

Nóvember 2007

St. Jósefsspítali - Sólvangur

Stjórnsýsluúttekt

Efnisyfirlit

SAMANTEKT OG ÁBENDINGAR.....	5
1 INNGANGUR	9
2 SAMEINING ST. JÓSEFSSPÍTALA OG SÓLVANGS	11
2.1 SÖGULEGT YFIRLIT	11
2.2 AÐDRAGANDI SAMEININGAR.....	12
2.3 UNDIRBÚNINGUR OG FRAMKVÆMD	12
2.4 ÁÆTLANIR UM HAGRÆÐINGU.....	14
3 REKSTRARAFKOMA OG FJÁRHAGSLEG STAÐA	15
3.1 ST. JÓSEFSSPÍTALI 2003–2006	15
3.2 SÓLVANGUR 2003–2006	19
4 STJÓRNSKIPULAG OG STJÓRNUN	23
4.1 HLUTVERK.....	23
4.2 ST. JÓSEFSSPÍTALI.....	24
4.3 SÓLVANGUR.....	24
4.4 STÖÐDEILDIR ST. JÓSEFSSPÍTALA - SÓLVANGS.....	25
4.5 VERKEFNI FRAMKVÆMDASTJÓRNAR	25
4.6 STEFNUMÓTUN OG ÁRANGURSTJÓRNUN	26
4.7 SAMSKIPTI OG UPPLÝSINGAFLÆÐI.....	27
4.8 UPPLÝSINGAKERFI STOFNUNARINNAR.....	27
4.9 STARFSMANNASTEFNA.....	27
4.10 HÚSNÆÐISMÁL.....	28
4.11 SAMSTARF VIÐ LANDSPÍTALA	28
5 STARFSEMIN OG ÞRÓUN HENNAR 2003–2006	29
5.1 STARFSEMI SÉRFRÆÐILÆKNA.....	30
5.2 STARFSEMI ST. JÓSEFSSPÍTALA 2003–2006.....	32
5.3 STARFSEMI SÓLVANGS 2003–2006	39
5.4 RANNSÓKNARSTOFA ST. JÓSEFSSPÍTALA - SÓLVANGS.....	42
HELSTU HEIMILDIR.....	45
VIÐAUKI: UM DRG-FLOKKUN.....	47

Myndir og töflur

1.1	Formúla fyrir skilvirkni	10
3.1	Þróun rekstrar og afkomu (í þús kr.) 2003-2006	16
3.2	Þróun útgjalda (í þús kr.) 2003-2006	18
3.3	Hlutfallsleg skipting gjalda á helstu kostnaðarliði	19
3.4	Þróun rekstrar og afkomu (í þús kr.) 2003-2006	20
3.5	Kostnaður á legudag 2003-2006	21
5.1	Aðföng við þjónustu 2003-2006 (í þús kr)	32
5.2	Keyptar ferli- og læknisverkaeyningar 2003-2006	33
5.3	Fjöldi meðferða 2003-2006	33
5.4	Fjöldi unninna eininga 2003-2006	34
5.5	Meðallegutími 2003-2006	34
5.6	Fjöldi aðgerða 2003-2006	35
5.7	Þróun skilvirkni á föstu verðlagi 2003 til 2006	37
5.8	Breyting einstakra útgjaldapátta á föstu verðlagi 2003 til 2006	38
5.9	Fjöldi legudaga á stöðugildi 2003-2006	40
5.10	Kostnaður á stöðugildi 2003-2006 (í þús kr)	40
5.11	Umönnunartími 2003 – 2006	41
5.12	Hlutfallsleg skipting stöðugilda eftir starfsheitum – allir starfsmenn	42
5.13	Starfsemi rannsóknar og röntgendeildar 2003-2006	43

Samantekt og ábendingar

St. Jósefsspítali og Sólvangur í Hafnarfirði sameinuðust hinn 1. janúar 2006 í eina stofnun, St. Jósefsspítala – Sólvang. Fyrstu hugmyndir um sameiningu komu fram árið 1994 og var þá horft til þeirrar þróunar sem orðið hafði víða á landsbyggðinni að sveitarfélög starfræktu eina öfluga heilbrigðisstofnun sem sinnti allri heilbrigðisþjónustu. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið tók endanlega ákvörðun um sameiningu um mitt ár 2005 og var þáverandi forstjóri St. Jósefsspítala skipaður forstjóri nýrrar stofnunar.

Að mati Ríkisendurskoðunar einkennist starfsemi St. Jósefsspítala – Sólvangs af faglegum metnaði. Spítalinn hefur m.a. unnið að þróun lækningaaðferða og náð góðum árangri á ýmsum sviðum þjónustunnar. Hins vegar telur Ríkisendurskoðun að undirbúningi og framkvæmd sameiningarinnar hafi að verulegu leyti verið ábótavant og að veikleikar séu í stjórnun stofnunarinnar.

Hvorki ráðuneyti né forstjóri gerðu formlegar tíma-, framkvæmda- eða kostnaðaráætlanir í tengslum við sameininguna. Ekki voru heldur sett nein fjárhagsleg eða fagleg markmið um það hverju hún ætti að skila. Fyrst rúmu ári eftir sameiningu, þ.e. á fyrri hluta árs 2007, var gengið frá greinargerð um áætlaða hagræðingu. Þar kom þó ekki fram hvenær einstakar aðgerðir kæmu til framkvæmda og væntanlegur sparnaður (61,6 m.kr. á ársgrundvelli) yrði innlestur. Ríkisendurskoðun telur að framkvæmd sameiningarinnar hafi liðið fyrir þennan skort á framtíðarsýn.

Ríkisendurskoðun dregur einnig í efa að sömu rök og lágu til grundvallar ákvörðunum um sameiningu heilbrigðisstofnana utan höfuðborgarsvæðisins hafi átt við um St. Jósefsspítala og Sólvang. Á landsbyggðinni voru heilbrigðisstofnanir oft litlar og veikburða og því nærtækt að sameina þær í eina öfluga stofnun. Árið 2003 var hjúkrunarheimilið Sólvangur með lökustu rekstrarafkomu allra hjúkrunarheimila á landinu. Þótt rétt hafi verið að gera skipulagsbreytingar á Sólvangi mátti gera það án þess að sameina það St. Jósefsspítala. Sú stofnun er fyrst og fremst sérhæft sjúkrahús sem tekur á móti sjúklingum alls staðar að af landinu en sinnir síður almennri svæðisbundinni sjúkrahúsþjónustu. Hæglega hefði mátt ná fram hagræðingu með því að auka enn meir samvinnu stofnananna tveggja, t.d. með því að þær nýttu eitt sameiginlegt eldhús. Þá hefði einnig verið rétt að kanna möguleika á að sameina hjúkrunarheimilið Sólvang öðru öldrunarheimili á höfuðborgarsvæðinu.

Þrátt fyrir sameiningu eru St. Jósefsspítali og Sólvangur enn að hluta til reknar sem tvær stofnanir með aðskilið bókhald. Báðar hafa þær átt í rekstrarörðugleikum um langt árabíl og var höfuðstóll þeirra neikvæður um 101,1 m.kr. við

sameiningu. Höfuðstóll St. Jósefsspítala hefur stöðugt verið neikvæður frá 2003 til 2006 og versnaði staða hans um 33 m.kr. á tímabilinu. Rekstrar-kostnaður hans umfram sértekjur hefur farið langt fram úr fjárlögum öll árin og hefur hann fengið verulegar aukafjárveitingar til að mæta umframkostnaði. Ein af ástæðum þessarar umframkeyrslu er vinna lækna umfram heimilaðar ferliverka- og læknisverkaeiningar. Gera verður þá kröfu til stjórnenda spítalans að þeir stýri betur starfi sérfræðilækna sinna og sjái til þess að þeir beri sjálfir ábyrgð á því ef þeir fara fram úr umsömdum einingafjölda.

Á árinu 2005 fékk hjúkrunarheimilið Sólvangur tilmæli frá heilbrigðisráðherra að fækka heimilismönnum úr 82 í 55-60 og náðist það mark í árslok 2006. Það hafði í för með sér að kostnaður á hvern legudag jókst um 19,7% frá 2005 til 2006 þar sem ekki var hægt að fækka starfsfólki jafn hratt og heimilisfólki.

Fjármálastjórn St. Jósefsspítala – Sólvangs er miðstýrð. Hjúkrunardeildarstjórnar og yfirlæknar bera samkvæmt starfslýsingum ábyrgð á að rekstur hveurrar deildar sé innan fjárheimilda. Ekki eru samt gerðar áætlanir þar sem einstökum deildum er settur fjárhagslegur rammi. Þá er upplýsingastreymi frá yfir-stjórn til deildarstjóra um fjárhagslega stöðu deilda ekki talið fullnægjandi. Mikilvægt er að úr þessu verði bætt.

Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið hafði ekki gert árangursstjórnunarsamninga við St. Jósefsspítala eða Sólvang fyrir sameiningu og slíkur samningur hefur ekki verið gerður fyrir nýja stofnun. Þegar ábyrgð og eftirlit með greiðslum fyrir vinnu sérfræðilækna á sjúkrahúsum fluttust frá Tryggingastofnun árið 1997 gerði ráðuneytið samning við St. Jósefsspítala um ferli-verkastarfsemi og var áætluðum kostnaði vegna hennar bætt við rekstrargrunn stofnunarinnar. Að öðru leyti er ekki til nein skilgreining á þeirri starfsemi sem St. Jósefsspítala er ætlað að sinna. Vegna síendurtekinnar umframkeyrslu á fjárlögum er mjög mikilvægt að ráðuneytið geri árangursstjórnunarsamning við stofnunina þar sem skýrt komi fram hverju spítalinn á að skila og hvernig meta eigi árangurinn.

Í því samhengi er mikilvægt að spítalinn haldi áfram innleiðingu á DRG-kostnaðargreiningu, en það er alþjóðlega viðurkennd aðferð sem notuð er til að meta kostnað við aðgerðir á sjúkrahúsum og er m.a. notuð á Landspítalanum. Aðferðin auðveldar t.d. að tengja fjármögnun við afköst hjá sjúkrahúsum og gerir kleift að bera saman kostnað á milli stofnana.

Starfsemi St. Jósefsspítala er sérstök af ýmsum ástæðum. Þar eru stundaðar valdar sérgreinar læknisfræðinnar og ákveða lækna sjálfir hvaða sjúklingar eru teknir í aðgerðir. Fjöldi aðgerða í hverri sérgrein ræðst að mestu af ferli-

verkaeiningum sem spítalinn fær úthlutað frá yfirvöldum en einnig af fjölda lækna í hverri sérgrein. Á tímabilinu 2003–2006 hefur heildarfjöldi aðgerða staðið nokkurn veginn í stað en þróunin er þó mismunandi í einstökum sérgreinum. Almennt hefur þróunin orðið sú að léttari aðgerðir fara út en aðrar þyngri koma í staðinn.

Undanfarin ár hefur verið lögð mikil áhersla á að meðhöndla meltingarsjúkdóma og hefur verið unnið mikið þróunarstarf á því sviði. Nú eru gerðar rannsóknir á St. Jósefsspítala sem hvergi eru gerðar annars staðar hér á landi. Tekin hefur verið upp ný tegund ristilspeglana sem taka lengri tíma og eru flóknari en þær sem fyrir voru en skila á móti mun betri árangri. Þetta hefur m.a. orðið til þess að rannsóknum hefur lítið fjölgað þar sem starfsfólk deildarinnar annar ekki meiru og ekki hefur fengist heimild til fjölgunar. Augnlækningar eru einnig mjög umfangsmikil starfsemi og hefur farið vaxandi. Læknar á St. Jósefsspítala höfðu forgöngu um það á sínum tíma að augnsteinaskiptaaðgerðum var breytt í göngudeildaraðgerðir.

Við mat á skilvirkni St. Jósefsspítala var horft til tveggja þátta, skilvirkni vinnuafls og skilvirkni fjármagns, þ.e. hversu vel vinnuafli og fjármagn nýttast við að veita þjónustu. Könnun þessara þátta leiddi í ljós að á tímabilinu 2003–2006 jókst skilvirkni vinnuafls um 6,6% en skilvirkni fjármagns stóð nokkurn veginn í stað. Setja verður þó þann fyrirvara á skilvirkni vinnuafls að miðað var við stöðugildi sem segja ekki alltaf alla söguna þar sem aukavaktir og önnur eftirvinna getur hafa aukist.

Ríkisendurskoðun bendir á að samningar þeir sem kjör sérfræðilækna miðast við séu með ólíkum hætti eftir því hvort um er að ræða aðgerðir á inniliggjandi sjúklingum eða svonefnd ferliverk. Þetta hlýtur að teljast óeðlilegt og er mikilvægt að samningarnir verði teknir til endurskoðunar og þeir samræmdir. Þá er einnig gerð athugasemd við það að spítalinn tryggi læknum, sem eru á samkomulagi spítalans við lækna frá 1983, full laun í veikindum og greiði í námssjóð þeirra. Þar sem lækarnir eru allir verktakar við stofnunina og starfa flestir hjá eigin einkahlutafélögum verður að telja þessi ákvæði mjög óeðlileg og ekki í neinu samræmi við þau kjör sem almennt gilda í samskiptum verktaka og verkkaupa.

Meginábendingar Ríkisendurskoðunar

Til heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins:

- Ríkisendurskoðun leggur til að heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið geri árangursstjórnunarsamning við St. Jósefsspítala – Sólvang. Þar verði nákvæmlega tiltekið og skilgreint hvaða verkefni ráðuneytið felur spítalanum svo að unnt sé að gera raunhæfar áætlanir um rekstur hans.

Til St. Jósefsspítala - Sólvangs:

- Ríkisendurskoðun leggur til að deildarstjórar hjúkrunar taki með virkum hætti þátt í gerð fjárhagsáætlana hver fyrir sína deild. Þeim verði einnig settur fjárhagslegur rammi að starfa eftir og upplýsingum miðlað ört og reglulega til stjórnanda um stöðu deildar sinnar.
- Ríkisendurskoðun leggur til að samkomulag St. Jósefsspítala og lækna frá árinu 1983 verði endurskoðað til samræmis við samkomulag Tryggingastofnunar ríkisins við lækna.
- Ríkisendurskoðun leggur til að St. Jósefsspítali – Sólvangur herði eftirlit með því að sérfræðilæknar fari ekki fram úr þeim einingafjölda sem kveðið er á um í samningum einstakra lækna við stofnunina. Jafnframt verði settar vinnureglur um það hvernig skuli bregðast við þegar vinna sérfræðilækna við ferliverk fer fram úr umsömdum einingafjölda.
- Ríkisendurskoðun leggur til að St. Jósefsspítali – Sólvangur innleiði DRG kostnaðargreiningu fyrir aðgerðir sem fara fram á sjúkrahúsinu.

1 Inngangur

Bakgrunnur

Hinn 16. júní 2005 gaf heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra út reglugerð um sameiningu St. Jósefsspítala, Hafnarfirði og Sólvangs, Hafnarfirði.¹ Sameining tók gildi 1. janúar 2006. Með henni varð til heilbrigðisstofnun með 112 rými, þ.e. St. Jósefsspítali með 48 sjúkrarými og Sólvangur með 64 hjúkrunarrými. Hér er um að ræða stofnanir með ólík hlutverk. St. Jósefsspítali er sjúkrahús, sem auk þess hefur nokkra sérstöðu að því leyti að þar starfa læknar nær ein-göngu sem verktakar. Sólvangur er hins vegar hjúkrunarheimili fyrir aldraða einstaklinga. Til að sameining tveggja ólíkra stofnana takist vel er mikilvægt að undirbúa hana vel. Þá þarf skipulag nýrrar stofnunar að vera gott og stjórnun skilvirk og vinna þarf samkvæmt vel skilgreindum markmiðum.

Ríkisendurskoðun ákvað í samráði við stjórnendur St. Jósefsspítala – Sólvangs að gera stjórnsluúttekt á starfsemi stofnunarinnar. Úttektin nær bæði til stjórnunar og rekstrar.

Markmið og afmörkun

Markmið úttektarinnar var að kanna hvernig sameining St. Jósefsspítala og Sólvangs var undirbúin, hvort starfsemin sé hagkvæm og skilvirk og hvort starfsemi sérfræðilækna sem verktaka sé hagkvæm fyrir stofnunina.

