur sameiningarinnar að faglegur styrkur varð meiri með sameiningu sérgreina. Þess hefði mátt vænta að þetta skilaði sér í því að sjúklingum reiddi betur af en áður. Upplýsingar til að meta hvort svo sé eru hins vegar ekki til staðar.

## Biðtími

Biðtími er mikilvægur mælikvarði á gæði þjónustu. Löng bið eftir þjónustu getur bæði valdið sjúklingi óþægindum og dregið úr líkum á árangri af aðgerð. Í þessum kafla verður leitað svara við því hvort biðtími í einstökum sérgreinum hafi styst eða lengst frá því að sameining átti sér stað. Eftirfarandi mælikvarðar voru notaðir:

- Bið á slysa- og bráðamóttöku.
- Bið eftir aðgerðum.
- Gangalega.

Gerðar hafa verið nokkrar kannanir á biðtíma á slysa- og bráðamóttöku en upplýsingarnar voru ekki samanburðarhæfar og því var ekki hægt að meta þróunina. Engar upplýsingar voru tiltækar um bið eftir þjónustu inni á sjúkrahúsinu. Landlæknisembættið hefur hins vegar haldið utan um fjölda sjúklinga á biðlistum hinna ýmsu sérgreina.

Skráningu á biðlista á sjúkrahúsinu er almennt þannig háttað að sjúklingur velur sér lækni og er þar með skráður á biðlista hjá

honum. Biðlistar sjúkrahússins hafa síðan verið myndaðir með því að leggja saman biðlista einstakra lækna. Biðlistar án tengsla við lækna eru einnig til en hinir eru algengari.

Fram kom í viðtölum að skort hefði nægilega skýrar reglur um skráningu á biðlista. Gert var átak í að taka til á biðlistum á þessu ári og kom þá í ljós að hluti þeirra sem voru á biðlistunum átti í raun ekki að vera þar. Eldri tölur ofmeta því líklega fjölda þeirra sem bíða eftir þjónustu. Ef sjúklingar komast að innan þriggja mánaða frá skráningu á biðlista lítur sjúkrahúsið svo á að fremur sé um eðlilegan aðdraganda að ræða en eiginlega bið. Innan þess tímafrests sé því réttara að tala um vinnulista en biðlista.

Í meðfylgjandi töflu kemur fram fjöldi á biðlistum í ýmsum sérgreinum frá því skömmu eftir sameiningu fram til septembermánaðar árið 2002. Taflan er byggð á upplýsingum frá Landlæknisembættinu. Upplýsingar fyrir september 2002 eru samhljóða stjórnunarupplýsingum LSH.

### Fjöldi á biðlistum

	Mái '00	Okt. '00	Jan. '01	Okt. '01	Jan. '02	Sept. '02	Meðalbið sept '02 Vikur
	Fjöldi	Fjöldi	Fjöldi	Fjöldi	Fjöldi	Fjöldi	
<b>Skurðlækningar</b>							
Almennar skurðlækningar	375	423	500	478	658	731	88
Augnlækningar	419	528	646	706	921	925	34
Brjóstholsskurðlækningar	83	61	55	28	25	1)	
Bæklunarlækningar	648	738	814	0	799	764	43
Háls-, nef- og eyrnalækn.	316	544	480	643	555	613	51
Lýtalækningar	331	375	460	468	478	362	95
Þvagfæraskurðlækningar	132	151	158	97	-	86	21
<b>Barnalækningar</b>							
Barnaspítali Hringins	236	249	242	279	266	277	
<b>Geðlækningar</b>							
Barna- og unglingageðlækningar	74	124	79	89	59	59	
<b>Lyflækningar</b>							
Hjartalyflækningar	253	396	341	262	0	349	24
<b>Kvensjúkdómalækningar</b>							
Kvensjúkdómalækningar	-	253	230	307	193	179	13
Tæknifrjógungun	335	375	375	239	339	363	
<b>Öldrunarlækningar 2)</b>							
5 daga deild	27	25	44	50	62	47	20
Heilabilunardeild	9	8	5	-	13	15	9
Dagspítali	27	26	24	47	40	34	10
Líknarpláss á Landakoti		3	3	-	-	5	11
Öldrunarteymi.	19	21	19	0	39	53	11
7 daga deild	5	10	5	-	13	7	28

1) Upplýsingar bárust ekki.

2) Án hvíldarinnlagnar og skammtímavistunar.

Inni í tölum um almennar skurðlækningar eru um 250 manns á biðlista eftir offituaðgerðum á Reykjalundi en mjög lítill hluti þess fjölda fer í aðgerð á LSH. Rétt er því að miða við að um 500 manns sé á þessum biðlista í september 2002. Þó mikill fjöldi sé á biðlista eftir þjónustu háls-, nef og eyrnalækna er hægt að afgreiða hann á stuttum tíma ef ákvörðun verður tekin þar um. Eins og hér kemur fram hefur fjölgað talsverð á biðlista almennra skurðlækninga, augnlækninga og háls-, nef og eyrnalækninga tímabilinu sem hér er til skoðunar. Biðlisti vegna lýtalækninga hefur lítið breyst og smávægileg fjölgun hefur orðið á biðlista vegna bæklunarskurðlækninga. Biðlistar vegna brjóstholsskurðlækninga, þvagfæraskurðlækninga, þjónustu geðdeildar og kvenlækninga hafa styst á tímabilinu. Ekki kemur fram einsleit mynd af því hvort biðlistar hafi lengst eða styst

eftir sameininguna. Tölur frá 2003 gefa vísbendingu um að sjúkrahúsinu sé að verða betur ágennt á þessu sviði.

Til að gefa vísbendingu um hversu mikla bið er um að ræða í hverri sérgrein er biðtími samkvæmt upplýsingum frá Landlækni birtur í síðasta dálki töflunnar. Eins og fram hefur komið telja forsvarsmenn sjúkrahússins að bið sem er innan 12 vikna sé eðlilegur aðdragandi aðgerðar. Taflan sýnir að í árslok 2002 var enn talsverð bið eftir þjónustu á ýmsum sviðum og ljóst að úrbóta var þörf.

### 3.3 Fjárhagslega staða og fjármögnun reksturs

Í þessum kafla verður gerð grein fyrir hækkun fjárheimilda og rekstrarkostnaðar sjúkrahússins á þeim árum sem liðin eru frá sameiningu. Gerð verður grein fyrir þeim meginþáttum sem ákvarða þróun þessara þátta og hvernig fjárhagsstaðan sem ræðst af mismun framlaga og útgjalda hefur þróast. Til að setja hækkanir í samhengi við almennar kostnaðarbreytingar má geta þess að á tímabilinu hefur almennt verðlag hækkað um 17% og launavísitala um 24%.

Ár	Fjárlög	Fjáraukalög	Millifærslur Verðbætur	Viðbætur alls	Heimildir alls	Gjöld nettó	Afkoma/ endurmat	Fjárhags staða
								-186
1999	15.355	1.560	729	2.289	17.644	17.758	-114	-300
2000	17.482	406	885	1.291	18.773	18.844	-71	-371
2001	18.363	216	2.179	2.395	20.758	21.245	-487	-858
2002	20.946	2.330	892	3.222	24.168	24.107	61	-840
Breyting	36%	49%	22%	41%	37%	36%		

Heimild, ríkisreikningur 2000-2002, 08-373 sjúkrahús í Reykjavík meðtalið. Inni í fjárhagsstöðu ársins 2002 er endurmat 43 m.kr. Fjárhagsstaða í upphafi árs 1999 var -186 m.kr.

#### Þróun fjárheimilda

Fjárheimildir hafa á þeim tíma sem liðinn er frá sameiningunni hækkað um 37%. Þar sem kostnaður sjúkrahússins hefur á hverju ári verið meiri en áætlanir fjárlaga kváðu á um hefur þurft að leggja sjúkrahúsinu til fé umfram það sem tilgreint var í fjárlögum. Bæði er um að ræða tilflutning heimilda vegna þess

að verkefni hafa verið færð til og hækkun kostnaðar við reglubundna starfsemi.

Þegar forsendur fyrir viðbótarfjárheimildum í heild eru skoðaðar kemur fram að 41% þeirra er vegna þess að launakostnaðar var hærri en áætlanir fjárlaga gerðu ráð fyrir, 21% má rekja til þess að sértekjukrafa var lækkuð og um 28% til meiri kostnaðar vegna almenns rekstrar. Þá stöfuðu um 4% viðbóta við fjárheimildir af auknu viðhaldi og stofnkostnaði og álíka mikið af S-merktum lyfjum. Viðbótarfjárveitingar vegna launa hjá stofnun þar sem starfsfólki fer fækkandi og umsamdar launahækkningar eru þekktar fyrirfram hljóta að vera vegna launahækkana umfram ákvæði kjarasamninga eða svokallaðs launaskriðs.

Meðal millifærslna á hverju ári er 4-500 m.kr. kostnaður vegna rannsókna sem færður var til sjúkrahússins frá Tryggingastofnun. Þessi kostnaður kom inn í grunnfjárveitingar stofnunarinnar árið 2003. Kostnaður vegna framlags í séreignalífeyrissjóð og uppgreiðslu á frítökurétti lækna hefur verið vanmetinn en hann nam í heild yfir 200 m.kr. árið 2002.

Ljóst er að áætlanir fjárlaga um kostnað við rekstur sjúkrahússins hafa engan veginn staðist þau ár sem liðin eru frá sameiningunni. Rekstur hefur á hverju ári farið umtalsvert fram úr grunnfjárveitingum. Aðeins á árinu 2002 voru heimildir hærri en útgjöld. Þá var lögð fram há aukafjárveiting sem ætlað var að greiða upp uppsafnaðan halla en aukinn kostnaður og tafir á sölu eigna í Kópavogi urðu þess valdandi að lítið varð ágengt í að bæta fjárhagsstöðuna.

Stofnanir sem búa við rammafjárlagagerð þurfa að laga rekstur sinn að þeim fjárhagsramma sem þeim er settur á hverjum tíma. Þetta getur reynst erfitt þegar kostnaður fer vaxandi. Ef fjárveitingavaldið vill ekki samþykka auknar fjárheimildir vegna aukins kostnaðar er eina úrræðið að forgangsraða verkefnum þannig að þau rúmist innan þess ramma sem stofnuninni var settur. Ef til vill þyrfti að leggja meiri rækt við slíka forgangsroðun innan sjúkrahússins og í samskiptum þess við heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. Forgangsroðun felur í mörgum tilfellum í sér pólitíska stefnumótun og því er nauðsynlegt að ráðuneytið komi að því máli.

## Þróun útgjalda

Hækkun kostnaðar á hátæknisjúkrahúsum er almennt rakinn til öldrunar íbúa sem þurfa meiri þjónustu, nýrra og dýrra lyfja og nýrrar tækni við þjónustuna. Í eftirfarandi töflu sést kostnaður LSH árin 1999-2002, án þess að sértekjur hafi verið færðar til lækkunar gjalda.

	1999 S.R.	1999 Rík.spít.	1999 SHR+Lsp.	2002 LSH	Hlutf.leg breyt.	Breyt. í krónum
Laun alls	4.965.007	7.833.555	12.798.562	16.573.805	29,5%	3.775.243
Lyf	405.576	527.314	932.890	2.326.627	149,4% *	1.393.737
Stofnkostn./meirh. viðh.	354.935	451.084	806.019	1.608.160	99,5%	802.141
Lækn. og hjúkrunarv.	261.311	496.673	757.984	1.363.279	79,9%	605.295
Aðkeypt þjónusta	975.715	844.511	1.820.226	2.162.874	18,8%	342.648
Önnur vörukaup	382.245	1.217.602	1.599.847	1.694.879	5,9%	95.032
Annað	78.846	373.423	452.269	366.337	-19,0%	-85.932
Alls	7.423.635	11.744.162	19.167.797	26.095.961	36,1%	6.928.164

\*Sjúkrahúsið tók við S-merktum lyfjum frá TR árið 2001.

Hér sést að hækkunir á kostnaði sjúkrahússins eru að flestu leyti í samræmi við hina stöðluðu mynd af ástæðum þeirra. Lyfjakostnaður hefur hækkað um 149% en að frádregnum þeim kostnaði sem fluttur var til sjúkrahússins árið 2001 vegna S-merktra lyfja nemur hækkunin rúmum 40%. Kostnaður vegna lækninga- og hjúkrunarvara hefur hækkað um 80% sem að stórum hluta ræðst af nýrri tækni við lækniáðgerðir.<sup>9</sup> Þá hækkaði stofnkostnaður um nærri 100% vegna óvenjumikilla endurbóta á húsnæði árið 2002 en þessi kostnaður er að jafnaði mun lægri hjá sjúkrahúsinu. Í þessari tölu getur einnig verið dýr tækjabúnaður tengdur nýrri tækni. Kostnaðarauki vegna öldrunar íbúa stafar af því að eldra fólk þarf meiri heilbrigðisþjónustu en ungt fólk. Þennan kostnað er erfitt að greina en hafa má í huga að ekki verður séð að sjúkrahúsið hafi veitt meiri þjónustu á því tímabili sem hér er til skoðunar. Því verður ekki séð að þessi þáttur hafi mikið að segja um þróun kostnaðar á tímabilinu. Ljóst er að laun flestra starfshópa sjúkrahússins hafa hækkað verulega samkvæmt kjarasamningum auk þess sem launaskrið hefur verið umtalsvert. Þetta vegur þungt í hækkun kostnaðar. Launakostnaður hefur aukist um 29,5% þrátt fyrir nokkra fækkun starfsmanna og samdrátt í yfirvinnu.

<sup>9</sup> Þá verður að geta þess að ný tækni getur einnig lækkað kostnað, t.d. með því að leysa vandamál án innlagnar.

### Þróun rekstrarstöðu

Rekstrarstaða er uppsafnaður mismunur fjárframlaga til sjúkrahússins og nettó útgjalda. Eins og fram kemur í töflu hér að framan hefur fjárhagsstaða sjúkrahússins versnað umtalsvert frá því sameiningin átti sér stað vegna mikils hallareksturs. Fyrir sameiningu var uppsafnaður rekstrarhalli 186 m.kr. en nam við lok tímabilsins um 840 m.kr. Í þrjú af þeim fjórum árum sem liðin eru frá sameiningu hefur verið halli á rekstrinum. Árið 2002 var um 61 m.kr. afgangur af rekstri. Það ár voru háar fjárveitingar á fjáráukalögum sem áttu að greiða upp uppsafnaðan halla. Verður að skoða framlög og afkomu ársins í því ljósi. Þetta þýðir m.a. að vænta má hallareksturs á næsta ári þar sem ekki var um varanlega hækkun fjárveitinga að ræða. Ástæða þess að ekki tókst að lækka uppsafnaðan halla á árinu 2002 meira en raun ber vitni er aukning útgjalda umfram áætlanir og sú staðreynd að sala eigna í Kópavogi að fjárhæð 212 m.kr. tafðist fram yfir áramót. Þegar tekið hefur verið tillit til sölu eigna í Kópavogi er rekstrarstaða sjúkrahússins nálægt því að vera neikvæð um 600 m.kr.

## 3.4 Samantekt

Fyrir sameiningu var tekist á um það hvort sameina ætti sérgreinar eða skipta starfseminni þannig að bráðþjónusta væri í Fossvogi en skipulögð þjónusta við Hringbraut. Niðurstaðan varð sú að sérgreinar voru sameinaðar og telja langflestir sem rætt hefur verið við að það hafi verið að rétt ákvörðun. Aukinn faglegur styrkur sérgreina sem náðst hefur með sameiningu er talinn einn meginávinningur sameiningarinnar.

Sameiningin hefur tekið lengri tíma en fyrirhugað var. Tafir sem urðu á ákveðnum þáttum hennar trufluðu starfsemina og töfðu möguleika á hagræðingu. Það er þó samdóma álit þeirra sem rætt var við að sameiningin, með þeirri samþjöppun sérfræðipækkingar í stærri rekstrareiningar sem hún leiddi af sér, auki möguleika til að þróa og bæta þjónustu og efla kennslu og vísindastörf þegar til lengri tíma er litið.

Möguleikar á kostnaðarlegum ávinningi hafa skapast þar sem dýr tækjabúnaður og sérhæft birgðahald er nú í fleiri tilfellum á

einum stað í stað tveggja eða jafnvel fleiri áður. Einnig hefur verið hægt að fækka vaktalínum, jafna vaktaálag og nýta betur sérhæfðan starfskraft. Ljóst er að enn er svigrúm til að fækka vaktalínum en í sumum tilfellum hefur andstaða þeirra starfsmanna sem telja slíka breytingu skerða starfskjör sín staðið í vegi fyrir því.

Einn stærsti gallinn við framkvæmd sameiningarinnar er talinn vera sá að starfrækja þarf bráðþjónustu í tveim húsum en það hefur bæði óhagræði og kostnað í för með sér. Ljóst er að starfsemin mun ganga best fyrir sig ef öll meginstarfsemi fer fram á einum stað. Hagkvæmi þess hefur ekki verið könnuð.

Við upphaf sameiningar var ekki gert ráð fyrir að hún yrði til að auka heildarkostnað sjúkrahússins. Þess var vænst að hagræðing gæfi strax svigrúm til að greiða þann kostnað sem fylgdi sameiningunni. Ávinningur hennar skilaði sér hins vegar ekki svo fljótt að hann nýttist til að greiða kostnað vegna hennar.

Samanburður á afköstum, skilvirkni og gæðum með tölulegum mælikvörðum var gerður á milli árana 1999 og 2002.

Þeir mælikvarðar sem tiltækir eru vegna sjúkrahússins gefa ekki vísbendingar um að **afköst** hafi aukist. Legur og legudagar eru færri, dag- og göngudeildarþjónusta ívið meiri og fjöldi skurðaðgerða svipaður. Hafa ber þó í huga að þessir mælikvarðar greina stóru drættina í starfsemi sjúkrahússins en ekki blæbrigðamun þjónustunnar á þessu tímabili. Verið getur að verkefniin séu á einhvern hátt þyngri árið 2002 en 1999 en mælikvarðar á slíka breytingu eru ekki til hjá sjúkrahúsinu. Ólíklegt má þó telja að meiriháttar breyting hafi orðið á þessu á þeim stutta tíma sem hér er til skoðunar. Sjúkrahúsin tvö tóku við veikustu sjúklingum landsins fyrir sameininguna og LSH tekur við þeim eftir sameininguna. Það verður því ekki sagt að umfang starfseminnar hafi aukist og hér á eftir er gengið út frá því að afköst sjúkrahússins séu svipuð og fyrir sameiningu.

Mat á **skilvirkni** felst í að kanna hversu vel sjúkrahúsið nýtir aðföng sín til að veita þjónustu. Ef gengið er út frá því að afköst sjúkrahússins séu jafn mikil árið 2002 og fyrir sameiningu verður að telja að starfsfólk LSH framleiði meira



en starfsfólk sjúkrahúsanna tveggja gerði fyrir sameiningu þar sem því hefur fækkað nokkuð. Þessi fækkun er mest í þeim stéttum sem veita ýmiss konar stoðþjónustu. Fjármagn skilar hins vegar minna en áður vegna launahækkana á tímabilinu. Það fæst því minna fyrir hverja krónu en fyrir sameiningu.

Að því gefnu að afköst árið 2002 séu álíka mikil og fyrir sameiningu hefur náðst árangur með henni þar sem þau nást með minni mannafla en fyrir sameiningu. Launahækkarnir hafa hins vegar verið miklar bæði í kjarasamningum og með launaskriði hjá hópum sem þungt vega í launakostnaði sjúkrahússins og því hefur framleiðni fjármagns sem varið er til launagreiðslna minnkað. Ljóst er að þær launahækkarnir sem að framan greinir ná til heilbrigðisgeirans alls en einskorðast ekki við LSH.

Af öllu því sem að framan greinir er ljóst að erfitt er að meta nákvæmlega breytingar á magni og gæðum þjónustunnar. Það sem mestu veldur er að upplýsingar frá 1999 eru takmarkaðar. Þær upplýsingar sem fyrir liggja gefa þó vísbendingar um að ýmiss konar árangur sem vænta mátti af sameiningunni hafi ekki náðst.

Fram kom í viðtölum við forsvarsmenn sumra deilda sjúkrahússins að þeir teldu ávinning af sameiningunni enn ekki kominn fram að fullu og að enn væri ónýtt svigrúm til að bæta árangur. Einnig var mikill hugur í forsvarsmönnum deilda að bæta árangur og töldu þeir að þess ætti eftir að sjást merki á næstu mánuðum og árum.

Ljóst er að erfitt er að spara og fá meira fyrir þá fjármuni sem varið er til heilbrigðismála á sama tíma og laun hækka umtalsvert hjá þeim stéttum sem þyngst vega í starfsemi sjúkrahússins. Launaskriðið er samkvæmt upplýsingum frá kjararannsóknarnefnd í samræmi við almenna þróun innan viðkomandi greina. Launahækkun lækna og hjúkrunarfræðinga, sem fór mest fram úr mati á kostnaðaráhrifum og vegur langþyngst í kostnaði sjúkrahússins, er í samræmi við hækkun þessara hópa innan heilbrigðiskerfisins samkvæmt útreiknaðri vísitölu frá kjararannsóknarnefnd opinberra starfsmanna. Þar sem sjúkrahúsið gæti í krafti stærðar sinnar haft mikil áhrif á þessa vísitölu, er gildi hennar til að meta launaþróun LSH samanborið við aðrar heilbrigðisstofnanir takmarkað. Á tíma-

bilinu hefur launakostnaður LSH aukist um 29,5% jafnhliða fækkun starfsliðs um 6,2%. Á sama tíma hefur almennt verðlag hækkað um 17% og launavísitala um 24%.

Einn megintilgangur sameiningarinnar var að auka faglegan styrk sjúkrahúspjónustunnar hér á landi. Þessi styrkur ætti að koma fram í auknum gæðum. Lítið hefur hins vegar verið gert í að fylgjast með þessum gæðum með reglubundnum mælingum enda er það oft bæði flókið og kostnaðarsamt. Nefnt var að aukin verkaskipting og sérhæfing leiddi til þess að heilbrigðisstarfsfólk öðlaðist meiri færni á því sviði sem það sérhæfði sig á. Þetta skilaði sér t.d. í minni aukaverkunum og skjótari bata eftir aðgerð. Hins vegar eru engar tölur til sem sýna fram á þessa þróun. Því er erfitt að meta hvort sá aukni faglegi styrkur sem talað er um að náðst hafi skili sér í bættri þjónustu.

Mat á gæðapróun frá 1999 til 2002 strandaði á því að mjög lítið er til af upplýsingum frá 1999. Upplýsingar um biðtíma eru til frá árinu 1999 og sýna þær að biðtími hefur lengst í sumum sérgreinum en styst í öðrum. Umrót sameiningarinnar hefur dregið úr möguleikum á að stytta biðlista en nú þegar hún er um garð gengin má vænta nokkurs árangurs í þessu tilliti. Tölur frá fyrstu 10 mánuðum ársins 2003 benda til að þær væntingar muni ganga eftir.

Fjárhagsstaða spítalans hefur verið erfið frá upphafi sameiningar. Fyrir sameiningu var uppsafnaður rekstrarhalli 186 m.kr. en nam við lok tímabilsins um 840 m.kr. Í þrjú af fjórum árum sem nú eru liðin frá sameiningu hefur verið halli á rekstrinum. Í ljósi þess er nauðsynlegt að skoða hvernig styrkja megi fjármálastjórn sjúkrahússins. Fjárheimildir hafa á þessum tíma aukist um 37% meðan nettóútgjöld hafa aukist um 36%. Kostnaður sjúkrahússins hefur á hverju ári verið meiri en áætlanir fjárlaga kváðu á um og því hefur þurft að leggja því til fé umfram það sem tilgreint var í fjárlögum. Hér hefur bæði verið um að ræða tilflutning heimilda vegna þess að verkefni hafa verið færð til og hækkun kostnaðar við reglubundna starfsemi. Aðeins á árinu 2002 voru heimildir hærri en útgjöld. Þá var lögð fram há aukafjárveiting sem ætlað var að greiða upp uppsafnaðan halla, en aukinn kostnaður og tafir á sölu eigna í Kópavogi urðu þess valdandi að lítið varð ágengt í að bæta fjárhagsstöðuna.

## 4. Erlendur samanburður

Til þess að geta lagt frekara mat á árangur LSH eftir sameiningu þótti nauðsynlegt að bera hann saman við árangur annarra sjúkrahúsa. Þar sem ekki er til neitt sambærilegt sjúkrahús á Íslandi var ákveðið að horfa til annarra landa. Bretland varð fyrir valinu og var leitað aðstoðar bresks ráðgjafarfyrirtækis, CHKS, sem sérhæfir sig í að vinna samanburðarupplýsingar fyrir bresk sjúkrahús og víðar.

### Samanburðarsjúkrahúsin

Afköst og gæði voru borin saman við eftirfarandi 8 bresk háskólasjúkrahús utan London:

- United Bristol Healthcare NHS Trust
- Newcastle upon Tyne Hospitals NHS Trust
- Central Manchester Hospitals NHS Trust
- Leeds Teaching Hospitals NHS Trust
- Addenbrookes NHS Trust
- Oxford Radcliffe NHS Trust
- Royal Victoria Group of Hospitals HSS Trust
- Cardiff and Vale NHS Trust

CHKS valdi þessi sjúkrahús m.a. af eftirfarandi ástæðum: Nauðsynlegt var að velja háskólasjúkrahús vegna sérstöðu þeirra. Nokkur þessara sjúkrahúsa hafa nýlega gengið í gegnum sameiningarferli eins og LSH og eru því í svipaðri stöðu hvað það varðar. Þetta eru þau sjúkrahús í Bretlandi sem bjóða sambærilegustu þjónustu við LSH. Þó ber að hafa í huga að kennslusjúkrahús í Bretlandi sinna ekki geðheilbrigðisþjónustu í eins ríkum mæli og LSH. og þar í landi eru fatlaðir og aldraðir ekki vistaðir til lengri tíma á bráða- og kennslusjúkrahúsum. Þá starfa líknaeildir utan samanburðarsjúkrahúsanna en eru hluti af starfsemi LSH.

Þegar horft var til skilvirkni og kostnaðar starfsfólks var samanburðarhópurinn stærri. Auk háskólasjúkrahúsanna 8

voru í honum 9 háskólasjúkrahús í London og 12 stór bráða-sjúkrahús utan London. Nánari upplýsingar um sjúkrahúsinn eru í viðauka 3.

### Samanburðargögnin

Þau gögn frá LSH sem notuð voru við að bera saman afköst og DRG flokka taka til 41.900 meðferða sem flokkaðar eru niður á sérgreinar og skiptast í 32.477 legur og 9.423 dagdeildarkomur. Við samanburð á skilvirkni starfsfólks var bætt 14.932 dagdeildarkomum sem ekki voru aðgengilegar þegar borin voru saman afköst.<sup>1)</sup> Við samanburð á skilvirkni er því stuðst við 56.832 meðferðir. Komur á dagdeildir geðdeilda, öldrunar-, meðgöngu- og fæðingardeildir, svo og á göngu-deildir eru ekki með í samanburðargögnunum og er það til að gæta samræmis við bresku gögnin.

## 4.1 Afköst í þjónustu

Gerður var samanburður á meðallegutíma, fjölda lega eftir lengd þeirra og meðallegutíma fyrir 10 algengustu DRG-flokka. Samanburðurinn nær til sjúkrahússins í heild og allra sérgreina með meira en 100 legur á samanburðartímanum, nema geðlækninga sem ekki voru með í samanburðarhópnum þar sem þær eru ekki stundaðar á bráða- eða kennslusjúkrahúsum í Bretlandi. Valdar sérgreinar urðu 26. Sjá viðauka 4.

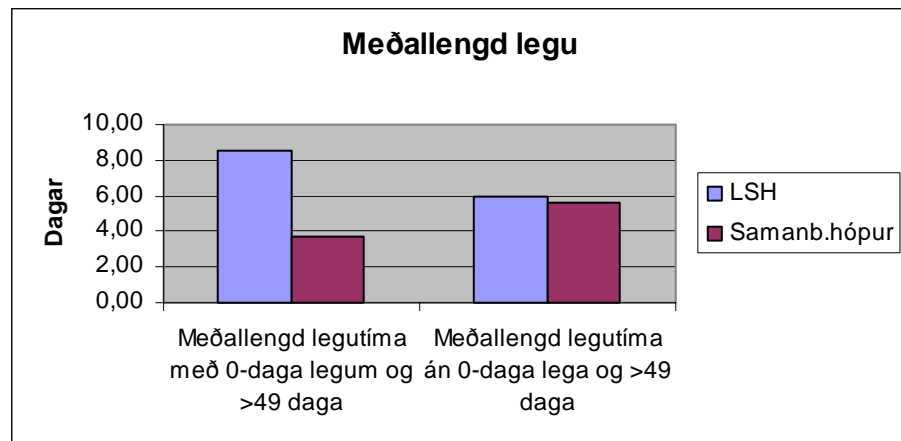
### 4.1.1 Legur og legutími

Samanburður á legum og legutíma var tvenns konar. Annars vegar með öllum gögnunum og hins vegar með gögnum sem hvorki geyma skemmri legur en einn dag né lengri legur en 49 dagar. Ástæðan fyrir þessu er sú að í þeim gögnum LSH sem flokkuð eru niður á sérgreinar vantar hluta af dagdeildarkomum, eins og áður hefur komið fram, og eins hefur LSH óeðlilega hátt hlutfall lengri lega en 49 dagar þegar miðað er við bresk háskólasjúkrahús sem ekki sinna vímuefna meðferð eða geðlækningum.

