

Febrúar 2009

# Heilbrigðisstofnun Austurlands

Stjórnsýsluúttekt



# Efnisyfirlit

<b>SAMANTEKT OG ÁBENDINGAR</b> .....	<b>7</b>
<b>1 INNGANGUR</b> .....	<b>11</b>
1.1 BAKGRUNNUR .....	11
1.2 MARKMIÐ OG AFMÖRKUN.....	11
1.3 AÐFERÐIR OG GÖGN.....	12
1.4 MÆLING Á SKILVIRKNI .....	13
1.5 SKILGREINING Á HUGTAKINU VINNUSTADAMENNING.....	13
<b>2 SAMEINING HEILBRIGÐISSTOFNANA Á AUSTURLANDI</b> .....	<b>15</b>
2.1 AÐDRAGANDI SAMEININGAR OG UNDIRBÚNINGUR .....	16
2.2 FJÁRHAGSLEG STAÐA NÝRRAR STOFNUNAR .....	17
2.3 HELSTU ÞÆTTIR SEM HÆGT Hafa Á SAMEININGU HSA .....	18
2.4 ÁVINNINGUR SAMEININGAR.....	19
2.5 MAT OG ÁBENDINGAR.....	19
2.5.1 Ávinningur sameiningar.....	19
2.5.2 Vel var staðið að kynningu og samráði fyrir stofnun HSA .....	19
2.5.3 Áhættuþættir sameiningar voru ekki metnir á fullnægjandi hátt .....	19
2.5.4 Samrunaáætlun sameiningar vantaði.....	20
2.5.5 Ekki var gerð kostnaðaráætlun vegna sameiningarinnar.....	20
<b>3 STJÓRNSKIPULAG OG STJÓRNUN</b> .....	<b>21</b>
3.1 SKIPURIT HEILBRIGÐISSTOFNUNAR AUSTURLANDS.....	21
3.2 ÁRANGURSTJÓRNUN OG STEFNUMÓTANDI ÁETLANIR.....	24
3.3 FJÁRMÁLASTJÓRNUN.....	26
3.4 STJÓRNUN TÆKNIMÁLA .....	27
3.5 SAMSKIPTI OG UPPLÝSINGAFLÆÐI.....	28
3.6 MAT OG ÁBENDINGAR .....	28
3.6.1 Nýtt skipurit leggur grunn að sterkari stofnun .....	28
3.6.2 Uppbygging öflugrar stoðþjónustu er mikilvæg.....	29
3.6.3 Gera þarf árangursstjórnunarsamning.....	29
3.6.4 Stefnumótandi áætlanagerð er ábótavant hjá HSA .....	29
3.6.5 Heilbrigðisráðun. hefur ekki sinnt eftirfylgni hlutverki sínu.....	29
3.6.6 Efla þarf faglega (kliníska) stjórnun.....	30
3.6.7 Stjórnun tæknimála .....	30
3.6.8 Endurskoða þarf þjónustusamninga vegna sjúkraskrákerfisins Sögu .....	30
<b>4 REKSTRARAFKOMA OG ÞRÓUN KOSTNAÐAR 2004–2007</b> .....	<b>31</b>
4.1 REKSTUR OG AFKOMA 2004–2007 .....	31
4.2 KOSTNAÐARÞRÓUN 2004–2007 .....	33
4.3 ÞRÓUN LAUNA OG MANNAFLA .....	34
4.4 FORSENDUR RÍKISFRAMLAGA .....	36
4.5 MAT OG ÁBENDINGAR .....	37
4.5.1 Stjórnendur HSA verða að beita auknu aðhaldi í rekstri.....	37
4.5.2 Heilbrigðisráðun. á að hafa virkara eftirlit með rekstri stofnana sinna ....	37
4.5.3 Skilgreina þarf hvaða þjónustu HSA á að veita.....	37
4.5.4 Fjárveitingar eru ekki í samræmi við umfang starfsemi HSA.....	38
4.5.5 Koma þarf í veg fyrir að stofnanir ríkisins fjármagni rekstur með yfirdráttarlánum.....	38
4.5.6 Taka þarf afstöðu til framtíðarreksturs Helgafells á Djúpavogi .....	38

<b>5</b>	<b>ÞRÓUN KLÍNÍSKRAR STARFSEMI 2005–2007</b>	<b>39</b>
5.1	SJÚKRAHÚS HSA	39
5.1.1	<i>Sjúkrasvið</i>	39
5.1.2	<i>Hjúkrunarsvið</i>	42
5.1.3	<i>Dagdeildar- og dagvistunarþjónusta HSA</i>	43
5.1.4	<i>Skilvirkni legudeilda sjúkrahúsa</i>	43
5.2	HEILSUGÆSLA HSA	44
5.2.1	<i>Skilvirkni heilsugæslu</i>	47
5.2.2	<i>Samanburður við heilsugæslu Heilbrigðisstofnunar Ísafjarðarbæjar og Heilbrigðisstofnunar Suðurlands</i>	48
5.3	AÐKEYPT ÞJÓNUSTA SÉRFRÆÐINGA	49
5.4	MAT OG ÁBENDINGAR	50
5.4.1	<i>Efla þarf söfnun starfsemisupplýsinga í heilbrigðisþjónustunni</i>	50
5.4.2	<i>DRG flokkun og mat á hjúkrunarþyngd</i>	50
5.4.3	<i>Aðlaga þarf bókhald og uppgjör betur að klínískri starfsemi</i>	50
5.4.4	<i>Efla þarf heimahjúkrun á þjónustusvæði HSA</i>	50
5.4.5	<i>Gera þarf úttekt á mönnunarmódelum hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða</i>	51
5.4.6	<i>Starfsemi aðkeyptra sérfræðinga á HSA</i>	51
5.4.7	<i>Skilvirkni eykst á tímabilinu 2005–2007</i>	51
	<b>HELSTU HEIMILDIR</b>	<b>53</b>
	<b>VIÐAUKAR</b>	<b>55</b>
I.	HLUTVERK HSA	55
II.	MARKMIÐ HSA	56
III.	SJÚKRAHÚSIN Á EGILSSTÖÐUM OG SEYÐISFIRDI	57
IV.	FJÓRÐUNGSSJÚKRAHÚSIÐ Í NESKAUPSTAÐ (FSN)	58
V.	DRG SJÚKLINGAFLOKKUNARKERFIÐ	59

## Myndir og töflur

1.1	Formúla fyrir skilvirkni .....	13
2.1	Heilbrigðisstofnun Austurlands .....	15
2.2	Helstu áfangar í starfsemi HSA 1999–2008 .....	16
3.1	Skipurit HSA til 1. nóvember 2008 .....	22
3.2	Nýtt skipurit HSA frá 1. nóvember 2008 .....	23
4.1	Þróun rekstrar og afkomu 2004–2007 .....	31
4.2	Þróun kostnaðar 2004–2007 .....	33
4.3	Kostnaður á stöðugildi hjá HSA 2004–2007 .....	35
4.4	Samanburður á launum á ársverk hjá HSA, HSÍ og HSU 2006 og 2007 .....	35
4.5	Meðallaun hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða á ársverk, árið 2007, hjá HSA, HSÍ, HSU og á landinu öllu .....	36
5.1	Meðallegutími á sjúkradeildum 2005–2007 .....	40
5.2	Þróun umsvifa í starfsemi FSN árin 2005–2007 .....	41
5.3	Þróun einingarkostnaðar á legudeildum 2005–2007 á verðlagi hvers árs .....	43
5.4	Þróun skilvirkni legudeilda á föstu verðlagi 2005–2007 .....	44
5.5	Samskipti íbúa við heilsugæslustöðvar HSA 2005–2007* .....	45
5.6	Þróun einingarkostnaðar hjá heilsugæslu 2005–2007 .....	47
5.7	Þróun skilvirkni heilsugæslu á föstu verðlagi 2005–2007 .....	48
5.8	Samanburður á kostnaði milli heilsugæslu HSA, HSÍ og HSU árið 2007 .....	48



# Samantekt og ábendingar

---

Heilbrigðisstofnun Austurlands (HSA) er þjónustustofnun sem hóf starfsemi sína 1. janúar 1999 og veitir alhliða heilsugæslu-, sjúkra- og hjúkrunarþjónustu. Með stofnun hennar sameinuðust heilbrigðisstofnanir á Austurlandi í eina stofnun.

Markmið heilbrigðisráðuneytisins með stofnun HSA voru m.a. að tryggja íbúum góða heilbrigðisþjónustu og styrkja þjónustusvæðið sem stofnunin nær til, t.d. með bættri mönnun, samvinnu og samnýtingu milli stofnana. Ekki var skilgreint hvernig árangur sameiningarinnar skyldi metinn. Þó má telja að ávinningur hafi verið nokkur, s.s. markvissari samnýting fagfólks milli starfseininga, aukið þjónustuframboð og bætt aðgengi íbúa að sérfræðingum.

Rekstur HSA hefur gengið erfiðlega, sérstaklega frá árinu 2003 og hefur höfuðstóll í árslok verið neikvæður síðan þá. Áætlað er að hallarekstur HSA 2008 nemi rúmlega 300 m.kr. Ekki er hins vegar unnt að meta hvort kostnaður heilbrigðisstofnana í fjórðungnum hefði orðið meiri eða minni ef ekki hefði komið til sameiningar. Athugun Ríkisendurskoðunar leiddi þó í ljós að skilvirkni HSA jókst á tímabilinu 2005–2007, bæði á legudeildum og hjá heilsugæslu. Kostnaður á hvern íbúa á þjónustusvæði HSA breyttist í takt við þróun veginnar vísitölu launa og neysluverðs á tímabilinu.

Síðari hluta árs 2008 gerði Ríkisendurskoðun stjórnsluúttekt á starfsemi HSA allt frá stofnun til 2008 og beinir stofnunin eftirfarandi meginábendingum til stjórnenda Heilbrigðisstofnunar Austurlands og heilbrigðisráðuneytisins.

## 1 Sameining heilbrigðisstofnana á Austurlandi

### 1.1 Við undirbúning sameiningar voru áhrif ýmissa áhættuþátta ekki nægjanlega vel metin

Helstu þættir sem hægðu á sameiningarferli HSA voru mikil fjarlægð milli starfseininga og erfiðar samgöngur, hagsmunaaðreksrar milli byggðalaga á þjónustusvæðinu og erfiðleikar við mönnun svo fjarri höfðuðborgarsvæðinu. Ríkisendurskoðun telur að við undirbúninginn hafi skort á að helstu áhættuþættir sameiningarinnar væru metnir markvisst og skilgreint hvernig við þeim skyldi brugðist svo að lágmarka mætti áhrif þeirra. Ríkisendurskoðun telur mikilvægt að við boðaða sameiningu heilbrigðisstofnana hafi heilbrigðisráðuneytið frumkvæði að gerð áhættumats fyrir

helstu þætti sem hamlað gætu væntum árangri og að skilgreint verði hvernig lágmarka megi áhrif þeirra.

## **1.2 Samruna- og kostnaðaráætlanir fyrir sameininguna vantaði**

Ríkisendurskoðun telur að heilbrigðisráðuneytið hefði átt að hafa frumkvæði að gerð markvissra samruna- og kostnaðaráætlana vegna sameiningar heilbrigðisstofnana á Austurlandi þar sem ráðuneytið hefði lagt til þekkingu á verkefna- og breytingastjórnun en heimamenn þekkingu á aðstæðum og staðháttum. Í þeim sameiningum heilbrigðisstofnana sem boðaðar hafa verið er mikilvægt að ráðuneytið hafi frumkvæði að því að vel verði vandað til slíkrar áætlanagerðar.

## **2 Stjórnskipulag og stjórnun**

### **2.1 Nýtt skipurit leggur grunn að sterkari stofnun**

Ríkisendurskoðun telur að nýtt skipurit Heilbrigðisstofnunar Austurlands leggi grunn að jákvæðri þróun stofnunarinnar til framtíðar. Það muni m.a. draga úr þeirri svæðaskiptingu sem einkennt hefur stjórnskipulagið, efla heildarsýn stjórnenda og starfsmanna yfir rekstur og starfsemi HSA og stuðla að heildstæðari vinnustaðamenningu.

### **2.2 Gera þarf árangursstjórnunarsamning**

Enginn árangursstjórnunarsamningur hefur verið í gildi milli heilbrigðisráðuneytisins og HSA síðan 2003. Ráðuneytinu ber að hafa forystu að gerð árangursstjórnunarsamnings og tryggja markvissa eftirfylgni með framkvæmd hans, m.a. að fram fari reglubundið árangursmat.

### **2.3 Stefnumótandi áætlanagerð er ábótavant hjá HSA**

Stefnumótandi áætlanagerð, bæði langtímaáætlanir og ársáætlanir, hefur verið ábótavant hjá HSA, auk þess sem stofnunin hefur aðeins unnið eina heildstæða ársskýrslu frá stofnun hennar árið 1999. Mikilvægt er að úr þessu verði bætt.

### **2.4 Heilbrigðisráðuneytið hefur ekki sinnt eftirfylgnihlutverki sínu**

Heilbrigðisráðuneytið hefur ekki sinnt sem skyldi eftirfylgni með gerð og framkvæmd stefnumótandi áætlana HSA. Þá er aðkoma ráðuneytisins að stefnumótandi lykílaðvörðunum í starfsemi HSA nauðsynleg.

### **2.5 Efla þarf faglega (klíniska) stjórnun**

Ríkisendurskoðun beinir því til klínískra framkvæmdastjóra að leita leiða til að efla faglega stjórnun HSA og reglubundin samskipti við starfseiningar, sérstaklega þarf að efla samskipti og samstarf meðal hjúkrunarstjórnenda.

### **2.6 Vel hefur tekist til við uppbyggingu og stjórnun tæknimála**

Ríkisendurskoðun leggur til að heilbrigðisráðuneytið kanni hvort tæknideild HSA geti orðið fyrirmynd við sameiningar annarra heilbrigðisstofnana á landinu, hvað tæknimál þeirra varðar.



### 3 Rekstur og kostnaðarþróun 2004–2007

#### 3.1 Stjórnendur HSA verða að bæta fjármálastjórn sína og sýna aukið aðhald í rekstri

Ríkisendurskoðun telur að stjórnendur HSA verði að sýna meira aðhald og útsjónarsemi í rekstri stofnunarinnar en hingað til og virða lögboðnar skyldur stjórnenda þar að lútandi. Efla þarf markvissa fjármálastjórnun og reglubundið fjárhagslegt eftirlit með rekstrinum, skerpa á rekstrarlegri ábyrgð allra stjórnenda, jafnt klínískra sem annarra, og efla kostnaðarvitund starfsmanna.

#### 3.2 Heilbrigðisráðuneytinu ber að hafa virkara eftirlit með rekstri stofnana sinna

Vegna langrar sögu um rekstrarvanda HSA telur Ríkisendurskoðun brýnt að heilbrigðisráðuneytið sinni betur því eftirfylgnihlutverki sem reglugerð um framkvæmd fjárlaga kveður á um. Þannig aukast líkur á því að koma megi í veg fyrir stórfelldan rekstrarhalla í árslok.

#### 3.3 Skilgreina þarf hvaða þjónustu HSA á að veita

Ríkisendurskoðun telur nauðsynlegt að heilbrigðisráðuneytið komi að því með HSA að skilgreina hvaða þjónustu stofnunin skuli veita, eins og reglugerð um framkvæmd fjárlaga kveður á um, og beiti sér síðan fyrir því að stofnunin fái fjárveitingar í samræmi við raunkostnað þeirrar þjónustu.

#### 3.4 Koma þarf í veg fyrir að stofnanir ríkisins fjármagni rekstur með yfirdráttarlánnum

Samkvæmt reglum fjármálaráðuneytisins er ríkisstofnunum óheimilt að fjármagna rekstur sinn með yfirdráttarlánnum. Ríkisendurskoðun telur óviðunandi að þær skuli ekki sjá aðra leið færa en að fjármagna reksturinn með þessum hætti og greiði jafnvel milljónir króna í yfirdráttarvexti til banka í stað þess að nýta það fé til að fjármagna þjónustu. Stjórnvöld verða að leita leiða til að breyta þessu.

### 4 Þróun klínískrar starfsemi 2005–2007

#### 4.1 Efla þarf söfnun starfsemisupplýsinga í heilbrigðisþjónustunni

Ríkisendurskoðun telur brýnt að söfnun starfsemisupplýsinga hjá heilbrigðisstofnunum landsins verði eflad og samræmd. Slíkar upplýsingar eru af skornum skammti og samræmdri skráningu þeirra afar ábótavant, jafnt innan stofnana sem milli þeirra. Samanburður er því bæði erfiður og vafasamur. Heilbrigðisráðuneytinu og Landlæknisembættinu ber að samræma söfnun starfsemisupplýsinga hjá heilbrigðisstofnunum en það hefur verið vanrækt eða ekki fylgt eftir.

#### **4.2 Aðlaga þarf bókhald og uppgjör HSA betur að klínískri starfsemi**

Aðlaga þarf bókhald og uppgjör HSA betur að klínískri starfsemi t.d. þarf að aðgreina sjúkrarými annars vegar og hjúkrunarrými hins vegar, með tilliti til kostnaðar og mannafla. Þetta er mikilvægt fyrir eftirfylgni með skilvirkni og hagkvæmni af rekstri þessara deilda.

#### **4.3 Efla þarf heimahjúkrun á þjónustusvæði HSA**

Í ljósi stefnu stjórnvalda um að fjölga ekki hjúkrunarrýmum á Austurlandi má ætla að leggja þurfi aukna áherslu á heimahjúkrun á þjónustusvæði HSA. Heilbrigðisráðuneytið og HSA verða að skilgreina í sameiningu hvernig meginmarkmiðum heilbrigðisáætlunar ráðuneytisins þar að lútandi skuli náð, kostnað vegna þeirra, á hve löngum tíma og hver sé ábyrgur fyrir framkvæmdinni.

#### **4.4 Gera þarf úttekt á mönnunarmódelum hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða**

Mikilvægt er að HSA kanni hvort ástæða sé til að endurskoða mönnunarmódel hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða. Breytt skipulag í heilbrigðisþjónustu HSA kallar á breyttar forsendur mönnunarmódelanna til að betur megi fylgja eftir kröfum um faglega framþróun starfseminnar. Kanna þarf m.a. hvort raunhæft sé að fjölga sjúkraliðum í starfseminni og veita þeim aukna ábyrgð í starfi, t.d. í ljósi vaxandi eftirspurnar eftir heimahjúkrun.

#### **4.5 Starfsemi aðkeyptra sérfræðinga á HSA**

Athugun Ríkisendurskoðunar bendir til að skipulagning og umsjón vegna aðkeyptra sérfræðinga hjá HSA sé ómarkviss. Ríkisendurskoðun telur brýnt að HSA efli yfirsýn og skipulagningu þessarar þjónustu, fylgist vel með raunverulegri þjónustubörf og tryggi að reikningar frá aðkeyptum sérfræðingum séu í samræmi við veitta þjónustu.

# 1 Inngangur

---

## 1.1 Bakgrunnur

Á fundi ríkisendurskoðanda með fulltrúum heilbrigðisráðuneytis 5. maí 2008 kom fram ósk þeirra síðarnefndu um að Ríkisendurskoðun gerði stjórnsluúttekt á starfsemi Heilbrigðisstofnunar Austurlands í samræmi við 9. gr. laga um Ríkisendurskoðun. Stofnunin hefur undanfarin ár átt í erfiðleikum með að halda sig innan ramma fjárlaga og leita þarf skýringa á því. Auk þessa hafði ráðuneytið áhuga á að fá úttekt á framkvæmd sameiningar heilbrigðisstofnana á Austurlandi í Heilbrigðisstofnun Austurlands árið 1999, einkum í ljósi fyrirhugaðra sameininga heilbrigðisstofnana á landsbyggðinni árið 2009.

