

Ágúst 2005

Heilbrigðisstofnunin á Blönduósi

Stjórnsýsluúttekt

Efnisyfirlit

INNGANGUR	5
NIÐURSTÖÐUR OG ÁBENDINGAR	7
HELSTU NIÐURSTÖÐUR	7
ÁBENDINGAR.....	10
STARFSEMI OG STJÓRNVALDSFYRIRMÆLI	13
LÖG OG ÖNNUR STJÓRNVALDSFYRIRMÆLI	13
STARFSEMI	14
REKSTRARAFKOMA OG FJÁRHAGSLEG STAÐA	17
ÞRÓUN ÚTGJALDA OG AFKOMU 1999–2004	17
SÖGULEGT YFIRLIT	19
SPURNINGAR SEM LEITA Á SVARA VIÐ	21
SPURNING 1: ER ÞJÓNUSTA HSB SKILVIRK MIÐAÐ VIÐ AÐRAR SAMBÆRILEGAR STOFNANIR?..	21
SPURNING 2: ER FJÁRMAGNI ÚTHLUTAÐ Á SKÝRUM FORSENDUM.....	28
SPURNING 3: HEFUR STARFSEMIN TEKID MIÐ AF STEFNUMÓTUN RÁÐUNEYTIS OG KRÖFUM Í REKSTRARUMHVERFI?.....	32
HEIMILDIR	37

Inngangur

Ríkisendurskoðun hefur gert stjórnsluendurskoðun á starfsemi Heilbrigðisstofnunarinnar á Blönduósi (HsB). Endurskoðunin var gerð samkvæmt beiðni stjórnenda stofnunarinnar sem telja ekki nægilega skýrt samband milli fjárframlaga og þess sem ætlast er til af stofnuninni. Einnig telja þeir að þess séu dæmi að aðrar stofnanir sem sinna sambærilegum verkefnum fái hlutfallslega hærri framlög. Stjórnendur stofnunarinnar telja hana vanfjármagnaða og þurfi að vinna bráðan bug að því að auka framlög til hennar.

Ríkisendurskoðun ákvað að taka tillit til þessara athugasemda við endurskoðunina. Að stofni til er þó um að ræða hefðbundna stjórnsluendurskoðun sem felst í því að meta nýtingu fjármuna hjá opinberri stofnun.

Í þessari athugun er Heilbrigðisstofnunin á Blönduósi borin saman við hóp innlendra heilbrigðisstofnana sem eru sambærilegar við hana að stærð og starfsemi. Þetta eru heilbrigðisstofnanirnar á Patreksfirði, Hvammstanga og Siglufirði. HsB er stærst þeirra og til að fá samanburð við stærri stofnun var því einnig horft til Heilbrigðisstofnunarinnar á Sauðárkróki, þó að hún tilheyri í raun öðrum flokki stofnana vegna stærðar og fjölbreytni verkefna. Þegar talað er um samanburðarstofnanir í skýrslunni er átt við þær þrjár sem eru í sama hópi og HsB, en tekið sérstaklega fram þegar átt er við Heilbrigðisstofnunina á Sauðárkróki.

HsB og samanburðarhópurinn mynda nokkuð vel afmarkaðan hóp stofnana innan íslenska heilbrigðiskerfisins og ætti skoðunin að veita yfirsýn um stöðu þeirra. Um er að ræða litlar heilbrigðisstofnanir í dreifbýli sem sinna grunnþjónustu og langlegu aldraðra, auk þess að hafa til umráða nokkur bráðarými sem nýtt eru með margvíslegum hætti. Sérhæfðari og flóknari verkefnum er beint til stærri heilbrigðisstofnana.

Efnistöð skýrslunnar eru í meginatriðum þrjú. Í fyrsta lagi er lagt mat á skilvirkni rekstrar HsB og skoðað hvernig stofnunin nýtir fjármuni miðað við samanburðarstofnanirnar. Matið byggir aðallega á samanburði á eininga-kostnaði helstu þjónustu.

