

September 2007

Þjónustusamningur um Heilbrigðisstofnun Suðausturlands

Stjórnsýsluúttekt

Efnisyfirlit

SAMANTEKT	5
1 INNGANGUR.....	7
2 SAMNINGURINN	9
3 HLUTVERK VERKSALA.....	11
4 HLUTVERK VERKKAUPA.....	15
5 FJÁRMÁL.....	17
6 MARKMIÐ SAMNINGSINS	19

Samantekt

Þjónustusamningur heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins við Sveitarfélagið Hornafjörð um heilsugæslu og öldrunarþjónustu, sem gerður var árið 2003, uppfyllir formlegar kröfur sem gerðar hafa verið til slíkra samninga. Þó er æskilegt að í nýjum samningi verði hlutverk aðila betur skilgreind og fram komi með hvaða hætti árangur af honum skuli metinn.

Framkvæmd samningsins getur ekki að öllu leyti talist fullnægjandi. Heilbrigðisstofnun Suðausturlands (HSSA) hefur t.d. ekki sett sér gæða- og þjónustumarkmið þrátt fyrir ákvæði þess efnis í samningnum. Meginástæðan er skortur á fagþekkingu á gæðapróun. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið hefur heldur ekki þrýst fast á um þróun gæðamála gagnvart stofnuninni. Skýrist það m.a. af því að framkvæmd þjónustusamningsins heyrir undir fjármálaskrifstofu ráðuneytisins og þar af leiðandi er aðkoma skrifstofu heilsugæslu-, sjúkrahúsa- og öldrunarmála að málum er varða rekstur HSSA minni en ella.

Markmiði um að laga stjórnsýsluna að staðbundnum aðstæðum hafði að mörgu leyti verið náð áður en þjónustusamningurinn tók gildi. Hins vegar hefur markmið um eflingu stjórnar sveitarfélagsins á málaflokknum á samningstímanum ekki náðst. Markmið um bætta þjónustu á sviði heilsuverndar og heimahjúkrunar náðist auk þess sem öldrunarþjónusta hefur aukist nokkuð á samningstímanum. Þjónusta lækna hefur minnkað og er líklegt að mönnunarvandi hafi þar áhrif. Hér verður þó að hafa í huga að við mælingar á þjónustu er nær eingöngu litið til magns þjónustu. Gæði hafa ekki verið mæld með fullnægjandi hætti.

Almennt má segja að vegna skorts á mælingum á magni og gæðum þjónustu HSSA verði ekki fullyrt að markmið um bætta nýtingu fjármagns hins opinbera hafi náðst. Þar með er óvíst hvort fjárhagslegum hagsmunum ríkisins er betur borgið en ef ríkið annaðist sjálft reksturinn.

1 Inngangur

Í bréfi til Ríkisendurskoðunar, dagsettu 16. janúar 2007, óskaði bæjarstjóri Sveitarfélagsins Hornafjarðar eftir því að Ríkisendurskoðun gerði stjórnáslu-úttekt á þjónustusamningi sveitarfélagsins við heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið um heilsugæslu og öldrunarþjónustu. Með svarbréfi Ríkisendurskoðunar til sveitarfélagsins, dagsettu 2. febrúar 2007, var fallist á erindið. Úttekt Ríkisendurskoðunar snýr að því að svara eftirfarandi spurningum, auk þess að gefa leiðbeiningar um gerð og framkvæmd nýs samnings:

1. Uppfyllir þjónustusamningurinn formlegar kröfur?
2. Hefur Sveitarfélagið Hornafjörður staðið við ákvæði samningsins?
3. Hafa heilbrigðisyfirvöld sinnt sínu hlutverki?
4. Hver er rekstrarstaða HSSA?
5. Hafa markmið samningsins náðst?

Umræddur þjónustusamningur tók gildi árið 2003 en áður hafði sveitarfélagið annast heilsugæslu og öldrunarþjónustu um nokkurra ára skeið skv. lögum um reynslusveitarfélög og á grundvelli framhaldssamnings frá 2000 til 2003. Þjónusta við fatlaða hefur sömuleiðis verið á hendi sveitarfélagsins en er ekki til umfjöllunar hér.

Markmið samningsins frá 2003 voru að efla stjórn sveitarfélagsins á málaflokknum, laga stjórnásluna að staðbundnum aðstæðum, bæta þjónustu við íbúa svæðisins og nýta betur fjármagn hins opinbera.

Gildistími samningsins var til ársloka 2006 og nú stendur fyrir dyrum gerð nýs samnings.

Rétt er að taka fram að úttekt Ríkisendurskoðunar tekur aðeins til gildistíma samningsins frá 2003 til 2006. Ekki er lagt mat á hvernig til hefur tekist í heilbrigðisþjónustu í sveitarfélaginu frá því að reynslusveitarfélagaverkefnið hófst.