---

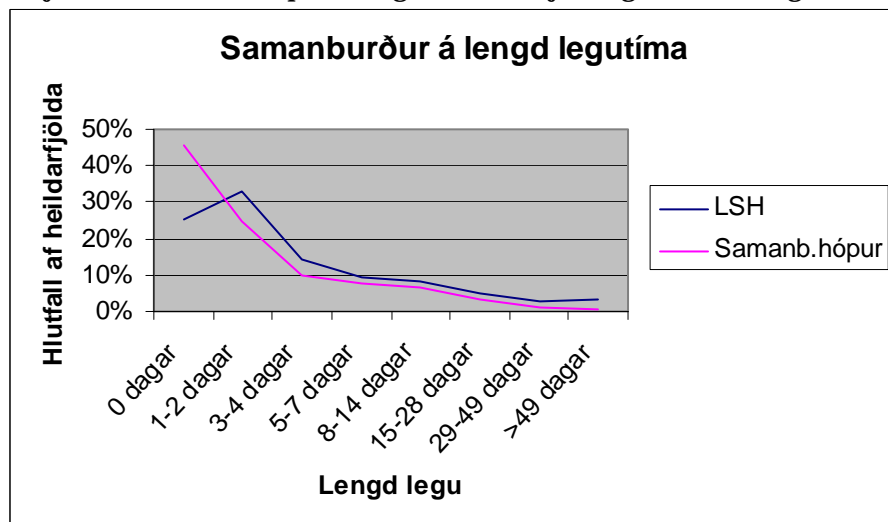
<sup>1)</sup> Ástæða þessa er sú að ennþá eru skráningar á stórum hluta dagdeildarkoma í öðru kerfi en legur og vegna þess gögnin eru ólíkt upp byggð var ekki hægt að keyra þau saman.

Við samanburð þar sem sleppt er 0 daga legum og legum lengri en 49 dagar er meðallegutími á LSH mjög nálægt samanburðarhópnum, sjá mynd sem sýnir meðaltöl fyrir spítalann í heild.



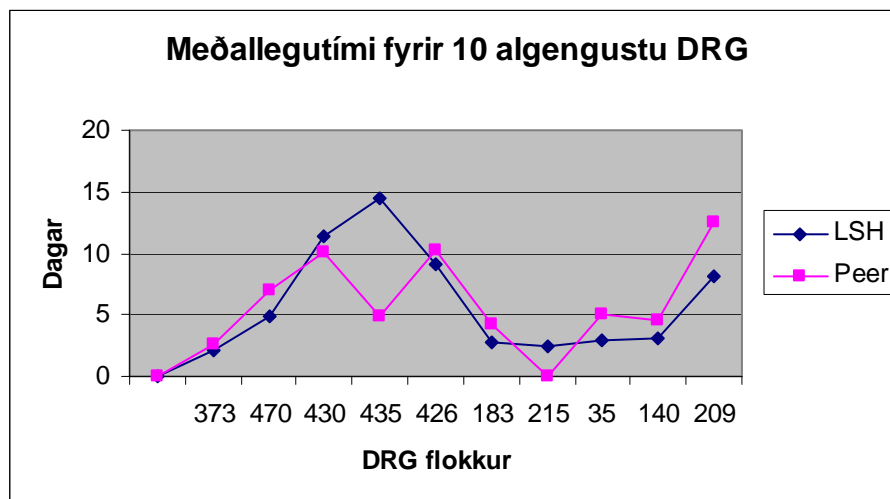
Við samanburð á öllum legum er meðallegutími á LSH töluvert lengri en hjá samanburðarhópnum og koma að sjálfsögðu mestu frávikin fram í 0 daga legum og legum sem eru lengri en 49 dagar, sjá mynd að neðan.

Samanburður sem sýnir hlutfall af fjölda lega eftir lengd sýnir að stærri hópur á LSH dvelur lengur en 3 daga á sjúkrahúsi en hjá samanburðarhópnum og 3,1% dvelja lengur en 49 daga.



Til að leita skýringa á lengri meðallegutíma hjá LSH var gerður samanburður á meðallegutíma tíu algengustu DRG flokka fyrir sjúkrahúsið í heild og fyrir hverja sérgrein með meira en 100 legur. Í samanburðinum fyrir sjúkrahúsið í heild, sjá mynd að

neðan, kemur í ljós að mesti mismunurinn á meðallegutíma, LSH í óhag, er í meðhöndlun áfengissjúkra (DRG 435). Hins vegar eru 7 af 10 algengustu DRG greiningum með styttri legutíma hjá LSH. 10 algengustu DRG flokkarnir samsvara 20,6% af heildarlegum á spítalanum.



**DRG-flokkar:**

- 373 - Eðlileg fæðing
- 470 - Legur í villuflokki og ófrágengnar sjúkraskrár
- 430 - Geðrof
- 435 - Misnotar áfengi og lyf eða er háður þeim. Afeitrun eða önnur einkenameðferð, án aukakvilla
- 426 - Hugraskanir, geðlæggðargerðar
- 183 - Vélindisbólga, raskanir í maga og görnun og ýmsar meltingarraskanir án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 215 - Aðgerðir á baki og hálsi án aukakvilla
- 35 - Aðrar raskanir á taugakerfi án aukakvilla
- 140 - Hjartaöng
- 209 - Gerviliðaaðgerðir eða liðskiptaaðgerðir

Samanburður á legum og legutíma sýnir að meðallegutími á LSH er mjög svipaður og á breskum háskólasjúkrahúsum. Helsta frávikið kemur fram í langri legu áfengissjúklinga, en slíkir sjúklingar dvelja að jafnaði ekki á hátækisjúkrahúsum í Bretlandi.

Línurit, sem sundurliðuð eru eftir sérgreinum og sýna samanburð á meðallegutíma, hlutfall lega eftir lengd legu og meðallegutíma 10 algengustu DRG flokka, eru í viðauka 4. Af 26 sérgreinum kemur LSH betur út í 14 sérgreinum (í samanburði þar sem sleppt er núll daga legum og legum lengri en 49 dagar).

## 4.1.2 Skurðaðgerðir á dagdeildum

Gerður var samanburður á 20 algengum aðgerðum sem framkvæmdar eru á skurðstofum dagdeilda í Bretlandi. Bresk háskólasjúkrahús hafa sett sér þau markmið að 75% þessara aðgerða séu framkvæmdar á dagdeildum.

Meðfylgjandi tafla sýnir fjölda aðgerða og samanburð sjúkrahúsa. Þar sést að LSH framkvæmir umtalsvert færri aðgerðir af þessu tagi á dagdeildum sínum en samanburðarhópurinn. Ástæðan er vafalaust sú að stór hluti aðgerðanna er framkvæmdur á stofum sjálfstætt starfandi sérfræðinga. Þá kemur í fram að sjúklingar sem lagðir eru inn vegna aðgerðanna liggja að meðaltali lengur hér á landi en á breskum sjúkrahúsum. Ástæðan getur t.d. verið sú að sjúklingar sem koma á LSH séu veikari en gengur og gerist og að vægari tilfellum sé fyrst og fremst sinnt á stofum sérfræðinga utan sjúkrahússins. Skoða þarf hvort ástæða er til að breyta samsetningu verkefna hjá LSH.

Skurðaðgerðir Dagdeilda	Hlutfall aðgerða framkvæmdar á Dagdeild		Meðallengd legu sjúklinga sem lenda á Legudeild	
	LSH	Samanb. hópur	LSH	Samanb. hópur
Aðgerðir				
Nárahauull (kviðslit í nára)	17%	48%	9,0	1,8
Hnútur í brjósti fjarlægður	7%	56%	2,7	2,3
Endaþarmssprungu	21%	60%	2,6	1,7
Hnútbláæðar	0%	61%	1,5	1,6
Blöðruspeglun í greiningarskyni / í aðgerð	26%	71%	4,9	2,7
Umskurður (trúarleg umskurn)	0%	73%	1,0	1,1
Úrnám lófakreppu	100%	49%		1,7
Losun á úlnliðsgangi	67%	89%	2,0	1,0
Liðspeglun	50%	58%	2,0	1,7
Úrnám hálahlaupbelgs	100%	84%		1,2
Eistafesting	44%	56%	1,1	0,8
Fjarlæging á drera (sjónhimnuaðgerð) <sup>1)</sup>	0%	86%	2,4	1,3
Aðgerð til að lagfæra rangeygðan sjúkling	76%	67%	1,1	0,8
Stungið á hjjóðhimnu	12%	79%	1,9	0,6
Aðgerðir á nefslímu	3%	16%	1,4	1,2
Rétting brots á nefskipt	0%	78%		0,6
Lýtaviðgerð á eyra (útstæð eyru lagfærð)	0%	58%		0,8
Leghálsvíkkun og legskröpun	80%	60%	1,0	1,5
Kviðarholsspeglun	36%	72%	8,3	1,6
Fóstureyðing	96%	74%	1,7	0,5
	<b>55%</b>	<b>74%</b>	<b>4,94</b>	<b>1,6</b>

1) Meirihluti sjúklinga eru dagsjúklingar á Þorfinnsgötu. Skráning í Sögu ekki aðgengileg til flokkunar

## 4.2 Gæði þjónustu – Afdrif og aðgengi

### 4.2.1 Gæði – Afdrif

Notaðir voru nokkrir mælikvarðar til að meta gæði þjónustu hjá LSH og viðmiðunarsjúkrahúsunum. Í meðfylgjandi töflu sést hvernig LSH stóð sig í þessum samanburði.

Aðgerðir og afdrif	Hlutfall LSH m.v. meðaltal viðmiðunarhóps
<b>Betra hjá LSH</b>	
Dánartíðni eftir hjartaáfall	49
Dánartíðni eftir lærleggsbrot	52
Dánartíðni á sjúkrahúsi 30 dögum eftir bráðainnlögn vegna mjaðmarbrots	67
Dánartíðni á sjúkrahúsi 30 dögum eftir bráðainnlögn vegna hjartaáfalls	43
Bráð endurinnlögn innan 28 daga frá aðgerð v. hjartaáfalls	96
Útskrift heim innan 56 daga eftir hjartaáfall	106
Útskrift heim innan 56 daga eftir lærleggsbrot	104
Útskrift heim innan 28 daga frá bráðainnlögn v. mjaðmarbrots	110
Útskrift heim innan 28 daga frá bráðainnlögn v. hjartaáfalls	130
<b>Betra hjá viðmiðunarhópi</b>	
Bráð endurinnlögn innan 28 daga frá aðgerð v. mjaðmarbrots	137

Taflan sýnir að dánartíðni eftir hjartaáföll var hjá LSH 49% af meðaltali viðmiðunarsjúkrahúsanna. Útskrift heim er hér tekin sem mælikvarði á hversu fljótt sjúklingar jafna sig eftir aðgerð en það er ein hlið á gæðum þjónustunnar. Fram kemur að 6% fleiri útskrifast af LSH innan 56 daga frá aðgerð vegna hjartaáfalls en að jafnaði hjá viðmiðunarsjúkrahúsum. Árangur LSH var einungis verri en viðmiðunarhópsins þegar athuguð var bráð endurinnlögn eftir mjaðmarbrot. Vegna þessarar aðgerðar þurftu 37% fleiri bráða endurinnlögn á LSH en að meðaltali. LSH stóð sig því betur en viðmiðunarhópurinn í níu flokkum af tíu. Þessi niðurstaða er vísbending um gæði þeirrar þjónustu sem LSH veitir.



## 4.2.2 Gæði - Aðgengi

Ætlunin var að horfa til eftirfarandi þátta við samanburð á LSH og erlendu sjúkrahúsum:

- Biðtíma legudeildarsjúklinga.
- Biðtíma göngudeildarsjúklinga.
- Biðtíma eftir þjónustu inni á spítalanum.
- Biðtíma á slysa- og bráðamóttöku.
- Afboðaðar aðgerðir.

Eins og fram kom í kafla 3.2.4 hafa biðlistar á LSH fram að þessu ekki fylgt ákveðnum samræmdum reglum og þeir biðlistar sem Landlækniseimbættið útbýr eru ekki samanburðarhæfir við biðlista erlendu sjúkrahúsanna. Ekki hafa verið haldnar skrár yfir afboðaðar aðgerðir.

## 4.3 Skilvirkni þjónustu

Hér er reynt að meta skilvirkni í starfsemi LSH miðað við úrtak af breskum sjúkrahúsum. Gerður er samanburður á kostnaði eftir DRG flokkum, mönnun eftir starfshópum og launakostnaði fyrir sjúkrahúsin í heild. Við samanburð á kostnaðupplýsingum er notað gengið 137,45 sem var meðalgengi ársins 2002

### 4.3.1 Samanburður á kostnaði eftir DRG flokkum

Við samanburðinn var tekið mið af 8 háskólasjúkrahúsum utan London og sömu 41.884 meðferðum og í samanburði á afköstum. Tvenns konar samanburður er birtur: Annars vegar á kostnaði 28 DRG flokka með flest tilfelli og hins vegar á kostnaði á 40 DRG flokkum sem voru með lengri legu en bresku samanburðarsjúkrahúsin.

## DRG flokkar með flest tilfelli

Meðfylgjandi tafla sýnir kostnað við 28 algengustu DRG greiningarnar hjá LSH og samsvara þær 47,7% af þeirri starfsemi sem samanburðurinn nær til. Af þessum 28 verkum reyndust 13 ódýrari hjá LSH en 12 voru dýrari. Í 3 flokkum vantaði samanburð frá Bretlandi. Mesti munur á kostnaði kemur fram í DRG 316 - Nýrnabilun. Skýringin gæti legið í mismunandi skráningarvenjum. Í Bretlandi er líklegt að í þennan flokk séu einnig skráðar innlagnir vegna blóðskilunar með gervinýra sem er algeng aðgerð í Bretlandi.

HCFA DRG – flest tilfelli á LSH		LSH meðferðir	Meðal pund verð	Meðal krónu verð	Mismunur í pundum (Gengi 137,45)
470	Verður ekki skipað í hóp	2372		No Data	
373	Fæðing um leggöng án aukakvilla	2031	975	114750	-14%
430	Geðrof	1337	2487	155550	-54%
183	Vélindisbólga, raskanir í maga og görnum og ýmsar melltlingarraskanir án aukakvilla, 18 ára og eldri	1105	632	102000	17%
381	Fóstureyðing með útvikkun legháls og útskafi, útsogi eða legskurði	1088	595	51000	-38%
467	Aðrir þættir sem áhrif hafa á heilbrigðisástand	1058	662	91800	1%
426	Hugraskanir, geðlæggðargerðar	1054	2324	137700	-57%
435	Misnotar áfengi og lyf eða er háður þeim. Afeitrun eða önnur einkenameðferð, án aukakvilla	1027	1041	76500	-47%
316	Nýrnabilun	803	280	385050	902%
90	Einföld lungnabólga og fleiðrubólga án aukakvilla, 18 ára og eldri	567	1607	232050	5%
35	Raskanir í taugakerfi, aðrar, án aukakvilla	557	1580	178500	-18%
140	Hjartaöng	539	997	145350	6%
215	Aðgerðir á baki og hálsi án aukakvilla	507		No UK data	
422	Veirusótt og hiti af óþekktum uppruna, 17 ára og yngri	497	775	119850	12%
69	Miðeyrnabólga og sýking í efri loftvegum án aukakvilla, 18 ára og eldri	471	804	102000	-8%
209	Meiri háttar aðgerðir á liðum og enduráfesting á neðri úttim	451	5409	923100	24%
88	Langvinnur teppulungnasjúkdómur	428	1521	232050	11%
359	Aðgerðir á legi og viðhengjum legs, vegna sjúkdóms sem ekki er illkynja, án aukakvilla	427	1882	364650	41%
371	Keisaraskurður án aukakvilla	422	2380	290700	-11%
14	Sértækar heilaæðaraskanir, nema skammvinnt heilablóðþurrðarrask	397	2948	323850	-20%
98	Berkjubólga og asmi með aukakvillum, 17 ára og yngri (Ath. bæði 98A og 98B ekki 98)	390	974	204000	52%
12	Hrömunarraskanir í taugakerfi	385	2173	257550	-14%
133	Slagæðafituhersli með aukakvillum	369	1079	109650	-26%
241	Bandvefsraskanir án aukakvilla	369	1126	204000	32%
139	Hjartsláttarglöp og leiðsluraskanir án aukakvilla	358	1202	79050	-52%
122	Blóðrásarraskanir, aðrar, með bráðu hjartadrepri án aukakvilla í hjarta- og blóðrásarkerfi, útskrifast lifandi	331		No UK data	
367	Illkynja sjúkdómar í getnaðarfærum kvenna án aukakvilla	329	556	196350	157%
321	Nýra- og þvagvegssýkingar án aukakvilla, 18 ára og eldri	306	1292	170850	-4%
Samsvarar 47,7% af starfsemi		19975			

## DRG með lengri meðallegutíma í ákveðinni sérgrein

Áhugavert þótti að skoða þennan hóp þar sem hér eru e.t.v. á ferðinni þau tilfelli þar sem LSH getur hagrætt. Í töflunni eru eingöngu meðferðir þar sem legutíminn var lengri en hjá breska samanburðarhópnum og tengjast þær eingöngu þeim

sérgreinum sem nefndar eru. Þrátt fyrir lengri legu koma 7 flokkar kostnaðarlega betur út fyrir LSH.

HCFA DRG		LSH Meðferðir	Sérgrein	Meðal pund verð	Meðal Krónu Verð	Mismunur í pundum (gengi = 137,45)
Lengri meðallegutími en bresk sjúkrahus						
88	Langvinnur teppulungnasjúkdómur	246	Öldrun, Bæklun	1521	232050	11%
372	Fæðing um leggöng með aukakvillum	231	Meðganga og fæðing	965	155550	17
14	Heilablóðfall	194	Tauga	2943	323850	-20%
12	Hrömunarraskanir í taugakerfi	189	Tauga, Lyf, Öldrun	2173	257550	-14%
383	Sjúkleiki fyrir fæðingu, annar, með aukakvillum	158	Meðganga og fæðing	558	132600	73%
107	Gerð kransæðahjáveitu án hjartaleggjar	152	Brjósthol	7005	961350	0%
322	Nýrna- og þvaggvegssýkingar, 17 ára og yngri	145	Barna, Barnaskurð	698	181050	89%
139	Hjartsláttarglöp og leiðsluraskanir án aukakvillum	132	Hjarta	1202	79050	-52%
384	Sjúkleiki fyrir fæðingu, annar, án aukakvillum	128	Meðganga og fæðing	554	81600	7%
82	Æxli í öndunarfærum	120	Krabbameins	882	344250	184%
388	Nýburi, fæðingarþyngd 1500-2499 grömm, með margháttuð vandamál (Ath. bæði 388A og 388B, ekki bara 388)	109	Barna	2739	1741650	363%
333	Sjúkleiki í nýra og þvaggvegi, annar, 17 ára og yngri	103	Barnaskurð	886	160650	32%
275	Illkynja brjóstáskanir án aukakvillum	98	Krabbameins	404	170850	208%
316	Nýrnabilun	97	Nýrna	280	385050	902%
370	Keisaraskurður með aukakvillum	97	Meðganga og fæðing	2538	469200	34%
36	Aðgerðir á sjónu	94	Augn	1099	181050	20%
467	Aðrir þættir sem áhrif hafa á heilbrigðisástand	94	Barnaskurð, Öldrun	662	91800	1%
422	Veirusótt og hiti af óþekktum uppruna, 17 ára og yngri	83	Barna	775	119850	12%
26	Flog og höfuðverkur, 17 ára og yngri	81	Barna	894	119850	-2%
390	Nýburi, fæðingarþyngd 2500 grömm eða meiri, með annað verulegt vandamál	80	Barna	1013	198900	42%
379	Yfirvofandi fósturlát	77	Meðganga og fæðing	526	68850	-5%
173	Illkynja sjúkdómur í meltingarfærum, án aukakvillum	73	Krabbameins	480	229500	248%
347	Illkynja sjúkdómur í getnaðarfærum karla án aukakvillum	71	Krabbameins, Þvaggfæra	679	158100	69%
319	Nýrna- og þvaggvegsæxli án aukakvillum	70	Krabbameins, Þvaggfæra	626	191250	122%
273	Meiri háttar húðraskanir án aukakvillum	54	Húð- og kyn	1286	257550	46%
303	Aðgerð á nýra, þvaggál og meiri háttar aðgerð á blöðru v/ æxlis	53	Þvaggfæra	4492	861900	40%
429	Vefrænar geðraskanir og þroskahefting (vitsmunavanþroski)	52	Öldrun	3137	255000	-41%
284	Minni háttar húðraskanir án aukakvillum	42	Húð- og kyn	855	153000	30%
203	Illkynja sjúkdómur í lifur, gallkerfi eða brisi	41	Krabbameins	860	316200	168%
339	Aðgerðir á eistum vegna sjúkleika sem ekki er illkynja, 18 ára og eldri	40	Þvaggfæra	898	140250	14%
163	Haulaðgerðir, 17 ára og yngri	38	Barnaskurð	632	102000	17%
42	Aðgerðir innan auga, nema á sjónu, litu og augasteini	36	Augn	1277	219300	25%
340	Aðgerðir á eistum vegna sjúkleika sem ekki er illkynja, 17 ára og yngri	32	Barnaskurð	932	117300	-8%
105	Aðgerðir á hjartalokum án hjartaleggjar	31	Brjóstholsskurð	9292	1371900	7%
341	Aðgerðir á neðri	29	Barnaskurð	1519	163200	-22%
239	Sjúkleg beinbrot og illkynja sjúkdómur í vöðvum, beinum og bandvef	28	Öldrun	1349	283050	53%
78	Blóðreksstífla í lungum	24	Brjósthol	1625	387600	74%
97	Berkjubólga og asmi án aukakvillum, 18 ára og eldri	24	Brjósthol	962	186150	41%
64	Illkynja æxli í nefi, munn og hálsi	22	Krabbameins	1345	339150	83%
209	Meiri háttar aðgerðir á liðum og enduráfesting á neðri útlím	19	Endurhæfing	5409	923100	24%

Rétt er að benda sérstaklega á DRG 209 sem hér á aðeins við legur í Endurhæfingu. Þau 19 tilvik sem þar eru skráð voru með lengri legu en sambærileg tilfelli skráð í Endurhæfingu hjá samanburðarhópnum. Aftur á móti kemur þetta DRG númer líka fyrir í samanburði á lengd legu í Bæklunarlækningum og Öldrunarlækningum og þar er legan styttri hjá LSH (sjá í viðauka 4).

### 4.3.2 Skilvirkni starfsfólks

Í samanburðinum eru allir starfsmenn og öll laun, allar legur og 25.355 dagdeildarkomur, samtals 56.832 meðferðir. Komur á dagdeildir geðdeilda, öldrunar-, meðgöngu- og fæðingardeildir og göngudeildarkomur eru ekki teknar með. Það er í samræmi við gögn frá samanburðarsjúkrahúsunum sem eru 8 háskólasjúkrahús utan London, 9 háskólasjúkrahús í London og 12 stór bráðasjúkrahús utan London.

Byrjað er á að bera saman fjölda rúma og fjölda meðferða. Samanburðurinn sýnir að miðað við fjölda rúma eru meðferðir á LSH umtalsvert færri en hjá samanburðarsjúkrahúsunum. Meðaltal meðferða á hvert rúm hjá bresku sjúkrahúsunum er 88,8 en hjá LSH eða 34% færri.

Fjöldi rúma	Meðferðir alls	Samanburðarhópur
910	84.432	Háskólasjúkrahús í London
1411	126.384	Háskólasjúkrahús utan London
749	63.034	Bráðasjúkrahús utan London
956	56.832	LSH

Þetta sýnir að framleiðni á hvert rúm hjá LSH er minni en samanburðarsjúkrahúsanna. Ef reynt er að leiða líkur að því hverjar séu helstu ástæður þessa kemur tvennt helst til greina þegar horft er til niðurstaðna samanburðar á afköstum í þjónustu í kaflanum hér á undan. Annars vegar má benda á að fleiri langlegusjúklingar á LSH þarfnast fárra meðferða og hins vegar að dagdeildarstarfsemi er mun minni hjá LSH en hjá samanburðarsjúkrahúsunum. Þetta er því enn ein vísbending þess að starfsemi LSH er að vissu leyti óeðlilega samsett miðað við að um háskólasjúkrahús er að ræða.

### Framleiðni vinnuafls

Til að bera saman og meta ennfrekar framleiðni vinnuafls er skoðað hversu marga starfsmenn þarf til að sinna 100 rúmum og framkvæma 1.000 meðferðir. Byrjað er þó að skoða samsetningu starfsfólks sjúkrahúsanna.

Til að bera saman samsetningu starfsfólksins var því skipt í eftirfarandi hópa:

- (1) Læknar og tannlæknar  
(Medical and dental)
- (2) Rekstur og umsýsla  
(Administration and estates)
- (3) Ýmsar heilbrigðisstéttir og aðstoðarfólk  
(Healthcare assistant and other support staff)
- (4) Hjúkrunarfræðingar og ljósmæður  
(Nursing, midwifery and health visiting staff)
- (5) Vísinda-, rannsókn- og annað tæknifólk  
(Scientific, therapeutic and technical staff)
- (6) Aðrir

***Fjöldi starfsmanna (meðaltal á bresku sjúkrahúsunum)***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Alls
Háskólasjúkrahús í London	611	1008	366	1609	783	1	4378
Háskólasjúkrahús utan London	683	1305	848	2393	1122	59	6410
Bráðasjúkrahús utan London	253	579	313	987	339	61	2532
	11,6%	21,7%	11,5%	37,5%	16,8%	0,9%	100,0%
LSH	463	1089	496	1363	388	0	3799
	12,2%	28,7%	13,1%	35,9%	10,2%	0,0%	100,0%

(1) Læknar og tannlæknar, (2) Rekstur og umsýsla, (3) Ýmsar heilbrigðisstéttir og aðstoðarfólk, (4) Hjúkrunarfræðingar og ljósmæður, (5) Vísinda-, rannsókn- og annað tæknifólk, (6) Aðrir

Taflan sýnir að hjá LSH er hærra hlutfall lækna, starfsmanna í rekstri og annarri umsýslu og ýmissa heilbrigðisstétta og aðstoðarfólks en hjá samanburðar-sjúkrahúsunum. Mesti munurinn er í fjölda starfsfólks í floknum rekstur og umsýsla eða 28,7% hjá LSH á móti 21,7% hjá samanburðarhópnum. Þá kemur í ljós að starfsfólk LSH er einungis um 15% færri en meðaltal samanburðarsjúkrahúsanna þó að afköst þess séu um 34% minni.

***Fjöldi starfsmanna á hver 100 rúm***

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Alls
Háskólasjúkrahús í London	67	111	40	177	86	0	481
Háskólasjúkrahús utan London	48	93	60	170	80	4	454
Bráðasjúkrahús utan London	34	77	42	132	45	8	338
LSH	48	114	52	143	41	0	397

(1) Læknar og tannlæknar, (2) Rekstur og umsýsla, (3) Ýmsar heilbrigðisstéttir og aðstoðarfólk, (4) Hjúkrunarfræðingar og ljósmæður, (5) Vísinda-, rannsókn- og annað tæknifólk, (6) Aðrir

Í heild eru færri starfsmenn á hver 100 rúm á LSH en á háskólasjúkrahúsunum í Bretlandi. Læknar eru álíka margir og á háskólasjúkrahúsunum utan London en töluvert færri en á háskólasjúkrahúsunum í London. Hjúkrunarfræðingar eru færri en á háskólasjúkrahúsunum bæði í og utan London en starfsmenn í rekstri og umsýslu umtalsvert fleiri en hjá öllum samanburðarhópunum.

Færra starfsfólk þarf til að sinna sama fjölda rúma hjá LSH en hjá samanburðarhópnum. Þetta gæti verið enn ein vísbending þess að samsetning sjúklingahópsins sé frábrugðin því sem gerist á háskólasjúkrahúsunum í Bretlandi, þ.e. að fleiri rúm séu upptekin af langlegusjúklingum og krefjist því minni mannafla.

Áberandi er hvað fjöldi starfsmanna í rekstri og annarri umsýslu er mikill miðað við samanburðarhópinn og er það e.t.v. eitthvað sem LSH þarf að skoða.

### *Fjöldi starfsmanna á hverjar 1000 meðferðir*

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Alls
Háskólasjúkrahús í London	7	12	4	19	9	0	52
Háskólasjúkrahús utan London	5	10	7	19	9	0	51
Bráðasjúkrahús utan London	4	9	5	16	5	1	40
LSH	8	19	9	24	7	0	67

(1) Læknar og tannlæknar, (2) Rekstur og umsýsla, (3) Ýmsar heilbrigðisstettir og aðstoðarfólk, (4) Hjúkrunarfræðingar og ljósmæður, (5) Vísinda-, rannsókn- og annað tæknifólk, (6) Aðrir

Þessi samanburður sýnir að á LSH þarf 42% fleiri starfsmenn en á samanburðarsjúkrahúsunum til að sinna jafn mörgum meðferðum. Enn er mestur munur í stjórnun og umsjón fasteigna og á hjúkrunarfræðingum.

Augljóst er að afköst á LSH eru mun minni en hjá samanburðarsjúkrahúsunum. Rúmin eru of mörg og meðferðir of fáar miðað við starfsemi þeirra. Þetta er væntanlega ennfrekari vísbending um að samsetning sjúklingahópsins hjá LSH sé töluvert frábrugðin því sem gerist á hátækisjúkrahúsunum í Bretlandi en þetta gefur einnig tilefni til að skoða hvort samsetning vinnuafis sé sú hagkvæmasta fyrir sjúkrahúsið.

## Starfsmannakostnaður (laun)

Gerður er samanburður á heildarlaunum, launum á hver 100 rúm og hverjar 1000 meðferðir.