Í öðru lagi eru kannaðar forsendur fjárveitinga til HsB. Framlög til stofnunarinnar eru skoðuð út frá almennu fyrirkomulagi við fjárveitingar hjá ríkinu og lagt mat á hvort fjárframlög taki mið af skýrum og efnislegum forsendum sem m.a. tryggi samræmi milli svipaðra stofnana.

Í þriðja lagi er kannað hvernig staðið hefur verið að framkvæmd stefnumarkandi þátta í starfsemi heilbrigðisstofnana á landsbyggðinni. Annars vegar er skoðað hvort rekstur HsB hafi verið lagaður að breyttu rekstrarumhverfi smærri heilbrigðisstofnana en þar hafa átt sér stað miklar breytingar undanfarin ár. Hins vegar er athugað hvort stefnumótun heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis vegna heilbrigðisþjónustu á landsbyggðinni, sem birt var í „Heilbrigðisáætlun til ársins 2010“, hafi náð fram að ganga hjá þeim heilbrigðisstofnunum sem hér eru til skoðunar.

Úttekt þessi byggði á rekstrar- og starfsemistengdum upplýsingum úr árskýrslum og upplýsingakerfum HsB og svörum við spurningalistum sem sendir voru HsB og samanburðarstofnunum. Tekin voru viðtöl við forsvarsmenn stofnana og fulltrúa heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis. Upplýsingar um notkun á þjónustu sérfræðinga á þeim svæðum sem skoðunin náði til fengust frá Tryggingastofnun ríkisins. Upplýsingar um stefnumótun í þjónustu landsbyggðarsjúkrahúsa fengust úr skýrslum á heimasíðu heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis. Þá voru sendar fyrirspurnir til stærri sjúkrahúsa um þjónustu við íbúa á þjónustusvæðum þeirra stofnana sem könnunin beindist að.

Niðurstöður og ábendingar

Helstu niðurstöður

Skilvirkni og kostnaður á íbúa

Við þessa skoðun var leitast við að meta skilvirkni rekstrar hjá HsB með samanburði við svipaðar stofnanir. Einnig var skoðaður heildarkostnaður á íbúa við að standa straum af þjónustu HsB og þeirra stofnana sem voru til samanburðar. Tölur ársins 2003 voru notaðar við mat á skilvirkni því að þær voru nýjustu tölur sem lágu fyrir þegar vinna við skýrsluna hófst. Það dregur úr nákvæmni mats á skilvirkni helstu deilda að kostnaði er ekki alltaf rétt skipt milli þeirra í bókhaldi.

Einingakostnaður þjónustu er mælikvarði á skilvirkni. Á HsB var einingakostnaður heilsugæslu (kostnaður á komu) milli þess sem hæst gerðist, sem var á Heilbrigðisstofnuninni á Hvammstanga, og lægst, sem var á Heilbrigðisstofnuninni á Sauðárkróki. Heilbrigðisstofnunin á Sauðárkróki var eina stofnunin sem sýndi stærðarhagkvæmni í heilsugæslu miðað við hinar stofnanirnar. Réðist það aðallega af því að vaktakostnaður er hlutfallslega lægri á fjölmennu þjónustusvæði.

Kostnaður á legudag sjúkrasviða var almennt á bilinu 19–22 þúsund kr., þar á meðal á HsB. Tvær stofnanir skáru sig nokkuð úr með hærri einingakostnað: Heilbrigðisstofnunin á Patreksfirði, vegna þess að þar skiptist kostnaður við reksturinn á mjög lítið rekstrarumfang, og Heilbrigðisstofnunin á Sauðárkróki, vegna flókinna aðgerða sem þar eru framkvæmdar.

Kostnaður á íbúa á þjónustusvæði HsB lá milli þess sem hæst og lægst gerðist í viðmiðunarhópi. HsB fékk um 150 þús. kr. framlag á hvern íbúa, sem er umtalsvert lægra framlag á íbúa en hjá Heilbrigðisstofnuninni á Siglufirði þar sem framlag á íbúa var um 201 þús. kr. Lægstu framlög á íbúa fær Heilbrigðisstofnunin á Patreksfirði eða 131 þús. kr. Þegar tölur eru skoðaðar nánar sést að munur á kostnaði á íbúa skýrist fremur af mismikilli þjónustu en skilvirkni. Ekki verður séð að sá munur sem fram kom á þjónustumagni á íbúa milli staða hafi efnislegar forsendur sem réttlæti muninn.