2 Samningurinn

Þjónustusamningurinn frá 2003 tekur til allrar heilsugæslu og öldrunarþjónustu við íbúa Sveitarfélagsins Hornafjarðar, en í árslok 2006 voru þeir 2.181 og hafði þá fækkað um 150 frá gildistöku samningsins. Samkvæmt samningnum tók sveitarfélagið að sér að annast rekstur heilsugæslustöðvar, sjúkradeildar, fæðingardeildar, hjúkrunarheimilis, heilabilunardeildar, þjónusturýma og dagvistar fyrir aldraða auk skrifstofuhalds. Nánar er fjallað um einstakar kröfur samningsins í þriðja kafla.

Árið 2000 gerði Ríkisendurskoðun stjórnsluúttekt á framkvæmd þjónustusamninga við reynslusveitarfélagið Akureyrarbæ. Þær athugasemdir sem settar voru fram í þeirri úttekt eru lagðar til grundvallar þegar metin eru formleg gæði þess samnings sem hér er til umfjöllunar, enda er hann hugsaður sem framhald af reynslusveitarfélagaverkefninu.

Helstu kröfur sem gera verður til slíkra samninga snúa að umfangi þjónustu, aðstöðu, fjölda og menntun starfsmanna, faglegu og fjárhagslegu eftirliti með framkvæmd samningsins, upplýsingaskyldu verksala, meðferð ágreiningsmála og viðbrögðum við vanefndum, bókhaldi, tryggingum sjúklinga og gæðum þjónustu. Formlegum kröfum er mætt í samningnum sjálfum.

Veigamesta athugasemdin sem Ríkisendurskoðun gerði við fyrrgreindan þjónustusamning við Akureyrarbæ sneri að eftirliti framkvæmdarvaldsins með framkvæmd samningsins. Ákvæði þessa efnis eru tiltölulega skýr í samningnum við Sveitarfélagið Hornafjörð en eftirlitinu er ekki sinnt með fullnægjandi hætti að mati Ríkisendurskoðunar eins og verður fjallað um síðar.

Þjónustusamningurinn frá 2003 var gerður í framhaldi af reynslusveitarfélagaverkefninu sem var ætlað að skera úr um hvort sveitarfélög væru í stakk búin til að taka yfir rekstur heilsugæslu og öldrunarþjónustu. Reynslusveitarfélagaverkefnið leiddi ekki til þess að ákveðið væri að sveitarfélögin yfirtækju þessa þjónustu þar sem ekki þótti útséð með möguleika sveitarfélaga til að yfirtaka þjónustuna. Þar með hefði mátt ætla að reynslusveitarfélagaverkefnið yrði framlengt eða rekstur Heilbrigðisstofnunar Suðausturlands (HSSA) flyttist að nýju til ríkisins. Valin var sú leið að gera framhaldssamning um þjónustuna frá 2000 til 2003 og síðar þjónustusamninginn sem hér er til umræðu.

Eins og áður hefur komið fram er samningurinn fullnægjandi að forminu til. Við framkvæmd hans hefði hins vegar þurft að taka mið af þeirri staðreynd að

samningsaðilar eru ekki hluti af sama stjórnáslustigi og því í raun jafn óskyldir og ríkið og einkafyrirtæki sem selja ríkinu þjónustu. Í framkvæmd má hins vegar segja að reynslusveitarfélagaverkefningu hafi verið haldið áfram. Ráðuneytið hefur ekki litið á sveitarfélagið sem verksala heldur reynslusveitarfélag og því ekki nýtt úrræði sín til eftirlits með sama hætti og ef um eiginlegan verksamning væri að ræða.

Vegna þessa telur Ríkisendurskoðun rétt að í nýjum samningi verði hlutverk verkkaupa og verksala skilgreind betur en hingað til og ekki síður að hefðbundnu verkkaupasambandi verði komið á í framkvæmd samningsins. Verkkaupi er sá sem greiðir fyrir þjónustuna og setur þar með þá mælikvarða sem unnið skal eftir, jafnframt því sem hann mælir eða lætur þriðja aðila mæla gæði þjónustunnar sem verksali veitir. Þá er nauðsynlegt að fram komi í nýjum samningi með hvaða hætti árangur af honum skuli metinn og eins hvenær slíkt mat skuli fara fram. Forsenda slíks mats er að samningurinn hafi skýr og mælanleg markmið. Sambærilegt ákvæði í samningnum frá 2003 hefði létt öllum aðilum að meta núverandi samning og ákveða hvort ætti að endurnýja hann eða færa verkefnið aftur til ríkisvaldsins.

3 Hlutverk verksala

Við mat Ríkisendurskoðunar er tekið mið af eftirfarandi meginkröfum sem gerðar eru til sveitarfélagsins í samningnum:

Veita skal sambærilega þjónustu og almennt er veitt á höfuðborgarsvæðinu og í öðrum byggðarlögum landsins.