Í úttektinni er einkum leitast við að svara þremur meginspurningum:

- Var sameining St. Jósefsspítala og Sólvangs vel undirbúin og byggð á skýrum fjárhagslegum og faglegum forsendum?
- Stuðla skipulag og stjórnun stofnunarinnar að því að hún sinni verkefnum sínum með hagkvæmum og skilvirkum hætti?
- Er starfsemi sérfræðilækna á St. Jósefsspítala hagkvæm og skilvirk?

Aðferðir og gögn

Við úttektina var stuðst við rekstrar- og starfsemistengdar upplýsingar úr árs-reikningum og upplýsingakerfum stofnananna tveggja fyrir árin 2003-2006. Einnig var notast við upplýsingar frá Tryggingastofnun ríkisins um starfsemi sérfræðilækna á samningi við þá stofnun. Þá voru fengar ýmsar skýrslur og greinargerðir um starfsemi St. Jósefsspítala - Sólvangs frá stjórnendum hans og heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu. Loks voru tekin viðtöl við stjórnendur og starfsmenn spítalans og fulltrúa heilbrigðis- og tryggingamála-ráðuneytis.

¹ Nr. 608/2005.

Hugtök og mælikvarðar

Í rekstri fyrirtækja er hugtakið „afköst“ yfirleitt notað til að tákna afurðir (einingar) sem framleiddar eru. Innan heilbrigðisþjónustunnar eru slíkar afurðir bæði margar og mismunandi. Í þessari úttekt er horft til fjölda meðferða sem lokið er. Þeim er annars vegar skipt í „legur“ sjúklinga og hins vegar komur á göngudeild sjúkrahússins. Lega er tíminn sem liður frá því að sjúklingur leggst inn til meðferðar þar til hann útskrifast.

Afkastagetan ræðst af ýmsum þáttum. Legutími sjúklinga, þ.e. hversu lengi þeir liggja inni, er einn mælikvarði. Ef stytta má þann tíma komast fleiri sjúklingar að. Styttri legutími leiðir því til aukinna afkasta. Fjöldi lækna, fjöldi ferliverkaeininga² sem sjúkrahúsinu er úthlutað af yfirvöldum³ og aðgangur að skurðstofum eru einnig mikilvægir þættir í afköstum á St. Jósefsspítala.

1.1 Formúla fyrir skilvirkni

Afköst (afurð):

Magn þjónustu af
ákv. tegund og gæðum

_____ = **Skilvirkni**

Aðföng:

Fjármunir, vinnuafli,
húsnæði og aðstaða

Með skilvirkni er átt við hversu mikil og góð þjónusta fæst fyrir þá fjármuni sem varið er til að veita hana. Hugtakið „skilvirkni“ vísar þannig til hlutfalls aðfanga sem notuð eru og afurða sem skilað er í formi þjónustu og afkasta. Ef afköst aukast og aðföng standa í stað eða minnka hefur skilvirknin aukist.

² Skv. 1. gr. reglugerðar nr. 340/1992 um ferliverk: „Með ferliverkum er átt við þá lækni meðferð sem sjúklingum er veitt á læknaðstofum eða á sjúkrahúsum og krefst ekki innlagnar á sjúkrahúsi nema í undantekningartilfellum.“

³ Sjá nánar um starfsemi sérfræðilækna í kafla 5.1.

2 Sameining St. Jósefsspítala og Sólvangs

Undirbúningi og framkvæmd sameiningar St. Jósefsspítala og Sólvangs var að verulegu leyti ábótavant. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið setti ekki formlega fram fjárhagsleg eða fagleg markmið um það hverju hún ætti að skila. Þá voru ekki gerðar neinar formlegar tíma-, framkvæmda- eða kostnaðaráætlanir. Stjórnendur töldu að hagræða mætti með sameiningunni en þær hugmyndir voru ekki settar formlega fram fyrr en rúmu ári eftir sameiningu. Ríkisendurskoðun telur að framkvæmd sameiningarinnar hafi liðið fyrir skort á skýrri framtíðarsýn, stefnu og markmiðum til að starfa eftir.

Hinn 16. júní 2005 gaf heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra út reglugerð um sameiningu St. Jósefsspítala og Sólvangs frá og með 1. janúar 2006.⁴ Frá þeim degi hefur starfað ein sameinuð stofnun undir nafninu St. Jósefsspítali – Sólvangur sem gegnir sömu hlutverkum og hinar tvær gerðu áður. Báðar eiga stofnanirnar langa sögu.

2.1 Sögulegt yfirlit

St. Jósefsspítala var komið á fót árið 1926 af kaþólska trúboðinu og rak regla St. Jósefssysturanna hann til ársins 1978 er þær hættu öllum afskipum af daglegum rekstri. Þá var spítalanum sett stofnskrá og breytt í sjálfseignarstofnun.

Hafnirðingar töldu það mikið lán þegar St. Jósefssystur ákváðu að setjast að í bænum og reisa þar sjúkrahús. Systurnar voru framsýnar í sínum störfum og fylgdust vel með kröfum tímans um bættu sjúkrahúspjónustu. Á St. Jósefsspítala var til dæmis mjög snemma tekin upp deildaskipting og spítalanum skipt í handlækningadeild, lyflækningadeild og skurðeild með sérstökum hjúkrunardeildarstjórum. Þetta tíðkaðist þá ekki á minni sjúkrahúsum á Íslandi en þykir nú sjálfsagt og eðlilegt.

Árið 1985 hófst rekstur göngudeildar í húsnæði sem systurnar höfðu reist 1938 fyrir barnaskóla. Opnun hennar gjörbreytti aðstöðu spítalans og þar fer nú fram mjög öflug starfsemi, sérstaklega á sviði meltingarsjúkdóma og augnlækninga.

Árið 1987 komst spítalinn í eigu ríkisins og Hafnarfjarðarbæjar og breyttist þá jafnframt rekstrarformið. Frá árinu 1989 hefur hann verið á föstum fjárveit-

⁴ Reglugerð um sameiningu heilbrigðisstofnana nr. 608/2005.

ingum en fram að því var hann rekinn á daggjöldum. St. Jósefsspítali starfar samkvæmt lögum um heilbrigðisþjónustu⁵ og lögum um almannatryggingar.⁶

Sólvangur var stofnaður af Hafnarfjarðarbæ árið 1953. Í upphafi var starfsemi stofnunarinnar fjölbreyttari en nú er. Þá var þar rekin sjúkradeild með skurðstofu og fæðingardeild auk hjúkrunardeildar. Nú er Sólvangur alfarið hjúkrunarheimili fyrir aldraða. Þar eru starfræktar þrjár hjúkrunardeildir og ein sérdeild fyrir heilabilaða vistmenn. Sólvangur starfar samkvæmt lögum um heilbrigðisþjónustu og lögum um málefni aldraðra⁷ og hefur rekstur stofnunarinnar alfarið verið á vegum ríkissjóðs frá árinu 1991.

2.2 Aðdragandi sameiningar

Á flestum stöðum utan höfuðborgarsvæðisins hafa heilsugæsla, hjúkrunarheimili og sjúkrahús, þar sem þau voru starfsrækt, verið sameinuð í eina stofnun. Á hverjum stað er því rekin ein *heilbrigðisstofnun* sem sinnir allri heilbrigðisþjónustu sem þar er boðið upp á. Árið 1994 komu fram í bæjarstjórn Hafnarfjarðar hugmyndir um að eðlilegt væri að St. Jósefsspítali, Heilsugæslan í Hafnarfirði og hjúkrunarheimilið Sólvangur yrðu sameinuð í eina stofnun eins og gert hafði verið víða á landsbyggðinni. Hjá þessum þrem stofnunum gætti ólíkra sjónarmiða um ágæti slíkrar sameiningar. Hreyfing komst aftur á málið snemma árs 2005. Þá ákvað heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið að sameina St. Jósefsspítala og Sólvang en fella Heilsugæsluna í Hafnarfirði undir nýja sameinaða Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins.

Draga verður í efa að sömu rök og lágu til grundvallar við sameiningu heilbrigðisstofnana utan höfuðborgarsvæðisins hafi átt við um St. Jósefsspítala og Sólvang. Á landsbyggðinni voru heilbrigðisstofnanir oft litlar og veikburða og lágu gild rök fyrir því að láta eina öfluga stofnun sinna allri heilbrigðisþjónustu á svæðinu. St. Jósefsspítali er fyrst og fremst sérhæft sjúkrahús sem tekur á móti sjúklingum alls staðar að af landinu en sinnir síður almennri svæðisbundinni sjúkrahúsþjónustu, enda staðsett á höfuðborgarsvæðinu. Þótt nauðsynlegt hafi verið að breyta skipulaginu á hjúkrunarheimilinu Sólvangi mátti fást sérstaklega við það verkefni án þess að sameina það annarri stofnun. Það hefði að minnsta kosti verið eðlilegra að kanna aðra kosti, t.d. að sameina það annarri öldrunarstofnun en sjúkrahúsi sem sinnir sérhæfðum valaðgerðum.

2.3 Undirbúningur og framkvæmd

Þegar sameining stofnananna var undirbúin var áætlað að hún tæki gildi 1. júlí 2005. Þegar reglugerð um sameininguna var gefin út 16. júní hafði hins vegar verið ákveðið að fresta henni til 1. janúar 2006. Forstjóri sameinaðrar stofn-

⁵ Nr. 97/1990 og frá 1. sept 2007 lög nr. 40/2007.

⁶ Nr. 67/1992.

⁷ Nr. 125/1999.

unar var ráðinn 1. júlí 2005 og tók heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið þá ákvörðun að auglýsa ekki starfið heldur ráða framkvæmdastjóra St. Jósefsspítala samkvæmt ákvæði um flutning embættismanna í lögum um réttindi og skyldur starfsmanna ríkisins.⁸ Verðandi forstjóri óskaði eftir því í október 2005 að fá að hefja undirbúning og setja í gang ráðningarferli vegna æðstu stjórnenda nýrrar stofnunar. Ráðuneytið lagði þá áherslu á að ekki yrði hafist handa við frekari undirbúning sameiningarinnar fyrr en hún tæki formlega gildi 1. janúar 2006. Ástæður þess voru þær að fyrr hefði forstjóri ekki boðvald yfir starfsfólki beggja stofnananna. Jafnframt lá fyrir að breytingar yrðu á stjórnskipulagi Sólvangs við sameininguna sem hefði í för með sér að mannhald breyttist. Ríkisendurskoðun telur engu að síður að forstjóri hefði átt að undirbúa sameininguna með gerð kostnaðar- og framkvæmdaáætlana í stað þess að setja málið í biðstöðu í hálf t. ár.

Þegar ákveðið var að sameina St. Jósefsspítala og Sólvang setti heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið engin formleg markmið um það hverju sameiningin ætti að skila, hvorki fjárhagslega né faglega. Ráðuneytið bendir hins vegar á að tilgangur sameiningarinnar hafi verið skýr. Með henni átti að nýta betur fjármagn og styrkja bæði stjórnunarlega og faglega starfsemi innan stærri einingar. Sameiningin hefði verið í anda stefnu ráðuneytisins um að sameina litlar stofnanir. Hvorki voru gerðar formlegar tíma- eða framkvæmdaáætlunir fyrir sameiningarferlið né kostnaðaráætlun enda taldi ráðuneytið að eini fyrirsjáanlegi kostnaðurinn væri aukið álag á forstöðumann St. Jósefsspítala.

Eins og áður segir var framkvæmdastjóri St. Jósefsspítala færður í nýtt embætti forstjóra St. Jósefsspítala – Sólvangs. Embætti forstjóra Sólvangs var hins vegar lagt niður og eins störf hjúkrunarforstjóra á Sólvangi og St. Jósefsspítala sem og starf yfirlæknis St. Jósefsspítala. Í stað þeirra voru auglýstar stöður framkvæmdastjóra lækninga og hjúkrunar á sameinaðri stofnun. Yfirlæknir St. Jósefsspítala var ráðinn framkvæmdastjóri lækninga en í starf framkvæmdastjóra hjúkrunar var ráðinn utanaðkomandi einstaklingur. Æðstu stjórnendur hjúkrunar upprunalegu stofnananna sóttust ekki eftir því starfi.

Sameiningin leið nokkuð fyrir það að nýju stofnuninni skorti skýra framtíðarsýn, stefnu og markmið til að starfa eftir. Starfsfólk var engu að síður samstarfsfúst og tók þátt í sameiningarvinnunni af heilum hug.

Strax eftir sameininguna var leitað til ráðgjafafyrirtækis um aðstoð við gerð skipurits og stefnumótun fyrir nýju stofnunina. Vinna við stefnumótun hefur ekki fengið þann forgang sem skyldi og stendur enn yfir. Nýtt skipurit hefur heldur ekki verið staðfest þótt starfað sé samkvæmt ákveðnu skipulagi til bráðabirgða.

⁸ Lög um réttindi og skyldur starfsmanna ríkisins nr. 70/1996.

2.4 Áætlanir um hagræðingu

Þó að ekki hafi verið sett ákveðin markmið með sameiningu St. Jósefsspítala og Sólvangs höfðu stjórnendur St. Jósefsspítala hugmyndir um að einhverri hagræðingu mætti ná fram með henni. Sameiningarferlið hefur haft kostnað í för með sér, eins og má hafa verið ljóst frá því að ákvörðun um sameiningu var tekin. Í fjárveitingum til St. Jósefsspítala - Sólvangs var þó ekki gert ráð fyrir slíkum kostnaði en stofnunin fékk síðar aukafjárveitingar til að mæta hluta fjárhagsvandans sem skapaðist.

Stjórnendur St. Jósefsspítala kynntu heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu lauslega áætlun um mögulega hagræðingu af sameiningu stofnananna um mitt ár 2006. Á fyrri hluta árs 2007, þ.e. rúmu ári eftir að sameiningin tók gildi, var gengið frá greinargerð um sama efni. Hún tók til fimm þátta:

- 1 Sameining eldhúsa. Hagræði yrði af því að reka eitt eldhús í stað tveggja. Áætlað var að jafnmargir starfsmenn og unnu í eldhúsinu á Sólvangi dygðu fyrir sameinað eldhús. Þannig gæti sparnaður í almennu starfsmannahaldi orðið um 3,5 stöðugildi.
- 2 Samkostnaður hjúkrunardeilda. Gert var ráð fyrir því að hagræði yrði við starfsmannahald stærri stofnunar. Meiri möguleikar yrðu að hagræða vöktum og aukavöktum og starfsfólk gæti gengið vaktir á báðum stöðum. Sólvangur hafði þurft að kaupa þjónustu af starfsmannaleigum til þess að geta mannað allar vaktir.
- 3 Yfirstjórn og skrifstofa. Gert var ráð fyrir að fækka mætti stöðugildum á skrifstofu um tvö til þrjú á sameinaðri stofnun St. Jósefsspítala – Sólvangi.
- 4 Hjúkrunarstjórn. Stöður hjúkrunarforstjóra og hjúkrunarframkvæmdastjóra á Sólvangi voru lagðar niður. Þá var gert ráð fyrir að staða fræðslustjóra á Sólvangi yrði lögð niður og fræðslumálum komið fyrir með öðrum hætti.
- 5 Rekstur fasteigna. Lagðar yrðu niður tvær stöður húsvarða við Sólvang og tekin upp sameiginleg umsjón með öllum byggingum stofnunarinnar.

Stjórnendur St. Jósefsspítala - Sólvangs gerðu ráð fyrir um 61,1 m.kr. sparnaði á ársgrundvelli vegna þessara aðgerða. Áætlunin tímasetur þó ekki hvenær einstakar aðgerðir koma til framkvæmda og sparnaður verður innleystur. Þá liggja ekki enn fyrir upplýsingar um raunverulega hagræðingu. Fráfarandi starfsmenn voru til skamms tíma á biðlaunum og sameining eldhúsa hefur ekki komið til framkvæmda. Stjórnendur St. Jósefsspítala – Sólvangs áætla að kostnaður vegna sameiningar eldhúsa sé um 15 m.kr. og þörf sé á sérstakri fjárveitingu vegna hennar.