Samkvæmt fyrrnefndri lagagrein felst stjórnsluendurskoðun í því að kanna meðferð og nýtingu ríkisfjár, hvort hagkvæmni og skilvirkni sé gætt í rekstri stofnana og fyrirtækja í eigu ríkisins og hvort gildandi laga-  
fyrirmælum sé framfylgt í þessu sambandi. Með hagkvæmni er átt við þær aðferðir sem notaðar eru til að afla og stýra aðföngum viðkomandi starfsemi. Með skilvirkni er átt við það hvernig aðföng eru nýtt til að framleiða vöru eða veita þjónustu og hversu vel markmið starfseminnar nást.

Ríkisendurskoðandi ákvað að verða við beiðni um úttekt. Úttektin nær til stjórnunar og rekstrar HSA, auk mats á sameiningarferli heilbrigðisstofnana á Austurlandi.

## 1.2 Markmið og afmörkun

Markmið úttektarinnar var að kanna hvernig sameining heilbrigðisstofnana á Austurlandi í Heilbrigðisstofnun Austurlands var undirbúin og framkvæmd, hvort stjórnskipulag HSA væri árangursríkt og hvort starfsemin væri hagkvæm og skilvirk.

Meginmarkmið úttektarinnar var að svara þremur spurningum:

1. Var stofnun Heilbrigðisstofnunar Austurlands vel undirbúin og byggð á skýrum fjárhagslegum og faglegum forsendum?
2. Stuðla skipulag og stjórnun Heilbrigðisstofnunar Austurlands að því að hún sinni verkefnum sínum með hagkvæmum og árangursríkum hætti?
3. Er rekstur HSA skilvirkur?

Í öðrum kafla skýrslunnar er leitast við að svara fyrstu meginspurningunni, í þriðja kafla er kastljósinu beint að annarri spurningu, í fjórða kafla er fjallað

um fjármálin almennt, og í fimmta kafla er leitað svara við þriðju spurningunni.

### 1.3 Aðferðir og gögn

#### Tímabil úttektar

Tímabil úttektarinnar nær frá árinu 1998, þegar ákvörðun var tekin um stofnun HSA, til ársins 2008. Tímabilin sem til umfjöllunar eru hverju sinni eru þó nokkuð mismunandi. Í mörgum tilvikum er miðað við tímabilið 2004–2007, í öðrum tilvikum 2005–2007 eða jafnvel aðeins árin 2006 og 2007. Ástæða þess að ekki er alltaf unnt að miða við tímabilið 2004–2007 er að áreiðanlegar og tæmandi upplýsingar liggja ekki ávallt fyrir. Þetta á einkum við um margs konar starfsemisupplýsingar en þeim er afar ábótavant hjá HSA, eins og hjá mörgum öðrum heilbrigðisstofnunum á Íslandi. Sem dæmi má nefna að við uppfærslu HSA á sjúkraskrárkerfinu Sögu árið 2005 glötuðust ýmsar upplýsingar frá fyrri árum. Tímabilið fyrir uppfærsluna er þar með ekki samanburðarhæft við tímabilið á eftir.

#### Helstu gögn

Helstu gögn sem notuð voru við vinnslu úttektarinnar eru: Lög og reglugerðir um heilbrigðismál, fjárlög, ársskýrslur og ársreikningar, tölulegar upplýsingar um starfsemi og rekstur HSA, stefnuskjöl, erindisbréf, starfslýsingar, gæðahandbækur, áætlanir og önnur fyrirbyggjandi gögn frá stofnuninni, heilbrigðisráðuneytinu og Landlæknisembættinu. Einnig var stuðst við upplýsingar frá Fjársýslu ríkisins, reiknilíkan heilbrigðisráðuneytis fyrir mat á fjárförf heilbrigðisstofnana og rekstrar- og starfsemisupplýsingar frá Heilbrigðisstofnun Ísafjarðarbæjar, Heilbrigðisstofnun Suðurlands og Landspítala (LSH).

#### Viðtöl

Ríkisendurskoðun fór í þrjár heimsóknir til HSA. Hún fór á allar starfstöðvar stofnunarinnar nema tvö heilsugæslusel og tók viðtöl við fjölmarga stjórnendur og starfsmenn. Auk þess var rætt við aðila hjá heilbrigðis- og fjármálaráðuneytum, Landlæknisembættinu, fyrsta stjórnarformann HSA og fleiri.

#### Samanburður

Samanburður var í nokkrum tilvikum gerður við Heilbrigðisstofnun Ísafjarðarbæjar, Heilbrigðisstofnun Suðurlands og Landspítala. Ekki var hægt að nýta samanburð eins mikið og til stóð í upphafi úttektar, annars vegar vegna þess hve takmörkuð, óáreiðanleg og óheildstæð gögnin eru og hins vegar vegna þess hversu margir þættir í umhverfi og aðstæðum þessara stofnana takmarka raunhæfan samanburð á gögnunum.

## 1.4 Mæling á skilvirkni

Öll framleiðsla, hvort sem er á vöru eða þjónustu, miðar að því að umbreyta „aðföngum“ í „afurðir“. Aðföngin geta t.d. verið hráefni, vinnuafli, tæki og búnaður. Afurðir eru á hinn bóginn þær einingar sem framleiðslan skilar. Hugtakið „skilvirkni“ vísar til hlutfallsins milli aðfanga og afurða. Ef afurðum fjölgar en aðföng standa í stað eykst skilvirkni. Það sama á við ef unnt er að draga úr aðföngum án þess að afurðum fækki. Skilvirkni mælir þannig hversu vel aðföng eru nýtt við tiltekna framleiðslu.

### 1.1 Formúla fyrir skilvirkni

$$\frac{\text{Afurðir}}{\text{Aðföng}} = \text{Skilvirkni}$$

Aðföng heilbrigðisþjónustu eru m.a. vinnuafli, lyf, lækningavörur og tæki. Þessi aðföng fást fyrir fjármuni og því má segja að fjárframlög til þjónustunnar feli í sér öll aðföng hennar. Afurðir heilbrigðisþjónustu eru bæði margar og mismunandi en í úttektum Ríkisendurskoðunar hefur einkum verið horft til fjölda „meðferða“ á sjúkrahúsum og „samskipta“ í heilsugæslu<sup>1</sup>.

Í þessari úttekt reyndist ekki mögulegt að afla upplýsinga um fjölda meðferða. Við mat á skilvirkni sjúkrahúsa HSA var því ákveðið að nota legudaga sem ígildi afurða. Reiknað var annars vegar hlutfallið milli stöðugilda og legudaga (skilvirkni vinnuafli) og hins vegar milli kostnaðar og legudaga (skilvirkni fjármagns).

## 1.5 Skilgreining á hugtakinu vinnustaðamenning

Allir vinnustaðir hafa sína sérstöku menningu. Til dæmis ríkir sums staðar *samkeppnisandi* og starfsmönnum finnst þeir sífellt þurfa að skara fram úr samstarfsfólkinu sínu. Á öðrum vinnustöðum ríkir *samstarfsandi* og þar finnst starfsmönnum fremur að þeim beri að vinna saman sem ein heild. Segja má að vinnustaðamenningin sé hinn óskrifaði hluti vinnustaðarins. Vinnustaðamenning getur lýst sér í tilteknum sjónarmiðum starfsmanna, þ.e. í sameiginlegum gildum, normum og viðhorfum. Menning er hugtak sem skýrir af hverju fólk gerir ákveðna hluti, hugsar á sama hátt, samþykkir

<sup>1</sup> Sjá t.d. skýrslur Ríkisendurskoðunar *Landspítali-Háskólasjúkrahús. Árangur 1999-2004* (2005), *St. Jósefsspítali – Sólvangur. Stjórnsýsluúttekt* (2007) og „*Fyrsti viðkomustaður í heilbrigðiskerfinu*“. *Stjórnsýsluúttekt á rekstri Heilsugæslunnar í Reykjavík* (2002).

sömu markmið, vinnuaðferðir o.s.frv. Þessi viðhorf geta verið mismunandi hjá ákveðnum hópum innan vinnustaðarins sem yfirleitt felur í sér minni samtakamátt og þar með lakari frammistöðu heildarinnar<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Heimasíða Starfsmenntar, <http://www.smennt.is/smennt/>.

## 2 Sameining heilbrigðisstofnana á Austurlandi

Markmið stjórnvalda með stofnun Heilbrigðisstofnunar Austurlands voru skýr. Hins vegar var ekki skilgreint hvernig árangur skyldi metinn og engar mælingar eru fyrirbyggjandi sem benda með óbyggjandi hætti til þess að markmiðin hafi náðst. Athuganir Ríkisendurskoðunar benda þó til þess að nokkur árangur hafi áunnist. Þá var vel staðið að kynningu og samráði við hagsmunaaðila fyrir stofnun Heilbrigðisstofnunar Austurlands. Hins vegar var hvorki unnin samrunaáætlun fyrir sameiningarferlið né skilgreint á annan hátt hverjir helstu verkþættir sameiningar væru, hversu langan tíma hún skyldi taka eða hver áætlaður kostnaður væri.

Heilbrigðisstofnun Austurlands (HSA) hóf starfsemi í upphafi árs 1999 með sameiningu heilbrigðisstofnana á Austurlandi, frá Bakkafirði í norðri að Djúpvaggi í suðri.

### 2.1 Heilbrigðisstofnun Austurlands



Heilbrigðisstofnun Austurlands tók við rekstri þriggja sjúkrahúsa, á Egilsstöðum, Seyðisfirði og í Neskaupstað (FSN) og átta heilsugæslustöðva, ásamt fjórum heilsugæsluselum. Starfsstöðvar stofnunarinnar eru nú sautján

á tólf stöðum og dreifast um 15.000 km<sup>2</sup> landsvæði. Stofnunin telst meðalstór á landsvísu. Árið 2007 störfuðu þar 330 manns í rúmlega 226 stöðugildum en íbúar á þjónustusvæði stofnunarinnar í lok þess árs voru tæplega 12.000.

## 2.2 Helstu áfangar í starfsemi HSA 1999–2008

1. janúar 1999	Starfsemi HSA hefst
Des. 1999	HSA tekur við rekstri hjúkrunarheimilisins Sundabúðar á Vopnafirði að beiðni heilbrigðisráðuneytisins
2005	Heilsugæslan í Fjarðabyggð sameinast og endurbygging FSN hefst
Vor 2007	Endurbyggð endurhæfingardeild annars vegar og hjúkrunardeild hins vegar taka til starfa á FSN
Des. 2007	HSA tekur við rekstri dvalarheimilisins Helgafells á Djúpavogi að beiðni heilbrigðisráðuneytisins
Nóv. 2008	Nýtt skipurit leysir eldra skipurit HSA af hólmi

## 2.1 Aðdragandi sameiningar og undirbúningur

Árið 1999 beindi Hjörleifur Guttormsson, alþingismaður, fyrirspurn til heilbrigðisráðherra um skipan heilbrigðismála á Austurlandi. Í svari ráðherra kom fram að fyrir stofnun Heilbrigðisstofnunar Austurlands einkenndist heilbrigðiskerfi landshlutans af litlum stofnunum. Þær voru mjög bundnar við sín byggðalög, m.t.t. yfirstjórnar og fjárveitinga, og höfðu lítil tengsl sín á milli. Erfitt hafði reynst að vinna að ýmsum breytingum og úrbótum með allan fjórðunginn í huga, s.s. markvissari sérfræðisþjónustu. Þetta var talið veikja stöðu heilbrigðisþjónustunnar þegar litið var til svæðisins í heild og möguleika til þróunar á einstökum stofnunum.

Í svari heilbrigðisráðherra kom einnig fram að á árunum 1991 til 1997 hefðu ýmsir hagsmunaaðilar fjallað um skipan heilbrigðismála á Austurlandi. Árið 1997 hefði heilbrigðisráðuneytið ákveðið að láta kanna möguleika á því að sameina allar heilbrigðisstofnanir á svæðinu í eina stofnun og hefði héraðslæknir Austurlands verið fenginn til að móta skipulag hennar. Tillaga um sameiningu allra heilbrigðisstofnana á Austurlandi, fyrir utan Heilbrigðisstofnun Hornafjarðar sem féll undir verkefni reynslusveitarfélaga, hefði síðan legið fyrir haustið 1997. Hún hafi verið kynnt ítarlega um allan fjórðunginn og samráð haft við stofnanir og sveitarfélög. Þann 5. október 1998 hafi heilbrigðisráðuneytið síðan gefið út reglugerð þar sem mælt var fyrir um stofnun Heilbrigðisstofnunar Austurlands. Við upphaf sameiningar setti ráðuneytið starfandi stjórnarformann til eins árs yfir stjórn stofnunarinnar til að vinna að framkvæmd



sameiningarinnar. Auk þess gegndi deildarstjóri frá ráðuneytinu stöðu framkvæmdastjóra stofnunarinnar fyrstu fjóra mánuði ársins 1999.

### Helstu markmið með sameiningu heilbrigðisstofnana

Helstu rök heilbrigðisráðuneytisins fyrir stofnun Heilbrigðisstofnunar Austurlands voru að styrkja heilbrigðisþjónustu á Austurlandi. Með aukinni samvinnu og samnýtingu mætti skapa öflugri einingar. Markmiðið var að auka jafnræði íbúa og styrkja þau svæði sem áður höfðu notið hvað minnstrar heilbrigðisþjónustu. Stefnt var að fjölgun lækna, eflingu sérfræðiþjónustu, auknum stöðugleika í setu lækna, aukinni samvinnu lækna og minni vaktabyrði en verið hafði. Með þessu skyldi bæta faglegt umhverfi, auka möguleika á því að manna stöður heilbrigðisstarfsmanna og efla sjálfstæði svæðisins og sjálfsákvörðunarvald heimamanna að því er heilbrigðisþjónustu varðaði<sup>3</sup>. Ekki var yfirlýst markmið ráðuneytisins að ná fram sparnaði með sameiningunni þó lögð væri áhersla á aukna hagræðingu þar sem henni yrði við komið. Ekki var skilgreint hvernig meta skyldi árangur af sameiningunni.

### Samruna- og kostnaðaráætlun vegna sameiningar heilbrigðisstofnana

Ekki var gerð samrunaáætlun fyrir sameiningarferlið né heldur áætlun um þann kostnað sem sameining rekstrar og starfsemi þessara ólíku og dreifðu heilbrigðisstofnana hefði í för með sér. Ráðuneytið taldi það hlutverk nýrrar stjórnar og framkvæmdastjórnar að hrinda sameiningunni í framkvæmd og kallaði ekki eftir áætlunum frá þeim þar að lútandi.

Að mati Ríkisendurskoðunar bar ráðuneytið þó einnig ábyrgð í þessu efni. Má hér vísa til fyrri skýrslna Ríkisendurskoðunar um sameiningar ríkisstofnana þar sem m.a. er fjallað um mikilvægi áætlanagerðar til að tryggja markvissa framkvæmd sameininga. Ýmsir fleiri hafa fjallað um þetta efni. Nýlegast er rit fjármálaráðuneytisins *Sameining ríkisstofnana og tengdar breytingar* þar sem segir m.a. á bls. 7: „Hlutaðeigandi ráðuneyti þarf að gæta þess að sameining sé vel undirbúin og veita henni öflugan stuðning þar til sameiningarferlinu er lokið.“ Þó að ritið hafi komið út í desember 2008 lýsir það sjónarmiðum sem lengi hafa verið uppi varðandi faglegan undirbúning við sameiningu ríkisstofnana og hverjar séu helstu forsendur fyrir árangursríkri framkvæmd sameiningar.

## 2.2 Fjárhagsleg staða nýrrar stofnunar

Til að kosta starfsemi HSA fyrsta starfsárið fékk stofnunin þær fjárheimildir sem ráðstafað var til fyrri stofnana á fjárlögum ársins 1999.

<sup>3</sup> Svar heilbrigðisráðherra við fyrirspurn Hjörleifs Guttormssonar, alþingismanns, um skipan heilbrigðismála á Austurlandi frá árinu 1999 (Þskj. 694 – 421.).

Fjárhagsstaða þeirra stofnana sem sameinuðust undir merkjum HSA var misjöfn í upphafi árs 1999. Rekstur sumra stofnananna gekk vel, aðrar voru í jafnvægi og enn aðrar áttu í erfiðleikum með að halda sig innan fjárheimilda. Aðeins heilbrigðisstofnunin í Neskaupstað var í verulegum fjárhagserfiðleikum og skuldaði viðskiptabanka sínum tugi m.kr. Allar þjuggu stofnanirnar við vanhöld vegna viðhalds eigna og tækja og var heilbrigðisstofnun Neskaupstaðar þar sýnu verst sett. Árið 1999 fékk HSA aukafjárveitingu til að greiða upp skuldir stofnananna. Fjárhagur stofnunarinnar varð því fljótlega jákvæður og samkvæmt stofnefnahagsreikningi hennar 1. janúar 2000 nam höfuðstóllinn 41 m.kr. HSA fékk síðan sérstakt 6 m.kr. framlag til eignamyndunar þannig að staðan varð jákvæð um 47 m.kr.

Á fjárlögum ársins 2000 fékk HSA í fyrsta sinn úthlutað fjárheimild sem ein stofnun. Byggt var á þeirri fjárheimild sem einstakar stofnanir fengu fyrir sameininguna árið 1999 og þær hækkaðar um tiltekið hlutfall.

### 2.3 Helstu þættir sem hægt hafa á sameiningu HSA

Athugun Ríkisendurskoðunar leiddi í ljós að HSA er enn ekki að fullu sameinuð stofnun. Ástæða þess er einkum sú að frá upphafi hefur ekki verið unnið nægjanlega markvisst að því að lágmarka áhrif þeirra þátta sem hægt hafa á sameiningunni. Meðal slíkra þátta má nefna:

- a) Starfsemi HSA er dreifð um stórt landsvæði. Sumar starfseiningar eru afskekktar og samgöngur þangað erfiðar. Samskipti margra starfseininga innbyrðis eru því fátíð og erfitt að skapa afgerandi vinnustaðamenningu fyrir HSA í heild.
- b) Rígur er milli byggðalaga á þjónustusvæði HSA með tilheyrandi hagsmunaaátökum. Hagsmunaaðilar beita sér oft í þágu síns svæðis, jafnvel á kostnað heildarhagsmuna HSA. Margir starfsmenn virðast enn líta á sig sem starfsmenn viðkomandi starfseininga en ekki HSA.
- c) Treglegar hefur gengið að manna stöður heilbrigðisstarfsmanna hjá HSA en vonir stóðu til í upphafi sameiningar.
- d) Mikil uppbygging hefur verið á Austurlandi síðan 2003 vegna stóriðjuframkvæmda. Fjöldi erlendra starfsmanna af ýmsu þjóðerni streymdi inn á þjónustusvæði HSA og starfaði þar í skemmri eða lengri tíma. Þetta kallaði á stóraukin umsvif í starfsemi HSA og mikið álag á stjórnendur og starfsmenn. Framkvæmdirnar hafa leitt af sér varanlega fjölgun íbúa á svæðinu.