### *Samanburður á launum í enskum pundum*

	<b>Heildar- laun</b>	<b>Laun á hver 100 rúm</b>	<b>Laun á hverjar 1000 meðferðir</b>
Háskólasjúkrahús í London	144.421	15.876	1.711
Háskólasjúkrahús utan London	178.404	12.647	1.412
Bráðasjúkrahús utan London	65.830	8.784	1.044
LSH	121.867	12.748	2.144

Þessi samanburður bendir til þess að laun á LSH séu nokkuð hærri að meðaltali en hjá samanburðarsjúkrahúsunum. Starfsmenn á hver 100 rúm voru færri hjá LSH en engu að síður er launakostnaður svipaður. Á LSH sinntu 42% fleiri starfsmenn hverjum 1000 meðferðum en innan samanburðarhópsins en launakostnaður LSH er 54% hærri. Munurinn á launum er því meiri en fjöldi starfsmanna gefur tilefni til. Af þessu má draga þá ályktun að launakostnaður LSH sé hærri en á samanburðarsjúkrahúsunum miðað við þjónustumagn.

## 4.4 Samantekt

Sem liður í því að meta árangur LSH eftir sameiningu voru afköst sjúkrahússins og gæði þjónustunnar borin saman við afköst og gæði á 8 breskum háskólasjúkrahúsum utan London. Við samanburð á skilvirkni og mönnun voru einnig tekin með 9 háskólasjúkrahús í London og 12 stór bráðasjúkrahús utan London. Miðað var við starfsemisupplýsingar frá árinu 2002.

Gerður var samanburður á meðallegutíma, fjölda lega eftir lengd og meðallegutíma vegna 10 algengustu DRG-flokka og nær samanburðurinn til sjúkrahússins í heild og allra sérgreina með meira en 100 legur á samanburðartímanum. Geðlækningar voru þó ekki teknar með þar sem þær eru ekki stundaðar á bráða- og kennslusjúkrahúsum í Bretlandi. Niðurstaðan er sú að meðallegutími á LSH sé mjög svipaður og á breskum sjúkrahúsum að teknu tilliti til ákveðinna annmarka á gögnum.

Helstu frávikin koma fram í langri legu áfengissjúklinga og sjúklinga á geðdeildum en slíkir sjúklingar dvelja ekki á hátækisjúkrahúsum í Bretlandi. Samanburður á legutíma í 10 algengustu DRG flokkunum fyrir sjúkrahúsið í heild sýnir að í 7 tilvikum er legutími styttri á LSH en á breskum sjúkrahúsum.

Gerður var samanburður á 20 algengum aðgerðum sem framkvæmdar eru á skurðstofum dagdeilda (day surgery). Í ljós kom mikill munur milli landa á meðferð þessara aðgerða og vísbendingar sem gefa LSH tilefni til að skoða hvort hér sé ekki möguleiki á hagræðingu.

Gæðamælikvörðum er skipt upp í afdrif og aðgengi. Þeir tíu mælikvarðar sem mæla afdrif og notaðir voru til samanburðar sýna að LSH stendur sig betur en viðmiðunarhópurinn í níu tilvikum. Sú niðurstaða er vísbending um gæði þeirrar þjónustu sem LSH veitir. Ekki voru tiltæk gögn á LSH sem nota mátti við að mæla og bera saman aðgengi.

Tvenns konar samanburður var birtur til að meta kostnað eftir DRG flokkum: Annars vegar samanburður á kostnaði 28 DRG flokka sem voru algengastir á LSH. Fram kom að 13 flokkar komu betur út hjá LSH en að meðaltali, 12 flokkar komu verr út og í 3 flokkum vantaði upplýsingar frá Bretlandi. Hins vegar var borinn saman kostnaður á þeim 40 DRG flokkum þar sem legutími á LSH var lengri en á bresku samanburðarsjúkrahúsunum. Þrátt fyrir lengri legu komu 7 flokkar kostnaðarlega betur út fyrir LSH. Ástæðan fyrir því að þessi samanburður var gerður var sú að talið var líklegt að hér mætti finna þá þætti í starfseminni sem gæti verið áhugavert fyrir LSH að skoða betur með frekari hagræðingu í huga.

Loks var gerður samanburður á skilvirkni og kostnaði og er meginniðurstaðan sú að framleiðni vinnuafis á LSH sé minna en hjá samanburðarsjúkrahúsunum. Í ljós kemur að 34% færri meðferðir eru framkvæmdar á hvert rúm hjá LSH og að það þarf 42% fleiri starfsmenn að meðaltali til að skila jafn mörgum meðferðum. Aftur á móti eru heldur færri starfsmenn á hvert rúm hjá LSH. Þetta er enn ein vísbending þess að sjúklingasamsetningin hjá LSH sé töluvert frábrugðin því sem er hjá samanburðarhópnum. Launasamanburður sýnir að laun á LSH eru heldur hærri en hjá samanburðarhópnum. Þegar horft er á samsetningu starfsfólks er áberandi að rekstrar- og



umsýslustéttir eru mun fjölmennari hjá LSH en hjá sambærilegum stofnunum í Bretlandi. Þetta sýnir að starfsemin er með talsvert öðrum hætti í Bretlandi og er eðlilegt að LSH skoði þennan þátt nánar.



## 5. Kennsla og rannsóknir

Þegar meginskipulag spítalans var til umfjöllunar kom fram það grundvallarsjónarmið stjórnarnefndarinnar að starfsemi sjúkrahússins skyldi vera í sterkum tengslum við Háskóla Íslands.

### 5.1 Samstarfssamningur HÍ og LSH

Samstarf LSH og HÍ á sér langa sögu þrátt fyrir að aldrei hafi legið fyrir formlegur samningur milli stofnananna um það. Í tímans rás hefur samstarfið vaxið og orðið mun flóknara en áður var. Að mati yfirstjórna beggja stofnana var því nauðsynlegt að formfesta samstarfið og á árinu 2000 hófst undirbúningur að gerð samstarfssamnings milli Háskóla Íslands og Landspítala - háskólasjúkrahúss. Þann 10. maí 2001 var samningurinn undirritaður og 28. júní 2002 var undirritaður viðbótarsamningur við hann. Í fyrri samningi voru samningsramminn og markmið stofnananna með samstarfinu skilgreind, auk þess sem kveðið var á um megindrætti samstarfs og aðildar hvorrar stofnunar um sig að skipulagi og stjórnun heilbrigðisvísinda og heilbrigðisþjónustu. Í viðbótarsamningnum er fjallað um réttindi og skyldur sameiginlegra starfsmanna, stjórnun deilda og sviða á LSH, menntunarmál og stöðu nemenda, rannsóknir og loks hæfismat og nafnbætur heilbrigðisstarfsmanna sem stunda vísindarannsóknir á spítalanum. Þriðji hlutinn, sem nú er í vinnslu, fjallar um fjárhagsleg atriði í samstarfi stofnananna. Stefnt er að því að ljúka þessum hluta fyrir árslok 2003.

### 5.2 Hvað hefur breyst við sameininguna

Áður en samstarfssamningurinn tók gildi fór samstarfið fram samkvæmt 38. gr laga nr. 131/1990 um Háskóla Íslands. Samkvæmt henni var Landspítalinn „Háskólasjúkrahúsið“ og urðu prófessorar við háskólann sjálfkrafa yfirlæknar á

spítalanum. Þá voru og í gildi sérstakir samningar milli HÍ og Borgarspítala/Landakots. Þeim var sagt upp 22. júní 2000.

Mesta breytingin sem orðið hefur við samninginn er sú að prófessorar við háskólann verða nú ekki lengur sjálfkrafa yfirmenn á spítalanum. Þá er það talinn mikill styrkur að sviðsstjórar lækninga og hjúkrunar á Skrifstofu kennslu vísinda og þróunar hjá LSH eru einnig kennslustjórar í HÍ.

Veruleg breyting hefur orðið í bókasafns- og upplýsingamálum. Öll eldri söfn (4-6) voru sameinuð undir einni stjórn og skipulag og verklag endurskoðað og safnið rafvætt. Nú er hægt að nálgast flest rafræn tímarit og gagnasöfn í heilbrigðisvísindum á bókasafni LSH. Safnið er nú talið eitt öflugasta vísindabókasafn á landinu.

### 5.3 Ávinningur af sameiningunni

Að flestra mati felst einn mikilvægasti ávinningur sameiningarinnar í sameiningu sérgreina þar sem mikil sérþekking hefur safnast á einn stað. Við þetta hefur skapast aukið svigrúm til að bæta kennslu og rannsóknir og auka möguleika á kennslu í fleiri sérgreinum og til framhaldsnáms. Síðustu misserin hefur aukist ásókn í framhaldsnám á flestum klínískum sviðum spítalans vegna þess að hægt er að bjóða upp á meiri faglega sérhæfingu. Auðveldara er að skipuleggja kennsluna þar sem allir nemar í ákveðinni sérgrein eru nú undir einni stjórn.

### 5.4 Kennsla og rannsóknir

#### Heilbrigðisstéttir

Á sjúkrahúsinu fer fram kennsla fjölmargra heilbrigðisstétta bæði úr háskólum og framhaldsskólum. Ljóst er að hér er um viðamikið verkefni að ræða. Haustið 2003 voru um 500 nemar úr HÍ og HA í starfsnámi við skólann auk talsverðs fjölda nemenda úr Tækniháskólanum og fjölbrautaskólum. Þeir sem stunda starfsnám við sjúkrahúsið eru auk lækna- og hjúkrunar-nema nemar í meinataekni, geislafræði, lækna- og hjúkrunarritun, lyfjafræði, lyfjatekni, sjúkrahjálfun, félagsráðgjöf, sálfræði, ljósmóðurfræði, þroskahjálfun og iðjuhjálfun.

## Rannsóknir

Vísinda- og rannsóknarstarfsemi hefur alltaf verið mikilvægur þáttur í starfsemi spítalans. Frá sameiningunni hefur ýmislegt verið gert til að reyna að efla þessa starfsemi og gera hana sýnilegri. Vísindastefna LSH var mótuð og kynnt 2001 á „Vordögum LSH” sem eru nýjung í starfsemi spítalans. Í tengslum við þá er gefið út ritið „Vísindi á vordögum” með vísindaverkefnum sem unnin eru á spítalanum.

Þáttur heilbrigðisstarfsmanna hefur lengi verið mikill í rannsóknum og fer sífellt vaxandi. Nýlegar tölur um fjölda birtra vísindagreina íslenskra heilbrigðisstarfsmanna í virtum erlendum tímaritum bera vitni um það.

## Kennslu- og námsaðstaða

Töluvert hefur verið gert í því að bæta kennsluáðstöðu með því að fjölga fyrirlestra- og kennslusölum og þeir útbúnir með fullkomnum tækjabúnaði. Þá er það talið til mikilla bóta að nú heldur einn aðili utan um bókanir á kennsluáðstöðu og því er allt skipulag í kringum kennsluna betra en áður. Aftur á móti er aðstaða nemenda til að sinna námi og rannsóknum mjög bágborin vegna skorts á vinnuherbergjum og rannsóknar-áðstöðu.

## 5.5 Kostnaður vegna kennslunnar

Ekki hefur verið unnt að meta hver beinn kostnaður LSH er af tengslum sínum við háskólann. Þessi kostnaður er mjög mismikill eftir löndum. Hann er talinn hæstur í Bandaríkjunum eða allt að 28% útgjalda en í nágrannalöndunum (t.d. Svíþjóð) er almennt talið að 3–5% af kostnaði háskólasjúkrahúsa tengist kennslu. Hlutfall þessa kostnaðar fer eftir fyrirkomulagi og innhaldi kennslunnar og því hvort kennarar eru skilgreindir starfsmenn háskóla eða sjúkrahúss.

Bókasafn sjúkrahússins er mjög dýrt í rekstri, aðallega vegna kaupa á dýrum vísindatímaritum sem talin eru nauðsynleg til að heilbrigðisstarfsmenn og nemendur í HÍ geti fylgst með og byggt meðferðir á nýjustu rannsóknum.

Háskólinn fær engar fjárveitingar vegna kennslunnar á spítalanum. Hún er algjörlega fjármögnuð af framlögum til reksturs spítalans.

## 5.6 Samantekt

Samstarf milli HÍ og spítalanna hefur jafnan verið mikið en aldrei hafði verið gerður formlegur samningur þeirra á milli. Þar sem fyrir lá að leggja skyldi aukna áherslu á samstarf stofnananna þótti nauðsynlegt að formfesta samstarfið með samningi. Samningurinn mun verða í þrem hlutum og eru fyrstu tveir þegar frágengir og undirritaðir en þriðji hlutinn sem fjallar um fjárhagsleg atriði er ennþá í vinnslu.

Mesta breytingin sem orðið hefur við samninginn er að prófessorar við háskólann verða nú ekki lengur sjálfkrafa yfirmenn á spítalanum. Þá hefur veruleg breyting orðið í bókasafns- og upplýsingamálum þar sem öll eldri söfnin voru sameinuð og rafrænn aðgangur að tímaritum og gagnasöfnum verulega eflur. Safnið er nú talið eitt öflugasta vísindabókasafn á landinu.

Að mati flestra felst mikilvægasti ávinningur sameiningarinnar fyrir kennslu og rannsóknir í því aukna svigrúmi sem sameining sérgreina hefur skapað til að bæta kennsluna og auka möguleika á kennslu í fleiri sérgreinum og til framhaldsnáms. Þá er auðveldara að skipuleggja kennsluna þar sem allir nemar í ákveðinni sérgrein eru nú undir einni stjórn.

Heilbrigðisstéttir sem sækja nám hjá LSH eru fjölmargar. Haustið 2003 voru um 500 nemar úr HÍ og HA í starfsnámi við spítalann auk talsverðs fjölda nemenda úr Tækniháskólanum og fjölbrautaskólum. Vísinda- og rannsóknarstarfsemi hefur ávallt verið mikilvægur þáttur í starfsemi spítalans. Frá sameiningunni hefur ýmislegt verið gert til að auka enn vægi hennar og gera hana sýnilegri.

Ýmislegt hefur verið gert í því að bæta kennsluaðstöðu en aðstaða nemenda til að sinna námi og rannsóknum er talin fremur bágborin vegna skorts á vinnuherbergjum og rannsóknaraðstöðu.

Ekki hefur verið unnt að meta hver beinn kostnaður LSH er af því að sinna háskólaþættinum en í nágrannalöndum okkar er almennt talið að 3–5% af kostnaði háskólasjúkrahúss tengist kennsluþættinum.





## 6. Hvað þarf að gera fleira til að kostir sameiningar skili sér að fullu?

### 6.1 Stefnumótun og verkaskipting í heilbrigðiskerfinu

#### Stefnumótun

Meðal brýnustu verkefna sem nú þarf að sinna til að hægt sé að nýta þann byr sem fylgir breytingunum á LSH er að marka sjúkrahúsinu heildstæða og skýra framtíðarstefnu. Gera þarf grein fyrir því hvaða hlutverki LSH á að gegna, taka afstöðu til verkaskiptingar í heilbrigðiskerfinu og skýra hver kjarnastarfsemi LSH á að vera og hvaða verkefnum aðrir eiga að sinna. Taka þarf ákvörðun um uppbyggingu framtíðarhúsnæðis spítalans og gera um það áætlanir sem hægt er að standa við. Nauðsynlegt er að heilbrigðisstéttir spítalans fái að taka þátt í þessari framtíðarstefnumótun. Einnig þarf að leita leiða til að tryggja að mið sé tekið af þörfum og sjónarmiðum notenda þjónustunnar við þessa stefnumótun. Á þann hátt verður séð best til þess að Landspítali – háskólasjúkrahús haldi áfram að vaxa og dafna á sem jákvæðastan og hagkvæmastan hátt. Tekið skal fram að heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti hefur skipað nefnd sem er ætlað er að gera tillögur um verkefni sjúkrahússins.

#### Fráflæðisvandinn

Eitt af vandamálum sjúkrahússins er hinn s.k. fráflæðisvandi, þ.e. vandinn við að útskrifa ákveðna hópa sjúklinga af sjúkrahúsinu. Í samanburðinum við bresk háskólasjúkrahús birtist þetta í miklum fjölda óeðlilega langra lega (lengri en 49 daga).

Í janúar 2003 biðu 174 sjúklingar á LSH eftir úrræðum utan spítala og því var ekki hægt að útskrifa þá eftir eðlilegan

legutíma. Um helmings fjölgun er að ræða frá janúar 2002. Skiptingin var þannig eftir deildum:

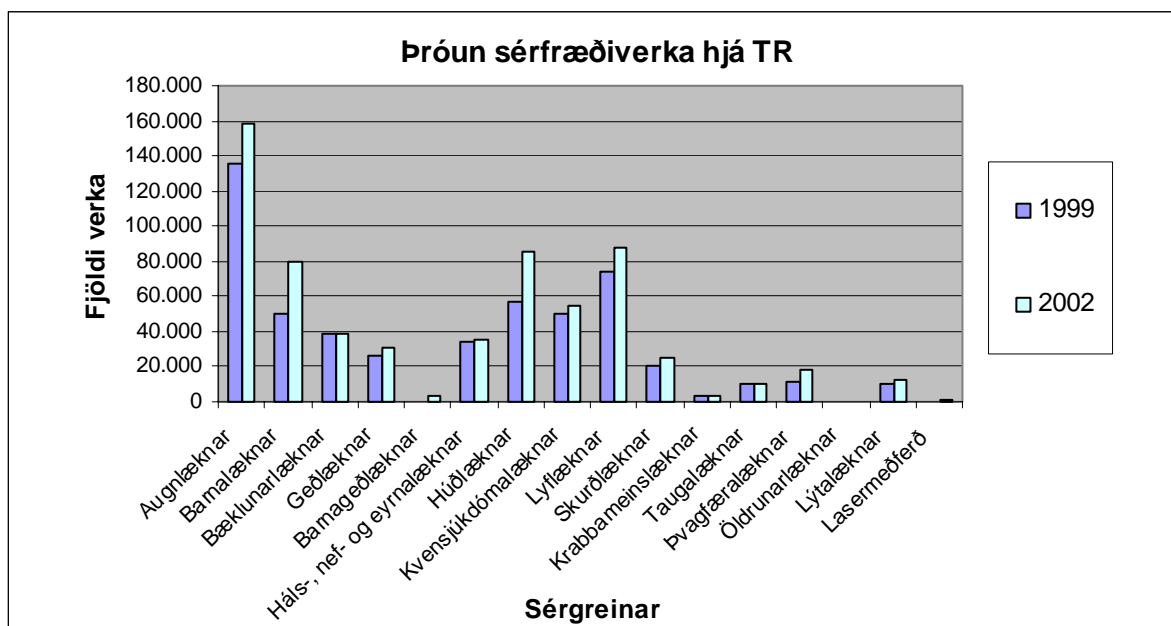
Svið	Jan 2002	Jan 2003
Öldrunarsvið	65	93
Aðrar legudeildir	16	32
Hæfingardeildir	*	13
Geðdeildir	*	36
Alls	81	174

\* Upplýsingar vantar

Þar sem margar deildir skortir legurými og biðlistar eru í sumum sérgreinum eru þessi legurými mjög dýrmæt. Spítalinn gæti nýtt þau á arðsaman hátt ef þeir sjúklingar sem nota þau fengu annan og vonandi hentugri samastað.

### Efla þarf dag- og göngudeildarþjónustu

Flutningur á þjónustu frá sjúkrahúsum til sjálfstætt starfandi sérfræðinga hefur aukist síðustu misserin eins og tölur frá Tryggingastofnun sýna. Samkvæmt þeim hefur verkum sem sérfræðingar fá greitt fyrir fjölgað úr 523 þúsund í 647 þúsund eða um 23,7%, sjá mynd. Samkvæmt upplýsingum heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis var tekin ákvörðun um að efla starfsemi sjálfstætt starfandi sérfræðinga með því að veita meiri fjármunum til þeirra.



Þó að tekin hafi verið ákvörðun um að efla starfsemi sjálfstætt starfandi sérfræðinga hefur verkaskipting milli þeirra og dag- og göngudeildarþjónustu á LSH ekki verið skilgreind. Vert er að spyrja hvort þetta sé hagkvæmasta þróunin fyrir spítalann og heilbrigðiskerfið í heild. Spítalinn rekur ákveðna sérfræðiþjónustu sem talin er nauðsynleg fyrir heildarstarfsemi hans. Hvenær á spítalinn að leggja niður þessa þjónustu vegna þess að tilfellin sem koma til hans eru orðin of fá? Á hinn bóginn gæti spítalinn bætt við sig slíkri þjónustu án þess að kostnaður ykist sem neinu nemur þar sem stór hluti kostnaðarins er fastur. Hvar er því stýrt hvernig þessi þjónusta þróast?

Vægi dag- og göngudeildarþjónustu fer vaxandi. Með henni má auka hagkvæmni og gæði með minni tilkostnaði og um leið styrkja kennsluhlutverk spítalans. Öflug dag- og göngudeildarþjónusta er forsenda fyrir styttingu meðallegutíma og með henni er hægt að veita sjúklingum áframhaldandi meðferð með minni tilkostnaði en á legudeildum, auk þess sem hún bætir eftirfylgni með árangri aðgerða og framhaldsmeðferða. Með aukinni eftirfylgni er betur hægt að fylgjast með árangri meðferða á spítalanum en nú er nokkur brestur á slíku.

Minnkandi dag- og göngudeildarþjónusta hefur áhrif á kennslu- og vísindastarf. Í sjálfu sér mælir e.t.v. ekkert gegn því að samið sé við einkastofur um að taka að sér ákveðna þætti í menntun lækna ef þeim er ekki sinnt á spítalanum en eins og bent er á hér að framan væri æskilegra að auka dag- og göngudeildarþjónustu spítalans og styrkja þannig um leið kennslu- og rannsóknarhlutverk hans.

### **Komur á slysa og bráðamóttöku**

Nokkuð virðist um að fólk leiti á slysa- og bráðamóttöku LSH með minniháttar úrlausnarefni sem grunnþjónustan ætti frekar að sinna. Þetta á bæði við sjálfa slysa- og bráðamóttökuna og bráðamóttökur geð- og barnadeilda. Ástæðan er m.a. erfitt aðgengi að heilsugæslunni. Nauðsynlegt er að koma á skýrari verkaskiptingu milli sjúkrahússins og grunnþjónustu heilbrigðiskerfisins. Jafnframt þarf að kynna almenningi hvert skuli leita með ýmis minniháttar tilefni.

Ekki er haldin sérstök skrá hjá LSH yfir ofangreindar komur en starfsmenn á slysa- og bráðamóttöku telja að á bilinu 10–15

Þúsund hafi komið þangað árið 2002. Þetta er nokkuð stórt hlutfall af heildarkomufjölda þangað eða um 15–20%.

## 6.2 Húsnæðismál

Hluti af núverandi húsnæði spítalans er orðinn mjög gamall og illa farinn og hentar illa starfseminni. Margir starfsmenn búa við mjög slæma starfsaðstöðu, m.a. vantar skrifstofur og búningsherbergi. Einnig er aðstaða til kennslu og rannsókna mjög bágborin.

Það er álit margra, og ýmsar vísbendingar í rekstrinum sem styðja það álit, að fullur ávinningur af sameiningu náist ekki fyrr en öll starfsemi hefur verið sameinuð á einum stað. Á móti þarf að veita þann mikla kostnað sem felst í því að reisa nýjan spítala.

Starfsnefnd um framtíðaruppbyggingu háskólasjúkrahúss hefur lagt til við heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra að starfsemi Landspítala - háskólasjúkrahúss verði á einum stað og að framtíðarsjúkrahúsið verði við Hringbraut. Nefndin hefur einnig bent á nokkrar framkvæmda- og fjármögnunarleidir. Mjög mikilvægt er að yfirvöld taki sem fyrst ákvörðun um framtíðaruppbyggingu sjúkrahússins. Nú standa yfir nauðsynlegar framkvæmdir til að bæta aðstöðu og þjónustu við sjúklinga. Það hlýtur að felast í því ótvírætt hagræði og sparnaður að vita hver stefnan er til framtíðar þegar þær framkvæmdir eru skipulagðar.

## 6.3 Þróun gæðamælikvarða

LSH þarf að koma skráningu gæðatengdra starfsemismælikvarða í fastara horf. Verulegur skortur er á allri kerfisbundinni söfnun gæðamælikvarða, auk þess sem skortur er á samræmdum reglum um það hvernig skrá skuli t.d. á biðlista. Slíkar reglur eru í það minnsta ekki notaðar af öllum þeim sem skrá á listana.

Erlendis styðjast heilbrigðisyfirvöld mjög við ýmiss konar gæðamælikvarða við samanburð. Þetta eru mælikvarðar eins og

endurinnlagnir, biðlistar, sýkingar, afboðanir, dánartíðni og lengd dvalar eftir ákveðnar aðgerðir. Til þess að LSH geti haldið því fram að það veiti framúrskarandi þjónustu þarf það að geta sýnt fram á það með samanburði við sambærilegar erlendar stofnanir.

Sjúkrahúsið fær ekki upplýsingar um afdrif sjúklinga sem farið hafa í aðgerð þar ef eftirfylgni fer fram á stofum sérfræðinga. Af þessum sökum getur sjúkrahúsið t.d. ekki kallað fram heilsteypnar upplýsingar úr eigin upplýsingakerfum um sýkingar eftir aðgerð.

Rafræn sjúkraskrá er ein meginforsenda þess að skráðar heilbrigðisupplýsingar verði aðgengilegar til úrvinnslu. Slík skrá hefur enn ekki verið gerð og hefur það staðið í vegi fyrir þróun ýmissa mælikvarða á þessar upplýsingar.

Skoða þarf hvort ekki þurfi að beina rannsóknnum sjúkrahússins í ríkari mæli að því að meta afdrif sjúklinga. Slíkar rannsóknir væru þá liður í því að afla upplýsinga um gæði þjónustunnar.

## 6.4 Þróun DRG sem kostnaðargreiningar og framleiðslumælingakerfis

Á síðustu misserum hefur LSH unnið mjög ötullega að því að innleiða svokallað DRG flokkunarkerfi sem hægt er að beita við að meta starfsemi og þjónustu spítalans.

### DRG-flokkunarkerfið

DRG-flokkun eða sjúkdómsgreind flokkun er leið til að skipta þjónustu sjúkrahússins í staðlaða flokka en það auðveldar mat á þeirri þjónustu sem sjúkrahúsið veitir. Talið er að þetta geti orðið mjög mikilvægt stjórnþæki fyrir sjúkrahúsið í framtíðinni. Flokkunin byggir á um 10.000 sjúkdómsgreiningum og um 6.000 aðgerðarkóðum sem skipta legusjúklingum í tæplega 500 DRG-flokka. DRG-flokkun var beitt á allar legur spítalans árið 2002.

DRG flokkunarkerfið hefur margþætt gildi. Í fyrsta lagi veitir það haldgóðar klínískar upplýsingar sem nýta má til rannsókna. Í öðru lagi gefur það greinargóða lýsingu á starfsemi. Í þriðja lagi er mögulegt að nota það við að ákveða það fjármagn sem sjúkrahús og stofnanir í heilbrigðisþjónustunni fá til starfsemi sinnar. Þá gerir þetta kerfi mögulegt að meta skilvirkni sjúkrahúsa með því að bera saman meðalkostnað við að veita þjónustu í ákveðnum DRG flokkum. Þá er hægt að bera saman einstaka þætti í starfsemi sjúkrahúss, einstakar deildir og kostnað við að meðhöndla tiltekna sjúkdóma, óháð rekstrarformi, stærð stofnana eða fjármögnun.

### **Innleiðing DRG-kostnaðargreiningar á LSH**

DRG-flokkun var fyrst innleidd sem tilraunaverkefni á kvennasviði spítalans árið 2000. Kostnaðargreining á starfsemi sviðsins var gerð samhliða. Á síðasta ári hófst innleiðing DRG-framleiðslumælinga á skurðsviðum, lyflækningasviðum og barnasviði spítalans. Framkvæmdastjórn LSH hefur gert tilraunasamninga við ofangreind svið um DRG-kostnaðargreiningu árið 2003 og verða sviðin að hluta til fjármögnuð með henni. DRG hentar ekki vel til framleiðslumælinga á geðsviði, öldrunarsviði og endurhæfingarsviði og er því unnið að því að þróa sértækar lausnir fyrir þau svið. Kerfi fyrir þjónustu við utanspítalásjúklinga og þar með slysa- og bráðasvið er einnig í skoðun.

Það er mat bresks ráðgjafa að mjög vel hafi verið staðið að þessum málum hjá LSH og að árangur sé ótrúlega góður miðað við hversu stutt sé síðan farið var af stað með verkefnið.

### **DRG sem afkasta- og gæðamælingakerfi**

Notkun DRG-kerfisins gerir miklar kröfur um skráningu. Það gefur um leið möguleika á að fylgjast vel með allri starfsemi. Þau rök komu gegn sameiningunni að við það myndi samkeppni hverfa. DRG gerir kleift að bæta fyrir þetta með því að koma á raunhæfum samanburði við önnur lönd sem hafa svipað heilbrigðiskerfi. DRG gerir kleift að mæla kostnað og afköst við að veita þjónustu og auðveldar samanburð á gæðum. Frávikagreining byggð á DRG gerir mögulegt að greina hvar legutími er óvenju langur eða kostnaður óvenju hár. Slíkt veitir mjög nýtsamar upplýsingar til að auka skilvirkni viðkomandi deilda.

## Fjármögnun byggð á DRG

Stefnt er að því að taka í notkun flokkunar- og framleiðslumælikvarða á öllum klínískum sviðum spítalans um mitt ár 2004. Sömuleiðis er stefnt að því að gera samninga við yfirvöld um að fjármögnun spítalans árið 2005 verði að hluta byggð á framleiðni samkvæmt DRG-flokkun.

Frekari þróun og innleiðing framleiðslumælikvarða á LSH er ein af forsendum breyttrar fjármögnunar. Með notkun DRG-framleiðslumælikvarða er hægt að tengja framlög til sjúkrahússins magni þeirrar þjónustu sem veitt er. Slíkt getur hvatt til að auka skilvirkni en getur einnig skapað vandamál við að halda kostnaði í skefjum. Þessu tæki verður því að beita af varfærni svo að nýta megi kosti þess sem best.