Skoðað var hvort munur á kostnaði á íbúa stafaði af því að stofnanirnar framvísuðu sjúklingum í mismiklum mæli til stærri stofnana. Aflað var upplýsinga um kostnað við meðferð sjúklinga frá þeim þjónustusvæðum sem hér er litið til hjá stærri sjúkrastofnunum, þ.e. Landspítala-Háskólasjúkrahúsi, Fjórðungs-sjúkrahúsinu á Akureyri og Sjúkrahúsinu á Akranesi. Fram kom að kostnaður á stærri sjúkrahúsunum í heild var svipaður á hvern íbúa á þjónustusvæðum stofnananna sem horft er til. Þó var kostnaðurinn heldur lægri hjá Heilbrigðisstofnuninni á Sauðárkróki og heldur hærri á Hvammstanga. Þessar tölur eru vísbending um að þjónustusvið HsB og samanburðarstofnananna sé svipað og styður það að tölur um kostnað á hverjum stað séu sambærilegar. Þennan þátt þarf þó að skoða betur en hér er gert til að kveða endanlega úr um það hvort þjónusta stofnananna sé að fullu sambærileg.

Þá var skoðað í hve ríkum mæli íbúar notuðu þjónustu sérfræðinga á samningi hjá TR. Í ljós kom að notkun þeirra var um þriðjungur af notkun Reykavíkinga en fremur lítil munur var á notkuninni milli staðanna innbyrðis.

Skilvirkni HsB reyndist milli þess sem best og verst gerist hjá samanburðarstofnununum bæði hvað varðar heilsugæslu og sjúkradeildir. Hafa ber í huga að skilvirkni getur ákvarðast af þáttum sem stjórnendur ráða engu um, eins og stærð húsnæðis og fjölda starfsstöðva. Svipaða sögu er að segja um framlög á íbúa sem hjá HsB liggja milli þess sem hæst og lægst gerist. Stofnunin er með öðrum orðum í miðjum samanburðarhópnum þegar hún er metin á þennan hátt.

Forsendur framlaga

Framlög til þeirra stofnana sem hér er rætt um taka eins og almennt gerist í hefðbundnum fjárveitingakerfum mið af sögulegum ákvörðunum vegna hverrar stofnunar. Við slíkar aðstæður má búast við að ákveðið misræmi þróist í fjárveitingum til svipaðra stofnana. Samræmi verður ekki tryggt nema framlög séu samræmd með einhvers konar reiknireglu.

Þar sem stuðst er við kerfi rammafjárlaga er stjórnendum ætlað að veita sem mesta og besta þjónustu innan þess fjárhagsramma sem stofnun hefur og getur þá þurft að takmarka þjónustuna. Stofnun með þröngan ramma getur þurft að skammta naumar en önnur sem hefur rýmri ramma.

Árið 2004 var reglubundinn rekstur HsB nálægt því að vera í jafnvægi, þ.e. halli nam um 1% af útgjöldum þegar horft er á reglubundnar fjárveitingar. Þessu takmarki var að sögn stjórnenda náð með því að takmarka þjónustu umfram það sem þeir telja æskilegt. Stjórnendum hefur þannig tekist að laga starfsemina að þeim ramma sem henni hefur verið settur. Þeir virðast jafnframt fá mikið út úr þeim fjárveitingum sem stofnunin fær til ráðstöfunar.

Þegar framlög á íbúa eru skoðuð kemur fram talsverður munur milli stofnana sem ekki virðist mega skýra með efnislegum aðstæðum þeirra. Ljóst er að slíkt veldur óánægju hjá þeim sem telja sig bera skarðan hlut frá borði.

Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið hefur nú endurskilgreint framlög til heilbrigðisstofnana þannig að nokkur hluti þeirra telst vera til hjúkrunarrýma. Þetta er fyrsta skrefið í að samræma framlög til stofnananna og nú er unnið að því að ákveða næstu skref. Með þeirri leið sem valin hefur verið ákvarðast framlög af aðstöðu (rýmum). Þetta þarf ekki að þýða sama framlag á íbúa eða sambærilegt framlag fyrir sama magn af þjónustu, þ.e. ef rýmin eru misvel nýtt. Það þarf því að huga vel að því hvernig framlög eru samræmd. Ráðuneytið fyrirhugar að taka mið af nýtingu rýma við ákvörðun framlaga í framtíðinni.

Stefnumótun og aðlögun að ytri aðstæðum

Þriðji þátturinn sem hugað var að var framfylgd stefnu. Sú skoðun var tvíþætt. Annars vegar var metið hvernig HsB hefur tekist að laga sig að breyttum aðstæðum heilbrigðisstofnana á landsbyggðinni á undanförunum árum. Hins vegar var skoðað hvernig stofnunin hefur fylgt þeirri stefnu sem sett var fram í heilbrigðisáætlun til ársins 2010 um að jafna notkun á sérfræðiþjónustu milli landshluta.

Í ljós kom að gengið hefur snurðulaust að laga starfsemi HsB að breyttri samsetningu verkefna. Þegar þjónusta var flutt til stærri sjúkrahúsa var starfsfólk sett í önnur verkefni sem vaxið hafa að umfangi. Kraftar þess nýtast því að fullu. Það húsnæði sjúkrahússins sem er umfram þarfir þess hefur nú verið nýtt með því að leigja það undir ýmsa heilsutengda starfsemi. Stjórnendur telja þó að leigutekjur nægi ekki fyrir öllum þeim kostnaði sem hlýst af umframými stofnunarinnar.

Í heilbrigðisáætlun til ársins 2010 kemur fram að auka eigi aðgengi íbúa landsbyggðar að ýmiss konar sérfræðiþjónustu en framboð og notkun slíkrar þjónustu er mun meira í þéttbýli en dreifbýli. Leiðirnar sem fara átti voru fjarlækningar og fjarlækningar, þ.e. auka átti framboð sérfræðiþjónustu í dreifðum byggðum með ferðum sérfræðinga þangað og með hjálp tölvu- og fjarskiptatækni.

Stjórnendur Heilbrigðisstofnunarinnar á Blönduósi hafa aukið framboð sitt á sérfræðiþjónustu og komið á myndgreiningu byggðri á fjarlækningum. Vegna þess var gerður samningur við einkafyrirtæki. Hvort tveggja hefur sparað íbúum kostnað og fyrirhöfn. Stofnunin hefur af þessu ákveðinn kostnað sem þó

hefur ekki verið greindur og ekki eru sérstök framlög til að standa undir honum.

Farlækningar og fjarlækningar hafa hins vegar ekki verið eflar með heildstæðum hætti á landsbyggðinni. Smærri sjúkrahúsin sem hér er horft til bjóða mjög takmarkaða sérfræðipjónustu á starfsstöðum sínum og þar eru engar fjarlækningar stundaðar. Aðeins augnlæknar veita þar þjónustu og koma almennt aðeins einu sinni á ári. Íbúar þessara staða þurfa því að sækja nær alla sérfræðipjónustu út fyrir heimabyggð með tilheyrandi kostnaði.

Gögn frá Tryggingastofnun ríkisins sýna að í heild nota íbúar þeirra svæða sem hér eru til skoðunar að magni til aðeins um þriðjung þeirrar þjónustu sérfræðinga á samningi við TR sem íbúar Reykjavíkur nota. Ljóst er að heilsgæslulæknar sinna fleiri verkefnum á litlum stöðum en stórum. Engu að síður þarf að athuga hvort lækniþjónusta á landsbyggðinni sé jafngild þeirri sem íbúar þéttbýlis njóta og ef svo er ekki hvað sé raunhæft að gera til að færa ástandið til betri vegar.