3 Rekstrarafkoma og fjárhagsleg staða

Bæði St. Jósefsspítali og Sólvangur og síðan sameinuð stofnun hafa lengi átt í töluverðum rekstrarerfiðleikum. Á öllu tímabilinu sem úttektin nær til hefur höfuðstóll St. Jósefsspítala verið neikvæður um tugi milljóna. Framlög til sjúkrahússins skv. fjárlögum hafa ávallt verið langt undir áætluðum rekstrarkostnaði og hefur stofnunin fengið umtalsvert viðbótarfjármagn með aukafjárveitingum og millifærslum á hverju ári. Það er því ljóst að gera þarf róttækar ráðstafanir í fjármálum stofnunarinnar hið skjótasta.

Kostnaður af starfsemi St. Jósefsspítala – Sólvangs er eins og starfsemi annarra sjúkrastofnana ríkisins greiddur úr ríkissjóði og af sértekjum. Þessi háttur hefur verið hafður á frá 1987 en áður hafði sjúkrahúsið verið á daggjöldum. Starfsemi Sólvangs var síðustu árin fyrir sameiningu að stærstum hluta fjármögnuð með daggjöldum frá Tryggingastofnun ríkisins, eins og tíðkast á öðrum hjúkrunarheimilum, en hafði áður verið á fjárlögum. Fyrsta ár eftir sameiningu var fjármögnun óbreytt, þ.e. St. Jósefsspítali var á fjárlögum og Sólvangur á daggjöldum. Þetta fyrirkomulag reyndist óhentugt og frá og með 2007 er sameinuð stofnun alfarið á fjárlögum.

Báðar stofnanir hafa verið reknar með halla mörg undanfarin ár. Samkvæmt stofnefnahagsreikningi sameinaðrar stofnunar þann 1. janúar 2006 var höfuðstóll hennar neikvæður um 101,1 m.kr.

Hér á eftir verður fjallað um þróun rekstrar og afkomu árána 2003–2006 fyrir hvora stofnun fyrir sig þar sem um var að ræða 2 stofnanir til 2006. Það ár er gert upp þannig að auðvelt er að aðgreina fjármál þeirra.

3.1 St. Jósefsspítali 2003–2006

Árið 1997 ákvað heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið að flytja ábyrgð og eftirlit með greiðslum fyrir vinnu sérfræðinga á sjúkrahúsum sem skilgreindar höfðu verið sem göngudeildarþjónusta frá Tryggingastofnun ríkisins til sjúkrahúsanna. Greiðslur til þeirra miðuðust við ákveðinn fjölda ferliverkaeininga sem þau máttu ráðstafa. Hjá St. Jósefsspítala var upphaflegur einingafjöldi ákveðinn út frá meðaltalstölum árána 1995–96 og með samanburði við TR. Á grundvelli þessa gerði heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið samning við spítalann um ferliverkin og bættust fjárfamlög vegna þeirra við fyrri rekstrargrunn.

Þróun rekstrar og afkomu St. Jósefsspítala

Á tímabilinu 2003–2006 hækkuðu framlög til St. Jósefsspítala skv. fjárlögum um 19,2% (sjá töflu 3.1). Á sama tíma jukust útgjöld um 24,9%, þ.e. tæplega 6% umfram fjárlög. Gjöld urðu öll árin umtalsvert hærri en fjárlög gerðu ráð fyrir og því þurfti að leggja sjúkrahúsinu til viðbótarfjármagn sem bæði átti að mæta halla viðkomandi árs og minnka neikvæðan höfuðstól. Spítalinn fékk einnig umtalsverðar millifærslur á þessum árum, t.d. vegna launaendurmats, kaupa á tækjum og aukinna verkefna sem samþykkt voru á viðkomandi fjárhagsári. Samtals námu viðbótarfjárheimildir og millifærslur 317,9 m.kr. á tímabilinu og hækkuðu framlög til spítalans því alls um 29,3%. Sértekjur drögust hins vegar saman og í heild eru gjöld tæplega 2% umfram tekjur. Staða höfuðstóls versnaði um 33 m.kr. á tímabilinu og í lok árs 2006 var hann neikvæður um 83,5 m.kr., þ.e. um 10,5% af gjöldum stofnunarinnar.

3.1 Þróun rekstrar og afkomu St. Jósefsspítala 2003–2006

Í þús.kr.	2003	2004	2005	2006	Breyting 2003-06
Sértekjur	88.500	81.976	89.671	73.952	-16,4%
Framlög úr ríkissjóði					
Fjárlög	497.500	520.500	538.900	593.000	19,2%
Fjárukalög	38.800		44.700	95.100	145,1%
Millifærslur	19.400	29.800	59.600	30.503	57,2%
Samtals framlög	555.700	550.300	643.200	718.603	29,3%
Tekjur alls	644.200	632.276	732.871	792.555	23,0%
Gjöld alls	636.270	679.653	715.720	794.850	24,9%
Afgangur / halli	7.930	-47.377	17.152	-2.295	
Höfuðstóll í ársbyrjun	-58.859	-50.929	-98.305	-81.154	
Höfuðstóll í árslok	-50.929	-98.305	-81.154	-83.449	

Af einstökum tekjustofnum hafa tekjur af rannsóknum minnkað hlutfallslega mest eða um 39,7%. Ástæða þess er sú að 2004 gafst heilsugæslustöðinni Sólvangi í Hafnarfirði tækifæri til að kaupa eigin rannsóknartæki⁹ og fluttist þá stór hluti rannsókna frá spítalanum til hennar. Tekjur af komugjöldum sjúklinga¹⁰ minnkuðu einnig árin 2004 og 2005, aðallega vegna þess að meðferðum sem krefjast innlagnar sjúklinga hefur fjölgað. Sjúklingar taka ekki þátt í kostnaði við sjúkrahúslegu. Það gera þeir hins vegar þegar um minni aðgerðir er að ræða og þeir geta farið heim strax að þeim loknum. Slíkar aðgerðir hafa flust í meira mæli á stofur úti í bæ.

⁹ Sjá nánar í kafla 5.4.

¹⁰ Skv. reglugerð um hlutdeild sjúkratryggða í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu nr. 1090/2006, 1030/2004, 981/2003, 328/2003.

Ljóst er að áætlanir fjárlaga um rekstrarkostnað sjúkrahússins hafa ekki staðist undanfarin ár og hafa viðbótarfjárheimildir numið á bilinu 5–17% af heildarfjárveitingum, þar af eru aukafjárveitingar á bilinu 0–13,2% og millifærslur á bilinu 3,5–9,3%. Fjárlagagerð hér á landi byggir á rammafjárlagagerð og langtímaáætlunum. Þannig m.a. er reynt að koma í veg fyrir skyndiákvæðanir um fjárútlát. Aukin framlög eftir samþykkt fjárlaga ætti því ekki að eiga sér stað nema til komi sérstakir ófyrirséðir atburðir. Forstöðumaður ber ábyrgð¹¹ á því að áætlanir fjárlaga standist og skal fagráðuneyti sjá til þess að hann sinni þeirri skyldu. Fagráðuneyti ber einnig fulla ábyrgð á því að fjárheimildum sé ráðstafað í samræmi við forsendur fjárlaga.

Eitt af því sem skýrir umframkeyrslu St. Jósefsspítala er að þar eru unnin mun fleiri læknisverk en heimilaðar ferliverka- og læknisverkaeiningar leyfa. Um talsverðar viðbótarfjárheimildir á hverju ári virðast benda til þess að stjórnvöld viðurkenni það sem spítalinn er að gera. Ríkisendurskoðun telur að heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið ætti umsvifalaust að ganga frá árangursstjórnunarsamningi við spítalann þar sem skilgreint er hvaða þjónustu hann á að sinna og veita fé samkvæmt því. Einnig er áriðandi að gerðar verði ráðstafanir til að lagfæra hinn mikla neikvæða höfuðstól í eitt skipti fyrir öll. Stjórnendur spítalans verða einnig að stýra betur starfi sérfræðilækna sinna og tryggja að þeir beri sjálfir ábyrgð á því ef þeir fara fram úr umsömdum ferli-verkaeiningum.

Þróun útgjalda St. Jósefsspítala

Eins og áður sagði jukust útgjöld St. Jósefsspítala um 24,9% á árunum 2003–2006. Á sama tíma hækkaði vísitala launa um 22,4% og vísitala neysluverðs án húsnæðis um 8% (sjá töflu 3.2). Launagreiðslur hækkuðu um 25,1% sem er um 2,7 prósentustig umfram hækkun launavísitölu. Verktakagreiðslur til sérfræðinga hækkuðu um tæplega 26% en þær fylgja ekki vísitöluhækkun launa. 10% af hækkun til sérfræðinga skýrist af hækkun einingaverðs ferli- og læknisverka en að öðru leyti af auknum fjölda eininga, en þeim fjölgaði um 12,1% á tímabilinu. Greiðslur til sérfræðilækna vegna vakta o.fl. varða bakvaktir þeirra, laun yfirlækna og greiðslur sem lækna fá í veikindaleyfum (sjá nánar í kafla 5.1). Langvarandi veikindi tveggja lækna skýra mikla hækkun þessa liðar á árunum 2005 og 2006.

¹¹ Lög um fjárreiður ríkisins nr. 88/1997 og lög um réttindi og skyldur starfsmanna ríkisins nr. 70/1996.

3.2 Þróun útgjalda St. Jósefsspítala 2003–2006

Í þús.kr.	2003	2004	2005	2006	Breyting 2003–06
Laun	319.407	337.085	361.456	399.496	25,1%
Sérfr.lækn. v/ein.verka*	102.852	116.711	118.483	129.249	25,7%
Sérfr.lækn. v/vakta o.fl.*	15.033	16.870	19.878	19.523	29,9%
Önnur sérfr.þjónusta**	13.372	12.596	13.139	14.469	8,2%
Lyf	29.324	31.233	15.547	23.138	-21,1%
Lækn. og hjúkr.vörur	38.271	43.921	46.228	56.694	48,1%
Dráttarvextir	3.900	2.459	5.048	9.407	141,2%
Önnur rekstrargjöld	114.110	118.778	135.940	142.874	25,2%
Samtals gjöld	636.270	679.653	715.720	794.850	24,9%
Launavísitala					22,4%
Neysluvísitala án húsn.					8,0%
Einingataxti	200	206	214	220	10,0%

*Læknar sem vinna sem verktakar skv. Einingakerfinu.

**Röntgenlæknar, sjúkráþjálfarar, sálfræðingar o.fl.

Beinar launagreiðslur spítalans eru að jafnaði um 50% útgjalda og verktakagreiðslur til sérfræðilækna um 19%. Samanlagt samsvarar þetta hlutfall (um 70%) algengu hlutfalli launa af heildarútgjöldum heilbrigðisstofnana. Mynd 3.3 sýnir hlutfallslega skiptingu helstu útgjaldaliða hjá St. Jósefsspítala.

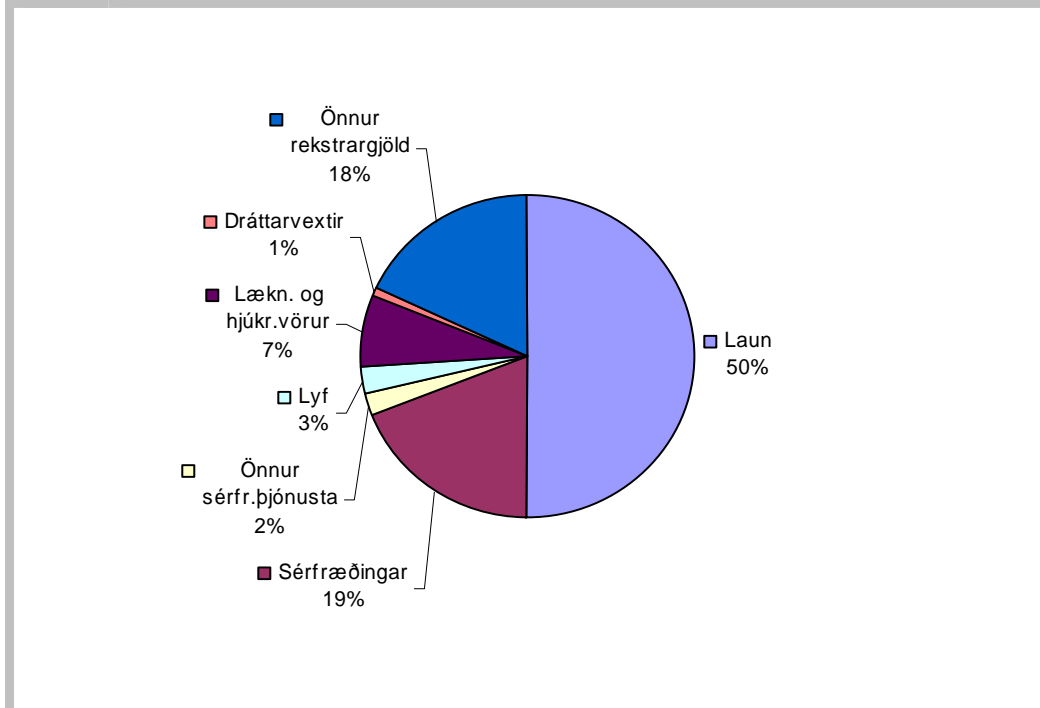
Rekstrarkostnaður spítalans fyrir utan laun, verktakagreiðslur til sérfræðinga og lyf jókst að meðaltali um 33%, þ.e. um 25 prósentustig umfram hækkun neysluvísitölu á tímabilinu. Til samanburðar má nefna að rekstrarkostnaður fyrir utan laun og lyf hjá Landspítala jókst um 17,1% á sama tímabili og hjá Sjúkrahúsinu á Akranesi um 16,2%.

Greiðslur spítalans vegna dráttarvaxta eru mjög miklar og eru þær afleiðing langvarandi rekstrarvanda. Þótt dráttarvextir séu ekki hátt hlutfall af heildarkostnaði spítalans hlýtur þessi þróun að teljast óásættanleg. Ein ástæða mikillar hækkunar vaxtagreiðslna 2006 er sameining St. Jósefsspítala og Sólvangs og ólík fjármögnun stofnananna, þ.e. St. Jósefsspítali á fjárlögum og Sólvangur á daggjöldum frá Tryggingastofnun. Strax eftir sameininguna fluttust allar launagreiðslur Sólvangs yfir í launakerfi ríkisins og Fjársýslunnar sem dró þær af fjárframlögum St. Jósefsspítala. Daggjöld frá Tryggingastofnun vegna starfsemi Sólvangs drógust einnig mikið saman vegna fyrirskipaðrar fækkunar heimilisfólks, auk þess sem þau bárust ekki fyrr en eftir á skv. innsendum reikningum. Því stóð stofnunin frammi fyrir því að suma mánuði fékk hún engar greiðslur úr ríkissjóði og þurfti að fjármagna starfsemina með auknum lánum og yfirdrætti. Þetta bendir til ákveðins skipulagsleysis í kerfinu sem hefði átt að vera hægt að komast hjá eða leiðréttu fyrr en gert var.

St. Jósefsspítali fær S-merkt lyf endurgjaldslaust frá Landspítala sem fær sérstaka fjárveitingu vegna þeirra. Þessi kostnaður hafði verið skuldfærður á St. Jósefsspítala á árunum 2003 og 2004 en var bakfærður 2005 og skýrir það að lyfjakostnaður lækkar það ár.

Önnur rekstrargjöld jukust um 17,2 prósentustig umfram vísitölu. Hlutfallslega mestan þátt í því eiga útborganir úr námssjóði til lækna sem fylgja ekki vísitölu og geta verið mjög sveiflukenndar. Önnur mikil hækkun kemur fram á liðnum sími og ýmis leigugjöld. Þetta skýrist af því að síðustu ár hefur verið farið út í það í ríkari mæli að taka ýmsan tækjabúnað á rekstrarleigu í stað þess að kaupa hann. Þetta eru því nýir liðir. Þá hækkuðu fasteignagjöld til Hafnarfjarðarbæjar um tæp 90% vegna sérstaks samkomulags milli ríkis og sveitarfélaga sem er að koma að fullum þunga á heilbrigðisstofnanir. Síðastnefndu 2 liðunum hefur verið mætt með auknum fjárveitingum.