## 6.5 Þróun háskóla- og rannsóknarstarfsemi

Eins og fram hefur komið er einn stærsti og mikilvægasti ávinningur sameiningarinnar talinn felast í auknu svigrúmi til að bæta kennsluna og gefa kost á kennslu í fleiri sérgreinum og til framhaldsnáms. Sameining sérgreina hefur skapað mikil sóknarfæri á sviði kennslu og rannsókna sem spítalinn þarf að geta notfært sér til frekari framþróunar og til að bæta þjónustuna en til þess þarf að tryggja fjármagn.

Ljúka þarf þriðja hluta samnings LSH og HÍ og skilgreina þann viðbótarkostnað sem felst í því að reka háskólasjúkrahús og hvernig eigi að fjármagna kennsluna. Eins og áður hefur komið fram er misjafnt eftir löndum og starfsemi sjúkrahúsa hversu mikill hluti af kostnaði háskólasjúkrahúss er talinn tengjast kennsluþættinum. Í nágrannalöndunum er þessi kostnaður talinn vera á bilinu 3-5% af heildarkostnaði háskólasjúkrahúss. Innleiðing DRG kostnaðargreiningarkerfis ætti að hjálpa til við að meta þennan þátt í starfsemi sjúkrahússins.

Fjalla þarf um ráðningarskilmála starfsmanna sem starfa bæði við háskólann og sjúkrahúsið. Enn greiðir t.d. spítalinn prófessorum 100% laun samkvæmt kjarasamningi en háskólinn greiðir hálf prófessorslaun í samræmi við úrskurð kjaranefndar. Skoða þarf hvort ekki eigi að gera heildstæðan ráðningar-

samning þar sem skyldur viðkomandi starfsmanns við báðar stofnanir væru tilgreindar ásamt þeim launum sem greiða skal.

### **Stefnumótun vegna kennslu og rannsókna**

Ljóst er að erfitt er að halda uppi málefnalegri umræðu um kennslu og rannsóknir án þess að greina hvað þessir þættir kosta í raun. Þegar það er orðið ljóst er auðveldara að ræða skiptingu kostnaðarins milli ráðuneyta heilbrigðismála annars vegar og menntamála hins vegar. Megináherslur og útgjöld til þessa þáttar hljóta að ráðast af stefnu stjórnvalda þó að útfærslan sé í höndum sjúkrahússins. Því er nauðsynlegt að ráðuneytið taki af skarið og skýri betur hver skuli vera þáttur rannsókna og kennslu í starfsemi sjúkrahússins.

## **6.6 Samantekt**

Móta þarf stefnu Landspítala – háskólasjúkrahúss til næstu ára. Hver á að vera kjarnastarfsemi LSH og hvaða verkefnum eiga aðrir aðilar að sinna? Hvert á þjónustustigið að vera og hvernig á að forgangsraða verkefnum? Mjög mikilvægt er að starfsmenn spítalans sjái fram á veginn og viti hvert stefnir. Mun spítalinn halda áfram að þjóna öllum þáttum heilbrigðiskerfisins, jafnt slysa- og bráðaþjónustu sem langlegusjúklingum? Hvernig mun dag- og göngudeildarþjónustan þróast? Nú virðist spítalinn sjálfur hafa litla stjórn á því hvort þessi mikilvægi þáttur í starfsemi hans eykst eða dregst saman.

Huga þarf að húsnæðismálum spítalans. Fram hefur komið að húsnæði sé of lítið og henti í mörgum tilfellum illa þeirri starfsemi sem spítalinn sinnir. Nú er unnið að því að bæta aðstöðu og þjónustu við sjúklinga. Til þess að geta leyst húsnæðisvandamál sjúkrahússins á sem hagkvæmastan hátt er nauðsynlegt að gera áætlun um uppbyggingu húsnæðis til lengri tíma.

Meðal þeirra þátta sem orðið hafa nokkuð útundan hjá LSH og einnig forverum hans er þróun og kerfisbundin skráning ýmissa gæðamælikvarða. Það er mikilvægt að sjúkrahúsið geti sýnt fram á gæði þjónustu sinnar en ein forsenda þess er að gagnagrunnar sjúkrahússins séu þróaðir og endurnýjaðir.



Einnig þarf að koma á rafrænni sjúkraskrá fyrir heilbrigðiskerfið í heild.

Á síðustu misserum hefur LSH unnið að því að innleiða svokallað DRG sjúkdómaflokkunarkerfi. Upplýsingar sem DRG kerfið býður upp má nota til að meta starfsemi og þjónustu sjúkrahússins. Kerfið gerir mögulegt að meta afköst og skilvirkni í samanburði við önnur sjúkrahús og auðveldar samanburð á gæðum.

Mikið hefur verið rætt og ritað um breyttar fjármögnunarleiðir í heilbrigðiskerfinu. DRG flokkunarkerfið er ein leið til þess að ákveða hvernig fé er varið. Á undanförunum misserum hefur verið unnið að því á nokkrum sviðum spítalans að innleiða kostnaðargreiningu sem byggir á DRG flokkun. Þetta hefur gefið góðan árangur og stefna stjórnenda spítalans að því að gera samninga við stjórnvöld um að fjármögnun spítalans árið 2005 verði að hluta til byggð á framleiðni samkvæmt DRG-flokkun. Þannig má tengja greiðslur til spítalans við umfang þeirrar þjónustu sem veitt er.

Það er samdóma álit allra þeirra sem að sameiningu sjúkrahúsanna hafa komið að aukin áhersla á háskólaþáttinn sé sjúkrahúsinu mikilvæg frá faglegu sjónarmiði. Skýra þarf betur vægi kennslu og rannsókna á sjúkrahúsinu og greina kostnað þar að lútandi.



## 7. Yfirlit um uppbyggingu og starfsemi sjúkrahúsanna fyrir og eftir sameiningu

### 7.1 Landspítalinn 1999

Landspítalanum var skipt niður í 10 svið sem stjórnað var af sviðsstjórum. Sviðin skiptust niður í smærri einingar, skorir og deildir.

#### Sviðaskipting

Sviðin voru eftirfarandi:

Barnalækningasvið, Kvenlækningasvið, Barneignaskor, Lyflækningasvið, Handlækningasvið, Geðlækninga svið, Klínískt þjónustusvið, Fræðasvið, Rannsóknarsvið, Tækni- og rekstrarsvið og Stjórnunarsvið.

Sviðin skiptust niður í skorir og deildir á eftirfarandi hátt:

Barnalækningasvið:

Almenn barnadeild, Dagdeild, Barnaskurðeild, Ungbarnadeild, Vökudeild og Leikmeðferðardeild. Á sviðinu voru 62 legurúm fyrir sjúklinga. Skráðar innlagnir voru 3.731 og komur á göngudeild 2.238.

Kvenlækningasvið:

Kvenlækningaskor: Kvenlækningadeild (5 daga deild og legudeild), Skurðstofa, Móttökudeild kvenna, Tækni-frjóvgunardeild. Barneignaskor: Göngudeild kvenna, Ómver/fósturgreiningadeild, Meðgöngudeild, Fæðingadeild, MFS-eining, 2 Sængurlegudeildir, Endurkomur á sængurkvennadeild, Endurkomur vegna vandamála við brjóstagjöf og þjónusta félagsráðgjafa.

**Lyflækningasvið:**

Rannsóknarstofa í meltingarsjúkdómum, Smitsjúkdómskor, Innkirtlafræðiskor, Blóðfræðideild, Hjartadeild, Nýrnadeild, Gigtlækningadeild, Lungnadeild, Húð- og kynsjúkdómadeild, Taugalækningadeild, Öldrunarlækningadeild og Endurhæfingar og hæfingardeild.

**Handlækningasvið:**

Almennar handlækningar, Þvagfæraskurðeild, Æðaskurðlækningadeild, Lýtalækningadeild, Hjarta- og Lungnaskurðeild, Augnlækningar, Bæklunarlækningar, Krabbameinslækningar, Svæfinga- og gjörgæsludeild, Blóðbankinn og Rannsóknarstofa Háskólans í meinafræði.

**Geðlækningasvið:**

Almenn geðdeild, Fíkni- og fjölkvilladeild, Barna- og unglingageðdeild, endurhæfing, bráðþjónusta og ráðgjöf við aðrar deildir.

**Klínískt þjónustusvið:**

Bráðamóttaka, almenn göngudeild, röntgendeild, apótek, næringarráðgjöf, félagsráðgjöf og skjalasafn. Innskriftarmiðstöð hóf starfsemi sína á árinu.

**Fræðasvið:**

Bókasafn, Gagnasmiðja (sameinuð úr Tölvuveri og ljósmyndastofu), Fræðsla lækna, - og Erfðafræðinefnd HÍ.

**Rannsóknarsvið:**

Sýklafræðideild, Rannsóknarstofa í veirufræði, Ónæmisfræðideild, Blóðfræðideild, Meinefnafræði-deild og Ísótópastofu.

**Tækni- og rekstrarsvið:**

Rekstur og viðhald húseigna og lóða, rekstur ýmissa þjónustudeilda, viðhald og þjónusta lækningartækja, eldhús Landspítalans, þvottahús Ríkisspítala og dauðhrensunardeild að Tunguhálsi 2.

**Stjórnunarsvið:**

Fjármálaskrifstofa, Innri endurskoðun, Starfsmanna-hald, Þróunar- og hagdeild, Gæðaskor, Tölvu-, tækni- og þjónustudeild og Prestþjónusta.

## Húsnæði

Meginstarfsemi Landspítalans fór fram í húsnæði spítalans við Hringbraut en auk þess rak spítalinn húsnæði á Vífilstöðum (meginstarfsemi lungnalækningaskorar og legudeild húð- og kynsjúkdómadeildar), í Þverholti 8 (göngudeildir húð- og kynsjúkdóma), Kópavogshæli (fjölfatlaðir), í Lágmúla 9 (göngudeild hjartadeildar), að Eiríksgötu 37 (augnlækningar), á Kleifarvegi (BUGL), og að Gunnarsholti (vímuefnaskor Geðlækningasviðs).

## 7.2 Sjúkrahús Reykjavíkur 1999

Ríkið tók við rekstri Sjúkrahúss Reykjavíkur 1. janúar 1999. Sjúkrahúsi Reykjavíkur var skipt niður í 13 svið sem stjórnað var af hjúkrunarframkvæmdastjórum og forstöðulæknum eða forstöðumönnum. Sviðin skiptust flest niður í smærri einingar.

### Sviðaskipting

Sviðin voru eftirfarandi:

Geðsvið, Lyflækningasvið, Endurhæfingar- og taugasvið, Myndgreiningar- og rannsóknarsvið, Skurðlækningasvið, Slysa- og bráðasvið, Öldrunarsvið, Fræðslu-, rannsóknar- og gæðasvið, Upplýsingasvið, Læknisfræðibókasöfn, Fjármálasvið, Starfsmannasvið og Rekstrar- og tæknisvið.

Sviðunum var skipt niður í smærri einingar á eftirfarandi hátt:

#### Geðsvið:

Bráðabjónusta, dag- og göngudeildir á Hvítabandi, legudeildir að Arnarholti og 4 sambýli.

#### Lyflækningasvið:

Almenn lyflækningadeild, Speglnardeild, Hjartadeild, Lyflækningadeild, Smitsjúkdómadeild, Blóðsjúkdóma- og krabbameinslækningadeild og Barnadeild.

#### Endurhæfingar- og taugasvið:

Endurhæfingardeild og Taugalækningadeild.

#### Myndgreiningar- og rannsóknarsvið:

Röntgendeild og Rannsóknardeild.

**Skurðlækningasvið:**

Almennar skurðlækningar, Heila- og taugaskurðlækningar, Háls-, nef- og eyrnaskurðlækningar, Göngudeild háls-, nef- og eyrna, Bæklunarskurðlækningar, Þvagfæraskurðlækningar, Skurðeild, Svæfinga- og gjörgæsludeild, Gjörgæsludeild, Sótthreinsunardeild, Dagdeild lyf- og skurðlækninga og þvagfæra-rannsókna.

**Slysa- og bráðasvið:**

Slysa- og bráðamóttaka, gæsludeild og göngudeild.

**Öldrunarsvið.**

Undir sviðið heyrði Rannsóknarstofa HÍ og SR í öldrunarfræðum.

**Fræðslu-, rannsókn- og gæðasvið.**

Upplýsingasvið, Læknisfræðibókasöfn.

**Fjármálasvið:**

Áætlana- og endurskoðunardeild, bókhaldsdeild, fjármáladeild og hagdeild.

**Starfsmannasvið:**

Launadeild og starfsmannahald og Starfsmannþjónusta.

**Rekstrar- og tæknisvið:**

Tæknideild, Eldhús, Næringarráðgjöf, Ræsting og lín, Innkaupadeild og Öryggismál.

**Húsnæði**

Meginstarfsemi Sjúkrahúss Reykjavíkur fór fram í húsnæði spítalans í Fossvogi en auk þess rak spítalinn húsnæði fyrir Geðsvið á Hvítabandi og í Arnarholti auk 4 sambýla. Endurhæfingar- og taugasvið hafði aðstöðu á Grensási. Öldrunarsvið var á Landakoti og þar var einnig rekin göngudeild sjúkráþjálfunar.

## 7.3 Landspítali – háskólasjúkrahús

Landspítali – háskólasjúkrahús varð formlega til með reglugerð heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra nr. 127/2000 þann 3. mars 2000.

### Skipulag

Samkvæmt ákvörðun stjórnarnefndar frá byrjun árs 2000 skiptist LSH í 5 meginsvið sem stjórnað er af framkvæmdastjórum. Framkvæmdastjórnir ásamt forstjóra mynda framkvæmdastjórn sem fer með rekstur og skipulagningu á starfsemi spítalans.

Forstjóri og aðrir stjórnendur á skrifstofu forstjóra stjórna rekstri spítalans í umboði stjórnarnefndar og ráðuneytis skv. 30. gr. heilbrigðis laga. Undir skrifstofu forstjóra fellur starfsemi sem forstjóri og framkvæmdastjórn leggja sérstaka áherslu á hverju sinni.

Meginsviðin 5 eru eftirfarandi:

- Skrifstofa fjárreiðna og upplýsinga.
- Skrifstofa tækni og eigna.
- Skrifstofa kennslu, vísinda og þróunar.
- Skrifstofa framkvæmdastjóra lækninga.
- Skrifstofa framkvæmdastjóra hjúkrunar.

### Stjórnun

Stjórnunarviðin eru 3 og skiptast þannig samkvæmt skipuriti með ársskýrslu fyrir 2002:

Skrifstofa fjárreiðna og upplýsinga, sem skiptist í:

Fjármálasvið, reikningshaldssvið, hag- og upplýsingasvið og innkaupa- og vörustjórnunarvið.

Skrifstofa tækni og eigna, sem skiptist í:

Byggingarsvið, Upplýsingatæknisvið, heilbrigðissvið og utan sviða eru: Eldhús LSH, ræsting, öryggis- og flutningadeild og þvottahús og dauðhreinsun.

Skrifstofa kennslu, vísinda og þróunar, sem skiptist í:

Bókasafns- og upplýsingasvið, kennslu- og fræðasvið og utan sviða eru: Vísinda- og rannsóknarþjónusta.

### **Klínísk starfsemi**

Við sameiningu varð talsverð breyting á klínísku skipulagi spítalans. Ákveðið var að sameina sérgreinar, hverja fyrir sig, og koma þeim fyrir í húsnæði spítalans eftir því sem best hentaði út frá eðli starfseminnar. Sérgreinum var skipt upp í 14 stjórnunarlegar einingar sem nefnast svið og er þeim að jafnaði stýrt af 2 sviðsstjórum, sviðsstjóra lækninga og sviðsstjóra hjúkrunar. Á þessum sviðum eru 38 sérgreinar í læknisfræði og 62 legudeildir.

Sérgreinarnar í skiptast niður á hin 14 svið á eftirfarandi hátt:

Sérgreinar sem mynda einar og sér sérstök svið eru:

**Kvennasvið** með alla sína starfsemi við Hringbraut.

**Barnasvið** með starfsemi við Hringbraut og í Fossvogi.

**Geðsvið** með starfsemi á alls 12 stöðum.

**Endurhæfingarsvið** með starfsemi á 6 stöðum.

**Öldrunarsvið** með starfsemi á Landakoti og í Fossvogi.

Aðrar sérgreinar mynda saman eftirfarandi svið:

**Lyflækningasvið I:** hjartalækningar, efnaskipta- og innkirtla-lækningar, meltingarlækningar, taugalækningar, smitsjúkdómalækningar, gigtarlækningar, húð- og kynsjúkdómalækningar, lungnalækningar, ónæmislækningar og nýrnalækningar. Meginstarfsemi sviðsins er á Hringbraut og í Fossvogi.

**Lyflækningasvið II:** lyflækningar krabbameina, geisla-lækningar, geislaeðlisfræði, blóðlækningar og líknardeild. Starfsemi LYF II hefur öll sameinast á Hringbraut nema líknardeildin sem er í Fossvogi.

**Skurðlækningasvið:** almennar skurðlækningar, æðaskurðlækningar, þvagfæra-skurðlækningar, lýtalækningar, augnlækningar, bæklunarskurðlækningar, háls-, nef- og eyrnalækningar, heila- og taugaskurðlækningar, hjarta- og lungnaskurðlækningar og næringarstofa. Skurðlækningasvið er með starfsemi bæði á Hringbraut og í Fossvogi.

**Svæfinga-, gjörgæslu- og skurðstofusvið:** skurðstofur Fossvogi, skurðstofur Hringbraut, svæfing Fossvogi, gjörgæsla Fossvogi, svæfing og gjörgæsla Hringbraut, svæfing kvenna-deild og skurðstofa Eiríkgötu. Skurðstofur í Fossvogi eru sjö



talsins og þar fara fram heila- og tauga-, háls-, nef- og eyrna-, æða- og bæklunarskurðaðgerðir. Skurðstofur við Hringbraut eru einnig sjö og fara þar fram almennar skurðlækningar, lýta-, barna-, þvagfæra-, brjósthol- og augnskurðaðgerðir. Skurðstofa við Eiríks götu þjónar eingöngu augnaðgerðum á dagdeild.

**Slysa- og bráðasvið** er starfrækt bæði í Fossvogi og á Hringbraut. Á Hringbraut er tilvísunar- og sérgreinamóttaka fyrir veik börn og þangað koma hjartasjúklingar, sjúklingar með illkynja sjúkdóma, kviðverki, nýrnvandamál og þeir sem þurfa á þvagfæraskurðlækningum að halda. Önnur bráðamóttaka er í Fossvogi og þar er öll slysamóttaka.

**Rannsóknarstofnun LSH:** Undir hana falla rannsóknarstofur í sýklafræði, veirufræði, blóðmeinafræði, ónæmisfræði, klínískri lífefnafræði, erfða- og sameindalækisfræði og sýkingavarnir.

Þá eru ótalin lyfjasvið, myndgreiningarþjónusta og svið blóðbanka/rannsóknarstofu í meinafræði og loks Krabbameinsmiðstöð LSH

## **Kennsla og rannsóknir**

Ein mesta nýbreytnin í stjórnskipulagi nýs sameinaðs spítala var stofnun Skrifstofu kennslu, vísinda og þróunar með sérstakan framkvæmdarstjóra.

Hinni nýju skrifstofu var skipt í þrjú svið, hvert með sinn sviðsstjóra og eina deild með yfirlækni og deildarstjóra. Þetta voru Fræðasvið hjúkrunar, Lækisfræðisvið, Bókasafn og upplýsingaþjónustusvið og Vísinda- og kennsluþjónustudeild.

Eftir að skipulag LSH var endurskoðað haustið 2002 var innra skipulagi skrifstofunnar breytt með tilliti til fenginnar reynslu. Sviðin eru nú 2: Kennsla og fræðasvið, og Bókasafns- og upplýsingasvið; og ein deild: Vísinda- og rannsóknarþjónusta.

## **Húsnæði spítalans**

Meginstarfsemi spítalans fer fram á Hringbraut og í Fossvogi, en í heild fer starfsemi spítalans fram á um 30 stöðum aðallega í Reykjavík en einnig er starfsemi í Kópavogi, Gunnarsholti og í Arnarholti á Kjalarnesi. Þar til á árinu 2003 var spítalinn einnig með starfsemi á Vífilstöðum.

Sameiningu sérgreina hefur fylgt mikill tilflutningur deilda og leitast hefur verið við að færa sem mest af starfseminni í meginstarfsstöðvarnar við Hringbraut og í Fossvogi.

## **Endurskoðun skipulags 2002**

Samkvæmt ákvörðun Stjórnarnefndar frá því í júní 2000 skyldi endurskoða það skipulag sem tók gildi 1. október sama ár að tveim árum liðnum. Á stjórnarfundi í október 2002 kynnti forstjóri sjúkrahússins niðurstöður endurskoðunarinnar og þær tillögur til breytinga sem fram höfðu komið. Þessar voru helstar, skv. fundargerð Stjórnarnefndar:

- Stjórnarnefnd verði markað skýrara hlutverk og starfið sveigt að stefnumótun og eftirliti með starfseminni.
- Gæðastarf og innra eftirlit verði eft og sameinað.
- Hlutverk Skrifstofu kennslu vísinda og þróunar svo og störf og starfslýsingar framkvæmdastjóra og sviðsstjóra verði endurskoðuð.
- Sviðum Skrifstofu fjárreiðna og upplýsinga og Skrifstofu tækni og eigna verði fækkað vegna tilflutnings verkefna.
- Verkaskipting Skrifstofu starfsmannamála og Skrifstofu fjárreiðna og upplýsinga verði betur skilgreind og hlutverk kjara- og launanefndar endurmetið.
- Klínískt þjónustusvið verði lagt niður. Sérstök þjónustueining verði stofnuð um myndgreiningu, undir þá einingu falli ísótóparannsóknir og staða RHMÍ verði endurskoðuð.
- Skipulag slysa- og bráðasviðs verði endurmetið og bráðamóttaka styrkt.
- Útvefur LSH verði endurgerður og upplýsingagjöf stóruaukin.

Stjórnarnefnd samþykkti samhljóða fyrirbyggjandi tillögur til breytinga á stjórnskipulagi LSH og ákvað að þær skyldu taka gildi 1. janúar 2003. Jafnframt samþykkti stjórnarnefnd að skipulagið yrði endurskoðað aftur fyrir árslok 2005.

# Heimildarskrá

**Afgreiðsla fjárhagsáætlana sjúkrahúsanna og nýtt stjórn-  
skipulag** (fyrir árið 2000) – Frá skrifstofu forstjóra sjúkrahúsanna í Reykjavík.

**Erindisbréf samvinnunefndar sjúkrahúsanna í Reykjavík**, 29. janúar 1999.

**Faghópur heilbrigðisráðuneytis**. Skýrsla til heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra um sjúkrahúsmál. Desember 1998.

**Fjárlög 1999-2002**.

**Fundargerðir** Samvinnunefndar sjúkrahúsanna 1999, Stjórnar-  
nefndar 2000–2002 og framkvæmdastjórnar LSH 2000–2002.

**Landspítali – háskólasjúkrahús, Ársskýrslur 2000–2002**.

**LSH - Efni til viðræðu við fjárlaganefnd Alþingis 14. september 2000**.

**LSH-vefurinn** – ýmiss konar efni.

**Nefnd um aukna samvinnu og verkaskiptingu sjúkrahúsanna í Reykjavík og á Reykjanesi – mars 1996**.

Bráðabirgðatillögur um hagræðingu og sparnað með aukinni samvinnu og verkaskiptingu sjúkrahúsanna í Reykjavík og á Reykjanesi – Framtíðarhlutverk og stefnumótun.

**Greinargerð um aðgerðir í rekstri Sjúkrahúss Reykjavíkur og Ríkisspítala – 28. ágúst 1996**.

Tillögur um hagræðingaraðgerðir sem byggja á samstarfi og tilfærslum milli sjúkrahúsanna.

**Greinargerð um aðgerðir í rekstri Sjúkrahúss Reykjavíkur og Ríkisspítala – 26. ágúst 1997.**

Greinargerð um fjárvöntun sjúkrahúsanna í Reykjavík og tillögur um fjármögnunarleiðir og sparnaðaraðgerðir.

**Greinargerð** um áætlaða rekstrarstöðu heilbrigðisstofnana í árslok 1999. Ríkisendurskoðun, nóvember 1999.

**Greinargerð** um fjárhagsstöðu heilbrigðisstofnana í árslok 1999 og áætlun fyrir árið 2000. Ríkisendurskoðun, júlí 2000.

**Greinargerð vegna þróunar útgjalda sjúkrahúsanna í Reykjavík 1997.** Ríkisendurskoðun, október 1998.

**Nýr spítali mótaður – Helstu verkefni á þriggja ára sameiningartíma sjúkrahúsanna í Reykjavík 2000–2003 –** Stjórnarnefnd Landspítala – háskólasjúkrahúss, 15. maí 2003.

**Ríkisspítalar – Ársskýrsla 1999.**

**Ríkisspítalar – 1991. Skýrsla gerð af Ernst & Young.**

Samsöfnun og dreifing sjúkrahúspjónustu á höfuðborgarsvæðinu. Að komast hjá tvöföldun (kostnaðaraðhald) og stuðla að sem mestri samvirkni (auknum gæðum) að því tilskildu að sjúklingar geti valið um þá þjónustu sem þeir fá.

**Samningur og erindisbréf** starfsstjórnar Sjúkrahúss Reykjavíkur 17. desember 1998.

**Samþykki borgarstjórnar Reykjavíkur** um að ríkið taki við rekstri Sjúkrahúss Reykjavíkur, 7. janúar 1999.

**Sjúkrahús Reykjavíkur – Ársskýrsla 1999.**

**Skipulagsathugun sjúkrahúsanna í Reykjavík og nágrenni – Framtíðarsýn – 15.8.1997.**

Unnið fyrir heilbrigðisráðuneytið, fjármálaráðuneyti og Reykjavíkurborg af VSÓ Ráðgjöf / Ernst & Young.

**Skýrsla vinnuhóps um vaktalínur – LSH - haust 2002.**

# Viðaukar

## Viðauki 1: Helstu verkefni samvinnunefndar á fyrri hluta árs 1999 (sbr bréf forstjóra)

Samkvæmt bréfi forstjóra sjúkrahúsanna í Reykjavík til heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra þann 26. maí 1999 voru þetta helstu verkefni sem samvinnunefnd sjúkrahúsanna hafði unnið að eða gerðar höfðu verið áætlanir um að vinna áfram:

- Skipuð hafði verið sameiginleg lyfjanefnd fyrir sjúkrahúsin sem vinna skyldi að breyttri skipan lyfjamála.
- Lagt var til að Æðaskurðlækningar verði byggðar upp á Sjúkrahúsi Reykjavíkur þannig að starfsemi geti hafist um áramótin 1999/2000.
- Fjallað var um þjónustusamninga og breytt rekstrarform endurhæfingar og öldrunar og lagt til að endurhæfing sjúkrahúsanna yrði sameinuð um áramótin 1999/2000.
- Ákveðið var að hefja beinmergsskipti hér á landi haustið 1999.
- Á báðum sjúkrahúsunum var hafin vinna við kostnaðargreiningu sem undanfara breytts rekstrarforms og ræddir ýmsir möguleikar í því sambandi.
- Innritunarstöðvar höfðu verið opnaðar á báðum sjúkrahúsunum.
- Gerð var könnun á kostum og göllum meira samstarfs í upplýsingamálum. Bráðabirgðaniðurstaða á þeim tíma sýndi fram á ótvíræða kosti við að sameina rekstur tölvukerfa sjúkrahúsanna.
- Skoðað var hvernig best yrði hagað starfsmannamálum sjúkrahúsanna.
- Starfshópum var falið að endurskoða gjaldtöku sjúkrahúsanna vegna hvers konar þjónustu, eflingu göngudeildar- og dagdeildarstarfsemi sjúkrahúsanna og starfsemi sjúkrahústengdrar heimaþjónustu.

- Rætt var um stjórnskipulag sjúkrahúsanna og bent á nauðsyn þess að það kæmi til endurskoðunar. M.a. kemur fram að núverandi skipulag milli stjórna, forstjóra og framkvæmdastjóra sé ekki nógu skýrt og stundum óvíst hver eigi að fylgja eftir ákvörðunum sem teknar hafi verið.
- Fjallað var um skýrslu Rauðakross Íslands um stækkun sjúkrahótels samtakanna og lýst stuðningi við starfsemina.
- Ýmis fleiri mál höfðu komið til umræðu hjá nefndinni, s.s. tilhögun taugalækninga, þvagfæraskurðlækninga og bæklunar-lækninga, klínískar leiðbeiningar, staða sjúkrahúsanna sem háskóla- og kennslustofnunar og breytt fjárstreymi og fjárlagagerð sjúkrahúsa. Þá höfðu stjórnendur sjúkrahúsanna fjallað um sameiginlega endurnýjun og fjármögnun dýrra tækja.