Lög um heilbrigðisþjónustu kveða á um að allir skuli njóta bestu heilbrigðisþjónustu sem völ er á og miða í því efni við fullan jöfnuð. Sú viðmiðun veitir litla leiðbeiningu um hvernig dreifa skuli þjónustu þegar aðföng eru takmörkuð. Algengar skilgreiningar á jöfnuði eru sama aðgengi eða sama notkun fyrir sömu þörf. Slíkar skilgreiningar nýtast bæði við stefnumótun og framkvæmd stefnu í heilbrigðismálum.

Ábendingar

Ábendingar til allra heilbrigðisstofnana

Bókhald stofnana sýnir ekki í öllum tilvikum raunkostnað við meginþætti starfseminnar. Úr þessu þarf að bæta því að það kemur í veg fyrir að bókhaldsupplýsingar nýtist sem stjórnþæki innan stofnana, við samanburð á milli þeirra og við að ákvarða fjárframlög. Einnig þarf að leggja aukna áherslu á að safna starfsemistölum.

Með því að heimfæra kostnað á helstu þjónustutegundir og telja magn þeirra með samræmdum hætti má finna einingakostnað þjónustu. Þetta getur verið gagnlegt til að sjá hvaða stofnun sinnir einstökum þjónustubáttum af mestri hagkvæmni. Rétt er að færa sérstaklega kostnað vegna hjúkrunarrýma svo að sjá megi í bókhaldi bæði kostnað og framlög vegna þeirra.

Með Oracle kerfinu verður kleift að bæta söfnun og úrvinnslu upplýsinga og þurfa stofnanirnar að nýta það tækifæri í samstarfi við heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið.

Ábendingar til HsB

Færa þarf raunkostnað við starfsemi dvalardeildar þannig að fram komi meintur halli á þeirri starfsemi. Nú hefur verið gert samkomulag við heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið um að leggja þessa starfsemi af en fjölga á móti hjúkrunarrýmum.

Gagnlegt er að greina kostnað við þætti sem valda hærri kostnaði en almennt gerist hjá sambærilegum stofnunum, t.d. stærð húsnæðis og rekstur tveggja starfsstöðva heilsugæslu og sundlaugar. Þannig skýrist sérstaða rekstrarins, auk þess sem þetta getur nýst við ákvarðanir um fjárframlög og gert tölur hæfari til samanburðar við upplýsingar frá svipuðum stofnunum.

Skipta þarf kostnaði við lækna í bókhaldi í samræmi við það hvernig kraftar þeirra skiptast milli sjúkradeilda og heilsugæslu.

Ábendingar til heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis

Vísbendingar komu fram um að forsendur fjárframlaga til stofnana séu ekki nægilega skýrar. Þetta leiði m.a. til mishárra framlaga á hvern íbúa án þess að til þess séu greinilegar forsendur í aðstæðum stofnana. Ástæða er til að endurskoða forsendur framlaga til þeirra stofnana sem hér er horft til og tryggja jöfnuð milli þeirra. Þær breytingar sem gera þarf ættu að beinast að stofnununum sem hópi fremur en HsB sérstaklega. Ráðuneytið hefur nú stigið ákveðin skref í þessa átt.

Skoða þarf hvort samræma eigi framlög eftir rýmafjölda, eins og nú er unnið að hjá ráðuneytinu, magni þjónustu, ákveðnu framlagi á íbúa eða kostnaðarlíkani. Kostnaður þeirra stofnana sem hér er horft til eykst í raun með nokkuð fyrirsjáanlegum hætti með auknum umsvifum og gerir kleift að byggja framlög á líkani. Með slíku líkani er auðveldara að taka mið af séraðstæðum smærri stofnana en ef miðað er við sömu framlög á rými eða þjónustueiningu fyrir allar stofnanir án tillits til stærðar.

Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið þarf að vera stofnunum innan handar við að samræma bókhaldsupplýsingar og starfsemistölur til að tryggja samanburðarhæfni upplýsinga.