## 2.4 Ávinningur sameiningar

Að mati Ríkisendurskoðunar hefur orðið nokkur ávinningur af sameiningunni:

- a. Heilbrigðisþjónusta á Austurlandi er nú traustari og fjölbreyttari en áður.
- b. Framboð á aðkeyptri sérfræðiþjónustu er nú fjölbreyttara og tíðara.
- c. Samnýting fagfólks er nú markvissari.
- d. Stoðþjónusta hefur eflst, einkum á sviði tölvu- og tæknimála.
- e. Fjórar heilsugæslustöðvar í Fjarðabyggð sameinuðust í heilsugæslu Fjarðabyggðar með eitt vaktsvæði og sameiginlega stjórn.

## 2.5 Mat og ábendingar

### 2.5.1 Ávinningur sameiningar

Erfitt er að meta árangur sameiningarinnar á hlutlægan hátt þar sem ekki liggja fyrir mælingar sem sýna fram á hann með óyggjandi hætti enda var aldrei skilgreint hvernig árangursmati skyldi háttað. Þrátt fyrir það telur Ríkisendurskoðun að nokkur ávinningur hafi orðið af sameiningunni. Heilbrigðisþjónusta á svæðinu er nú fjölbreyttari og traustari en áður var, samnýting fagfólks markvissari og stoðþjónusta öflugri. Í þeim sameiningum sem boðaðar hafa verið er mikilvægt að heilbrigðisráðuneytið skilgreini hvernig árangur skuli metinn og tryggji að fram fari reglubundið árangursmat.

Ekki er unnt að leggja mat á það hvort sameiningin hafi haft sparnað í för með sér þar sem ekki liggja fyrir gögn frá upphafi sameiningar um áætlaða kostnaðarþróun, annars vegar ef sameining yrði að veruleika og hins vegar ef hún yrði ekki að veruleika.

### 2.5.2 Vel var staðið að kynningu og samráði fyrir stofnun HSA

Ríkisendurskoðun telur að heilbrigðisráðuneytið og héraðslæknir Austurlands hafi staðið vel að kynningu á fyrirhugaðri sameiningu stofnana á Austurlandi og að rík áhersla hafi verið lögð á samráð við sveitarstjórnarmenn og aðra hagsmunaaðila á Austurlandi.

### 2.5.3 Áhættuþættir sameiningar voru ekki metnir á fullnægjandi hátt

Ríkisendurskoðun telur að við undirbúning sameiningar hafi skort á að helstu áhættuþættir hennar væru metnir markvisst og skilgreint hvernig við þeim skyldi brugðist til að lágmarka áhrif þeirra. Ríkisendurskoðun telur mikilvægt að við boðaða sameiningu heilbrigðisstofnana hafi heilbrigðis-

ráðuneytið frumkvæði að gerð áhættumats fyrir helstu þætti sem hamlað gætu væntum árangri og að skilgreint verði hvernig lágmarka megi áhrif þeirra.

#### **2.5.4 Samrunaáætlun sameiningar vantaði**

Ríkisendurskoðun telur að heilbrigðisráðuneytið hefði átt að hafa frumkvæði að gerð markvissrar samrunaáætlunar vegna sameiningar heilbrigðisstofnana á Austurlandi þar sem ráðuneytið hefði lagt til þekkingu á verkefna- og breytingastjórnun en heimamenn þekkingu á aðstæðum og staðháttum. Samrunaáætlun er mikilvægt stjórnæki sem m.a. veitir yfirsýn yfir helstu áhættuþætti, áætlaða verkþætti og framkvæmdatíma og verður mælistika á framkvæmd og árangur sameiningar. Í þeim sameiningum heilbrigðisstofnana sem boðaðar hafa verið er mikilvægt að ráðuneytið hafi frumkvæði að því að vel verði vandað til verka varðandi samrunaáætlanir.

#### **2.5.5 Ekki var gerð kostnaðaráætlun vegna sameiningarinnar**

Ríkisendurskoðun telur að heilbrigðisráðuneytið hefði átt að gera kostnaðaráætlun vegna sameiningarinnar og tryggja Heilbrigðisstofnun Austurlands skilgreint fjármagn í samræmi við hana. Í þeim sameiningum heilbrigðisstofnana sem boðaðar hafa verið er mikilvægt að ráðuneytið vandi til verka við gerð raunhæfra kostnaðaráætlana.

## 3 Stjórnskipulag og stjórnun

---

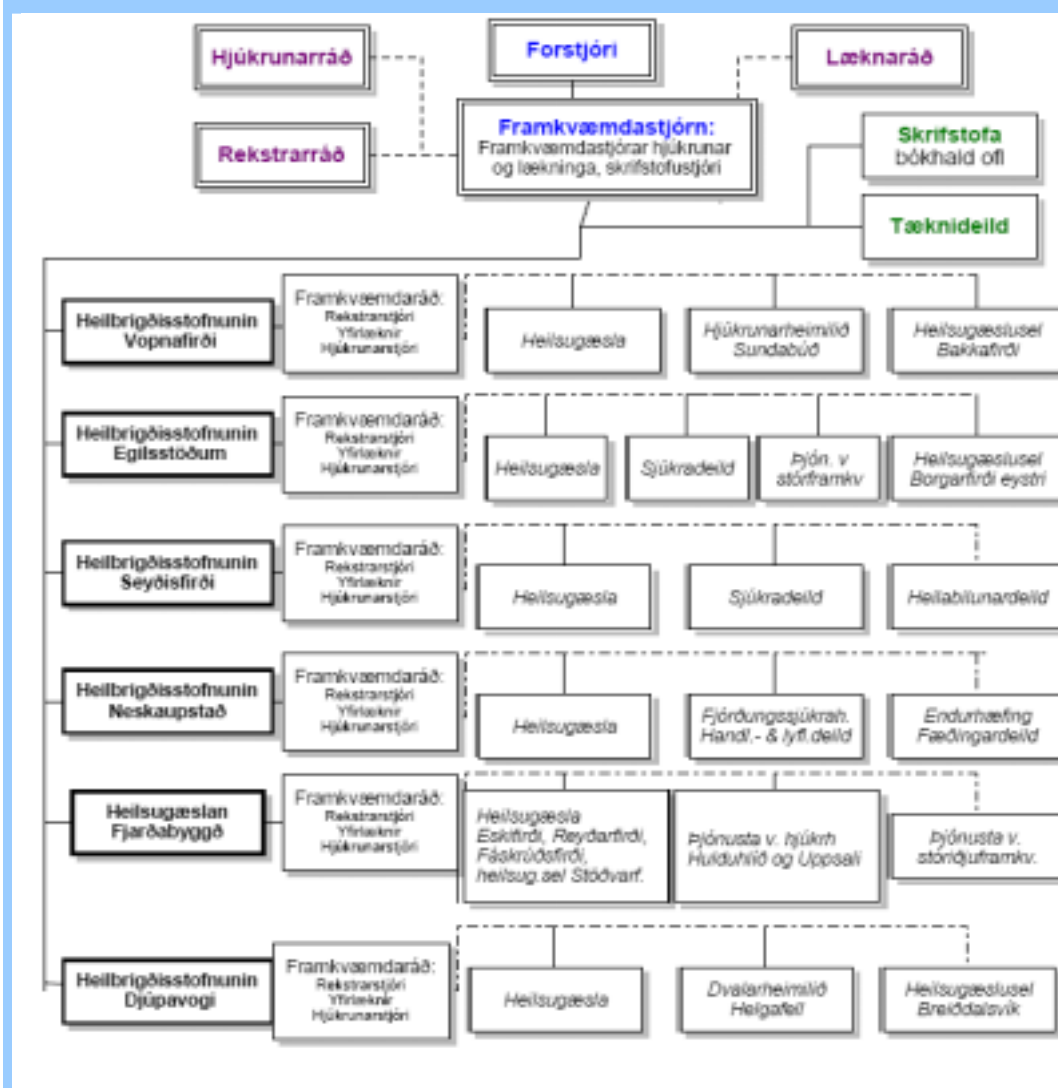
Frá árslokum 2003 hefur enginn árangursstjórnunarsamningur verið í gildi milli heilbrigðisráðuneytisins og Heilbrigðisstofnunar Austurlands. Mótun og framkvæmd stefnu stofnunarinnar hafa verið ómarkviss frá upphafi og árangur ekki verið metinn. Frá stofnun hefur HSA aðeins gefið út eina ársskýrslu og ráðuneytið hefur ekki kallað eftir þeim. Eldra skipurit HSA viðhélt gamalli svæðaskiptingu og undirliggjandi hagsmunaátökum. Það hamlaði heildarsýn stjórnenda yfir reksturinn og þróun heildstæðrar vinnustaðamenningar. Með nýju skipuriti er brugðist við annmörkum eldra skipurits. Fjármálastjórnun stofnunarinnar var ófullnægjandi til skamms tíma en hefur nú fengið aukið vægi. Uppbygging tæknideildar hefur verið farsæl og er hún mikilvægt bakland fyrir dreifðar starfseiningar HSA.

Heilbrigðisstofnun Austurlands starfar samkvæmt lögum um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007, lögum um málefni aldraðra nr. 125/1999 og lögum um réttindi sjúklinga nr. 74/1997, auk reglugerða og annarra fyrirmæla stjórnvalda. Heilbrigðisstofnunin er þjónustustofnun sem veita á allhliða heilsugæslu-, sjúkra- og hjúkrunarþjónustu (sjá Viðauka I).

### 3.1 Skipurit Heilbrigðisstofnunar Austurlands

Að mati stjórnenda Heilbrigðisstofnunar Austurlands var uppbygging eldra skipurits stofnunarinnar, sem gildi til 1. nóvember 2008, ekki nægilega markviss (mynd 3.1). Þrátt fyrir mikla vinnu frá upphafi sameiningar við samhæfingu starfseininga stóðu þær mikið hver fyrir sig og erfiðlega gekk að skapa heildstæða vinnustaðamenningu fyrir HSA. Samskiptin milli framkvæmdastjórnar og framkvæmdaráða á hverjum stað voru formföst og seinvirk og hægt gekk að koma á sérhæfingu og verkaskiptingu þvert á starfseiningarnar.

Skipuritið var þannig uppbyggt að sex svæðabundin *framkvæmdaráð*, með rekstrarstjóra, yfirlækni og hjúkrunarstjóra, sáu um daglega stjórnun og rekstur á sínum svæðum. Þau voru tengiliðir svæðanna við framkvæmdastjórn en höfðu lítil sem engin afskipti af málefnum annarra svæða. Til að auka heildarsýn og efla samræmingu mynduðu rekstrarstjórnir *rekstrarráð* sem fundaði reglulega. *Skrifstofa* HSA hafði umsjón með fjármálum, bókhaldi, innheimtu og launum stofnunarinnar.

3.1 Skipurit HSA til 1. nóvember 2008<sup>4</sup>

Í ársbyrjun 2008 hafði forstjóri HSA frumkvæði að því að hefja vinnu við þróun nýs skipurits sem tók gildi 1. nóvember 2008 (mynd 3.2). Helstu markmið með skipulagsbreytingunum voru að færa framkvæmdastjórn nær starfsmönnum, skapa betri heildarsýn yfir rekstur og starfsemi og efla samræmingu starfseininga, stytta boðleiðir, bæta samnýtingu fagfólks, skerpa betur á og auka valdsvið einstakra sviðsstjóra, stuðla að þróun og meiri tengingu milli byggðalaga, efla fagþekkingu innan stoðsviða og nýta fjármagn betur, m.a. með markvissari stjórnendaupplýsingum og skilvirkara og tíðara eftirliti með fjármálum.

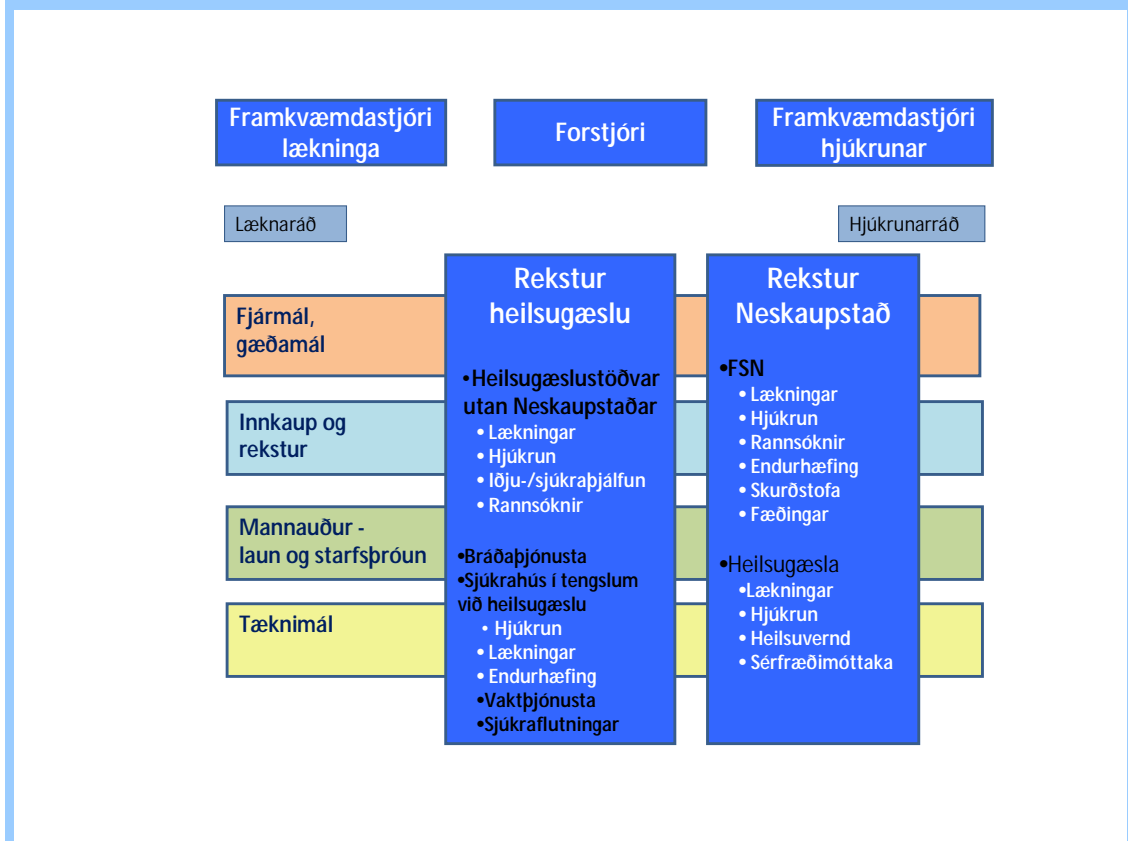
Samkvæmt nýju skipuriti skiptist kjarnastarfsemi Heilbrigðisstofnunar Austurlands í klíniska starfsemi heilbrigðisþjónustu Neskaupstaðar annars

<sup>4</sup> Tekið af heimasíðu HSA 14. júlí 2008, <http://www.hsa.is/pdf/20071126185902851486.pdf>

vegar og alla aðra klíniska starfsemi stofnunarinnar hins vegar. **Rekstur heilsugæslu** heyrir undir framkvæmdastjóra lækninga og ber hann ábyrgð á starfsemi í samstarfi við hjúkrunarstjóra á Egilsstöðum. Undir rekstur sviðsins fellur öll heilsugæslu-, sjúkra- og hjúkrunarþjónusta stofnunarinnar önnur en sú sem heilbrigðisstofnun Neskaupstaðar sinnir. **Rekstur Neskaupstað** heyrir undir framkvæmdastjóra hjúkrunar sem ber ábyrgð á starfsemi í samstarfi við forstöðulækni FSN. Undir rekstur sviðsins fellur Fjórðungssjúkrahúsið í Neskaupstað ásamt heilsugæslu Neskaupstaðar. Þvert á kjarnasviðin tvö fellur kennsla og þjálfun nemenda á heilbrigðissviði sem er mikilvægur þáttur í starfsemi HSA.

Kjarnastarfsemi Heilbrigðisstofnunar Austurlands skiptist á annan hátt en gert er í reiknilíkani heilbrigðisráðuneytisins við mat á fjárþörf heilbrigðisstofnana. Þar er starfsemi skipt í heilsugæslusvið annars vegar og sjúkra- og hjúkrunarsvið hins vegar. Sú skipting er ávallt viðhöfð í þessari stjórnsýsluúttekt nema í umfjöllun um skipuritíð.

### 3.2 Nýtt skipurit HSA frá 1. nóvember 2008<sup>5</sup>



<sup>5</sup> Heimasíða HSA, febrúar 2009, <http://www.hsa.is/pdf/20090106114526617291.pdf>

Í íslensku heilbrigðiskerfi er algengast að framkvæmdastjóri hjúkrunar sé æðsti stjórnandi þeirra sem starfa við hjúkrun og umönnun sjúklinga og framkvæmdastjóri lækninga æðsti stjórnandi lækna og annarra fagstétta, s.s. sjúkrapjálfa og iðjubjálfa. Hjá HSA er framkvæmdastjóri hjúkrunar hins vegar æðsti yfirmaður allra starfsmanna heilbrigðisþjónustu Neskaupstaðar og framkvæmdastjóri lækninga æðsti yfirmaður allra starfsmanna annarra starfseininga HSA.

**Stoðþjónusta** skiptist í fjármáladeild, innkaupadeild, mannauðsdeild og tæknideild.

**Læknaráð** og **hjúkrunarráð**. Hlutverk þeirra er að móta stefnu á sínum fagsviðum, samræma og miðla faglegum áherslum og hafa forgöngu um faglega framþróun, auk þess að veita framkvæmdastjórn faglega ráðgjöf.

## 3.2 Árangursstjórnun og stefnumótandi áætlanir

### Árangursstjórnunarsamningur

Samkvæmt reglugerð nr. 177/2007 um Stjórnarráð Íslands hefur heilbrigðisráðuneytið á hendi yfirstjórn, heildarstefnumótun og framkvæmd þeirra mála er undir það heyra. Í reglugerð um framkvæmd fjárlaga nr. 1061/2004 segir einnig í 5. gr. „Ráðuneyti ákveða þau stefnumið sem hafa skal að leiðarljósi við framkvæmd einstakra mála og hafa frumkvæði að gerð árangursstjórnunarsamninga“.

Árið 2001 gerðu heilbrigðisráðuneytið og Heilbrigðisstofnun Austurlands með sér tveggja ára árangursstjórnunarsamning sem grundvallaðist á frumstefnumótun fyrir stofnunina. Samningnum var ætlað að leggja grunn að mótun stefnu um þjónustu og rekstur til næstu ára. Stofnunin vann að einhverju leyti eftir þessum samningi til ársloka 2003 en ekkert árangursmat fór fram. Í samningnum var kveðið á um að stofnunin skyldi skila ársáætlunum til ráðuneytisins, auk ársskýrsla þar sem gerð væri grein fyrir árangri af þeim markmiðum sem birtust í ársáætlun. Ársáætlanir hafa ekki verið unnar en árið 2000 gaf stofnunin út ársskýrslu. Það er eina heildstæða ársskýrsla hennar um starfsemina og ráðuneytið hefur hvorki kallað eftir skilum á ársáætlunum né ársskýrslum. Einstakir starfsstaðir hafa að eigin frumkvæði unnið ársskýrslur fyrir sína starfsemi en engin samræming er þeirra á milli um innihald, gæði eða framsetningu gagna.

Árangursstjórnunarsamningurinn rann út í árslok 2003 og haustið 2004 lágu fyrir drög að nýjum samningi sem aldrei voru undirrituð. Því hefur enginn árangursstjórnunarsamningur verið í gildi milli HSA og heilbrigðisráðuneytisins frá árslokum 2003.