## Viðauki 2: Áætlaður kostnaður vegna sameiningar spítalanna í Reykjavík (sbr skýrsla ALG)

	2000	2001
Starfsmannamál - Biðlaunaréttur:		
Framkv.stj og stjórnýsla	25 m.kr	
Klínísk svið		45 m.kr
Kennslu- og upplýsingakostn stm		
Þjálfun vegna breyt. á upplýsingakerfum	40 m.kr	60 m.kr
Endurskipulagning á klínískum sviðum	20 m.kr	20 m.kr
Endurgreitt með innri hagræðingu	-20 m.kr	-20 m.kr
Ýmis utanaðkomandi ráðgjöf v/sameiningar	20 m.kr	45 m.kr
Samtenging / sameining netkerfa	25 m.kr	35 m.kr
Samhæfa legudeildarkerfi, göngudeildarkerfi og vaktskrárkerfi	25 m.kr	60 m.kr
Endurnýjun á símkerfum	45 m.kr	15 m.kr
Undirbún.vinna v/ flutnings starfseininga	10 m.kr	10 m.kr
Flutningur deilda		
Legudeildir:		
Málun og minni háttar lagfæringar		15 m.kr
Endurnýjun á húsnæði legudeilda		70 m.kr
Skurðdeildir:		
Hraða viðhaldi við Hringbraut		15 m.kr
Innrétta 2 nýjar skurðstofur í Fossvogi m/tækjum		70 m.kr
Heildarendurnýjun á skurðstofugöngum í Fossvogi um 70 m.kr á ári til næstu 2ja til 3ja ára		70 m.kr
Slysa- og bráðamóttaka:		
Endurnýja þarf húsnæði deildarinnar, áætlað		80 – 100 m.kr.
Utanhúss viðhald		
Þörf umfram almennt viðhald áætluð		100 m.kr
Skjalasafn		
Endurbygging skjalasafns á nýjum stað		80 m.kr
<b>Samtals</b>	<b>190 m.kr</b>	<b>690 m.kr</b>

Auk þess eru áætlaðar 70–140 m.kr. vegna endurnýjunar á skurðstofum í Fossvogi og 80–100 m.kr. vegna endurnýjunar á húsnæði slysa- og bráðamóttöku á árunum 2001 og síðar.

## **Viðauki 3: Samanburðarsjúkrahús í Bretlandi**

### ***Háskólasjúkrahús utan London:***

- United Bristol Healthcare NHS Trust
- Newcastle upon Tyne Hospitals NHS Trust
- Central Manchester Hospitals NHS Trust
- Leeds Teaching Hospitals NHS Trust
- Addenbrookes NHS Trust
- Oxford Radcliffe NHS Trust
- Royal Victoria Group of Hospitals HSS Trust
- Cardiff and Vale NHS Trust

### ***Háskólasjúkrahús í London:***

- The Royal Free Hampstead
- Guy's and St Thomas's
- St Mary's Hospital
- St George's Hospital
- Kings College Hospital
- Barts and The London
- Chelsea and Westminster Healthcare
- Hammersmith Hospitals
- University College London Hospitals

### ***Stór bráðasjúkrahús utan London:***

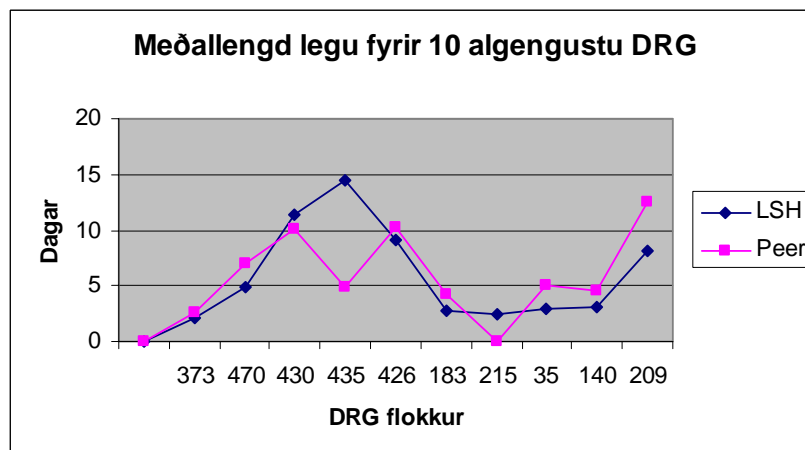
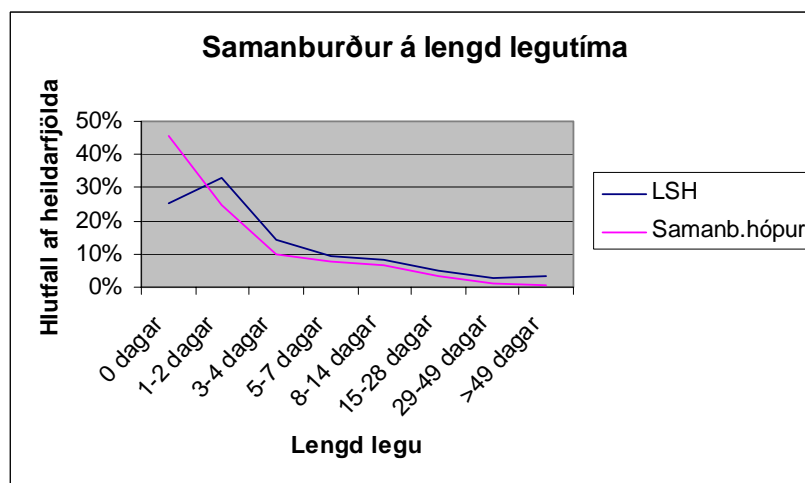
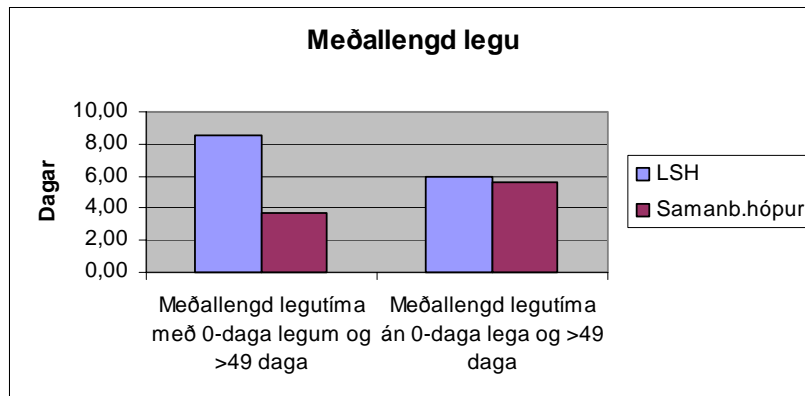
- Southend Healthcare
- Royal United Hospital Bath
- Poole Hospital
- Heatherwood and Wexham Park Hospitals
- Basildon and Thurrock General Hospitals
- Frimley Park Hospitals
- Rotherham General Hospitals
- Blackburn, Hyndburn and Ribble Valley
- North Manchester Healthcare
- North Durham Health Care
- Ashford and St Peter's Hospital
- Southport and Ormskirk Hospitals



## Viðauki 4: Samanburður á legum og legutíma valinna sérgreina

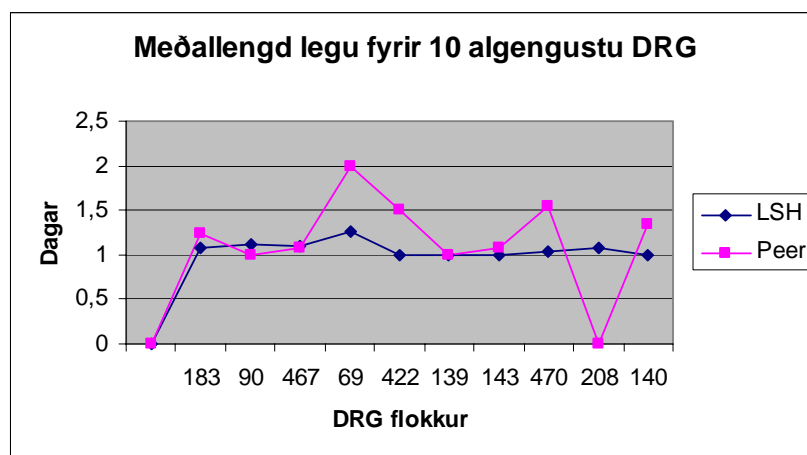
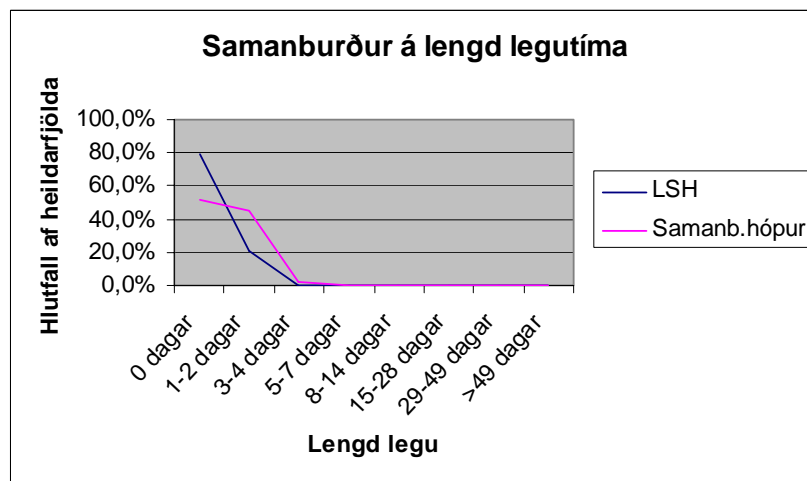
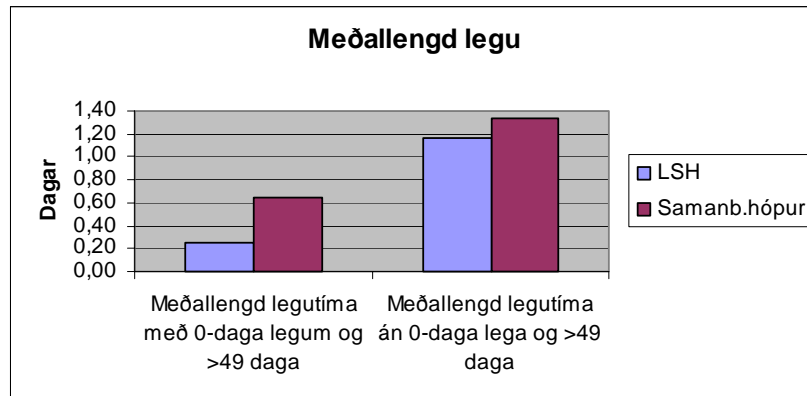
<b>SJÚKRAHÚSIÐ Í HEILD</b>	<b>106</b>
<b>SLYSA- OG BRÁÐALÆKNINGAR</b>	<b>107</b>
<b>HJARTALÆKNINGAR</b>	<b>108</b>
<b>BRJÓSTHOLSSKURÐLÆKNINGAR</b>	<b>109</b>
<b>HÚÐ- OG KYNSJÚKDÓMALÆKNINGAR</b>	<b>110</b>
<b>HÁLS-, NEF- OG EYRNALÆKNINGAR</b>	<b>111</b>
<b>MELTINGARLÆKNINGAR</b>	<b>112</b>
<b>ALMENNAR LYFLÆKNINGAR</b>	<b>113</b>
<b>ALMENNAR SKURÐLÆKNINGAR</b>	<b>114</b>
<b>ÖLDRUNARLÆKNINGAR</b>	<b>115</b>
<b>KVENSJÚKDÓMAR</b>	<b>116</b>
<b>BLÓÐLÆKNINGAR</b>	<b>117</b>
<b>SMITSJÚKDÓMALÆKNINGAR</b>	<b>118</b>
<b>KRABBAMEINSLÆKNINGAR</b>	<b>119</b>
<b>NÝRNALÆKNINGAR</b>	<b>120</b>
<b>TAUGALÆKNINGAR</b>	<b>121</b>
<b>HEILA- OG TAUGASKURÐLÆKNINGAR</b>	<b>122</b>
<b>MEDGANGA OG FÆÐING</b>	<b>123</b>
<b>AUGNLÆKNINGAR</b>	<b>124</b>
<b>BARNALÆKNINGAR</b>	<b>125</b>
<b>BARNASKURÐLÆKNINGAR</b>	<b>126</b>
<b>LÝTALÆKNINGAR</b>	<b>127</b>
<b>ENDURHÆFINGARLÆKNINGAR</b>	<b>128</b>
<b>GIGTARLÆKNINGAR</b>	<b>129</b>
<b>BRJÓSTHOLSLÆKNINGAR</b>	<b>130</b>
<b>SLYSA- OG BÆKLUNARSKURÐLÆKNINGAR</b>	<b>131</b>
<b>ÞVAGFÆRASKURÐLÆKNINGAR</b>	<b>132</b>

## Sjúkrahúsið í heild



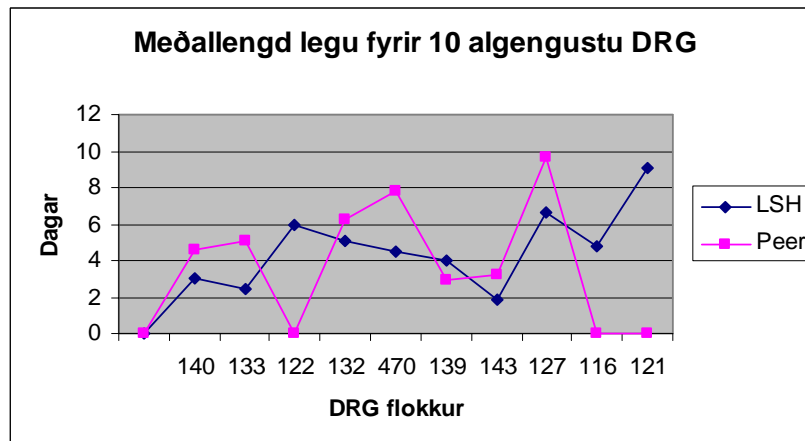
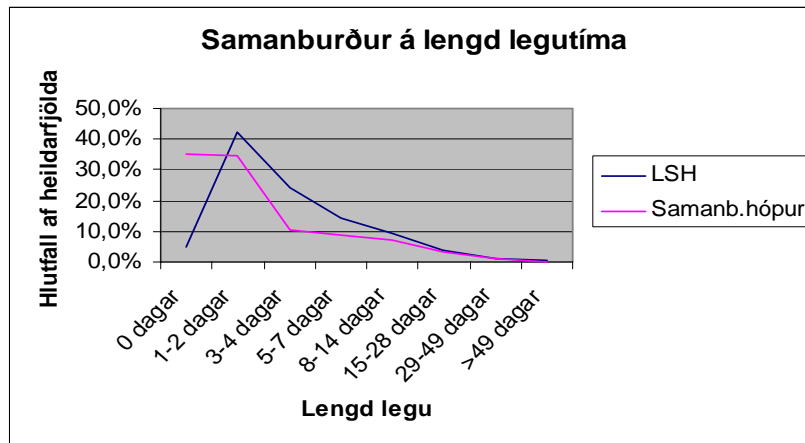
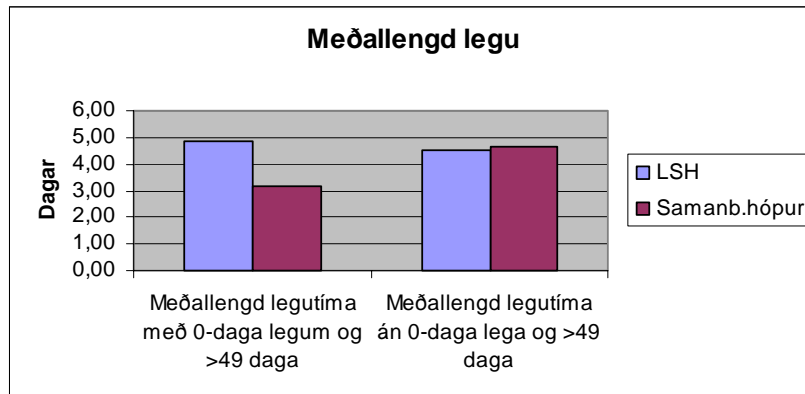
- 373 Fæðing um leggöng án aukakvilla
- 470 Verður ekki skipað í hópa
- 430 Geðrof
- 435 Misnotar áfengi og lyf eða er háður þeim. Afneitun eða önnur einkenameðferð, án aukakvilla.
- 426 Hugraskanir, geðlægdargerðar
- 183 Vélindisbólga, raskanir í maga og görnum og ýmsar meltingarraskanir án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 215 Aðgerðir á baki og hálsi án aukakvilla
- 35 Raskanir í taugakerfi, aðrar, án aukakvilla
- 140 Hjartaöng
- 209 Meiri háttar aðgerðir á liðum og enduráfesting á neðri útlím

## Slysa- og bráðalækningar



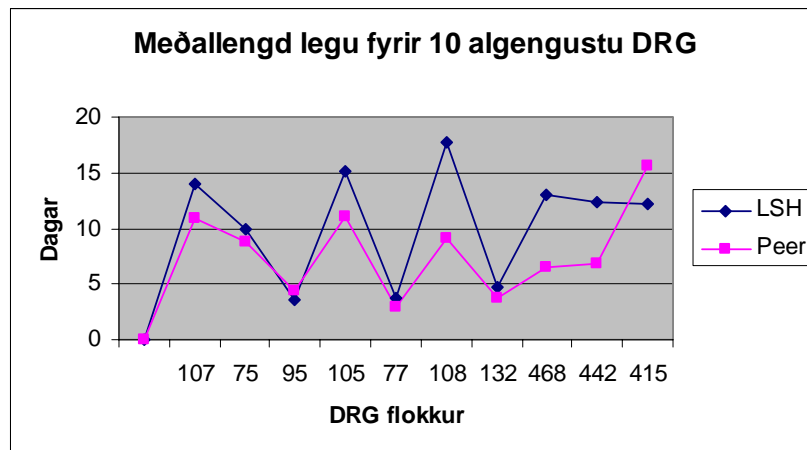
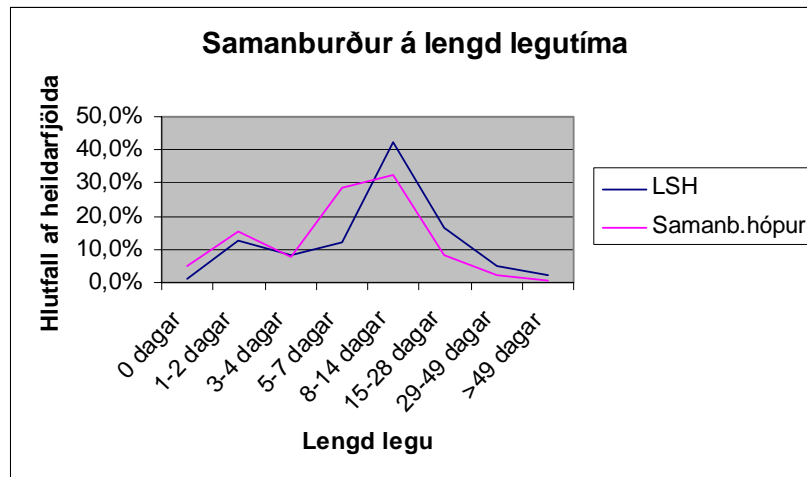
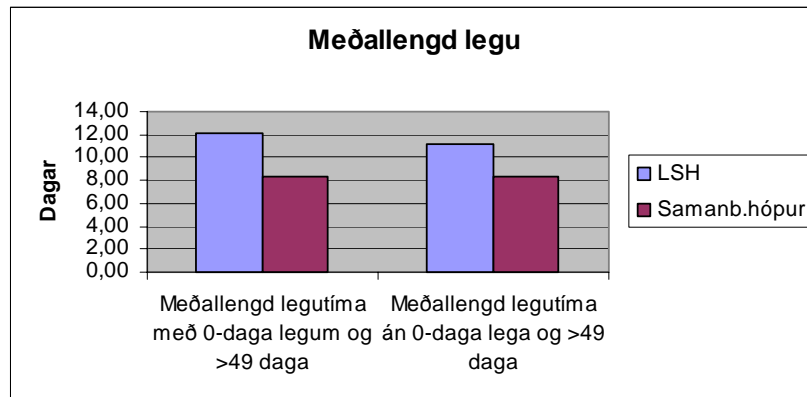
- 183 Vélindisbólga, raskanir í maga og görnum og ýmsar meltingarraskanir án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 90 Einföld lungnabólga og fleiðrubólga án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 467 Aðrir þættir sem áhrif hafa á heilbrigðisástand
- 69 - Miðeyrabólga og sýking í efri loftvegum án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 422 Veirusótt og hiti af óþekktum uppruna, 17 ára og yngri
- 139 Hjartsláttarglöp og leiðsluraskanir án aukakvilla
- 143 Verkur fyrir brjósti
- 470 Verður ekki skipað í hóp
- 208 Raskanir í gallvegi án aukakvilla
- 140 Hjartaöng

## Hjartalækningar



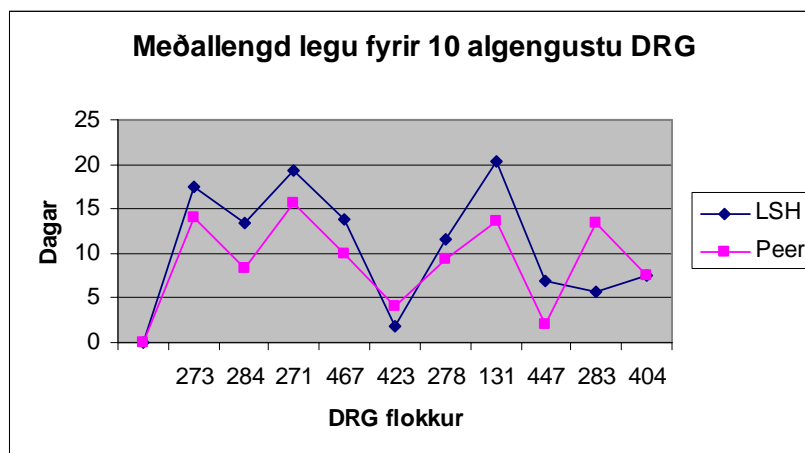
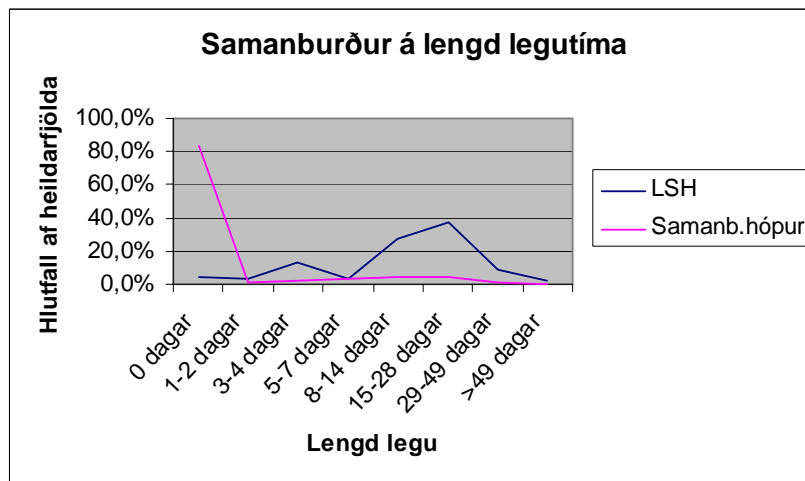
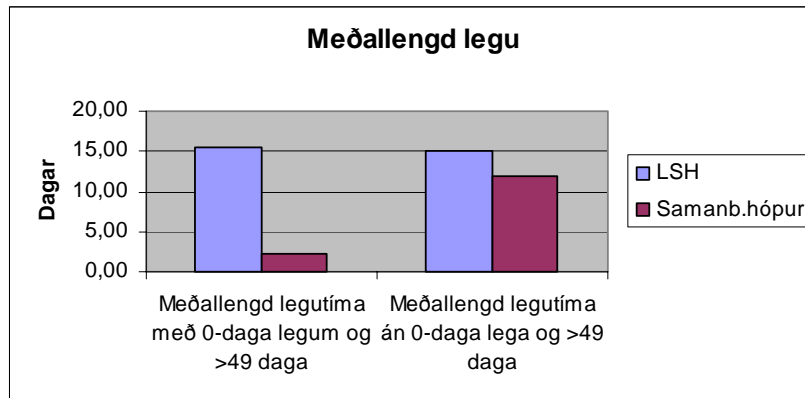
- 140 - Hjartaögn
- 133 - Slagæðafituherzli án aukakvilla
- 122 - Blóðrásarraskanir, aðrar, með bráðu hjartadrepum og aukakvillum í hjarta- og blóðrásarkerfi, útskrifast lifandi
- 132 - Slagæðafituherzli með aukakvillum
- 470 - Verður ekki skipað í hóp
- 139 - Hjartsláttarglöp og leiðsluraskanir án aukakvilla
- 143 - Vekur fyrir brjósti
- 127 - Hjartabilun og lost
- 116 - Ígræðsla varanlegs hjartagangráðs eða leiðslu eða aflgjafa endranær
- 121 - Blóðrásarraskanir, aðrar, með bráðu hjartadrepum og aukakvillum í hjarta- og blóðrásarkerfi, útskrifast lifandi

## Brjóstholsskurðlækningar



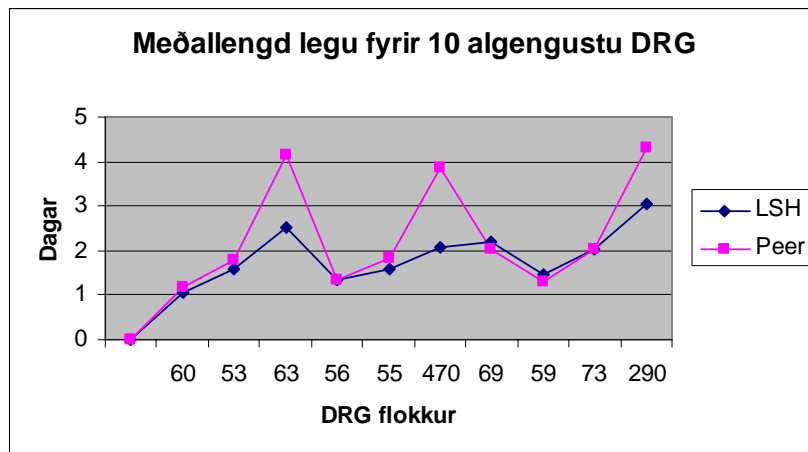
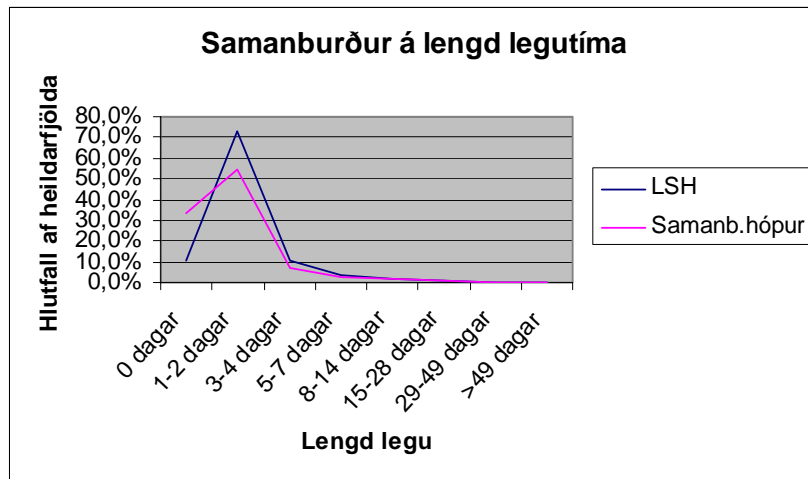
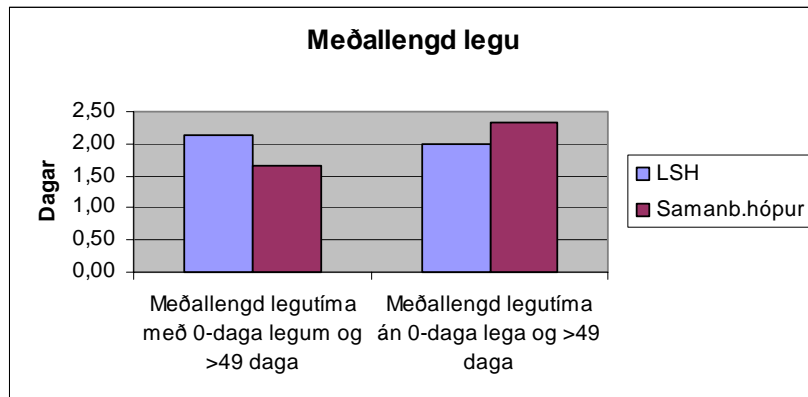
- 107 - Gerð kransæðahjáveitu án hjartaleggjar
- 75 - Meiri háttar aðgerðir í brjóstholi
- 95 - Loftbrjóst án aukakvilla
- 105 - Aðgerðir á hjartalokum án hjartaleggjar
- 77 - Aðgerðir á skurðstofu á öndunarfarum, aðrar, án aukakvilla
- 108 - Hjarta- og brjóstholsaðgerðir, aðrar
- 132 - Slagæðafituherzli með aukakvillum
- 468 - Viðtæk aðgerð á skurðstofu, óskyld megingreiningu
- 442 - Aðgerðir á skurðstofu vegna áverka, aðrar, með aukakvillum
- 415 - Aðgerð vegna smit- og sniklasjúkdóma

