

Desember 2005

Landspítali-háskólasjúkrahús

Árangur 1999–2004

Stjórnsýsluúttekt

Efnisyfirlit

SAMANTEKT.....	5
1 INNGANGUR.....	11
2 KOSTNAÐUR, MANNAFLI OG SKILVIRKNI 1999–2004.....	15
2.1 Kostnaður.....	15
2.2 Mannafli.....	16
2.3 Afköst.....	17
2.4 Legutími.....	18
2.5 Skurðaðgerðir.....	19
2.6 Skilvirkni.....	20
2.7 Þjónusta sjálfstætt starfandi sérfræðinga.....	21
3 SAMANBURÐUR VIÐ BRESK SJÚKRAHÚS	23
3.1 Samanburðarsjúkrahús	23
3.2 Kostnaður.....	24
3.3 Skilvirkni.....	27
3.4 Legur og legutími.....	29
3.5 Gæði þjónustu.....	33
4 STAÐA OG FRAMTÍÐARÞRÓUN.....	37
4.1 Viðbrögð við ábendingum.....	37
4.2 Stjórnunarvandi	42
HEIMILDARSKRÁ.....	45
VIÐAUKI I. SAMANBURÐARSJÚKRAHÚS VEGNA GEDHEILBRIGÐIS- STARFSEMI.....	47
VIÐAUKI II. LEGUR OG LEGUTÍMI VALINNA SÉRGREINA.....	49
VIÐAUKI III. LEGUR OG LEGUTÍMI - GEDLÆKNINGAR.....	77

TÖFLUR OG MYNDIR

Tafla 2.1	Þróun útgjalda 1999–2004.....	15
Tafla 2.2	Aðföng við þjónustu 1999–2004.....	16
Tafla 2.3	Fjöldi meðferða hjá LSH.....	17
Tafla 2.4	Þróun meðallegutíma 1999–2004.....	18
Tafla 2.5	Þróun á fjölda skurðaðgerða 1999–2004.....	19
Tafla 2.6	Skurðaðgerðir mældar í DRG einingum.....	20
Tafla 2.7	Framleiðni vinnuafls.....	20
Tafla 2.8	Framleiðni rekstrarútgjalda.....	21
Tafla 2.9	Þjónusta sjálfstætt starfandi sérfræðinga 1999–2004.....	21
Tafla 3.1	Fjöldi meðferða.....	24
Tafla 3.2	Samanburður á launum á stöðugildi 2002 og 2004.....	25
Tafla 3.3	Samanburður á verði 28 algengustu DRG flokka á LSH 2004.....	26
Tafla 3.4	Samanburður á skilvirkni og kostnaði 2004.....	27
Tafla 3.5	Framleiðni vinnuafls 2004 – leguígildi.....	27
Tafla 3.6	Hlutfallsleg skipting vinnuafls eftir starfsflokkum.....	28
Tafla 3.7	Framkvæmd nokkurra algengra aðgerða á skurðstofum dagdeilda.....	29
Mynd 3.1	Samanburður á meðallengd legu, allt sjúkrahúsið.....	30
Mynd 3.2	Meðallegutími 10 algengustu DRG flokka hjá LSH í heild.....	30
Tafla 3.8	Meðallegutími eftir sérgreinum 2002 og 2004.....	32
Tafla 3.9	Samanburður á gæðum – afdrif sjúklinga.....	34
Tafla 3.10	Samanburður fjögurra gæðapátta eftir sérgreinum.....	35

Samantekt

Markmið þessarar úttektar var að meta árangur af sameiningu sjúkrahúsanna í Reykjavík á árunum 1999–2004. Úttektin var unnin í framhaldi af úttekt Ríkisendurskoðunar á árangri af sameiningu spítalanna árin 1999 til 2002. Meðan á þeirri úttekt stóð kom fram það sjónarmið að of snemmt væri að meta árangurinn þar sem sameiningarferlinu væri í raun ekki lokið. Var því ákveðið að vinna framhaldsúttekt og liggur niðurstaða hennar fyrir í þessari skýrslu.

Í skýrslunni er í fyrsta lagi lagt mat á þróun kostnaðar, mannafla og skilvirkni Landspítala-háskólasjúkrahúss (LSH) á árunum 1999–2004. Í öðru lagi er frammistaða spítalans borin saman við frammistöðu átta breskra sjúkrahúsa. Í þriðja lagi er fjallað um hvernig LSH hefur brugðist við ábendingum sem Ríkisendurskoðun setti fram í tengslum við fyrri úttekt.

Þróun kostnaðar, mannafla og skilvirkni

Eitt meginmarkmið sameiningar sjúkrahúsanna var að halda kostnaði vegna starfsmannar í skefjum. Þegar metið er hvort þetta markmið hafi náðst skal fyrst nefnt að rekstrarkostnaður jókst um 45% milli árana 1999 og 2004 en um 38% ef frá er talinn kostnaður vegna S-merktra lyfja, stofnkostnaður og meiriháttar viðhald. Þar af hækkuðu laun um 45%, sem er í samræmi við þróun launavísitölu opinberra starfsmanna og bankamanna, en annar kostnaður við reglubundinn rekstur um 23% sem er einu prósentu minna en hækkun vísitölu neysluverðs á tímabilinu. Sé hækkun reglulegs rekstrarkostnaðar LSH metin með hliðsjón af fyrirnefndum vísitölum verður niðurstaðan því sú að raunkostnaður hafi nánast staðið í stað á tímabilinu 1999–2004.

Í þessu samhengi ber þó að geta þess að 3% fækkun stöðugilda á tímabilinu hefur ekki skilað sér í lækkun raunkostnaðar. Ástæðan er sú að háskólamenntuðum starfsmönnum hefur fjölgað hlutfallslega frá 1999 til 2004 en ófaglærðum starfsmönnum fækkað að sama skapi. Vegna þessa hækkuðu laun á hvert stöðugildi 5% meira en nemur meðaltalshækkun launa opinberra starfsmanna og bankamanna á tímabilinu.

Launahækkunir ráðast að miklu leyti af þáttum sem stjórnendur hafa ekki áhrif á. Verður að hafa þetta í huga þegar árangur stjórnenda er metinn. Einnig ber að líta til þess að íbúum á þjónustusvæði sjúkrahússins hefur fjölgað frá sameiningu og meðalaldur þeirra hækkað. Þegar tekið er tillit til alls þessa telur Ríkisendurskoðun að stjórnendum spítalans hafi tekist allvel að

halda kostnaði í skefjum á tímabilinu 1999–2004. Líklegt er að þróunin hefði orðið önnur ef sjúkrahúsin hefðu starfað áfram hvort í sínu lagi.

Verulegur árangur hefur einnig náðst í því að flytja þjónustu af legudeildum til dag- og göngudeilda. Þetta er ein helsta aðgerð spítalans til hagræðingar og skýrir að miklu leyti hvers vegna tekist hefur að halda raunkostnaði stöðugum. Um leið er slíkur tilflutningur í samræmi við almenna þróun í þeim löndum sem hafa hvað skilvirkast heilbrigðiskerfi.

Afköst spítalans, mæld í fjölda meðferða, jukust í heild um 9% á tímabilinu 1999–2004. Þessi aukning hefur þó einkum orðið frá árinu 2002. Þar sem stöðugildum starfsmanna fækkaði um 3% á tímabilinu er ljóst að framleiðni vinnuafis jókst verulega, þ.e. um 12,6%.

Á sama tíma og afköst hafa aukist verulega hjá LSH hefur mjög hægt á vexti þjónustu sjálfstætt starfandi sérfræðinga. Komum til þeirra fjölgaði um 18% milli áráanna 1999 og 2002 en aðeins um 3% milli 2002 og 2004. Það bendir til þess að LSH hafi í vaxandi mæli mætt spurn eftir þjónustu sem ella hefði verið sinnt á einkareknum læknastofum. Má þannig álykta að aukin afköst dag- og göngudeilda LSH komi fram í hægari vexti þjónustu sjálfstætt starfandi sérfræðinga.

Fjölgun meðferða er ívið meiri en sem nemur íbúafjölgun á tímabilinu. Íbúum á landinu fjölgaði í heild um 5,2% og um 7,2% á höfuðborgarsvæðinu. Af þessu má draga þá ályktun að sjúkrahúsið hafi haldið hlutdeild sinni í heilbrigðisþjónustunni og vel það.

Samanburður við bresku sjúkrahús

Kostnaður LSH á tímabilinu 1999–2004 var töluvert meiri en bresku sjúkrahúsanna sem tekin voru til samanburðar. Mestu munar að laun starfsfólks voru í heild um 26% hærri á LSH og jókst sá munur um 11% milli 2002 og 2004. Kostnaður á hvert rúm var því 21,3% hærri hjá LSH en að meðaltali hjá bresku sjúkrahúsunum.

Framleiðni vinnuafis var svipuð á LSH og á bresku sjúkrahúsunum. Árið 2004 sinnti hver starfsmaður LSH 3,4% fleiri rúmum en starfsmenn bresku sjúkrahúsanna gerðu að meðaltali. Hins vegar sinnti hver starfsmaður LSH að meðaltali 2% færri meðferðum en starfsmenn hinna sjúkrahúsanna. Skýringin er sú að legur á LSH voru að meðaltali 37% lengri en hjá bresku sjúkrahúsunum.

Þróuð hefur verið alþjóðlega viðurkennd aðferð til að greina kostnað heilbrigðisþjónustu (DRG-flokkun). Aðferðin gerir mögulegt að greina kostnað einstakra meðferða, t.d. tiltekinnar skurðaðgerðar, og bera hann saman milli sjúkrahúsa. Alls var kostnaður vegna 28 algengustu meðferða á LSH árið

2004 borinn saman við sambærilegan kostnað bresku sjúkrahúsanna. Að meðaltali var kostnaður hjá LSH 14% hærri en bresku sjúkrahúsanna og reyndist 61% meðferða dýrari hjá LSH en 39% ódýrari. Þegar haft er í huga að launakostnaður LSH hefur aukist verulega bendir þessi niðurstaða til að fátíðar meðferðir kalli á meiri og dýrari starfskraft hjá LSH en hjá bresku sjúkrahúsum. Munurinn hefur þó minnkað frá 2002 þegar meðalverð 28 algengustu meðferða var 18% herra hjá LSH.

Samanburður á framkvæmd nokkurra tegunda skurðaðgerða sýnir að starfsemi dagdeilda LSH hefur eflst frá 2002. Árið 2004 fór 81% þessara aðgerða fram á dagdeildum miðað við 55% árið 2002. Fyrirkomulag þessarar starfsemi virðist hins vegar óbreytt hjá sjúkrahúsum sem samanburðurinn náði til.

Samanburður á legutíma leiddi í ljós að hann er í heild 37% lengri á LSH en á bresku sjúkrahúsum. Reyndar er starfsemi þessara sjúkrahúsa að mörgu leyti ólík og einnig samsetning sjúklingahópsins. Til að gera upplýsingar um legutíma sambærilegar voru lengstu og stystu legurnar teknar út. Þá verður niðurstaðan sú að legur á LSH eru tæplega hálfum degi lengri að meðaltali en á hinum sjúkrahúsum árið 2004. Þetta er svipuð niðurstaða og árið 2002 en þó hafa legur á LSH styst heldur minna að meðaltali en hjá hinum sjúkrahúsum. Helsta skýring lengri legutíma hjá LSH er að öldrunar- og geðlækningar eru þar stærri hluti starfseminnar og ólíkt hinum sjúkrahúsum eru einnig reknar líknardeildir. Samanburður á legutíma 10 algengustu meðferða hjá LSH, sem eru um 27% af heildarfjölda meðferða, kom vel út fyrir LSH. Vegna fimm meðferða var legutími styttri hjá LSH en samanburðar-sjúkrahúsum en lengri vegna þriggja.

LSH kemur mjög vel út þegar borin er saman dánartíðni eftir nokkrar tegundir meðferða og eftir sérgreinum. Lítið er á dánartíðnina sem einn mælikvarða á gæði þeirrar þjónustu sem veitt er. Í langflestum tilvikum var tíðnin lægri hjá LSH en hjá bresku sjúkrahúsum. Gerð var tilraun til að meta fleiri þætti en í ljós kom að skráning á LSH að þessu leyti var svo ófullkomin að ekki fengust marktækar niðurstöður. Mat á gæðum þjónustu byggir ekki síst á því að skráning sé góð og því er mikilvægt að LSH efli hana.

Viðbrögð við ábendingum Ríkisendurskoðunar frá 2003

Í skýrslu Ríkisendurskoðunar frá 2003 um sameiningu sjúkrahúsanna voru settar fram ýmsar ábendingar um úrbætur til að kostir sameiningar skiluðu sér að fullu. Flestar ábendinganna tengjast beint eða óbeint stefnumótun stjórnvalda um heilbrigðiskerfið sem enn liggur ekki fyrir.

Frá árinu 2003 hefur nefnd á vegum heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis unnið að stefnumótun sem meðal annars á að skilgreina hlutverk LSH innan heilbrigðiskerfisins. Nefndin hefur enn ekki skilað niðurstöðum. Ekki verður undan því vikist að gagnrýna að ekki skuli liggja fyrir heildstæð stefna um

verkaskiptingu innan heilbrigðiskerfisins, einkum þegar hafðar eru í huga viðamiklar breytingar á sjúkrahússtarfsemi í landinu á undanförunum árum.

Til að auka skilvirkni LSH og efla spítalann sem háskólasjúkrahús hefur verið lögð áhersla á að auka dag- og göngudeildarstarfsemi. Ljóst er að þessi starfsemi hefur eflst talsvert á síðustu tveimur árum. Það er hins vegar háð ákvörðunum einstakra lækna hvort sjúklingar fá framhaldsmeðferð eða eftirlit hjá lækni á spítalanum eða á stofu úti í bæ. Þá hafa vissar aðgerðir flust að öllu leyti til sjálfstætt starfandi sérfræðinga. Áframhaldandi þróun þessarar starfsemi er því nátengd heildarstefnumótun í heilbrigðiskerfinu.

Sama má segja um hinn svokallaða fráflæðis- eða útskriftarvanda sjúkrahússins sem enn er viðvarandi. Ef sjúkrarúm eru frátekin fyrir biðsjúklinga minnkar geta sjúkrahússins til að sinna annarri þjónustu. Sjúklingar sem eru tilbúnir til útskriftar eiga auk þess rétt á annars konar aðbúnaði en veittur er á sjúkrahúsum. Þá má benda á að kostnaður meðallegudags á LSH er a.m.k. 2–3 sinnum meiri en t.d. meðaldaggjald í hjúkrunarrými öldrunarheimilis.

Eitt af því sem stjórnendur sjúkrahússins hafa talið skipta sköpum um það hvort fullur ávinningur næst af sameiningu sjúkrahúsanna er sameining starfseminnar á einn stað. Eftir að ákveðið var að leggja 18 ma.kr. af söluandvirði Símans til uppbyggingar nýs sjúkrahúss er sá áfangi í sjónmáli. Mikilvægt er að vel verði staðið að skipulagningu framkvæmda og að tryggt verði fjármagn til að ljúka verkinu innan tímamarka, því að ekkert er eins dýrt og að láta fjárfestingar fyrir milljónatugi standa hálfkláraðar og ónotaðar í lengri tíma eins og dæmi eru um, t.d. með nýbyggingu FSA á Akureyri.

Sjúkrahúsinu hefur gengið vel að innleiða DRG-kerfið við að mæla afköst og greina kostnað. Tilgangur þessa var m.a. að taka upp afkastatengda fjármögnun sem tæki mið af verðlagningu kerfisins. Í flestum nágrannalöndum okkar eru sjúkrahús fjármögnuð á þennan hátt í stað fastra fjárlaga.

Gæðastjórnun er mikilvægur þáttur í allri heilbrigðisþjónustu. Forsendur hennar eru m.a. nákvæm og góð skráning á sjúkdómsástandi, meðferð og árangri þjónustunnar. Hér hjálpar innleiðing DRG-kerfisins. Það hefur leitt til þess að grunnskráning áður nefndra þátta hefur batnað talsvert frá 2002. Engu að síður vantar enn nokkuð upp á og þarf sjúkrahúsið að leggja mun meiri áherslu á slíka skráningu í framtíðinni.

Eitt af þeim verkefnum sem unnið hefur verið að frá sameiningu sjúkrahúsanna í Reykjavík er samstarfssamningur LSH og Háskóla Íslands. Lokahluta þess samnings, sem snýr að kostnaðarskiptingu vegna kennsluhlutverks LSH, er enn ekki lokið. Til skamms tíma strandaði þetta á skorti á upplýsingum um kostnað. Kostnaðargreining á sjúkrahúsinu er nú á lokastigi. Þegar henni er lokið ætti ekkert að vera því lengur til fyrirstöðu að ganga frá samningnum,

skilgreina kostnað vegna kennslu sem menntakostnað og sjá til þess að fjárveitingar til hans komi frá menntamálaráðuneyti.

1 Inngangur

Ástæða úttektar

Sameining Ríkisspítalanna og Sjúkrahúss Reykjavíkur í Landspítala-háskóla-sjúkrahús (LSH) árið 2000 er viðamesta og flóknasta sameining opinberra stofnana sem fram hefur farið hér á landi. Meginmarkmið hennar var að halda aftur af þeirri kostnaðarhækkun sem einkennt hafði rekstur sjúkrahúsanna og stuðla að sparnaði þegar til lengri tíma er litið. Sameiningin átti að skila öflugri stofnun sem veitti markvissari og hagkvæmari þjónustu til hagsbóta fyrir skjólstæðinga sína.

Árið 2003 birti Ríkisendurskoðun skýrslu um árangur af sameiningunni og náði hún til ára 1999–2002. Meðan á þeirri úttekt stóð kom fram það sjónarmið að of snemmt væri að meta árangurinn þar sem sameiningarferlinu væri í raun ekki lokið. Ríkisendurskoðun ákvað að ljúka úttektinni en hafði í huga þann möguleika að vinna framhaldsúttekt síðar.

Í lok mars 2004 fóru stjórnendur LSH þess á leit við Ríkisendurskoðun að gerð yrði önnur úttekt á árangri sameiningarinnar til að hægt væri að varpa ljósi á þann ávinning sem orðið hefði eftir gerð fyrri skýrslunnar. Ríkisendurskoðun féllst á beiðnina og var framhaldsúttektin gerð á árinu 2005 þegar upplýsingar um starfsemi spítalans árið 2004 lágu fyrir.

Markmið og afmörkun

Markmið úttektarinnar var að kanna hvort sameining sjúkrahúsanna hefði skilað þeim árangri sem að var stefnt. Úttektin var í meginatriðum þriðþætt:

- A. Kannað var hvernig kostnaður, mannaflí og skilvirkni hafa þróast á spítalanum á tímabilinu 1999–2004.
- B. Gerður var samanburður á afköstum, skilvirkni og gæðum þjónustu hjá LSH og átta breskum sjúkrahúsum með svipaða starfsemi. Samanburðurinn náði einkum til ársins 2004 en einnig að nokkru leyti til breytinga á tímabilinu 2002–2004.
- C. Kannað var hvernig LSH hefur unnið úr þeim athugasemdum og tillögum sem fram komu í skýrslu Ríkisendurskoðunar frá 2003.

Í báðum skýrslum Ríkisendurskoðunar er miðað við breytingar sem orðið hafa frá árinu 1999 en það var síðasta heila almanaksárið sem sjúkrahúsin störfuðu hvort í sínu lagi. Í þessari skýrslu er einkum leitast við að kanna hvort breyting hafi orðið á tímabilinu 2002–2004, enda fjallaði fyrri skýrslan um þróunina fram til 2002.

Aðferðir og gögn

Fyrsti hluti úttektarinnar (A) byggðist á ítarlegri greiningu tölulegra upplýsinga úr tölvukerfum LSH og forvera hans. Upplýsingarnar náðu til árána 1999, 2002 og 2004 og var reynt að nota sambærilegar tölur fyrir öll árin. Vegna breytinga á upplýsingakerfum sjúkrahússins er ekki í öllum tilvikum um að ræða nákvæmlega sams konar tölur en eftir föngum var reynt að gera þær samanburðarhæfar til að samfelld yfirlit fengist um starfsemina.

Annar hluti úttektarinnar (B) fólst í því að bera LSH saman við bresk sjúkrahús svipaðrar gerðar. Með því fengust vísbendingar um frammistöðu spítalans í alþjóðlegu umhverfi og hvort sameiningin hefði bætt „samkeppnishæfni“ hans. Leitað var til Bretlands því að þar eru tiltækar ítarlegar tölulegar upplýsingar um starfsemi sjúkrahúsa með svipaða starfsemi og LSH. Við þann samanburð naut Ríkisendurskoðun aðstoðar bresks ráðgjafafyrirtækis, CHKS Ltd., sem sérhæfir sig í öflun og vinnslu upplýsinga um starfsemi breskra sjúkrahúsa. Tölur frá fyrirtækinu voru einnig notaðar í fyrri úttekt Ríkisendurskoðunar á sameiningunni.

Þriðji hluti úttektarinnar (C) byggðist að miklu leyti á viðtölum við nokkra faglega stjórnendur spítalans sem vegna starfa sinna og stöðu hafa góða yfirsýn um starfsemi hans. Með þeim viðtölum var m.a. reynt að fá fram skoðun viðmælendanna á faglegum árangri sameiningarinnar, hvort annmarkar eða vandamál hefðu komið fram og hvort þeir teldu hana almennt hafa verið af hinu góða.

Hugtök og mælikvarðar

Í rekstri fyrirtækja er hugtakið „afköst“ yfirleitt látið tákna þær afurðir (einingar) sem framleiddar eru. Innan heilbrigðisþjónustunnar, og ekki síst innan háteknisjúkrahúsa, eru slíkar afurðir bæði margar og mismunandi. Í úttektum Ríkisendurskoðunar á sameiningu spítalanna í Reykjavík er valin sú leið að láta hugtakið afköst vísa til fjölda meðferða sem lokið er. Í því efni er stuðst við skilgreiningar sem notaðar hafa verið í hliðstæðum úttektum erlendis. Gengið er út frá því að hver lokin meðferð sé dæmi um „endanlega afurð“ (*final output*) starfseminnar en ekki einungis „milliafurð“ (*intermediate output*).

Meðferðum er annars vegar skipt í „legur“ sjúklinga og hins vegar í „komur“ þeirra á dag- og göngudeildir. Tíminn sem líður frá því að sjúklingur leggst inn til meðferðar þar til hann er útskrifaður telst ein lega. Hugtakið koma nær hins vegar yfir tímann frá því að sjúklingur kemur til meðferðar á dag- eða göngudeild þangað til hann fer út aftur.

Að jafnaði er gerð meiri krafa um vinnuafli, aðstöðu og aðföng við legur en komur. Til að unnt sé að bera saman afköst sjúkrahúsa þar sem hlutfall lega og koma er ólíkt er oft farin sú leið að umreikna komur yfir í „leguígildi“. Hér

er þetta gert þegar afköst LSH eru borin saman við afköst bresku sjúkrahúsanna. Við umreikninginn er farið eftir viðmiðunum sem notuð hafa verið í úttektum á sjúkrahúspjónustu erlendis. Sem dæmi má geta þess að gert er ráð fyrir að ein koma á göngudeild vegi $1/12$ af einni legu.

Ljóst er að ýmsir þættir hafa áhrif á það hve mörgum meðferðum tekst að ljúka á hátækisjúkrahúsi. Afkastageta þess endurspeglast m.a. í legutíma sjúklunga, þ.e. hversu lengi þeir þurfa að liggja inni. Í skýrslunni er kannað hvernig þessi tími hefur þróast frá sameiningunni og hvernig LSH stendur sig að þessu leyti í samanburði við bresku sjúkrahúsin.

Hugtakið „skilvirkni“ vísar til hlutfallsins milli aðfanga og afkasta. Ef afköst aukast en aðföng haldast óbreytt eða minnka hefur rekstur orðið skilvirkari en áður. Í úttektum Ríkisendurskoðunar á árangri af sameiningu spítalanna var skilvirkni metin í tvennu lagi. Annars vegar var leitast við að meta framleiðni vinnuafls, þ.e. hversu mikið vinnuafli var nýtt til að ná þeim afköstum sem skilað var.¹ Hins vegar var leitast við að meta framleiðni fjármuna, þ.e. hversu miklum fjármunum var varið til að ná þeim afköstum sem skilað var. Geta má að þessir mælikvarðar á skilvirkni voru þróaðir í samvinnu við bresku ríkisendurskoðunina vegna fyrri úttektar Ríkisendurskoðunar á sameiningu sjúkrahúsanna.

afköst		
-----	=	skilvirkni
aðföng		

Ýmsar aðferðir hafa verið notaðar til að meta „gæði“ heilbrigðisþjónustu. Ein leið er að kanna hvernig sjúklingum reidir af eftir meðferðir. Þá er lítið svo á að ef þeir ná almennt góðum bata merki það að þjónustan sé góð. Á sama hátt geti áberandi há dánartíðni eftir meðferð bent til lélegrar þjónustu. Þegar starfsemi LSH er borin saman við bresku sjúkrahúsin eru gæði hennar metin með þetta í huga.

Efnisskipan

Skýrslan greinist í þrjá meginhluta sem samsvara þrískiptingu úttektarinnar. Í kafla 2 er fjallað um þróun kostnaðar, mannafla og skilvirkni 1999–2004. Í kafla 3 eru birtar niðurstöður samanburðarins við bresku sjúkrahúsin og í kafla 4 er umfjöllun um viðbrögð LSH við þeim ábendingum Ríkisendurskoðunar sem fram komu í fyrri skýrslunni.

Í viðaukum er að finna upplýsingar um bresku sjúkrahúsin sem samanburðurinn náði til og sundurliðaðar niðurstöður úr þeim samanburði

¹ Í skýrslunni eru hugtök skilvirkni og framleiðni notuð í sömu merkingu að íslenskri málvenju.

2 Kostnaður, mannaflí og skilvirkni 1999–2004

Kostnaður Landspítala-háskólasjúkrahúss jókst í heild um 8,6 ma.kr. eða 45% á tímabilinu. Afköst mæld í fjölda meðferða á legu-, dag- og göngudeildum jukust hins vegar um 9%. Þá fækkaði stöðugildum um 3% sem þýðir að framleiðni vinnuafis hefur aukist verulega.

2.1 Kostnaður

Aukinn kostnaður sjúkrahúsa er oft skýrður annars vegar með aukinni þjónustu vegna fjölgunar og öldrunar íbúa og hins vegar með nýjum og kostnaðarsömum lyfja- og hátæknimeðferðum. Á móti kemur að frampróun læknisfræðinnar hefur gert kleift að sinna ýmsum hefðbundnum verkefnum á mun einfaldari og ódýrari hátt en áður.

Skóðað var hvort þessir þættir skýra þróun kostnaðar hjá LSH. Í töflu 2.1 er gefið yfirlit um kostnað spítalans árin 1999–2004, án þess að sértekjur hafi verið færðar til lækkunar gjalda.

Tafla 2.1 Þróun útgjalda 1999–2004

Kostnaðarliðir	1999	2004	Breyt. í m.kr.	Breyt. í %
Laun	12.799	18.526	5.728	45%
Ýmis rekstrarkostnaður				
Lyf	933	1.031	98	11%
Lækninga- og hjúkrunarvörur	758	1.500	742	98%
Aðkeypt þjónusta	1.820	2.272	452	25%
Önnur vörukaup	1.600	1.699	99	6%
Annað	452	338	-114	-25%
Ýmis rekstrarkostnaður alls	5.563	6.840	1.277	23%
S-merkt lyf		1.748	1.748	
Stofnkostnaður / meiriháttar viðhald	806	653	-153	-19%
Kostnaður alls	19.168	27.767	8.600	45%
Kostn. alls án S-merktra lyfja og stofnkostnaðar og m.h. viðh.	18.362	25.366	7.005	38%
Launavísitala op.stm. og bankam.	100	144		44%
Almenn launavísitala	100	137		37%
Vísitala neysliverðs	100	124		24%

Af 8,6 ma.kr. hækkun kostnaðar 1999–2004 eru um 5,7 ma.kr. vegna launa, 1,3 vegna ýmissa reglulegra kostnaðarliða og 1,7 vegna S-merktra lyfja. Fram kemur að laun hækkuðu í takt við launavísitölu opinberra starfsmanna og bankamanna og að ýmis rekstrarkostnaður án S-merktra lyfja og stofnkostnaðar og meiriháttar viðhalds hækkaði líkt og almennt verðlag. Þá kemur fram að 3% fækkun stöðugilda á tímabilinu skilaði sér ekki í lækkun raunkostnaðar en reikna hefði mátt með um 600 m.kr. sparnaðar af þeim sökum. Ástæða þess að sú varð ekki raunin er að hækkun launa á hvert stöðugildi nam 5% umfram meðaltalshækkun launa opinberra starfsmanna og bankamanna á tímabilinu. Þá hafa laun á sjúkrahúsinu, líkt og hjá öðrum opinberum stofnunum, hækkað 12% meir en almenn launavísitala. Hefðu laun hækkað í samræmi við hana hefði launakostnaður LSH verið um 1,5 ma. kr. lægri en raun varð á.