Ráðuneytið telur að HSSA hafi veitt sambærilega þjónustu og veitt er annars staðar á landinu og í sumum tilfellum betri. Í því samhengi er m.a. vísað til verkefnis um heilsueflandi heimsóknir til aldraðra. Ríkisendurskoðun getur fallist á þetta sjónarmið ráðuneytisins enda er í lögum um heilbrigðisþjónustu vísað til sömu þjónustupátta og tilgreindir eru í samningnum, þ.e. heilsugæslu, fæðingardeildar, hjúkrunarheimilis o.fl.

Ráðuneytinu hefur hins vegar ekki tekist að rökstyðja mat sitt á gæðum þjónustu HSSA með fullnægjandi gögnum. Ástæðan er einkum sú að ekki liggur fyrir samræmt mat á gæðum þjónustu heilbrigðisstofnana heldur einungis upplýsingar um magn veittrar þjónustu. Þá er hugsanlegt að mönnunurvandi HSSA – sem frekar er fjallað um síðar – hafi haft óæskilegar afleiðingar í för með sér.

Gæða- og þjónustumarkmið skulu sett og innan árs frá gildistöku samningsins skal HSSA taka í notkun innra gæðaeftirlit.

Sveitarfélagið hefur ekki staðið við þetta ákvæði samningsins. Ekki hefur verið mótuð heildstæð stefna á sviði gæðamála né sett gæða- og þjónustumarkmið. Þá fer ekki fram innra gæðaeftirlit. Gripið hefur verið til nokkurra sértækra aðgerða á sviði gæðamála, t.d. hefur hjúkrunarþyngd verið mæld frá árinu 1996 og úttekt hefur verið gerð á mötuneyti til að mæta mannelismarkmiðum. Eins hafa orðið nokkrar skipulagsbreytingar á meðferð þvottar, lyfja og hjúkrunarvara. Enn skortir HSSA þó heildarstefnu í gæðamálum og skýra markmiðssetningu í samræmi við ákvæði samningsins auk mælinga á gæðum þjónustu við íbúa svæðisins. Afar erfitt er fyrir samningsaðila að meta gæði þeirrar þjónustu sem veitt ef skýr markmið og eftirlit skortir. Eitthvert gagnlegasta tækið til slíkra mælinga eru kannanir á viðhorfum og aðbúnaði sjúklinga og starfsmanna.

Sveitarfélagið stóð á þessu ári fyrir viðhorfskönnun meðal íbúa þar sem spurt var um þjónustu sveitarfélagsins, þar á meðal á sviði heilsugæslu og öldrunarþjónustu. Mikilvægt er að niðurstöður þeirrar könnunar verði nýttar til að bæta

þjónustu HSSA og að könnunin verði endurtekin reglulega til að meta breytingu á ánægju íbúanna með þjónustuna.

Ástæða þess hve lítið hefur verið unnið í gæðamálum liggur að sögn forstöðumanns HSSA í skorti á fagþekkingu hjá stofnuninni enda starfsfólkið ekki sérhæft í gæðaþróun. Eins er ljóst að ráðuneytið hefur ekki þrýst sérstaklega á um þessa vinnu við HSSA og því hefur HSSA ekki lagt sérstaka áherslu á hana. Ráðuneytið nefndi sömuleiðis að tíðar mannbreytingar hjá HSSA gætu hafa seinkað vinnu við gæðaþróun. Loks telur HSSA að skort hafi fjármagn til vinnunnar.

Gæða- og þjónustumarkmið HSSA skulu taka mið af gæðaáætlun heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins.

Gæðaáætlun heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins var kynnt í lok árs 1999. Meginmarkmið hennar var að allar heilbrigðisstofnanir hefðu tileinkað sér aðferðir gæðaþróunar og komið á formlegu gæðaþróunarstarfi árið 2002. Áætlunina átti að endurskoða á þriggja til fimm ára fresti. Endurskoðuð gæðaáætlun var kynnt í apríl 2007. Þar er m.a. gert ráð fyrir að vali á gæðavísunum í heilbrigðisþjónustu verði lokið á miðju ári 2008 og að aðlögun mælikvarða að gæðavísunum standi til ársloka 2009. Vandséð er með hvaða hætti rekstur HSSA gat tekið mið af gæðaáætlun sem hvorki innihélt gæðavísa né mælikvarða á þá.

Vinna skal að lágmarki eitt gæðarannsóknarverkefni ár hvert sé þess óskað af ráðuneytinu og skal þá ráðuneytið greiða fyrir vinnuna.