3.3 Hlutfallsleg skipting gjalda St. Jósefsspítala milli helstu kostnaðarliða



3.2 Sólvangur 2003–2006

Þróun rekstrar og afkomu Sólvangs

Sólvangur var og er eina hjúkrunarheimilið sem alfarið er í eigu ríkisins. Það var á fjárlögum allt fram til ársins 2003 þegar heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið ákvað að öll öldrunarheimili skyldu vera á daggjöldum frá Tryggingastofnun ríkisins. Þau taka mið af hjúkrunarþyngd heimilismanna og fjölda

legudaga. Við flutning stofnunarinnar af fjárlögum yfir á daggjöld minnkuðu tekjur hennar verulega. Eins og tafla 3.4 sýnir voru árin 2003–2006 rekin með umtalsverðum halla þrátt fyrir rífleg aukaframlög úr ríkissjóði öll árin. Samkvæmt úttekt sem Ríkisendurskoðun gerði á þjónustu við aldraða árið 2003¹² var Sólvangur með lökustu rekstrarútkomu hreinna hjúkrunheimila á landinu öllu það ár.

Árið 2005 jukust rekstrargjöldin mikið í hlutfalli við tekjuaukninguna og varð halli ársins rúmlega 32 m.kr. og höfuðstóllinn neikvæður um tæpar 19 m.kr. Þó að töluvert væri dregið úr útgjöldum 2006 óx neikvæður höfuðstóll í tæpar 23 m.kr. Ástæða þess er sú að á árinu 2005 var byrjað að fækka heimilismönnum á Sólvangi og frá 2005–2006 fækkaði þeim um 27, þ.e. úr 82 í 55. Þetta hafði tvíþættar afleiðingar. Tekjur heimilisins, sem miðuðust við daggjöld á legudag, drógust saman en kostnaður minnkaði ekki að sama skapi þar sem ekki var hægt að fækka starfsmönnum jafn hratt og heimilismönnum. Ekki er heldur hægt að reikna með að beint samband sé þar á milli, því að öldrunarheimili þurfa alltaf að hafa einhvern lágmarksviðbúnað og minni heimili eru hlutfallslega dýrari en þau stærri.

3.4 Þróun rekstrar og afkomu Sólvangs 2003–2006

Í þús.kr.	2003	2004	2005	2006	Breyting 2003–06
Tekjur					
Sértækjur	16.093	28.966	8.166	10.955	-31,9%
Reikn. til TR	370.942	391.397	400.000	370.684	8,6%
Framlög úr ríkissjóði	53.800	39.000	57.500	90.700	68,6%
Tekjur alls	440.835	459.363	465.666	472.339	7,1%
Gjöld					
Launagjöld	384.937	387.244	420.245	408.658	6,2%
Önnur rekstrargjöld	68.969	79.269	77.556	67.637	-1,9%
Gjöld alls	453.906	466.513	497.801	476.295	4,9%
Afgangur/Halli	-13.071	-7.150	-32.135	-3.956	
Höfuðstóll í ársbyrjun	33.424	20.353	13.203	-18.932	
Höfuðstóll í árslok	20.353	13.203	-18.932	-22.888	

Þróun útgjalda Sólvangs

Kostnaður Sólvangs á legudag jókst um 37% á árunum 2003–2006 og var öll árin umtalsvert hærri en daggjöld samkvæmt reglugerð,¹³ þ.e. milli 23% og 43% (sjá töflu 3.5). Mikla hækkun kostnaðar á legudag 2005 og sérstaklega 2006, þrátt fyrir lækkun heildarútgjalda milli árána, má að mestu leyti skýra með mikilli fækkun heimilismanna og að ekki var hægt að fækka starfsmönnum.

¹² Þjónusta við aldraða, Stjórnsýsluúttekt. Ríkisendurskoðun 2005.

¹³ Reglugerð um daggjöld stofnana sem ekki eru á föstum fjárlögum nr. 1162/2005.

um jafn hratt. Einnig voru nokkrir stjórnendur á biðlaunum árið 2006 vegna sameiningar Sólvangs og St. Jósefsspítala.

3.5 Kostnaður á legudag á Sólvangi 2003–2006

					Breyting			
	2003	2004	2005	2006	2003-4	2004-5	2005-6	2003-6
Fjöldi legudaga	29.904	29.833	28.629	22.892	-0,2%	-4,0%	-20,0%	-23,4%
Kostnaður á legudag	15.179	15.637	17.388	20.806	3,0%	11,2%	19,7%	37,1%
Daggjöld skv. reglugerð	12.360	13.090	13.838	14.560	5,9%	5,7%	5,2%	17,8%
Mism. á kostn. og daggjaldi	23%	19%	26%	43%				

Hjúkrunarheimilið Sólvangur hefur til margra ára þótt dýrt í reksti og starfsmannahald og launakostnaður hár. Í endurskoðunarskýrslum með ársreikningum árána 2002–2004 eru ábendingar til stjórnenda stofnunarinnar um að gaumgæfa þurfi mannahald og launakostnað í samanburði við aðrar svipaðar stofnanir og sjá til þess að þessum kostnaði sé haldið í takt við það þjónustustig sem stofnunin þarf að veita. Þessar ábendingar má styðja með upplýsingum úr skýrslu Ríkisendurskoðunar „Þjónusta við aldraða“. Þar kemur fram að af 38 heimilum með hjúkrunarrými var Sólvangur með 4. hæsta hlutfall hjúkrunarfræðinga í umönnun. Þá veitti hann einna flestar hjúkrunar-klukkustundir á vistmann á dag,¹⁴ þ.e. 5,9 miðað við 4,8 að meðaltali. Þetta bendir til þess að heimilisfólk á Sólvangi njóti góðrar þjónustu. Það er hins vegar ljóst að stjórnendur þurfa að miða þjónustuna við það sem verkkaupinn er reiðubúinn að greiða fyrir.

¹⁴ Hjúkrunarklukkustund er mælieining sem gefur til kynna hversu mikla umönnun í klukkutímum hver íbúi fær að meðaltali á sólarhring. Hjúkrunarklukkustundir eru inntar af hendi af starfsfólki í umönnun, þ.e. hjúkrunarfræðingum, sjúkraliðum eða ófagflærðum starfsmönnum. Í þessari mælieiningu er ekki reiknað með tíma lækna og starfsfólks við endurhæfingu.

4 Stjórnskipulag og stjórnun

Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið hefur ekki gert árangursstjórnunarsamning við St. Jósefsspítala - Sólvang þó að stjórnendur stofnunarinnar hafi óskað eftir því. Stjórnun hennar er í nokkrum atriðum í ósamræmi við útgefinn lista um verkefni framkvæmdastjórnar, t.d. er upplýsingastreymi frá yfirstjórn til millistjórnenda mjög ábótavant. Hjúkrunardeildarstjórar og yfirlæknar bera ábyrgð á rekstri deilda sinna en þó eru hvorki gerðar áætlanir þar sem deildunum er settur fjárhagslegur rammi né er dreift reglulega upplýsingum um fjárhagslega stöðu deilda. Samskipti innan húss eru hins vegar góð enda boðleiðir stuttar. Upplýsingakerfi stofnunarinnar eru gömul og úrelt. Því eru mörg verkefni sem annars staðar hafa verið tölvuvædd enn unnin handvirkt. Húsnæðismál standa faglegri þróun starfseminnar að verulegu leyti fyrir þrífum.

4.1 Hlutverk

Samkvæmt skilgreiningu eldri laga um heilbrigðisþjónustu¹⁵ flokkaðist St. Jósefsspítali - Sólvangur sem deildasjúkrahús. Sú flokkun var talin úreld miðað við núverandi skipan heilbrigðisstofnana og þegar ný lög um heilbrigðisþjónustu¹⁶ tóku gildi 1. september 2007 var stofnunin skilgreind sem sérhæfð sjúkrahúsþjónusta.¹⁷ Ekki eru hins vegar í gildi nein sérlög, reglugerð eða árangursstjórnunarsamningur milli heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins og St. Jósefsspítala - Sólvangs sem skilgreina nánar hlutverk og verkefni spítalans. Þótt slík stefnumörkun hafi ekki verið gerð hafa stjórnendur St. Jósefsspítala og síðar St. Jósefsspítala - Sólvangs unnið eftir ákveðnum hugmyndum um hlutverk spítalans. Hann hefur fyrst og fremst haslað sér völl á sviði læknisverka sem ekki verða unnin á læknastofum þar sem þær krefjast sjúkrahússtuðnings og síður hentar að unnar séu á Landspítala af rekstrarástæðum. Á St. Jósefsspítali er ekki gjörgæsludeild og sinnir hann því ekki bráðalækningum. Áður en tekin er ákvörðun um aðgerð á sjúklingi á St. Jósefsspítala er ástand hans metið með tilliti til þess hvort hugsanlega sé þörf á gjörgæslu. Margir læknar St. Jósefsspítala starfa einnig á læknastofum úti í bæ eða á Landspítalanum. Starfsemi St. Jósefsspítala er því í miklum tengslum við lækningastörf utan stofnunarinnar.

Skipta má starfsemi St. Jósefsspítala - Sólvangs í 3 meginþætti. Þar eru stundaðar lækningar og hjúkrun valinna sérgreina, þar er hjúkrunarheimili fyrir aldraða og til stuðnings þessari starfsemi eru reknar nokkrar stoðdeildir. Í upphafi árs 2007 störfuðu þar 256 starfsmenn í 168 stöðugildum.

¹⁵ Nr. 97/1990.

¹⁶ Nr. 40/2007.

¹⁷ 4. gr. 6. töluliður og 7. gr. laga um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007.

4.2 St. Jósefsspítali

Á St. Jósefsspítala eru 6 klínískar deildir, lyflækningadeild, handlækningadeild, skurðeild og svæfingadeild. Að auki er göngudeild með meltingarsjúkdómadeild og augndeild.

Lyflækningadeild hefur 22 sjúkrarými, en getur tekið við allt að 25 sjúklingum í neyð. Þar leggjast sjúklingar af meltingarsjúkdómadeild, auk þess sem tekið er við bráðainnlögnum, einkum vegna íbúa Hafnarfjarðar og nágrennasveitarfélaga. Þá eru sjúklingar af bráðadeild Landspítala sem búsettir eru í Hafnarfirði oft fluttir á lyflækningadeild ef leggja þarf þá inn. Við deildina starfa 5 sérfræðilæknar, 12 hjúkrunarfræðingar í 7,7 stöðugildum og 12 sjúkraliðar. Ritari er í hálfu starfi og sjúkrabjálfari og aðstoðarmaður hans í hálfum störfum.

Handlækningadeild hefur 21 sjúkrarými. Starfsemi hennar byggist nær eingöngu á innlögnum af biðlistum sérfræðinga. Við hana starfa 24 sérfræðingar í kvensjúkdómalækningum, bæklunarlækningum, lýtalækningum, háls-, nef- og eyrnalækningum, almennum skurðlækningum, augnlækningum og svæfingalækningum. Deildin er rekin sem 5–6 daga deild. Lokað er annan hvern föstudag og laugardag. Innlagdir á viku eru milli 35 og 40. Hjúkrun og umönnun er sinnt af 9 hjúkrunarfræðingum í 6,5 stöðugildum, 5 sjúkraliðum í tæplega 4 stöðugildum, 2 aðstoðarmanneskjum í tæplega 1 stöðugildi og 2 riturum í hálfu stöðugildi. Fjórir aðstoðarmenn skipta með sér kvöldvöktum og sinna bæði handlækningadeild og lyflækningadeild.

Á skurðeild eru 3 skurðstofur, þar af ein í göngudeildarhúsinu. Þar starfa 9 skurðhjúkrunarfræðingar í 7 stöðugildum, 3 svæfingarhjúkrunarfræðingar í 2 stöðugildum og 3 sérhæfðir aðstoðarmenn í 2,8 stöðugildum. 24 sérfræðilæknar skipta með sér aðstoðunni undir stjórn hjúkrunardeildarstjóra.

Göngudeild St. Jósefsspítala er í sérstöku húsi gegnt spítalanum sjálfum. Þar eru meltingarsjúkdómadeild (speglun) og augndeild auk nokkurra læknastofa¹⁸ sem sérfræðingar sjúkráhusins leigja af spítalanum. Þarna eru kvensjúkdómalæknar, bæklunarlæknar, háls-, nef- og eyrnalæknar og læknir í innkirtla- og efnaskiptasjúkdómum. Á deildinni er sérstök móttöku- og símaþjónusta fyrir starfsemi hússins. Þar starfa fjórir ritarar í 3,3 stöðugildum.

4.3 Sólvangur

Sólvangur er hjúkrunarheimili fyrir aldraða með yfirlækni og hjúkrunarstjóra sem starfa undir stjórn framkvæmdastjórnar St. Jósefsspítala – Sólvangs.

¹⁸ Sjá nánar http://www.stjo.is/default.asp?sid_id=17034&tId=1&Tre_Rod=004|003|&qsr

Á Sólvangi voru um áramótin 2006/2007 55 heimilismenn, flestir Hafnirfirðingar, og hafði þá fækkað um 27 frá 2005 þegar mikil fjölmiðlaumfjöllun varð um þrengsli á heimilinu. Starfsmenn voru á sama tíma 130 í 88,5 stöðugildum. Legudagar skráðra heimilismanna fyrir árið 2006 voru 22.892 og hafði fækkað um 23,4% frá árinu 2003.

Markmið þjónustunnar á Sólvangi er:¹⁹

- Að veita þá bestu þjónustu sem völ er á á hverjum tíma og miðar að því að mæta líkamlegum, félagslegum, andlegum og trúarlegum þörfum hinna öldruðu heimilismanna.
- Á hjúkrunardeildum Sólvangs er lögð áhersla á góða hjúkrun sem endurspeglast í umhyggju fyrir heimilisfólki og aðstandendum þeirra, virðingu fyrir lífi og mannhelgi.
- Einkunnarorð heimilisins eru virðing, reisn, hlýja og glaðværð.
- Hugmyndafræði hjúkrunar er byggð á kenningum Virginíu Henderson. Þar kemur skýrt fram að einstaklingurinn er hvattur til sjálfhjálpar, en geti hann það ekki fær hann við það hjálp. Líkn við lífslok er stór þáttur í hugmyndafræðinni.

4.4 Stoðdeildir St. Jósefsspítala - Sólvangs

Til stoðdeilda teljast rannsóknarstofa, röntgendeild, endurhæfing, lækna-ritun, skrifstofa og launadeild og viðhald bygginga og tækja. Eldhús eru starfrækt í báðum byggingunum en hugmyndir eru uppi um að sameina þau á einn stað. Þvottahús er á Sólvangi sem þvær bæði fyrir vistmenn og stofnunina Sólvang, en þvottur fyrir St. Jósefsspítala er þvegin í þvottahúsi Landspítala. Önnur þjónusta á Sólvangi er sjúkraþjálfun, bókasafn og vinnustofa fyrir heimilisfólk.

4.5 Verkefni framkvæmdastjórnar

Samkvæmt heimasíðu St. Jósefsspítala - Sólvangs²⁰ hefur framkvæmdastjórn eftirfarandi verkefni:

- Að sjá um að sjúkrahúsið sinni skyldum sínum varðandi þjónustu og umönnun sjúklinga á sem bestan hátt innan þess fjárhagsramma sem sjúkrahúsinu er settur.
- Vinna að því að markmiðum um starfsemi sjúkrahússins sé náð.
- Vinna fjárhagsáætlun og skipta henni niður á deildir og einstök verkefni.
- Sjá til þess að áætlanir séu haldnar og fyrirmæli stjórnvalda virt.
- Sjá til þess að innra eftirlit sé virkt.

¹⁹ Sbr. heimasíðu stofnunarinnar 30.4.2007.

http://www.stjo.is/default.asp?sid_id=23644&tre_rod=002|&tId=1

²⁰ Sbr. heimasíðu stofnunarinnar 30. apríl 2007.

http://www.stjo.is/default.asp?sid_id=16835&tre_rod=001|005|&tId=1

- Vinna að gerð ársreiknings og ársskýrslu sjúkrahússins.
- Skipuleggja og þróa gæðamál sjúkrahússins.
- Skipuleggja vinnufyrirkomulag og samhæfa starfsemina.
- Tryggja gott upplýsingaflæði innan sjúkrahússins.
- Sjá um að fram fari úrvinnsla tölulegra upplýsinga um starfsemina, kostnað og tekjur.
- Vinna áætlanir um húsnæði, tæki og öryggismál.
- Móta heildstæða starfsmannastefnu fyrir sjúkrahúsið.
- Tryggja að starfsfólk þróist í starfi og skipuleggja símenntun.
- Stuðla að faglegum framförum og rannsókna- og vísindavinnu.
- Vinna að samstarfi við aðrar heilbrigðisstofnanir.
- Fjalla um kvartanir og kærur sjúklinga.