Miðlæg stýring heilbrigðisþjónustu fremur en á sveitarstjórnarstigi hefur þann kost að hún veitir betri yfirsýn um málaflokkinn og auðveldar stöðlun. Þannig má tryggja sambærileg gæði helstu þjónustu alls staðar á landinu. Þessi kostur hefur ekki verið nýttur nægilega vel fram að þessu en úrbætur eru hafnar. Miðlæg samræming má þó ekki koma í veg fyrir að stofnanir hafi svigrúm til að laga þjónustu að þörfum á hverjum stað. Þannig þarf að stefna að því að nýta kosti mið- og dreifstýringar, t.d. með því að setja ákveðinn fjárhagsramma um hvern þátt.

Ýmsum ávinningi má ná með því að skipuleggja starfsemi á stærra þjónustusvæði en hver stofnun spannar. Þannig má t.d. samnýta vaktir lækna til að draga úr launakostnaði og e.t.v. eru tækifæri til hagræðingar með samnýtingu ýmiss konar stoðþjónustu. Með því að skipuleggja framboð sérfræðiþjónustu fyrir stærra svæði en einnar heilbrigðisstofnunar mætti e.t.v. bjóða meiri fjölbreytni og tíðni en ella. Koma mætti á slíkum umbótum með því að sameina stofnanir eða auka samstarf og samvinnu þeirra.

Stjórnendur HsB telja að lækka megi kostnað með því að fækka læknum á vöktum. Mönnunarlisti vegna gæsluvakta sem heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið gefur út var síðast endurskoðaður árið 2000. Ástæða er til að endurskoða þann lista á ný.

Huga þarf á heildstæðan hátt að jöfnuði innan heilbrigðisþjónustunnar. Greina þarf núverandi stöðu og setja viðmið um ásættanlegan mismun í heilbrigðisþjónustu milli landsvæða. Við þessa vinnu þarf að taka tillit til góðs aðgengis að heimilislæknum á landsbyggðinni og landfræðilegra aðstæðna sem valda því að ávallt mun verða einhver munur á heilbrigðisþjónustu milli landshluta. Út frá slíkri greiningu verði síðan gripið til nauðsynlegra aðgerða til að færa ástand í æskilegt horf.

Framboð á sérfræðiþjónustu ætti að lúta stjórn heimamanna á hverjum stað og það mætti tryggja með samningi TR við sjálfstætt starfandi sérfræðinga, með því að stærri sjúkrahús gerist bakhjarlar smærri stofnana eða landsvæða eða með því að stofnanirnar fái sérgreind framlög til að sinna þessum þætti og kaupi hana af þeim aðila sem best getur þjónað þeim.

Um það eru skiptar skoðanir hvort aukin þjónusta sérfræðinga á landsbyggðinni þýði að dreifa þurfi núverandi framlögum á nýjan hátt eða auka framlög. Greining á núverandi stöðu er forsenda þess að slíku verði svarað með efnislegum hætti.

Ljóst er að það skiptir íbúa einstakra sveitarfélaga miklu máli að þeir þurfi í litlum mæli að sækja sérhæfða þjónustu um langan veg með tilheyrandi vinnutapi og kostnaði.

Starfsemi og stjórnvaldsfyrirmæli

Í þessum kafla verður fjallað um ýmsa þætti sem skýra starfsemi HsB og forsendur hennar. Rætt verður um þau lög og stjórnvaldsfyrirmæli sem stofnunin starfar eftir og helstu þætti starfseminnar, farið lauslega yfir sögu stofnunarinnar og fjárhag hennar lýst.