Krafa frá ráðuneytinu um framkvæmd gæðarannsóknar hefur ekki borist sveitarfélaginu. Ríkisendurskoðun telur svör ráðuneytisins um ástæður þess að slík rannsókn hefur ekki verið gerð ófullnægjandi og gagnrýnir þá ákvörðun ráðuneytisins að óska ekki eftir gæðarannsókn. Ráðuneytið vissi fyrir víst að sveitarfélagið hafði ekki staðið við ákvæði sammingsins um að setja gæða- og þjónustumarkmið og hefði sem verkkaupi átt að gera ríkari kröfu um að HSSA efldi gæðamál sín. Gæðarannsókn hefði leitt brestina í ljós og þannig getað virkað sem öflugt stjórnþæki við framfylgd umrædds ákvæðis.

Þótt sjálfsmat geti komið að gagni telur Ríkisendurskoðun að ráðuneytið ætti sjálft að gera úttekt á þjónustunni eða fá til þess utanaðkomandi aðila. Verkkaupi á sjálfur að meta á eigin forsendum hvort verksali fullnægi þeim kröfum sem til hans eru gerðar.

Kvörtunum frá sjúklingum og aðstandendum þeirra skal safnað á kerfisbundinn hátt.

HSSA hefur ekki safnað kvörtunum á kerfisbundinn hátt og getur því ekki gert fullnægjandi grein fyrir fjölda þeirra, efni og umfangi. Skýringar á þessu liggja ekki á reiðum höndum. Ríkisendurskoðun telur að þessi brotalöm sé hluti af

þekkingarskorti starfsmanna HSSA á gæðamálum og takmörkuðu eftirliti ráðuneytisins.

HSSA skal hafa í þjónustu sinni ákveðinn fjölda sérhæfðra starfsmanna, þ.á.m. þrjá lækna, ljósmóður og nægilegan fjölda annarra starfsmanna.

HSSA hefur náð að manna stöður hjúkrunarfræðinga og ljósmóður allan samningstímann. Sama verður ekki sagt um stöður lækna. Stöðugildi lækna hjá HSSA hafa verið þrjú en að jafnaði hafa ekki verið starfandi svo margir lækna og hefur HSSA ítrekað ráðið til sín afleysingalækna í verktöku. Á samningstímanum hafa verið starfandi alls 38 lækna hjá HSSA, eða frá 11 til 17 á ári.

Tafla 1 Stöðugildi HSSA 2003 til 2006

	2003	2004	2005	2006
Lækna	2,4	2,8	2,6	2,9
Hjúkrunarfræðingar	8,9	7,9	7,9	6,6
Ljósmóðir	1,0	1,0	1,0	1,0
Sjúkraliðar og aðhlyning	21,4	21,4	21,4	21,3
Aðrir (stöðþjónusta)	18,7	18,7	18,7	17,1
Alls	52,4	51,8	51,6	48,9

Landlæknisembættið hefur lýst yfir ákveðnum áhyggjum af mönnunarvanda HSSA, en erfiðlega hefur gengið að ráða þangað heilsugæslulækna. Að mati landlæknisembættisins er sú hættu fyrir hendi að þjónusta HSSA geti orðið ófullnægjandi af þessum sökum. Embættið hefur þó ekki kannað sérstaklega hvort íbúar svæðisins njóti sambærilegrar þjónustu og íbúar landsins almennt. Ríkisendurskoðun gagnrýnir það afskiptaleysi. Formlega er ekki unnið að því að leysa mönnunarvandann en HSSA hefur sem fyrr segir ítrekað ráðið til sín afleysingalækna í verktöku til að geta sinnt þjónustu við íbúa svæðisins með fullnægjandi hætti. Sá kostur getur ekki talist framtíðarlausn.

Mönnunarvandinn er ekki eingöngu á ábyrgð HSSA. Margir aðrir staðir á landsbyggðinni búa við sama vanda. Ástæða er til að hvetja ráðuneytið til að ráðast í greiningu þessa vanda hið fyrst og leita lausnar, eigi aðgengi íbúa utan höfuðborgarsvæðisins að heilsugæslulæknum að haldast fullnægjandi.

Heilsugæslustöðin skal vera opin að lágmarki 40 klst á viku.

Staðið hefur verið við þetta ákvæði enda heilsugæslustöðin opin frá kl. 8.00 til 16.00 alla virka daga.

Biðtími á biðstofu skal að jafnaði ekki vera lengri en 30 mínútur frá pöntuðum tíma.

Biðtími á biðstofu hefur ekki verið mældur á samningstímanum. Enn virðist vera um að ræða skort á þekkingu á gæðamálum og takmarkað eftirlit ráðuneytisins.

Skipulag heimahjúkrunar og ungbarnaeftirlits skal vera í samræmi við það sem almennt gerist innan heilsugæslunnar.

Að sögn ráðuneytisins eru vitjanir í heimahjúkrun almennt miðaðar við mat á einstaklingsbundinni þörf fyrir vitjun. Unnið hefur verið út frá slíku mati hjá HSSA um nokkurt skeið og er ljóst að heimahjúkrun í sveitarfélaginu er öflugri en víða annars staðar á landinu. Þannig hefur markvisst verið unnið að eflingu heimahjúkrunar og rýmum á dvalarheimili fækkað á mótí.