Eins og rætt er um á öðrum stöðum skýrslunnar vantar nokkuð upp á að staðið sé að sumum þessara verkefna eins og best verður á kosið

4.6 Stefnumótun og árangursstjórnun

Meira en áratugur er liðinn síðan formlega var hafist handa við að innleiða árangursstjórnun hjá ríkinu. Með þeim aðferðum vildu stjórnvöld leitast við að breyta stjórnunaraðferðum hjá ríkinu í takt við almenna þróun í vest-rænum ríkjum. Ráðuneytin eiga að gera svokallaða árangursstjórnunarsamninga við undirstofnanir sínar í samræmi við frumstefnumótun viðkomandi málaflokka. Slíkir samningar eiga að lýsa hlutverki stofnunar, meginmarkmiðum hennar, verkefnum og forgangsröðun þeirra nánar en gert er í lögum. Þeir eiga þannig að vera grunnur að stefnumótunarvinnu stofnanna. Út frá þeim eiga þær að setja sér langtímamarkmið sem greind eru í mælanleg deilimarkmið svo að unnt sé að meta árangur.

Enginn árangursstjórnunarsamningur hefur verið gerður við St. Jósefsspítala - Sólvang. Ekki lágu heldur fyrir slíkir samningar við stofnanirnar fyrir sameiningu. Mjög mikilvægt er að stofnuninni verði mótuð skýr stefna um áherslur í starfseminni þannig að henni sé einkum beint inn á þau svið þar sem skilvirknin er mest. Það gæti jafnframt leitt til þess að dregið yrði úr starfsemi á öðrum sviðum eða henni hætt.

Árið 1993 var skipuð svokölluð framtíðarnefnd til að gera tillögur að framtíðarskipulagi St. Jósefsspítala. Í henni sátu 3 læknar og forstjóri spítalans og skyldi hún leggja tillögur sínar fyrir lækna ráð spítalans sem síðan legði þær fyrir stjórn hans. Skýrsla nefndarinnar kom út í apríl 1993. Þær tillögur sem þar koma fram hafa lagt grunninn að skipulagi og starfsemi spítalans eins og þetta hefur þróast síðan.

Samkvæmt tillögum nefndar um uppbyggingu heilðrænnar öldrunarþjónustu í Hafnarfirði sem kynntar voru 13. febrúar 2006 er lagt til að kannaður verði grundvöllur þess að stofna öldrunarlækningadeild við St. Jósefsspítala – Sólvang í stað hjúkrunarheimilishlutans. Hafa starfsmenn spítalans þegar hafið undirbúning að því að skipuleggja það verkefni þó að ekki sé í raun ljóst hvort sú breyting verður að veruleika.

4.7 Samskipti og upplýsingaflæði

Bæði St. Jósefsspítali og Sólvangur eiga sér langa sögu sem byggist á markvissri viðleitni til að veita sjúklingum og heimilisfólki sem besta þjónustu. Þetta hefur tekist með góðri samvinnu starfsmanna og stjórnenda.

Í samtölum við stjórnendur deilda kom skýrt fram að samskipti innan stofnunarinnar séu einstaklega góð og boðleiðir stuttar enda stofnunin fremur lítil. Starfsandi á spítalanum er talinn mjög góður enda hafa flestir millistjórnendur og margir starfsmenn mjög langan starfsaldur. Hins vegar voru allir sammála um að upplýsingastreymi frá yfirstjórn væri ekki nægilega gott og það vantaði að haldnir væru reglulegir stöðufundir með henni. Samkvæmt starfslýsingum bera hjúkrunardeildarstjóri og yfirlæknir ábyrgð á að rekstur deilda sé innan fjárheimilda. Ekki eru þó gerðar áætlanir þar sem deildunum er settur fjárhagslegur rammi sem stjórnendur starfa eftir og þeir fá ekki reglulegar upplýsingar um fjárhagslega stöðu deilda sinna.

4.8 Upplýsingakerfi stofnunarinnar

Nýju fjárhagskerfi ríkisins er að hluta til kennt um lélegt upplýsingastreymi fjárhagsupplýsinga. Stofnunin tók kerfið í notkun 2003 og það ár fékk hún engar rekstrarupplýsingar úr því fyrr en í nóvember. Stjórnendur telja að það hafi fyrst farið að virka nokkurn veginn eins og til er ætlast árið 2006. Þó eru enn einhver vandamál, t.d. við að setja inn fjárhagsáætlanir, og veldur það vissum vandkvæðum við að fylgjast reglulega með fjárhagsstöðunni.

Tölvumál stofnunarinnar eru öll í fremur lélegu ástandi, einkum er hugbúnaður bágborinn. Þá hafa tiltölulega fáir starfsmenn greiðan aðgang að tölvum. Þetta gerir það að verkum að margt sem annars staðar er unnið vélrænt er handunnið á St. Jósefsspítala - Sólvangi, t.d. hjúkrunarskýrslur og atvika-skráning. Stofnunin hefur um nokkurra ára skeið óskað eftir fjárveitingum til að geta endurnýjað sjúklingabókhaldskerfi sitt til samræmis við það sem hefur verið að gerast hjá öðrum sjúkrastofnunum en ekki fengið ennþá.

4.9 Starfsmannastefna

Starfsmannastefna er í mótun. Sólvangur hafði starfsmannastefnu fyrir sameiningu og slík stefna var þá í vinnslu hjá St. Jósefsspítala. Sameiningin fól í sér það mikla grundvallarbreytingu á þessum málum að ákveðið var að taka

málið allt upp. Starfsmannamál verða sífellt mikilvægari vegna skorts á fólki í umönnun. Þetta stafar hugsanlega ekki aðeins af lágum launum. Margt annað skiptir einnig máli, svo sem aðstaða og starfsandi. Því er mikilvægt að stefnan sé skýr og að í henni komi fram atriði sem laði að starfsfólki.

4.10 Húsnæðismál

Húsnæði St. Jósefsspítala er orðið gamalt og slitið og er elsti hluti byggingarinnar frá 1926. Þótt ýmislegt hafi verið gert til að bæta aðstöðuna vantar mikið upp á að hún henti vel fyrir nútíma sjúkrahússtarfsemi. Margir hlutar húsnæðisins eru illa farnir, þrengsli mikil og lítið afdrep fyrir starfsmenn og stjórnendur deilda. Rannsóknarstofa, sem þjónar bæði inniliggjandi sjúklingum og utanaðkomandi, er á efstu hæð byggingarinnar og því fremur óaðgengileg utanaðkomandi fólki. Nú er unnið að því að flytja hana í kjallara byggingarinnar. Göngudeild spítalans er í gömlu húsi gegnt aðalbyggingunni og var í upphafi byggt af St. Jósefssysturum sem barnaskóli. Húsið er illa farið og þarfnast töluverðs viðhalds. Nauðsynlegt er að klæða það og endurnýja glugga til þess að koma í veg fyrir leka sem í ákveðnum vindáttum. Ýmis speglunartæki og önnur rannsóknartæki sem kosta tugmilljónir króna eru þá í hættu en starfsfólkið reynir að gæta þeirra með því að breiða yfir þau þegar von er á ákveðnum veðrum.

Húsnæði Sólvangs var tekið í notkun 1953 og er því orðið yfir hálfra aldar gamalt. Því hefur verið vel við haldið og það þróað í takt við þarfir starfseminnar eftir því sem tækni hafa verið á. Þó er það langt frá því að uppfylla þær kröfur sem nú eru gerðar til hjúkrunarheimila þar sem hver einstaklingur á að hafa 25 fm sérherbergi með baði. Á Sólvangi hefur hver einstaklingur ca. 11 fm, aðeins eru 5 einstaklingsherbergi og enginn hefur sérbaðherbergi. Sólvangshúsið sem slíkt er ekki hagkvæm rekstrareining.

4.11 Samstarf við Landspítala

Milli St. Jósefsspítala og Landspítala eru margvísleg fagleg tengsl, bæði formleg og óformleg. Allmargir læknar St. Jósefsspítala starfa t.d. jafnframt á Landspítalanum. Starf á St. Jósefsspítala er viðurkennt sem akademískt starfsnám. Þar eru tvær stöður deildarlækna sem læknar á kandidateitári sinna. Starf þeirra er hluti af starfsnámsprógrammi sem Landspítalinn skipuleggur. Samstarf sjúkrahúsanna lýtur einnig að meðferð sjúklinga. St. Jósefsspítali tekur til dæmis oft við sjúklingum sem hafa fengið læknisfræðilega greiningu eða farið í aðgerð á Landspítalann.

5 Starfsemin og þróun hennar 2003–2006

Ríkisendurskoðun telur að samræma þurfi samninga við lækna, en þeir eru mismunandi eftir því hvort um er að ræða ferliverk eða læknisverk. Samkomulag um læknisverk er frá 1983 og löngu úrelt. Mikilvægt er að það verði endurnýjað. Greining Ríkisendurskoðunar bendir til þess að skilvirkni vinnuafis St. Jósefsspítala hafi aukist um 6,6% frá 2003 til 2006 en að skilvirkni fjármagns hafi staðið nokkurn veginn í stað. Ekki reyndist unnt að meta hagkvæmni af starfsemi St. Jósefsspítala í samanburði við aðrar stofnanir vegna skorts á samanburðarhæfum tölulegum upplýsingum. Mikilvægt er að spítalinn innleiði DRG-kostnaðargreiningu í því skyni. Vegna mikillar fækkunar heimilismanna á Sólvangi á sama tíma og sameiningin við St. Jósefsspítala átti sér stað er óraunhæft að meta þróun á hagkvæmni og skilvirkni hjúkrunarheimilisins á tímabilinu.

Starfsemi St. Jósefsspítala er sérstök fyrir margra hluta sakir. Þar eru stund- aðar valdar sérgreinar læknisfræðinnar og byggir starfsemin að langmestu leyti á svonefndum valaðgerðum, þ.e. lækna ákveða hvaða sjúklingar eru teknir í aðgerðir og setja þá á persónulegan biðlista sinn. Deildarstjóri handlæknisdeildar sér svo um að kalla þá inn eftir því sem rými leyfir. Upp úr 1990 var handlækningadeildinni breytt í svonefnda 5–6 daga deild og síðan þá er hafður sá háttur á að sjúklingar sem fara í aðgerðir sem kalla á lengri legu eru teknir inn í byrjun viku en hinir síðari hlutann. Deildin er síðan lokuð aðra vikuna frá kl. 16:00 á föstudegi og hina vikuna frá kl. 16:00 á laugardegi og opnar aftur á mánudagsmorgni. Sé ekki sé hægt að senda sjúkling heim fyrir helgi, sem er fremur sjaldgæft, er hann fluttur á lyflækningadeildina sem alltaf er opin. Þetta fyrirkomulag kostaði nokkra endurskipulagningu á starfsemi lækna en hefur reynt vel og leiddi til nokkurs sparnaðar í rekstrinum.

Lyflækningadeildin leggur megináherslu á meltingarsjúkdóma auk sértækrar lyflækniþjónustu, t.d. vegna innkirtlasjúkdóma. Hún tekur á móti bráðveikum sjúklingum af upptökusvæði sjúkrahússins allan sólarhringinn alla daga. Um það bil þriðjungur innlagna á deildina eru slíkar innlagnir. Árið 2006 voru þetta 378 af 1.151 innlögnum alls. Nokkur hluti rúma er ávallt tepptur vegna sjúklinga sem bíða eftir vistun á hjúkrunarheimilum. Árið 2006 voru þeir að meðaltali 4,9 á mánuði. Sérfræðilæknir sem er á vakt þegar bráðasjúklingur er lagður inn verður umsjónarlæknir hans.

Framþróun læknisfræðinnar síðustu áratugi hefur valdið því að þeim aðgerðum fjölgar stöðugt sem krefjast stuttrar eða engrar spítalavistar. Aðgerðir sem

áður fóru fram á spítalanum hafa því flust á einkastofur lækna. Í staðinn hafa komið nýjar aðgerðir sem áður voru svo umfangsmiklar að þeim var eingöngu sinnt á bráðasjúkrahúsum á borð við Landspítala þar sem allur viðbúnaður er fyrir hendi. Nú má framkvæma þær með einföldum aðgerðum og lítilli sjúkrahúslegu og því henta þær vel fyrir St. Jósefsspítala.

5.1 Starfsemi sérfræðilækna

Öll almenn sérfræðilæknisstörf við St. Jósefsspítala - Sólvang eru unnin í verktöku. Störf framkvæmdastjóra lækninga og yfirlæknis á Sólvangi eru þó fastar stöður við stofnunina og sinna fastráðnir sérfræðilæknar þeim. Bæði fela í sér 50% starfshlutfall. Fyrir sameiningu stofnananna var starfshlutfall yfirlæknis á St. Jósefsspítala 12%.

Störf sérfræðilækna St. Jósefsspítala - Sólvangs eru þrenns konar: Læknisverk unnin sem ferliverk (oft nefnd sólarhringsþjónusta), aðgerðir og rannsóknir á inniliggjandi sjúklingum og stundun inniliggjandi sjúklinga.

Ferliverk²¹ er læknismeðferð sem að öllu jöfnu krefst ekki innlagnar á sjúkrahús. Allar tegundir ferliverka eru skilgreindar í samningum lækna og Tryggingastofnunar ríkisins. Þar er hvert ferliverk metið til ákveðins einingafjölda sem ákvarðar greiðslu til læknis. Verð hvernar einingar er einnig ákveðið í heildarsamningum lækna og Tryggingastofnunar. Þar er líka tilgreint hve margar einingar af tilteknu læknisverki séu svokallað tækjagjald, þ.e. kostnaður vegna tækja sem notuð eru. St. Jósefsspítali gerir samning við hvern sérfræðilækni um tiltekinn fjölda eininga á hverju ári. Læknar gera spítalanum síðan reikning fyrir unnar ferliverkaeiningar. Frá þeim er dregið tækjagjald samkvæmt áðurnefndum samingum þar sem spítalinn leggur til öll tæki og allan búnað. Samkvæmt samningum St. Jósefsspítala við sérfræðilækna koma 56% af kostnaði við aðgerð, eftir að búið að er draga tækjagjaldið frá, í hlut læknis. Samningarnir gera því ráð fyrir að 44% kostnaðarins sé vegna aðstöðunnar sem spítalinn veitir. Mánaðarlega er útbúið yfirlit fyrir hvern lækni þar sem fram kemur fjöldi eininga sem hann hefur unnið á árinu og hve margar honum er heimilt að vinna samkvæmt samningi hans við spítalann.

Á árunum 2003 til 2005 hafði St. Jósefsspítali heimild frá heilbrigðisráðuneytinu fyrir 544.324 ferliverkaeinungum á ári. Þessi fjöldi var aukinn upp í 615.024 eða um tæp 13% fyrir árið 2006. Læknisverk á spítalanum fóru hins vegar fram úr heimiluðum einingafjölda öll árin, mest 11% árið 2004 en minnst 1,6% árið 2006 eftir að heimiluðum einungum var fjölgað. Ítrekuð umframkeyrsla ferliverkaeinunga verður að teljast óviðunandi. Samingar við sérfræðilækna kveða á um hve mikla vinnu spítalinn kaupir af þeim. Þeir ættu því ekki að geta gert spítalanum reikning fyrir vinnu umfram það án sérstakrar

²¹ Reglugerð um ferliverk, nr. 340/1992.

heimildar. Ríkisendurskoðun telur að stjórnendur St. Jósefsspítala - Sólvangs þurfi að fylgja því betur eftir að ákvæði samninga við sérfræðilækna um heildarmagn unninna ferliverkaeininga haldi.