## Húð- og kynsjúkdómalækningar



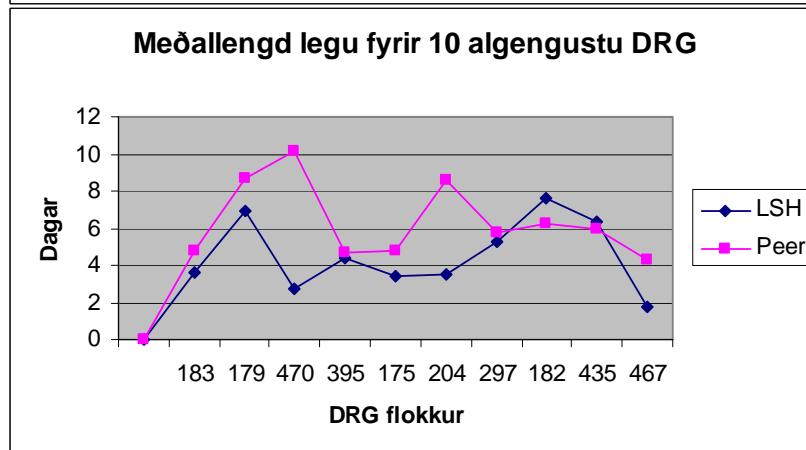
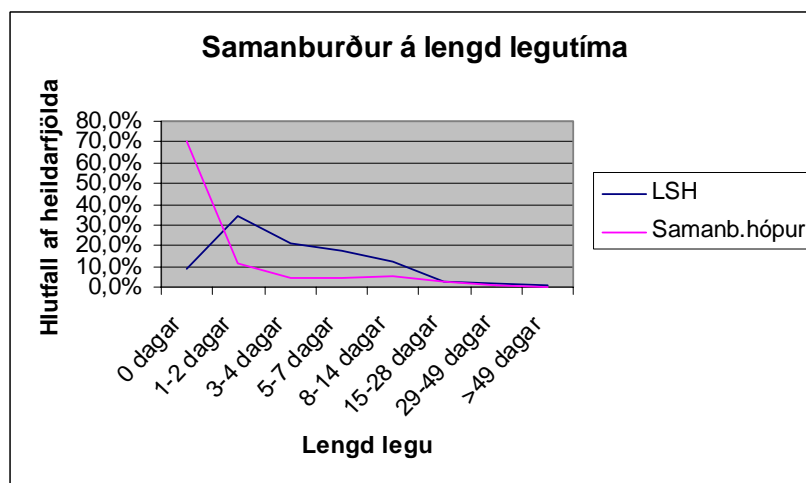
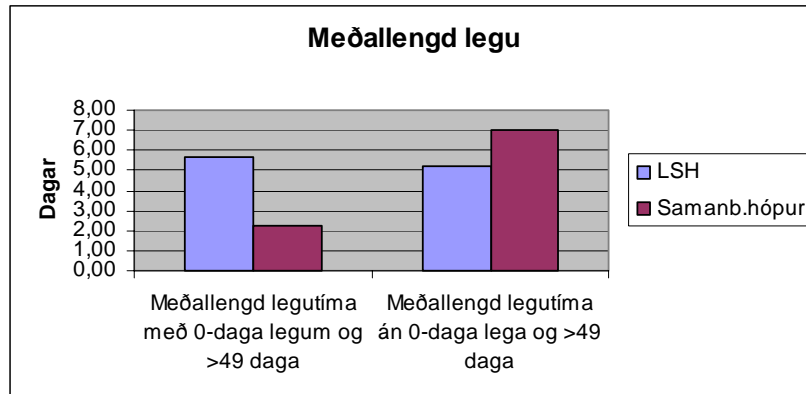
- 273 Meiri háttar húðraskanir án aukakvilla
- 284 Minni háttar húðraskanir án aukakvilla
- 271 Húðsár
- 467 Aðrir þættir sem áhrif hafa á heilbrigðisástand
- 423 Smit- og sniklasjúkdómar, aðrir
- 278 Húðbeðsbólga án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 131 Útæðaraskanir án aukakvilla
- 447 Ofnæmisvaranir, 18 ára og eldri
- 283 Minni háttar húðraskanir með aukakvillum
- 404 Eitilæxli og hvítblæði, ekki brátt, án aukakvilla

## Háls-, nef- og eyrnalækningar



- 60 Kverkeittunám eða kokeittunám einungis, 17 ára og yngri
- 53 Aðgerð á skúta og stikli, 18 ára og eldri
- 63 Aðgerð á skurðstofu á eyra, nefi, munn og hálsi, önnur
- 56 Neflögun
- 55 Aðgerðir á eyra, nefi, munn og hálsi, ýmsar
- 470 Verður ekki skipað í hóp
- 69 Miðeyrnabólga og sýking í efri loftvegum án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 59 Kverkeittunám eða kokeittunám einungis, 18 ára og eldri
- 73 Sjúkleiki í eyra, nefi, munn og hálsi, annar, 18 ára og eldri
- 290 Aðgerðir á skjaldkirtli

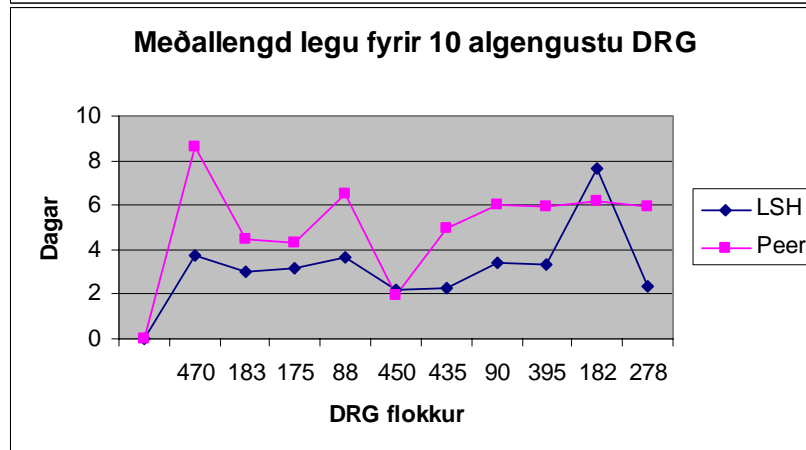
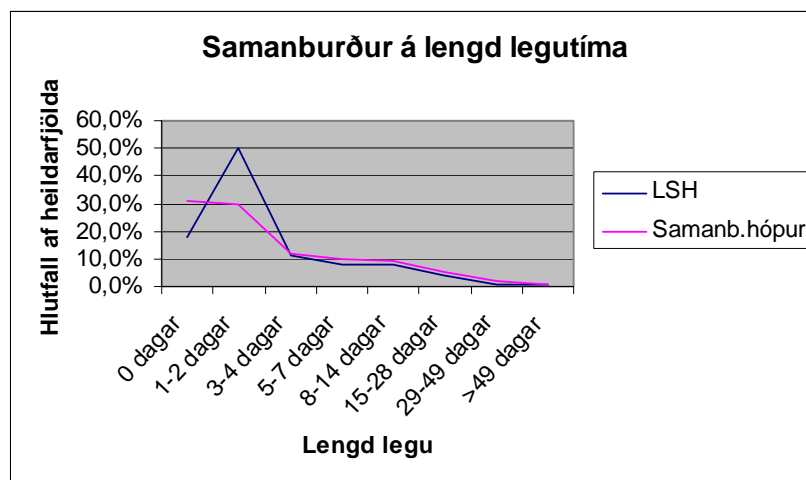
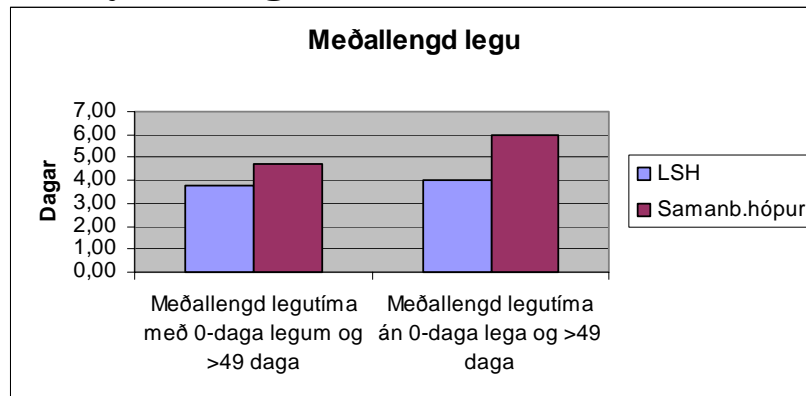
## Meltingarlækningar



- 183 Vélindisbólga, raskanir í maga og görnum og ýmsar meltingarraskanir án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 179 Bólgsjúkdómur í þarmi
- 470 Verður ekki skipað í hóp
- 395 Rauðkornaraskanir, eldri en 17 ára
- 175 Blæðing í maga og görnum án aukakvilla
- 204 Raskanir í brisi, nema illkynja sjúkdómur
- 297 Næringartruflanir og ýmsar efnaskiptaraskanir án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 182 Vélindisbólga, raskanir í maga og görnum og ýmsar meltingarraskanir með aukakvillum, 18 ára og eldri
- 435 Misnotar áfengi og lyf eða er háður þeim. Afneitun eða önnur einkennameðferð, án aukakvilla.
- 467 Aðrir þættir sem áhrif hafa á heilbrigðisástand

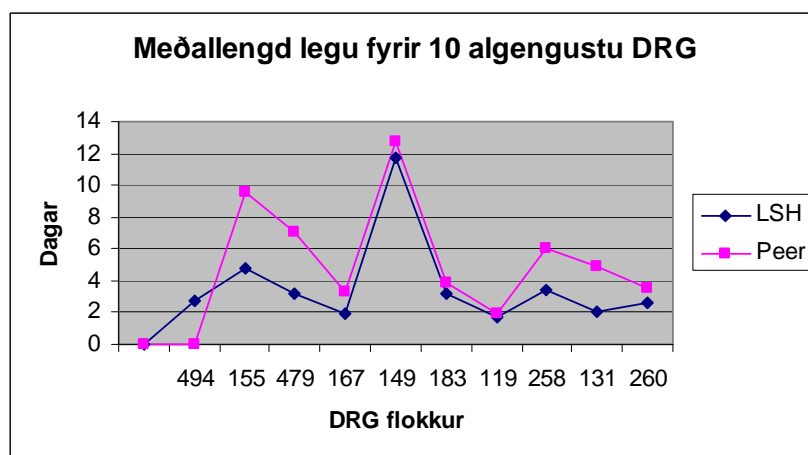
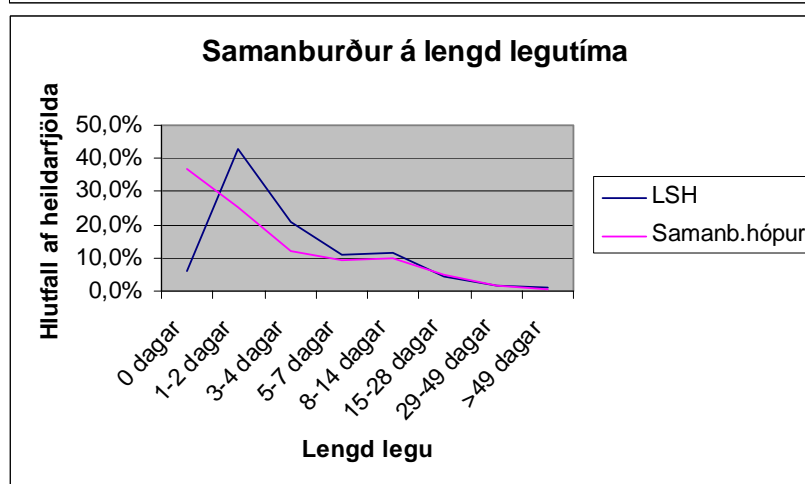
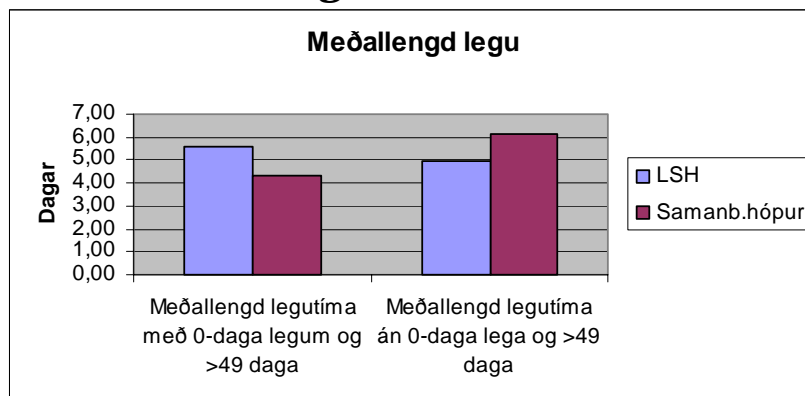


## Almennar lyflækningar



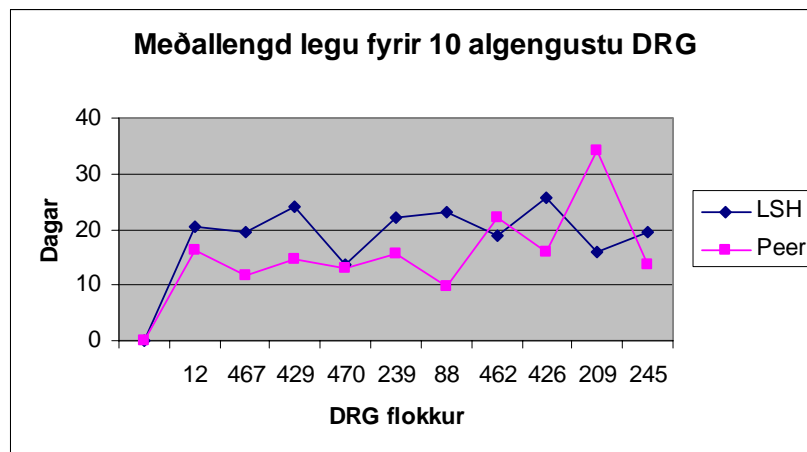
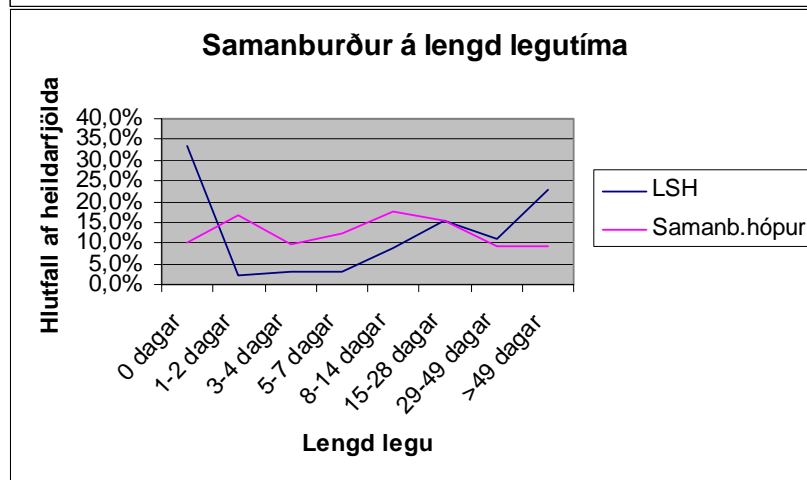
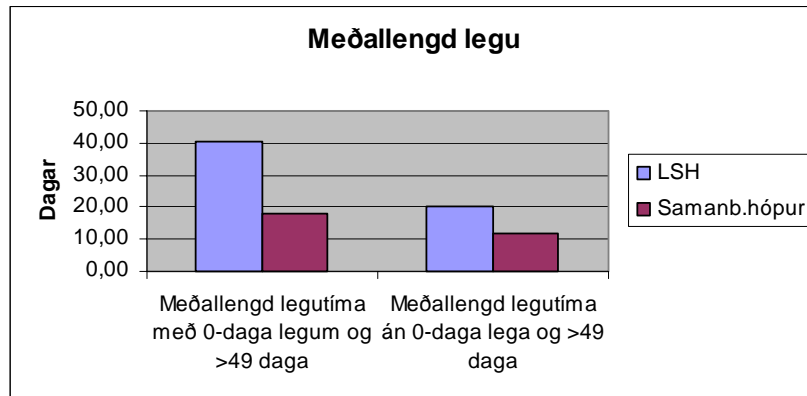
- 470 Verður ekki skipað í hóp
- 183 Vélindisbólga, raskanir í maga og görnum og ýmsar meltingarraskanir án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 175 Blæðing í maga og görnum án aukakvilla
- 88 Langvinnur teppulungnasjúkdómur
- 450 Eitranir af efnum og eitrunaráhrif lyfja án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 435 Misnotar áfengi og lyf eða er háður þeim. Afneitun eða önnur einkenameðferð, án aukakvilla.
- 90 Einföld lungnabólga og fleiðrubólga án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 395 Rauðkornaraskanir, eldri en 17 ára
- 182 Vélindisbólga, raskanir í maga og görnum og ýmsar meltingarraskanir með aukakvillum, 18 ára og eldri
- 278 Húðbeðsbólga án aukakvilla, 18 ára og eldri

## Almennar skurðlækningar



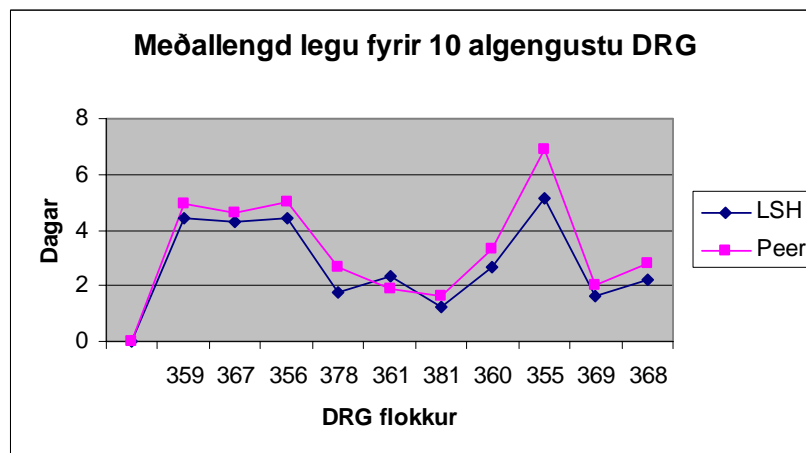
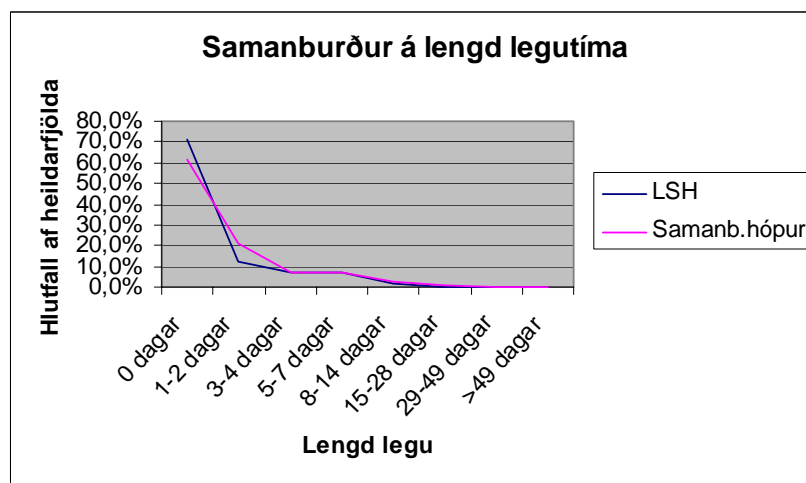
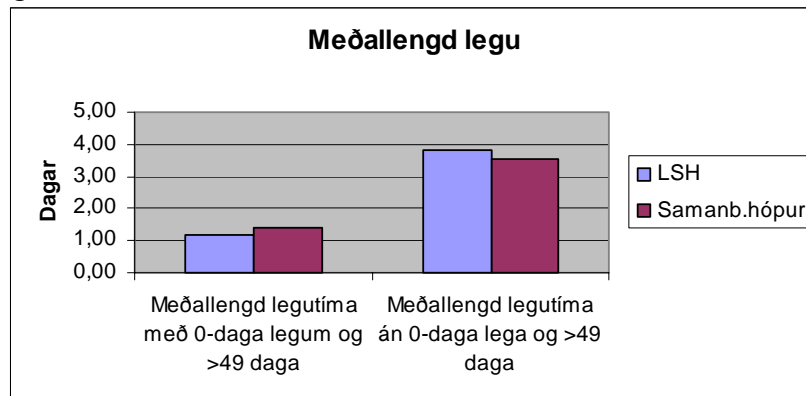
- 494 Gallblöðrunám um kviðarholssjá án könnunar gallrásar, án aukakvilla
- 155 Aðgerðir á maga, vélindi og skeifugörn án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 479 Æðaaðgerðir án aukakvilla
- 167 Botnlangaskurður án margslunginnar megingreiningar án aukakvilla
- 149 Meiri háttar aðgerðir á mjógirni og digurgirni án aukakvilla
- 183 Vélindisbólga, raskanir í maga og görnunum og ýmsar meltingarraskanir án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 119 Bundið fyrir bláæðar og brotnám bláæða
- 258 Brjóstnám að fullu vegna illkynja sjúkdóms án aukakvilla
- 131 Útæðaraskanir án aukakvilla
- 260 Brjóstnám að hluta vegna illkynja sjúkdóms án aukakvilla

## Öldrunarlækningar



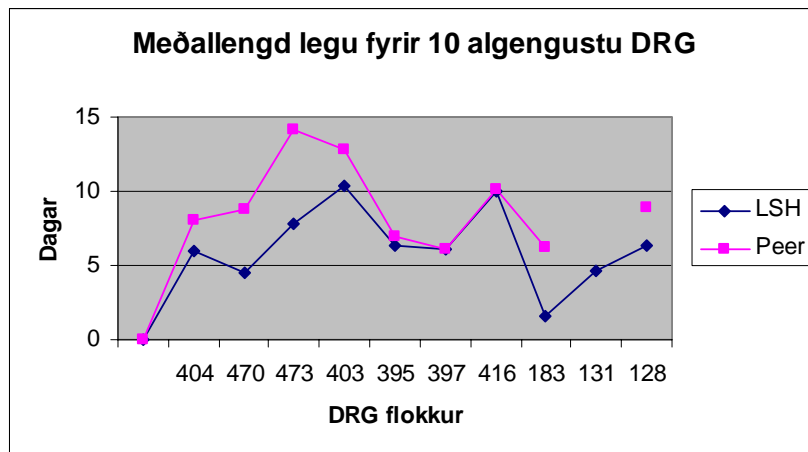
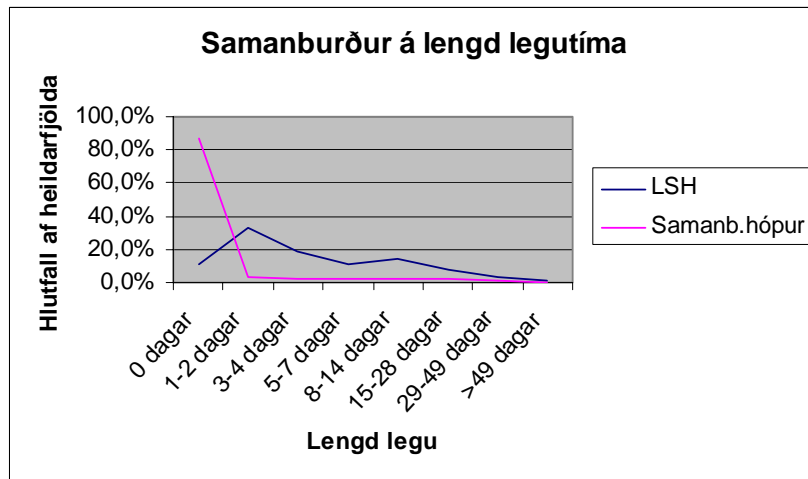
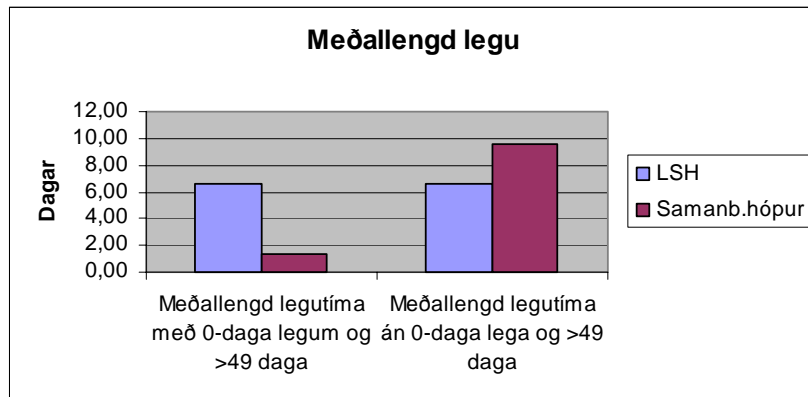
- 12 Hrörnunarraskanir í taugakerfi
- 467 Aðrir þættir sem áhrif hafa á heilbrigðisástand
- 429 Vefrænar geðraskanir og þroskahefing (vitsmunavanþroski)
- 470 Verður ekki skipað í hóp
- 239 Sjúkleg beinbrot og illkynja sjúkdómar í vöðvum, beinum og bandvef
- 88 Langvinnur teppulungnasjúkdómur
- 462 Endurhæfing
- 426 Hugraskanir, geðlæggðargerðar
- 209 Meiri háttar aðgerðir á liðum og enduráfesting á neðri útlím
- 245 Beinsjúkdómar og sértækir liðkvillar án aukakvilla

## Kvensjúkdómar



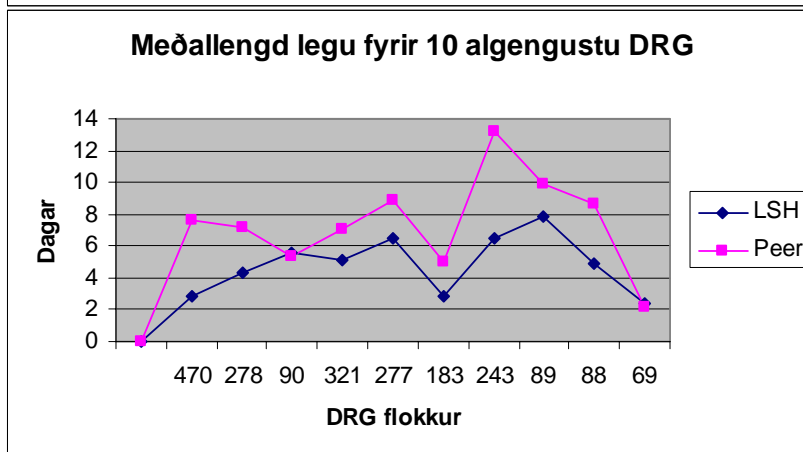
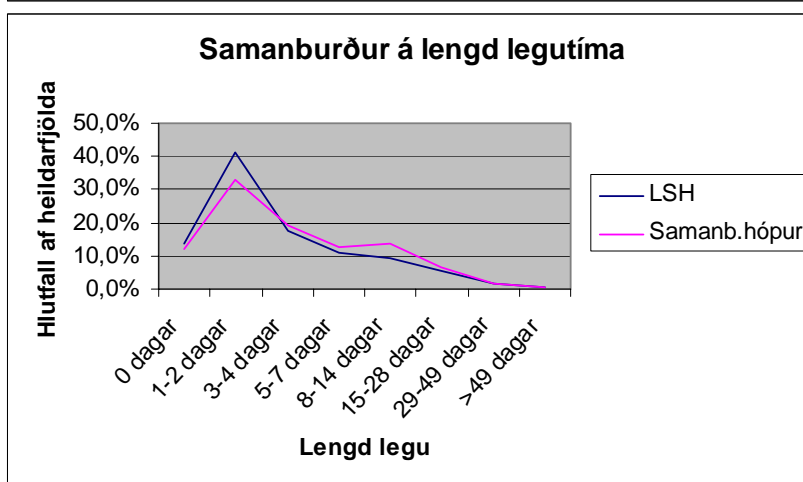
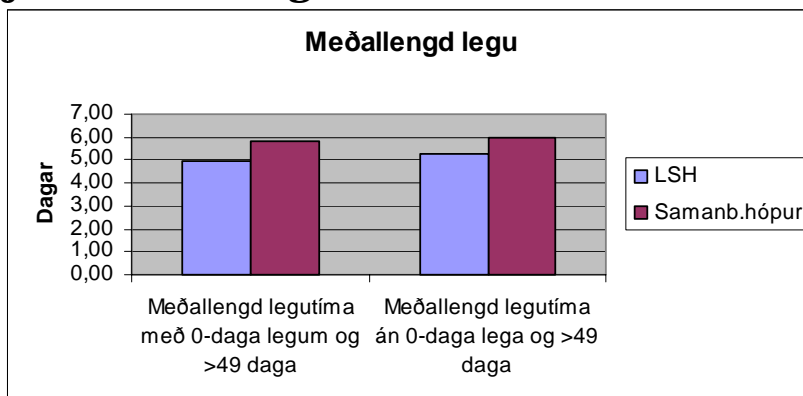
- 359 Aðgerðir á legi og viðhengjum legs, vegna sjúkdóms sem ekki er illkynja, án aukakvilla
- 367 Illkynja sjúkdómar í getnaðarfærum kvenna án aukakvilla
- 356 Aðgerðir til þess að endurgera getnaðarfæri kvenna
- 378 Utanlegsþykkt
- 361 Skoðun innri kynfæra konu um kviðsjá eða ófrjósemisaðgerð í kviðaropnun
- 381 Fóstureyðing með útvíkkun legháls og útskafi, útsogi eða legskurði
- 360 Aðgerðir á leggöngum, leghálsi og sköpum
- 355 Aðgerðir á legi og viðhengjum legs vegna illkynja sjúkdóma
- 369 Tíðatruflanir og aðrar raskanir í getnaðarfærum kvenna
- 368 Smitsjúkdómar í getnaðarfærum kvenna