## Stefnumótandi áætlanir (langtíma- og ársáætlanir)

Í 7. gr. reglugerðar um framkvæmd fjárlaga segir: „Í samræmi við áherslur og markmiðssetningu um árangursstjórnun, bera forstöðumenn ábyrgð á gerð langtímaáætlunar stofnunar, ársáætlunar og ársskýrslu. Langtímaáætlunin skal endurspeglar stefnumörkun og megináherslur starfseminnar. Ráðuneyti ber skylda til að taka afstöðu til langtímaáætlunar stofnana. Ársáætlunin skal rúmast innan fjárheimilda auk þess að tilgreina einstök markmið og mælikvarða á árangur í starfi stofnunar.“ Í 8. gr. segir síðan: „Fyrir miðjan janúar ár hvert skal ráðuneyti taka afstöðu til og staðfesta ársáætlun stofnunar með eða án breytinga.“

Á árunum 2001 til 2005 vann Heilbrigðisstofnun Austurlands að stefnumótun fyrir starfsemina og 2005 lágu fyrir lokadrög að slíkri stefnumótun fyrir 2005–2009 þó þau væru aldrei samþykkt, hvorki af HSA né heilbrigðisráðuneytinu. Drögin voru unnin með aðstoð ráðgjafafyrirtækis og í þeim var gert ráð fyrir að árangur af starfseminni yrði metinn með skilgreindum árangursmælingum. HSA hefur ekki unnið í samræmi við drögin.

Skort hefur á skýra stefnu um lykilatriði í starfsemi Heilbrigðisstofnunar Austurlands. Sem dæmi má nefna að aldrei hefur verið tekin ákveðin afstaða til þess hvort byggja skuli upp miðlægan kjarna í starfseminni. Tvenns konar sjónarmið hafa verið uppi. Annars vegar eru talsmenn þess að skynsamlegt væri að byggja upp miðlægan kjarna á Egilsstöðum sökum miðlægrar staðsetningar á þjónustusvæði stofnunarinnar, nálægðar við alþjóðaflugvöll og þess að þar er fólksfjöldun á þjónustusvæði HSA mest. Hins vegar eru talsmenn uppbyggingar miðlægrar starfsemi í kringum Fjórðungssjúkrahúsið í Neskaupstað (FSN), þrátt fyrir að staðurinn sé úr alfaraleið, samgöngur erfiðar um Oddskarð og staðurinn langt frá meginflugvelli Austurlands. Í raun hefur stofnunin engan miðlægan kjarna í starfsemi sinni því meginstarfsemin er á tveimur stöðum, Egilsstöðum og Neskaupstað. Annað dæmi um skort á skýrri stefnumörkun snýr að starfseiningum á jaðri þjónustusvæðisins, þ.e. á Vopnafirði og Djúpavogi. Þessar starfseiningar telja sig afskiptar og finnast þær ekki tilheyrar HSA með afgerandi hætti. Skortur á skýrri stefnumótun um lykilatriði í starfsemi HSA hefur m.a. hamlað þróun heildstæðrar vinnustaðamenningar innan stofnunarinnar en hún er enn í dag sundurleit og virðist frá upphafi frekar hafa unnið gegn sameiningunni en með henni.

## Gæðaáætlun

Í tengslum við stefnumótunavinnuna vann Heilbrigðisstofnun Austurlands gæðaáætlun fyrir 2002–2004 sem var undirrituð og samþykkt af heilbrigðisráðherra í maí 2003. Framkvæmd áætlunarinnar var ómarkviss og árangur ekki metinn. Stofnunin telur þó þann ávinning af áætluninni að hún hafi verið vegvísir í starfseminni og ýmis verkefni komist í framkvæmd sem

Þar voru tiltekin. Heilbrigðisráðuneytið hafði enga eftirfylgd með því að stofnunin ynni í samræmi við áætlunina. Sem dæmi um verkefni sem urðu að veruleika í tengslum við gæðaáætlunina er ýmiss konar stefnumótun, s.s. starfsmannastefna, upplýsingaöryggisstefna og innkaupastefna. Sumar þeirra hafa verið samþykktar og eftir þeim unnið að einhverju leyti þó að ekkert árangursmat liggi fyrir. Aðrar eru enn ósamþykkt drög.

### 3.3 Fjármálastjórnun

Fjármálastjórnun Heilbrigðisstofnunar Austurlands hefur verið ófullnægjandi frá upphafi, en þó sérstaklega frá 2006 þegar fjármálastjóri stofnunarinnar fór í leyfi. Áætlanagerð, fjárhagslegt eftirlit og eftirfylgd, markvissar og samræmdar rekstrarupplýsingar til stjórnenda og samanburður milli starfseininga hafa verið af skornum skammti. Þó fylgst sé með heildarkostnaði í samanburði við fjárheimildir hjá starfseiningum HSA frá tímabili til tímabils eru þessar upplýsingar ekki brotnar niður á helstu kostnaðarliði innan þeirra. Stopular og takmarkaðar upplýsingar um rekstrarstöðu starfseininga draga úr markvissum viðbrögðum stjórnenda þeirra þegar kostnaður fer umfram áætlun.

Innleiðing á miðlægu fjárhagsbókhaldskerfi sem hófst í upphafi árs 2004 er ekki enn að fullu lokið. Bókhaldið fylgir illa eftir þróun klínískrar starfsemi, t.d. bókast tekjur og gjöld enn á einstakar starfseiningar heilsugæslu Fjarðabyggðar þó hún hafi orðið ein rekstrareining árið 2005 og tekjur og gjöld sjúkrasviða og hjúkrunarsviða bókast saman. Reikningstímabili er að jafnaði lokað 1–1,5 mánuði eftir mánaðarmót, en ætti að vera 20. næsta mánaðar. Hér hefur þó náðst árangur því til skamms tíma tók allt að fjórum mánuðum að loka reikningstímabilum.

Unnið er að því að gera innheimtu HSA miðlæga og þó mikið hafi áunnist er enn nokkuð í land. Áritun reikninga hefur verið tímafrek og ómarkviss. Unnið er að innleiðingu rafræns samþykktakerfis og stefnt að því að það komist í gagnið árið 2009. Það mun gera áritun reikninga mun markvissari og fljótvirkari en verið hefur. Rafræn áritun reikninga hefur gefið góða raun hjá Landspítala.

Heilbrigðisstofnun Austurlands hefur ekki yfir að ráða birgðakerfi og birgðahald er flókið og ógegnsætt. Birgðaskráning hefur setið á hakanum, mikið er um millideildarfærslur og yfirsýn yfir birgðastöðu á hverjum tíma er takmörkuð. Stjórnendur stofnunarinnar telja að birgðakostnaður hafi minnkað síðustu ár samhliða skilvirkara birgðahaldi og birgðaumsýslu, auk þess sem rýrnun hafi minnkað og pöntunarkostnaður lækkað með færri og stærri pöntunum. Ekki liggja þó fyrir fjárhagslegar upplýsingar sem styðja þetta mat.

Launagreining milli starfsstaða hefur einkum falist í að fylgjast með heildarlaunakostnaði á hverjum stað og breytingu hans milli ára. Með nýju skipuriti á að efla skýrslugerð og eftirlit með þróun launakostnaðar og öðrum launaupplýsingum.

### 3.4 Stjórnun tæknimála

Tæknideild hefur umsjón með og annast endurnýjun og viðhald tölvu- og símkerfa HSA, hefur umsjón með rekstrarleigubifreiðum, samræmir innkaup á lækningatækjum og kemur að viðhaldi þeirra og er tengiliður við Fasteignir ríkisins, auk þess að sjá um minniháttar viðhald húsnæðis stofnunarinnar. Frá stofnun hefur tæknideild unnið ötullega að samræmingu tölvu- og tæknimála stofnunarinnar.

Samkvæmt athugun Ríkisendurskoðunar er starfsfólk HSA ánægt með þá þjónustu sem tæknideildin veitir og mikilvægt er að styrkja áfram þann góða grunn sem notendþjónustan byggir á. Útstöðvar eru 140 talsins og þær elstu frá árinu 1999. Vélasalir HSA eru tveir vegna ótryggs sambands milli starfseininga og endurnýjun véla í þeim báðum er orðin brýn sökum aldurs þeirra. Deildin leggur mikla áherslu á að halda kostnaði í lágmarki. Frá árinu 2005 hefur engin markviss endurnýjun átt sér stað, hvorki á tölvum né skjám. Einungis er keypt inn fyrir þann búnað sem dæmdur er ónýtur eða ef bæta þarf við búnaði fyrir nýja starfsmenn. Tæknideild fær 30-70 símtöl á dag og getur leyst 80-85% allra mála á þann hátt. Mælt frá miðju ári 2007 hefur uppitími kerfa hjá HSA verið u.þ.b. 99,5%. Uppitíminn hefur einkum liðið fyrir það hversu rafmagnsleysi hefur verið algengt á Austurlandi. Fyrir nokkru fékk HSA gefins tvær varaafslrafstöðvar, aðra fyrir sjúkrahúsið í Neskaupstað og hina fyrir sjúkrahúsið á Egilsstöðum. Varaafslrafstöðin í Neskaupstað er komin í gagnið en hin ekki.

Nýtt IP símkerfi er að komast í gagnið, aðeins einn staður er enn ótengdur. Nýja símkerfið felur m.a. í sér betri nýtingu gagnaleiða og lækkar rekstrar- og viðhaldskostnað. HSA hefur aðgang að röntgenkerfi FSA. Lyfseðlar eru sendir rafrænt úr Sögu til apóteka. Rannsóknarbeiðnir eru skráðar í Sögu og svör berast sem læknabréf. Gerðar hafa verið úttektir á upplýsingaöryggi hjá HSA, m.a. af Persónuvernd, sem hafa sýnt fram á að HSA uppfyllir öryggiskröfur. HSA heldur rafræna rekstrarhandbók og innkomur í kerfin eru skráðar en ekki fylgst markvisst með þeim.

Sjúkraskrárkerfið Saga er dýr rekstrarliður en eins og flestum heilbrigðisstofnunum landsins er HSA gert að nota það kerfi. Kostnaður vegna Sögu jókst um 4-5 m.kr. árið 2008 vegna hækkunar gjalda og fjölgunar gjaldaliða hjá þjónustusala.

### 3.5 Samskipti og upplýsingaflæði

Framkvæmdastjórn fundar að jafnaði vikulega. Fundirnir eru haldnir til skiptis á starfsstöðum Heilbrigðisstofnunar Austurlands til að stjórnendur þeirra hafi auðveldara aðgengi að framkvæmdastjórn og geti tekið þátt í fundunum eftir því sem við á. Með nýju skipulagi hafa sviðsstjórar stoðsviða heildarsýn yfir starfseiningar stofnunarinnar og verða tengiliðir og ráðgjafar við þær varðandi sína málaflokka, auk þess að vera framkvæmdastjórn til aðstoðar og ráðgjafar hver á sínu sviði.

Athugun Ríkisendurskoðunar leiddi í ljós að starfsmenn HSA telja að klínískir framkvæmdastjórar séu of fjarlægir daglegri starfsemi eininganna og skorti því oft nauðsynlegan skilning á aðstæðum þeirra.

Samskipti milli hjúkrunarstjóra eru stopul þó framkvæmdastjóri hjúkrunar hafi gert tilraunir til að halda reglulega fundi. Það er því fremur lítið og ómarkvisst samstarf milli hjúkrunarstjóra sem hefur m.a. í för með sér að hægt gengur að samræma vinnubrögð og skapa heildstæðan og samtaka hóp hjúkrunarstjórnenda hjá HSA.

Læknaráð fundar að jafnaði einu sinni í mánuði. Hjúkrunarráð hefur lítið sem ekkert starfað frá stofnun HSA.

Athugun Ríkisendurskoðunar leiddi í ljós að almenn ánægja er með innri vef HSA. Hann er talinn einn af velheppnuðu þáttunum í sameiningarferli HSA og ýta undir einingu starfsmanna. Hann er að jafnaði vel uppfærður og þar er að finna helstu upplýsingar sem starfsmenn þurfa á að halda í starfi sínu.

### 3.6 Mat og ábendingar

#### 3.6.1 Nýtt skipurit leggur grunn að sterkari stofnun

Ríkisendurskoðun telur að nýtt skipurit Heilbrigðisstofnunar Austurlands leggi grunn að jákvæðri þróun stofnunarinnar til framtíðar. Það muni m.a. draga úr þeirri svæðaskiptingu sem einkennt hefur stjórnskipulagið, efla heildarsýn stjórnenda og starfsmanna yfir rekstur og starfsemi HSA og stuðla að heildstæðari vinnustaðamenningu. Bent er á mikilvægi þess að ábyrgð og umboð þeirra stjórnenda sem stillt er upp við hlið klínískra framkvæmdastjóra á hvoru kjarnasviði fyrir sig séu skýr, ekki síst þar sem framkvæmdastjórn hefur gefið það út að lögboðið hlutverk framkvæmdastjóra lækninga og hjúkrunar verði áfram óskert fyrir HSA í heild. HSA ætti að skilgreina lykilmæliskvarða fyrir hvert svið svo meta megi árangur þeirra á hlutlægan hátt.

### 3.6.2 Uppbygging öflugrar stoðþjónustu er mikilvæg

Markviss uppbygging stoðþjónustunnar er mikilvæg, sérstaklega verður að taka fjármálin fastari tökum en verið hefur og bæta skipulega úr þeim vanköntum sem stofnunin hefur glímt við í þeim efnum til þessa (sjá 4.5.1)

### 3.6.3 Gera þarf árangursstjórnunarsamning

Ríkisendurskoðun veur athygli á því að enginn árangursstjórnunarsamningur hefur verið í gildi milli heilbrigðisráðuneytisins og HSA síðan 2003. Heilbrigðisráðuneytinu ber að hafa forystu að gerð árangursstjórnunarsamnings við HSA og tryggja markvissa eftirfylgni með framkvæmd hans, m.a. að fram fari reglubundið árangursmat. Stefnumótandi áætlanir HSA, bæði langtíma- og ársáætlanir, ættu síðan að byggja á þeim áherslum sem birtast í árangursstjórnunarsamningnum.

### 3.6.4 Stefnumótandi áætlanagerð er ábótavant hjá HSA

Stefnumótandi áætlanagerð, bæði hvað varðar langtímaáætlanir og ársáætlanir, hefur verið ábótavant hjá HSA, auk þess sem HSA hefur aðeins unnið eina heildstæða ársskýrslu frá stofnun árið 1999. Mikilvægt er að úr þessu verði bætt.

Ríkisendurskoðun telur að markmið HSA og skilgreindar leiðir til að uppfylla hlutverk stofnunarinnar séu metnaðarfull (sjá viðauka I og II). Hins vegar er framkvæmd þeirra óljós og ekki liggur fyrir hvernig árangur skuli metinn. Skilgreina verður aðgerðir sem raungera eiga markmiðin, ábyrgð, framkvæmdatíma og kostnað, ásamt því hvernig meta skuli árangur.

### 3.6.5 Heilbrigðisráðuneytið hefur ekki sinnt eftirfylgnihlutverki sínu

Heilbrigðisráðuneytið hefur ekki sinnt sem skyldi eftirfylgni með gerð og framkvæmd stefnumótandi áætlana HSA. Þá er aðkoma ráðuneytisins að stefnumótandi lykilákvörðunum í starfsemi HSA nauðsynleg. Ríkisendurskoðun telur að heilbrigðisráðuneytið og HSA hefðu í upphafi sameiningar átt að taka skýra afstöðu til þess hvar og hvernig meginstarfsemi stofnunarinnar skyldi byggjast upp. Leiða má líkur að því að til lengri tíma litið sé tvískipting meginstarfseminnar milli Neskaupstaðar og Egilsstaða óhagkvæm. Ríkisendurskoðun væntir þess að nýstofnað stefnumótunarsvið heilbrigðisráðuneytisins muni beita sér fyrir markvissari þátttöku ráðuneytisins í stefnumótandi lykilákvörðunum HSA og stuðningi þess við þær.

Lítill hefð er fyrir markvissri stefnumótun, framkvæmd stefnu og mati á árangri í heilbrigðisþjónustu á Íslandi, bæði innan heilbrigðisráðuneytisins og undirstofnana þess. Ríkisendurskoðun telur að erfitt sé að efla þennan

þátt í starfsemi heilbrigðisstofnana meðan ráðuneytið sjálft sýnir litla viðleitni í þá átt. Ríkisendurskoðun væntir þess að nýstofnað stefnumótunarsvið ráðuneytisins muni einnig beita sér fyrir umbótum í þessum efnunum.

### 3.6.6 Efla þarf faglega (klíníska) stjórnun

Ríkisendurskoðun beinir því til klínískra framkvæmdastjóra að leita leiða til að efla faglega stjórnun HSA og reglubundin samskipti við starfseiningar, sérstaklega þarf að efla samskipti og samstarf meðal hjúkrunarstjórna.

### 3.6.7 Stjórnun tæknimála

Ríkisendurskoðun leggur til að heilbrigðisráðuneytið kanni hvort tæknideild HSA geti orðið frumgerð (*prototype*) fyrir sameiningar annarra heilbrigðisstofnana á landinu, hvað tæknimál þeirra varðar.

Brýnt er að tryggja nauðsynlega endurnýjun véla í vélasal HSA í ljósi þess hversu stórt hlutverk örugg rafræn samskipti skipa í nútíma heilbrigðisþjónustu. Varaafslrafstöð komst nýlega í gagnið fyrir sjúkrahúsið í Neskaupstað. Mikilvægt er að varaafslrafstöð sem er til staðar fyrir sjúkrahús Egilsstaða verði einnig gerð gangfær í ljósi þess hversu rafmagnsleysi á þjónustusvæði HSA er algengt.

Ríkisendurskoðun bendir á mikilvægi þess að yfirlæknar HSA fylgist vel með kerfisdagbókum um aðgang í sjúkraskrárkerfið Sögu til að tryggt sé að starfsmenn nýti þær upplýsingar sem þar eru eingöngu í þágu sjúklinga<sup>6</sup>.

### 3.6.8 Endurskoða þarf þjónustusamninga vegna sjúkraskrárkerfisins Sögu

Ríkisendurskoðun telur rétt að heilbrigðisráðuneytið endurskoði þjónustusamninga vegna sjúkraskrárkerfisins Sögu og geri skýrar kröfur um þjónustu, ábyrgð, skyldur og árangur þjónustusala gagnvart heilbrigðisstofnunum í landinu. Einnig þarf að vera skýrt hvernig gjaldtöku þjónustusala skuli háttáð. Núverandi þjónustusamningur ráðuneytisins við þjónustusala gerir litlar kröfur varðandi þjónustu hans við heilbrigðisstofnanir, auk þess sem honum virðist vera nánast í sjálfsvald sett hvaða og hversu há gjöld hann leggur á þær vegna kerfisins.

Rétt er að taka fram að starfandi er stýrihópur um upplýsingatækni á vegum heilbrigðisráðuneytisins sem m.a. hefur þetta mál til skoðunar<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> Reglur um meðferð og afhendingu heilsufarsupplýsinga.

<sup>7</sup> <http://www.heilbrigdisraduneyti.is/frettir/nr/2972>.

## 4 Rekstrarafkoma og þróun kostnaðar 2004–2007

Höfuðstóll Heilbrigðisstofnunar Austurlands í árslok hefur verið neikvæður frá og með árinu 2003. Meta þarf hvort rekstrargrunnur stofnunarinnar sé raunhæfur miðað við núverandi umfang klínískrar starfsemi, stærð þjónustuvæðisins og þá auknu eftirspurn sem fólksfjöldun sýðustu ára á Austurlandi hefur haft í för með sér. Breytingar á rekstrargrunni stofnunarinnar eru lítið eða ekki umfram vísitölu neysliverðs og launa á tímabilinu þrátt fyrir aukin umsvif hennar á sama tíma. Kostnaður á íbúa á þjónustuvæði HSA á tímabilinu fylgdi þróun vísitölu og jókst um 23%.