Eitt af markmiðum sameiningarinnar var að halda kostnaði í skefjum og helst að ná fram sparnaði. Af töflu 2.1 má ráða að kostnaður hafi staðið í stað, þ.e. að stofnunin sinni svipuðu hlutverki og áður en fyrir fleiri íbúa og fyrir sama raunkostnað þegar hann er metinn á þann hátt sem hér hefur verið gert.

2.2 Mannafli

Af aðföngum til þjónustustofnunar eins og LSH vegur vinnaflið langþingst. Annar þeirra mælikvarða sem notaðir eru til að meta skilvirkni er framleiðni vinnuafis. Í töflu 2.2 kemur fram vinnuafli árin 1999, 2002 og 2004 mælt í fjölda stöðugilda og hvað það kostaði í heild og á hvert stöðugildi.

Tafla 2.2 Aðföng við þjónustu 1999–2004

	1999	2002	2004	Breyt. 99-02	Breyt. 02-04	Breyt. 99-04
Launakostnaður*	12.798.562	16.573.805	18.526.267	29%	12%	45%
Stöðugildi**	3.999	3.797	3.888	-5%	2%	-3%
Laun á stöðugildi	3.200	4.365	4.765	36%	9%	49%

* Heimild ársskýrslur.

**Tölur úr ársskýrslum leiðréttar til að gera þær sambærilegar.

Gera þarf ýmsar leiðréttingar á tölum svo að þær verði sambærilegar milli ára. Bæði þarf að bæta við seinni árin störfum sem hefur verið úthýst, þ.e. þau flutt til utanaðkomandi aðila, og leiðrétta vegna breyttra aðferða við talningu.

Eins og taflan sýnir fækkaði stöðugildum um 3% frá árinu 1999 til 2004. Einkum hefur ófaglærðu fólki fækkað en heilbrigðisstarfsmönnum og starfsfólki með ýmiss konar háskólamenntun fjölgað lítillega. Dýru vinnuafli hefur þannig fjölgað og er það ein skýring á að laun á stöðugildi hafa hækkað.

2.3 Afköst

Þegar metin er þróun afkasta LSH og hverju starfsemin skilar er miðað við þær meðferðir sem teljast eiginleg sjúkráhusþjónusta, þ.e. legur og komur á dag- og göngudeildir. Hér er því eingöngu horft til starfsemi klínískra deilda en lítið á framlag annarra deilda sem aðföng eiginlegra meðferða.

Það er alþjóðleg þróun innan sjúkrahúsa að legudeildir færi hluta af starfsemi sinni til dag- og göngudeilda. Þetta stafar að hluta til af breytingum innan heilbrigðisfræða sem valda því að notast má við mun veigaminni aðgerðir en áður. Meðferð án innlagnar á legudeild er auk þess ódýrari og oft þægilegri fyrir sjúklinga en lega og því er eftirsóknarvert að færa starfsemina í auknum mæli yfir á þetta form. Fjármunir sem sparast með styttri legutíma og því að veita þjónustu á dag- og göngudeildum í stað legudeilda gera sjúkrahúsum kleift að taka á sig kostnaðarauka af öðrum sökum.

Við mat á afköstum er ekki gert upp á milli meðferða eftir því hversu mikilla aðfanga þær krefjast, þ.e. hvort þær eru veittar með innlögn á legudeild eða með komu á dag- eða göngudeild. Einungis er horft á fjölda úrlausna. Ástæða þessa er m.a. sú að sjúkrahúsið sinnir sama hlutverki nú og fyrir sameiningu og leysir því sambærileg vandamál en að hluta til á annan hátt. Með því að meta komur eins og legur nýtur sjúkrahúsið góðs af því að beita einföldum úrræðum. Skilvirkni mælist með öðrum orðum meiri en ella.

Á undanförunum árum hefur LSH unnið markvisst að því að efla dag- og göngudeildarstarfsemi sína. Eins og tafla 2.3 sýnir fækkaði legum um 13% milli 1999 og 2004. Á sama tíma fjölgaði komum á dagdeildir um 12,5%, komum á göngudeildir um 8,7% og komum á slysa- og bráðamóttöku um 19,2%.

Í heild fjölgaði meðferðum um 9,2% á tímabilinu sem er ívið meira en nemur fjölgun íbúa á höfuðborgarsvæðinu (7,2%) og fjölgun íbúa á landinu öllu (5,2%). Sjúkrahúsið virðist því hafa haldið hlutdeild sinni í heilbrigðisþjónustunni, þ.e. magn þjónustu hefur gert gott betur en að fylgja fólksfjölgun á tímabilinu.

Tafla 2.3 Fjöldi meðferða hjá LSH

Meðferðir hjá LSH	1999	2002	2004	Breyting 1999- 2004	Breyting 1999- 2002
Legur	36.428	32.519	31.649	-13,12%	-10,73%
Komur á dagdeildir	90.515	97.717	101.799	12,47%	7,96%
Komur á göngudeildir	181.903	180.452	197.754	8,71%	-0,80%
Komur á bráða og slysamóttökur	61.324	65.821	73.184	19,34%	7,33%
Samtals	370.170	376.509	404.386	9,24%	1,71%

Á árinu 2002 hafði meðferðum sjúkrahússins aðeins fjölgað um 1,7% frá 1999 en eftir þann tíma jukust afköst þess umtalsvert. Þar sem hvergi koma fram markmið um afköst er ekki hægt að segja hvort árangurinn sé góður.

Tekið skal fram að ef miðað er við tölur um þjónustu frá árinu 2000, þ.e. fyrsta árinu eftir sameiningu, sést að afköst hafa þróast á sama hátt og ef miðað er við árið 1999 líkt og hér er gert. Þetta eykur áreiðanleika þeirra talna sem notaðar eru í skýrslunni.

2.4 Legutími

Auka má skilvirkni sjúkrahúsa á annan hátt en með tilfærslu af legudeildum á dag- og göngudeildir, þ.e. með því að stytta legutíma. Á LSH hefur verið unnið markvisst að þessu undanfarin ár. Sparnaðurinn er þó hlutfallslega minni en nemur fækkun legudaga þar sem kostnaður vegna meðferðar breytist ekki, en kostnaður vegna fæðis, upphalds og ákveðinnar umönnunar lækkar. Í töflu 2.4 kemur fram hvernig þessi þáttur hefur þróast frá sameiningu.

Tafla 2.4 Þróun meðallegutíma 1999–2004

Meðallegutími	1999	2002	2004	Breyting 99-02	Breyting 99-04
Meðallegutími allra deilda	9,0	9,1	8,2	1,1%	-8,9%
Meðallegutími bráðadeilda	5,3	5,2	5,1	-1,9%	-3,8%
Legurými	1.259	959	862	-23,8%	-31,5%

Eins og taflan sýnir breyttist meðallegutími lítið frá sameiningu fram til ársins 2002. Hann mældist um 1% lengri þegar miðað var við allar deildir en um 2% styttri ef eingöngu var horft til bráðadeilda. Milli árána 2002 og 2004 hefur sjúkrahúsinu orðið betur ágennt og hefur legutíminn styst um 9% í heild og um 4% þegar aðeins er miðað við bráðadeildir. Þessi árangur ætti að minnka kostnað við meðferðir á legudeildum en þó ekki hlutfallslega jafnmikið og nemur fækkun legudaga þar sem styttingin felst í ódýrum dögum eftir að eiginlegri meðferð er lokið.

Minnt skal á að tekist hefur að stytta meðallegutíma þó að sjúklingahópurinn hafi orðið „þyngr“ þar sem léttustu tilfellin hafa flust til dag- og göngudeilda. Að óbreyttu hefði meðallegutíminn átt að lengjast við þá breytingu. Viðleitni til að stytta legutíma hefur því í raun skilað meiri árangri en tölur segja til um.

Fækkun lega og stytting legutíma hefur gert mögulegt að fækka legurýmum umtalsvert eins og fram kemur í töflu 2.4. Vegna þess er nú minna húsnæði bundið vegna þessarar starfsemi og vöktum hefur fækkað sem einnig leiðir til minni kostnaðar.

2.5 Skurðaðgerðir

Skurðaðgerðir eru ekki taldar sérstaklega við mat á afköstum heldur innifaldar í meðferðum deilda sem sinna þeim. Hér verður vikið að því það hvernig magn og umfang þessarar mikilvægu starfsemi hefur þróast frá sameiningu.

Í töflu 2.5 eru endurskoðaðar tölur frá skrifstofu fjárreiðna og upplýsinga um fjölda skurðaðgerða. Þar kemur fram að þær drógust saman milli árána 1999 og 2002 en fjölgaði svo aftur og eru nú álíka margar og fyrir sameiningu.

Tafla 2.5 Þróun á fjölda skurðaðgerða 1999–2004

Skurðaðgerðir	Fjöldi 1999 ¹⁾	Fjöldi 2002	Fjöldi 2004	Breyting 99-02	Breyting 99-04
Almennar skurðlækningar	2.550	2.033	2.234	-20%	-12%
Augnlækningar	1.041	1.598	1.757	54%	69%
Barnaskurðlækningar		636	699		
Brjóstholsskurðlækningar	454	575	597	27%	31%
Bæklunarlækningar	2.657	2.169	2.339	-18%	-12%
Háls, nef og eyrnalækni.	1.561	1.437	1.419	-8%	-9%
Heila- og taugal.	659	607	725	-8%	10%
Kvenlækningar	3.622	3.320	3.118	-8%	-14%
Lýtalækningar	389	350	290	-10%	-25%
Þvagfæraskurðlækningar	1.617	1.086	1.058	-33%	-35%
Æðaskurðlækningar	307	332	426	8%	39%
Samtals	14.857	14.143	14.662	-5%	-1%

¹⁾ Barnaskurðlækningar koma inn í alla flokka aðgerða.

Þegar horft er á einstakar greinar skurðlækninga kemur fram að afköst hafa aukist mikið í augnlækningum, brjóstholslækningum og æðaskurðlækningum. Einnig hafa afköst aukist í heila- og taugalækningum. Í öðrum skurðgreinum hafa afköst minnkað eftir sameininguna.

Í heild hefur orðið óveruleg breyting á fjölda og umfangi skurðaðgerða. Eftir samdrátt fyrstu ár eftir sameiningu hafa afköst náð sama stigi og fyrir hana. Fjöldi skurðaðgerða hefur því ekki valdið því að afköst sjúkrahússins hafa aukist og hefur í raun ekki haldið í við mannfjölgun á tímabilinu sem var 5–7% eftir því hvort horft er á landið allt eða höfuðborgarsvæðið. Hugsanleg ástæða þess að aðgerðum hefur ekki fjölgað er að léttari ferliverk hafa flust á stofur sjálfstæðra lækna. Ekki eru til nein töluleg markmið um það hvernig ætlunin var að þessi þáttur þróaðist eftir sameiningu þannig að meta megi hvort árangur sé í samræmi við væntingar.

Með því að mæla skurðaðgerðir í DRG-einingum má meta umfang þeirra og gefa nákvæmari mynd af þróun afkasta en með talningu. Í töflu 2.6 sést að mælt í DRG-einingum minnkaði þetta umfang milli árána 1999 og 2002 en

jókst svo aftur í sama horf og fyrir sameiningu. Tölur um virkan tíma á skurðstofum sem skráður er á sjúkrahúsinu sýna svipaða mynd og þessar tölur.

Tafla 2.6 Skurðaðgerðir mældar í DRG einingum

Skurðaðgerðir	Meðalvigt DRG 2004	DRG 1999	DRG 2002	DRG 2004	Breyting 99–02	Breyting 99–04
Alm. Skurðlækningar	1,54	3.927,0	3.130,8	3.440,4	-20%	-12%
Augnlækningar	0,62	648,5	995,6	1.094,6	54%	69%
Barnaskurðlækningar	0,68		433,1	476,0		
Brjóstholsskurðlækningar	3,79	1.718,8	2.177,0	2.260,2	27%	31%
Bæklunarlækningar	1,56	4.142,3	3.381,5	3.646,5	-18%	-12%
Háls, nef og eyrnalækn.	0,49	758,6	698,4	689,6	-8%	-9%
Heila- og taugal.	1,85	1.219,8	1.123,6	1.342,0	-8%	10%
Kvenlækningar	0,46	1.677,0	1.537,2	1.443,6	-8%	-14%
Lýtalækningar	1,01	391,7	352,5	292,0	-10%	-25%
Þvagfæraskurðlækn	0,91	1.474,7	990,4	964,9	-33%	-35%
Æðaskurðlækningar	1,43	439,3	475,1	609,6	8%	39%
Samtals		16.397,8	15.295,0	16.259,5	-7%	-1%

2.6 Skilvirkni

Þjónusta mæld í fjölda læknismeðferða hefur aukist um 9,2% á tímabilinu. Þetta næst með 3% minna vinnuafli. Í töflu 2.7 er þetta sýnt með því að setja vísitölu ársins 1999 sem 100. Þá verður vísitala fyrir vinnuafli 97 og vísitala fyrir magn þjónustu 109,2 árið 2004. Þetta þýðir að framleiðni vinnuafls hefur aukist um 12,6% á tímabilinu eins og fram kemur í neðstu línu töflunnar. Þar sem ekki eru til töluleg markmið um hvaða árangri stefnt var að við framleiðni vinnuafls er ekki til hægt að segja til um hvort markmið hafi náðst.

Tafla 2.7 Framleiðni vinnuafls

Framleiðni vinnuafls	1999	2002	2004
Vinnuafli	100	95,0	97,0
Magn þjónustu	100	101,7	109,2
Framleiðni vinnuafls	100	107,1	112,6

Vinnumagn og þjónustumagn árið 1999 sett sem 100.

Kostnaður er sá sami í upphafi og lok tímabilsins ef laun eru færð til fasts verðlags á grundvelli launavísitölu opinberra starfsmanna og bankamanna og annar kostnaður á grundvelli vísitölu neysliverðs. Tafla 2.8 sýnir að miðað við þetta hefur framleiðni rekstrarkostnaðar aukist um 9,2% frá sameiningu.

Tafla 2.8 Framleiðni rekstrarútgjalda

Framleiðni rekstrarútgjalda	1999	2002	2004
Rekstrarkostnaður	100,0	100,0	100,0
Magn þjónustu	100,0	101,7	109,2
Framleiðni rekstrarkostnaðar	100,0	101,7	109,2

Laun eru sá kostnaðarliður sem þyngst vegur við rekstur sjúkrahússins og fæst sama niðurstaða um skilvirkni hvort sem eingöngu er miðað við hann eða allan rekstrarkostnað.

2.7 Þjónusta sjálfstætt starfandi sérfræðinga

Í skýrslu Ríkisendurskoðunar um sameiningu sjúkrahúsanna frá 2003 kemur fram að þjónusta sjálfstætt starfandi sérfræðinga sem veita að hluta til sömu þjónustu og dag- og göngudeildir LSH jókst umtalsvert á sama tíma og litlar breytingar urðu á afköstum LSH. Þetta benti til þess að aukinni þörf fyrir sérfræðiþjónustu, sem veita má án innlagnar á sjúkrahús, hafi fremur verið sinnt af sjálfstætt starfandi sérfræðingum en LSH. Eins og fram hefur komið hefur starfsemi dag- og göngudeilda sjúkrahússins aukist umtalsvert síðan þessi skýrsla var gerð. Því er fróðlegt að skoða hvernig þjónusta sjálfstæðra sérfræðinga hefur þróast á þeim tíma.

Tafla 2.9 Þjónusta sjálfstætt starfandi sérfræðinga 1999–2004

Sérfræðingar á samningi við TR	1999	2002	2004	Breyting 99-02	Breyting 02-04
Einingar					
Klínískir læknar	10.033.316	12.620.167	13.186.264	26%	4%
Rannsókn-, röntgen og laserlæknar	4.489.565	5.954.308	7.039.428	33%	18%
Sérfræðingar alls	14.522.881	18.574.476	20.225.692	28%	9%
Komur					
Klínískir læknar	318.527	376.917	381.221	18%	1%
Rannsókn-, röntgen og laserlæknar	78.339	91.236	100.170	16%	10%
Sérfræðingar alls	396.866	468.153	481.391	18%	3%

Tafla 2.9 sýnir að hægt hefur á aukningu þjónustu sjálfstæðra sérfræðinga á samningi við TR milli árunna 2003–2004 miðað við það sem gerðist 1999–2002. Einingum, sem mæla bæði fjölda verkefna og umfang þeirra, fjölgaði um 28% milli 1999 og 2002 en um 9% milli 2002 og 2004. Komum til sérfræðinga fjölgaði um 18% milli árunna 1999 og 2002 en um 3% milli árunna 2002 og 2004. Þetta þýðir að einingum sérfræðinga fjölgaði að meðaltali um 7% á ári frá 1999–2004 en komum um 4%.

Þetta sýnir að saman fer eflid starfsemi dag- og göngudeilda LSH og minni vöxtur í þjónustu sjálfstætt starfandi sérfræðinga. Þróun á magni þjónustu skýrist af mörgum þáttum en ljóst er að frá árinu 2002 hefur LSH orðið betur ágengt við að sinna aukinni þörf fyrir þjónustu án innlagnar en fyrstu árin eftir sameiningu.

3 Samanburður við bresk sjúkrahús

Árið 2004 var meðallegutími á LSH heldur lengri en á breskum samanburðarsjúkrahúsum en afköst starfsfólks nokkuð meiri. Launakostnaður var umtalsvert meiri á LSH en á samanburðarsjúkrahúsunum sem þýðir að hver meðferð á LSH var að meðaltali 28% dýrari en þar. Samanburður á gæðum kemur mjög vel út fyrir LSH í þeim flokkum þar sem samanburður var mögulegur.

3.1 Samanburðarsjúkrahús

Í meginsamanburðinn voru valin sömu 8 háskólasjúkrahús og notuð voru við samanburð á afköstum og gæðum árið 2002. Þau eru:

- 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

Nauðsynlegt þótti að velja háskólasjúkrahús og þessi veita að flestu leyti mjög sambærilega þjónustu og LSH. Nokkur þeirra hafa líka nýlega sameinast öðrum sjúkrahúsum líkt og LSH. Þá taka þau einnig þátt í reglulegum samanburði milli sjúkrahúsa í Bretlandi. Gögn frá þeim eru því vel þekkt og vitað að gæði þeirra eru mikil. Það sem helst ber á milli þeirra og LSH er geðheilbrigðisþjónustan sem almennt er ekki veitt á háskólasjúkrahúsum í Bretlandi og var því gerður sérstakur samanburður á henni við nokkur sérvalin geðsjúkrahús (sbr. lista í Viðauka I).

Erlendi samanburðurinn nær til starfsemi sjúkrahúsanna árið 2004 og eru samanburðargögnin annars vegar sjúkraskrár þeirra sem útskrifuðust af sjúkrahúsunum og hins vegar upplýsingar um fjölda stöðugilda og heildarlaun.

Gögn í samanburði

Við samanburð á lengd legutíma og gæðum var horft til 67.437 meðferða hjá LSH og skiptust þær í legur, stuttar legur og dagdeildarkomur (sbr. töflu 3.1). Við mat á skilvirkni og afköstum eru einnig teknar með komur á göngudeildir og á slysa- og bráðamóttöku því að ekki var hægt að greina starfsfólk í þeirri starfsemi frá annarri starfsemi bresku sjúkrahúsanna. Í heild nemur starfsemi LSH tæpum helmingi af meðaltali samanburðar-sjúkrahúsanna en skipting milli ólíkrar starfsemi er ekki ósvipuð.

Tafla 3.1 Fjöldi meðferða

Meðferðir	LSH		Samb.sjúkrahúsin*	
	Fjöldi	Hlutfall	Fjöldi	Hlutfall
Legur	30.330	7%	78.000	10%
Stuttar legur	8.546	2%	22.900	3%
Dagdeildarkomur	28.561	6%	45.300	6%
Göngudeildarkomur	302.830	68%	491.891	65%
Komur á slysa- og bráðamóttöku	73.184	17%	123.108	16%
Meðferðir alls	443.451		761.199	
Leguígildi alls	92.330		182.760	

- Meðaltal samanburðarsjúkrahúsanna

Stuttar legur eru bráðainnlagnir og bráðaaðgerðir þar sem sjúklingurinn útskrifast innan sólahrings. Þær eru ásamt dagdeildarkomum flokkaðar sem „0-daga legur“ í samanburði á legutíma og eru ekki með í DRG-samanburði þar sem fyrir þær er hvorki skráð sjúkdómsgreining (hvorki hjá LSH né í UK) né aðgerðarkóðar sem gerir DRG flokkun mögulega. Við samanburð á skilvirkni og afköstum eru gögnin gerð samanburðarhæf með því að breyta þeim í leguígildi.

3.2 Kostnaður

Kostnaður sjúkrahúsa er borinn saman eftir DRG-flokkum og launakostnaði og skoðaðar eru breytingar frá 2002. Launakostnaðurinn er svo notaður til að meta skilvirkni starfsfólks. Við samanburð kostnaðar er notað gengi frá 2002 svo að mikil hækkun íslenska gengisins síðustu misseri skekki ekki myndina.

Kostnaður starfsfólks

Laun á stöðugildi voru notuð til að bera saman kostnað starfsfólks. Horft var til heildarlauna allra starfsmanna og leiddi sá samanburður (tafla 3.2) í ljós að árið 2004 voru laun starfsmanna á LSH að meðaltali 25,9% hærri en hjá samanburðarsjúkrahúsunum. Munurinn hefur aukist um tæp 11% frá 2002, en þá voru laun rúmlega 15% hærri hjá LSH.

Tafla 3.2 Samanburður á launum á stöðugildi 2002 og 2004

	2002			2004			Breyting	
	LSH	Samb.	Munur	LSH	Samb.	Munur	LSH	Samb.
Stöðugildi	3.797	6.410	-40,8%	3.888	7.542	-48,4%	2,4%	18%
Laun* á stöðugildi	4.365	3.574	15,3%	4.765	3.784	25,9%	9,1%	6%

* Laun í þúsundum króna

Samanburður á kostnaði eftir DRG-flokkum

DRG-flokkunarkerfið

DRG-flokkun eða sjúkdómsgreind flokkun er leið til að skipta þjónustu sjúkrahúsa í staðlaða flokka til að auðvelda mat á þeirri þjónustu sem veitt er. Flokkunin byggir á 10.000 sjúkdómsgreiningum og 6.000 aðgerðarkóðum. 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 starfseminni þar sem því er beitt. Í þriðja lagi er mögulegt að nota það við að ákveða fjármagn sem sjúkrahús og heilbrigðisstofnanir fá til starfsemi sinnar. Þá gerir kerfið mögulegt að meta skilvirkni með því að bera saman meðalkostnað við veitta þjónustu í ákveðnum DRG-flokkum. Hægt er að bera saman einstaka þætti í starfsemi sjúkrahúsa, einstakar deildir og kostnað við að meðhöndla tiltekna sjúkdóma, óháð rekstrarformi, stærð stofnana eða fjármögnun.

Kannað var verð 28 algengustu DRG-flokka hjá LSH árið 2004 og breytingar athugaðar frá árinu 2002. Í töflu 3.3 kemur fram að árið 2004 var verð þessara flokka að meðaltali 14% hærra hjá LSH en hjá bresku sjúkrahúsunum og er það minni munur en 2002 þegar hann var 18%. Alls eru 17 flokkar (61%) dýrari hjá LSH og munar mestu í flokki 372 sem er „Eðlileg fæðing með aukakvillum“ (124%) og flokki 371 „Keisaraskurður án aukakvilla“ (58%). Árið 2002 voru 50% flokkanna dýrari hjá LSH en hjá samanburðarsjúkrahúsunum.

Verðið er reyndar mjög breytilegt bæði hjá LSH og bresku sjúkrahúsunum. Oftast fylgjast hækkunar og lækkunar að á báðum stöðum en í 8 flokkum er þróunin sitt í hvora áttina. Í heild hefur orðið heldur meiri hækkun hjá bresku sjúkrahúsunum en hjá LSH. Ekki reyndist unnt að greina þann mun sem þar kemur fram í smáatriðum.

Til að treysta enn betur erlendan samanburð á verðlagningu DRG-flokka var leitað eftir upplýsingum frá Svíþjóð, en uppbygging íslenska DRG-kerfisins, þ.m.t. vigtir sem ásamt einingarverði eru notaðar við að ákveða verð einstakra DRG-flokka, er að samskrifa fyrirmynd. Í ljós kom að meðaltal einingarverðs í Svíþjóð var mjög líkt því íslenska sem bendir til að kostnaður LSH sé svipaður og hann er að meðaltali hjá sænskum sjúkrahúsum.

Tafla 3.3 Samanburður á verði 28 algengustu DRG flokka á LSH 2004

DRG nr	DRG Heiti	Fj. lega LSH	Mism á verði ísl/enskt 2002	Mism á verði ísl/enskt 2004	Mism á KR verði 2002-04	Mism á £ verði 2002-04
373	Eðlileg fæðing án aukakvilla	2165	-14%	17%	15%	-10%
381	Fóstureyðing með útvíkkun legháls og útskafi, útsogi eða legskurði	1161	-38%	-52%	2%	42%
125	Blóðrásarraskanir, nema brátt hjartadrep, með hjartalegg án flókinnar greiningar	620	-39%	17%	92%	8%
215	Aðgerðir á baki og hálsi, án aukakvilla	620	vantar	5%	-10%	vantar
112	Hjarta- og æðaaðgerðir gegnum húð	505	-13%	44%	116%	40%
209	Liðskiptaaðgerðir á neðri útlím	487	24%	36%	0%	-3%
359	Aðg. á legi og viðhengjum legs, v/ sjúkdóms sem ekki er illkynja, án aukakvilla	427	41%	-3%	-13%	35%
14	Heila-mænusigg og hnykilslingur (MS)	396	-20%	21%	77%	25%
371	Keisaraskurður án aukakvilla	357	-11%	58%	44%	-13%
87	Lungnabjúgur og öndunarfærabilun	298	45%	22%	9%	38%
12	Hrömunarraskanir í taugakerfi	289	-14%	-3%	46%	39%
494	Gallblöðrunám um kviðarholsspeglun með könnun gallrásar, án aukakvilla	287	vantar	-18%	-38%	vantar
364	Legháls víkkaður og skafinn og fleygskurður, v/ sjúkleika sem ekki er illkynja	283	1%	-34%	-21%	29%
167	Botnlangaskurður án margslunginnar megingreiningar eða aukakvilla	277	-25%	-37%	-17%	5%
60	Hálskirtla- eða nefkirtlataka einungis, 17 ára og yngri	275	-10%	-13%	-19%	-10%
372	Eðlileg fæðing með aukavillum	267	17%	124%	90%	7%
127	Hjartabilun og lost	243	5%	-23%	4%	53%
89	Einföld lungna- og brjósthimnubólga með aukavillum, 18 ára og eldri	224	42%	6%	-9%	31%
82	Æxli í öndunarfærum	216	184%	27%	31%	213%
88	Langvinnur teppulungnasjúkdómur	196	11%	-5%	15%	43%
211	Aðg. á mjöðm og lærlegg, nema m.h. aðg. á liðum, án aukakv. 18 ára og eldri	191	-36%	41%	101%	-3%
183	Vélindisbólga, rask. í maga og görn-um og ýms melt.rask án aukakv 18 ára og eldri	179	17%	-34%	25%	138%
337	Blöðruhálsk. fjarl. um þvagrás, án aukakv	179	-6%	20%	15%	-4%
220	Aðg. á neðri útlím og á upparmslegg nema mjöðm, fótur, lærl., 17 ára og yngri	176	7%	15%	-28%	-29%
479	Æðaaðgerðir án aukakvilla	173	67%	34%	-24%	1%
219	Aðg. á neðri útlím og á upparmsl., nema mjöðm, fótur, lærl., án aukakv, 18 og eldri	159	-17%	33%	58%	6%
35	Raskanir í taugakerfi, aðrar, án aukakvilla	157	-18%	-54%	-59%	-22%
63	Aðgerð á skurðstofu á eyra, nefi, munn & hálsi, önnur	157	-3%	1%	12%	15%
	Samtals	10.964	18%	14%	16%	29%

3.3 Skilvirkni

Framleiðni fjármagns

Eins og nefnt hefur verið höfðu starfsmenn LSH að meðaltali 25,9% hærri laun árið 2004 en starfsmenn samanburðarsjúkrahúsanna. Þetta veldur 21,4% meiri kostnaði á hvert rúm og 28,5% meiri kostnaði á hvert leguígildi hjá LSH en hjá hinum sjúkrahúsunum (tafla 3.4).