Ungbarnaeftirliti hefur verið sinnt í samræmi við tilmæli landlæknisembættisins.

Veita skal ráðuneytinu allar þær upplýsingar um rekstur HSSA sem óskað er eftir.

Þær upplýsingar um veitta þjónustu, mönnun o.fl. sem ráðuneytið hefur kallað eftir hafa verið veittar.

4 Hlutverk verkkaupa

Samkvæmt þjónustusamningnum skal ráðuneytið sinna faglegu og fjárhagslegu eftirliti með starfsemi HSSA. Eins og áður hefur komið fram eru ýmsar brotalamir á faglegu eftirliti. Að mati Ríkisendurskoðunar er ástæðan meðal annars sú að framkvæmd þjónustusamningsins heyrir undir fjármálaskrifstofu ráðuneytisins og virðist aðkoma annarra skrifstofa takmörkuð, þar með talið skrifstofu heilsugæslu-, sjúkrahúsa- og öldrunarmála sem þó hefur faglegt eftirlit með ríkisreknum heilsugæslustöðvum og öldrunarstofnunum. Til að efla faglegt eftirlit er nauðsynlegt að auka aðkomu skrifstofu heilsugæslu-, sjúkrahúsa- og öldrunarmála að framkvæmd samningsins. Reglulegar mælingar á þjónustuþáttum, þar sem ráðuneytið gengi með formlegum hætti úr skugga um að HSSA veitti viðunandi þjónustu og uppfyllti þannig ákvæði samningsins, myndu styrkja slíkt eftirlit verulega. Þá er ljóst, eins og áður hefur komið fram, að ein helsta forsenda þess að gæði starfsins séu metin felst í að hrinda í framkvæmd ákvæðum samningsins um gæðamarkmið og þróun gæðamála hjá HSSA.

Landlæknisembættið skal á sama hátt sinna faglegu eftirliti með rekstri HSSA. Slíkt eftirlit hefur ekki verið meira en með öðrum heilbrigðisstofnunum. Þó er rekstur HSSA að því leyti ólíkur flestum öðrum heilbrigðisstofnunum að um rekstraraðila utan ríkisins er að ræða. Faglegt eftirlit ætti því að vera mun meira en þegar um ríkisaðila er að ræða. Ríkið sem verkkaupi skilgreinir þá þjónustu sem verksala ber að veita og greiðir fyrir hana umsamið verð. Því ber þess vegna að hafa mun öflugra faglegt eftirlit með starfseminni en raun ber vitni.

Fjárhagslegt eftirlit með starfsemi HSSA er á hendi ráðuneytisins. Endurskoðaðir ársreikningar HSSA hafa verið sendir ráðuneytinu, eins og samningurinn gerir ráð fyrir, og hefur ráðuneytið ekki talið tilefni til sérstakrar fjárhagslegrar úttektar.

Ákvæði samningsins tryggja Ríkisendurskoðun heimild til fjárhags- og stjórnsýsluendurskoðunar á þeirri starfsemi sem fellur undir samninginn. Ríkisendurskoðun hefur ekki ráðist í slíkar úttektir á samningstímanum þar til nú.

5 Fjármál

Kostnaður við samninginn nam um 1.161 m.kr. frá 2003 til 2006. Þar af námu viðbótarfjárveitingar um 51 m.kr. Þar var fyrst og fremst um launabætur að ræða. Kostnaður við öldrunarþjónustuna nam alls um 69% af heildarfjárveitingum til HSSA.

Tafla 2 Fjárheimildir HSSA 2003 til 2006

Í m.kr.	2003	2004	2005	2006	Alls
Fjárlög	228	273	293	316	1.110
<i>Heilsugæsla</i>	74	79	86	100	340
<i>Öldrunarþjónusta</i>	154	194	207	215	770
Fjárukalög	9	21	5	16	51
<i>Heilsugæsla</i>	9	4	2	2	18
<i>Öldrunarþjónusta</i>	0	17	3	13	33
Fjárheimildir	238	294	298	331	1.161
<i>Heilsugæsla</i>	83	83	88	103	358
<i>Öldrunarþjónusta</i>	154	211	210	229	803

Nokkur halli varð á rekstrinum 2003 en afgangur 2004 og 2005. Árið 2006 varð aftur halli á rekstrinum. Á samningstímabilinu varð 3,5 m.kr. halli, þ.e. um 0,3%. Reksturinn verður því að teljast í ágætu jafnvægi.