### 4.1 Rekstur og afkoma 2004–2007

Kostnaður af starfsemi Heilbrigðisstofnunar Austurlands er eins og annarra heilbrigðisstofnana greiddur úr ríkissjóði og af sértekjum. Á tímabilinu 2004 til 2007 jukust rekstrargjöld stofnunarinnar um 41,8% á verðlagi hvers árs en sértekjur hækkuðu um 41,3%. Hlutfallsleg hækkun gjalda og sértekna hélst þannig í hendur. Framlag úr ríkissjóði hækkaði á sama tíma um 37,2%. Sértekjur HSA koma m.a. frá leigutekjum, daggjöldum og vörusölu. Síðustu ár hefur stofnunin jafnframt fengið nokkrar sértekjur af þjónustusamningum vegna stóriðjuframkvæmda.

4.1	Þróun rekstrar og afkomu 2004–2007				
Í m.kr. (á verðlagi hvers árs)	2004	2005	2006	2007	Breyting 2004–07
Sértekjur	133,8	173,6	171,4	189,0	41,3%
Framlög úr ríkissjóði	1.278,5	1.379,0	1.578,9	1.754,0	37,2%
<b>Tekjur alls</b>	<b>1.412,3</b>	<b>1.552,6</b>	<b>1.750,3</b>	<b>1.943,0</b>	<b>37,6%</b>
<b>Gjöld alls</b>	<b>1.403,3</b>	<b>1.603,0</b>	<b>1.691,9</b>	<b>1.989,9</b>	<b>41,8%</b>
Fjármunatekjur/gjöld	1,1	1,4	1,3	-0,4	
Afgangur / halli	10,1	-49,0	59,7	-47,3	
Höfuðstóll í ársbyrjun	-26,2	-16,1	-65,1	-5,3	
Höfuðstóll í árslok	-16,1	-65,1	-5,3	-46,3	

Vegna fjárveitinga á fjárukalögum skilaði rekstur HSA afgangi árin 2004 og 2006 en aukafjárveitingin árið 2007 nægði hins vegar ekki til að greiða niður halla ársins. Hann færðist því yfir á árið 2008. Aukafjárveitingar eru að jafnaði skammtímalausnir sem létta á rekstrarvanda þau ár sem þær eru

veittar en fela yfirleitt ekki í sér lausnir til framtíðar eins og niðurskurður í þjónustu eða leiðrétting rekstrargrunns gerir.

Árið 2007 voru fjármagnsgjöld 362 þús.kr. umfram fjármunatekjur vegna hækkandi yfirdráttarláns sem var einkum tekið til að liðka fyrir greiðslum til birgja. Í árslok 2007 voru viðskiptaskuldir HSA tæpar 120 m.kr. en skammtímakröfur voru um 60 m.kr.

Halli ársins 2008 stefnir í u.þ.b. 300 m.kr. Það ár rak stofnunin starfsemina á hærri yfirdráttarheimild en nokkru sinni áður. Engu að síður skuldaði hún birgjum jafnan háar fjárhæðir. Margir þeirra hótuðu ítrekað að hætta viðskiptum við HSA vegna vanskila, m.a. hótuðu RARIK og Orkusalan að loka fyrir rafmagn til stofnunarinnar.

Með fjáráukalögum 2008 var halli ársins bættur að mestu þannig að stofnunin byrjaði árið 2009 nokkurn veginn með hreint borð. HSA þarf að taka á sig almennan niðurskurð í fjárveitingum árið 2009 eins og aðrar ríkisstofnanir og er fjárveiting skv. fjárlögum það ár tæplega 4% lægri en heildarfjárheimild 2008. Stofnunin verður því að hagræða verulega og skera nokkuð niður í þjónustu til að halda sig innan fjárheimilda.

Eins og komið hefur fram hefur Heilbrigðisstofnun Austurlands nokkur undanfarin ár fengið fjárveitingar á fjáráukalögum til að greiða niður hallarekstur. Samkvæmt lögum og reglum<sup>8</sup> ber forstöðumaður ábyrgð á að rekstrarútgjöld og rekstrarafkoma stofnunar séu í samræmi við fjárheimildir og að fjármunir séu nýttir á árangursríkan hátt. Gangi það ekki eftir getur ráðuneyti samkvæmt sömu lagagreinum veitt forstöðumanni áminningu og, við ítrekuð brot, lausn frá embætti. Heilbrigðisráðuneytið hefur ekki beitt fyrir sig ákvæðum laganna. Af ofangreindu má álykta að ástæða hallarekstursins hafi fremur verið talin sú að stofnuninni hafi verið sniðinn of þröngur fjárhagslegur stakkur miðað við umfang veittrar þjónustu en að fjármálastjórnun hennar hafi verið ábótavant. Heilbrigðisráðuneytið fellst ekki á þessa ályktun þó engin gögn liggja fyrir um það að ráðuneytið hafi haft það eftirlit með framkvæmd fjárlaga hjá HSA sem reglur kveða á um, en í 12. gr. reglugerðar um framkvæmd fjárlaga segir: „Ráðuneyti skal reglubundið og ekki sjaldnar en þriðja hvern mánuð bera saman áætlun og útgjöld. Komi í ljós eftir könnun ráðuneytis á útgjöldum stofnunar, eða að fengnum upplýsingum forstöðumanns, að útgjöld stofnunar eru meira en 4% umfram áætlun hennar skal ráðuneyti hafa frumkvæði að því að leita skýringa og beita sér fyrir að forstöðumaður gripi til nauðsynlegra aðgerða til að færa útgjöld að heimildum.“

---

<sup>8</sup> 38. gr. laga nr 70/1996 um réttindi og skyldur starfsmanna ríkisins og 49. gr. laga nr. 88/1997. um fjárreiður ríkisins.



Heilbrigðisstofnun Austurlands hefur gert tillögur til heilbrigðisráðuneytisins um niðurskurð í þjónustu en þeim hefur verið hafnað án þess að aðrar tillögur hafi komið í staðinn. Niðurskurður í þjónustu HSA er stórpólitísk ákvörðun því að hún felur annars vegar í sér skerta heilbrigðisþjónustu fyrir íbúa Austurlands og hins vegar skerta atvinnu-  
möguleika í fjórðungnum því starfseiningar stofnunarinnar eru oft með stærstu vinnustöðum í sínum byggðalögum. Heilbrigðisráðuneytið þarf að koma að því að skilgreina þá þjónustu sem stofnunin á að veita enda er það eitt af hlutverkum þess eins og fram kemur í 5. gr. reglugerðar um framkvæmd fjárlaga en þar segir m.a.: „Ráðuneyti ákveða þau stefnumið sem hafa skal að leiðarljósi við framkvæmd einstakra mála og hafa frumkvæði að gerð árangursstjórnunarsamninga. Ráðuneytin hafa eftirlit með fjárreiðum stofnana sem undir þau heyra.“

## 4.2 Kostnaðarþróun 2004–2007

Á tímabilinu 2004–2007 fjölgaði íbúum á þjónustusvæði HSA um 15,5%. Mestur varð íbúafjöldinn árið 2006, 13.185 manns. Þessi mikla fólksfjölgun hefur haft í för með sér stórauðna eftirspurn eftir þjónustu HSA. Laun og launatengd gjöld hækkuðu um 42,2% á tímabilinu en alls jókst kostnaður fyrir utan húsnæðiskostnað og eignakaup um 39,5%.

### 4.2 Þróun kostnaðar 2004–2007

Í m.kr. (á verðlagi hvers árs)	2004	2005	2006	2007	Breyting 2004–07
Laun og launatengd gjöld	1.072,9	1.174,7	1.298,0	1.526,2	42,2%
Aðkeypt sérfræðiþjónusta	75,6	113,2	120,4	97,7	29,2%
Lækninga- hjúkrunar- og rannsóknarvörur	22,8	24,3	25,1	30,9	35,5%
Lyf og lyfjatengd efni	25,2	28,8	29,2	34,4	36,5%
Annar rekstrarkostnaður	130,2	140,0	141,4	160,9	23,6%
<b>Samtals gjöld án húsnæðis og eignakaupa</b>	<b>1.326,7</b>	<b>1.481,0</b>	<b>1.614,1</b>	<b>1.850,1</b>	<b>39,5%</b>
Húsnæðiskostnaður	65,7	81,5	72,0	119,7	82,2%
Eignakaup	10,9	40,5	5,8	20,1	84,4%
<b>Gjöld alls</b>	<b>1.403,3</b>	<b>1.603,0</b>	<b>1.691,9</b>	<b>1.989,9</b>	<b>41,8%</b>
% br. á heildargjöldum f. f. ári	4,4%	11,6%	9,0%	14,6%	41,8%
% br. á launavísitölu	4,75%	6,8%	9,5%	9,1%	27,5%
% br. á veginni vísitölu*	4,0%	5,3%	8,4%	7,4%	22,7%
Mannfjöldi**	10.210	11.641	13.185	11.797	
% br. á mannfjölda f. f. ári	6,5%	14,0%	13,3%	-10,5%	15,5%
Kostnaður á íbúa (þús.kr)	137	138	128	169	22,7%

\* Þar sem laun vega 75% og rekstrargjöld 25%

\*\* Mannfjöldi miðast við tölur Hagstofu Íslands 31. desember ár hvert.

Kostnaður á hvern íbúa á þjónustuvæði HSA sveiflaðist nokkuð á tímabilinu 2004–2007 en í heild hækkaði hann í takt við þróun veginnar vísitölu launa og neysluverðs, þ.e. um 23%.

Kostnaður vegna ósjúkratryggðra sjúklinga hefur verið mikill frá upphafi stóriðjuframkvæmdanna þegar erlent vinnuafli fór að streyma til Austurlands. HSA hefur þurft að afskrifa kröfur vegna þessara sjúklinga, t.d. vegna þess að ljósrít af vegabréfum og öðrum skilríkjum hafa ekki skilað sér og Tryggingastofnun ríkisins því hafnað greiðslu.

Rekstur sjúkrahúsanna nam rúmlega 66% af heildarkostnaði HSA árið 2007 og jókst kostnaðurinn um 24,5% frá 2005. Rekstur heilsugæslu nam um 34% af heildarkostnaði stofnunarinnar árið 2007 og jókst sá kostnaður um tæp 19% frá 2005.

### 4.3 Þróun launa og mannafla

Heildarlaunakostnaður HSA á tímabilinu 2004–2007 jókst um 42,2% en launavísitala hækkaði um 27,5% á sama tíma. Laun og launatengd gjöld voru að jafnaði um 75% af heildargjöldum HSA og er það svipað og gerist og gengur hjá öðrum heilbrigðisstofnunum.

Helstu skýringar á launahækkunum, auk kjarasamningshækkana, voru aukinn vaktkostnaður vegna sjúkraflutninga, um 53,4% hækkun á hlutfalli launatengdra gjalda, mikil yfirvinna vegna viðvarandi skorts á starfsfólki og töluverð fjölgun starfsmanna, s.s. vegna opunar heilsugæslunnar á Reyðarfirði, opunar á endurbyggðum deildum FSN, aukinnar þjónustuparfar einkum hjá heilsugæslunni á Egilsstöðum í kjölfar fjölgunar íbúa vegna stóriðjuframkvæmda, aukningar í eftirspurn eftir heimahjúkrun og ráðningar afleysingarfólks vegna samningsbundinna námsleyfa. Stóriðjuframkvæmdirnar leiddu af sér töluverða þenslu í fjórðungnum. Það hafði m.a. í för með sér að HSA var ekki lengur eins samkeppnishæft í launum og áður, mikill skortur varð á faglærðu og ófaglærðu starfsfólki og launakostnaður þrýstist upp á við.

#### Þróun kostnaðar á stöðugildi

Stöðugildum á sjúkrahúsum HSA fjölgaði um 11,5% á tímabilinu 2004–2007. Launakostnaður á stöðugildi hækkaði um 27,2% og þróaðist þannig u.þ.b. í takt við hækkun almennrar launavísitölu á tímabilinu (27,5%). Heildarkostnaður á stöðugildi hækkaði um 28,5% og er það töluvert umfram vegna vísitölu launa og neysluverðs sem hækkaði um 22,7%. Þar vegur þyngst mikill húsnæðiskostnaður og eignakaup í tengslum við að endurbyggðar deildir á FSN voru teknar í notkun.

Stöðugildum í heilsugæslu HSA fjölgaði um 3,7% á tímabilinu 2004–2007. Launakostnaður á stöðugildi hækkaði um 38,1% og heildarkostnaður á stöðugildi um 33,3%. Þetta er nokkuð umfram vísitöluhækkunir tímabilsins. Ástæður þessa voru m.a. þensluáhrif vegna stóriðjuframkvæmda sem ýttu undir launaskrið hjá fyrirtækjum á Austurlandi, þ.m.t. HSA. Hlutfall launa og launatengdra gjalda af heildargjöldum heilsugæslunnar hækkaði á tímabilinu, m.a. vegna samdráttar í aðkeyptri sérfræðipjónustu samhliða fastráðningu læknis á Egilsstöðum.

### 4.3 Kostnaður á stöðugildi hjá HSA 2004–2007

Í þús.kr.	2004	2005	2006	2007	Breyting 2004–07
<b>Sjúkrahús</b>					
Stöðugildi	136,97	137,27	139,12	152,72	11,5%
Launakostn. á stöðugildi	5.351	5.804	6.167	6.808	27,2%
Kostn. alls á stöðugildi	6.743	7.561	7.773	8.665	28,5%
<b>Heilsugæsla</b>					
Stöðugildi	71,00	72,85	77,85	73,6	3,7%
Launakostn. á stöðugildi	4.789	4.639	5.653	6.611	38,1%
Kostn. alls á stöðugildi	6.850	7.760	7.892	9.131	33,3%

### Samanburður á launakostnaði við aðrar heilbrigðisstofnanir

Heildarlaun á hvert ársverk árin 2006 og 2007 voru litlu hærri hjá HSA en Heilbrigðisstofnun Ísafjarðarbæjar (HSÍ) en talsvert lægri en hjá Heilbrigðisstofnun Suðurlands (HSU). Hækkun heildarlaunakostnaðar hjá HSA má einkum rekja til sjúkra- og hjúkrunarsviðs og þá sérstaklega Fjórðungssjúkrahússins í Neskaupstað. Þar var opnuð endurbyggð hjúkrunardeild í apríl 2007 og endurbyggð endurhæfingardeild um svipað leyti sem kallaði á fjölgun fagmenntaðs starfsfólks í hærri launaflokkunum.

### 4.4 Samanburður á launum á ársverk hjá HSA, HSÍ og HSU 2006 og 2007

	2006	2007	Breyting 2006–07
HSA	5.480.237	6.133.084	11,9%
HSÍ	5.440.865	5.942.160	9,2%
HSU	6.497.917	6.969.735	7,3%

Hjúkrunarfræðingar og sjúkraliðar eru fjölmennustu starfsstéttir flestra heilbrigðisstofnana. Þrátt fyrir að HSA skeri sig ekki úr þegar heildarlaun á hvert ársverk stofnananna eru skoðuð þá sýnir athugun á meðallaunum tveggja stærstu starfsstéttanna aðeins aðra mynd.

Eins og fram kemur í töflu 4.5 voru bæði hjúkrunarfræðingar og sjúkraliðar hjá HSA með hærri meðal heildarlaun á ársverk árið 2007 en sambærilegar stéttir hjá Heilbrigðisstofnun Ísafjarðarbæjar og Heilbrigðisstofnun Suðurlands. Ef meðal dagvinnulaun á ársverk eru hins vegar skoðuð sést að launamunur milli stofnananna minnkar töluvert þó HSA sé enn hæst. Eins og áður hefur komið fram voru helstu skýringar á þessari þróun þensluáhrif vegna stóriðjuframkvæmda sem ýttu undir launaskrið.

#### 4.5 Meðallaun hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða á ársverk, árið 2007, hjá HSA, HSÍ, HSU og á landinu öllu

	HSA	HSÍ	HSU	Landið allt
<b>Meðal heildarlaun</b>				
Hjúkrunarfræðingar	495.592	492.264	440.806	452.865
Sjúkraliðar	337.020	277.596	320.001	332.953
<b>Meðal dagvinnulaun</b>				
Hjúkrunarfræðingar	311.662	303.660	302.921	299.694
Sjúkraliðar	218.871	207.419	213.656	218.258

Upplýsingar frá Fjársýslu ríkisins.

#### 4.4 Forsendur ríkisframlaga

Stjórnendur HSA telja að þær forsendur sem heilbrigðisráðuneytið gengur út frá í reiknilíkani sínu við að ákveða ríkisframlög til stofnunarinnar séu ekki nægilega raunhæfar.

Hjúkrunardeildin í Neskaupstað var hönnuð sem sjálfstæð eining með 12 rúmum. Deildin er nýtt að fullu. Þrátt fyrir þetta fékk sjúkrahúsið aðeins greitt fyrir 9 rúm frá opnun deildarinnar um mitt ár 2007 þar til leiðrétting fékkst á fjárlögum ársins 2009. Hjúkrunarheimilið Sundabúð er óhagkvæm rekstrareining sökum smæðar og einangrunar Vopnafjarðar og því er rekstrarkostnaður heimilisins hærri en reiknilíkan ráðuneytisins gerir ráð fyrir. Ekki hefur verið tekið tillit til þessa, né heldur þess að nauðsynlegt er talið að halda einu rýminu lausu sem bráðarými.

Endurbyggð endurhæfingardeild í Neskaupstað var formlega opnuð af heilbrigðisráðherra á vormánuðum 2007 án þess að fengist hefði fjárveiting til rekstrarins á fjárlögum, hvorki árið 2007 né 2008. Heilbrigðisráðuneytið veitti hins vegar 30 m.kr. til tækjakaupa fyrir deildina fyrir opnun hennar. Á fjárlögum 2009 er tekið tillit til reksturs deildarinnar.

Þeir hjúkrunarfræðingar og ófaglærðu starfsmenn sem reiknilíkanið gerir ráð fyrir að þörf sé fyrir í heilsugæslu eru of fáir að mati HSA. Landfræðilegar aðstæður, stærð þjónustusvæðisins og erfiðar samgöngur

gera það að verkum að forsendur reiknilíkansins eiga ekki alltaf við, s.s. hvað snertir raunhæfa samnýtingu starfsfólks.

HSA tók við rekstri Helgafells á Djúpavogi í ársbyrjun 2008 að beiðni heilbrigðisráðuneytisins þrátt fyrir að Helgafell sé dvalarheimili og falli þar með ekki undir hefðbundna starfsemi HSA. Ráðuneytið greiðir dvalarheimilisdaggjöld með hverjum heimilismanni. Engu að síður eru þeir sem dvelja á dvalarheimilinu í raun flestir hjúkrunarsjúklingar og þyrftu að fá faglega þjónustu og umönnun sem slíkir. Aðstaða á Helgafelli og mönnun tekur ekki tillit til þessarar staðreyndar né heldur sú fjárveiting sem HSA fær fyrir rekstrinum. Þetta veldur bæði heimilismönnum og starfsmönnum Helgafells, sem allir eru ófaglærðir, óöryggi og vanlíðan að eigin sögn. Loforð um 10 m.kr. greiðslu til rekstrarins í ársbyrjun 2008 var efnt í desember 2008.