Tafla 3.4 Samanburður á skilvirkni og kostnaði 2004

	LSH	Samanb.*	Mism. LSH
Kostnaður á ársverk**	4.765	3.784	25,9%
Kostnaður á rúm	21.492	17.702	21,4%
Kostnaður á vegna meðferð	201	156	28,5%

*Meðaltal samanburðarsjúkrahúsanna.

**Kostnaður er laun eru í þús. ísl. kr. á meðalgengi 2004 sem var 128,407.

Framleiðni vinnuafls

Framleiðni vinnuafls er metin með samanburði á fjölda meðferða og fjölda starfsmanna sem þarf til að sinna þeim. Komur eru umreiknaðar í leguígildi. Niðurstöður samanburðar eru birtar í töflu 3.5 og sést þar að starfsmenn LSH virðast nokkuð afkastameiri en starfsfélagar þeirra í Bretlandi. LSH þarf 3,6% færri starfsmenn á hvert rúm en bresku sjúkrahúsin og legudagaígildi á hvern starfsmann eru 13,4% fleiri. Hins vegar er meðaltal leguígilda á starfsmann heldur lægra hjá LSH og endurspeglar þær tölur þá staðreynd að legur á LSH voru að jafnaði 37% lengri en þar eins og fram kemur í kafla 3.4.

Tafla 3.5 Framleiðni vinnuafls 2004 – leguígildi

	LSH	Samanb.*	Mism. LSH
Starfsmenn á rúm	4,5	4,7	-3,6%
Legudagaígildi á starfsmann	64,6	57,0	13,4%
Leguígildi á starfsmann	23,7	24,2	-2,0%

*Meðaltal samanburðarsjúkrahúsanna

Ekki var hægt að bera saman afköst milli ára hjá LSH og samanburðarsjúkrahúsunum þar sem gögnin voru ekki að fullu samanburðarhæf.

Samsetning starfsfólks

Til að skoða hlutfallslega samsetningu starfsfólks sjúkrahúsanna var því skipt í 5 hópa. Þeir eru:

1. Læknar og tannlæknar: Hér eru allir læknar, læknanemar og tannlæknar.
2. Starfsfólk við stjórnun, rekstur og umsýslu fasteigna: Hér eru allir starfsmenn á Skrifstofu forstjóra, Skrifstofu fjárreiðna og upplýsinga og Skrifstofu tækni og eigna.
3. Starfsmenn á sjúkradeildum aðrir en í flokkunum 1 og 4: Hér eru sjúkraliðar, lækna- og hjúkrunarritarar, prestar, djáknar og ýmsar aðrar stéttir.
4. Hjúkrunarfræðingar og ljósmæður.
5. Tæknar, þjálfarar og lyfjafræðingar: Hér eru einnig sálfræðingar, félagsráðgjafar, næringaráðgjafar o.fl.

Tafla 3.6 Hlutfallsleg skipting vinnuafis eftir starfsflokkum

Flokkun starfsmanna	LSH	Samb. *	Mism
Læknar og tannlæknar	12%	11%	1%
Stjórnun, rekstur og umsýsla húseigna	27%	20%	7%
Sjúkraliðar og aðstoðarfólk heilbrigðisstétta	22%	15%	7%
Hjúkrunarfræðingar og ljósmæður	26%	37%	-10%
Tæknar/þjálfarar/lyfjafræðingar	13%	17%	-4%

*Meðaltal samanburðarsjúkrahúsanna.

Hér sést að hlutfall lækna er svipað hjá LSH og samanburðarsjúkrahúsunum. Hins vegar eru hjúkrunarfræðingar og ljósmæður 10% færri hjá LSH miðað við um 2,5% mun árið 2002. Skýring á þessum aukna mun er m.a. talin sú að á undanförunum árum hefur hjúkrunarfræðingum verið fjölgað á breskum háskólasjúkrahúsum, bæði vegna sérhæfðari verkefna þeirra og nauðsynjar á að bæta mönnunina vegna nýrrar hönnunar sjúkradeilda.

Sé litið á hjúkrunarfræðinga og ljósmæður annars vegar og sjúkraliða og aðstoðarfólk heilbrigðisstétta hins vegar sem eina heild eru þessir starfsmenn um 3% færri hjá LSH en samanburðarsjúkrahúsunum. Nokkuð færri starfsfólk er einnig hjá LSH í flokknum tæknar /þjálfarar/lyfjafræðingar en heldur fleiri við stjórnun, rekstur og umsýslu húseigna. Munurinn á síðastnefnda flokknum gæti legið í því að meira sé unnið í verktöku hjá samanburðarsjúkrahúsunum en LSH en um það eru ekki til samanburðartölur.

Flutningur þjónustu til dagdeilda

Ein aðferð til að auka afköst og minnka kostnað er flytja starfsemi eins og hægt er til dag- og göngudeilda. Í töflu 3.7 er borin saman framkvæmd nokkurra algengra aðgerða á skurðstofum dagdeilda og sést þar ótvírætt að þróunin hjá LSH síðastliðin tvö ár hefur verið í þessa átt. Fram kemur að aðgerðir sem áður kölluðu á legu fara nú í ríkari mæli fram á dagdeildum, þ.e. í 81% tilvika miðað við 55% árið 2002. Þá hefur meðallegutími þeirra sem þurfa að leggjast inn styst úr 4,9 dögum í 2,5 daga og er nú 1 degi lengri en hjá samanburðarsjúkrahúsunum en var 3,3 dögum lengri 2002. Sambærileg starfsemi samanburðarsjúkrahúsanna virðist litið sem ekkert hafa breyst á tímabilinu.

Tafla 3.7 Framkvæmd nokkurra algengra aðgerða á skurðstofum dagdeilda

Aðgerðir	Hlutf. aðgerða á dagd.			Meðallengd legu		
	LSH	Samb.	Munur	LSH	Samb.	Munur
Nárahauull (kviðslit í nára)	26%	48%	-22%	4,8	1,7	3,1
Hnútur í brjósti fjarlægður	37%	56%	-20%	1,9	2,1	-0,3
Endaþarmssprungna	50%	51%	-1%	2,0	2,5	-0,5
Hnútbláæðar	8%	57%	-50%	3,8	1,7	2,1
Blöðruspeglun í greiningarskyni/í aðgerð	50%	70%	-20%	3,8	2,6	1,3
Úrnám lófakreppu	100%	54%	46%	0,0	1,6	-1,6
Losun á únliðsgangi	100%	89%	11%	0,0	1,9	-1,9
Liðspeglun	100%	52%	48%	0,0	1,6	-1,6
Úrnám hálahlaupbelgs	80%	78%	2%	4,0	1,1	2,9
Eistafesting	57%	62%	-5%	1,7	0,9	0,8
Fjarlægð á drera (sjónhimnuaðgerð)	99%	90%	9%	4,0	1,4	2,6
Aðg. til að lagf. rangeygðan sjúkling	80%	69%	11%	1,0	0,8	0,2
Stungið á hljóðhimnu	67%	78%	-12%	2,6	0,6	1,9
Aðgerðir á nefslímu	65%	10%	55%	1,4	1,1	0,3
Leghálsvíkkun og legskröpun	67%	64%	2%	1,0	1,4	-0,4
Kviðarholsspeglun	54%	66%	-11%	7,7	1,8	5,9
Fóstureyðing	96%	82%	14%	2,2	0,8	1,4
Meðaltal 2004	81%	76%	6%	2,5	1,5	1,0
Meðaltal 2002	55%	74%	-19%	4,9	1,6	3,3

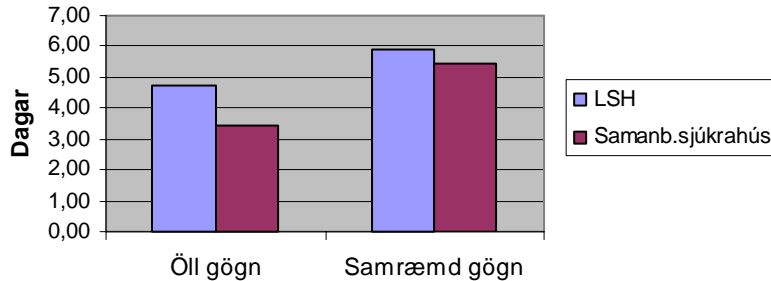
3.4 Legur og legutími

Gerður var samanburður á meðallegutíma, hlutfallslegum fjölda lega eftir lengd þeirra og meðallegutíma 10 algengustu DRG-flokka hjá LSH fyrir sjúkrahúsin í heild og fyrir sérgreinar með fleiri en 100 legur.

Legur og legutími – sjúkrahúsin í heild

Á mynd 3.1 er meðallegutími á LSH borinn saman við meðallegutíma á bresku sjúkrahúsunum. Annars vegar eru borin saman öll gögn og hins vegar gögn þar sem hvorki eru 0-daga legur né legur lengri en 49 dagar og eru þau hér kölluð „samræmd gögn“. Þegar horft er til allra gagna er meðallegutími hjá LSH 37% lengri en hjá samanburðarsjúkrahúsunum, þ.e. 4,72 dagar á móti 3,45, þrátt fyrir að LSH sé með nokkuð hærra hlutfall stuttra lega og dagdeildarkoma. Meginskýringin á þessum mun liggur í því að hjá LSH voru 2,9% lega lengri en 29 dagar miðað við 1,9% hjá samanburðarsjúkrahúsunum. Ástæða þessa er sú að geð- og öldrunarlækningar er stærri þáttur í starfsemi LSH en samanburðarsjúkrahúsanna. Um þetta mál, sem kallað er fráflæðis- eða útskriftarvandi í starfsemi LSH, er fjallað nánar í kafla 4.

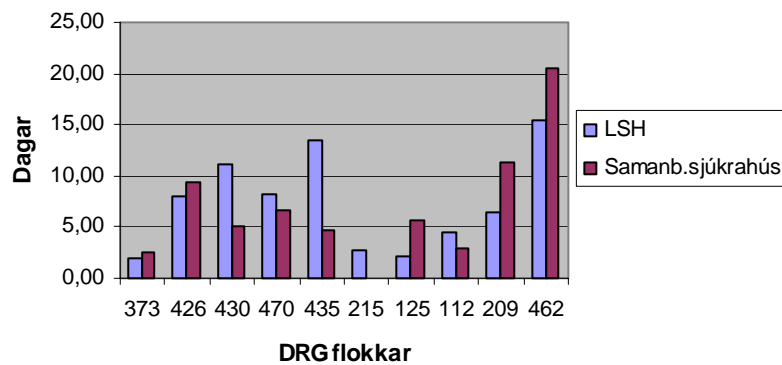
Mynd 3.1 Samanburður á meðallengd legu, allt sjúkrahúsið



Minni munur er á meðallegutíma „samræmdra gagna“. Hann er 5,90 dagar hjá LSH en 5,47 hjá hinum. Munurinn, 0,4 dagar, er álíka mikill og í samanburðinum árið 2002, en þá var meðallegutími LSH 5,92 á móti 5,59 dögum hjá samanburðarsjúkrahúsunum.

Borið var saman hvernig legur dreifast hlutfallslega eftir lengd legutíma og reyndist lítill munur á LSH og samanburðarsjúkrahúsunum. Mesti munur kom fram í því að hjá LSH eru annars vegar fleiri 0-daga legur og dagdeildar-komur og hins vegar fleiri langar legur en hjá samanburðarsjúkrahúsunum. Sjá mynd A í Viðauka II.

Mynd 3.2 Meðallegutími 10 algengustu DRG flokka hjá LSH í heild



- 373 Eðlileg fæðing án aukakvilla
 - 426 Geðhvörf
 - 430 Geðklofi
 - 470 Óflokkanlegt og ófrágengnar sjúkraskrár
 - 435 Áfengis- og/eða vímuefnamisnotkun
 - 215 Aðgerðir á baki og hálsi, án aukakvilla
 - 125 Blóðrásarraskanir, nema brátt hjartadrep, með hjartalegg án flókinnar greiningar
 - 112 Hjarta- og æðaaðgerðir gegnum húð
 - 209 Liðskiptaaðgerðir á neðri útlím
 - 462 Endurhæfing
- Hlutfall 10 algengustu DRG af heild var 26,7%

Á mynd 3.2 er borinn saman meðallegutími 10 algengustu DRG-flokkanna hjá LSH. Þeir standa fyrir 26,7% af meðferðum töldum með samræmdum hætti. Eins og sjá má var meðallegutími í 5 af 10 algengustu DRG-flokkum lengri hjá LSH en samanburðarsjúkrahúsunum. Tveir þeirra eru þeir sömu og í samanburðinum fyrir 2002, þ.e. flokkar 430 fyrir geðræn vandamál og 435 fyrir misnotkun áfengis. Síðan hefur flokkur 112, fyrir hjarta- og æðaaðgerðir í gegnum húð, bæst við. Ekki var hægt að gera samanburð á flokknum 215, fyrir blóðrásaraskanir, þar sem fyrir hann eru notaðir mismunandi aðgerðarkóðar á LSH og bresku sjúkrahúsunum. Fjöldi daga á bak við flokkinn 470, óflokkanlegt og ófrágengnar sjúkraskrár, er ennþá nokkuð meiri hjá LSH en hefur færst ofar í röðina yfir 10 algengustu DRG eða úr öðru í fjórða sæti, sem bendir til að skráning hafi heldur batnað á LSH frá 2002.

Meginniðurstaða þessa samanburðar á legum og legutíma fyrir sjúkrahúsið í heild er sú að legutími hjá LSH sé mjög sambærilegur við bresk sjúkrahús og hafa breytingar í mörgum sérgreinum fylgst nokkuð vel að á báðum stöðum eins og hér verður bent á.

Legur og legutími – eftir sérgreinum

Í töflu 3.8 er meðallegutími árin 2002 og 2004 borinn saman eftir 25 sérgreinum með fleiri en 100 legur (að geðlækningum undanskildum). Um er að ræða legutíma samræmdra gagna, þ.e. fyrir 1–49 daga. Sem sjá má er LSH með styttri legutíma en samanburðarsjúkrahúsin í alls 13 greinum bæði árin (52%). Þegar litið er til allra greina var legutíminn þó heldur lengri á LSH en á hinum sjúkrahúsunum og munaði að meðaltali 0,43 dögum árið 2004 en 0,33 dögum árið 2002.

Árið 2004 var LSH með áberandi styttri legutíma en samanburðarsjúkrahúsin í sex sérgreinum. Þetta eru endurhæfing (-7,75 dagar), heila- og taugaskurðlækningar (-3,72 dagar), almennar lyflækningar (-3,28 dagar), gigtarlækningar (-2,68 dagar), blóðlækningar (-2,36 dagar) og slysa- og bæklunarskurðlækningar (-2,10 dagar). Þróunin frá 2002 hefur þó verið mun óhagstæðari hjá LSH í öllum þessum greinum nema almennum lyflækningum þar sem legutíminn hefur styst hjá LSH um 1,2 daga en lengst hjá samanburðarsjúkrahúsunum um 0,15 daga.

Þrjár sérgreinar skera sig úr með mun lengri legutíma hjá LSH en samanburðarsjúkrahúsunum. Þetta eru öldrunarlækningar (+12,49 dagar), lýtalækningar (+3,85 dagar) og krabbameinslækningar (+3,52 dagar) og hefur legutími bæði í lýta- og öldrunarlækningum lengst umtalsvert frá 2002.

Í fjórum sérgreinum hefur LSH tekist áberandi best upp með að stytta legutímamann frá 2002 til 2004. Þetta eru taugalækningar (-2,6 dagar), húðsjúkdómalækningar (-1,91 dagar), nýrnalækningar (-1,58 dagar) og almennar lyflækningar (-1,2 dagar).

Tafla 3.8 Meðallegutími eftir sérgreinum 2002 og 2004

Sérgrein	2002			2004			2002-2004		
	Meðallegutími		Mism	Meðallegutími		Mism	Próun legutíma		
	LSH	Samb	LSH	LSH	Samb	LSH	LSH	Samb	Mism LSH
Almennar lyflækni	4,05	5,98	-1,93	2,85	6,13	-3,28	-1,20	0,15	-1,35
Almennar skurðl.	4,93	6,14	-1,21	4,80	6,04	-1,24	-0,13	-0,10	-0,03
Augnlækningar	4,07	2,11	1,96	3,59	2,07	1,52	-0,48	-0,04	-0,44
Barnalækningar	5,15	4,14	1,01	5,45	4,23	1,22	0,30	0,09	0,21
Barnaskurðlækni	4,24	3,59	0,65	3,73	3,67	0,06	-0,51	0,08	-0,59
Blóðlækningar	6,63	9,54	-2,91	7,36	9,72	-2,36	0,73	0,18	0,55
Lungnalækningar	6,16	6,48	-0,32	6,50	6,74	-0,24	0,34	0,26	0,08
Brjóstholsskurðlækni	11,09	8,33	2,76	9,97	8,40	1,57	-1,12	0,07	-1,19
Endurhæfing	13,47	21,14	-7,67	13,48	21,23	-7,75	0,01	0,09	-0,08
Gigtarlækningar	6,21	10,44	-4,23	6,50	9,18	-2,68	0,29	-1,26	1,55
Háls-, nef- og eyrnal	2,00	2,32	-0,32	1,94	2,22	-0,28	-0,06	-0,10	0,04
Heila- og taugaskurðl.	3,65	7,74	-4,09	3,55	7,27	-3,72	-0,10	-0,47	0,37
Hjartalækningar	4,55	4,63	-0,08	4,76	4,68	0,08	0,21	0,05	0,16
Húðsjúkdómalækni	14,95	11,89	3,06	13,04	12,44	0,60	-1,91	0,55	-2,46
Krabbameinslækni	8,98	5,78	3,20	8,62	5,10	3,52	-0,36	-0,68	0,32
Kvensjúkdómalækni	3,83	3,55	0,28	3,18	3,39	-0,21	-0,65	-0,16	-0,49
Lýtalækningar	5,45	4,01	1,44	7,34	3,83	3,51	1,89	-0,18	2,07
Meðg. og fæðing	3,08	3,25	-0,17	2,53	3,22	-0,69	-0,55	-0,03	-0,52
Meltingalækningar	5,20	7,04	-1,84	5,27	7,10	-1,83	0,07	0,06	0,01
Nýrnalækningar	10,06	7,54	2,52	8,48	7,96	0,52	-1,58	0,42	-2,00
Slysa- og bæklunarsk.	4,82	7,17	-2,35	4,86	6,96	-2,10	0,04	-0,21	0,25
Smitsjúkdómalækni	5,24	5,99	-0,75	7,21	6,48	0,73	1,97	0,49	1,48
Taugalækningar	8,81	7,04	1,77	6,21	7,27	-1,06	-2,60	0,23	-2,83
Þvagfæraskurðlækni	4,70	4,49	0,21	4,80	4,34	0,46	0,10	-0,15	0,25
Öldrunarlækningar	19,95	12,07	7,88	22,74	10,25	12,49	2,79	-1,82	4,61
Allt sjúkrahúsið	5,92	5,59	0,33	5,90	5,47	0,43	-0,02	-0,12	0,10

Samanburður á meðallegutíma, dreifingu lega eftir lengd legutíma og legutíma 10 algengustu DRG-flokka innan hverrar sérgreinar er birtur í myndum B-Z í Viðauka II. Þar kemur m.a. fram að í 15 sérgreinum eru fleiri DRG-flokkar með styttri legutíma hjá LSH en samanburðarsjúkrahúsunum. Í þessum samanburði kemur LSH best út í almennum lyflækningum, lungnalækningum, gigtarlækningum og slysa- og bæklunarskurðlækningum. Þar eru 9 DRG-flokkar með styttri legutíma hjá LSH. Lökust er útkoman í öldrunarlækningum, krabbameinslækningum og brjóstholsskurðlækningum þar sem LSH hefur engan DRG-flokk með styttri legu en samanburðarsjúkrahúsin. Þetta er í samræmi við það sem kom fram í samanburði á legutíma sérgreinanna í heild. Ekki reyndist unnt að grafast nánar fyrir um orsakir styttri eða lengri legutíma innan einstakra sérgreina. Rétt er þó að benda á vegna krabbameins- og öldrunarlækninga að aldraðir eru ekki vistaðir til lengri tíma á bráða- og kennslusjúkrahúsum í Bretlandi og líknaðeildir starfa utan samanburðarsjúkrahúsanna en eru hluti af starfsemi LSH.

Legur og legutími – geðheilbrigðisstarfsemi

Sérstakur samanburður var gerður á geðheilbrigðisstarfsemi sem skiptist í barna- og unglingageðlækningar annars vegar og fullorðinsgeðlækningar hins vegar. Unnið var með öll gögn og gögn sem höfðu verið samræmd eins og í samanburðinum hér að framan. Niðurstöður í heild eru birtar í Viðauka III (myndir Þ-Æ). Rétt er að taka fram að öll flokkun geðheilbrigðisstarfsemi samkvæmt DRG-kerfinu þykir erfið og verður að taka henni með vissum fyrirvara. Niðurstöðurnar hér eru því fyrst og fremst vísbendingar sem LSH getur nýtt sér við frekari þróun þessarar starfsemi.

Legutími vegna barna- og unglingageðlækninga er mun lengri hjá LSH en samanburðarsjúkrahúsunum. Fyrir samræmd gögn munar nánast helmingi. Þar er legutíminn 23,92 dagar hjá LSH en 12,39 dagar hjá samanburðarsjúkrahúsunum. Þá eru um 90% allra lega lengri en 8 dagar hjá LSH miðað við um 58% hjá samanburðahópnum. Af 10 algengustu DRG-flokkunum eru 4 með lengri legutíma hjá LSH og 4 með styttri. Ekki var hægt að koma við samanburði vegna 2 flokka.

Í fullorðinsgeðlækningum er meðallegutími í báðum flokkum töluvert styttri hjá LSH en samanburðarsjúkrahúsunum eða 8,50 dagar fyrir samræmd gögn móti 15,57 dögum. Hér eru stuttu legurnar (styttri en 8 dagar) mun fleiri hjá LSH eða tæplega 67% á móti um 33% hjá samanburðarhópnum. Í samanburði á DRG-flokkum hefur LSH einnig yfirburði með aðeins 2 flokka með lengri legu en samanburðarsjúkrahúsin en 6 með styttri legu. Ekki var hægt að koma við samanburði vegna 2 flokka.

Þetta eru mjög ólíkar niðurstöður fyrir þessar skyldu sérgreinar. Tvennt er helst talið geta skýrt muninn. Í Bretlandi hefur um margra ára skeið verið unnið markvisst að því að auka samfélagsþjónustu á vegum geðdeilda en uppbygging slíkrar þjónustu hefur gengið hægt hér á landi. Þessi munur er talinn geta skýrt mun lengri legutíma í barna- og unglingageðlækningum hér á landi en á Bretlandi. Á hinn bóginn er talið að í fullorðinsgeðlækningunum sé að skila sér mikil og markviss vinna geðsviðsins undanfarin misseri við að leita nýrra leiða í þjónustunni og stytta þannig legutíma á sjúkrahúsinu.

3.5 Gæði þjónustu

Gæði þjónustu eru oft mæld út frá aðgengi og afdrifum sjúklinga. Aðgengi vísar þá til þess hversu góðan aðgang sjúklingar hafa að þjónustu spítalans, t.d. hve biðtími er langur, en afdrif vísa til þess hvernig sjúklingi reiðir af eftir komu sína á spítalann. Ekki liggja fyrir neinar upplýsingar frá samanburðarsjúkrahúsunum um aðgengi og þess vegna verður ekki gerður samanburður á því hér. Við samanburð á afdrifum voru notaðir mælikvarðar sem breska heilbrigðisráðuneytið gerði kröfu um að öll bresk sjúkrahús skiluðu upplýsingum um fyrir árið 2004.

Þrír meginþættir eru bornir saman, dánartíðni, bráð endurinnlögn og útskrift heim eftir aðgerð, og er niðurstaðan sýnd í töflu 3.9. Í þeim 13 flokkum sem bornir eru saman er útkoman betri hjá LSH í 11 tilfellum og verður það að teljast mjög góð niðurstaða.

Tafla 3.9 Samanburður á gæðum – afdrif sjúklinga

Aðgerðir og afdrif	LSH	Samanb.	Mism. LSH
Dánartíðni á sjúkrahúsi innan 30 daga			
frá skurðaðgerð – bráðainnlögn	0,8%	3,9%	-3,1%
frá skurðaðgerð – af biðlista	0,2%	0,7%	-0,6%
frá kransæðaaðgerð – bráðainnlögn	5,7%	4,4%	1,3%
frá kransæðaaðgerð – af biðlista	1,1%	1,4%	-0,2%
frá kransæðavíkkun – bráðainnlögn	1,3%	1,5%	-0,2%
frá kransæðavíkkun – af biðlista	0,0%	0,2%	-0,2%
frá bráðainnlögn með hjartadrep	1,5%	7,0%	-5,4%
eftir heilablóðfall	11,6%	21,2%	-9,6%
eftir mjaðmabrot	2,6%	8,2%	-5,6%
Bráð endurinnlögn innan 28 daga			
frá útskrift – öll tilfelli – 16 ára og eldri	9,0%	7,9%	1,1%
eftir aðgerð vegna mjaðmabrots	4,8%	9,0%	-4,2%
Útskrift heim			
innan 56 daga frá heilablóðfalli	95,4%	75,9%	19,5%
innan 28 daga eftir mjaðmabrot	95,3%	71,1%	24,2%

Hjá LSH létust færri eftir allar aðgerðir sem skoðaðar voru en í samanburðarhópnum nema eftir kransæðaaðgerð eftir bráðainnlögn. Þar létust 1,3% fleiri en hjá samanburðarhópnum. Bráð endurinnlögn er mælikvarði á það hvort sjúklingur hafi verið útskrifaður of fljótt og hvort aðgerð hafi heppnast vel. Slík tilfelli eru heldur fleiri í heild á LSH en hjá samanburðarhópnum nema eftir aðgerð við mjaðmabrot. Útskrift heim er tekin sem mælikvarði á hversu fljótt sjúklingar jafna sig eftir aðgerð og er ein hlið á gæðum þjónustunnar. Þessi þáttur kemur mun betur út hjá LSH í þeim 2 tilfellum sem skoðuð voru.

Við vinnslu á DRG upplýsingum var gerð tilraun til að bera saman 7 gæðavísar fyrir sérgreinar með fleiri en 100 legur (hér eru geðlækningar teknar með). Þessir gæðavísar eru: 1) andlát á sjúkrahúsi, 2) andlát innan 2ja daga frá innlögn, 3) andlát eftir aðgerð, 4) meinsvörun við lyfjagjöf eða efnun til meðferðar sem eru einhvers konar ofnæmisviðbrögð, 5) atvik sjúklinga, þ.e. þegar eitthvað óvænt kemur fyrir þá við meðferð eða umönnun, 6) endurinnlagnir á sjúkrahúsið eftir útskrift frá nefndri sérgrein og loks þáttur sem kallaður er 7) alvarleikastigun sjúkdóms sem er nokkurs konar áhættumat á ástandi sjúklings. Í ljós kom að 3 af 7 ofangreindum gæðamælikvörðum voru ekki samanburðarhæfir af eftirfarandi ástæðum. Í liðnum atvik sjúklinga voru aðeins skráð 3 tilfelli, 2 hjá blóðlækningum og 1 í þvagfæraskurðlækningum. Í meinsvörun við lyfjagjöf eða efnun við meðferð voru aðeins skráð 32 tilfelli hjá 11

af 27 sérgreinum. Skráning endurinnlagna reyndist ekki marktæk þar sem við skráningu hjá LSH er ekki gerður greinarmunur á því hvort sjúklingur kemur í reglulegt eftirlit eða í bráða endurinnlögn. Í töflu 3.10 er sýnd niðurstaða á samanburði þeirra 4 gæðavísa sem eftir eru fyrir LSH miðað við bresku sjúkrahúsin.