## Blóðlækningar



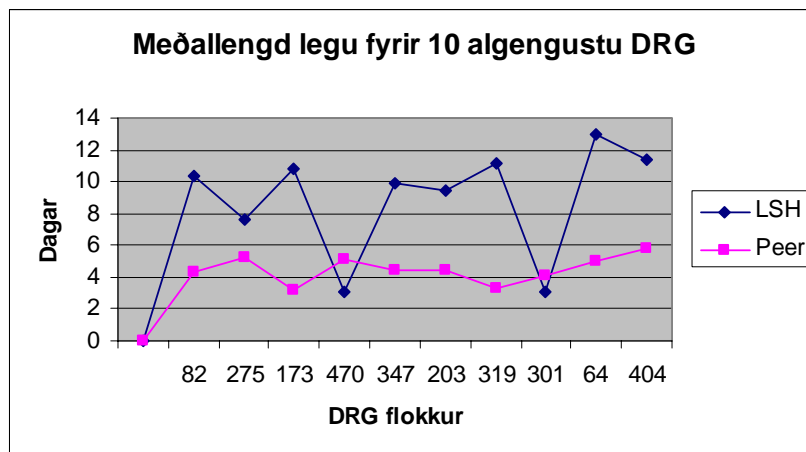
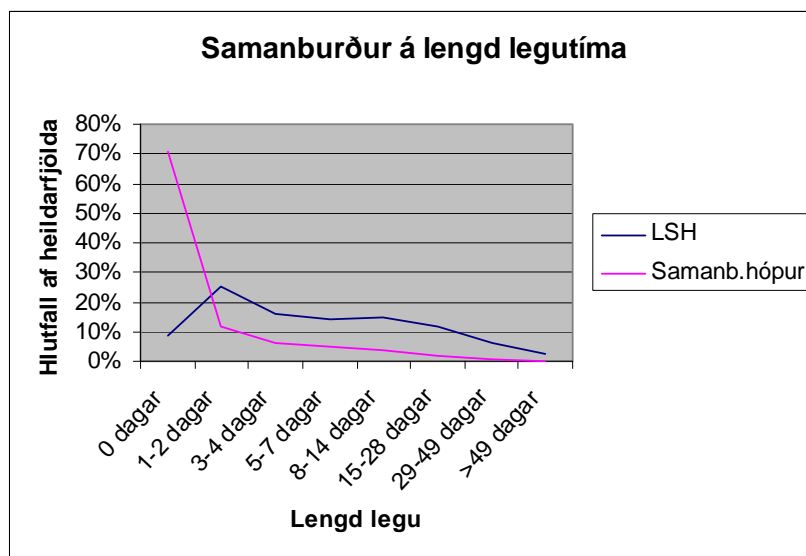
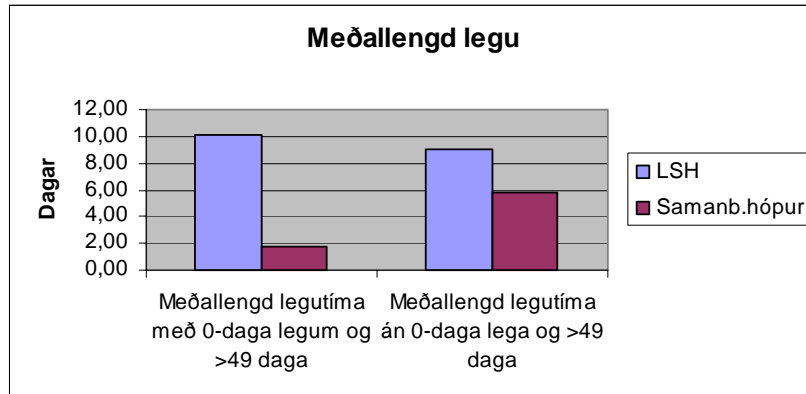
- 404 Eitilæxli og hvitblæði
- 470 Verður ekki skipað í hóp
- 473 Brátt hvitblæði án meiri háttar aðgerðar á skurðstofu, 18 ára og eldri
- 403 Eitilæxli og hvitblæði, ekki brátt, með aukakvillum
- 395 Rauðkornaraskanir, eldri en 17 ára
- 397 Storknunarraskanir
- 416 Sýklablæði, 18 ára og eldri
- 183 Vélindisbólga, raskanir í maga og görnum og ýmsar meltingarraskanir án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 131 Útæðaraskanir án aukakvilla
- 128 Djúp segablæðabólga

## Smitsjúkdómalækningar



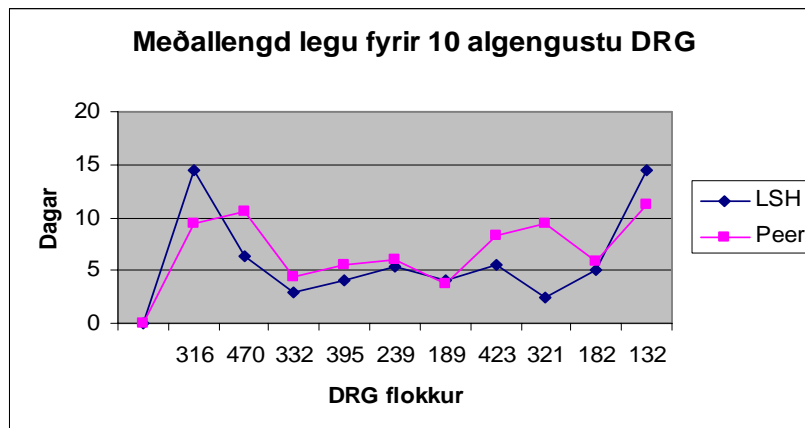
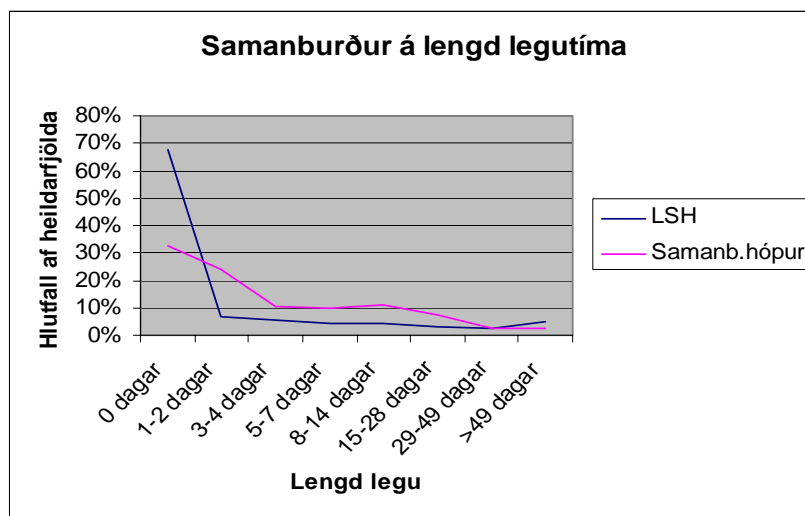
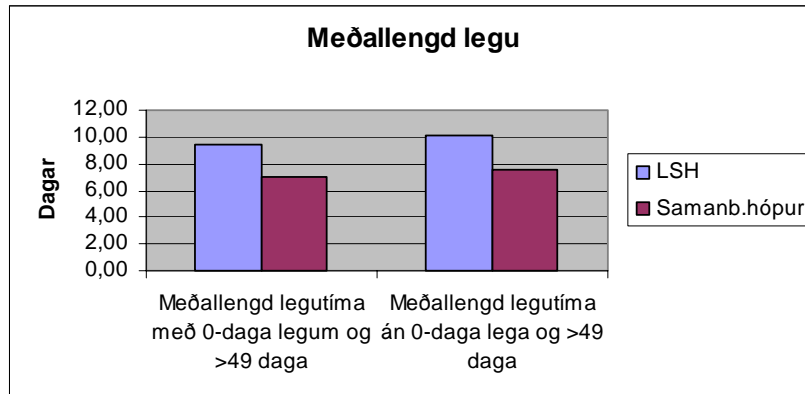
- 470 Verður ekki skipað í hóp
- 278 Húðbeðsbólga án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 90 Einföld lungnabólga og fleiðrubólga án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 321 Nýra- og þvæggessýkingar án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 277 Húðbeðsbólga með aukakvilla, 18 ára og eldri
- 183 Vélindisbólga, raskanir í maga og görnum og ýmsar meltingarraskanir án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 243 Vélindisbólga, raskanir í maga og görnum og ýmsar meltingarraskanir án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 89 Einföld lungnabólga og fleiðrubólga með aukakvillum, 18 ára og eldri
- 88 Langvinnur lungnateppusjúkdómur
- 69 Miðeyrnabólga og sýking í efri loftvegum án aukakvilla, 18 ára og eldri

## Krabbameinslækningar



- 82 Æxli í öndunarfærum
- 275 Illkynja brjóstarkæðanir án aukakvilla
- 173 illkynja sjúkdómur í meltingarfærum án aukakvilla
- 470 Verður ekki skipað í hóp
- 347 Illkynja sjúkdómur í getnaðarfærum karla án aukakvilla
- 203 Illkynja sjúkdómur í lifur, gallkerfi eða brisi
- 319 Nýra- og þvagsæxli án aukakvilla
- 301 Innkirtlarækanir án aukakvilla
- 64 Illkynja æxli í nefi, munn og hálsi
- 404 Eitilæxli og hvítblæði, ekki brátt, án aukakvilla

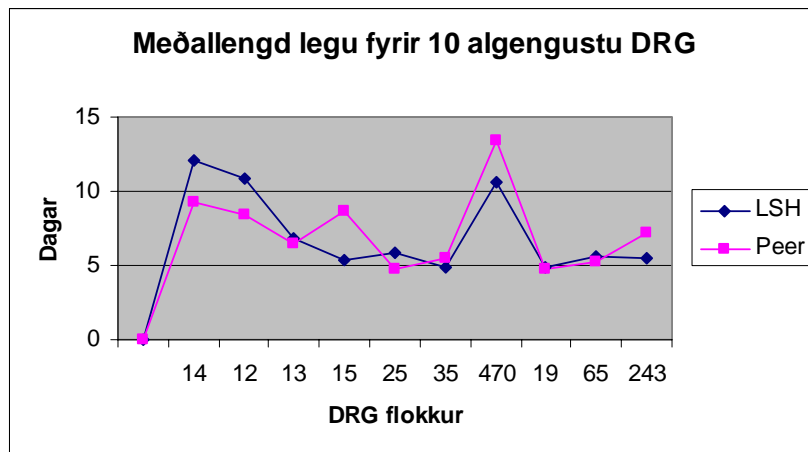
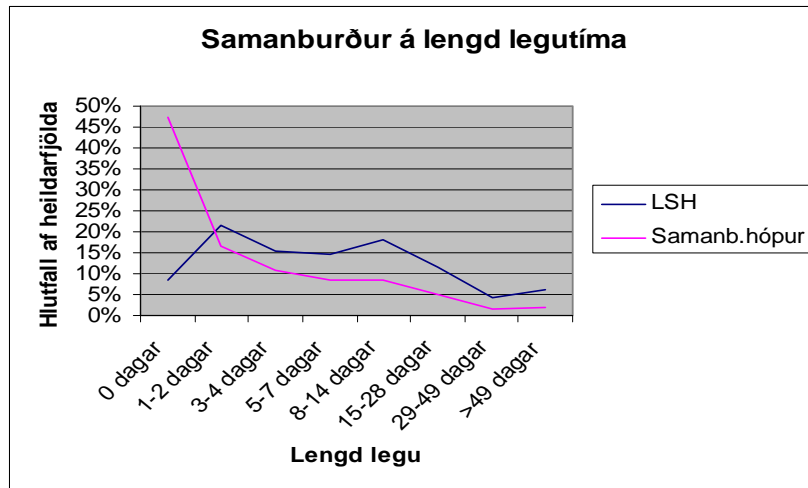
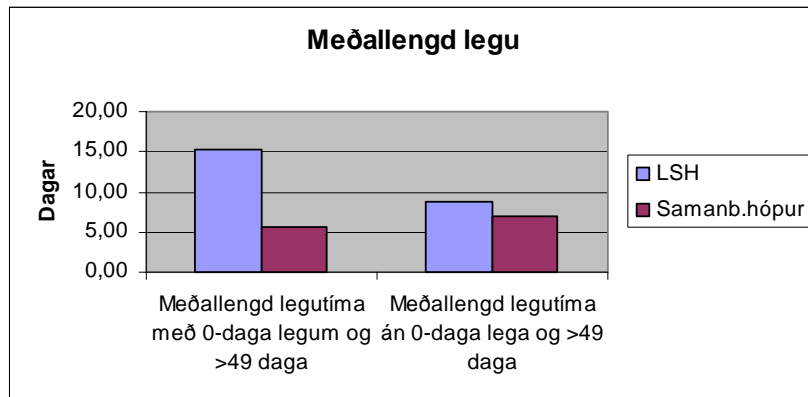
## Nýmalækningar



- 316 Nýrnabilun
- 470 Verður ekki skipað í hóp
- 332 Sjúkleiki í nýra og þvagvegi, annar, án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 395 Rauðkornaraskanir, eldri en 17 ára
- 239 Sjúkleg beinbrot og illkynja sjúkdómar í vöðvum, beinum og bandvef
- 189 Sjúkleiki í meltingarkerfi, annar, án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 423 Smit- og sniklasjúkdómar, aðrir
- 321 Nýra- og þvagvegssýkingar án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 182 Vélindisbólga, raskanir í maga og görnum og ýmsar meltingarraskanir með aukakvillum, 18 ára og eldri
- 132 Slagæðafituherzli með aukakvillum

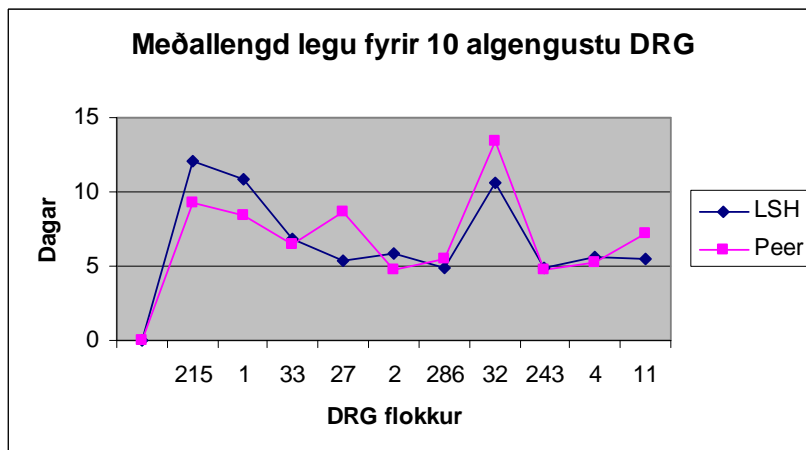
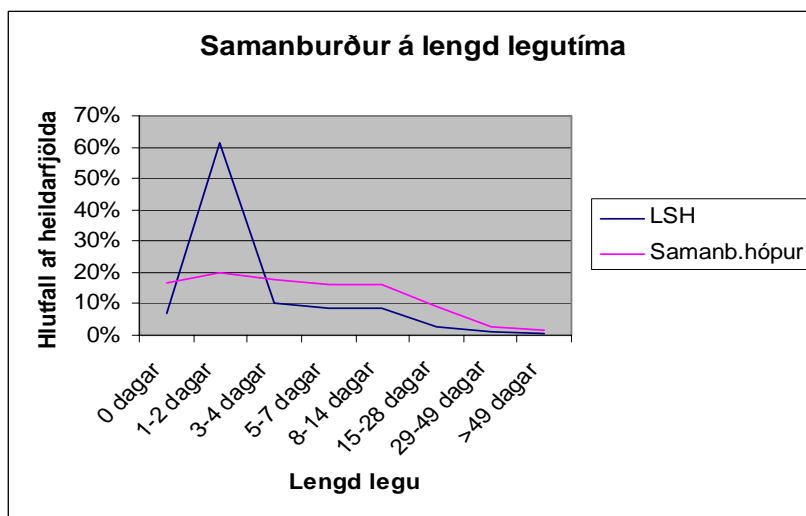
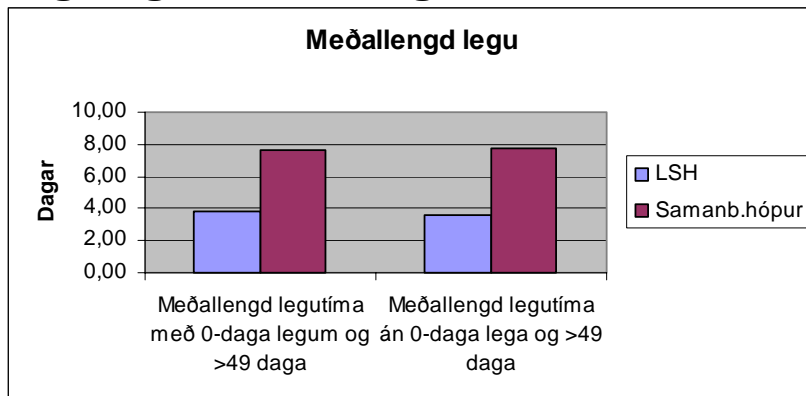


## Taugalækningar



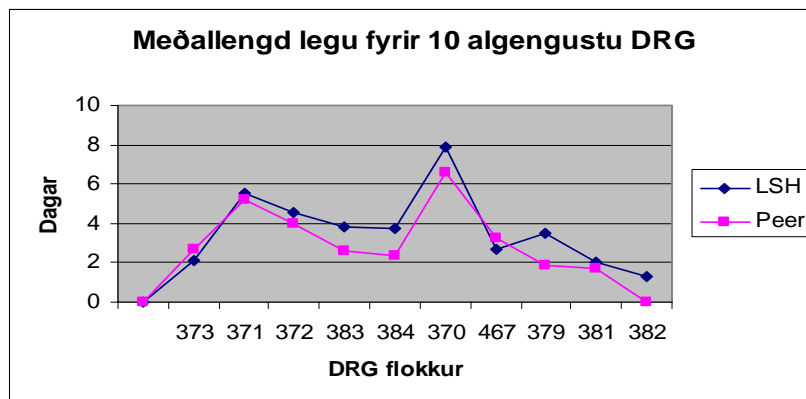
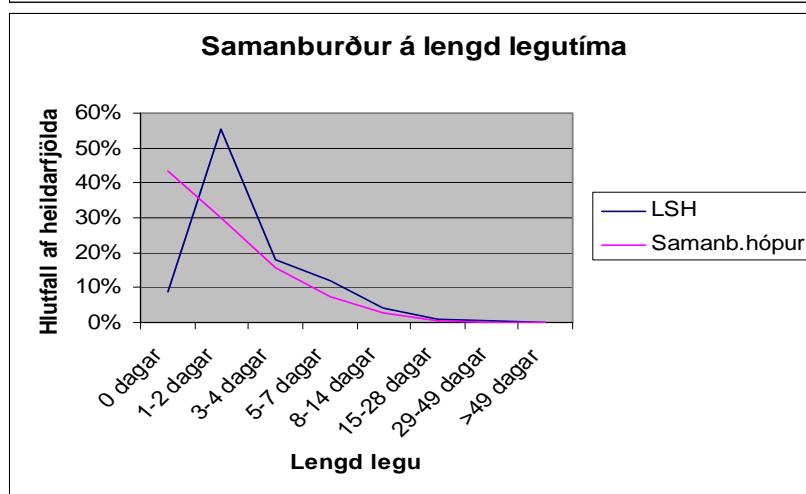
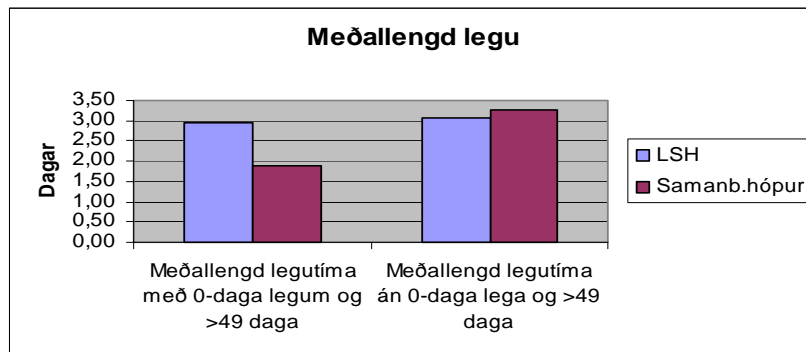
- 14 Sérþækar heilaeðaraskanir, nema skammvinnnt heilablóðþurrðarrask
- 12 Hrönnunarraskanir í taugakerfi
- 13 Heila-mænisigg og hnykilslingur
- 15 Skammvinnnt heilablóðþurrðarrask og lokanir æða neðan heila
- 25 Flog og höfuðverkur án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 35 Raskanir í taugakerfi, aðrar, án aukakvilla
- 470 Verður ekki skipað í hóp
- 19 Raskanir á heilataugum og úttaugum án aukakvilla
- 65 Jafnvægistruflun
- 243 Læknisfræðilegur bakvandi

## Heila- og taugaskurðlækningar



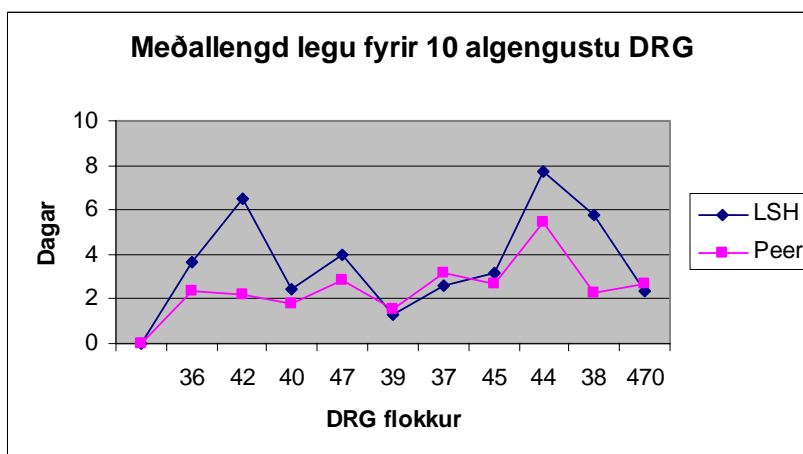
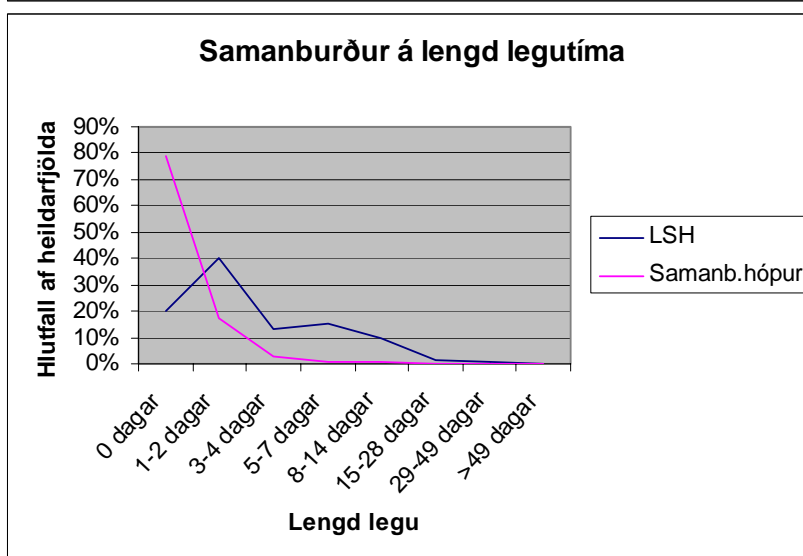
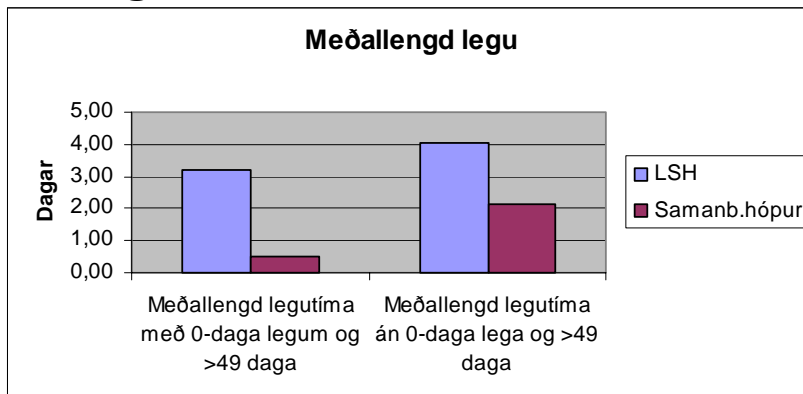
- 215 Aðgerðir á baki og hálsi án aukakvilla
- 1 Kúpuopnun, nema vegna áverka, 18 ára og eldri
- 33 Heilahristingur, 17 ára og yngri
- 27 Alvarleg heilameiðsl af áverka
- 2 Kúpuopnun, vegna áverka, 18 ára og eldri
- 286 Aðgerðir á nýrlum og dingli
- 32 Heilahristingur, án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 243 Læknisfræðilegur bakvandi
- 4 Aðgerðir á mænu
- 11 Æxli í taugakerfi án aukakvilla

## Meðganga og fæðing



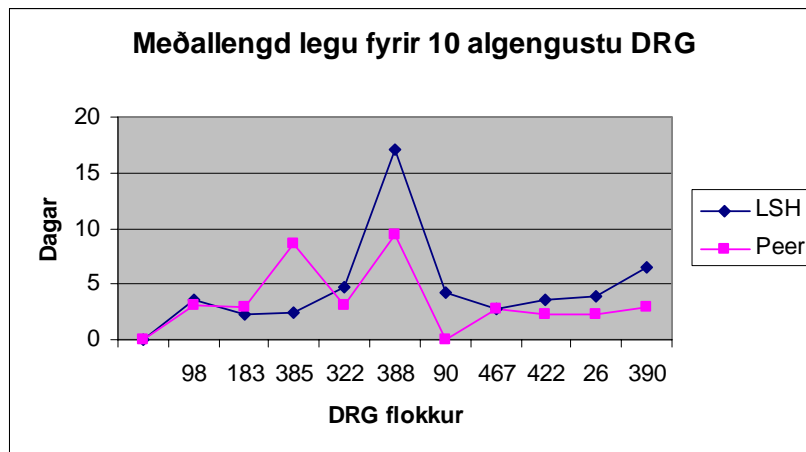
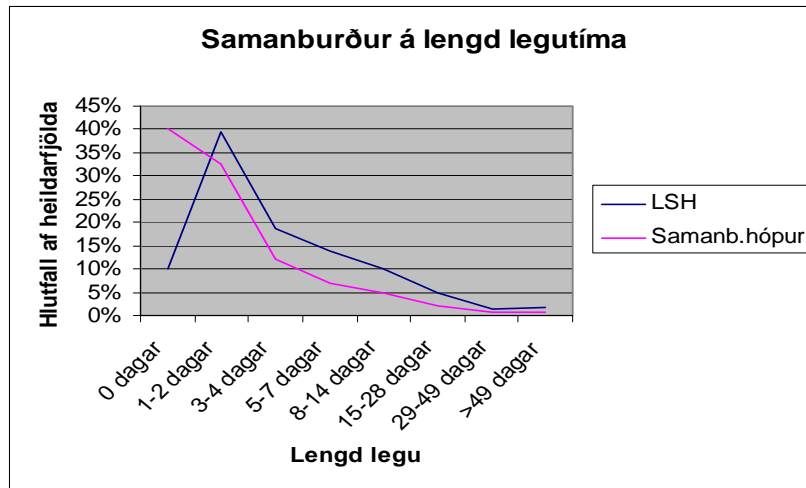
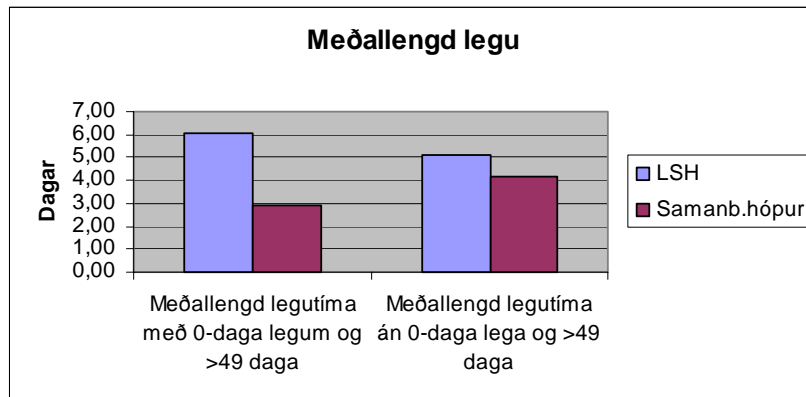
- 373 Fæðing um leggöng án aukakvilla
- 371 Keisaraskurður án aukakvilla
- 372 Fæðing um leggöng með aukakvillum
- 383 Sjúkleiki fyrir fæðingu, annar, með aukakvillum
- 384 Sjúkleiki fyrir fæðingu, annar, án aukakvilla
- 370 Keisaraskurður með aukakvillum
- 467 Aðrir þættir sem áhrif hafa á heilbrigðisástand
- 379 Yfirvofandi fósturlát
- 381 Fóstureyðing með útvíkkun legháls og útskafi, útsogi eða legskurði
- 382 Tálhriðir