Tafla 3 Rekstur HSSA 2003 til 2006

Í m.kr.	2003	2004	2005	2006	Alls
Tekjur	283,9	305,0	315,8	344,0	1.248,7
Gjöld	295,7	298,1	311,3	347,1	1.252,2
Tekjur umfram gjöld	-11,8	6,9	4,5	-3,1	-3,5

Reiknilíkön við skiptingu fjárveitinga til stofnana hafa rutt sér til rúms á síðustu árum. Fjárveitingar til heilbrigðisstofnana eru grundvallaðar á slíkum reiknilíkönunum. Framlög til HSSA eru í reynd töluvert hærri en niðurstöður reiknilíkana ráðuneytisins segja til um, einkum þar sem veitt er fé til að kosta fleiri stöðugildi lækna en líkanið gerir ráð fyrir. Eins hefur HSSA fengið greiðslur fyrir hjúkrunarrými án tillits til nýtingar.

Tafla 4 Rekstrargjöld HSSA 2003 til 2006

Í m.kr.	2003	2004	2005	2006	Alls
Laun og launatengd gjöld	225,5	227,4	229,8	259,4	942,2
Lyf og hjúkrunarvörur	12,4	11,6	10,8	11,1	45,9
Aðkeypt sérfræðipjónusta	12,0	13,9	26,0	24,4	76,3
Önnur aðkeypt þjónusta	25,0	26,1	22,0	27,7	100,8
Annað	20,7	19,1	22,7	24,5	87,0
Alls	295,6	298,1	311,3	347,1	1.252,2

Rekstrargjöld HSSA hafa vaxið um rúm 17% á samningstímanum. Laun og launatengd gjöld hafa hækkað um 15% en lyf og hjúkrunarvörur lækkað um rúm 10%. Þá hefur kostnaður vegna aðkeyptrar sérfræðipjónustu rúmlega tvöfaldast á samningstímanum. Ástæða þess liggur í mönnunarvanda heilsgæslulækna en afleysingalæknar hafa verið ráðnir í tímabundna verktöku. Launakostnaður og aðkeypt sérfræðipjónusta hafa því í raun hækkað úr 237,5 m.kr. árið 2003 í 283,8 m.kr. árið 2006 eða um 19,5% þrátt fyrir að stöðugildum hafi fækkað um fjögur á sama tíma. Launakostnaður og aðkeypt sérfræðipjónusta voru rétt rúm 80% af heildarkostnaði HSSA árið 2003 en rétt tæp 82% árið 2006. Þá hefur kostnaður vegna annarrar aðkeyptrar þjónustu aukist um tæp 11% og annar kostnaður um rúm 18%.

6 Markmið samningsins

Eins og nefnt var í inngangi voru markmið samningsins fjögur og verður hér metið hvort þeim hefur verið mætt.

Efling stjórnar sveitarfélagsins á málaflokknum

Sveitarfélagið Hornafjörður hefur nú annast rekstur heilsugæslu og öldrunarþjónustu um nokkurt skeið. Eðlilega hefur því skapast nokkur þekking og reynsla meðal starfsmanna þess og kjörinna fulltrúa. Skortur á þróun gæða- og þjónustumarkmiða gefur þó til kynna að margt megi betur fara. Fagþekkingu á gæðastjórnun er ábótavant og enginn sérfræðingur á sviði heilbrigðismála starfar á skrifstofu sveitarfélagsins. Því má ljóst vera að stjórn sveitarfélagsins á málaflokknum hefur ekki eflst sérstaklega á samningstímanum.

Lögun stjórnsýslunnar að staðbundnum aðstæðum

Samningurinn hefur eflt getu sveitarfélagsins til að sinna öðrum félags- og velferðarmálum, t.d. þjónustu við fatlaða. Eins er ljóst að nálægð stjórnenda við íbúa svæðisins flýtir fyrir ákvarðanatöku um breytingar á þjónustu. Dvalarrýmum hefur t.d. verið fækkað á samningstímanum en heimaþjónusta aukin á móti, eins og áður hefur komið fram.

Bætt þjónusta við íbúana

Þjónusta verður ekki metin nema vitað sé um gæði hennar og magn fyrir gildistíma samningsins. Við þá vinnu skipta fyrrgreind gæðamarkmið og gæðaeftirlit höfuðmáli. Án þeirra er erfitt að meta hvort markmið hafi náðst.

Árið 2005 gerði Ríkisendurskoðun stjórnsýsluúttekt á þjónustu við aldraða og byggði niðurstöður sínar á tölum frá árinu 2003. Mælikvarðarnir sem Ríkisendurskoðun notaði til að meta þjónustu við aldraða sneru að umönnunartíma á vistmenn, persónulegu rými þeirra, hlutfalli einstaklingsrýma og baðherbergja auk þeirrar þjónustu sem vistmönnum stendur til boða, svo sem iðjuþjálfun, sjúkrapjálfun, sálsgæslu o.fl. Kerfisbundinni söfnun slíkra upplýsinga virðist ábótavant í ráðuneytinu sem og hjá HSSA. Hvorugur aðilanna hafði tillögur um hvaða mælikvarðar auk biðlista skyldu notaðir til samanburðar á magni og gæðum þjónustu fyrir og í lok samningsins.