Samanburður á dánartíðni er talinn allmarktækur mælikvarði og kemur vel út fyrir LSH í flestum sérgreinum. Krabbameinslækningar eru undantekning og stafar það vafalítið af því sem áður var nefnt, að líknardeildir starfa utan samanburðarsjúkrahúsanna en innan LSH. Ekki fundust skýringar á því hvers vegna dánartíðni virðist að meðaltali lægri hjá LSH en samanburðarsjúkrahúsunum. Þá er ekki að fullu ljóst hvernig túlka ber niðurstöðu um alvarleikastigun sjúkdóma sem mælist nokkuð meiri hjá LSH og bendir til þess að sjúklingar þar séu að jafnaði veikari en hjá samanburðarsjúkrahúsunum. Ekki reyndist heldur unnt að sannreyna þá niðurstöðu. Það er ljóst að LSH þarf að taka sig verulega á í skráningu gæðamælikvarða ef sjúkrahúsið ætlar að geta borið sig af fullri alvöru saman við erlendar sjúkrastofnanir í framtíðinni.

Tafla 3.10 Samanburður fjögurra gæðapátta eftir sérgreinum

Sérgreinar	Andlát á sjúkrahúsi	Andlát innan 2 daga frá innlögn	Andlát eftir aðgerð	Alvarleikastigun
Almennar lyflækningar	-3,2%	-0,6%	-0,3%	0,9
Almennar skurðlækningar	-0,4%	0,0%	-0,4%	11,0
Augnlækningar	0,0%	0,0%	0,0%	0,4
Áverka- og bæklunarskurðlækningar	-0,6%	-0,2%	-0,2%	9,8
Barnalækningar	-0,1%	-0,1%	-0,2%	2,7
Barnaskurðlækningar	-0,1%	-0,1%	-0,1%	-6,1
Barna- og unglíngageðlækningar	0,0%	0,0%	0,0%	4,0
Blóðlækningar	3,9%	0,3%	-0,4%	7,6
Brjóstholslækningar	-3,3%	-0,9%	-0,7%	3,5
Brjóstholsskurðlækningar	0,0%	0,6%	0,1%	-34,3
Endurhæfing	-5,3%	-0,1%	0,0%	29,5
Geðlækningar	-0,2%	0,0%	0,0%	-2,4
Gígtarlækningar	1,1%	0,2%	0,1%	1,8
Háls-, nef- og eyrnalækningar	-0,2%	0,0%	-0,1%	0,2
Heila- og taugaskurðlækningar	-0,3%	0,7%	-0,9%	-22,5
Hjartalækningar	1,3%	0,5%	0,1%	5,7
Húðsjúkdómalækningar	-0,2%	0,0%	-0,1%	-6,6
Krabbameinslækningar	16,3%	2,4%	-0,1%	2,3
Kvensjúkdómalækningar	0,0%	0,0%	0,0%	-0,9
Lýtalækningar	0,3%	0,0%	-0,1%	-0,7
Meðganga og fæðing	0,0%	0,0%	0,0%	1,8
Meltingalækningar	0,5%	0,5%	0,0%	5,0
Nýrnalækningar	2,0%	-0,5%	0,1%	-0,4
Smitsjúkdómalækningar	1,2%	0,0%	0,7%	-7,5
Taugalækningar	1,7%	0,4%	-0,4%	-3,4
Þvagfæraskurðlækningar	0,3%	0,0%	0,1%	4,6
Öldrunarlækningar	2,6%	-1,2%	-1,6%	6,3
Allt sjúkrahúsið	0,1%	-0,1%	-0,2%	1,9

4 Staða og framtíðarþróun

Yfirvöld heilbrigðis- og fjármála hafa enn ekki birt heildstæða stefnu þar sem hlutverk LSH innan heilbrigðiskerfisins er skilgreint. Nauðsynlegt er að þetta verði gert sem fyrst svo að sjúkrahúsið geti tekið mið af henni í áframhaldandi viðleitni sinni til að þróa starfsemi sína á hagkvæman og skilvirkan hátt.

4.1 Viðbrögð við ábendingum

Í skýrslu Ríkisendurskoðunar um sameiningu sjúkrahúsanna í Reykjavík (2003) voru settar fram ábendingar um nokkur atriði sem lagfæra þyrfti til að kostir sameiningar skiluðu sér að fullu. Hér verður litið á hvernig brugðist hefur verið við þeim og hvað þurfi að gera betur. Einnig verður skoðað hvort sjúkrahúsið glími við einhver vandamál sem draga úr hæfi þess til að sinna hlutverki sínu sem best.

Stefnumótun stjórnvalda

Óskað var eftir því að yfirvöld heilbrigðis- og fjármála settu fram skýra stefnu þar sem hlutverk LSH innan heilbrigðiskerfisins í heild væri skilgreint. Slíkt er nauðsynleg forsenda þess að LSH geti mótað sér innri stefnu um þróun starfseminnar.

Lögð var áhersla á að sjúkrahúsið væri hlekkur í samfelldri og heildstæðri þjónustu við sjúklinga þar sem hver aðili heilbrigðiskerfisins hefði skýrt verksvið og sinnti því sem hann er hæfastur til. Skilin milli einkareksturs og sjúkrahúss, heilsugæslu og sjúkrahúss og einstakra heilbrigðisstofnana þyrftu að vera skýr.

Slík stefna hefur enn ekki verið mótuð en nefnd sem er að vinna að tillögum til ráðherra um hvernig megi endurskilgreina verksvið LSH og Fjórðungs-sjúkrahússins á Akureyri með tilliti til breyttra þjóðfélagsaðstæðna hefur starfað síðan 2003. Vonir hafa verið bundnar við að tillögur þessarar nefndar hjálpi yfirvöldum að móta skýra framtíðarstefnu fyrir LSH. Í raun hefði slík stefnumótun átt fara fram fyrir löngu og gagnrýna má að ekki skuli hafa legið fyrir heildstæð stefna, þar sem hlutverk einstakra aðila heilbrigðiskerfisins væri skilgreint, þegar fram fór sú umbreyting heilbrigðiskerfisins sem í sameiningunni fólst.

Þó að niðurstöður fyrrgreindrar nefndar liggi ekki fyrir hefur spítalinn þegar hafið innri stefnumótunarvinnu og var stýrinefnd um hana skipuð í september 2005. Hún á að „móta raunhæfa heildarstefnu fyrir LSH; sjúklingum, aðstandendum, fagfólki og rekstri LSH til hagsbóta og framdráttar“. Markmiðið er að efla framfarir, öryggisbrag og gæði við meðferð og umönnun sjúklinga, stuðla að árangursríku námi heilbrigðisstétta og efla rannsóknir á LSH. Auk þess á að bæta stjórnun á LSH og skapa jákvæða og trausta ímynd í huga sjúklinga, aðstandenda, starfsmanna og almennings.² Því ber að fagna að þessi vinna er hafin. Meðan skýrar línur frá ráðuneytinu um hlutverk og stöðu sjúkrahússins í heilbrigðiskerfinu liggja ekki fyrir er ljóst að ekki verður hægt að taka með markvissum hætti á þáttum er snúa að verkaskiptingu sjúkrahússins og annarra aðila heilbrigðiskerfisins.

Efling dag- og göngudeildarþjónustu

Eitt af lykilatriðum við stjórn sjúkrahússins á undanförunum árum hefur verið aukin áhersla á dag- og göngudeildarþjónustu. Þetta á aðallega að lækka kostnað og bæta þjónustu en einnig að styrkja stöðu LSH sem háskólasjúkrahúss. Stjórnendur þess telja að til þess að spítalinn standi undir því nafni þurfi hann að geta veitt verklega kennslu á þeim sviðum sem almennt eru á verksviði sjúkrahúsa. Vissar aðgerðir hafa flust að öllu leyti til sjálfstætt starfandi sérfræðinga svo að ekki er hægt að veita verklega þjálfun í þeim innan sjúkrahússins. Vilji er til að fá nokkurn hluta þeirra aftur inn á spítalann til að hann geti veitt heildstæðari kennslu. Flutningur verkefna á stofur sjálfstætt starfandi sérfræðinga hefur einnig leitt til þess að sjúkrahúsið hefur misst færni til að sinna þeim. Því hefur það ekki getað sinnt öllum tegundum áverka eftir slys og þurfa sjúklingar oft að fá hluta meðferðar utan þess. Þetta telja forsvarsmenn þess bæði mjög bagalegt og leiða til verri þjónustu við sjúklingana.

Niðurstöður bæði innlands og erlends samanburðar á starfsemi sjúkrahússins benda til þess að dag- og göngudeildarstarfsemi hafi eflst talsvert síðustu tvö árin, en ennþá er það nokkuð tilviljunum háð hvort sjúklingar koma í framhaldsmeðferð eða eftirlit á spítalanum eða á stofu úti í bæ. Sjúklingar fá því þjónustu að hluta til innan sjúkrahússins og að hluta utan þess. Ein af ástæðum þessa er greiðslukerfi TR sem styður slíkt fyrirkomulag.

Á geðsviði LSH hefur verið unnið markvisst að því að flytja stystu komurnar til heilsugæslunnar og jafnvel til apótekanna þegar um lyfjaafgreiðslu er að ræða til að geta sinnt betur erfiðari og flóknari verkefnum á dag- og göngudeildum og draga þannig úr innlögnum. Starfsemin hefur því verið gerð markvissari og kraftar sjúkrahússins nýttir þar sem þeir koma að bestu notum.

² LSH-vefurinn, http://www4.landspitali.is/lsh_ytri.nsf/htmlpages/index.html, náð í 5.10.2005.

Markviss efling dag- og göngudeildarstarfseminnar byggir á að skýr stefna verði mótuð um hlutverkaskiptingu innan heilbrigðiskerfisins. Af þeim sökum er afar brýnt að stefnumótunarnefndin skili sem fyrst niðurstöðum sínum.

Fráflæðisvandinn

Í skýrslu Ríkisendurskoðunar frá 2003 kom fram að ekki var alltaf hægt að útskrifa sjúklinga LSH þegar meðferð lauk vegna þess að aðrir gátu ekki tekið við þeim. Hér er fyrst og fremst um að ræða aldraða sem bíða eftir að komast í hjúkrunarrými og geðfatlaða sem bíða eftir búsetuúrræðum. Þessi vandi, sem kallaður er fráflæðis- eða útskriftarvandi, er enn fyrir hendi. Í janúar 2003 biðu 174 sjúklingar á LSH eftir úrræðum utan spítala. Í byrjun árs 2004 var opnað nýtt hjúkrunarheimili fyrir aldraða á Vífilsstöðum með 50 rýmum og létti það nokkuð á biðlistum LSH. Í janúar 2005 biðu þó enn 102 eftir úrræðum, þar af rúmlega helmingur eða 63 eftir öldrunarrými og um þriðjungur eftir búsetuúrræðum á vegum svæðisskrifstofa. Aðrir biðu eftir öðrum úrræðum.

Bent hefur verið á að það sé verulegur kostnaðarauki fyrir samfélagið að sjúklingar sem lokið hafa lækni meðferð liggja á bráðasjúkrahúsi því að þar sé kostnaður á legudag mun meiri en á hjúkrunarheimili eða í sambýli. Áætlaður kostnaður hvers meðallegudags á LSH er 30–50.000 kr.³ en meðaldagjald í hjúkrunarrými öldrunarheimilis u.þ.b. 14.000 kr. Samkvæmt upplýsingum frá LSH þarf rúmlega helmingur biðsjúklinga að bíða í meira en 90 daga. Ef gengið er út frá að meðalbiðtími þeirra sé 90 dagar, sem er varlega áætlað miðað við rauntölur, er kostnaður á hvern biðsjúkling á bilinu 2,7–4,5 m.kr. Fyrir 102 sjúklinga þýðir þetta 275–460 m.kr. Þessi kostnaðarauki er þó ekki það eina sem skiptir máli. Hafa ber í huga að á meðan 102 rúm eru frátekin fyrir biðsjúklinga minnkar geta sjúkrahússins til að sinna þörf sjúklinga fyrir þjónustu og líkur aukast einnig á að sjúklingar þurfi að liggja á göngum sjúkrahússins. Lausn á þessum vanda hlýtur að felast í heildarstefnumótun fyrir heilbrigðiskerfið. Eitt skref var stigið þegar 1 ma.kr. af söluandvirði Símans var ánað til að leysa búsetumál geðfatlaðra haustið 2005.

Húsnæðismál

Í viðræðum skýrsluhöfunda við fjölmarga stjórnendur spítalans, bæði við gerð þessarar skýrslu og þeirrar fyrri, hafa þeir jafnan bent á að fullur ávinningur af sameiningu náist ekki fyrr en öll starfsemi hefur verið sameinuð á einum stað. Meginstarfsemi á tveimur stöðum leiði til óþarfa tvöföldunar, flutnings sjúklinga og ferða starfsmanna milli staða. Allt valdi þetta truflun á starfseminni, óþægindum fyrir sjúklinga og auknum kostnaði. Auk þess hafi margir starfsmenn slæma starfsaðstöðu og aðstaða til kennslu og rannsókna sé ófullnægjandi.

³ Skýrsla um útskriftarvanda á LSH.

Við gerð fyrri skýrslu virtist nýtt húsnæði fyrir sjúkrahúsið fjarlægur draumur. Með ákvörðun um að leggja 18 ma.kr. af söluandvirði Símans til uppbyggingar sjúkrahússins á árunum 2008–2012 er þessi draumur á góðri leið með að rætast. Með þessu framlagi verður unnt að ljúka skipulagsvinnu og undirbúningi á sjúkrahúslóðinni, byggja aðstöðu fyrir slysa- og bráðþjónustu og koma upp aðstöðu fyrir rannsóknarstarfsemi, en þessi verkefni eru talin brýnust.

Áætlað er að nýbygging sjúkrahússins kosti alls rúmlega 40 ma.kr. Þar sem 18 ma.kr. framlag er tryggt vantar um 22 ma.kr. til viðbótar til að ljúka verkinu. Ríkisendurskoðun leggur áherslu á að vel verði staðið að skipulagningu framkvæmda og að tryggt verði fjármagn til að ljúka verkinu innan tilgreindra tímamarka. Það er sóun að láta dýrar fjárfestingar standa hálfkláraðar og ónotaðar í lengri tíma eins og dæmi eru um, t.d. með nýbyggingu fyrir FSA á Akureyri.

Þróun gæðamælikvarða

Í fyrri skýrslu Ríkisendurskoðunar um sameininguna kom fram að litlar upplýsingar voru til um gæði þjónustu hjá LSH. Í úttektinni sem nú er gerð kom fram að ekki hefur unnist tími til að þróa mælikvarða til að leggja heildstætt mat á gæði en hægt er að draga ákveðnar upplýsingar úr upplýsingakerfi spítalans. Aðeins var þó hægt að draga fram hluta þeirra mælikvarða sem Bretar vinna beint úr sjúkraskrá. Þetta voru sérstaklega mælikvarðar um afdrif sjúklinga, t.d. endurinnlagnir, sýkingar og atvik.

Hægt er að meta viðhorf almennings og notenda þjónustunnar með viðhorfskönnunum. Slíkt hefur ekki verið gert með skipulegum hætti en í nýlegri könnun um ímynd LSH meðal almennings⁴ kemur fram að hún er í flestu eða öllu tilliti mjög góð, t.d. töldu tæp 90% spítalann trausta stofnun og um 87% höfðu góða reynslu af honum s.l. 2 ár. Á hinn bóginn komu þrjú atriði fremur illa út og varða tvö þeirra þróun á þjónustu spítalans. Annars vegar töldu tæp 45% svarenda að þjónusta spítalans hefði versnað á s.l. 2 árum og 27% voru óvissir. Hins vegar töldu tæp 70% að þjónustan hefði versnað vegna samdráttaraðgerða. LSH þarf að halda áfram að þróa mælikvarða til að meta afdrif sjúklinga og ánægju þeirra með þjónustuna.

Almennt þarf að bæta eftirlit með gæðum þjónustu og ánægju sjúklinga þar sem slíkar upplýsingar eru nauðsynlegar við samanburð á þjónustunni milli tímabila og við aðrar stofnanir.

Þróun DRG sem framleiðslumælinga- og kostnaðargreiningarkerfi

Með DRG-kostnaðargreiningarkerfi má greina kostnað við meðferðir með samræmdum hætti og þannig skoða þróun skilvirkni og kostnaðar einstakra meðferða á LSH og hvernig stofnunin stendur sig miðað við önnur sjúkrahús

⁴ IMG Gallup. *Landspítali háskólasjúkrahús - Ímynd meðal almennings - Ímyndakönnun*, apríl/maí 2004.

sem búa yfir sams konar upplýsingum. Þetta gerir kleift að greina hvaða meðferðir eru unnar á hagkvæman hátt og hvar má gera betur. Slíkt veitir sjúkrahúsi sem hefur enga samkeppni á mörgum sviðum starfseminnar nauðsynlegt aðhald. DRG veitir einnig ómetanlegar innri stjórnunarupplýsingar sem nýta má til að bæta starfsemina á ýmsan hátt.

Eitt af markmiðum þess að innleiða kerfið var að nota verðlagningu byggða á DRG til að breyta fjármögnun spítalans þannig að hún taki í ríkari mæli mið af magni þeirrar þjónustu sem veitt er. Eftir 5 ára undirbúningsvinnu er búið að kostnaðargreina starfsemi LSH og stjórnendur þar vilja nú taka upp breytta fjármögnun sem byggir á magni þjónustu. Stjórnvöld hafa hins vegar ekki viljað hvika frá föstum fjárveitingum, m.a af ótta við að það geti leitt til vanda við að halda útgjöldum í skefjum. Stjórnendur á LSH telja þessa hræðslu óþarfa, því að stjórnvöld geti stýrt kostnaðinum með því að ákveða hvaða verkefni skuli unnin. Þannig geti þau verið í hlutverki hins upplýsta kaupanda sem kaupir skilgreinda þjónustu af sjúkrahúsinu á ákveðnu verði í stað þess að úthluta einni fastri tölu sem litla stjórn er hægt að hafa á hvað gert er við.

Mörg sjúkrahús annars staðar á Norðurlöndunum eru nú þegar fjármögnuð út frá DRG að einhverju eða öllu leyti. Árið 2004 gaf OECD út skýrslu um rekstur heilbrigðiskerfa, „Towards High-Performing Health Systems“. Þar kemur fram að flest lönd innan OECD hafa tekið upp afkastatengda fjármögnun sjúkrahúsa, sem leiði til aukinna afkasta og meiri hagkvæmni, í stað fastra fjárlaga sem taka ekki mið af síbreytilegri starfsemi og stuðli að óhagkvæmni með því að vera fremur starfsemisletjandi en hvetjandi. Þar er reyndar einnig bent á þá tilhneigingu afkastatengdu kerfanna til að vilja bjóða upp á of mikla þjónustu og einnig til að vanmeta forvarnaraðgerðir sem minnki þörfina fyrir dýrar aðgerðir í framtíðinni. Ekki hafa þó ennþá komið fram aðrar betri leiðir til að fjármagna sjúkrahús.

Strax í upphafi sameiningarferilsins setti LSH sér markmið um þróun og innleiðingu DRG-kerfisins til að nota sem tæki við að mæla framleiðslu og greina kostnað. Augljóst er að mjög vel hefur verið unnið að þessu verkefni á spítalanum og áætlanir um innleiðingu kerfisins staðist að langmestu leyti. Í lok árs 2004 taldi spítalinn sig reiðubúinn til að gera samninga við yfirvöld um að fjármögnun spítalans væri að hluta til byggð á framleiðni skv. DRG-flokkun.

Þróun háskóla- og rannsóknarstarfsemi

Við sameininguna sjúkrahúsanna í Reykjavík var lögð mikil áhersla á að efla kennslu og rannsóknir. Í framkvæmd birtist þetta 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 yfir þeim þætti. Ennþá er þó ólokið þeim hluta samnings LSH og HÍ sem snýr að skiptingu kostnaðar vegna kennslu. Nú er að ljúka kostnaðargreiningu fyrir árið 2004 og eru niðurstöður hennar væntanlegar

fljótlega. Miðað við upplýsingar frá nágrannalöndunum má vænta að þessi kostnaður nemi um 3–4% af rekstrargjöldum spítalans.

Árið 2004 voru um 1.100 nemendur í klínísku námi eða starfsþjálfun á LSH. 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. Auðveldara er að skipuleggja kennsluna þar sem allir nemar í ákveðinni sérgrein eru nú undir einni stjórn. Ásókn í framhaldsnám á LSH hefur líka aukist til muna á flestum klínískum sviðum spítalans vegna aukinnar faglegrar sérhæfingar.

Aukin ásókn í nám á spítalanum eykur kostnað sem hingað til hefur verið fjármagnaður af framlögum til reksturs spítalans og því fallið undir heilbrigðiskostnað. Nú þegar kostnaður vegna kennslu hefur verið skilgreindur er ekki ástæða til að draga það lengur að ganga frá lokahluta samstarfssamningsins, skilgreina kostnað vegna kennslu sem menntakostnað og sjá til þess að fjárveitingar til hans komi frá menntamálaráðuneyti.

4.2 Stjórnunarvandi

Óánægja lækna hjá LSH hefur verið nokkuð áberandi að undanfögnu og meðal annars verið fjallað um hana í fjölmiðlum. Óánægjan virðist bundin við afmarkaðan hóp lækna þó nákvæmari skoðun þurfi til að meta hversu víðtæk hún er. Þó er ljóst að vandinn hefur áhrif á starfsemi ákveðinna deilda og því er ekki hægt að líta fram hjá honum. Um er að ræða flókið og erfitt mál sem m.a. er til komið vegna flókins samspils faglegra og rekstrarlegra sjónarmiða um stjórnun sjúkrahúss og átaka um völd lækna og rekstrarlegra stjórnenda.

Sumir þeirra þátta sem deilt er um varða stefnu við stjórnun sjúkrahússins. Á endanum ber yfirstjórn að taka ákvarðanir í slíkum málum og má þá líta svo á að um sé að ræða framkvæmd á stefnu ráðherra. Áður en endanlegar ákvarðanir eru teknar verður að leita allra leiða til að fá samstöðu um þær. Því þarf að taka þær í sem mestu samráði við fagstéttir og leitast við að taka mið af sjónarmiðum þeirra og nýta þekkingu þeirra við stjórn spítalans. Líta má á þá stefnumótunarvinnu sem nú er að hefjast sem leið til að ná þessu marki. Reikna þarf með að ákveðinn tíma þurfi til að fá niðurstöðu um stefnumörkun í ýmsum innri málefnum þar sem stangast á mismunandi sjónarmið. Læknar sem ekki geta sætt sig við stjórnarhætti og það fyrirkomulag starfseminnar sem slík stefnumótun leiðir til ættu að leita annað. Þar sem LSH er í raun eini vinnustaðurinn fyrir flesta lækna er þó erfitt um vik að þessu leyti. Stjórnarhættir sem miða að því að hafa samráð við starfsfólk og nýta þekkingu þeirra eru líka þeir sem besta raun gefa. Hér því um að ræða flókið ástand þar sem allir aðilar sem koma að því þurfa að leggjast á eitt um

að bæta það. Bæði yfirstjórn og lækna sjálfir þurfa að gera sitt til að koma ástandinu í viðunandi horf.

Sameiningin er flókið breytingaferli sem hefur e.t.v. haft meiri áhrif á stöðu og störf lækna en annarra starfsstétta sjúkrahússins. Sú þróun er einnig almenn að lækna hafi ekki sömu yfirburðarstöðu innan heilbrigðiskerfisins og þeir höfðu áður. Innan sjúkrahúsa ríkir nú meira fjölræði þar sem lækna þurfa að deila faglegum völdum með öðrum heilbrigðisstéttum og lúta sterkari fjárhagslegum og stjórnunarlegum rökum en áður. Allt þetta veldur því að lækn-um finnst sjálfstæði sitt og vægi faglegra sjónarmiða læknisfræðinnar fyrir borð borið og veldur það óánægju hjá ákveðnum hópi. Þá hefur ríkt togstreita um verkaskiptingu milli yfirlækna og sviðsstjóra og um val sviðsstjóra.

Í þeirri óánægju sem upp hefur komið blandast saman ólíkir þættir sem greina verður á milli þegar reynt er að bæta úr skák. Í fyrsta lagi er um að ræða þætti sem telja má valda- og hagsmunabaráttu milli rekstrarstjórnar og faghóps sem vill veg síns fags sem mestan. Báðir aðilar telja sig vinna með þessu að almannahag, annar með hagsýni í notkun almannaþjálfa í huga, hinn með viðleitni til að tryggja sjúklingum bestu mögulegu læknisþjónustu. Hér takast ólík sjónarmið á og hver aðili sér málið frá sínum bæjardyrum. Til að leysa þetta er mikilvægt að aðilar sýni sjónarmiðum hvors annars skilning og leitist við að ná ásættanlegri niðurstöðu. Í öðru lagi er um að ræða ákveðna stjórnunarlega hnökra, t.d. í skiptingu verkefna og ábyrgðar þar sem skil virðast ekki í öllum tilfellum nægilega skýr. Í viðtölum kom fram að á einu sviði sjúkrahússins hefur þetta vandamál verið leyst með því að skýra sérstaklega þá þætti verka og ábyrgðarskiptingar þar sem þörf var á. Þá er ljóst að meta þarf hvort réttu jafnvægi hafi verið náð milli dreifstýringar og miðstýringar og hvort samráð og tillit til faglegra sjónarmiða megi auka.

Ríkisendurskoðun hefur fengið í hendur gögn sem sýna að nú er unnið markvisst að því að leysa þann vanda sem greint er frá hér að framan.

Heimildarskrá

Ársskýrslur LSH 2000-2004.

Breytt fjármögnun. Landspítali – háskólasjúkrahús. September 2004.

Ferliverk á LSH. Ferliverkastarfsemi á Landspítala – háskólasjúkrahúsi. Álit nefndar forstjóra. Júní 2004

Fundargerðir framkvæmdastjórnar LSH 2000-2004, LSH vefurinn <http://www4.landspitali.is>

Fundargerðir stjórnarnefndar LSH 2000-2004, LSH vefurinn <http://www4.landspitali.is>

LSH vefurinn. <http://www4.landspitali.is>. Fréttatilkynningar og fleira efni.

Sameining sjúkrahúsanna í Reykjavík. Mat á árangri. Ríkisendurskoðun, 2003.

Skýrsla um útskriftarvanda á LSH. LSH, september 2005.

Stjórnunarupplýsingar LSH 2000–2004.

The OECD Health Project, Towards High-Performing Health Systems, Summary Report. OECD Organisation for Economic Co-Operation and Development, 2004.