## 4.5 Mat og ábendingar

### 4.5.1 Stjórnendur HSA verða að beita auknu aðhaldi í rekstri

Samkvæmt lögum og reglum um fjárreiður ríkisins og réttindi og skyldur opinberra starfsmanna ber forstöðumaður ábyrgð á að stofnun sem hann stýrir starfi í samræmi við lög, stjórnvaldsfyrirmæli og erindisbréf og að rekstrarútgjöld og rekstrarafkoma stofnunarinnar séu í samræmi við fjárheimildir. Það er því mat Ríkisendurskoðunar að stjórnendur HSA verði að sýna meira aðhald og útsjónarsemi í rekstri stofnunarinnar en verið hefur. Efla þarf markvissa fjármálastjórnun og reglubundið fjárhagslegt eftirlit með rekstrinum, skerpa á rekstrarlegri ábyrgð allra stjórnenda HSA, jafnt klínískra sem annarra, og efla kostnaðarvitund starfsmanna.

### 4.5.2 Heilbrigðisráðuneytið á að hafa virkara eftirlit með rekstri stofnana sinna

Vegna langrar sögu um rekstrarvanda HSA telur Ríkisendurskoðun brýnt að heilbrigðisráðuneytið hafi virkt eftirlit með framkvæmd fjárlaga hjá stofnuninni í samræmi við ákvæði í reglugerð um framkvæmd fjárlaga. Þannig aukast líkur á því að koma megi í veg fyrir stórfelldan rekstrarhalla í árslok. Hallarekstur HSA hefur endurtekið verið bættur á fjáraukalögum og heimild til áminningar hefur ekki verið beitt. Það virðist því hafa verið mat stjórnvalda að ástæða hallarekstursins hafi fremur legið í því að stofnuninni hafi verið sniðinn of þröngur fjárhagslegur stakkur miðað við umfang veittrar þjónustu en að fjármálastjórnun hennar hafi verið ábótavant. Heilbrigðisráðuneytið fellst ekki á þessa túlkun.

### 4.5.3 Skilgreina þarf hvaða þjónustu HSA á að veita

Ríkisendurskoðun telur nauðsynlegt að heilbrigðisráðuneytið komi að því með HSA að skilgreina hvaða þjónustu stofnunin skuli veita, eins og

reglugerð um framkvæmd fjárlaga kveður á um, og beiti sér síðan fyrir því að stofnunin fái fjárveitingar í samræmi við raunkostnað þeirrar þjónustu.

#### **4.5.4 Fjárveitingar eru ekki í samræmi við umfang starfsemi HSA**

Það er mat Ríkisendurskoðunar að fjárveitingar til HSA undanfarin ár hafi ekki verið í samræmi við eðli og umfang starfseminnar. Ekki fengust fjárveitingar að fullu fyrir rekstri endurhæfingardeildar og hjúkrunardeildar á FSN eftir endurbyggingu fyrr en á fjárlögum 2009, ekki hefur verið tekið fullnægjandi tillit til þeirrar kostnaðaraukningar sem stóraukin eftirspurn eftir heilbrigðisþjónustu hafði í för með sér í kjölfar stóriðjuframkvæmda á Austurlandi, ekki hefur verið tekið fullt tillit til erfiðleika heilsugæslustöðva við samnýtingu starfsfólks vegna fjarlægða og erfiðra samgangna og svo mætti áfram telja.

#### **4.5.5 Koma þarf í veg fyrir að stofnanir ríkisins fjármagni rekstur með yfirdráttarlánnum**

Samkvæmt reglum fjármálaráðuneytisins er ríkisstofnunum óheimilt að fjármagna rekstur sinn með yfirdráttarlánnum. Ríkisendurskoðun telur óviðunandi að stofnanir ríkisins telji ekki aðra leið færa en að fjármagna reksturinn með yfirdráttarlánnum og greiði jafnvel milljónir króna í yfirdráttarvexti til banka í stað þess að nýta það fé til að fjármagna þjónustu. Stjórnvöld verða að leita leiða til að breyta þessu.

#### **4.5.6 Taka þarf afstöðu til framtíðarreksturs Helgafells á Djúpavogi**

Ríkisendurskoðun beinir því til heilbrigðisráðuneytisins að taka rekstur dvalarheimilisins Helgafells til gagngerrar endurskoðunar. Rekstur þess fellur ekki undir skilgreint hlutverk HSA. Auk þess eru heimilismenn í raun hjúkrunarsjúklingar og fá því ekki þá faglegu heilbrigðisþjónustu sem þeim ber við núverandi aðstæður. Heilbrigðisráðuneytið getur gert eitt af þrennu, lagt rekstur heimilisins niður, tryggt að þar séu í raun einstaklingar sem eiga heima á dvalarheimili en ekki hjúkrunarheimili eða skilgreint heimilið sem hjúkrunarheimili og tryggt því viðeigandi fjárveitingar sem slíku þannig að hægt verði að veita þá faglegu þjónustu sem heimilismönnum hjúkrunarheimilis ber.

## 5 Þróun klínískrar starfsemi 2005–2007

---

Ríkisendurskoðun telur brýnt að aflað verði meiri og betri starfsemissupplýsinga í heilbrigðisþjónustunni. Án samræmdra og áreiðanlegra upplýsinga verður samanburður heilbrigðisstofnana erfiður og jafnvel vafasamur. Á tímabilinu 2005–2007 jókst öll starfsemi HSA verulega vegna mikillar fólksfjölgunar. Greining Ríkisendurskoðunar bendir til þess að skilvirkni vinnuafis og fjármagns hjá HSA hafi einnig aukist á sama tíma, sérstaklega hjá heilsugæslunni.

### 5.1 Sjúkrahús HSA

Í áður gildandi lögum um heilbrigðisþjónustu, nr. 97/1990, flokkuðust sjúkrahúsin á Egilsstöðum og Seyðisfirði sem almenn sjúkrahús en sjúkrahúsið í Neskaupstað<sup>9</sup> sem deildarsjúkrahús. Í nýjum lögum um heilbrigðisþjónustu, nr. 40/2007, er ekki gerður sérstakur greinarmunur á þessum tveimur tegundum sjúkrahúsa. Starfsemi allra sjúkrahúsanna skiptist í sjúkrasvið og hjúkrunarsvið og er rekstur hjúkrunardeilda í raun aðalstarfsemi sjúkrahúsanna á Egilsstöðum og Seyðisfirði<sup>10</sup>.

#### 5.1.1 Sjúkrasvið

Við mat á þróun afkasta á sjúkrasviði er einkum horft á innlagnir (öðru nafni legur), legutíma, legurými og fjölda aðgerða og rannsókna. Áreiðanlegar upplýsingar um komur á dag- og göngudeildir voru ekki fyrir hendi og því var ekki hægt að taka þá starfsemi með í athugunum á þróun starfseminnar. HSA hefur ekki hafið markvissa innleiðingu DRG (Diagnosis Related Groups) sjúklingaflokkunarkerfisins<sup>11</sup> þó að FSN hafi flokkað sjúklinga samkvæmt því að hluta til frá 1. júlí 2008. Því er ekki hægt að nota slíkar upplýsingar til að meta þróun eða til samanburðar við önnur sjúkrahús.

HSA metur ekki hjúkrunarþyngd (bráðleika) sjúklinga á sjúkradeildum sínum en hún segir til um hversu veikir þeir eru og þar með hversu mikla umönnun hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða þeir þurfa. Gera má ráð fyrir að sjúklingar á sjúkradeildum HSA séu veikari og þurfi meiri umönnun en áður var. Sú þróun hefur átt sér stað á landsvísu í kjölfar þess að landsmenn eru að eldast og lifa lengur en áður vegna framþróunar í heilbrigðisvísindum.

---

<sup>9</sup> Sjá nánar um sjúkrahúsið í Neskaupsstað (FSN) í viðauka IV.

<sup>10</sup> Sjá nánar um starfsemi þeirra Viðauka III.

<sup>11</sup> Sjá í Viðauka V um DRG sjúklingaflokkunarkerfið.

### Innlagnir, meðallegutími og rúmanýting á sjúkradeildum

Innlögnum á sjúkradeildir HSA fjölgaði að meðaltali um 8,1% á árunum 2005–2007 þrátt fyrir nokkurn samdrátt á Egilsstöðum vegna sumarlokana 2006 og 2007. Langflestir sem leggjast inn á sjúkrahúsin eru frá þjónustusvæði HSA. Útlendingum hefur fjölgað mikið síðustu ár eða úr 3% af heildarinnlögnum árið 2004 í 10% árið 2007.

Ein af þeim leiðum sem notaðar eru til að auka skilvirkni sjúkrahúsa er að stytta legutíma. Eins og sjá má í töflu 5.1 hefur meðallegutími á sjúkradeildum HSA í heild styst um 1,4 daga á tímabilinu 2005–2007 og var 6,5 dagar árið 2007.

#### 5.1 Meðallegutími á sjúkradeildum 2005–2007

	2005	2006	2007	Breyting 2005–07
Egilsstaðir	10,9	12,1	17,5	60,6%
Seyðisfjörður	13,9	10,9	12,8	-7,9%
Neskaupstaður	6,8	5,6	5,1	-25,0%
<b>Sjúkradeildir í heild</b>	<b>7,9</b>	<b>6,9</b>	<b>6,5</b>	<b>-17,7</b>

Ef einstakar starfseiningar eru skoðaðar sést að meðallegutími í Neskaupstað hefur styst jafnt og þétt á meðan hann hefur lengst umtalsvert á Egilsstöðum og verið sveiflukenndur á Seyðisfirði. Meginskýringin á löngum meðallegutíma á Egilsstöðum er að ekkert hjúkrunarheimili er þar. Þess vegna er nokkuð um að aldraðir einstaklingar liggja lengi í sjúkrarúmnum. Þá er einnig nokkuð um að sjúklingar sem liggja í sjúkrarúmum á Egilsstöðum og Seyðisfirði séu annað hvort krabbameinssjúklingar eða sjúklingar í líknandi meðferð. Meðallegutími þessara sjúklingahópa er að jafnaði lengri en gengur og gerist meðal bráðasjúklinga.

Nýting sjúkrarúma er almennt talin innan eðlilegra marka ef hún er á bilinu 80–90%. Reglan er að hafa ákveðinn hluta sjúkrarúma lausan á hverjum tíma til að geta tekið fyrirvaralaust við veikum og slösuðum. Rúmanýting fór minnkandi hjá HSA í heild á tímabilinu 2005–2007 og var aðeins 56,3% 2007. Þar vega þyngst sumarlokanir á Egilsstöðum og að hluti sjúkrahússins í Neskaupstað var lokaður vegna endurbyggingar árin 2005 til 2007.

Til samanburðar var rúmanýting árið 2007 69% hjá Heilbrigðisstofnun Ísafjarðarbæjar og 94% hjá Heilbrigðisstofnun Suðurlands.



## Aðgerðir og rannsóknir á FSN

Tafla 5.2 sýnir vel þá miklu aukningu sem varð í starfsemi FSN á flestum sviðum milli árunna 2005 til 2007. Að meðaltali er aukningin 33%. Í tölunum er ekki meðtalin starfsemi aðkeypra sérfræðinga sem greidd er af sjúkratryggingum almannatrygginga<sup>12</sup>.

5.2		Þróun umsvifa í starfsemi FSN árin 2005–2007			
	2005	2006	2007	Breyting 2005–07	
<b>Innlagnir á skurð- og lyflækni-deild</b>					
Skurðlækningar	350	375	430	22,9%	
Lyflækningar	407	525	545	33,9%	
<b>Fjöldi verka á skurðstofu FSN</b>					
Aðgerðir	447	451	518	15,9%	
Speglanir	259	264	258	-0,4%	
<b>Fjöldi fæðinga og keisaraskurða</b>					
Fæðingar	53	60	53	0,0%	
Keisaraskurðir	9	10	8	-11,1%	
<b>Fjöldi rannsókna lífeindafræðinga FSN</b>					
Sjúkrahús	12.580	13.253	16.524	31,4%	
Heilsugæsla	32.837	49.404	60.026	82,8%	
<b>Einingafj. á rannsóknarstofu FSN</b>	<b>187.524</b>	<b>252.604</b>	<b>310.315</b>	<b>65,5%</b>	
<b>Fjöldi röntgen- og sneiðmyndarannsókna</b>					
Röntgen	1.837	1.640	2.324	26,5%	
Sneiðmyndir	217	559	790	264,1%	

Flestar aðgerðir á HSA fara fram á skurðstofu FSN. Árið 2007 voru bráðaáðgerðir 66 af 518 aðgerðum. Helstu aðgerðir voru deyfingar, smærri aðgerðir, bæklunaraðgerðir, æðahnútaaðgerðir og háls-, nef- og eyrnaaðgerðir.

Rannsóknum lífeindafræðinga fjölgaði mjög á tímabilinu. Sérstaklega fjölgaði mikið rannsóknum vegna sýna frá heilsugæslu HSA eða um tæp 83%. Rannsóknarstofa FSN sinnir öllum helstu rannsóknum frá öðrum starfsstöðvum HSA þó að þær framkvæmi einfaldari rannsóknir sjálfar. Ef um flóknar rannsóknir er að ræða sem ekki er hægt að framkvæma á FSN eru þær sendar áfram til FSA eða LSH.

<sup>12</sup> Sjá nánar um starfsemi sérfræðilækna í kafla 5.6.

Árið 2005 var FSN gefið sneiðmyndataeki og hefur notkun þess farið ört vaxandi síðan þá. Ávinningur af sneiðmyndataekinu til þessa hefur einkum verið aukið öryggi í greiningu og þar með augin gæði meðferðar. Könnun sem gerð var af FSN áður en tekið var tekið í notkun benti til að u.þ.b. 500 manns á ári sæktu þessa þjónustu á eigin vegum til Akureyrar eða Reykjavíkur. HSA telur sig sinna stærstum hluta þeirra íbúa Austurlands sem þurfa á sneiðmyndarannsóknnum að halda í dag. Þessi þjónusta hefur því í för með sér verulegt hagræði fyrir íbúana og álykta má sem svo að í henni felist umtalsverður þjóðhagslegur sparnaður.

Stóriðjuframkvæmdir á Austurlandi frá árinu 2003 hafa haft í för með sér stóraukin umsvif hjá sjúkrahúsinu í Neskaupstað en það hefur, ásamt sjúkrahúsinu á Egilsstöðum, þjónað þeim sem þar hafa unnið og hafa slasast mikið eða veikst, þ.e. þeim sem ekki hefur þurft að senda til FSA eða LSH. Þjónusta við erlenda ósjúkratryggða sjúklinga er oft dýrari en þjónusta við sjúkratryggða sjúklinga, m.a. vegna túlkabjónustu sem oft er nauðsynleg og þeirrar gagnasöfnunar og fyrirhafnar sem fylgir því að fá greitt fyrir þjónustuna, auk þess sem oft gengur illa að innheimta slíkar kröfur. FSN hefur jafnframt tekið að sér ýmsa aðra heilbrigðisþjónustu við þá erlendu starfsmenn sem tóku þátt í framkvæmdunum, s.s. heilbrigðisskoðanir og bólusetningar.

### 5.1.2 Hjúkrunarsvið

Á Sjúkrahúsi Egilsstaða er rekin 18 rúma hjúkrunardeild en allt að 20 hjúkrunarsjúklingar hafa legið þar þegar mest hefur verið. Á Seyðisfirði er starfrækt 12 rúma lokuð heilabilunardeild og almenn 7 rúma hjúkrunardeild. Heilabilunardeildin er fullnýtt og viðvarandi biðlisti, t.d. voru 6 manns á biðlista í nóvember 2008. Í Neskaupstað er starfrækt 12 rúma nýuppgerð hjúkrunardeild og á Vopnafirði er 12 rúma hjúkrunarheimili.

Afköst á hjúkrunardeildum er ekki hægt að meta á sama hátt og á sjúkra-deildum vegna eðlis starfseminnar. Þar er það ekki á valdi starfsfólksins að fjölga innlögnum eða stytta legutíma. Rúmanýting og fjöldi legudaga eru því helstu mælikvarðarnir.

Rúmanýting á hjúkrunardeildum HSA í heild jókst árin 2005–2007 og var á bilinu 81–87% sem verður að teljast ásættanlegt. Á Seyðisfirði jókst nýtingin úr 84,4% í 99,7% og á sjúkrahúsi Egilsstaða fór hún úr 97,4% í 99,2%. Minnst var rúmanýting á hjúkrunarheimilinu á Vopnafirði en hefur verið að aukast síðustu ár, var 71,1% árið 2007. Hana má því enn bæta. Rétt er að taka fram að eitt rúm á hjúkrunarheimilinu er nýtt sem bráðarými fyrir heilsugæslu Vopnafjarðar og reynt að halda því lausu vegna þess. Hjúkrunardeild FSN opnaði vorið 2007 eftir að hafa verið lokuð frá því

endurbygging sjúkrahússins hófst árið 2005. Til samanburðar var rúmanýting hjúkrunardeilda Heilbrigðisstofnunar Suðurlands 99% árið 2007.

Legudögum á hjúkrunardeildum HSA hefur fjölgað jafnt og þétt á tímabilinu 2005–2007 eða í heild um tæp 32%.

### 5.1.3 Dagdeildar- og dagvistunarþjónusta HSA

HSA veitir mjög litla dagdeildar- eða dagvistunarþjónustu. Þó hafa verið í boði tvö til fimm dagvistarrými á Seyðisfirði í nokkur ár þar sem Seyðisfjarðarbær býður ekki upp á slíka þjónustu. Auk þess eru tvö dagvistarrými í Neskaupstað. Starfsemin lýtur einkum að því að bjóða skjólstæðingum félagsskap og fæði. HSA fær sértekjur fyrir þessa þjónustu sem koma á móti kostnaði.

### 5.1.4 Skilvirkni legudeilda sjúkrahúsa

Rekstur sjúkrahúsa HSA vegur þyngst í rekstri stofnunarinnar. Útgjöld þeirra námu rúmlega 66% af heildarútgjöldum árið 2007 og höfðu aukist um 24,5% frá 2005 sem er um 8% umfram vegna vísitölu launa og neysliverðs á sama tíma. Reynt var að leggja mat á hvort þessi aukni kostnaður hafi skilað sér í meiri framleiðslu, þ.e. hvort starfsemin sé skilvirk. Eðlilegast hefði verið að skoða sjúkra- og hjúkrunardeildir hvora fyrir sig þar sem starfsemi þeirra er með ólíkum hætti. Rekstrarlegum upplýsingum, þ.e. launum og mannafla, er hins vegar ekki haldið aðgreindum eftir þessum sviðum og því var ekki hægt að leggja mat á skilvirkni hvors sviðs fyrir sig en horft á hvernig starfsemi sviðanna hefur þróast í heild á árunum 2005–2007<sup>13</sup>.

Einingarkostnaður er góður mælikvarði á skilvirkni því hann mælir bæði magn- og kostnaðarbreytingar. Einingarkostnaður lækkar ef tilkostnaður lækkar eða magn þjónustu eykst.