Tafla 5 Öldrunarþjónusta HSSA

	2003	2006
Umönnunartími í hjúkrunarrýmum	5,4 klst	4,8 klst
Umönnunartími í dvalarrýmum	1,9 klst	2,4 klst
Persónulegt rými í hjúkrunarrýmum	10,6 m ²	13,8 m ²
Hlutfall einstaklingsrýma	8%	15%
Hlutfall með baði	0%	0%
Persónulegt rými í dvalarrýmum	9,7 m ²	10,7 m ²
Hlutfall einstaklingsrýma	100%	100%
Hlutfall með baði	0%	0%
Biðlisti eftir hjúkrunarrýmum	3	2
Biðlisti eftir dvalarrýmum	0	1

Í úttekt Ríkisendurskoðun frá árinu 2005 kom í ljós að árið 2003 var umönnunartími á hvern vistmann í hjúkrunarrými HSSA vel yfir landsmeðaltali. Sama máli gegndi um umönnunartíma á hvern vistmann í dvalarrými. Hins vegar taldist persónulegt rými vistmanna í hjúkrunar- og dvalarrýmum verulega undir meðallagi og sömuleiðis hlutfall einstaklingsrýma. Þegar þessar niðurstöður eru bornar saman við tölur ársins 2006 kemur í ljós að umönnunartími í hjúkrunarrýmum hefur minnkað en aukist í dvalarrýmum. Í heild hefur umönnunartími á HSSA því minnkað úr 7,3 klst 2003 í 7,2 klst 2006. Persónulegt rými hefur aukist töluvert frá 2003 og einstaklingsrýmum fjölgað nokkuð. Hlutfall þeirra með baði er þó óbreytt. Þjónusta við vistmenn var svipuð 2006 og 2003. Þá eru þrjú einstaklingar taldir í brýnni þörf eftir vistun í hjúkrunar- og dvalarrýmum eins og var 2003 og þar með er ljóst að biðlistar hafa ekki styst á samningstímanum. Á heildina litið verður ekki séð að öldrunarþjónusta hafi aukist á tímabilinu utan að heimaþjónusta hefur verið efl.

Tafla 6 Nýting öldrunarþjónustu HSSA

	2004	2005	2006
Hjúkrunarrými	95,4%	94,6%	95,4%
Dvalarrými	84,3%	63,6%	45,7%
Dagvist	92,7%	88,3%	100,0%

Ljóst er að nýting rýma í öldrunarþjónustu HSSA hefur breyst nokkuð á samningstímanum. Um 95% hjúkrunarrýma hafa verið nýtt en þó er greitt fyrir fulla nýtingu, þ.e. 26 rými. Þá hefur nýting dvalarrýma minnkað verulega en á móti hefur HSSA eflt heimaþjónustu. Samkvæmt samningnum frá 2003 greiðir ríkið fyrir allt að 14 dvalarrými. Þá hefur nýting dagvistar verið frá 88% upp í fulla nýtingu, en heimild er fyrir allt að 6,5 dagvistarrými.

Hvorki ráðuneytið né HSSA hafa skilgreint eða mælt sérstaklega gæði þjónustu á heilsugæslustöð HSSA. Ekki verður því séð með hvaða hætti samningsaðilar ætla sér að meta hvort markmiðum um aukna þjónustu hafi verið náð. Þau

svör ráðuneytisins að þjónusta HSSA sé góð byggjast ekki á mælingum heldur a.m.k. að hluta til á huglægu mati starfsmanna ráðuneytisins. Þessu verður að bæta úr í nýjum samningi. Vert er að geta þess að ráðuneytið hefur lagt í töluverða vinnu við að innleiða árangursstjórnun hjá heilsugæslustöðvum víða um land þar sem lagt er mat á gæði og umfang þjónustu og því vekur athygli að ekki sé betur fylgst með gæðum þeirrar þjónustu sem HSSA veitir.

Einu mælingarnar sem gerðar hafa verið á heilsugæslustöðinni snúa að talningu ákveðinna þjónustuatvika, t.d. fæðinga, vitjana og símtala við lækna. Hins vegar var nýlega gerð viðhorfskönnunum meðal íbúa sveitarfélagsins sem m.a. tók til heilsugæslunnar, eins og áður gat um. Slíkar kannanir eru vel til þess fallnar að styrkja þjónustuna.