Kjör sérfræðilækna á St. Jósefsspítala vegna inniliggjandi sjúklinga, þ.e. stundun og aðgerðir, ráðast af samkomulagi spítalans og starfandi lækna frá árinu 1983. Þar er kveðið á um stundunargjald sem mælt er í einingum. Gjaldið er hæst fyrir fyrsta dag en fellur síðan niður í þriðjung af því á lyflækniseild og fjórðung á handlækniseild. Samkomulagið skilgreinir fjölda eininga að baki hverri aðgerð á inniliggjandi sjúklingum öðru vísi en gert er í samningum lækna og Tryggingastofnunar um ferliverk. Samkvæmt því eru að jafnaði heldur færri einingar að baki hverju verki en í áður nefndum samningum. Gjald fyrir hverja einingu er hins vegar það sama í báðum tilvikum.

Greiðslur til sérfræðilækna eru þannig breytilegar eftir því hvort um er að ræða aðgerðir á inniliggjandi sjúklingum eða ferliverk. Þá er hlutfall aðstöðugjalds ólíkt, þ.e. 15% í tilfalli inniliggjandi sjúklinga en 44% þegar um ferliverk er að ræða. Hafa verður þó í huga að færri einingar eru oft að baki aðgerð samkvæmt samkomulaginu frá 1983, en það er ekki einhlítt. Munurinn á einingafjölda samsvarar ekki muninum á aðstöðugjaldinu eftir því hvort um ferliverk eða aðgerð á inniliggjandi sjúklingi er að ræða. Það getur því verið breytilegt eftir aðgerðum hvor samningurinn er hagkvæmari fyrir spítalann.

Þegar um er að ræða vinnu sérfræðilækna við stundun inniliggjandi sjúklinga greiðir spítalinn þeim fullt gjaldskrárverð. Munurinn liggur í því að við aðgerðir þarf lækurinn sérstök tæki og tól en við stundun er einungis miðað við vinnuframlag hans.

Í 3. grein samkomulags lækna og St. Jósefsspítala frá árinu 1983 er kveðið á um að spítalinn tryggi sérfræðilæknum sem þar starfa full laun í veikindum þeirra í samræmi við samning Læknafélags Reykjavíkur við fjármálaráðherra. Sérfræðilæknar spítalans eru allir verktakar við stofnunina og starfa flestir hjá eigin einkahlutafélögum. Ákvæði um laun í veikindum verður því að teljast mjög óeðlilegt og ekki í neinu samræmi við þau kjör sem almennt gilda í samskiptum verktaka og verkkaupa.

Í 4. grein samkomulagsins er kveðið á um að spítalinn greiði 8,2% af heildarlaunum lækni í námssjóð. Greiðslurnar eru lagðar á bankareikning í nafni læknisins og getur hann fengið útborgað af honum fari hann í námsferð. Þessar færslur koma ekki fram sem kostnaður í bókhaldi spítalans fyrr en þær eru greiddar út. Segja má það sama um þetta ákvæði og um veikindalaunin að það verður að teljast mjög óeðlilegt að verktaki fái sérstök námslaun.

Samkomulag St. Jósefsspítala við lækna hafði að fyrirmynd samning frá 1975 milli Landakotsspítala og lækna sem þar störfuðu. Á þeim tíma sem liðinn er hafa miklar breytingar orðið á samkomulagi Læknafélagsins og Tryggingastofnunar. Þær endurspeglar breytingar sem orðið hafa á vinnu lækna vegna breyttrar tækni. Það er því ljóst að samkomulag St. Jósefsspítala við lækna frá árinu 1983 hefði þurft að laga að breyttu umhverfi. Ríkisendurskoðun telur óeðlilegt að St. Jósefsspítali - Sólvangur styðjist enn við það samkomulag óbreytt. Eðlilegasta væri að greitt væri samkvæmt sama kerfi óháð því hvaða form er á vinnunni, þannig að sama greiðsla sé ávallt fyrir sama verkið.

5.2 Starfsemi St. Jósefsspítala 2003–2006

Eins og fram kom í kafla 3.1 hefur heildarkostnaður spítalans á tímabilinu 2003–2006 aukist um 24,9%, þ.e. um 8% umfram vegna vísitölu launa og neyslu, að teknu tilliti til þess að hækkun einingaverðs fylgir hvorugri vísitölu heldur er 10% á þessu tímabili. Hér verður skoðað hvort þessi aukni kostnaður hefur skilað sér í meiri framleiðslu og hvort starfsemin er hagkvæm og skilvirk.

5.2.1 Aðföng

Hjá þjónustustofnun eins og sjúkrahúsi vegur vinnuafli jafnan þyngst allra aðfanga. Eins og tafla 5.1 sýnir urðu litlar breytingar á fjölda stöðugilda við þjónustu á St. Jósefsspítala árin 2003–2006. Launakostnaður á stöðugildi jókst hins vegar um 23,5%, þ.e. 2,2% umfram hækkun launavísitölu tímabilsins. Niðurstaðan verður nánast eins sé miðað við heildarkostnað sjúkrahússins því að annar rekstrarkostnaður hefur aukist álíka mikið og launakostnaðurinn.

5.1 Aðföng við þjónustu 2003–2006

Í þús.kr.	2003	2004	2005	2006	Breyting 2003–06
Stöðugildi	79	77	79	80	1,3%
Launakostn. á stöðugildi	4.043	4.378	4.575	4.994	23,5%
Kostn. alls á stöðugildi	8.054	8.827	9.060	9.936	23,4%

Allir sérfræðilæknar St. Jósefsspítala eru verktakar eins og áður hefur komið fram. Vegna þeirra er því ekki um beinan launakostnað að ræða né liggja fyrir stöðugildi sem slík. Það sem ræður kostnaði vegna sérfræðilækna er fjöldi ferliverka- og læknisverkaeininga sem þeir vinna á spítalanum og taxtinn sem greiddur er fyrir hverja unna einingu. Eins og fram kemur í töflu 5.2 hefur heildarfjöldi unninna eininga aukist um 12,1% og greiðslur til lækna vegna þeirra um 10,6%. Heildarkostnaður spítalans á hverja einingu hefur þó aukist heldur meira eða um 11,5%.

5.2 Keyptar ferli- og lækni-verkaeiningar 2003–2006

	2003	2004	2005	2006	Breyting 2003-06
Samtals unnar einingar	845.234	907.279	859.407	947.107	12,1%
Greiðsla til lækna á einingu	136	140	150	150	10,6%
Kostnaður alls á einingu	753	701	740	839	11,5%

5.2.2 Afköst

Við mat á þróun afkasta á St. Jósefsspítala og hverju starfsemi skilar verður hér horft til starfsemi klínískra deilda, þ.e. meðferða í formi lega, koma á göngudeildir og fjölda eininga sem lækna vinna. Litið er á framlag annarra deilda sem aðföng eiginlegra meðferða.

Meðferðir

Á St. Jósefsspítala er 3 tegundir meðferða: Legur, stuttar legur og komur á göngudeildir. Tíminn frá því að sjúklingur leggst inn í tiltekna meðferð þar til hann útskrifast telst ein lega. Stuttar legur er þegar sjúklingur þarf að dveljast á sjúkradeild í allt að sólarhring eftir aðgerð á göngudeild. Einstaka sinnum verður slík lega þó lengri. Göngudeildarkomur geta síðan verið allt frá viðtali við lækni upp í nokkuð flókna aðgerð. Sjúklingur getur þó farið heim strax að henni lokinni. Hér verður ekki gert upp á milli meðferða við mat á afköstum.

Meðferðum á St. Jósefsspítala hefur í heild fjölgað um 8% á tímabilinu 2003–2006. Stuttum legum hefur fjölgað mest (um 14,8%) en komum á göngudeildir minnst (um 5,3%).

5.3 Fjöldi meðferða 2003–2006

	2003	2004	2005	2006	Breyting 2003-06
Legur	2.120	2.271	2.263	2.368	11,7%
Stuttar legur	1.011	1.122	1.107	1.161	14,8%
Komur á göngudeildir	5.480	5.434	5.357	5.770	5,3%
Samtals	8.611	8.827	8.727	9.299	8,0%

Rétt er að skoða samhengið milli fjölda meðferða og unninna eininga (tafla 5.4). Ferliverkaeiningar verða til við lækni-verk sem unnin eru sem ferliverk, en lækni-verkaeiningar við aðgerðir og rannsóknir á inniliggjandi sjúklingum og stundun inniliggjandi sjúklinga. Ferliverkaeiningum hefur fjölgað um 9,6%

sem er mun meira en fjölgun koma á göngudeildir. Þetta þýðir að verið er að meðhöndla fleiri eða dýrari aðgerðir í einingum talið við hverja komu.

5.4 Fjöldi unninna eininga 2003–2006

	2003	2004	2005	2006	Breyting 2003-06
Ferliverkaeiningar	568.831	604.207	566.970	624.810	9,6%
Læknisverkaeiningar*	275.403	303.072	292.437	322.297	17,0%
Samtals unnar einingar	845.234	907.279	859.407	947.107	12,1%

*Stundun innliggjandi sjúklinga er hér innifalin.

Læknisverkaeiningum hefur fjölgað um 17%. Þetta skýrist bæði af því að stærri aðgerðum sem jafnvel krefjast tveggja sérfræðinga (og þá tvisvar sinum fleiri eininga) hefur fjölgað hlutfallslega og hinu að stuttum legum hefur fjölgað meir en öðrum meðferðum. Þar sem læknisverkaeiningar vegna stundunar eru flestar fyrsta daginn sem sjúklingur liggur inni leiða fleiri stuttar legur af sér fleiri einingar. Meginástæða fjölgunar stuttra lega er sú að síðustu ár hefur færst í vöxt að sjúklingar sem þurfa reglubundna lyfjagjöf koma á 4-8 vikna fresti og eru þá lagðir inn á deild yfir daginn meðan lyfin eru gefin í æð. Þessi starfsemi ætti heima á göngudeild en ekki hefur verið möguleiki á að útbúa slíkar aðstæður á St. Jósefsspítala vegna plássleysis og því þarf að leggja sjúklinga inn á deild á meðan á meðferð stendur.

Legur og legutími

Legur eru að öllu jöfnu kostnaðarsamasti þátturinn í starfsemi sjúkrahúsa. Því hefur það verið meginmarkmið sjúkrahúsa undanfarna áratugi að stytta legutíma og er St. Jósefsspítali engin undantekning frá því. Legutíminn þar ræðst þó mest af þeim tegundum aðgerða sem læknar sjúkrahússins kjósa að sinna. Eins og kemur fram í töflu 5.5 er meðallegutíminn 2006 2,9 dagar og hefur styst um 6,1% frá 2003. Miðað við önnur sjúkrahús er meðallegutíminn á St. Jósefsspítala mjög stuttur enda eðli starfseminnar þannig.

5.5 Meðallegutími 2003–2006

	2003	2004	2005	2006	Breyting 2003-06
Handlækningadeild	1,6	1,6	1,6	1,5	-9,8%
Lyflækningadeild	5,9	5,6	5,3	5,0	-15,6%
Allar legur	3,1	3,0	2,9	2,9	-7,1%

Það hefur áhrif á meðallegutíma á lyflækningadeildinni að þar ílendast stundum eldri sjúklingar sem bíða eftir plássi á hjúkrunarheimili (að meðaltali 4,9 árið 2006). Algengt er að slíkir sjúklingar liggi á St. Jósefsspítala vikum eða jafnvel mánuðum saman.

Aðgerðir

Meginstarfsemi St. Jósefsspítala snýst um 7 tegundir sérgreina: Kvensjúkdómalækningar, háls-, nef- og eyrnalækningar, bæklunarlækningar, lýtalækningar, almennar skurðlækningar, augnlækningar og meltingarsjúkdómalækningar. Aðgerðir fara fram á 3 skurðstofum spítalans og er ein þeirra á göngu-deildinni. Þar eru einnig 2 speglunarstofur fyrir meltingarsjúkdómadeildina. Skurðstofurnar eru að mati stjórnenda spítalans mjög vel nýttar en ekki eru til neinar tölfraðilegar upplýsingar um það. Hins vegar gætu speglunarstofurnar annað fleiri aðgerðum en nú eru gerðar þar.

5.6 Fjöldi aðgerða 2003-2006

	2003	2004	2005	2006	Breyting 2003-06
Kvensjúkdómalækningar	1.213	1.178	1.121	1.064	-12%
<i>þar af inniliggjandi</i>	<i>809</i>	<i>799</i>	<i>787</i>	<i>803</i>	<i>-1%</i>
Háls-, nef og eyrnalækningar	430	465	452	521	21%
<i>þar af inniliggjandi</i>	<i>309</i>	<i>315</i>	<i>322</i>	<i>332</i>	<i>7%</i>
Bæklunarlækningar	711	790	692	839	18%
<i>þar af inniliggjandi</i>	<i>261</i>	<i>283</i>	<i>236</i>	<i>285</i>	<i>9%</i>
Lýtalækningar	650	250	243	215	-67%
<i>þar af inniliggjandi</i>	<i>150</i>	<i>163</i>	<i>182</i>	<i>155</i>	<i>3%</i>
Alm. skurðlækningar	377	432	365	362	-4%
<i>þar af inniliggjandi</i>	<i>253</i>	<i>300</i>	<i>246</i>	<i>240</i>	<i>-5%</i>
Augnlækningar	654	1.043	1.035	958	46%
<i>þar af inniliggjandi</i>	<i>139</i>	<i>179</i>	<i>194</i>	<i>140</i>	<i>1%</i>
Meltingarsjúkdómalækningar	5.098	4.942	4.817	5.156	1,1%
<i>þar af inniliggjandi</i>	<i>513</i>	<i>547</i>	<i>543</i>	<i>522</i>	<i>1,8%</i>
Deyfingar, sýnatökur o.fl.	32	32	36	51	59,4%
<i>þar af inniliggjandi</i>	<i>13</i>	<i>10</i>	<i>13</i>	<i>9</i>	<i>-30,8%</i>
Heildarfjöldi aðgerða	9.165	9.132	8.761	9.166	0%
<i>þar af inniliggjandi</i>	<i>2.447</i>	<i>2.596</i>	<i>2.523</i>	<i>2.486</i>	<i>2%</i>
Hlutfall aðgerða með innlögn	27%	28%	29%	27%	

Fjöldi aðgerða í hverri sérgrein ræðst að mestu af ferliverkaeningum sem spítalinn fær úthlutað frá yfirvöldum en einnig af fjölda lækna í hverri sérgrein. Í töflu 5.6 kemur fram að heildarfjöldi aðgerða hefur staðið nokkurn veginn í stað á tímabilinu 2003–2006 en þróunin er þó mismunandi í einstökum sérgreinum.

Eins og taflan sýnir hefur augnaðgerðum og háls-, nef- og eyrnalækningum fjölgað en kvensjúkdómaðgerðum fækkað nokkuð og lýtalækningum mikið. Þessar breytingar ráðast að mestu af þeim læknum sem starfa á spítalanum á hverjum tíma en einnig af breyttu eðli aðgerða. Þær léttari fara út en aðrar þyngri koma í staðinn. Taflan sýnir líka að um 27–29% aðgerða krefst innlagningar á deild og hefur slíkum aðgerðum fjölgað hlutfallslega um 2–3%.

Undanfarin ár hefur verið lögð mikil áhersla á að meðhöndla meltingar-sjúkdóma og þar hefur farið fram mikið þróunarstarf. Nú eru gerðar rannsóknir á St. Jósefsspítala sem hvergi fara fram annars staðar. Tekin hefur verið upp ný tegund ristilspeglana sem taka lengri tíma og eru flóknari en þær sem fyrir voru en skila á móti mun betri árangri. Þetta hefur m.a. orðið til þess að rannsóknum hefur lítið fjölgað þar sem starfsfólk deildarinnar annar ekki meiru og ekki fæst heimild til fjölgunar. Af þeim sökum er önnur speglunarstofan ekki heldur fullnýtt.

Augnaðgerðum fjölgaði mikið á árunum 2004 og 2005 en þá fékk stofnunin sérstakar viðbótarferliverkaeiningar. Þeim fækkaði aftur 2006 þegar dregið var úr heimildunum. Læknar á St. Jósefsspítala höfðu forgöngu um það á sínum tíma að augnsteinaskiptaaðgerðum var breytt í göngudeildaraðgerðir.