Viðauki I. Samanburðarsjúkrahús vegna geðheilbrigðisstarfsemi

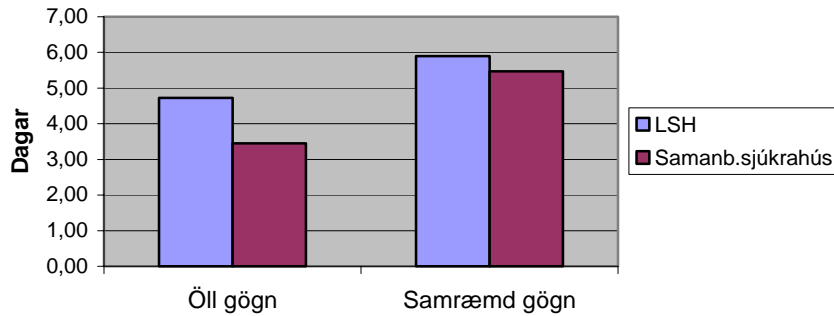
- North West Wales NHS Trust
- East Lancashire NHS Trust
- Pembrokeshire NHS Trust
- Mid Cheshire NHS Trust
- Hillingdon Hospital NHS Trust
- Bridgend NHS Trust
- Conwy and Denbighshire NHS Trust
- North East Wales NHS Trust
- Royal Free NHS Trust (London Teaching)
- North Bristol NHS Trust
- Plymouth NHS Trust
- Central Manchester Teaching Hospitals NHS Trust

Viðauki II. Legur og legutími valinna sérgreina

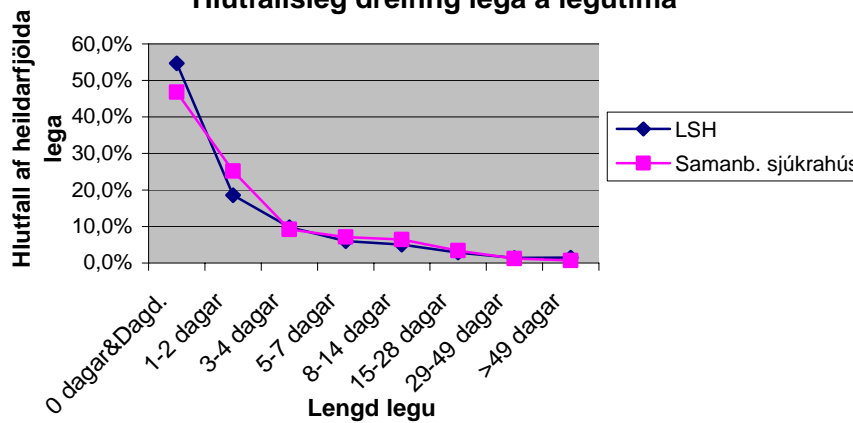
Mynd A - Sjúkrahúsið í heild.....	50
Mynd B - Almennar lyflækningar.....	51
Mynd C - Almennar skurðlækningar.....	52
Mynd D - Augnlækningar.....	53
Mynd E - Barnalækningar.....	54
Mynd F - Barnaskurðlækningar.....	55
Mynd G - Blóðlækningar.....	56
Mynd H - Brjósthólsskurðlækningar.....	57
Mynd I - Endurhæfing.....	58
Mynd J - Gigtarlækningar.....	59
Mynd K - Háls-, nef- og eyrnalækningar.....	60
Mynd L - Heila- og taugaskurðlækningar.....	61
Mynd M - Hjartalækningar.....	62
Mynd N - Húðsjúkdómalækningar.....	63
Mynd O - Krabbameinslækningar.....	64
Mynd P - Kvensjúkdómalækningar.....	65
Mynd Q - Lungnalækningar.....	66
Mynd R - Lýtalækningar.....	67
Mynd S - Meðganga og fæðing.....	68
Mynd T - Meltingalækningar.....	69
Mynd U - Nýrnalækningar.....	70
Mynd V - Slysa- og bæklunarlækningar.....	71
Mynd W - Smitsjúkdómalækningar.....	72
Mynd X - Taugalækningar.....	73
Mynd Y - Þvagfæraskurðlækningar.....	74
Mynd Z - Öldrunarlækningar.....	75

Mynd A – Sjúkrahúsið í heild

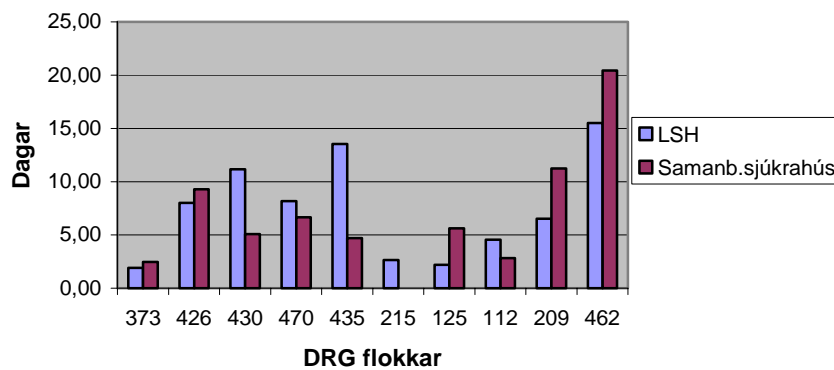
Meðallegutími



Hlutfallsleg dreifing lega á legutíma



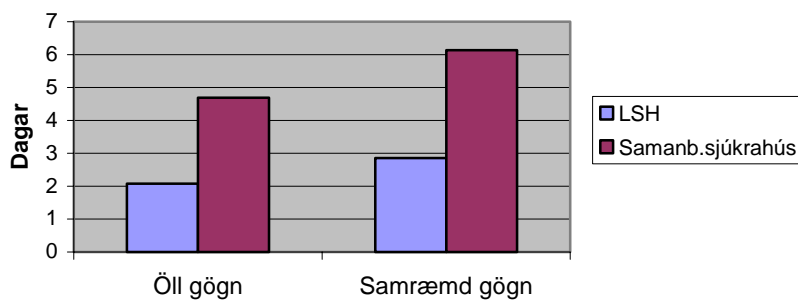
Meðallegutími 10 algengustu DRG



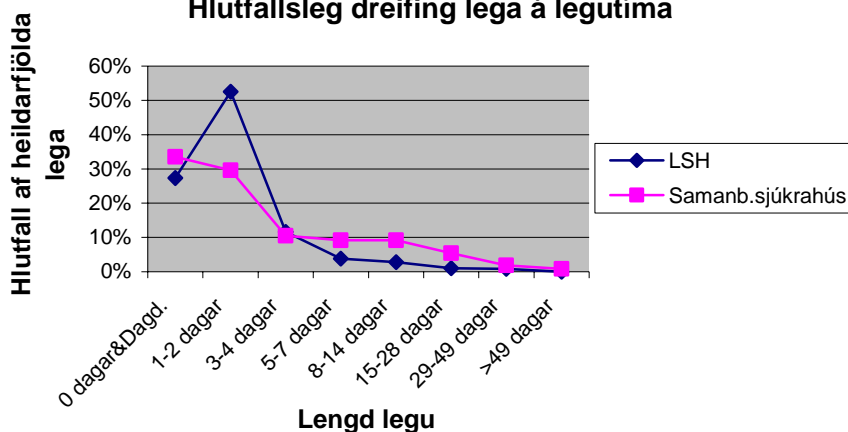
- 373 Eðlileg fæðing án aukakvilla
 - 426 Geðhvört
 - 430 Geðkloti
 - 470 Oflokkanlegt og ófrágentar sjúkraskrár
 - 435 Afengis- og/eða vímuefnamisnotkun
 - 215 Aðgerðir á baki og hálsi, án aukakvilla
 - 125 Blóðrásarraskanir, nema brátt hjartadrep, með hjartalegg án flókinna greiningar
 - 112 Hjarta- og æðaaðgerðir gegnum húð
 - 209 Liðskiptaaðgerðir á neðri útlím
 - 462 Endurhæfing
- Hlutfall 10 algengustu DRG af heild var 26,7%

Mynd B - Almennar lyflækningar

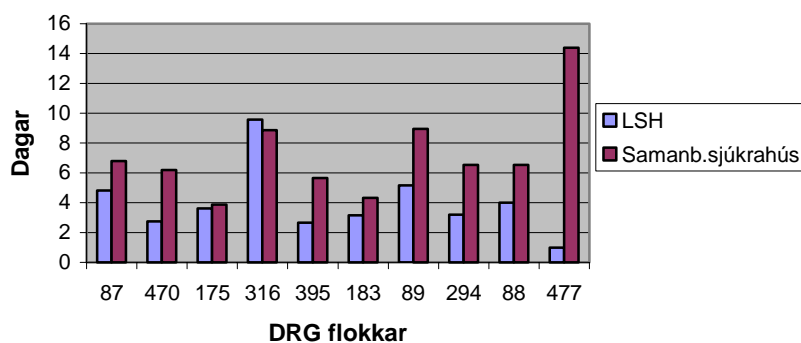
Meðallegutími



Hlutfallsleg dreifing lega á legutíma



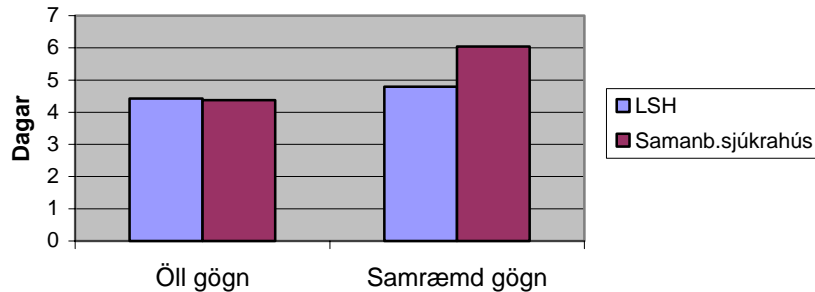
Meðallegutími 10 algengustu DRG



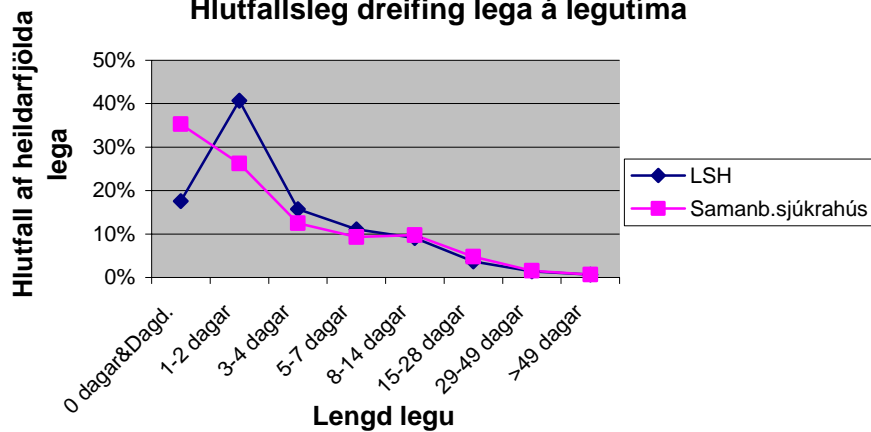
- 87 Lungnabjúgur og öndunarfærabilun
 - 470 Oflokkanlegt og ófrágengnar sjúkraskrár
 - 175 Blæðing í maga og görnum án aukakvilla
 - 316 Nýrnabilun
 - 395 Rauðkornaraskanir, eldri en 17 ára
 - 183 Vélindisbólga, raskanir í maga og görnum og ýmsar meltingarraskanir án aukakvilla, 18 ár og eldri
 - 89 Einföld lungna- og brjósthimnubólga með aukakvillum, 18 ára og eldri
 - 294 Sykursyki, 36 ára og eldri
 - 88 Langvinnur teppulungnasjúkdómur
 - 477 Sjaldgæf eða röng samsetning sjúkdómsgreininga og minni háttar aðgerðarkóða
- Hlutfall 10 algengustu DRG af heild var 39,9%

Mynd C - Almennar skurðlækningar

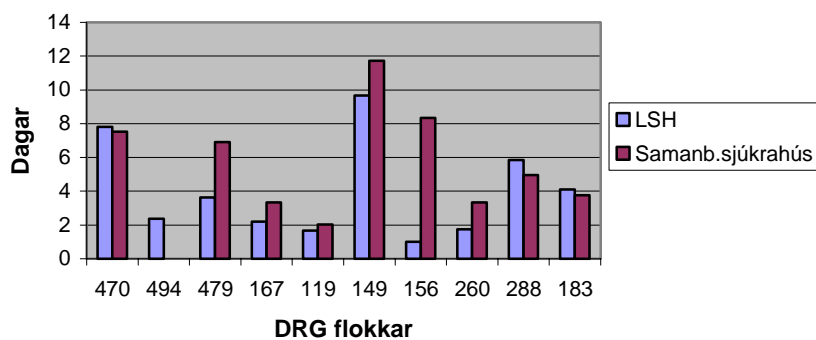
Meðallegutími



Hlutfallsleg dreifing lega á legutíma



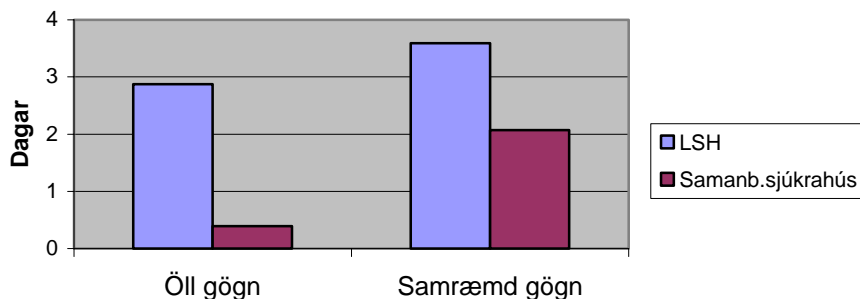
Meðallegutími 10 algengustu DRG



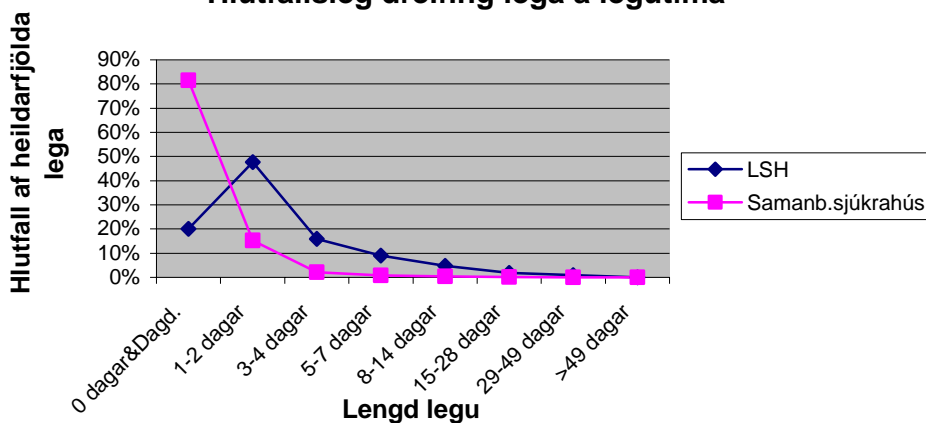
- 470 Öflokkanlegt og ótrágenar sjúkraskrár
 - 494 Gallblöðrunám um kviðarholsspeglun með könnun gallrásar, án aukakvía *
 - 479 Æðaaðgerðir án aukakvía
 - 167 Botnlangaskurður án margslunginnar megingreiningar eða aukakvía
 - 119 Bundið fyrir bláæðar og brotnám bláæða (æðahnútaaðgerðir)
 - 149 Meiri háttar aðgerðir á mjóginri og ristli án aukakvía
 - 156 Aðgerðir á maga, vélindi og skeifugörn, 17 ára og yngri
 - 260 Brjóstnám að hluta vegna illkynja sjúkdóms án aukakvía
 - 288 Offituaðgerðir
 - 183 Vélindisbólga, raskanir í maga og görnum og ýmsar meltingarraskanir án aukakvía, 18 ár og eldri
- Hlutfall 10 algengustu DRG af heild var 50,3%

Mynd D - Augnlækningar

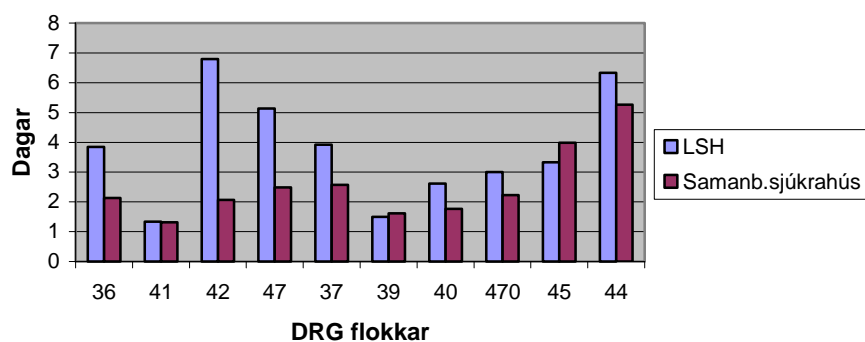
Meðallegutími



Hlutfallsleg dreifing lega á legutíma



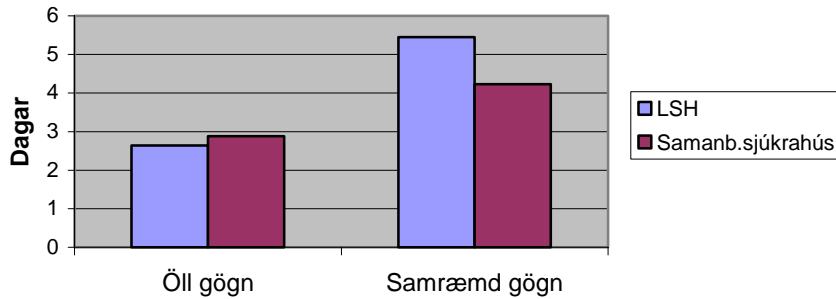
Meðallegutími 10 algengustu DRG



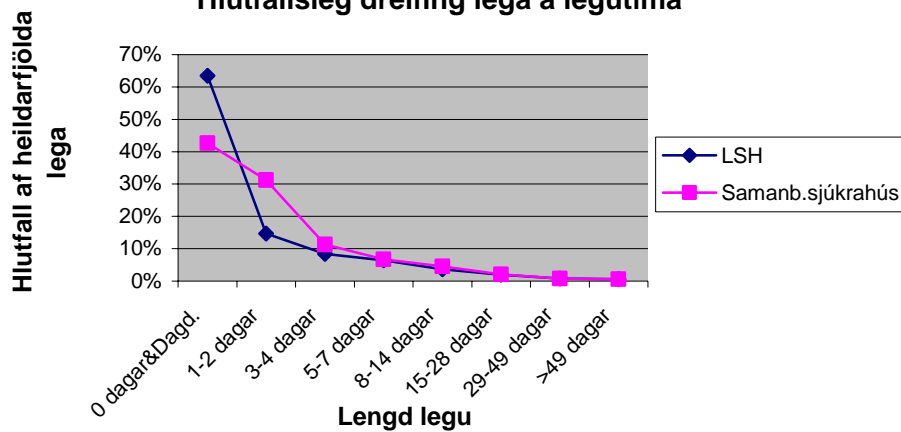
- 36 Aðgerðir á sjónu
 - 41 Aðgerðir utan auga, nema augntótt, 17 ára og yngri
 - 42 Aðgerðir innan auga, nema á sjónu, litu og augasteini
 - 47 Raskanir í auga án aukakvilla, aðrar, 18 ára og eldri
 - 37 Aðgerðir í augntótt
 - 39 Aðgerðir á augasteini með eða án brotnáms glerkleggja
 - 40 Aðgerðir utan auga, nema augntótt, 18 ára og eldri
 - 470 Oflokkanlegt og ófrágengnar sjúkraskrár
 - 45 Augnraskanir af taugarænum toga
 - 44 Bráðar meiri háttar augnsýkingar
- Hlutfall 10 algengustu DRG af heild var 78,1%

Mynd E - Barnalækningar

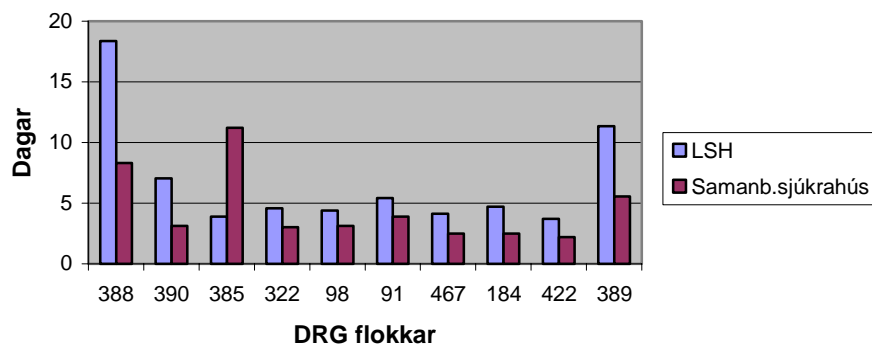
Meðallegutími



Hlutfallsleg dreifing lega á legutíma



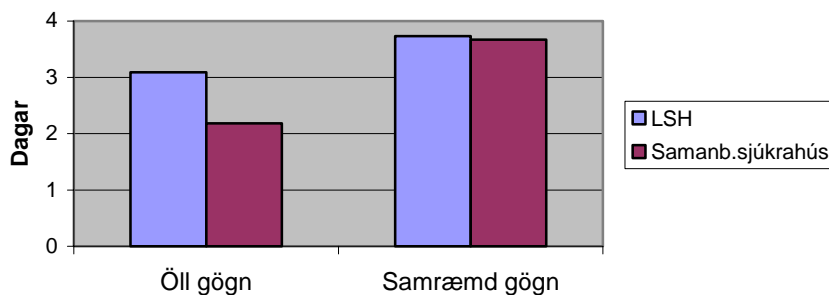
Meðallegutími 10 algengustu DRG



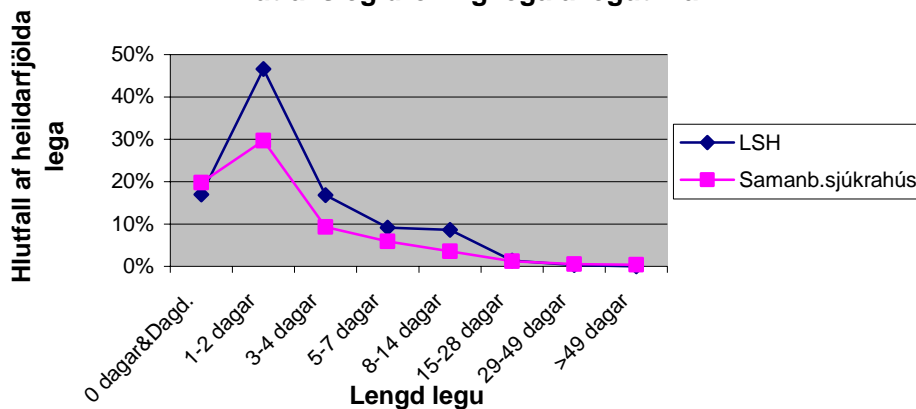
- 388 Nýburi, fæðingarþyngd 1500-2499 grömm
 - 390 Nýburi, fæðingarþyngd 2500 grömm eða meiri, með annað verulegt vandamál
 - 385 Nýburi, dáinn eða fluttur á aðra deild
 - 322 Nýra- og þvagvegssýkingar, 17 ára og yngri
 - 98 Berkjubólga og asmi án aukakvilla, 18 ára og eldri
 - 91 Einföld lungna- og brjósthimnubólga án aukakvilla, 18 ára og eldri
 - 467 Aðrir þættir sem áhrif hafa á heilbrigðisástand
 - 184 Vélindisbólga, raskanir i maga og görnum og ýmsar meltingarraskanir, 17 ára og yngri
 - 422 Veirusótt og hiti af óþekktum uppruna, 17 ára og yngri
 - 389 Nýburi, fæðingarþyngd 2500 grömm eða meiri, með marghátuð vandamál
- Hlutfall 10 algengustu DRG af heild var 56,4%

Mynd F - Barnaskurðlækningar

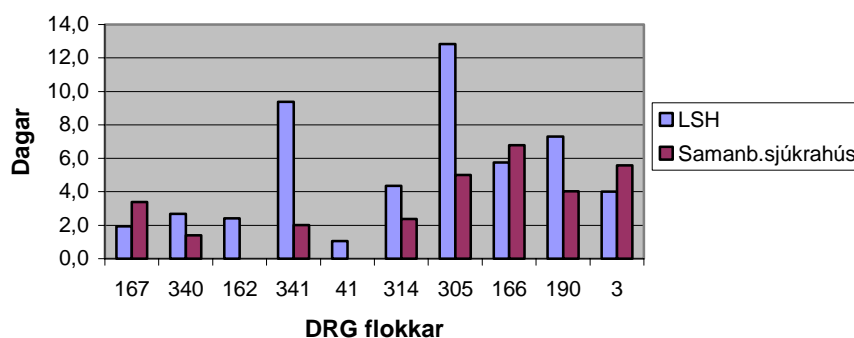
Meðallegutími



Hlutfallsleg dreifing lega á legutíma



Meðallegutími 10 algengustu DRG

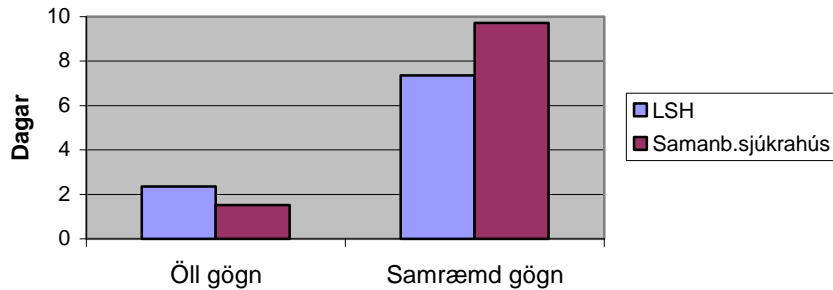


- 167 Botnlangaskurður án margslunginnar megingreiningar eða aukakvilla
- 340 Aðgerðir á eistum vegna sjúkleika sem er ekki illkynja, 17 ára og yngri
- 162 Kviðsliðaáðgerðir í nára og læri án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 341 Aðgerðir á reðri
- 41 Aðgerðir utan auga, nema augntótt, 17 ára og yngri
- 314 Aðgerðir á þvagrás, 17 ára og yngri
- 305 Aðgerðir á nýra, þvaggipu og meiri háttar aðgerð á blöðru, annað en æxli, án aukakvilla
- 166 Botnlangaskurður með margslunginni megingreiningu
- 190 Sjúkleiki í meltingarkerti, annar, 17 ára og yngri
- 3 Kúpuopnun, 17 ára og yngri

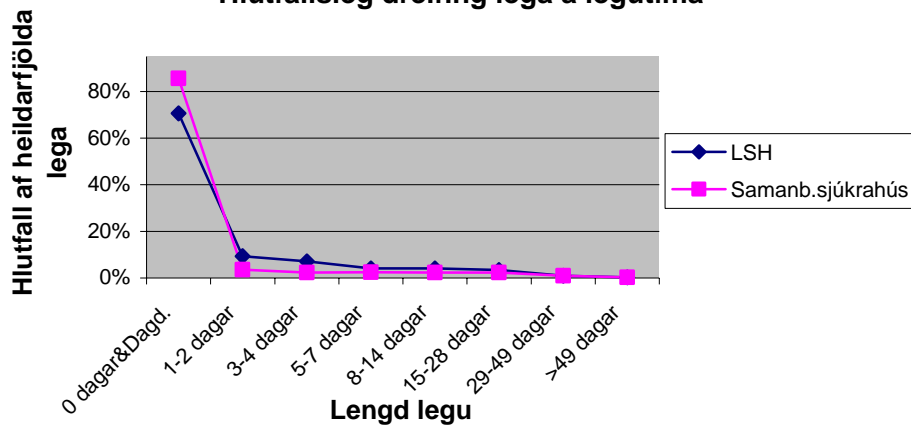
Hlutfall 10 algengustu DRG af heild var 51,4%