Tafla 7 Þjónusta heilsugæslu HSSA

	2004	á íbúa	2005	á íbúa	2006	á íbúa
Samskipti við heilsugæslulækna	7.727	3,47	6.842	3,13	7.208	3,30
Viðtöl	4.928	2,21	4.364	1,99	4.696	2,15
Læknavitjanir	269	0,12	252	0,12	401	0,18
Símaviðtöl	2.530	1,14	2.226	1,02	2.111	0,97
Heilsuvernd og heimahjúkrun	2.787	1,25	3.140	1,43	4.427	2,03
Komur í mæðravernd	212	0,10	305	0,14	451	0,21
Komur í ungbarnaeftirlit	545	0,24	598	0,27	622	0,28
Ungbarnavitjanir	58	0,03	123	0,06	149	0,07
Komur í skólaheilsugæslu	449	0,20	371	0,17	335	0,15
Vitjanir í heimahjúkrun	1.523	0,68	1.743	0,80	2.870	1,31

Tölur um ákveðin þjónustuatvik í rekstri heilsugæslu HSSA frá 2003 voru ekki aðgengilegar. Hins vegar voru til tölur frá árunum 2004 til 2006 um breytingu á þjónustumagni á samningstímanum. Þegar litið er til samskipta við heilsugæslulækna kemur í ljós að þeim fækkaði úr 7.727 í 7.208 á ári milli 2004 og 2006. Árið 2005 voru þau þó einungis 6.842. Viðtölum fækkaði nokkuð en vitjunum fjölgaði verulega frá 2004 til 2006. Að hluta til kann fækkun samskipta við heilsugæslulækna að stafa af fækkun íbúa.

Komum í mæðravernd fjölgaði verulega sem og ungbarnavitjunum. Þá fjölgaði komum í ungbarnaftirlit nokkuð. Árið 2006 fæddust 40 börn í sveitarfélaginu samanborið við 13 árið 2004. Vitjunum í heimahjúkrun, sem hefur stóreflst eins og áður gat um, hefur sömuleiðis fjölgað verulega á tímabilinu. Auk þessarar aukningar í veittri þjónustu bættist þátttaka í námskeiðum við sem nýr þjónustubáttur á árinu 2005. Þátttökuklukkustundir í námskeiðum voru 670 árið 2005 en 620 árið 2006. Komum í skólaheilsugæslu fækkaði hins vegar töluvert frá 2004 til 2006.

Á heildina litið jókst þjónusta heilsugæslu HSSA frá 2004 til 2006. Sú aukning á sér eingöngu stað í heilsuvernd og heimahjúkrun á meðan samskiptum við

heilsugæslulækna fækkaði. Eftir er þó að meta hvort þörf fyrir samskipti við heilsugæslulækna hafi minnkað á tímabilinu eða hvort mönnunarvandinn hafi áhrif á fækkunina.

Stöðugildi voru þremur til fjórum færri árið 2006 en árin á undan. Þar með er ljóst að framlegð á hvert stöðugildi var töluvert meiri árið 2006 en 2004 og 2005. Vegna skorts á mælingum frá 2003 er ómögulegt að segja til um árangurinn á samningstímanum í heild. Vísendingar eru þó um að þjónusta á sviði heilsuverndar og heimahjúkrunar hafi aukist töluvert á meðan þjónusta lækna hefur minnkað nokkuð.

Bætt nýting fjármagns hins opinbera

Fyrir liggur að þjónustumagn á íbúa hefur að sumu leyti aukist á samningstímanum. Á öðrum sviðum hefur það staðið í stað eða minnkað. Hvort gæðin hafi aukist að sama skapi er allt annað mál og alls óvíst. Þar með er erfitt að meta hvort fjármagn hins opinbera hafi nýst betur við lok samningstímans en upphaf hans.

Ljóst er að eftirlit ráðuneytisins og landlæknisembættisins með framkvæmd samningsins hefur ekki verið meira en með öðrum heilbrigðisstofnunum. Auknu faglegu eftirliti með samningum við utanaðkomandi rekstraraðila heilbrigðisstofnana fylgir aukinn kostnaður. Til að réttlæta þann kostnað verður reksturinn að vera ódýrari en annars hefði verið og/eða þjónustan betri. Kostnaður við rekstur HSSA er meiri en reiknilíkan ráðuneytisins gerir ráð fyrir, einkum þar sem HSSA fær greitt fyrir hjúkrunarrými óháð nýtingu og fjöldi stöðugilda lækna er töluvert yfir niðurstöðu reiknilíkansins. Þjónustan hefur ekki endilega batnað þó magn hennar hafi aukist á sumum sviðum. Þar með má hugsanlega draga þá ályktun að samningurinn þjóni ekki endilega fjárhagslegum hagsmunum ríkisins betur en rekstur ríkisrekinna heilbrigðisstofnana. Vilji samningsaðila stendur til að endurnýja samninginn. Í ljósi þess er eðlilegt að gera þá kröfu að faglegt eftirlit verði aukið, gæðamarkmið sett og mælikvarðar á árangur ákvarðaðir fyrirfram.