Lög og önnur stjórnvaldsfyrirmæli

Heilbrigðisstofnunin á Blönduósi starfar samkvæmt lögum um heilbrigðisþjónustu nr. 97/1990. Í 2. mgr. 12. gr. þeirra laga segir að þar sem aðstæður leyfi skuli heilsugæsla og sjúkrahús rekin sem ein heild og kallist þá heilbrigðisstofnun. Hjá HsB hefur slíkur samrekstur verið viðhafður frá árinu 1998. Í lögnum eru heilbrigðisstofnanir ekki skilgreindar sérstaklega né eru verkefni slíkra stofnana tilgreind. Ákvæði laganna um heilsugæslu og sjúkrahús eiga við um þessa þætti í starfseminni. Í þriðja kafla laganna er fjallað um heilsugæslu og tilgreind þau verkefni sem þar skal sinna. Í fjórða kafla laganna er fjallað um tegundir sjúkrahúsa sem starfa samkvæmt lögnum. HsB fellur best að þeim flokki sjúkrahúsa sem kölluð eru almenn sjúkrahús í lögnum. Samkvæmt þeim taka slík sjúkrahús við sjúklingum til rannsókna og meðferðar og hafa einnig aðstöðu til vistunar langlegusjúklinga. Þau skulu hafa á að skipa sérfræðingum í handlæknisfræði, lyflæknisfræði eða heimilislækningum. Hluti starfseminnar fellur undir hjúkrunarheimili. Þau eru skilgreind í lögnum sem vistheimili fyrir aldraða sjúklinga sem þarfnast vistunar og meðferðar sem hægt er að veita utan almennra og sérhæfðra sjúkrahúsa. Í lögum um aldraða nr. 125/1999 er einnig fjallað um hjúkrunarrými og hjúkrunarheimili. Þar segir að þar dvelji sjúklingar sem séu of veikburða til að dvelja á öðrum stofnunum fyrir aldraða. Þar skal veita bæði lækni- og hjúkrunarþjónustu og endurhæfingu. Þjónusta skal byggð á einstaklingsbundnu mati á heilsufarslegum og félagslegum þörfum. Við hönnun húsnæðis skal þess gætt að það sé heimilislegt og að sem flestir hafi eigið herbergi.

Hluti sjúklinga HsB eru dvalarsjúklingar. Um dvalarrými er fjallað í lögum um málefni aldraðra nr. 125/1999. Þar segir að dvalarheimili (og sambýli/íbúðir) séu sérhönnuð fyrir þarfir aldraðra sem ekki eru færir um að annast heimilishald þrátt fyrir heimaþjónustu. Þar segir enn fremur. „Á stofnunum þessum skal vera varsla allan sólarhringinn, öryggiskerfi í hverri íbúð og völ á fjölbreyttri þjónustu, svo sem mat, þvotti, þrifum og félags- og tómsundastarfi.

Aðstaða skal vera fyrir hjúkrun, læknishjálpar og endurhæfingu. Þjónusta skal byggð á einstaklingsbundnu mati á þörfum hins aldraða og skal byggjast á hjálpar til sjálfshjálpar.“

Starfsemi HsB lýtur einnig heilbrigðisáætlun til ársins 2010 sem lýsir grunnstefnumótun stjórnvalda vegna heilbrigðismála. Þar koma fram almennar áherslur heilbrigðisþjónustunnar sem heilbrigðisstofnunin skal taka mið af og eru forgangsverkefni sérstaklega tilgreind. Þar er og tekið fram að dregið skuli úr mun á aðgengi þjóðfélagshópa og byggðarlaga að heilbrigðisþjónustu.¹ Leiðir til að ná þessu markmiði samkvæmt áætluninni eru auknar fjarlækningar og farlækningar sérfræðinga. Þessi þáttur snýr fremur að stjórnvöldum en stjórnendum stofnunar og verður fjallað sérstaklega um hann í skýrslunni.

Starfsemi

Heilbrigðisstofnunin á Blönduósi lýtur stjórn framkvæmdastjóra sem stýrir stofnuninni í samstarfi við framkvæmdastjórn. Í henni eiga sæti auk framkvæmdastjóra, hjúkrunarframkvæmdastjóri og yfirlæknir. Framkvæmdastjóri er ábyrgur gagnvart ráðherra fyrir rekstri stofnunarinnar og hefur endanlegt ákvörðunarvald í öllum málum sem tengjast rekstri og fjármálum.

Heilbrigðisstarfsemi stofnunarinnar skiptist í sjúkrasvið og heilsugæslu sem fá sérgreindar fjárveitingar. Yfirlæknir og hjúkrunarforstjóri hafa með höndum yfirstjórn á sínum fagsviðum og rekstrarstjórn í samstarfi við framkvæmdastjóra. Þá annast stofnunin rekstur dvalardeildar sem hliðarstarfsemi við hefðbundna starfsemi stofnunarinnar.