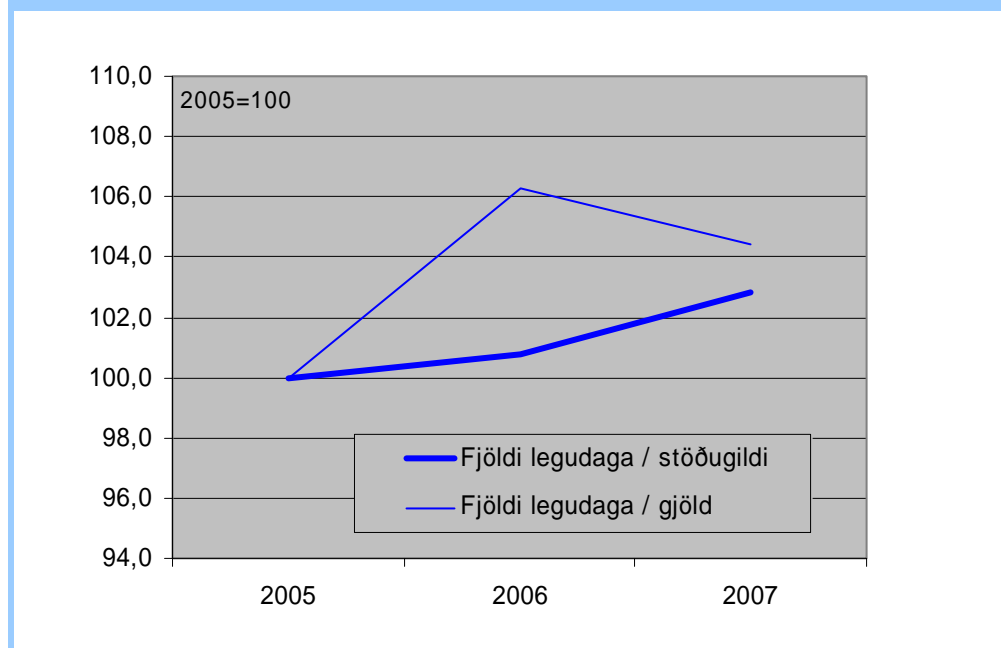
## 5.3 Þróun einingarkostnaðar á legudeildum 2005–2007 á verðlagi hvers árs

	2005	2006	2007	Breyting 2005–07
Rekstrarkostnaður (þús.kr)	1.037.361	1.081.445	1.323.361	27,6%
Fjöldi legudaga	23.993	24.520	27.448	14,4%
Stöðugildi	137,27	139,12	152,72	11,3%
Fjöldi legudaga á stöðugildi	175	176	180	2,8%
Kostnaður á legudag (þús.kr.)	43	44	48	11,5%

<sup>13</sup> Tímabilið 2005–2007 er valið í þessum kafla þar sem traustar upplýsingar um mannafla voru ekki fyrir hendi lengra aftur í tímann (vegna flutnings upplýsinga milli tölvukerfa).

Mynd 5.4, sem byggir á upplýsingum úr töflu 5.3, sýnir þróun skilvirkni vinnuafis og fjármagns á legudeildum á tímabilinu 2005–2007. Fjöldi legudaga er sú afkastaeining sem notuð er. Mælikvarði á vinnuafli er fjöldi stöðugilda en rekstrargjöld mælikvarði á fjármagn. Rekstrargjöld eru færð til verðlags ársins 2007<sup>14</sup>. Skoðað er hvernig hlutfall aðfanga og afkasta þróast á tímabilinu og staðan stillt á 100 fyrir árið 2005.

#### 5.4 Þróun skilvirkni legudeilda á föstu verðlagi 2005–2007



Á myndinni kemur fram að skilvirkni vinnuafis jókst stöðugt á tímabilinu. Aukning framleiðinnar var 2,8%. Ákveðinn fyrirvara verður að setja þegar stöðugildi eru notuð sem mælieining fyrir afköst því þau segja ekki alla söguna um notkun vinnuafis þar sem fjöldi aukavakta og yfirvinna getur hafa aukist. Um það eru ákveðnar vísbendingar eins og fram kemur í kafla 4.3. Skilvirkni fjármagns eykst einnig á tímabilinu, í heild um 4,4%. Aukningin er töluvert mikil á milli 2005 og 2006 en minnkar síðan aftur milli 2006 og 2007 en þá aukast umsvifin verulega með tilheyrandi kostnaðaraukningu.

## 5.2 Heilsugæsla HSA

Heilsugæslusvið HSA samanstendur af átta heilsugæslustöðvum og fjórum heilsugæsluselum.

<sup>14</sup> Vegin vísitala launa og neysliverðs þar sem launin vega 75% og neysliverð 25%.

## Samskipti við heilsugæslu

Við mat á afköstum í heilsugæslu HSA var horft til fjölda samskipta á tímabilinu 2005–2007. Gögnin í töflu 5.5 eru frá Landlæknisembættinu. Í upplýsingarnar vantar öll símtöl en þau eru oft mjög vanskráð og því hefur Landlæknisembættið valið að telja þau ekki með.

Eins og tafla 5.5 sýnir fjölgaði samskiptum heilsugæslustöðva HSA á hvern íbúa um 25,3% á tímabilinu 2005–2007. Samskiptum á hvern íbúa fækkaði töluvert á árinu 2006 en þá var íbúafjöldi vegna stóriðjuframkvæmda í hámarki og mikið álag á flestum heilsugæslustöðvum HSA.

### 5.5 Samskipti íbúa við heilsugæslustöðvar HSA 2005–2007\*

	2005	2006	2007	Breyting 2005–07
Íbúafjöldi	11.641	13.185	11.797	1,3%
Viðtöl við lækna	28.394	26.869	30.218	6,4%
Vitjanir lækna	1.472	1.431	1.833	24,5%
Læknar annað	1.464	2.762	3.492	138,5%
Viðtöl hjúk.fr./ljósm.	11.836	12.268	15.543	31,3%
Vitjanir hjúk.fr./ljósm.	2.377	1.463	2.063	-13,2%
Önnur samskipti	2.714	3.375	8.108	198,7%
<b>Samtals samskipti</b>	<b>48.257</b>	<b>48.168</b>	<b>61.257</b>	<b>26,9%</b>
<b>Samskipti á íbúa</b>	<b>4,1</b>	<b>3,7</b>	<b>5,2</b>	<b>25,3%</b>

\* Íbúafjöldi miðast við 31. desember ár hvert. Upplýsingar um samskipti 2007 eru bráðabirgðatölur og gætu því breyst.

Helstu samskipti hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra felast í ungbarnavernd, mæðraskoðun og skólaheilsugæslu. Aukning hefur orðið á öllum þessum sviðum enda hefur íbúum fjölgað töluvert síðastliðin fimm ár. Farandverkamönnum sem bjuggu á svæðinu meðan mesta uppbyggingin var fer nú fækkandi. Í stað þeirra hafa komið einstaklingar og fjölskyldur sem hyggja á varanlega búsetu á Austurlandi samhliða auknum og fjölbreyttari atvinnu-tækifærum á svæðinu í kjölfar stóriðjuframkvæmdanna.

Vitjunum lækna fjölgaði í heild um 24,5% á tímabilinu. Raunar fækkaði þeim örlítið milli 2005 og 2006 en fjölgaði síðan verulega milli 2006 og 2007. Þetta verður ekki skýrt með auknum umsvifum þar sem íbúum á þjónustusvæði HSA fækkaði um tæp 11% frá 2006 til 2007. Skýringanna er því að leita í öðru, t.d. eru dæmi um að læknar veiti meiri þjónustu utan dagvinnutíma en raunveruleg þörf er talin á. Framkvæmdastjórnin hefur hvatt lækna sem starfa á vegum HSA til að sinna sjúklingum á dagvinnutíma eins og frekast er kostur fremur en að lengja opnunartíma heilsugæslu-

stöðva eða fara í vitjanir. Að auki ber að geta þess að upp er komið mál þessu tengt sem er til rannsóknar hjá lögreglu.

Í flokkinn *Læknar annað* á að skrá atriði eins og vottorð og rannsóknir. Þessi flokkur ætti að vera frekar litill. Í ljósi þess hversu mikil aukning var í þessum flokki á tímabilinu bendir ýmislegt til þess að ekki sé rétt skráð í hann. Það getur gerst ef Sagan er rangt stillt og sennilega hafa viðtöl verið ranglega skráð í þennan flokk hjá einhverjum starfsstöðvum HSA.

Undir önnur samskipti flokkast *viðtöl*, *vitjanir* og *annað* hjá öðrum starfsstéttum en læknum, hjúkrunarfræðingum og ljósmæðrum. Hér er einkum um að ræða sjúkraliða, sjúkráþjálfara og iðjupjálfra. Aukin skráning í Sögu skýrir að hluta til þá hækkun, 198,7%, sem var á þessum lið á tímabilinu. Þá er heimahjúkrun hluti af starfi sjúkraliða og sýnt að aukningin er að töliverðu leyti tilkominn vegna aukinna umsvifa á þeim vettvangi.

## Heimahjúkrun

Heimahjúkrun er sívaxandi þáttur í starfsemi HSA. Þann 1. janúar 2008 voru 115 einstaklingar 67 ára og eldri skráðir með þjónustu heimahjúkrunar á heilsugæslustöðvum HSA, þar af voru flestir á heilsugæslunni á Egilsstöðum, 47 einstaklingar, og heilsugæslunni í Neskaupstað, 25 einstaklingar. Árið 2007 fengu 112 einstaklingar 67 ára og eldri heimahjúkrun á vegum heilsugæslu HSA.

Heimahjúkrun á kvöldin og um helgar er aðeins veitt hjá heilsugæslu Neskaupstaðar og engin heimahjúkrun er veitt að næturlagi hjá HSA. Árið 2007 fengu 18 einstaklingar heimahjúkrun hjá heilsugæslu Neskaupstaðar á kvöldin og um helgar. Þörfinni fyrir heimahjúkrun er hvorki mætt hjá heilsugæslunni á Egilsstöðum né heilsugæslunni í Fjarðabyggð. Á Egilsstöðum er skortur á hjúkrunar- og dvalarrýmum og því er sérlega mikil og vaxandi þörf þar fyrir heimahjúkrun um helgar og á kvöldin. Þörfinni hefur verið mætt með tímabundinni yfirvinnu til að leysa brýnasta vandann.

Aukin heimahjúkrun kann að kalla á endurskoðun á forsendum mönnunar-móðela HSA svo þau fylgi betur eftir kröfum um faglega framþróun starfseminnar. Kanna þarf m.a. hvort raunhæft sé að fjölga sjúkraliðum í starfsemi og veita þeim aukna ábyrgð í starfi í ljósi vaxandi eftirspurnar eftir heimahjúkrun. Þetta gæti hugsanlega haft í för með sér fækkun hjúkrunarfræðinga eða breytingu á starfsviði þeirra.

Í leiðum að settum markmiðum sem fram koma í *Stöðu og endurskoðun meginmarkmiða heilbrigðisáætlunar til ársins 2010* kemur fram að aukna áherslu skuli leggja á dagvistun og heimþjónustu heilsugæslunnar, þar sem áhersla

er lögð á sjö daga sólarhringsþjónustu og skammtímainnlagnir. Í ljósi þess að sú stefna hefur verið tekin að fjölga ekki hjúkrunarrýmum á Austurlandi má ætla að markviss áhersla á heimahjúkrun sé sérstaklega mikilvæg á þjónustusvæði HSA.

### 5.2.1 Skilvirkni heilsugæslu

Útgjöld heilsugæslu HSA námu um 34% af heildarútgjöldum stofnunarinnar árið 2007 og höfðu aukist um tæp 19% frá 2005 sem er um 2,5% umfram vegna vísitölu launa og neyslu.

Mynd 5.7, sem byggir á upplýsingum úr töflu 5.6, sýnir þróun á skilvirkni vinnuafis og fjármagns hjá heilsugæslu HSA á tímabilinu 2005–2007. Rekstrargjöld eru færð til verðlags ársins 2007<sup>15</sup>. Skoðað er hvernig hlutfall aðfanga og afkasta þróast á tímabilinu og staðan stillt á 100 fyrir árið 2005. Fjöldi samskipta er sú afkastaeining sem notuð er. Mælikvarði á vinnuafli er fjöldi stöðugilda en rekstrargjöld mælikvarði á fjármagn.

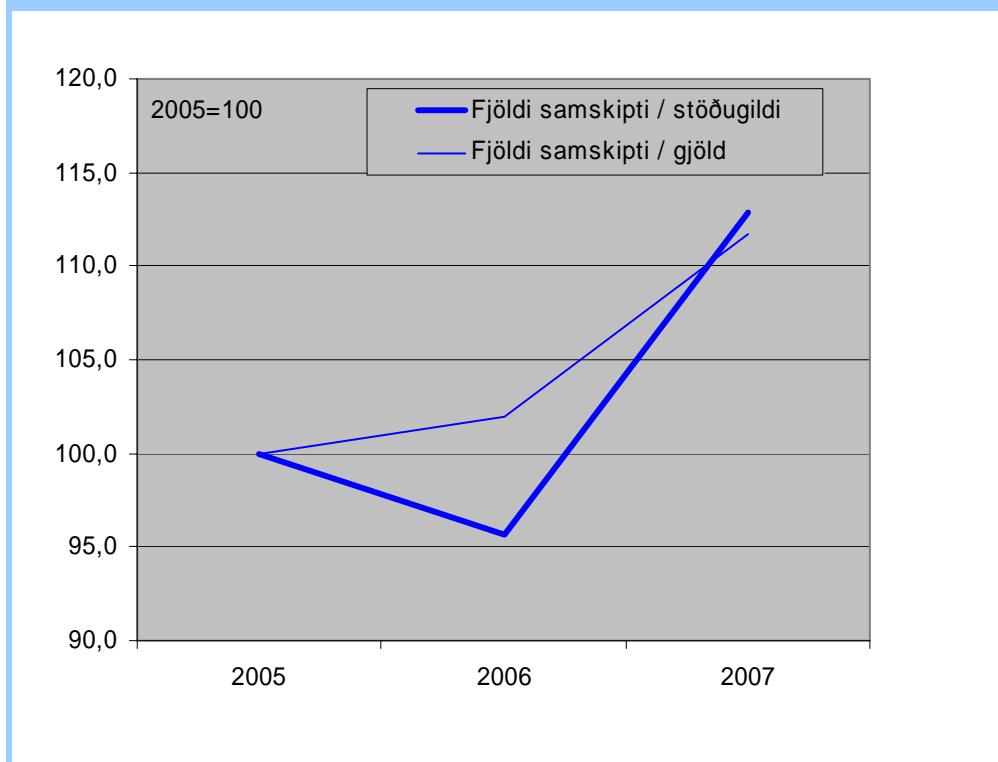
### 5.6 Þróun einingarkostnaðar hjá heilsugæslu 2005–2007

	2005	2006	2007	Breyting 2005–07
Rekstrarkostnaður (þús.kr.)	565.311	614.393	672.047	18,9%
Fjöldi samskipta án símtala	48.257	48.168	61.257	26,9%
Stöðugildi	72,85	77,85	73,6	1,0%
Kostnaður á stöðugildi (þús.kr.)	7.760	7.892	9.131	17,7%
Kostnaður á samskipti	11.715	12.755	10.971	-6,3%

Myndin sýnir að skilvirkni vinnuafis minnkar milli árána 2005 og 2006 af því að samskiptum fækkar en stöðugildum fjölgar talsvert. Skilvirknin eykst síðan milli 2006 og 2007 af því að þá fjölgar samskiptum en stöðugildum fækkar. Aukning framléiðninnar yfir tímabilið var 12,9%. Á sama hátt og áður verður að setja ákveðinn fyrirvara við það þegar stöðugildi eru notuð sem mælieining fyrir afköst. Þegar litið er til skilvirkni fjármagns þá jókst hún stöðugt á tímabilinu, af því að samskiptum fjölgar hlutfallslega meira en nemur kostnaðaraukningunni, og var 11,7%.

<sup>15</sup> Vegin vísitala launa og neysluverðs þar sem launin vega 75% og neysluverð 25%.

## 5.7 Þróun skilvirkni heilsugæslu á föstu verðlagi 2005–2007



### 5.2.2 Samanburður við heilsugæslu Heilbrigðisstofnunar Ísafjarðarbæjar og Heilbrigðisstofnunar Suðurlands

Gerður var samanburður á kostnaði heilsugæslu HSA, HSÍ og HSU fyrir árið 2007.

## 5.8 Samanburður á kostnaði milli heilsugæslu HSA, HSÍ og HSU árið 2007

	HSA	Heilbrigðisstofnun Ísafjarðarbæjar	Heilbrigðisstofnun Suðurlands
Rekstrarkostnaður (þús.kr)	672.047	192.094	963.773
Fjöldi samskipta	61.257	23.131	89.007
Kostnaður á samskipti	10.971	8.305	10.828
Kostnaður á íbúa	56.968	46.077	49.503

Tölur um samskipti eru bráðabirgðatölur frá Landlæknisebættinu.

Eins og sjá má af töflu 5.8 er kostnaður á samskipti og kostnaður á íbúa hæstur hjá heilsugæslu HSA árið 2007. Kostnaður á samskipti er þó mjög sambærilegur hjá HSA og HSU. HSA sker sig hins vegar verulega úr hvað heilsugæslukostnað á íbúa varðar. Ástæðu þess má einkum rekja til þess að íbúum á svæðinu fjölgaði mikið á árunum 2004–2006 sem skapaði þörf



fyrir fjölgun starfsmanna. Íbúum fór síðan fækkandi árið 2007 án þess að unnt reyndist að fækka starfsmönnum í takt við það. Háan kostnað hjá heilsugæslu HSA má einnig rekja til þess hversu dreifð starfsemin er. Við þær aðstæður nýtist starfsfólk ekki eins og þar sem starfsemin er samþjappaðri.

### 5.3 Aðkeypt þjónusta sérfræðinga

Eitt af meginmarkmiðum með stofnun HSA var að efla sérfræðiþjónustu og bæta aðgengi íbúa að henni. Fyrir stofnun HSA var farandþjónusta sérfræðinga við íbúa Austurlands aðallega veitt í Neskaupstað og á Egilsstöðum, enda höfðu veitendur heilbrigðisþjónustu á svæðinu komið sér saman um það. Árið 2005 kannaði HSA hve stórt hlutfall íbúanna fékk sérfræðiþjónustu utan fjórðungsins á árunum 2002–2004 og tók ákvörðun um að reyna að fá sem mest af henni inn á starfssvæðið og valdi ákveðnar sérgreinar í ljósi þess.

Aðkeyptir sérfræðingar koma einkum frá LSH og FSA og eru aðallega augnlæknar, kvensjúkdómalæknar, sálfræðingar, húðsjúkdómalæknar, geðlæknar, háls-, nef- og eyrnalæknar, barnalæknar, hjartasérfræðingar, bæklunarlæknar, þvagfærasérfræðingar, lýtalæknar og geðhjúkrunarfræðingar. Sérfræðingarnir hafa að mestu leyti starfsaðstöðu á Egilsstöðum og í Neskaupstað og sumir starfa eingöngu á FSN, s.s. þvagfærasérfræðingar og bæklunarlæknar. Aðrir heimsækja einnig minni starfseiningar HSA þó sjaldnar sé, einkum augnlæknar, kvensjúkdómalæknar, barnalæknar og háls-, nef- og eyrnalæknar. Um 33% aðkeyptra sérfræðinga eru með samning við Tryggingastofnun ríkisins. Aðrir starfa á kostnað HSA, auk þess sem HSA greiðir ferðir, upphald, aðstöðu og annan kostnað vegna allra aðkeyptra sérfræðinga.

Eftir að stóriðjuframkvæmdir hófust jókst mjög álag á heilsugæslustöðvar og sjúkrahús næst framkvæmdasvæðunum og bið eftir þjónustu lengdist mikið. Mjög erfitt var að fá fleiri heilsugæslulækna til starfa og mikill skortur var á hjúkrunarfólki. Viðbrögð HSA voru að reyna að auka enn á sérfræðiþjónustuna til að svara aukinni gagnrýni íbúa á langa bið eftir þjónustu. Boðið var upp á fleiri tegundir þjónustu og fjölgað starfsdögum hjá þeim sérfræðingum sem mest ásókn var í.