Mynd G - Blóðlækningar

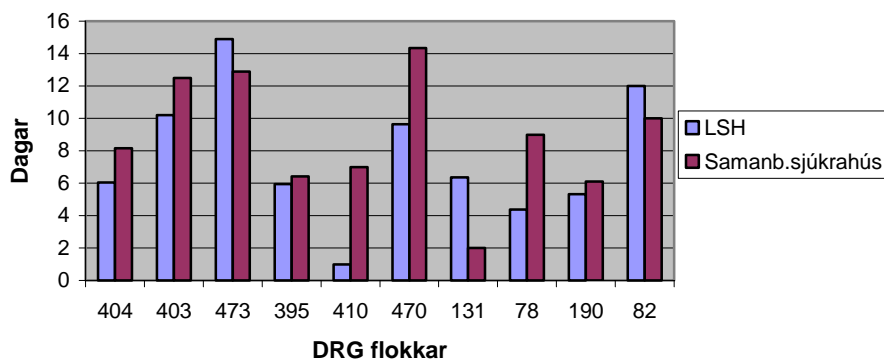
Meðallegutími



Hlutfallsleg dreifing lega á legutíma



Meðallegutími 10 algengustu DRG

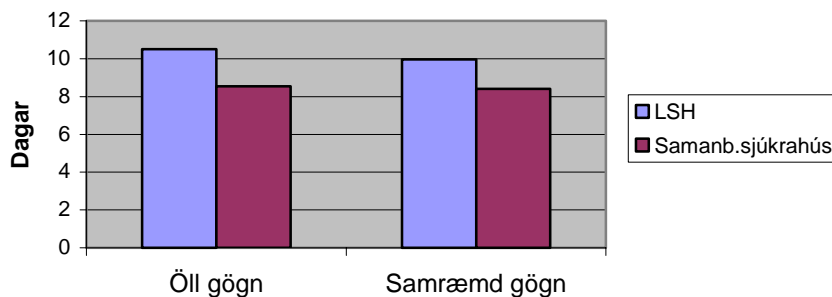


- 404 Eitilæxli og hvítblæði, ekki brátt, án aukakvilla
- 403 Eitilæxli og hvítblæði, ekki brátt, með aukakvillum
- 473 Brátt hvítblæði án meiri háttar aðgerðar á skurðstofu, 18 ára og eldri
- 395 Rauðkornaraskanir, eldri en 17 ára
- 410 Efnamedferð án þess að brátt hvítblæði sé fylgigreining
- 470 Oflokkanlegt og ófrágengnar sjúkraskrár
- 131 Utæðaraskanir án aukakvilla
- 78 Blóðtappi í lungum
- 190 Sjúkleiki í meltingarkerfi, annar, 17 ára og yngri
- 82 Æxli í öndunarfærum

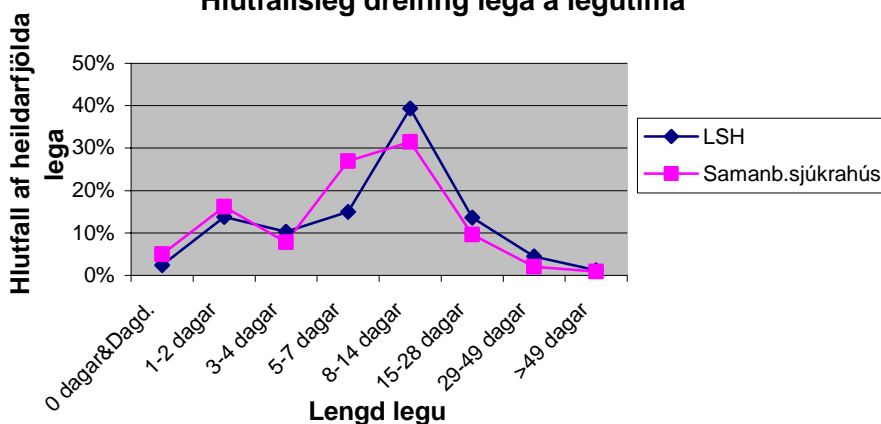
Hlutfall 10 algengustu DRG af heild var 82,9%

Mynd H - Brjóstholsskurðlækningar

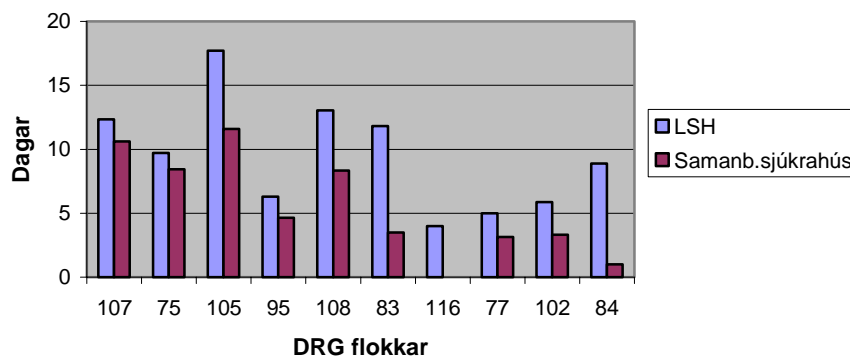
Meðallegutími



Hlutfallsleg dreifing lega á legutíma



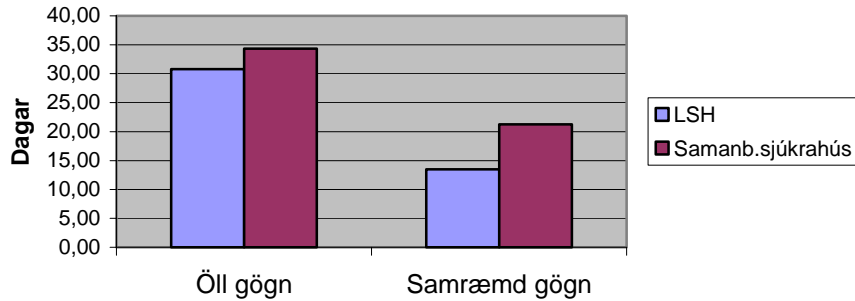
Meðallegutími 10 algengustu DRG



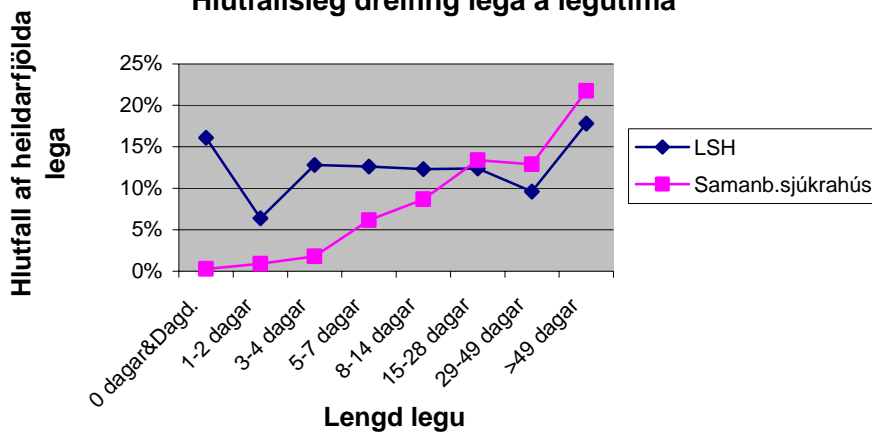
- 107 Gerð kransæðahjáveitu án hjartaleggjar
 - 75 Meiri háttar aðgerðir í brjóstholi
 - 105 Aðgerðir á hjartalokum án hjartaleggjar
 - 95 Loftbrjóst án aukakvilla
 - 108 Hjarta- og brjóstholsaðgerðir, aðrar
 - 83 Meiri háttar áverkar á brjóstakassa með aukakvillum
 - 116 Igræðsla varanlegs hjartaganggráðs eða leiðslu eða aflgjafa endranær
 - 77 Aðgerðir á skurðstofu á öndunartærum, aðrar, án aukakvilla
 - 102 Sjúkleiki í öndunartærum án aukakvilla, annar
 - 84 Meiri háttar áverkar í brjóstakassa án aukakvilla
- Hlutfall 10 algengustu DRG af heild var 80,9%

Mynd I - Endurhæfing

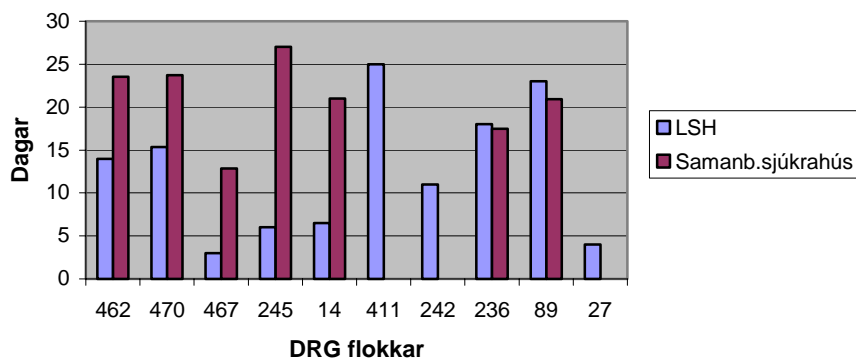
Meðallegutími



Hlutfallsleg dreifing lega á legutíma



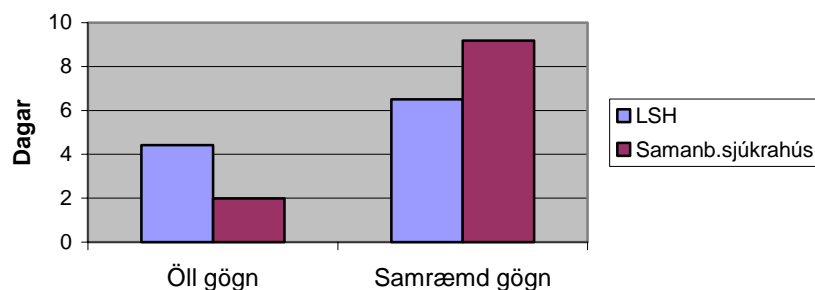
Meðallegutími 10 algengustu DRG



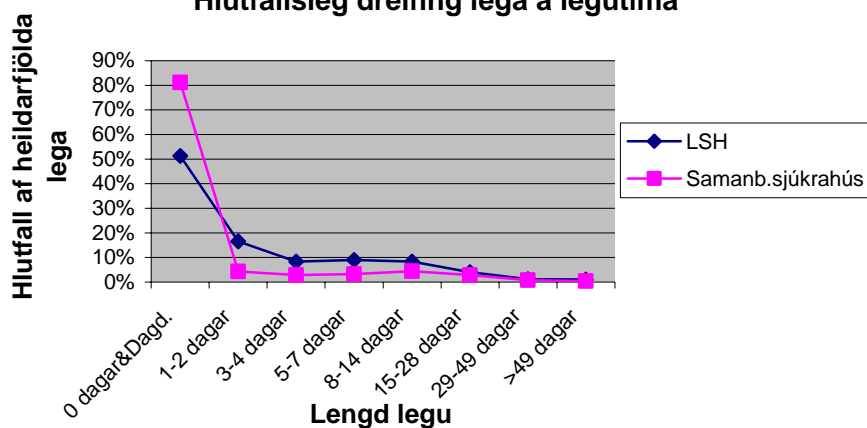
- 462 Endurhæfing
 - 470 Oflokkanlegt og ófrágengnar sjúkraskrár
 - 467 Aðrir þættir sem áhrif hafa á heilbrigðisástand
 - 245 Beinsjúkdómar og sértækir líðkvillar án aukakvilla
 - 14 Heila-mænusigg og hnykilsingur (MS)
 - 411 Saga um illkynja æxli án þess að holspeglunar sé getið
 - 242 Blóðeitrunarliðbólga
 - 236 Brot í mjóðm og mjaðmargrind
 - 89 Einföld lungna- og brjósthimnubólga með aukakvillum, 18 ára og eldri
 - 27 Alvarleg heilameiðsli af áverka
- Hlutfall 10 algengustu DRG af heild var 72,5%

Mynd J - Gigtarlækningar

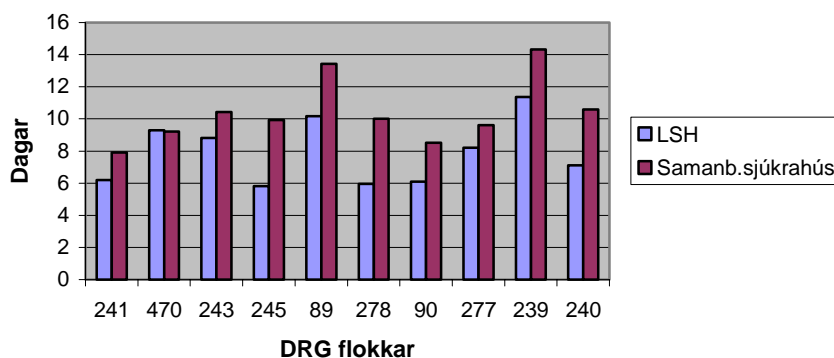
Meðallegutími



Hlutfallsleg dreifing lega á legutíma



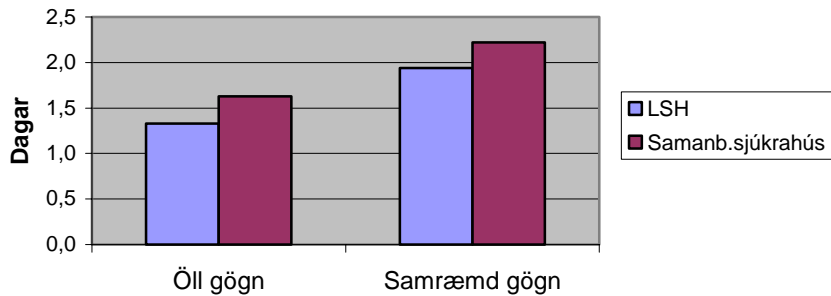
Meðallegutími 10 algengustu DRG



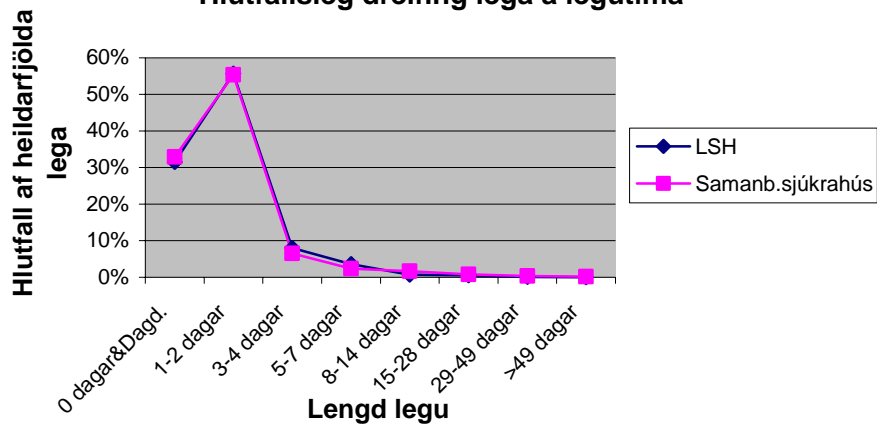
- 241 Bandvefsraskanir án aukakvilla
 - 470 Oflokkanlegt og ófrágengnar sjúkraskrár
 - 243 Læknisfræðilegur bakvandi
 - 245 Beinsjúkdómar og sértækir liðkvillar án aukakvilla
 - 89 Eintöld lungna- og brjósthimnubólga með aukakvillum, 18 ára og eldri
 - 278 Hüðbeðsbólga án aukakvilla, 18 ára og eldri
 - 90 Eintöld lungna- og brjósthimnubólga án aukakvilla, 18 ára og eldri
 - 277 Hüðbeðsbólga með aukakvillum, 18 ára og eldri
 - 239 Sjúkleg beinbrot og illkynja sjúkdómar í vöðvum, beinum og bandvef
 - 240 Bandvefsraskanir með aukakvillum
- Hlutfall 10 algengustu DRG af heild var 44,3%

Mynd K - Háls-, nef- og eyrnalækningar

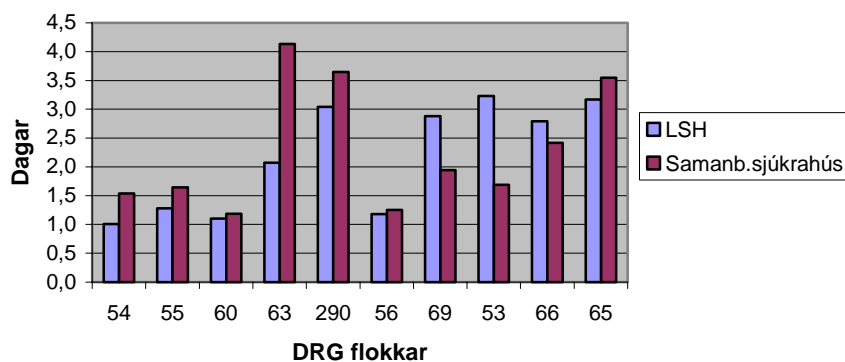
Meðallegutími



Hlutfallsleg dreifing lega á legutíma



Meðallegutími 10 algengustu DRG

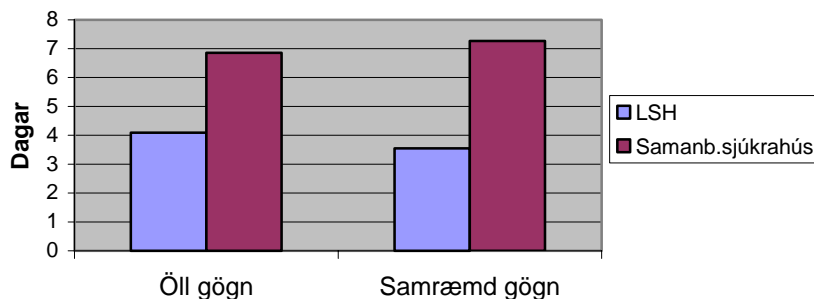


- 54 Aðgerð á skúta og stikli, (sinus aðg.) 17 ára og yngri
- 55 Aðgerð á eyra, nefi, munn og hálsi, ýmsar
- 60 Hálskirtla- eða nefkirtlataka einungis, 17 ára og yngri
- 63 Aðgerð á skurðstofu á eyra, nefi, munn og hálsi, önnur
- 290 Aðgerðir á skjaldkirtli
- 56 Nefflögun
- 69 Miðeyrabólga og sýking í efri loftvegum án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 53 Aðgerð á skúta og stikli, (sinus aðg.) 18 ára og eldri
- 66 Blóðnasir
- 65 Jafnvægistrúflun

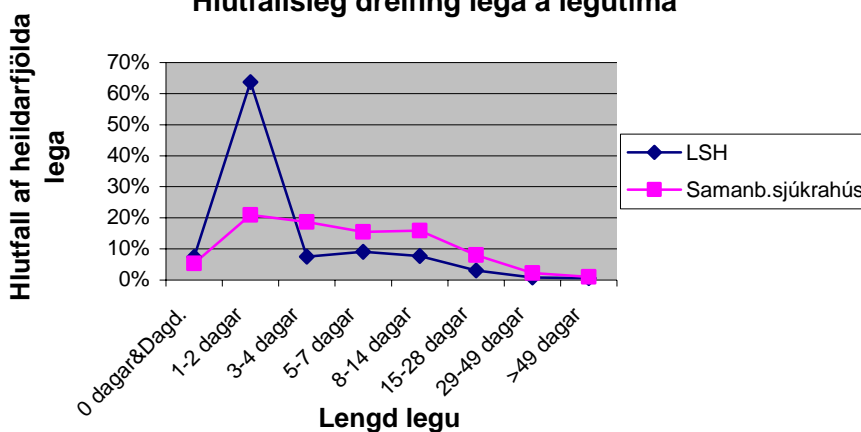
Hlutfall 10 algengustu DRG af heild var 50,7%

Mynd L - Heila- og taugaskurðlækningar

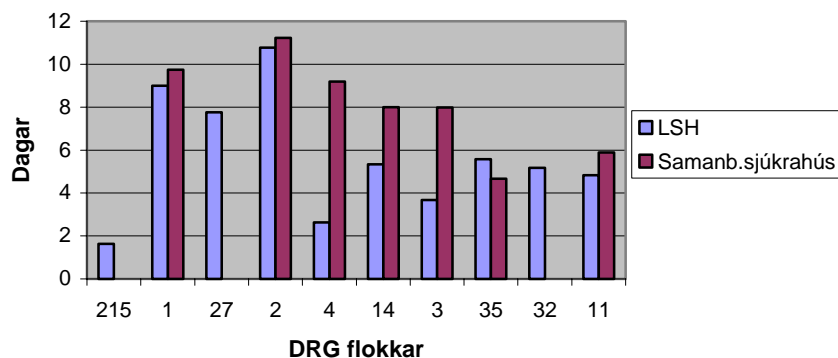
Meðallegutími



Hlutfallsleg dreifing lega á legutíma



Meðallegutími 10 algengustu DRG

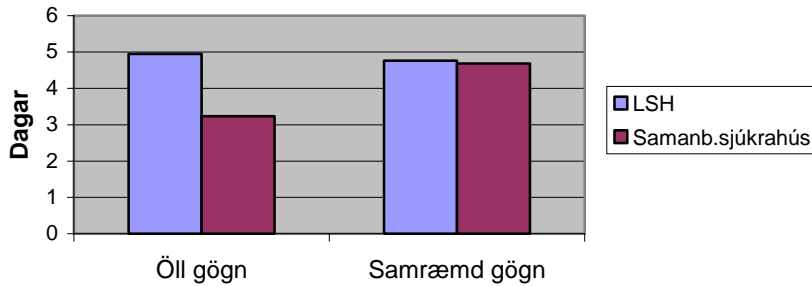


- 215 Aðgerðir á baki og hálsi, án aukakvilla
- 1 Kúpuopnun, nema vegna áverka, 18 ára og eldri
- 27 Alvarleg heilameiðsli af áverka
- 2 Kúpuopnun vegna áverka, 18 ára og eldri
- 4 Aðgerðir á mænu
- 14 Heila-mænusigg og hnykilslingur (MS)
- 3 Kúpuopnun, 17 ára og yngri
- 35 Raskanir í taugakerfi, aðrar, án aukakvilla
- 32 Heilahristingur án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 11 Æxli í taugakerfi án aukakvilla

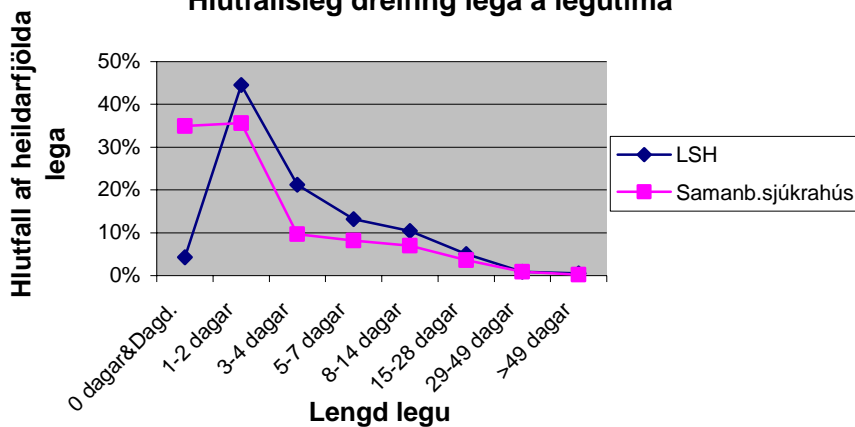
Hlutfall 10 algengustu DRG af heild var 83,1%

Mynd M - Hjartalækningar

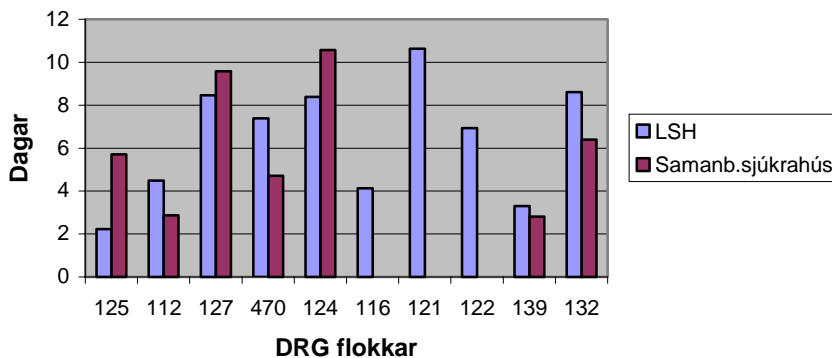
Meðallegutími



Hlutfallsleg dreifing lega á legutíma



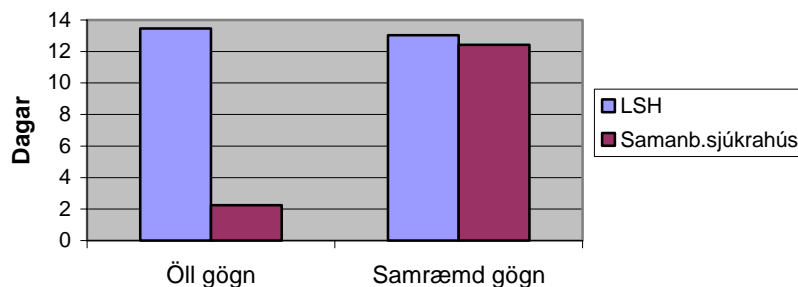
Meðallegutími 10 algengustu DRG



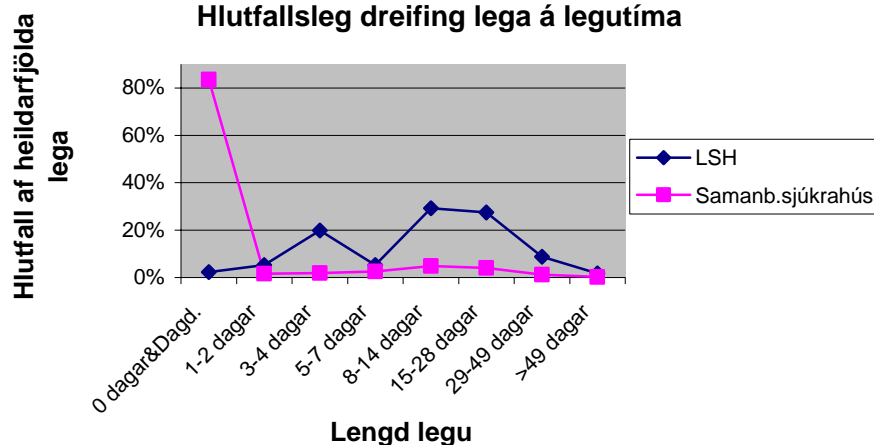
- 125 Blóðrásarraskanir, nema brátt hjartadrep, með hjartalegg án flókinnar greiningar
 - 112 Hjarta- og æðaaðgerðir gegnum húð
 - 127 Hjartabilun og lost
 - 470 Öflokkanlegt og ófrágengnar sjúkraskrár
 - 124 Blóðrásarraskanir, nema brátt hjartadrep, með hjartalegg og flókinni greiningu
 - 116 Igræðsla varanlegs hjartagangráðs eða leiðslu eða aflagjafa endranær
 - 121 Blóðrásarraskanir, aðrar, með bráðu hjartadrepi og aukakvillum í hjarta- og blóðrásarkerfi, útskrifast lífandi
 - 122 Blóðrásarraskanir, aðrar, með bráðu hjartadrepi án aukakvilla í hjarta og blóðrásarkerfi, lífandi á 4ða degi
 - 139 Hjartsláttartruflanir og leiðsluraskanir án aukakvilla
 - 132 Slagæðakölkun með aukakvillum
- Hlutfall 10 algengustu DRG af heild var 79,7%