## Augnlækningar



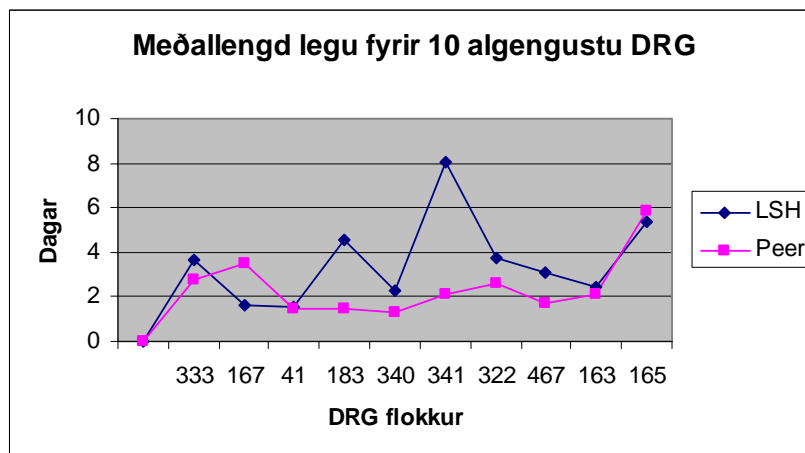
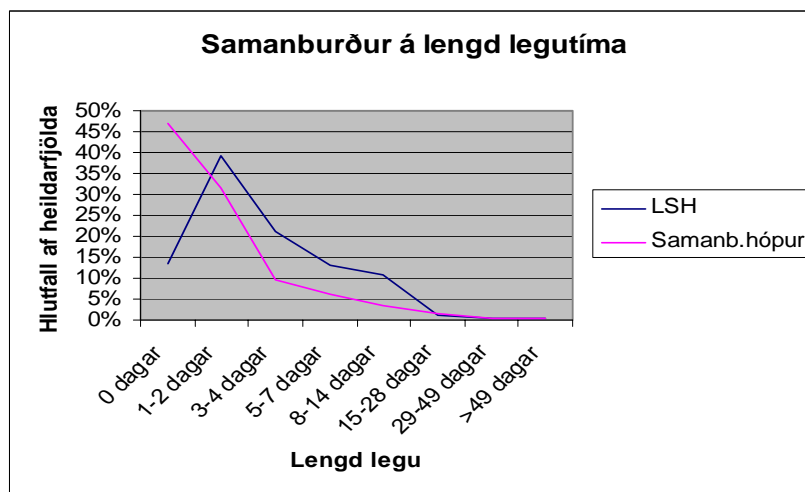
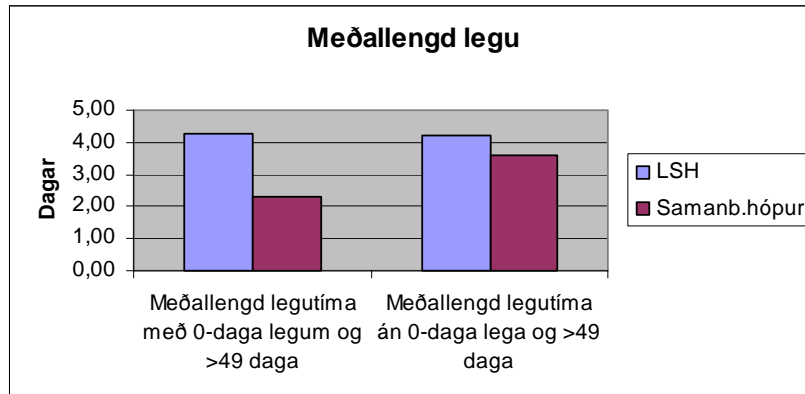
- 36 Aðgerðir á sjónu
- 42 Aðgerðir innan auga, nema á sjónu, litu og augasteini
- 40 Aðgerðir utan auga, nema augntótt, 18 ára og eldri
- 47 Raskanir í auga án aukakvilla, aðrar, 18 ára og eldri
- 39 Aðgerðir á augasteini með eða án brotnáms glerkleggja
- 37 Aðgerðir í augntótt
- 45 Augnraskanir af taugrænum toga
- 44 Bráðar meiri háttar augnsýkingar
- 38 Frumaðgerðir á litu
- 470 Verður ekki skipað í hóp

## Barnalækningar



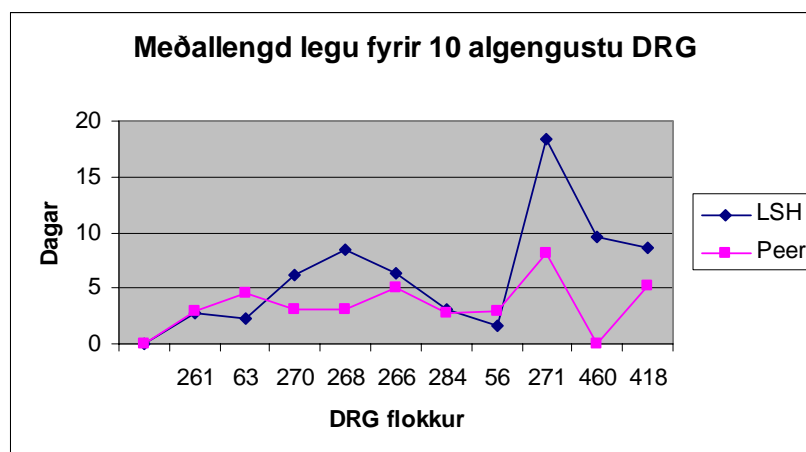
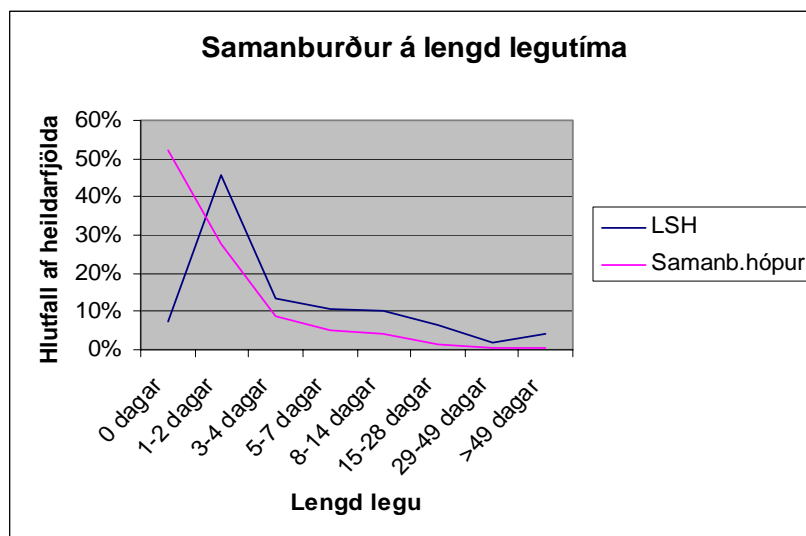
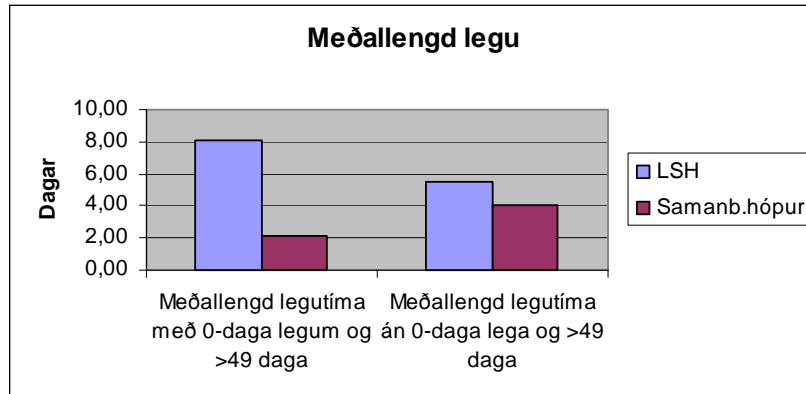
- 98 Berkjubólga og asmi 17 ára og yngri
- 183 Vélindisbólga, raskanir í maga og görnum og ýmsar meltingarraskanir án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 385 Nýburi, dáinn eða fluttur á aðra deild
- 322 Nýra- og þvagvegssýkingar, 17 ára og yngri
- 388 Nýburi m/á markháttaðra vandamála
- 90 Einföld lungnabólga og fleiðrubólga án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 467 Aðrir þættir sem áhrif hafa á heilbrigðisástand
- 422 Veirusótt og hiti af óþekktum uppruna, 17 ára og yngri
- 26 Flog og höfuðverkur, 17 ára og yngri
- 390 Nýburi með annað verulegt vandamál

## Barnaskurðlækningar



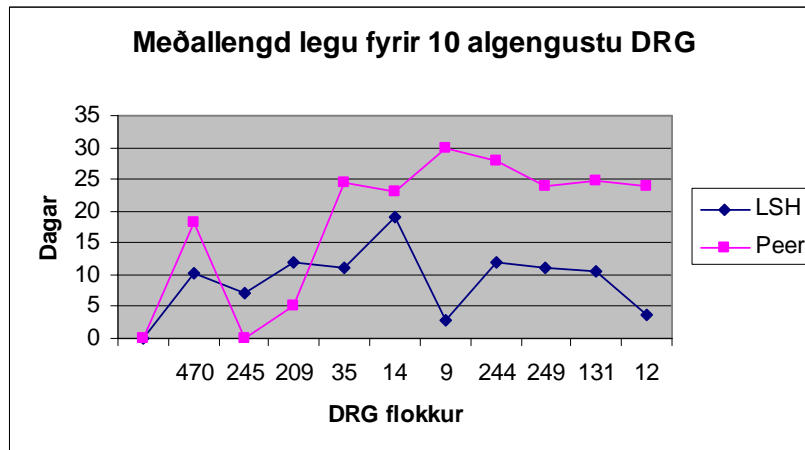
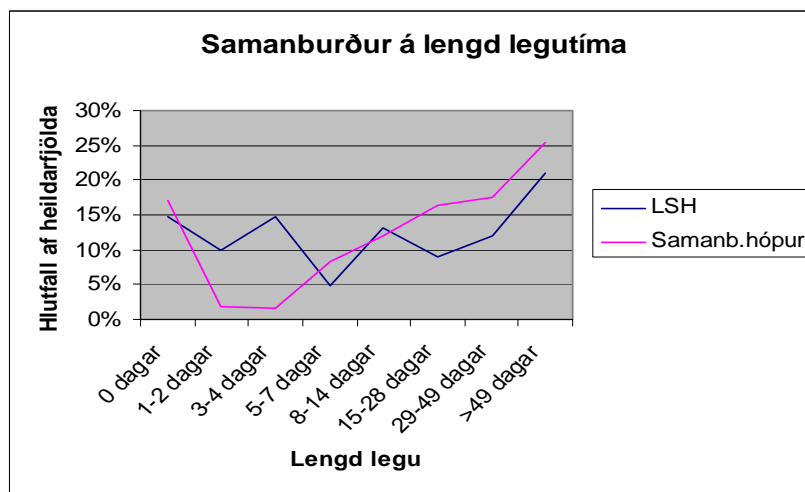
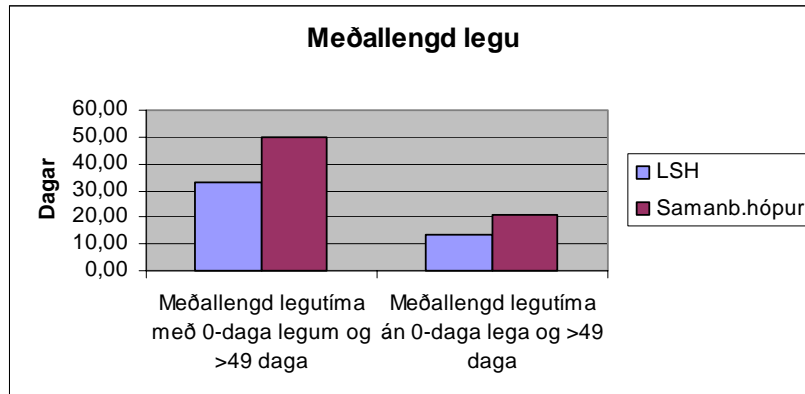
- 333 Sjúkleiki í nýra og þvagsvegi, annar, 17 ára og yngri
- 167 Botnlangaskurður án margslunginnar megingreiningar án aukakvilla
- 41 Aðgerðir utan auga, nema augntótt, 17 ára og yngri
- 183 Vélindisbólga, raskanir í maga og górnnum og ýmsar meltingarraskanir án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 340 Aðgerðir á eistum vegna sjúkleika sem ekki er illkynja, 17 ára og yngri
- 341 Aðgerðir á reðri
- 322 Nýra- og þvagsvegssýkingar, 17 ára og yngri
- 467 Aðrir þættir sem áhrif hafa á heilbrigðisástand
- 163 Haulaðgerðir, 17 ára og yngri
- 165 Botnlangaskurður með margslunginnar megingreiningar án aukakvilla

## Lýtalækningar



- 261 Aðgerðir á brjóstum, nema sýnitaka og staðbundið úrnám, vegna sjúkleika sem ekki er illkynja
- 63 Aðgerð á skurðstofu á eyra, nefi, munn og hálsi, önnur
- 270 Aðgerðir á húð, húðbeð og brjóstum, aðrar, án aukakvilla
- 268 Lýtaaðgerðir á húð, húðbeð og brjóstum
- 266 Ágræðsla húðar, önnur en vegna húðsárs eða húðbeðsbólgu án aukakvilla
- 284 Minni háttar húðraskanir án aukakvilla
- 56 Neflöggun
- 271 Húðsár
- 460 Brunar, ekki viðtækir, án aðgerða á skurðstofu
- 418 Sýkingar í kjölfar aðgerða og áverka

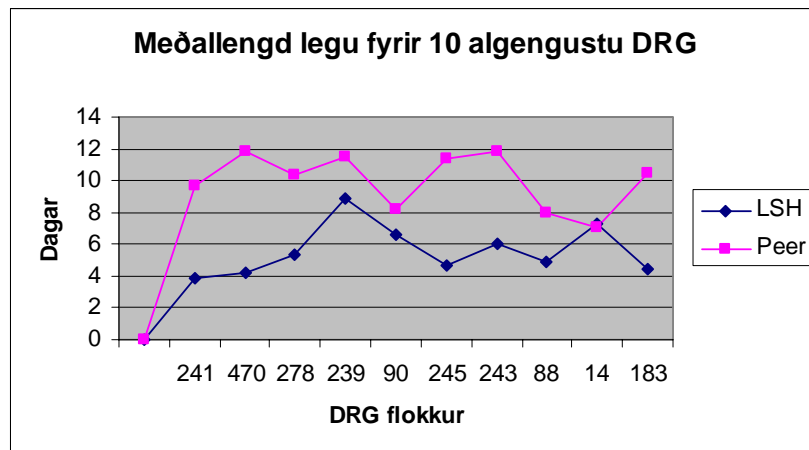
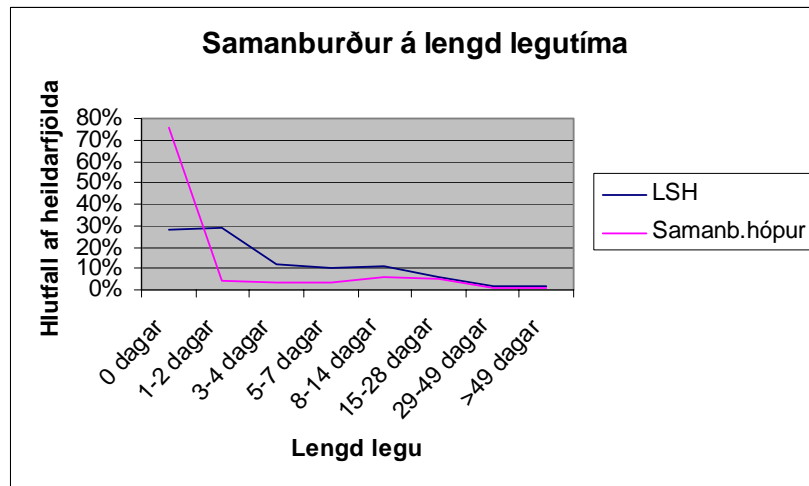
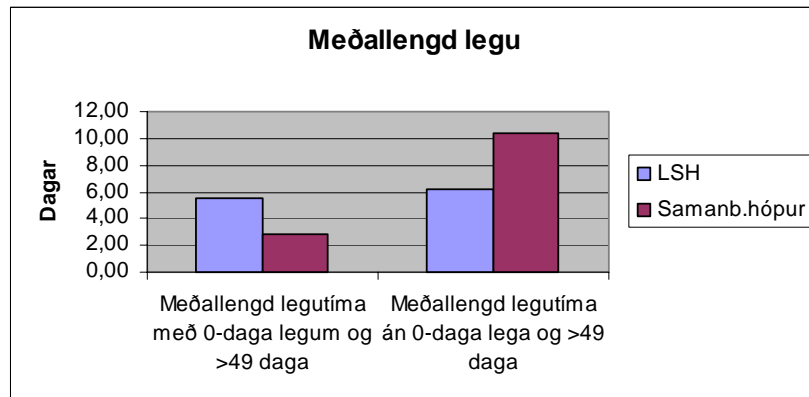
## Endurhæfingarlækningar



- 470 Verður ekki skipað í hóp
- 245 Beinsjúkdómar og sértækir liðkvilla án aukakvilla
- 209 Meiri háttar aðgerðir á liðum og enduráfesting á neðri útlím
- 35 Raskanir í taugakerfi, aðrar, án aukakvilla
- 14 Sértækar heilæðaraskanir, nema skammvinnt heilablóðþurrðarrask
- 9 Raskanir og meiðsli á mænu
- 244 Beinsjúkdómar og sértækir liðkvillar með aukakvillum
- 249 Framhaldsmeðferð vegna sjúkleika í vöðvum, beinum og bandvef
- 131 Útæðaraskanir án aukakvilla
- 12 Hrönnunarraskanir í taugakerfi

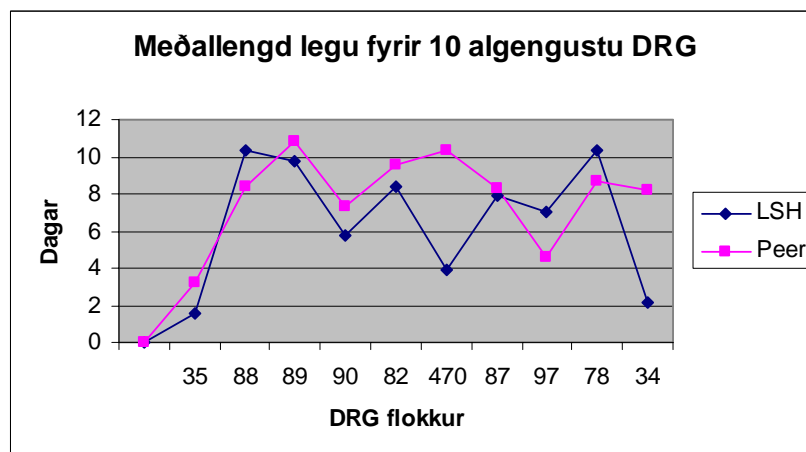
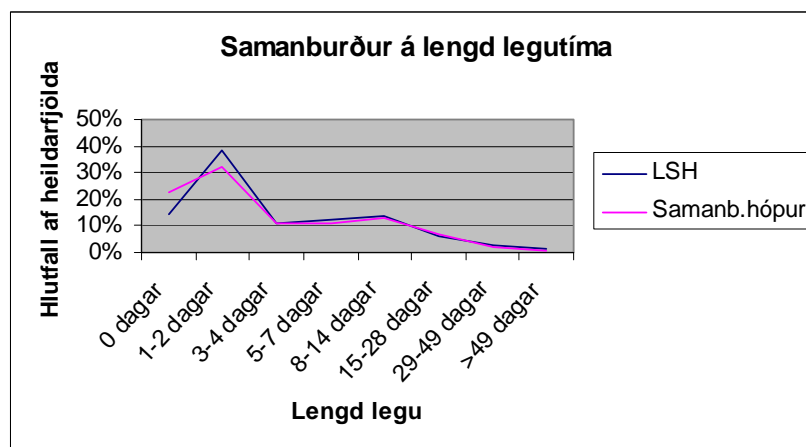
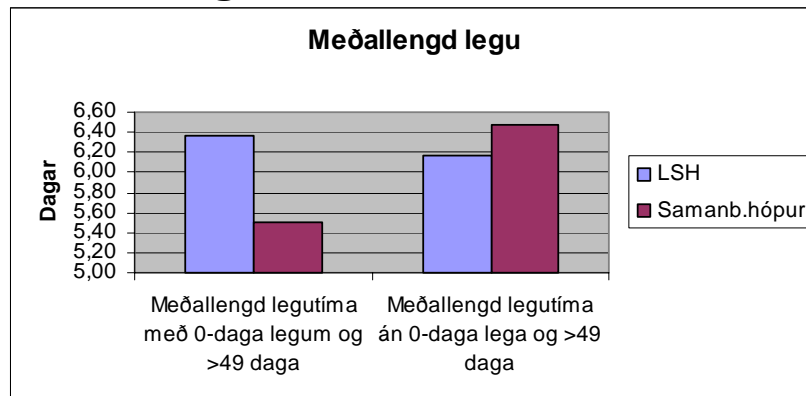


## Gigtarlækningar



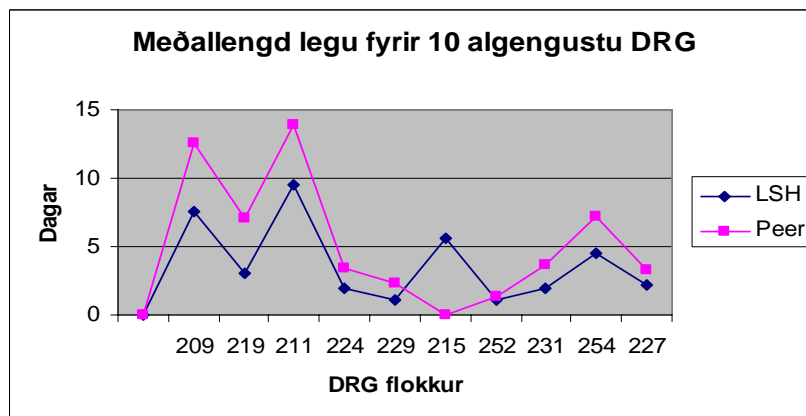
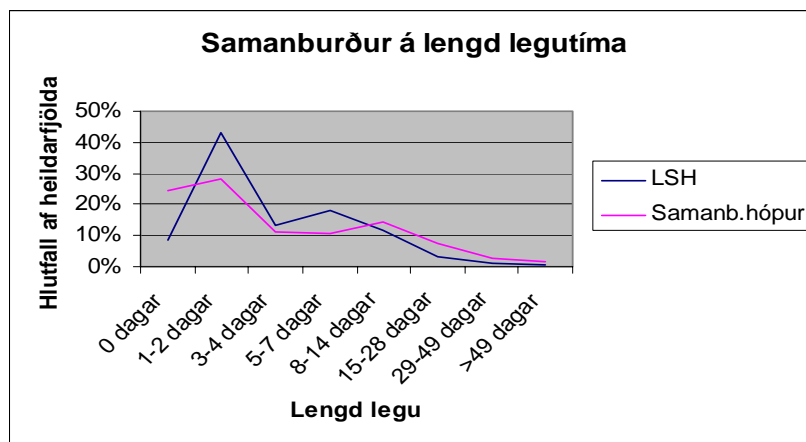
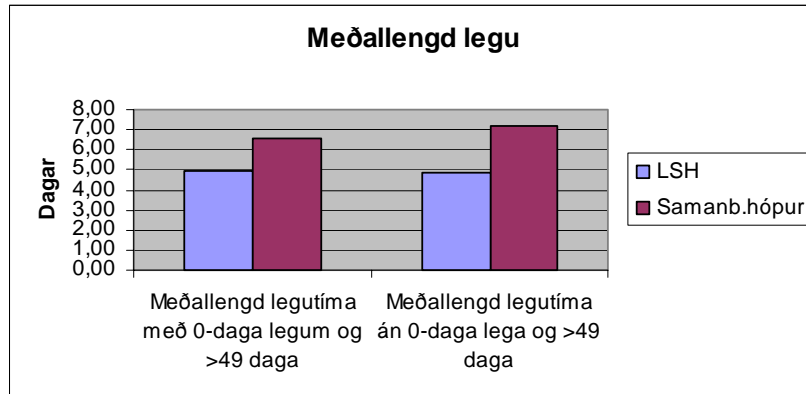
- 241 Bandvefsraskanir án aukakvilla
- 470 Verður ekki skipað í hóp
- 278 Húðbeðsbólga án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 239 Sjúkleg beinbrot og illkynja sjúkdómar í vöðvum, beinum og bandvef
- 90 Einföld lungnabólga og fleiðrubólga án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 245 Beinsjúkdómar og sértækir liðkvillar án aukakvilla
- 243 Læknisfræðilegur bakvandi
- 88 Langvinnur lungnateppusjúkdómur
- 14 Sértækar heilæðaraskanir, nema skammvinnt heilablóðþurrðarrask
- 183 Vélindisbólga, raskanir í maga og górnnum og ýmsar meltingarraskanir án aukakvilla, 18 ára og eldri

## Brjóstholslækningar



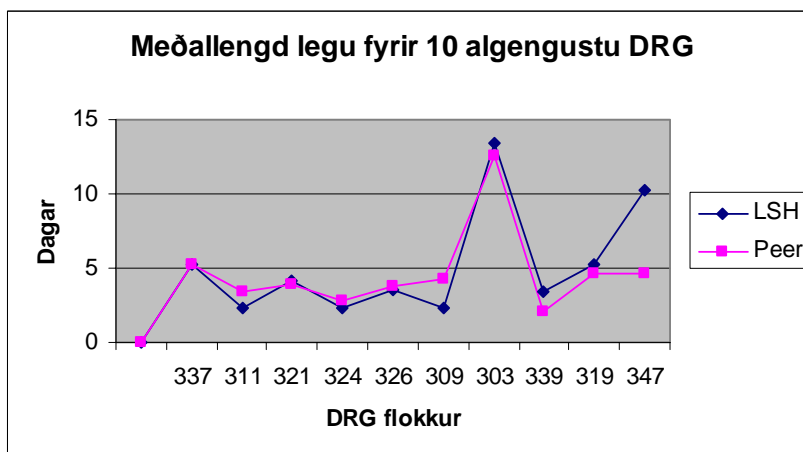
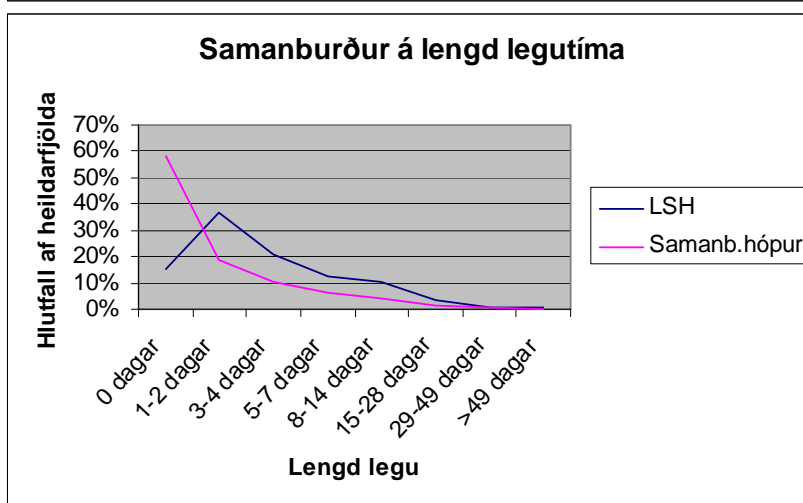
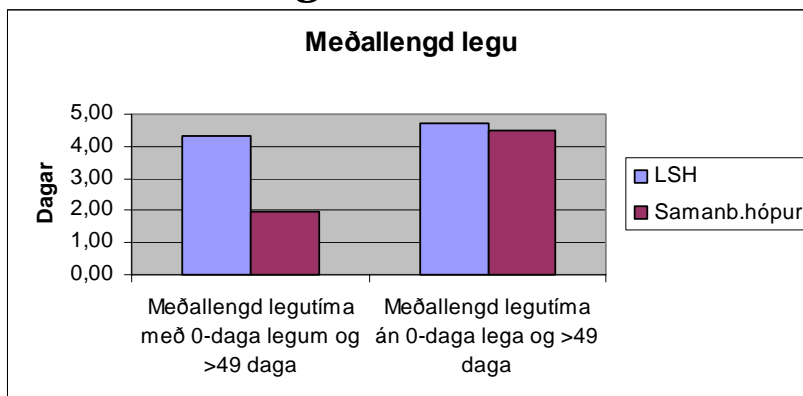
- 35 Raskanir í taugakerfi, aðrar, án aukakvilla
- 88 Langvinnur lungnateppusjúkdómur
- 89 Einföld lungnabólga og fleiðrubólga með aukakvillum, 18 ára og eldri
- 90 Einföld lungnabólga og fleiðrubólga án aukakvillum, 18 ára og eldri
- 82 Æxli í öndunarferum
- 470 Verður ekki skipað í hóp
- 87 Lungnabjúgur og öndunarferabilun
- 97 Berkjubólga og asmi með aukakvillum, 18 ára og eldri
- 78 Blóðreksstífla í lungum
- 34 Raskanir í taugakerfi, aðrar, með aukakvillum

## Slysa- og Bæklunarskurðlækningar



- 209 Meiri háttar aðgerðir á liðum og enduráfesting á neðri útlím
- 219 Aðgerðir á neðri útlím og á upparmslegg, nema mjöðm, fótur, lærleggur, án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 211 Aðgerðir á mjöðm og lærlegg, nema meiri háttar aðgerðir á liðum, án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 224 Aðgerðir á öxl, olnboga eða framhandlegg, nema meiri háttar aðgerðir á liðum, án aukakvilla
- 229 Aðgerðir á hönd eða úlnlið, nema meiri háttar aðgerðir á liðum, án aukakvilla
- 215 Aðgerðir á baki og hálsi án aukakvilla
- 252 Beinbrot, tognun, ofreynsla og liðhlaup í framhandlegg, hönd, fæti, án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 231 Staðbundið úrnám og fjarlæging innri festibúnaðar úr mjöðm og lærlegg
- 254 Beinbrot, tognun, ofreynsla og liðhlaup í upphandlegg, fótlegg, nema fæti, án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 227 Aðgerðir á mjúkvefjum án aukakvilla

## Þvágfæraskurðlækningar



- 337 - Hveksnám um þvagrás með aukakvilla
- 311 - Aðgerðir um þvagrás án aukakvilla
- 321 - Nýra- og þvægvegssýkingar án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 324 - Þvágfærasteinar án aukakvilla
- 326 - Teikn og einkenni frá nýra og þvægvegi án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 309 - Minni háttar blöðruaðgerðir án aukakvilla
- 303 - Aðgerð á nýra, þvagál og meiri háttar aðgerð á blöðru vegna annars sjúkleika en æxlis, með aukakvillum
- 339 - Aðgerðir á eistum vegna sjúkleika sem ekki er illkynja, 18 ára og eldri
- 319 - Nýra- og þvægvegsæxli án aukakvilla
- 347 - Illkynja sjúkdómur í getnaðarfærum karla án aukakvilla.