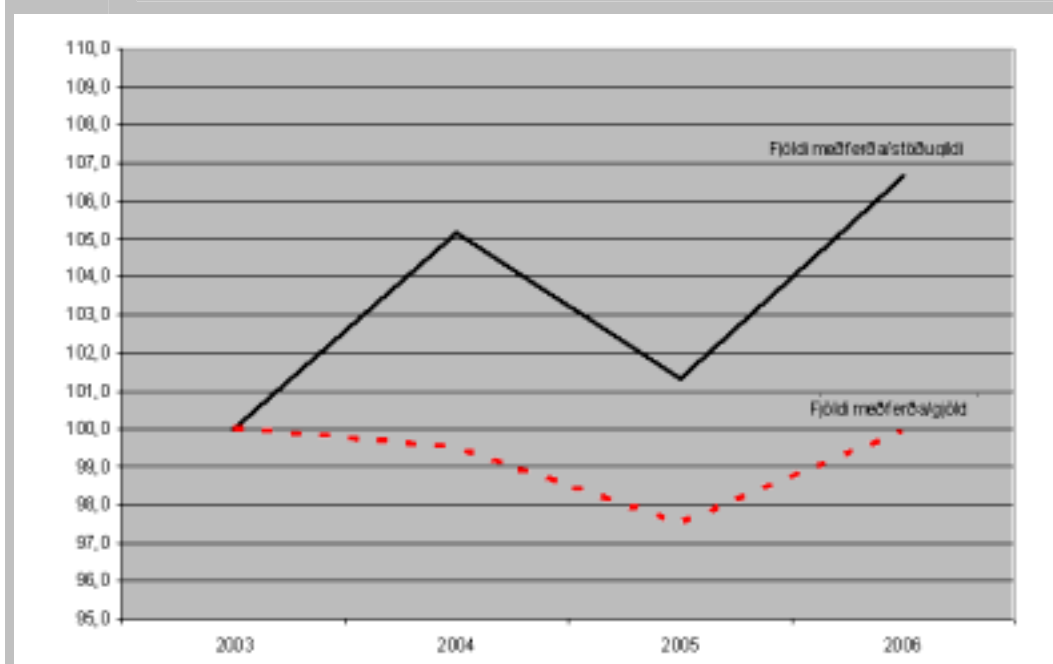
5.2.3 Þróun á skilvirkni árin 2003 til 2006

Við mat á skilvirkni er oftast horft til tveggja þátta, skilvirkni vinnuafis og skilvirkni fjármagns, þ.e. hversu vel vinnuafli og fjármagn nýtast við að veita þjónustu.

Mynd 5.7 sýnir þróun skilvirkni vinnuafis og fjármagns á tímabilinu 2003–2006. Fjöldi meðferða er sú afkastaeining sem notuð er. Til meðferða teljast allar legur, bæði stuttar og langar og komur á göngudeild. Mælikvarði á vinnuafli er fjöldi stöðugilda við spítalann en rekstrargjöld eru mælikvarði á fjármagn. Rekstrargjöld eru færð til verðlags ársins 2006.²² Athugað er hvernig hlutfall aðfanga og afkasta þróast á tímabilinu og er staðan stillt á 100 fyrir árið 2003. Glögglega sést á myndinni að skilvirkni vinnuafis jókst á tímabilinu en reyndar var árið 2005 frávik frá annars stöðugri aukningu á framleiðninni. Aukning framleiðninnar milli áranna 2003 og 2006 var 6,6%. Setja verður fyrirvara þegar fjöldi stöðugilda er notaður sem mælieining fyrir afköst. Hann segir ekki alla sögu um notkun vinnuafis þar sem fjöldi aukavakta og önnur eftirvinna getur hafa aukist.

²² Fyrir laun er notast við launavísitölu Hagstofunnar, fyrir greiðslur til sérfræðilækna er notuð þróun gjaldskrár Tryggingastofnunar ríkisins en að öðru leyti er verðlag fest með vísitölu neysliverðs án húsnæðis.

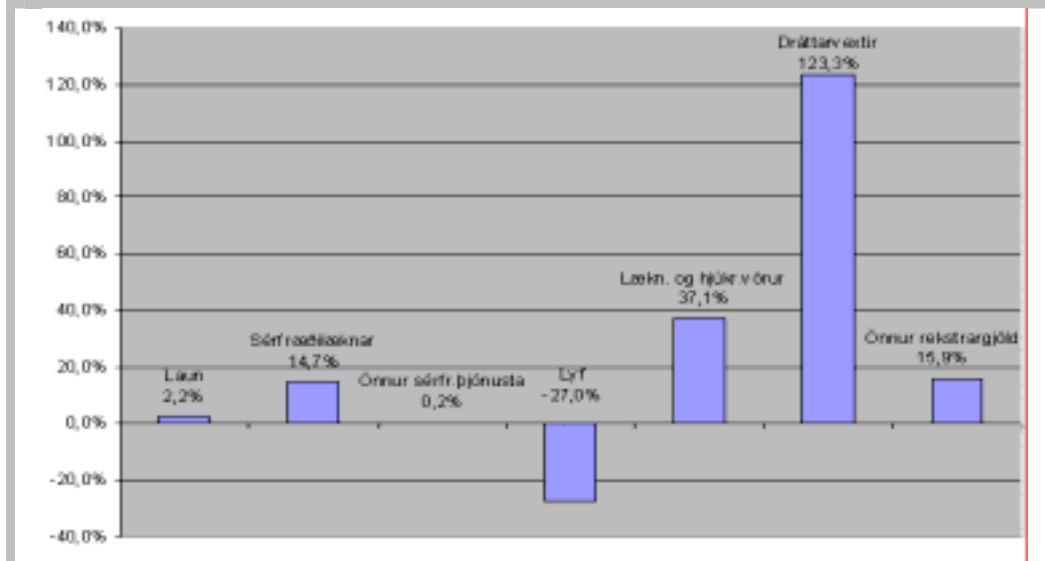
5.7 Þróun skilvirkni á föstu verðlagi 2003 til 2006



Þegar litið er á skilvirkni fjármagns, þ.e. þróun afkasta í hlutfalli við rekstrar-gjöld, horfir málið öðru vísi við. Skilvirknin minnkaði stöðugt fram til ársins 2005 en jókst milli áráanna 2005 og 2006. Eins og mynd 5.7 sýnir dró úr skilvirkninni yfir tímabilið. Þegar litið er til breytinga milli áráanna 2003 og 2006 stóð framleiðni fjármagns nokkurn veginn í stað eða minnkaði um 0,1%. Eins og fram kom hér að framan fjölgaði meðferðum um 8% og kostnaður á föstu verðlagi jókst einnig um 8%. Á saman tíma fjölgaði stöðugildum einungis um 1,3%.

Mynd 5.8 sýnir breytingar einstakra kostnaðarliða í rekstri spítalans á milli áráanna 2003 og 2006 á föstu verðlagi. Þar kemur fram að kostnaður við lækninga- og hjúkrunarvörur jókst hlutfallslega mest, fyrir utan dráttarvexti, þ.e. um 37,1%. Stjórnendur spítalans telja skýringuna þá að sjúkdómar eru nú oft meðhöndlaðir með dýrari og gæðameiri aðgerðum en áður. Aukin gæði felast í því að sjúklingur þarf að liggja skemur á sjúkrahúsi eftir aðgerð og er orðinn vinnufær mun fyrr en þegar sami sjúkdómur var meðhöndlaður með þeim aðgerðum sem áður voru tíðkaðar.

5.8 Breyting einstakra útgjaldapátta á föstu verðlagi 2003 til 2006



5.2.4 Mat á hagkvæmni læknisþjónustunnar

Mikilvægt er að heilbrigðisyfirvöld búi yfir upplýsingum til að bera saman hagkvæmni þeirra heilbrigðisstofnana sem starfa á hennar vegum. Það veitir stofnunum aðhald í rekstri sínum og gefur yfirvöldum færi á að ráðstafa verkefnum með hagkvæmum hætti milli stofnana. Þetta reyndist mjög erfitt þegar horft var til St. Jósefsspítala. Þar skortir nægjanlega sundurgreinanlegar tölu- legar upplýsingar til að samanburður geti orðið á réttum forsendum.

DRG-flokkunin, þ.e. sjúkdómsgreind flokkun, er nú orðin alþjóðlega viður- kenndur mælikvarði til að meta starfsemi sjúkrastofnana. Hún gerir meðal annars kleift að kostnaðargreina starfsemi og auðvelda þannig kostnaðar- samanburð á stofnunum. Á Landspítala hefur verið unnið mikið þróunarstarf á DRG-flokkun fyrir íslenskar aðstæður.²³ Í viðauka er lýsing af vef Land- spítala á hagrænni útfærslu DRG kostnaðargreiningar.

Á árinu 2005 hófst vinna við innleiðingu DRG kostnaðargreiningar á St. Jósefsspítala, en sú vinna hefur nú legið niðri um nokkurt skeið. Æskilegt væri að spítalinn tæki upp þráðinn. Með DRG-kostnaðargreiningu er að einhverju leyti hægt að tengja fjármögnun við framleiðslu. Þannig skapast möguleiki til samanburðar og hvatinn til hagræðingar eykst.

5.2.5 Gæði þjónustu – faglegt eftirlit

Tveir meginþættir eru oftast notaðir til að meta gæði þjónustu sjúkrahúsa. Þetta eru aðgengi að þjónustunni og afdrif sjúklinga.

²³ http://www4.landspitali.is/lsh_ytri.nsf/htmlpages/index.html

Aðgengi

Með aðgengi er vísað til þess hversu lengi þarf að bíða eftir þjónustu. Eins og áður hefur komið fram er starfsemi St. Jósefsspítala sérstök að því leyti að þar eru að stærstum hluta framkvæmdar valaðgerðir af læknum í verktöku. Þeir velja sjálfir sjúklinga til aðgerða á sjúkrahúsinu og geta því að einhverju leyti stýrt því hversu langir biðlistar þeirra verða. Einn þeirra þátta sem ræður því hvort sjúklingur fer á biðlista er hvort læknir telur hann nægilega hraustan til að gangast undir aðgerð. Þar sem ekki er gjörgæsla á St. Jósefsspítala er það talinn hluti af gæðaeftirliti spítalans að taka ekki inn sjúklinga sem gætu þurft á slíkri þjónustu að halda. Slíkum sjúklingum er vísað til sérfræðinga Landspítala.

Þær sérgreinar sem helst hafa myndað biðlista hjá St. Jósefsspítala eru kven-sjúkdómalækningar og augnlækningar en ekki eru til tölfræðiupplýsingar um þá.

Afdrif

Algengustu mælikvarðar á afdrif eru dánartíðni í eða eftir aðgerð, endurinnlagnir, tíðni sýkinga og tíðni atvika. Nánast er óþekkt að sjúklingur deyi við aðgerð á St. Jósefsspítala vegna þess að bæði eru aðgerðir þar fremur áhættulitlar og sjúklingar ekki teknir inn nema þeir séu taldir nógu hraustir til að þola aðgerð. Ekki eru til neinar tölulegar upplýsingar um endurinnlagnir en þær eru sagðar fátíðar. Í atvikaskráningu eru tilgreind öll tilvik þegar eitthvað fer úrskeiðis í þjónustu við sjúklinga. Slík skráning er tiltölulega nýlega hafin en vöntun á upplýsingakerfi hefur staðið henni fyrir þrífum. Sýkingar eftir aðgerð hafa verið skráðar nokkur undanfarin ár og hafa verið milli 5% og 3,6% tilvika. Til samanburðar má nefna að samkvæmt skráningu spítala-sýkinga á LSH 2006 fengu um 4% skorinna skurðsýkingu. Erlendar kannanir²⁴ hafa sýnt að sýkingaskráning á sjúkrahúsum verður til að draga úr sýkingum vegna þess að starfsfólkið verður meðvitaðra um hættur. Því er þetta mjög mikilvægur þáttur í gæðaeftirliti sjúkrahúsa.

Ánægja sjúklinga

Fyrir nokkrum árum voru gerðar tvær kannanir á ánægju sjúklinga með þjónustu St. Jósefsspítala. Niðurstöður þeirra voru mjög jákvæðar fyrir spítalann og ekki að sjá annað en að sjúklingar hafi verið mjög sáttir.

5.3 Starfsemi Sólvangs 2003–2006

Aðföng og afköst

Eins og fram hefur komið hafa átt sér stað töluverðar breytingar í starfsemi Sólvangs undanfarin 2 ár. Í tengslum við mikla fjölmiðlaumræðu á árinu 2005 um þrengsli og slæman aðbúnað íbúa á hjúkrunarheimilinu gaf heilbrigðis- og

²⁴ 1) Surgical site infection rates at the Pontiac Health Care Centr, rural community hospital. 2) Favorable impact of an infection control network on nosocomial ifection rates in community hospitals.

tryggingamálaráðherra út þau tilmæli að heimilismönnum Sólvangs yrði fækkað úr 82 í 55–60. Þessi fækkun hófst þegar síðla árs 2005 og í lok árs 2006 voru heimilismenn orðnir 55. Jafnframt hóf stofnunin að fækka starfsmönnum og í lok árs 2006 hafði þeim fækkað um 26 (22,7%). Legudögum fækkaði hlutfallslega heldur meira (sjá töflu 5.9) og í lok tímabilsins hafði legudögum á hvert stöðugildi starfsmanns fækkað um 1%.

5.9 Fjöldi legudaga á stöðugildi 2003-2006

	2003	2004	2005	2006	Breyt. 2003-06
Fjöldi legudaga	29.904	29.833	28.629	22.892	-23,4%
Fjöldi stöðugilda	114,5	113,8	103,6	88,5	-22,7%
Legudagar á stöðugildi	261	262	276	259	-1,0%

Þessar breytingar á umfangi starfseminnar urðu á sama tíma og stofnunin sameinaðist St. Jósefsspítala. Við það urðu töluverðar breytingar í stjórnun hennar. Stöður hjúkrunarforstjóra og hjúkrunarframkvæmdastjóra Sólvangs voru lagðar niður og er nú einn framkvæmdastjóri hjúkrunar yfir allri stofnuninni. Eins var staða forstjóra Sólvangs lögð niður og einn forstjóri ráðinn. Ýmis starfsemi á skrifstofu var einnig sameinuð á einum stað. Ljóst er því að nokkurt umrót hefur verið í starfseminni á þessum tíma.

Í kafla 3.2 kom fram að kostnaður hjúkrunarheimilisins jókst um 4,9% á tímabilinu 2003–2006 þrátt fyrir mikla fækkun bæði heimilismanna og starfsmanna. Launakostnaður á stöðugildi jókst um 37,4%, þ.e. 15% umfram vísitölu launa sem hækkaði um 22,4% á tímabilinu. Þá kom einnig fram að kostnaður á legudag jókst um 37,1% sem greinilega fylgir launakostnaðinum enda eru laun um 85% af útgjöldum stofnunarinnar. Hér er þó nauðsynlegt að taka tillit til þess að á árinu 2006 voru nokkrir fyrrverandi stjórnendur stofnunarinnar á biðlaunum og mun það að einhverju leyti skýra hvers vegna launakostnaður á stöðugildi árið 2006 er jafn mikill (tafla 5.10).

5.10 Kostnaður á stöðugildi 2003–2006

Í þús.kr.	2003	2004	2005	2006	Breyt. 2003-06
Stöðugildi	114,4	113,8	103,6	88,5	-22,7%
Launakostn. á stöðugildi	3.964	3.403	4.056	4.618	37,4%
Kostn. alls á stöðugildi	3.964	4.099	4.805	5.382	35,8%

Af ofangreindu má ráða að ómögulegt er að meta hvort breytingar hafa orðið á skilvirkni eða hagkvæmni starfseminnar á þessu tímabili þar sem jafn miklar

breytingar hafa átt sér stað og er í raun ekki lokið í lok árs 2006. Eftir þetta ár (2007) ætti að vera kominn stöðugleiki í starfseminu og þá fyrst er hægt að meta stöðuna með tilliti til skilvirkni og hagkvæmni.