Upplýsingar um þjónustu aðkeyptra sérfræðinga hjá HSA eru ekki áreiðanlegar því þær byggja að hluta til á áætlunum, auk þess sem talið er að um vanskráningar og ofskráningar geti verið að ræða. Upplýsingarnar geta því aðeins skoðast sem vísbendingar. Samkvæmt þessum vísbendingum fjölgaði komum/samskiptum íbúa við sérfræðinga, á tímabilinu 2005–2007 um rúm 40%, úr 4.449 samskiptum í 6.253, og starfsdögum sérfræðinga fjölgaði um

tæp 50%, úr 161 degi í 240 daga. Samkvæmt stjórnendum HSA létu auknar komur aðkeyþtra sérfræðinga álagi af heilsugæslunni og drógu úr kvörtunum íbúa með aðgengi að heilbrigðisþjónustu.

## 5.4 Mat og ábendingar

### 5.4.1 Efla þarf söfnun starfsemissupplýsinga í heilbrigðisþjónustunni

Ríkisendurskoðun telur brýnt að söfnun starfsemissupplýsinga hjá heilbrigðisstofnunum landsins verði eflað og samræmd. Starfsemissupplýsingar eru af skornum skammti og samræmdri skráningu þeirra afar ábótavant, jafnt innan stofnana sem milli þeirra. Samanburður er því erfiður og vafasamur. Heilbrigðisráðuneytinu og Landlæknisembættinu ber að samræma söfnun starfsemissupplýsinga hjá heilbrigðisstofnunum en það hefur verið vanrækt eða ekki fylgt eftir.

### 5.4.2 DRG flokkun og mat á hjúkrunarþyngd

Það er mat Ríkisendurskoðunar að kanna þurfi hvort FSN og sjúkrahúsið á Egilsstöðum ættu að hefja reglubundna notkun DRG sjúklingaflokkunarkerfisins, a.m.k fyrir algengustu sjúkdómsgreiningarnar. Þær upplýsingar geta m.a. nýst til samanburðar við önnur sjúkrahús, t.d. á meðallegutíma mismunandi sjúklingahópa. Jafnframt leggur Ríkisendurskoðun til að HSA meti hjúkrunarþyngd (bráðleika) sjúklinga á þessum sjúkrahúsum til að fylgjast með hvort álag á umönnunaraðila sé að aukast.

Samkvæmt upplýsingum frá heilbrigðisráðuneytinu þá undirbýr það nú innleiðingu á DRG flokkun innan íslenska heilbrigðiskerfisins og vinna við samræmda kostnaðargreiningu er þegar hafin.

### 5.4.3 Aðlaga þarf bókhald og uppgjör betur að klínískri starfsemi

Ríkisendurskoðun bendir á að aðlaga þurfi bókhald og uppgjör HSA betur að klínískri starfsemi. T.d. þarf að aðgreina sjúkrarými annars vegar og hjúkrunarrými hins vegar, með tilliti til kostnaðar og mannafla. Það er mikilvægt fyrir eftirfylgni með skilvirkni og hagkvæmni af rekstri þessara deilda.

### 5.4.4 Efla þarf heimahjúkrun á þjónustusvæði HSA

Í ljósi þess að sú stefna hefur verið mörkuð að fjölga ekki hjúkrunarrýmum á Austurlandi má ætla að markviss áhersla á heimahjúkrun sé sérstaklega mikilvæg á þjónustusvæði HSA. Heilbrigðisráðuneytið og HSA verða að skilgreina í sameiningu hvernig meginmarkmiðum heilbrigðisáætlunar ráðuneytisins þar að lútandi skuli hrint í framkvæmd, kostnað vegna þeirra, á hve löngum tíma og hver sé ábyrgur fyrir framkvæmdinni, t.d. þarf að

ákveða hvernig endurmenntun og þjálfun fagstétta sem sinna heimahjúkrun skuli hagað, s.s. varðandi ADL (Athafnir daglegs lífs) mat.

#### 5.4.5 Gera þarf úttekt á mönnunarmódelum hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða

Ríkisendurskoðun bendir á að HSA þurfi að kanna hvort ástæða sé til að endurskoða mönnunarmodel hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða. Breytt skipulag í heilbrigðisþjónustu HSA kallar á breyttar forsendur mönnunarmódelar til að betur megi fylgja eftir kröfum um faglega framþróun starfseminnar. Kanna þarf m.a. hvort raunhæft sé að fjölga sjúkraliðum í starfseminni og veita þeim aukna ábyrgð í starfi, t.d. í ljósi vaxandi eftirspurnar eftir heimahjúkrun. Þetta gæti hugsanlega haft í för með sér fækkun hjúkrunarfræðinga eða breytingu á starfsviði þeirra. Framkvæmdastjóri hjúkrunar hjá HSA ber ábyrgð á að leiða vinnu við endurskoðun mönnunarmódelar þessara heilbrigðisstarfsstétta.

#### 5.4.6 Starfsemi aðkeyptra sérfræðinga á HSA

Athugun Ríkisendurskoðunar bendir til að skipulagning og umsjón vegna aðkeyptra sérfræðinga sé ómarkviss. Starfsemistölur eru óáreiðanlegar, ekki er hægt að greina kostnað vegna þjónustu þeirra niður á sérgreinar og vísbendingar eru um vannýtingu sumra sérfræðinga, þ.e. fáum sjúklingum virðist sinnt af viðkomandi sérgrein. Ríkisendurskoðun telur brýnt að HSA efli yfirsýn og skipulagningu aðkeyptrar sérfræðiþjónustu, fylgist vel með raunverulegri þjónustubörf og tryggi að reikningar frá aðkeyptum sérfræðingum séu í samræmi við veitta þjónustu.

#### 5.4.7 Skilvirkni eykst á tímabilinu 2005–2007

Athugun Ríkisendurskoðunar leiddi í ljós að skilvirkni vinnuafis og fjármagns hjá HSA á tímabilinu 2005–2007 jókst bæði á legudeildum og hjá heilsugæslunni. Þó að setja verði ákveðna fyrirvara við greininguna þar sem starfsemissupplýsingar eru að einhverju leyti ófullkomnar þá eru vísbendingarnar nógu sterkar til að þær geti talist marktækar.



# Helstu heimildir

---

*Ábyrgð, valdsvið og stjórnunarumboð forstöðumanna ríkisstofnana. Nefndarálit.* Október 2000.

Fjárlög og fjáráskjalög 1999–2009.

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

*Staða og endurskoðun meginmarkmiða heilbrigðisáætlunar til ársins 2010.* Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. Mars 2007.

*Heilbrigðisstofnun Austurlands. Stofnefnahagsreikningur 1. janúar 2000.* Ríkisendurskoðun.

*Niðurstöður úttektar á starfsemi Heilbrigðisstofnunar Austurlands.* Landlæknisembættið. Október 2003.

*Svar heilbrigðisráðherra við fyrirspurn Hjörleifs Guttormssonar, alþingismanns, um skipan heilbrigðismála á Austurlandi frá árinu 1999.* Þskj. 694 - 421. mál.

*Sameining ríkisstofnana og tengdar breytingar.* Fjármálaráðuneytið. Desember 2008.

Ársreikningar HSA 2000–2007.

*Samningur um árangursstjórnun.* Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið og Heilbrigðisstofnun Austurlands. Egilsstöðum, 5. apríl 2001.

*Öldrunarþjónusta í Egilsstaðalæknishéraði. Tillögur um uppbyggingu heildstæðrar öldrunarþjónustu.* Unnið í mars/apríl 2007. Halla Eiríksdóttir, Halldór Sig. Guðmundsson.

## Lög og reglugerðir

Lög um Stjórnarráð Íslands nr. 73/1969.

Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 97/1990.

Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007.

Lög um réttindi sjúklinga nr. 74/1997.

Lög um málefni aldraðra nr. 125/1999.

Lög um landlækni nr. 41/2007.

Lög um fjárreiður ríkisins nr. 88/1997.

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

Reglugerð um Stjórnarráð Íslands nr. 177/2007.

Reglugerð um framkvæmd fjárlaga og ábyrgð á fjárreiðum ríkisstofnana í A-hluta nr. 1061/2004.

Reglugerð um heilsugæslustöðvar nr. 787/2007.

Reglugerð um eftirlit landlæknis með rekstri heilbrigðisþjónustu og faglegar lágmarkskröfur nr. 786/2007.

Reglugerð um heilbrigðisskrár nr. 548/2008.

Reglugerð um heilbrigðisumdæmi nr. 785/2007.

Reglugerð um sameiningu heilbrigðisstofnana nr. 590/1998.

Reglugerð um sameiningu heilbrigðisstofnana nr. 875/1999.

Reglugerð nr. 227/1991 um sjúkraskrár og skýrslugerð varðandi heilbrigðismál, sbr. breyting nr. 545/1995.

Reglur um meðferð og afhendingu heilsufarsupplýsinga (Prentað af vef Landspítala).

### **Vefútgáfur**

Vefútgáfa HSA, slóð: <http://www.hsa.is/> (sótt á vefinn júní 2008).

Vefútgáfa Heilbrigðisráðuneytis, slóð <http://www.heilbrigdisraduneyti.is/raduneyti> (sótt á vefinn veturinn 2008–2009).

Vefútgáfa Landlæknisembættisins, slóð <http://www.landlaeknir.is/> (sótt á vefinn haust 2008).

Heimasíða Starfsmennt - Fræðslusetur, slóð <http://www.smennt.is/smennt/>.

# Viðaukar

---

## I. Hlutverk HSA

Hlutverki sínu sinnir HSA með því að...<sup>16</sup>

- þróa og aðlaga þjónustuna að staðbundnum þörfum með samskiptum og samstarfi við íbúana og aðra hagsmunaaðila.
- ráðstafa með hagkvæmum hætti þeim auðlindum sem HSA vinnur með og dreifir í formi þekkingar, aðstöðu og fjármuna.
- veita tíma og fjármunum til rannsókna, kennslu og þróunarstarfs.
- starfa á grundvelli fjárhags- og aðgerðaáætlana og meta árangur kerfisbundið í því skyni að bæta þjónustuna og nýta auðlindir með sem bestum hætti.
- afla upplýsinga um heilbrigðismál, túlka þau og miðla á þjónustusvæðinu.
- eiga frumkvæði að samnýtingu þjónustu, þekkingar, upplýsinga og búnaðar með aðilum í skyldri starfsemi.
- hvetja og styðja aðra aðila í samfélaginu til heilsueflingar.
- sjá til þess að stjórnskipulag HSA þróist með verkefnum stofnunarinnar og samræmist þörfum hennar.
- nota verkefnastjórnun sem verkfæri til að nýta þekkingu starfsmanna með sem bestum hætti, tryggja samvinnu þvert á starfseiningar og dreifa ábyrgð.
- vera í fararbroddi á sviði rafrænna samskipta í heilbrigðisþjónustu á Íslandi.

---

<sup>16</sup> Úr upplýsingabæklingi HSA. Tekið af heimasíðu stofnunarinnar 14.júlí 2008.

## II. Markmið HSA

- HSA vill tryggja öfluga heilbrigðisþjónustu á Austurlandi og uppbyggingu hennar í samræmi við fólksfjölgun og samfélagsbreytingar.
- HSA vill veita framúrskarandi þjónustu og mæta þörfum notenda. Þeir séu í góðum tengslum við HSA og hljóti viðeigandi greiningu, meðferð og umönnun.
- HSA vill nýta sér upplýsingatæknina til að ná fram árangri í fjármála-stjórn og gæta hagkvæmni í rekstri, hvar sem því verður við komið.
- HSA vill byggja upp einfalda stjórnun og stuttar boðleiðir og beita verkefnisstjórnun til þess að dreifa ábyrgð og tryggja skilvirkni.
- HSA vill bjóða upp á krefjandi og spennandi vinnuumhverfi þar sem einstaklingurinn fær að njóta sín og gefst tækifæri á að eflast og þróast í starfi.
- HSA vill skapa sterka liðsheild með öflugum einstaklingum sem hafi viðeigandi þekkingu, þjálfun, frumkvæði og þjónustulund.
- HSA vill stuðla að markvissri fræðslu, símenntun og endurmenntun og bæta þannig sérþekkingu og hæfni starfsfólks.
- HSA vill stunda eigin rannsóknir og vinna náið með öðrum að vísindalegum rannsóknum sem auka lífsgæði og almennt heilbrigði samfélagsins.
- HSA vill taka þátt í kennslu heilbrigðisstétta og ýta undir og rækta andrúmsloft rannsókna, menntunar og kennslu.
- HSA vill auka rafræn samskipti við notendur, flýta þróun á sviði rafrænnar sjúkraskrár og styðja uppbyggingu á sviði fjarlækninga.
- HSA vill koma fram sem ein heild á Austurlandi meðal íbúa, sveitarstjórna og starfsfólks.



### III. Sjúkrahúsin á Egilsstöðum og Seyðisfirði

Framkvæmdastjóri lækninga hjá HSA hefur lagt til að sjúkrahúsin á Egilsstöðum og Seyðisfirði nefnist heilsugæslusjúkrahús (H-sjúkrahús) og fái fjárveitingu sem slík. Mörg önnur sjúkrahús á landsbyggðinni gætu fallið undir þá flokkun einnig. Opinbera skilgreiningu á sjúkrahúsum í starfstengslum við heilsugæslustöðvar hefur vantað og þar með opinbera viðurkenningu á hlutverki þeirra. Í þessum sjúkrahúsum er rekin tiltekin tegund af sjúkrahúspjónustu sem gegnir verðmætu hlutverki fyrir viðkomandi byggðalög.

Samkvæmt niðurstöðu rannsókna framkvæmdastjóra lækninga hjá HSA fellur starfsemi íslenskra landsbyggðasjúkrahúsa vel að hollenskri skilgreiningu á heilsugæslusjúkrahúsum. Það eru sjúkrahús sem rekin eru í tengslum við heilsugæslustöð og lækarnir eru þeir sömu á báðum stöðum. Starfsemi heilsugæslusjúkrahúsa lýtur einkum að:

- Hjúkrunarþjónustu fyrir langveika.
- Bráðaðþjónustu fyrir veika og slasaða.
- Biðdeildarþjónustu (observtion) fyrir einstaklinga með óljós sjúkdóms-einkenni, einstaklinga sem hafa lent í slysum, einstaklinga sem eru í bið eftir flutningi á hærra eða lægra þjónustustig og einstaklinga sem þurfa vistun vegna uppáfallandi breytinga í stuðningskerfi þeirra.
- Þjálfun og endurhæfingu eftir aðgerðir, veikindi og annan heilsubrest.
- Öldrunarlækningum; skammtímavistun aldraðra til greiningar og endurhæfingar.
- Líknandi þjónustu við lífslok.
- Annarri sérhæfðri þjónustu eftir aðstæðum.

Í byggðalögum þar sem H-sjúkrahús eru leysa þau umtalsverðan hluta þeirra tilfella sem annars hefði þurft að leggja inn á stærri og sérhæfðari sjúkrahús, auk þess sem þau flýta fyrir útskriftum frá þeim með því að taka við sjúklingum sem ekki geta útskrifast heim strax.

H-sjúkrahús er mannað sams konar starfsfólki og þarf til þess að reka hjúkrunarheimili og heilsugæslustöð. Starfstengslin skapa samfellda þjónustukeðju sem kemur íbúunum vel og samlegðaráhrifin spara útgjöld. Fagfólk á H-sjúkrahúsum eru m.a. lækningar einkum heimilislækningar, hjúkrunarfræðingar, ljósmæður, sjúkraliðar, sjúkrapjálfarar, iðjubjálfar og ófaglært starfsfólk.

Skilgreina þarf sérstaklega á hverju H-sjúkrahúsi, hjúkrunarhlutann, til þess að halda honum aðgreindum frá skammtímavistun og bráðaðþjónustu þar sem þessi verkefni krefjast ólíkrar nálgunar bæði í þjónustu og rekstri.

## IV. Fjórðungssjúkrahúsið í Neskaupstað (FSN)

Fjórðungssjúkrahúsið í Neskaupstað er aðalsjúkrahús HSA. Það á sér langa sögu og hélt upp á hálftrar aldar afmæli sitt 2007.

Helstu þættir í starfsemi sjúkrahússins eru skurðlækningar, lyflækningar, fæðingardeild, endurhæfing, sérfræðimóttaka, speglanir á maga, ristli og lungum, rannsókn- og röntgenstofa, þolprófanir, svefnrannsóknir og starfsmannaskoðanir fyrir Alcoa skv. þjónustusamningi. Þá sinna læknar FSN einnig heilsugæslunni í Neskaupstað.

Endurhæfingarstarfsemi hefur verið stunduð á sjúkrahúsinu í 25 ár þó dregið hafi úr henni á meðan á endurbyggingu hluta sjúkrahússins stóð árin 2005–2007. Að endurbyggingu lokinni var aðstaða til endurhæfingar stórbætt. Helstu þættir í starfsemi endurhæfingardeildar, auk almennrar endurhæfingar sjúklinga eftir aðgerðir og slys, eru endurhæfing hjarta- og lungnasjúklinga, endurhæfing offeitra, lífstílnámskeið (fyrir minna feita offitusjúklinga), lífstílsráðgjöf hjúkrunarfræðings, göngudeildarþjálfun og endurhæfing, fræðslustarfsemi, iðjuþjálfun, þolprófanir og öndunarmælingar. Hjarta- og lungnasjúklingar koma einkum í meðferð eftir aðgerðir. Meðferð offitusjúklinga er með sama sniði og á Reykjalundi og Kristnesi. Hún er faglega viðurkennd og nokkuð um að sjúklingum sem eru á biðlista hjá Reykjalundi og Kristnesi sé beint til FSN, einkum íbúum Austurlands. Offitunámskeið sækja annars vegar einstaklingar sem vilja og þurfa heilsu sinnar vegna að léttast og hins vegar sjúklingar sem verið er að undirbúa fyrir offituaðgerð á Landspítalanum. Sérstakt teymi sinnir þessum meðferðum sem í er læknir, hjúkrunarfræðingur, sjúkraþjálfarar, iðjuþjálfari og sálfræðingur. Deildin veitir einnig völdum sjúklingahópum eftir-meðferðir í allt að tvö ár.

## V. DRG sjúklingaflokkunarkerfið<sup>17</sup>

DRG (Diagnosis Related Groups) eru framleiðslumælikvarðar í heilbrigðisþjónustu og byggjast á skráningu heilbrigðisstétta. Þetta er sjúkdómamiðuð flokkun sem byggir á flokkun á rúmlega 10.000 sjúkdómsgreiningum og um 6.000 aðgerðarkóðum í DRG flokka skv. sérstökum reglum. Aðrir þættir sem hafa áhrif á flokkun eru aldur, kyn, legutími og hvert sjúklingur útskrifast. Meginreglan er að sjúklingahópar séu einsleitir m.t.t. klínískra þátta jafnt sem kostnaðar.

DRG flokkun er notuð sem grunnur til ákvörðunar á fjármögnun sjúkrahúsa víða um hinn vestræna heim. Landspítali hefur notað hana í nokkur ár og beitt sér fyrir þróun hennar til samræmis við íslenskar aðstæður. Fjármögnun íslenskra sjúkrahúsa samkvæmt DRG flokkun hefur hins vegar ekki hafist enn.

---

<sup>17</sup> Heimasíða Landspítala [http://www4.landspitali.is/lsh\\_ytri.nsf/htmlpages/index.html](http://www4.landspitali.is/lsh_ytri.nsf/htmlpages/index.html), haust 2008.