Mynd N - Húðsjúkdómalækningar

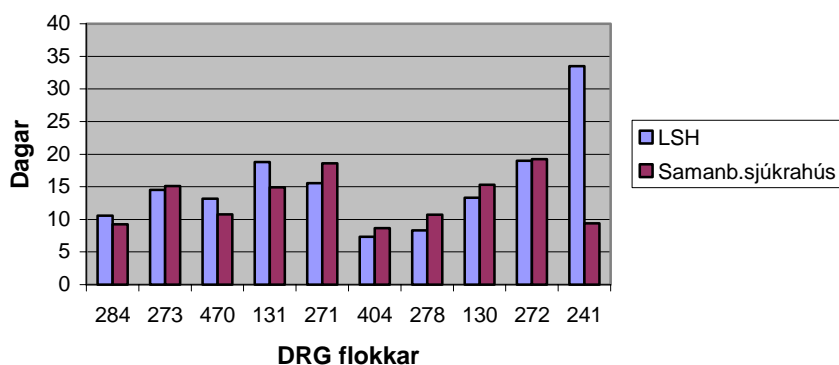
Meðallegutími



Hlutfallsleg dreifing lega á legutíma



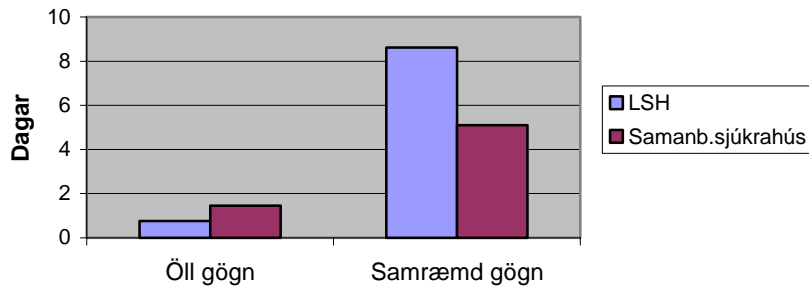
Meðallegutími 10 algengustu DRG



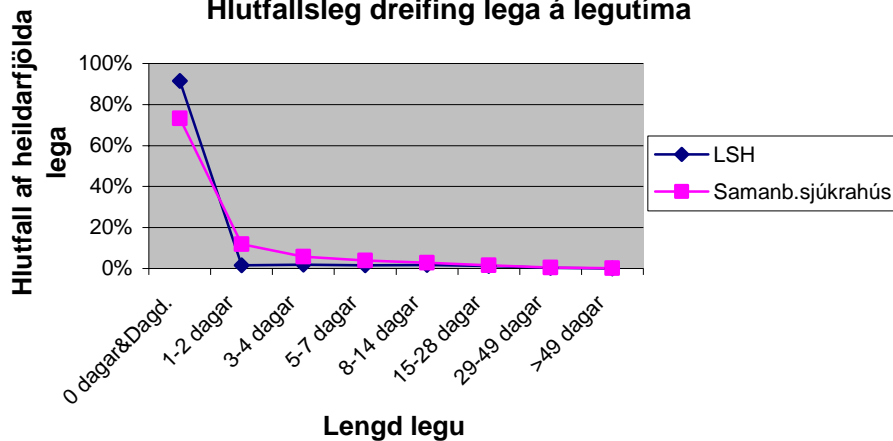
- 284 Minni háttar húðraskanir án aukakvilla
 - 273 Meiri háttar húðraskanir án aukakvilla
 - 470 Ofloktanlegt og ófrágengnar sjúkraskrár
 - 131 Utæðaraskanir án aukakvilla
 - 271 Húðsár
 - 404 Eitilæxli og hvitblæði, ekki brátt, án aukakvilla
 - 278 Húðbeðsbólga án aukakvilla, 18 ára og eldri
 - 130 Utæðaraskanir með aukakvillum
 - 272 Meiri háttar húðraskanir með aukakvillum
 - 241 Bandvefsraskanir án aukakvilla
- Hlutfall 10 algengustu DRG af heild var 95,2%

Mynd O - Krabbameinslækningar

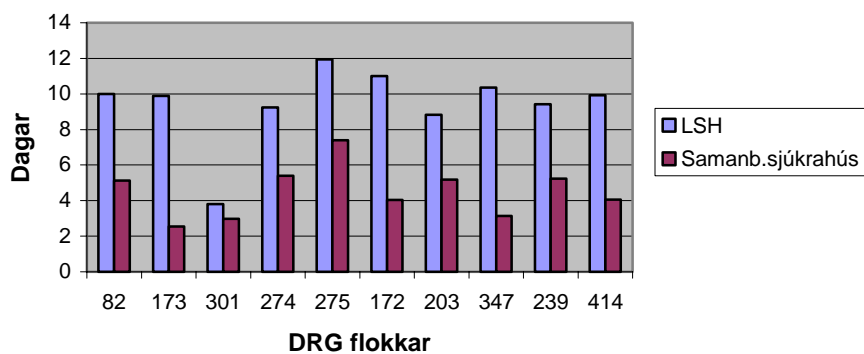
Meðallegutími



Hlutfallsleg dreifing lega á legutíma



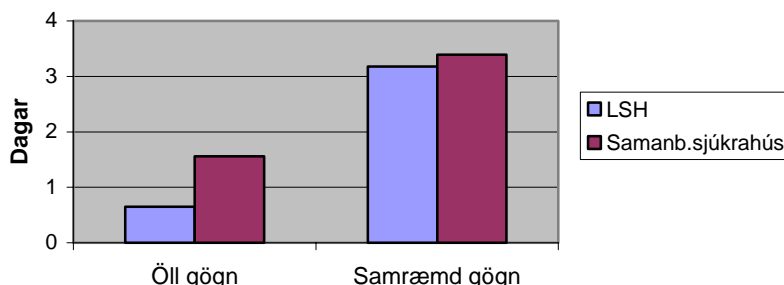
Meðallegutími 10 algengustu DRG



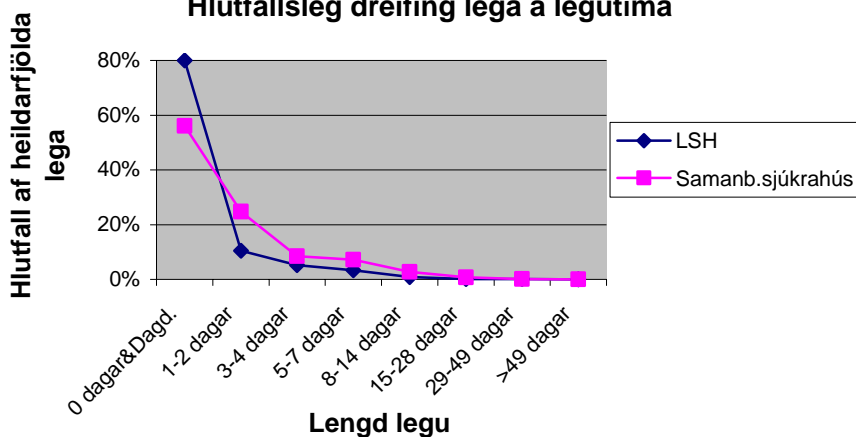
- 82 Æxli í öndunarfærum
 - 173 Illkynja sjúkdómur í meltingarfærum án aukakvilla
 - 301 Innkirtlaraskanir án aukakvilla
 - 274 Illkynja brjóstáraskanir með aukakvillum
 - 275 Illkynja brjóstáraskanir án aukakvilla
 - 172 Illkynja sjúkdómur í meltingarfærum með aukakvillum
 - 203 Illkynja sjúkdómur í lifur, gallkerfi eða brisi
 - 347 Illkynja sjúkdómur í getnaðarfærum karla án aukakvilla
 - 239 Sjúkleg beinbrot og illkynja sjúkdómur í vöðvum, beinum og bandvef
 - 414 Mergfrumnafjölgunarraskanir og illa sundurgreind æxli, önnur, án aukakvilla
- Hlutfall 10 algengustu DRG af heild var 77,9%

Mynd P - Kvensjúkdómalækningar

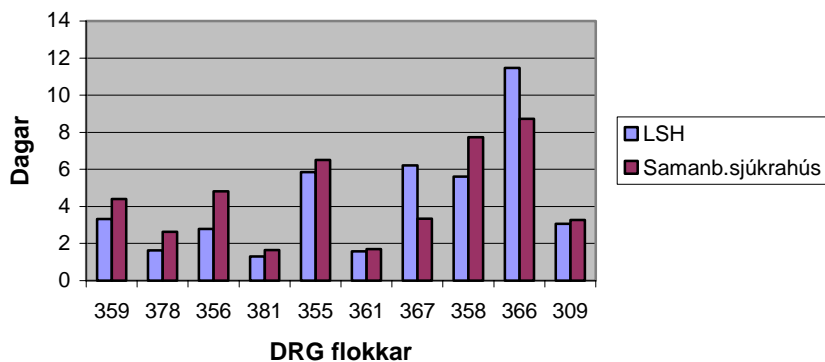
Meðallegutími



Hlutfallsleg dreifing lega á legutíma



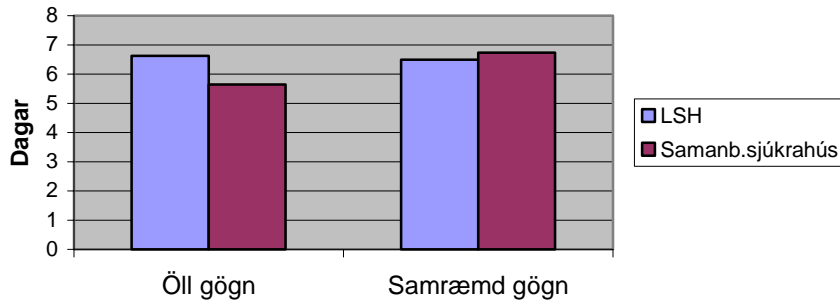
Meðallegutími 10 algengustu DRG



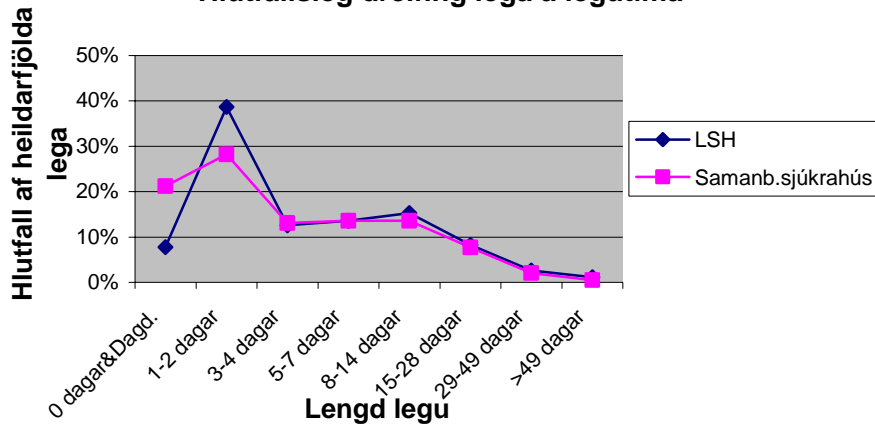
- 359 Aðgerðir á legi og viðhengjum legs, vegna sjúkdóms sem ekki er illkynja, án aukakvilla
 - 378 Utanlegspykkt
 - 356 Aðgerðir til þess að endurgera getnaðarfæri kvenna
 - 381 Fóstureyðing með útvikun legháls og útskafi, útsogi eða legskurði
 - 355 Aðgerðir á legi og viðhengjum legs vegna illkynja sjúkdóma, sem upprunni eru utan þeirra, án aukakvilla
 - 361 Skoðun innri kynfæra konu í kviðarholsspeglun eða ófrjósemisaðgerð í kviðaropnun
 - 367 Illkynja sjúkdómur í getnaðarfærum kvenna án aukakvilla
 - 358 Aðgerðir á legi og viðhengjum legs, vegna sjúkdóms sem ekki er illkynja, með aukavillum
 - 366 Illkynja sjúkdómur í getnaðarfærum kvenna með aukavillum
 - 309 Minni háttar blöðruaðgerðir án aukakvilla
- Hlutfall 10 algengustu DRG af heild var 23,4%

Mynd Q - Lungnalækningar

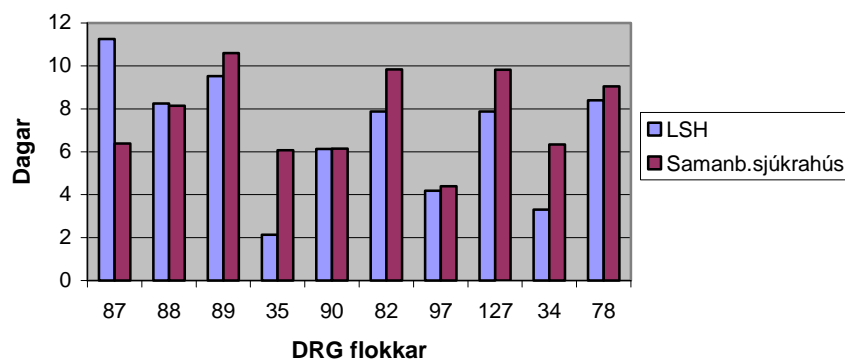
Meðallegutími



Hlutfallsleg dreifing lega á legutíma



Meðallegutími 10 algengustu DRG

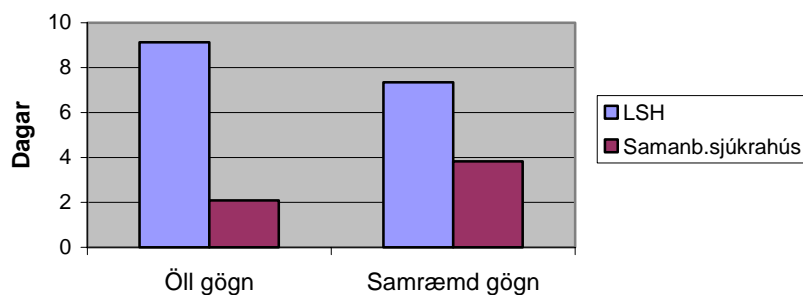


- 87 Lungnabjúgur og öndunarfærabilun
- 88 Langvinnur teppulungnasjúkdómur
- 89 Einföld lungna- og brjósthimnubólga með aukakvillum, 18 ára og eldri
- 35 Raskanir í taugakerfi, aðrar, án aukakvilla
- 90 Einföld lungna- og brjósthimnubólga án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 82 Æxli í öndunarfærum
- 97 Berkjubólga og asmi án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 127 Hjartabilun og lost
- 34 Raskanir í taugakerfi, aðrar, með aukakvillum
- 78 Blóðtappi í lungum

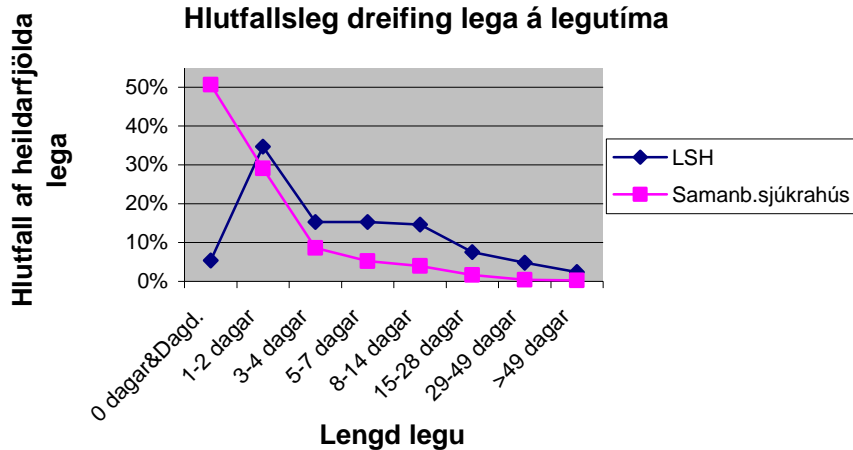
Hlutfall 10 algengustu DRG af heild var 76,8%

Mynd R - Lýtalækningar

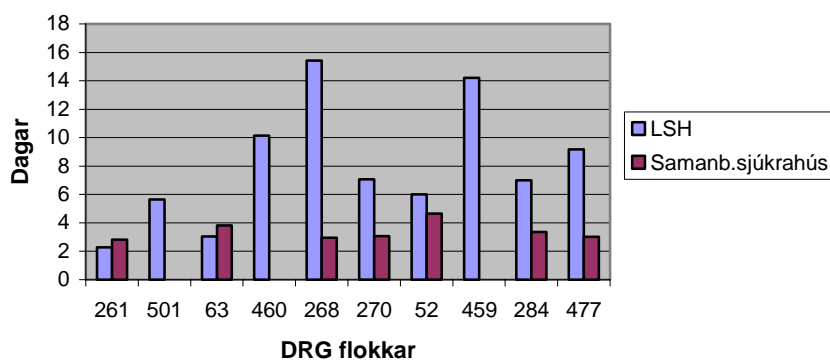
Meðallegutími



Hlutfallsleg dreifing lega á legutíma



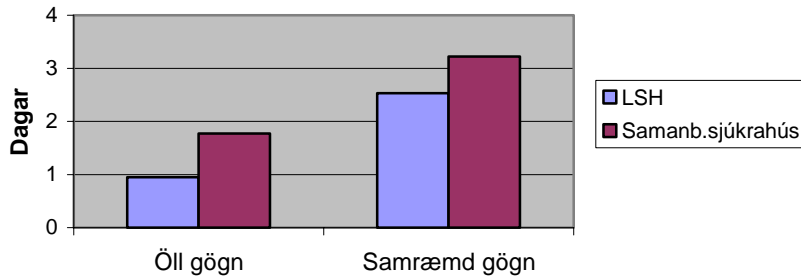
Meðallegutími 10 algengustu DRG



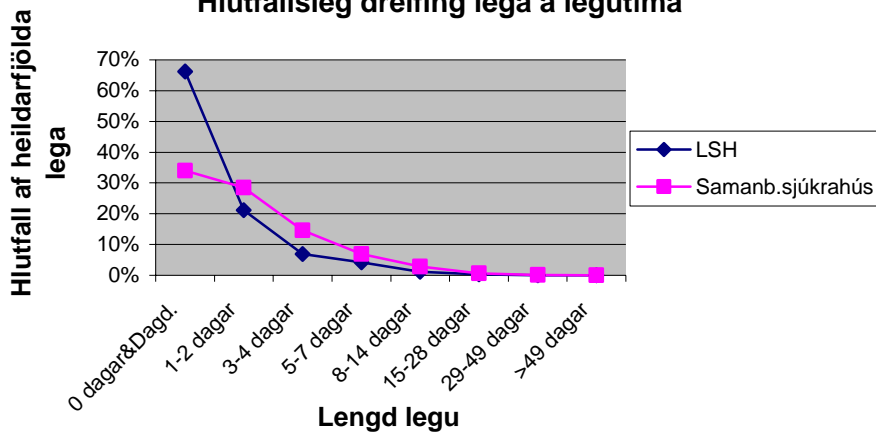
- 261 Aðgerðir á brjóstum, nema sýnataka og staðbundið úrnám, vegna sjúkleika sem ekki er illkynja
 - 501 Enduruppbygging eða önnur lýtaaðgerð á brjósti
 - 63 Aðgerð á skurðstofu á eyra, nefi, munn og hálsi, önnur
 - 460 Brunar, ekki viðtækir, án aðgerðar á skurðstofu
 - 268 Lýtaaðgerðir á húð, húðbeð og brjóstum
 - 270 Aðgerðir á húð, húðbeð og brjóstum, aðrar, án aukakvilla
 - 52 Löguð klotin vör og klotinn gömur
 - 459 Brunar, ekki viðtækir, með sárahreinsun eða annarri aðgerð á skurðstofu
 - 284 Minni háttar húðraskanir án aukakvilla
 - 477 Sjaldgæf eða röng samsetning sjúkdómsgreininga og minni háttar aðgerðarkóða
- Hlutfall 10 algengustu DRG af heild var 64,0%

Mynd S - Meðganga og fæðing

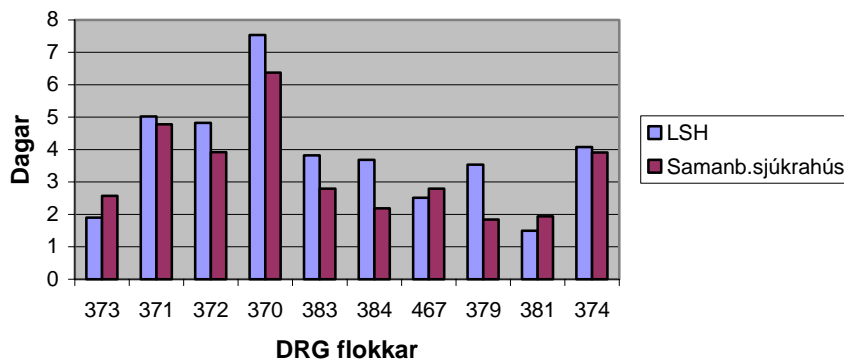
Meðallegutími



Hlutfallsleg dreifing lega á legutíma



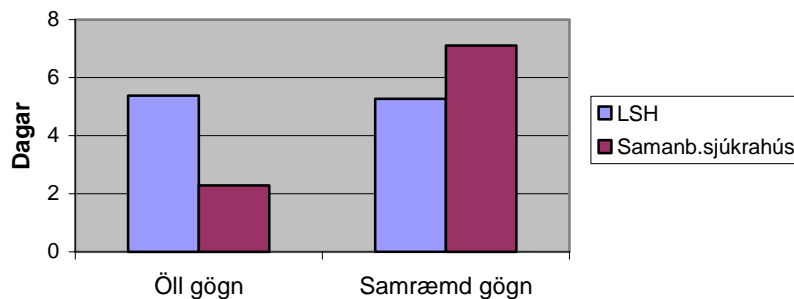
Meðallegutími 10 algengustu DRG



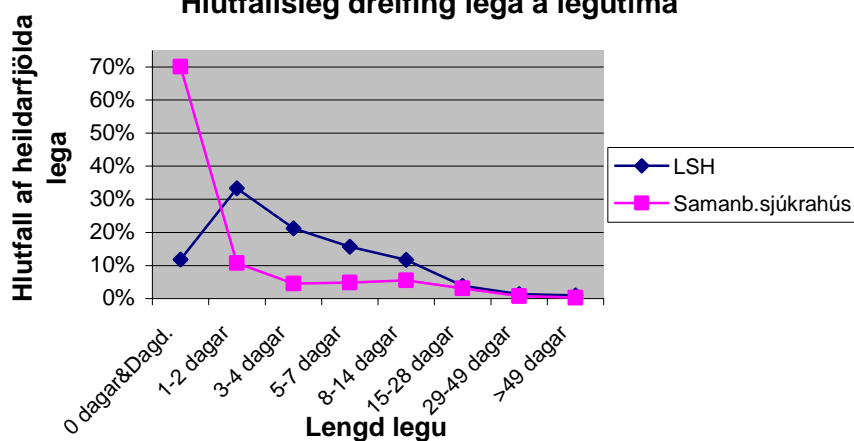
- 373 Eðlileg fæðing án aukakvilla
 - 371 Keisaraskurður án aukakvilla
 - 372 Eðlileg fæðing með aukakvillum
 - 370 Keisaraskurður með aukakvillum
 - 383 Sjúkleiki fyrir fæðingu, annar, með aukakvillum
 - 384 Sjúkleiki fyrir fæðingu, annar, án aukakvilla
 - 467 Aðrir þættir sem áhrif hafa á heilbrigðisástand
 - 379 Yfirvofandi fósturlát
 - 381 Fóstureyðing með útvíkkun legháls og útskafi, útsogi eða legskurði
 - 374 Eðlileg fæðing og ófrjósemisaðgerð og/eða vikkun legháls og leg skafið
- Hlutfall 10 algengustu DRG af heild var 92,5%

Mynd T - Meltingalækningar

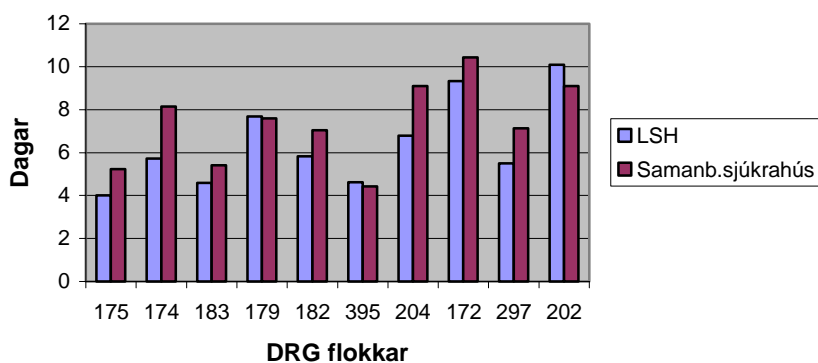
Meðallegutími



Hlutfallsleg dreifing lega á legutíma



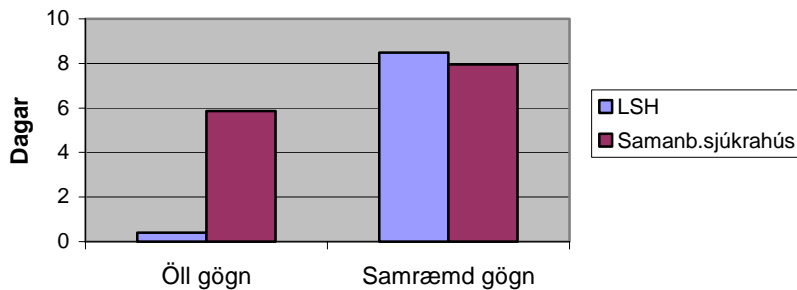
Meðallegutími 10 algengustu DRG



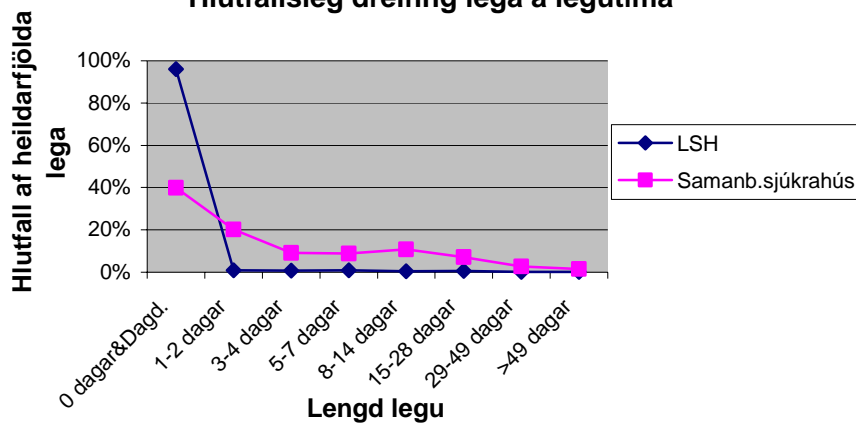
- 175 Blæðing í maga og görnum án aukakvilla
 - 174 Blæðing í maga og görnum með aukakvillum
 - 183 Vélindisbólga, raskanir í maga og görnum og ýmsar meltingarraskanir án aukakvilla, 18 ár og eldri
 - 179 Bólgujúkdómur í þarmi
 - 182 Vélindisbólga, raskanir í maga og görnum og ýmsar meltingarraskanir með aukakvillum, 18 ára og eldri
 - 395 Rauðkornaraskanir, eldri en 17 ára
 - 204 Raskanir í brisi, nema illkynja sjúkdómur
 - 172 Illkynja sjúkdómur í meltingarfærum með aukakvillum
 - 297 Næringartruflanir og ýmsar efnaskiptaraskanir án aukakvilla, 18 ára og eldri
 - 202 Skorpulifur og lifrabólga af völdum áfengisneyslu
- Hlutfall 10 algengustu DRG af heild var 56,3%