Mönnun

Í kafla 3.2 kom fram að ástæður mikils kostnaðar hjúkrunarheimilisins mætti að einhverju leyti rekja til óvenju góðrar mönnunar miðað við sambærilegar stofnanir. Landlæknisembættið gaf árið 2001 út leiðbeiningarstaðal um fjölda starfsfólks við umönnun í hjúkrunarrýmum öldrunarstofnana.²⁵ Staðallinn byggir á RAI-mati²⁶ sem gefur til kynna hjúkrunarþörf einstaklings og er oft kallaður þyngdarstuðull. Í honum er mælt með að umönnunartími á hvern íbúa í hjúkrunarrými sé 4,8–5,5 hjúkrunarklukkustundir á sólarhring miðað við þyngdarstuðulinn 1,0 en taka þurfi tillit til annarra þátta, s.s. stærðar deilda sem hafi áhrif á heildarumönnunarþörfina. Stærri einingar þurfi t.d. hlutfallslega færra starfsfólk því að starfskraftur nýtist þar betur.

5.11	Umönnunartími á Sólvangi 2003 – 2006			
	2003	2004	2005	2006
RAI-mat	1,01	1,03	1,04	1,03
Hjúkrunarklukkustundir	5,9	5,8	5,5	5,7
Hlutf. hjúkr.fr. af stm. í umönnun	19,2%	19,7%	21,4%	22,0%

Eins og kemur fram í töflu 5.11 lá RAI-matið á Sólvangi milli 1,01-1,04 á tímabilinu 2003–2004. Það telst fremur hátt og þýðir að heimilisfólkið þar hafi þurft mikla umönnun. Hjúkrunarklukkustundir á íbúa eru á bilinu 5,5-5,7 sem er yfir efri mörkum viðmiðunarstaðalsins og telst gott jafnvel þó að þyngdarstuðullinn á Sólvangi sé fremur hár. Í töflunni kemur einnig fram að hlutfall hjúkrunarfræðinga af fjölda starfsmanna í umönnun hafi verið á bilinu 19,2-22%. Þetta er mun herra en meðaltal annarra hjúkrunarheimila árið 2003 (15,6%)²⁷ og bendir til þess að íbúar Sólvangs fái góða umönnun og þjónustu.

Á mynd 5.12 er sýnd hlutfallsleg skipting allra starfa eftir starfsheitum. Þetta er meðaltal árunna 2003–2006 en almennt breyttust hlutföll lítið á milli ára. Ýmis önnur þjónusta en umönnun er veitt á Sólvangi. Á vinnustofu fer fram ýmiss konar handavinna og föndur. Á Sólvangi er einnig gott bókasafn. Bókavagninn kemur á deildir einu sinni í viku og upplestur er hluti af daglegu lífi

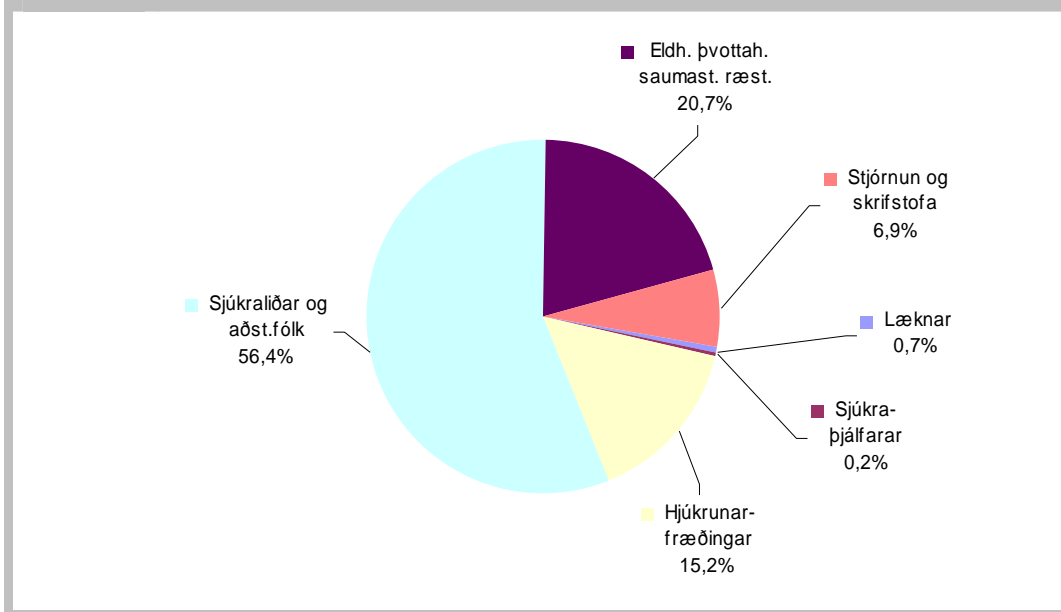
²⁵ Leiðbeiningastaðallinn hefur ekki fengið viðurkenningu heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins.

²⁶ Samkvæmt reglugerð um mat á heilsufari og aðbúnaði íbúa á öldrunarstofnunum (nr. 546/1995) skal árlega meta heilsufar og aðbúnað einstaklinga sem dvelja á þessum stofnunum og nota til þess s.k. RAI-mat. Það á sér erlendar fyrirmyndir en hefur verið lagað að hérendum aðstæðum. RAI stendur fyrir Resident Assessment Instrument eða Raunverulegur aðbúnaður íbúa.

²⁷ Þjónusta við aldraða, Stjórnsluúttekt 2005.

heimilismanna. Boðið er upp á virknipjálfun, sjúkrapjálfun og leikfimi. Séð er um að þvo af íbúum. Djákni er einnig starfandi við stofnunina.

5.12 Hlutfallsleg skipting stöðugilda eftir starfsheitum – allir starfsmenn



5.4 Rannsóknarstofa St. Jósefsspítala - Sólvangs

Rannsóknir eru mikilvægur þáttur í heilbrigðisþjónustu. Á St. Jósefsspítala - Sólvangi er bæði rannsóknar- og röntgendeild sem þjóna klínískum deildum og hjúkrunardeildum stofnunarinnar, heilsugæslunni og öðrum aðilum á upp-tökusvæði spítalans. Rannsóknirnar styðja við aðra starfsemi og eru einnig tekjulind fyrir spítalann.

Rannsóknarstofa St. Jósefsspítala - Sólvangs sinnir langstærstum hluta þeirra rannsókna sem stofnunin þarf á að halda við meðferð sjúklinga sinna en lítill hluti þeirra er keyptur að frá Landspítala og læknastofum sem sinna slíkri þjónustu. Rannsóknarstofan sinnir einnig að litlum hluta þeim rannsóknum sem heilsugæslustöðvarnar í Hafnarfirði, þ.e. Fjörður og Sólvangur, láta gera á sínum sjúklingum. Til ársins 2004 sinni rannsóknarstofa St. Jósefsspítala raunar öllum helstu rannsóknum fyrir Heilsugæsluna Sólvang sem á þeim tíma hafði ekki yfir að ráða búnaði til rannsókna.

Tafla 5.13 sýnir þróun á starfsemi rannsóknar- og röntgendeilda á árunum 2003–2006. Í heild hafa rannsóknir dregist saman um rúmlega 20% á tímabilinu.

5.13 Starfsemi rannsóknarstofu og röntgendeildar 2003–2006

	2003	2004	2005	2006	Breyting 2003-06
Rannsóknarstofa					
Rannsóknarstofa, inniliggjandi	18.279	16.427	15.581	17.593	-4%
<i>Hlutfall inniliggjandi</i>	<i>28%</i>	<i>30%</i>	<i>32%</i>	<i>34%</i>	<i>21%</i>
Rannsóknarstofa, aðrir	47.795	37.669	32.963	34.913	-27%
Samtals	66.074	54.096	48.544	52.506	-21%
Röntgendeild					
Röntgenmyndir, inniliggjandi	738	686	534	545	-26%
Ómskoðanir, inniliggjandi	570	596	535	398	-30%
<i>Hlutfall inniliggjandi</i>	<i>28%</i>	<i>26%</i>	<i>25%</i>	<i>26%</i>	<i>-8%</i>
Röntgenmyndir, aðrir	2.242	2.461	1.963	1.558	-31%
Ómskoðanir, aðrir	1.156	1.269	1.223	1.187	3%
Samtals	4.706	5.012	4.255	3.688	-22%
Rannsóknir alls	70.780	59.108	52.799	56.194	-21%
<i>Hlutfall inniliggjandi</i>	<i>27,7%</i>	<i>30,0%</i>	<i>31,5%</i>	<i>33,0%</i>	<i>19%</i>

Árið 2004 var fyrirkomulagi fjárveitinga breytt þannig að kostnaður við rannsóknir fellur nú til þar sem meðferð sjúklings hefst, þ.e. á heilsugæslunni og er fjárveitingu vegna þeirra beint þangað. Áður komu fjárveitingar þangað sem rannsókn var gerð. Í kjölfar þessa ákváðu stjórnendur Heilsugæslunnar Sólvangs að fjárfesta í búnaði til rannsókna á eigin vegum í stað þess að kaupa þjónustu St. Jósefsspítala. Rannsóknarstofa St. Jósefsspítala sinnir þó enn þeim rannsóknum fyrir Heilsugæsluna Sólvang sem rannsóknarstofan þar annar ekki og hefur ekki tækjakost til, ásamt því að þjóna sjúklingum hennar þegar rannsóknarstofan þar er lokuð vegna sumarleyfa.

Afkastageta rannsóknarstofu St. Jósefsspítala – Sólvangs er ekki nýtt til fulls og nauðsynleg umsýsla tengd rannsóknum er að miklu leyti óháð afköstum hennar. Hún myndi því ekki aukast þótt starfsemi hennar ykist. Rannsóknarstofa spítalans er ekki hagkvæm rekstrareining og telur Ríkisendurskoðun að heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu beri að kanna hvort endurskoða megi fyrirkomulag rannsókna þannig að hver rannsóknarstofa sé hagkvæmari eining en nú er.

Þegar ákveðið var að breyta fyrirkomulagi fjárveitinga vegna rannsókna var Heilsugæslan Sólvangi sjálfstæð stofnun en heyrir nú undir Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins. Megnið af rannsóknarþjónustu sem heilsugæslustöðvar á vegum Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins þarfnast er keypt af Landspítala en heilsugæslustöðvarnar reka ekki eigin rannsóknarstofur.

Samdráttur í röntgenrannsóknum 2005 og áfram 2006 skýrist af því að 2005 var hafist handa við að skipta út tækjum deildarinnar. Þetta var mikið verk því að breyta þurfti húsnæðinu til að koma tækjunum fyrir. Loks þegar ný tæki

voru komin upp kom í ljós að þau uppfylltu ekki kröfur í útboðslýsingu svo að skipta þurfti þeim út fyrir önnur ný tæki. Þetta hafði umtalsverð áhrif á afköstin meðan á framkvæmdum stóð.

Helstu heimildir

Ársreikningar og endurskoðunarskýrslur Sólvangs 2003–2005.

Ársreikningar og endurskoðunarskýrslur St. Jósefsspítala 2003–2005.

Ársreikningur St. Jósefsspítala -- Sólvangs 2006.

Ársreikningur St. Jósefsspítala 2006.

Ársskýrslur Sjúkrahússins á Akranesi 2003–2006

Favorable impact of an infection control network on nosocomial infection rates in community hospitals. Kays KS, Engemann JJ, Fulmer Em, Clarck CC, Noga Em, Sexton DJ. *Infection Control & Hospital Epidemiology* [NLM – Medicine]. Mar 2006.

Ferliverk á sjúkrahúsum 1999–2000. Ríkisendurskoðun, júní 2001.

Frumvarp til fjárlaga og fjárukalaga 2003–2006.

Hver gerir hvað í heilbrigðisþjónustunni. Skýrsla og tillögur heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra um endurskipulagningu verkswiða innan heilbrigðisþjónustunnar, Mars 2006.

Gæðaaætlun Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, Reykjavík, 1999.

Heilbrigðisáætlun til 2010. Langtímamarkmið í heilbrigðismálum. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, Reykjavík 2001.

Lög um almannatryggingar, nr. 117/1993.

Lög um fjárreiður ríkisins nr. 88/1997.

Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 97/1999 og nr. 40/2007.

Lög um réttindi og skyldur starfsmanna ríkisins nr. 70/1996.

Reglugerð um ferliverk, nr. 340/1992.

Reglugerð um hlutdeild sjúkratryggðra í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu, nr. 1090/2006.

Reglugerð um sameiningu heilbrigðisstofnana, nr. 608/2005.

Samningur Samninganefndar HTR (SHTR) f.h. Tryggingastofnunar ríkisins (TR) og samninganefndar Læknafélags Reykjavíkur (LR) um lækningar utan sjúkrahúsa fyrir sjúkratryggða skv. lögum nr. 117/1993 um almannatryggingar.

Stjórnunarupplýsingar Landspítala-háskólasjúkrahúss 2003–2006.

Stofnefnahagsreikningur St. Jósefsspítala – Sólvangs 1. janúar 2006.

„Surgical site infection rates at the Pontic Health Care Centre, a rural community hospital.“ *Canadian Journal of Rural Medicine*, Winter 2006.

Þjónusta við aldraða, Stjórnsluúttekt. Ríkisendurskoðun, október 2005.

Auk þess samningar og gjaldskrár Tryggingastofnunar ríkisins vegna sérfræðilækna og samningar St. Jósefsspítala við sérfræðilækna.

Viðauki: Um DRG-flokkun

Hagræn útfærsla

DRG-flokkun auðveldar útreikning kostnaðar á DRG-einingu eða gerir kleift að færa kostnað beint á sjúkling. Flokkunin auðveldar einnig kostnaðarsamanburð milli stofnana, t.d. ef bera á saman tilteknar skurðaðgerðir sem framkvæmdar eru annars vegar á sjúkrahúsi og hins vegar á samningi við TR. Mjög víða hefur flokkunarkerfið leitt til aukinnar sérhæfingar bæði á sjúkrahúsum og einkareknum stofum. Með DRG kerfinu er tekið tillit til þeirrar staðreyndar að sjúklingar eru mjög mismunandi og sjúkraleignar misdýrar. Sumar sjúkraleignar eru mjög dýrar aðrar ekki. Mikilvægt er að greina þarna á milli þannig að unnt sé að stýra innlögnum eftir aðstæðum hverju sinni.

Æskilegt er að tengja fjármögnun að einhverju eða öllu leyti við framleiðslu, þ.e. svo hvatinn til hagræðingar sé til staðar. Það er þó ekki mögulegt nema að til komi eitthvert framleiðslumælikerfi eins og DRG flokkunarkerfið. Dæmi um samninga ef fjármögnun LSH verður tengd framleiðslumælikvörðum má sjá í tilraunasamningi sem framkvæmdastjórn LSH gerði við sviðsstjóra Kvennasviðs 2003. Í samningnum kemur fram krafa um að öll framleiðsla sviðsins verði sett sem ígildi DRG-eininga. Verð á DRG einingu árið 2003 var kr. 270.000. Greitt var samkvæmt afkastatengdri fjármögnun í hlutföllunum 70% fast og 30% breytilegt háð framleiðslu. Ef framleiðsla sviðsins yrði meiri en 5% umfram samningsmagns yrði ekki greitt aukalega fyrir það. Sértekjur sviðsins voru hluti af áætlun LSH og komu þannig fram í 70% fastri fjárveitingu. Ef sértekjur yrðu meiri en áætlun LSH gerði ráð fyrir héldi sviðið 70% af því sem umfram væri, en greiddi sambærilegan hluta til spítalans ef sértekjur yrðu lægri en áætlun segði til um. Í samningi var einnig kveðið á um að rekstur sviðsins skyldi vera eins hagkvæmur og kostur væri. Verði rekstrarafgangur í lok árs, heldur sviðið 30% eftir af honum til ráðstöfunar á næsta ári. Yrði tap á starfseminni skiptist það með sama hætti á milli samningsaðila. Kvennasviðið kaupir þjónustu klínískra stoðdeilda og greiðir samkvæmt verðskrá þeirra fyrir útlögðum kostnaði. Fjárhæðirnar eru innifaldar í greiðslum fyrir unnin verk og endurspeglast í DRG-verðskrá LSH. DRG verðskráin endurspeglar útgjöld fyrir minni háttar tækjakaup. Reiknað hefur verið með 20% afskriftum af tækjum. Eftir er að ráðgera hvernig kennslu- og vísindakostnaður kemur inn í einingarverð DRG en kostnaðargreiningu á honum lauk á vor mánuðum 2006.

Prentað af vef Landspítala – háskólasjúkrahúss