Mynd U - Nýmalækningar

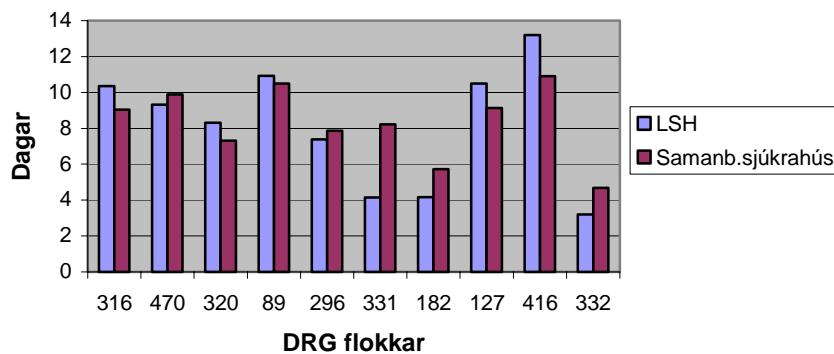
Meðallegutími



Hlutfallsleg dreifing lega á legutíma



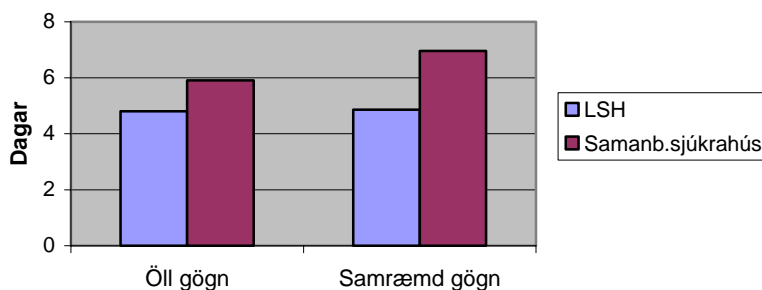
Meðallegutími 10 algengustu DRG



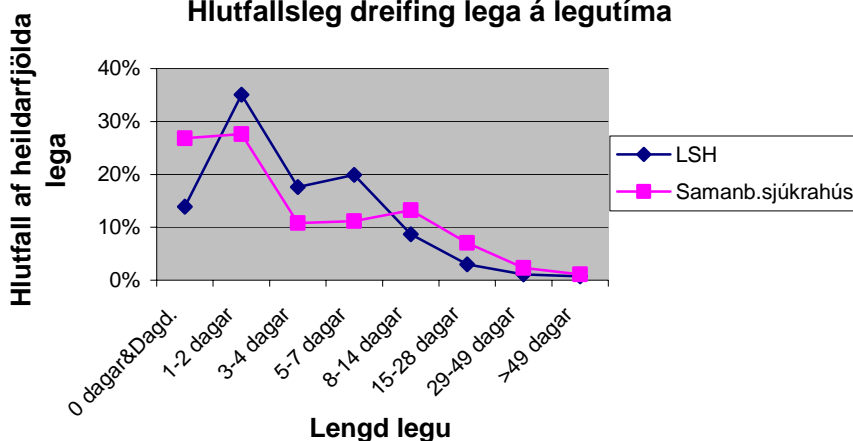
- 316 Nýrnabilun
 - 470 Oflokkanlegt og ófrágengnar sjúkraskrár
 - 320 Nýra- og þvagvegssýkingar með aukakvillum, 18 ára og eldri
 - 89 Einföld lungna- og brjósthimnubólga með aukakvillum, 18 ára og eldri
 - 296 Næringartruflanir og ýmsar efnaskiptaraskanir með aukakvillum, 18 ára og eldri
 - 331 Sjúkleiki í nýra og þvagvegi, annar, með aukakvillum, 18 ára og eldri
 - 182 Vélindisbólga, raskanir í maga og görnum og ýmsar meltingarraskanir með aukakvillum, 18 ára og eldri
 - 127 Hjartabilun og lost
 - 416 Blóðeitrun, 18 ára og eldri
 - 332 Sjúkleiki í nýra og þvagvegi, annar, án aukakvilla, 18 ár arg eldri
- Hlutfall 10 algengustu DRG af heild var 63,7%

Mynd V - Slysa- og bæklunarlækningar

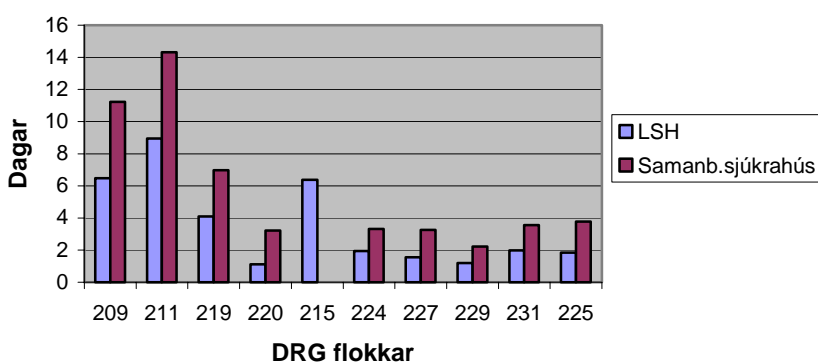
Meðallegutími



Hlutfallsleg dreifing lega á legutíma



Meðallegutími 10 algengustu DRG

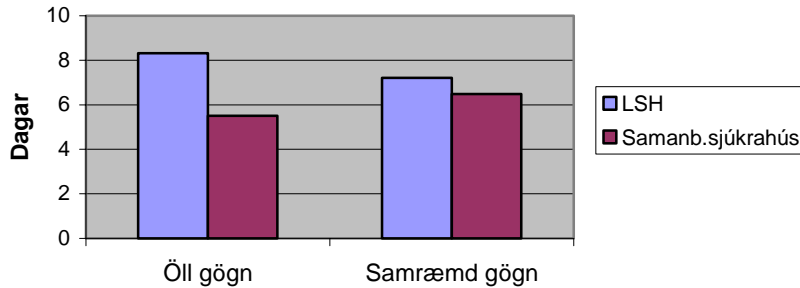


- 209 Liðskiptaaðgerðir á neðri útlím
- 211 Aðgerðir á mjöðm og lærlegg, nema meiri háttar aðgerðir á liðum, án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 219 Aðgerðir á neðri útlím og á upparmslegg, nema mjöðm, fótur, lærleggur, án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 220 Aðgerðir á neðri útlím og á upparmslegg, nema mjöðm, fótur, lærleggur, 17 ára og yngri
- 215 Aðgerðir á baki og hálsi, án aukakvilla
- 224 Aðgerðir á öxl, olnboga eða framhandlegg, nema meiri háttar aðgerðir á liðum, án aukakvilla
- 227 aðgerðir á mjúkvefjum án aukakvilla
- 229 Aðgerðir á hönd eða úlnlið, nema meiri háttar aðgerðir á liðum, án aukakvilla
- 231 Staðbundið úrnám og fjarlægging innri festibúnaðar, nema úr mjöðm og lærlegg
- 225 Aðgerðir á fæti

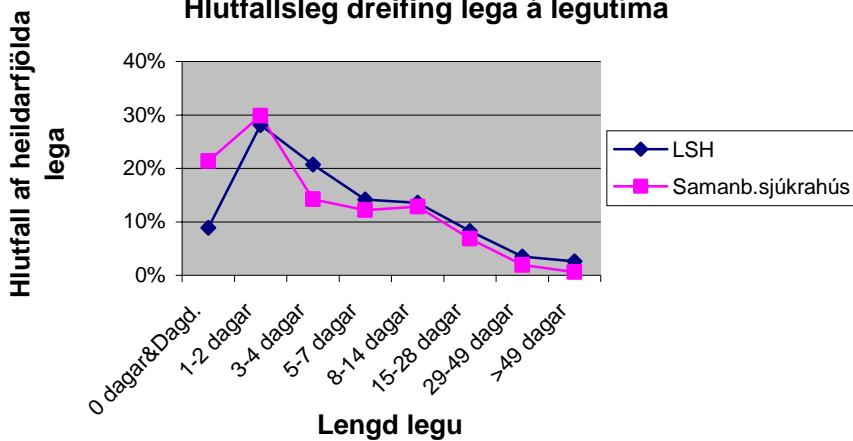
Hlutfall 10 algengustu DRG af heild var 71,8%

Mynd W - Smitsjúkdómalækningar

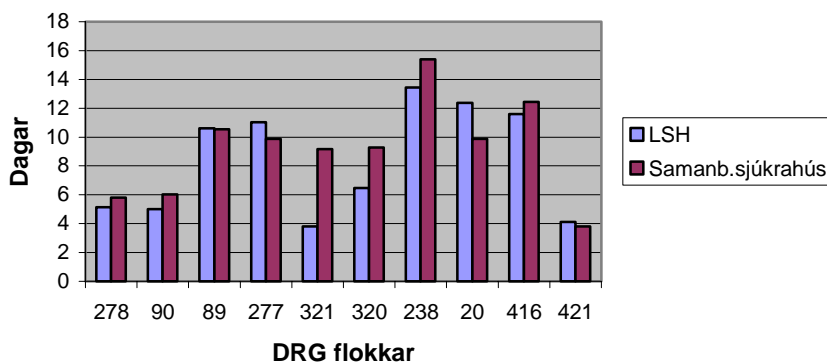
Meðallegutími



Hlutfallsleg dreifing lega á legutíma



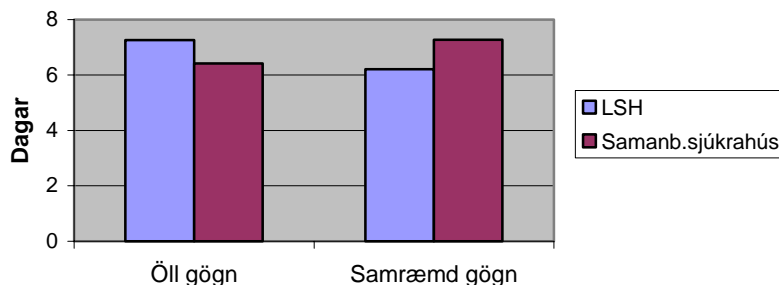
Meðallegutími 10 algengustu DRG



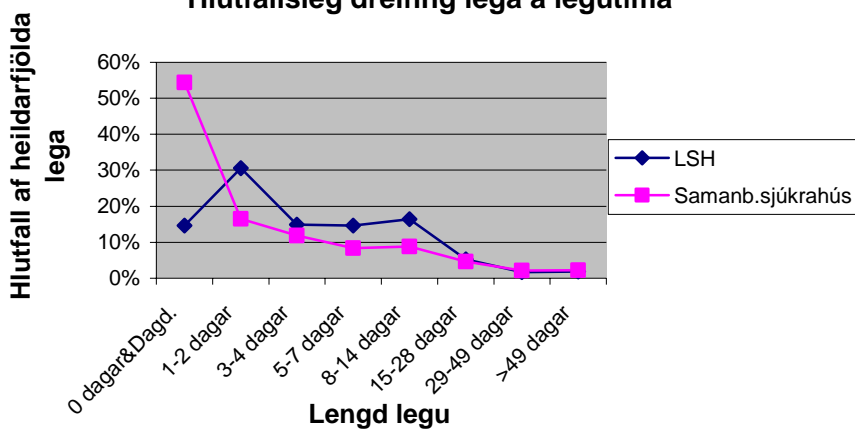
- 278 Húðbeðsbólga án aukakvilla, 18 ára og eldri
 - 90 Einföld lungna- og brjósthimnubólga án aukakvilla, 18 ára og eldri
 - 89 Einföld lungna- og brjósthimnubólga með aukakvillum, 18 ára og eldri
 - 277 Húðbeðsbólga með aukakvillum, 18 ára og eldri
 - 321 Nýra- og þvagvegssýkingar án aukakvilla, 18 ára og eldri
 - 320 Nýra- og þvagvegssýkingar með aukakvillum, 18 ára og eldri
 - 238 Beinbólga
 - 20 Sýking í taugakerfi, nema veirumengisbólga
 - 416 Blóðeitrun, 18 ára og eldri
 - 421 Veirusótt, 18 ára og eldri
- Hlutfall 10 algengustu DRG af heild var 50,8%

Mynd X - Taugalækningar

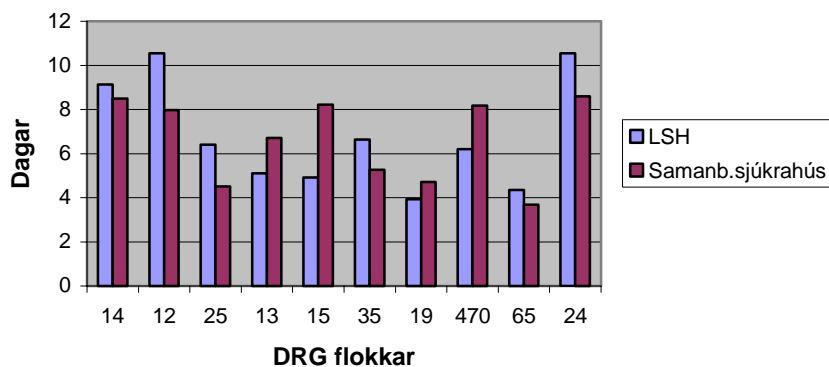
Meðallegutími



Hlutfallsleg dreifing lega á legutíma



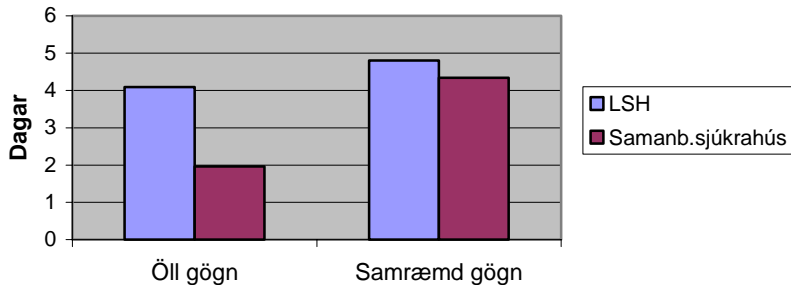
Meðallegutími 10 algengustu DRG



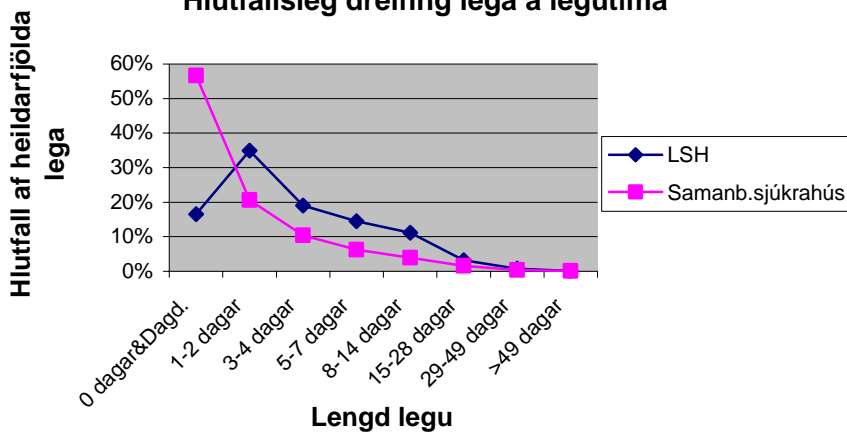
- 14 Heila-mænusigg og hnykilslingur (MS)
 - 12 Hrömunarraskanir í taugakerfi
 - 25 Flog og höfuðverkur án aukakvilla, 18 ára og eldri
 - 13 Heila-mænusigg og hnykilslingur (MS)
 - 15 Skammvinnt heilablóðþurrðarrask og lokanir æða neðan heila (TIA)
 - 35 Raskanir í taugakerfi, aðrar, án aukakvilla
 - 19 Raskanir á heilataugum og úttaugum án aukakvilla
 - 470 Oflokkalegt og ófrágengnar sjúkraskrar
 - 65 Jafnvægistruflun
 - 24 Flog og höfuðverkur með aukakvillum, 18 ára og eldri
- Hlutfall 10 algengustu DRG af heild var 84,0%

Mynd Y - Þvagfæraskurðlækningar

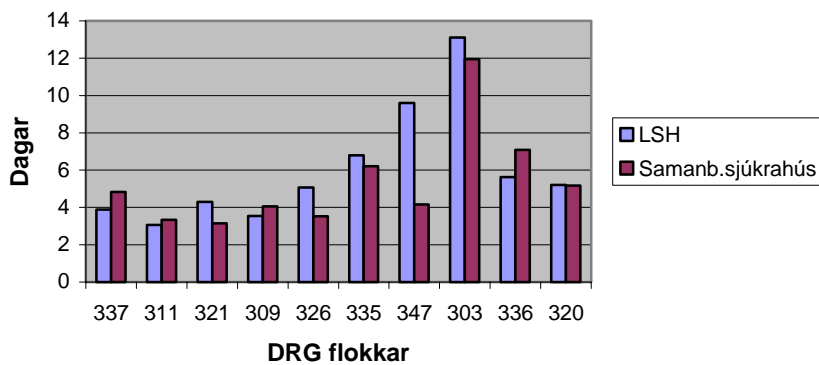
Meðallegutími



Hlutfallsleg dreifing lega á legutíma



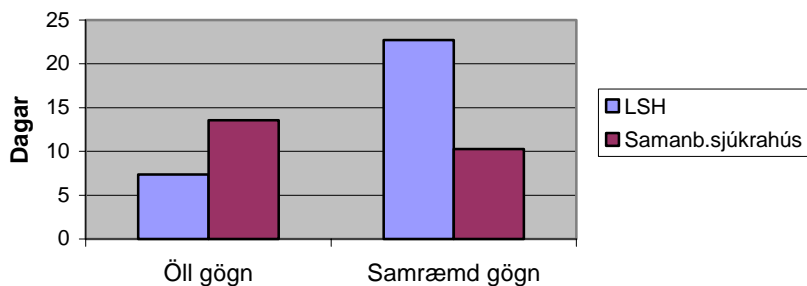
Meðallegutími 10 algengustu DRG



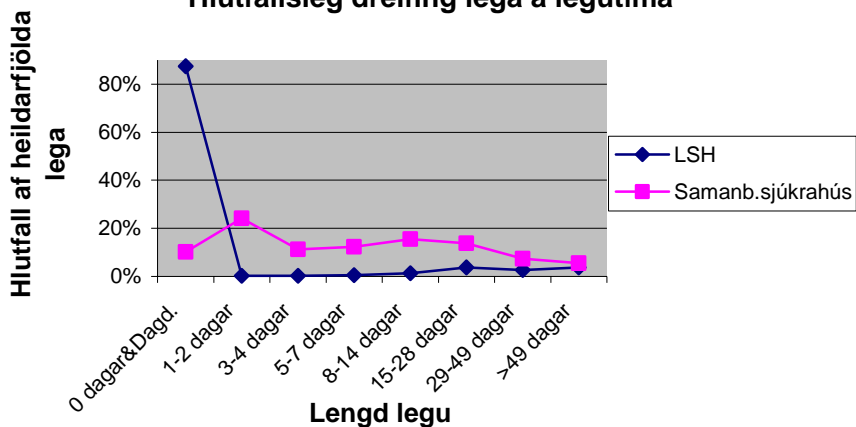
- 337 Blöðruhálskirtill fjarlægður um þvagrás, án aukakvilla
 - 311 Aðgerðir um þvagrás án aukakvilla
 - 321 Nýra- og þvagvegssýkingar án aukakvilla, 18 ára og eldri
 - 309 Minni háttar blöðruaðgerðir án aukakvilla
 - 326 Teikn og einkenni frá nýra og þvagvegi án aukakvilla, 18 ára og eldri
 - 335 Meiri háttar aðgerðir í grindarholi karla án aukaverkana
 - 347 Illkynja sjúkdómur í getnaðarfærum karla án aukakvilla
 - 303 Aðgerð á nýra, þvagpípu og meiri háttar aðgerð á blöðru vegna æxlis
 - 336 Blöðruhálskirtill fjarlægður um þvagrás, með aukakvillum
 - 320 Nýra- og þvagvegssýkingar með aukakvillum, 18 ára og eldri
- Hlutfall 10 algengustu DRG af heild var 58,1%

Mynd Z - Öldrunarlækningar

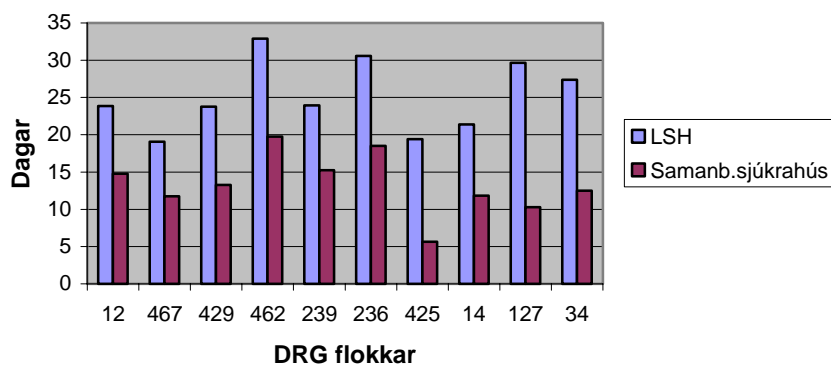
Meðallegutími



Hlutfallsleg dreifing lega á legutíma



Meðallegutími 10 algengustu DRG



- 12 Hrömunarraskanir í taugakerfi
- 467 Aðrir þættir sem áhrif hafa á heilbrigðisástand
- 429 Vefrænar geðraskanir
- 462 Endurhæfing
- 239 Sjúkleg beinbrot og illkynja sjúkdómar í vöðvum, beinum og bandvef
- 236 Brot í mjöðm og mjaðmargrind
- 425 Aðgerð á skurðstofu með geðsjúkdóm sem aðalgreiningu
- 14 Heila-mænusigg og hnykilslingur (MS)
- 127 Hjartabilun og lost
- 34 Raskanir í taugakerfi, aðrar, með aukakvillum

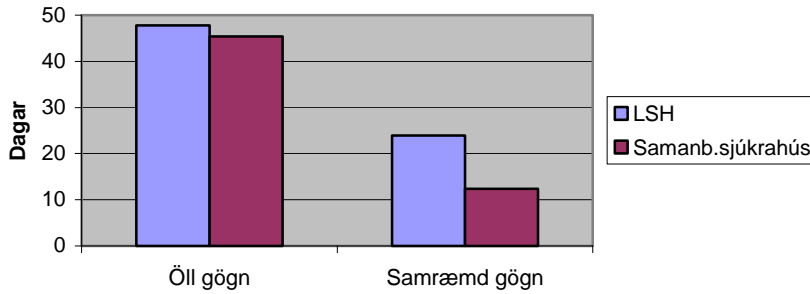
Hlutfall 10 algengustu DRG af heild var 41,6%

Viðauki III. Legur og legutími - Geðlækningar

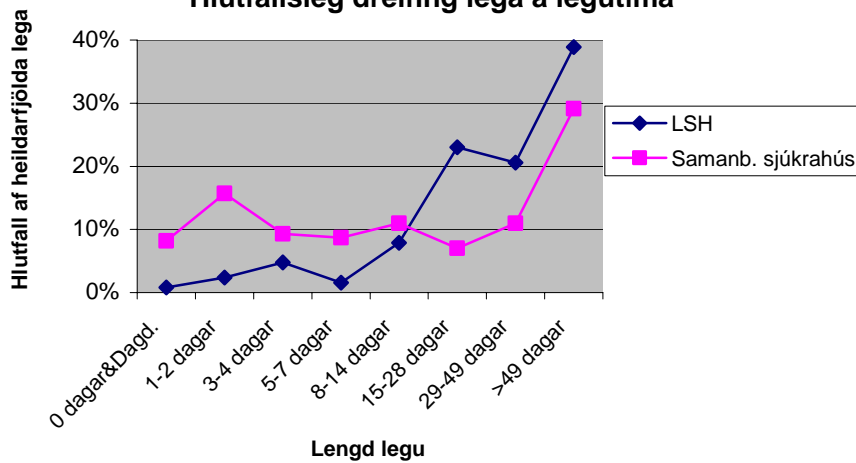
Mynd Þ- Barna- og unglingsgeðlækningar.....	78
Mynd Æ - Fullorðinsgeðlækningar.....	79

Mynd Þ- Barna- og unglíngageðlækningar

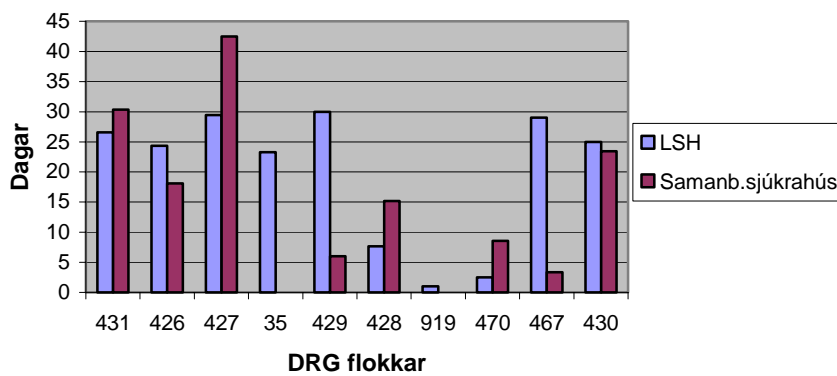
Meðallegutími



Hlutfallsleg dreifing lega á legutíma



Meðallegutími 10 algengustu DRG

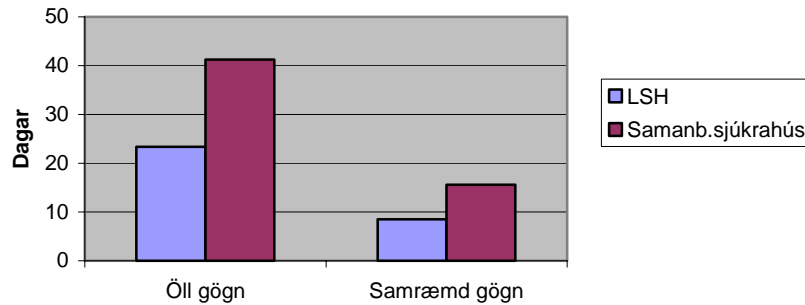


- 431 Geðraskanir á barnsaldri
- 426 Geðhvörf
- 427 Hugraskanir
- 35 Raskanir í taugakerfi, aðrar, án aukakvilla
- 429 Vefrænar geðraskanir
- 428 Persónuleikaraskanir
- 919 Geðsjúkdómur sem megingreining, stutt meðferð án verulegra aðgerða
- 470 Oflokkanlegt og ófrágengnar sjúkraskrár
- 467 Aðrir þættir sem áhrif hafa á heilbrigðisástand
- 430 Geðklofi

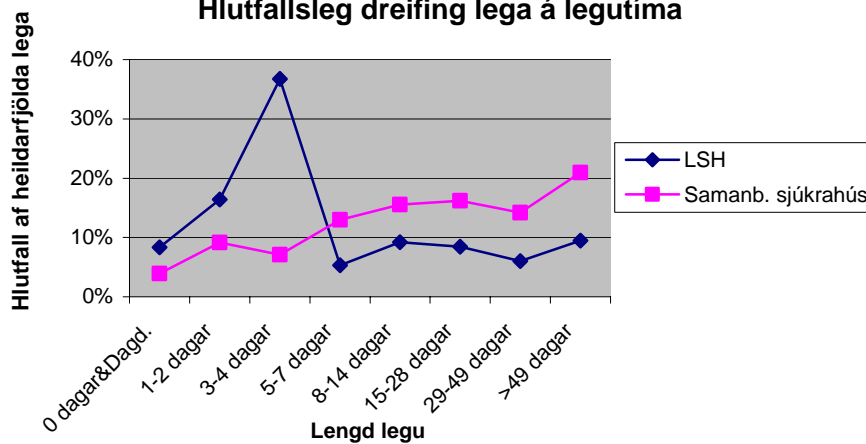
Hlutfall 10 algengustu DRG af heild var 59,5%

Mynd Æ - Fullorðinsgeðlækningar

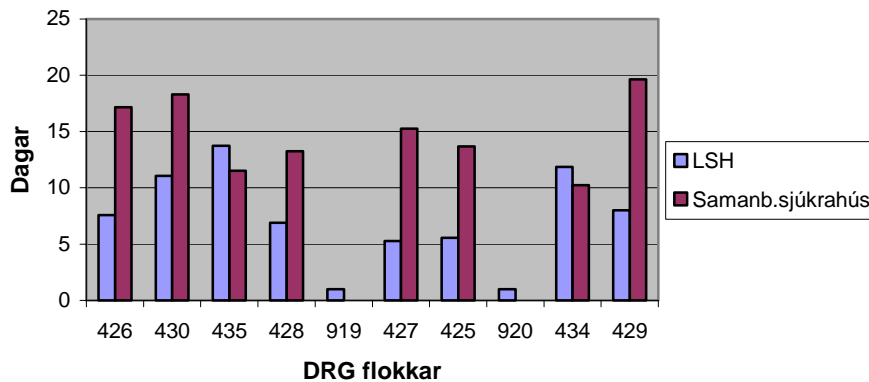
Meðallegutími



Hlutfallsleg dreifing lega á legutíma



Meðallegutími 10 algengustu DRG



- 426 Geðhvörf
 - 430 Geðklofi
 - 435 Afengis- og/eða vímuefnamisnotkun
 - 428 Persónuleikaraskanir
 - 919 Geðsjúkdómur sem megingreining, stutt meðferð án verulegra aðgerða
 - 427 Hugraskanir
 - 425 Aðgerð á skurðstofu með geðsjúkdóm sem aðalgreiningu
 - 920 Misnotar áfengi og/eða lyf og vefrænar geðraskanir afleiðing þess, stutt meðferð
 - 434 Atraskanir
 - 429 Vefrænar geðraskanir
- Hlutfall 10 algengustu DRG af heild var 79,6%