Sjúkrasvið og dvalardeild

Undir sjúkrasvið falla sjúkradeildir I og II og einnig er dvalardeild rekin í starfstengslum við sviðið. Dvalarstarfsemi er á forræði sveitarfélaga og er rekin fyrir framlög frá Tryggingastofnun ríkisins. Starfsemin er í raun ekki heilbrigðisþjónusta þó flestir þeir sem dvelji á þessari deild HsB þarfnist umtalsverðar umönnunar. Af þeim sökum standa framlög ekki undir kostnaði við að veita þjónustuna. Stjórnendur stofnunarinnar hafa nú komist að samkomulagi við heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið um að þessi starfsemi leggist af í áföngum og hjúkrunarrýmum verði fjölgað á móti.

¹ Eitt hinna tölulegu markmiða heilbrigðisáætlunar er að geðheilbrigðisþjónusta nái til 2% barna óháð búsetu.

Á sjúkrasviði fer fram öll legustarfsemi stofnunarinnar og vinnur þar meginhluti starfsmanna hennar. Um 42 af 56 stöðugildum stofnunarinnar tilheyra þessu sviði. Helstu starfsstéttir eru hjúkrunarfræðingar í um 7 stöðugildum, sjúkraliðar í 5,6 stöðugildum og starfsfólk við aðhlyningu og ræstingu í um 19 stöðugildum. Sviðið nýtur lækniþjónustu frá læknasviði stofnunarinnar.

Tafla 1 sýnir fjölda legurýma á deildum sjúkrasviðs á árinu 2004.

Tafla 1. Legurými

Deild	Legurými
Sjúkradeild I	4 bráðarými og 19 hjúkrunarrými
Sjúkradeild II	11 hjúkrunarrými og 12 dvalarrými

Legudeild I sinnir aðallega hjúkrunarsjúklingum en þar eru einnig svokölluð bráðarými sem í raun eru almenn legurými með mjög fjölbreytt hlutverk. Þar fer þó ekki fram eiginleg meðferð. Flestir dvelja í þessum rýmum í skamman tíma og er um að ræða bráðainnlagnir, hvíldarinnlagnir og sængurlegur. Á sjúkradeild II eru 11 hjúkrunarrými og 12 dvalarrými.

Framlag vegna dvalarsjúklinga var á árinu 2004 um 5.500 kr. á sólarhring sem nægði ekki fyrir kostnaði. RAI mat staðfesti að margir íbúar dvalardeildar áttu að flokkast sem hjúkrunarsjúklingar.

Frá og með árinu 2005 fá heilbrigðisstofnanir sérgreint framlag vegna hjúkrunarrýma. Það nemur um 13 þúsund krónum fyrir hvert rými á sólarhring.² Nú eru um 30 hjúkrunarrými á HsB fjármögnuð á þann hátt. Þessum rýmum verður fjölgað í áföngum á næstu árum og fjárframlögum breytt jafnhliða. Jafnframt mun dvalarstarfsemi leggjast af. Framlag til hjúkrunarrýma var dregið frá öðrum framlögum til sjúkradeilda. Þannig er framlag til heilbrigðisstofnana í meginatriðum skipt í framlag til heilsugæslu, sjúkradeilda almennt og hjúkrunarrýma.

Fæðingar á stofnuninni voru 7 árið 2004 en 14 árið áður. Skiptar skoðanir eru um það innan stofnunarinnar hvort halda eigi áfram að veita fæðingarþjónustu þar. Nú þegar fara 70% fæðinga á svæðinu fram utan stofnunarinnar. Landlæknir vinnur nú að viðmiðunarreglum um þær aðstæður sem þurfa að vera á fæðingardeild svo að heimilt sé að bjóða þessa þjónustu.

Læknar sem starfa aðallega á heilsugæslu eru á bráðavakt allan sólarhringinn. Stofnunin hefur skilgreindu hlutverki að gegna við almannavarnir.

² Kostnaður á legudag sem reiknaður er síðar í skýrslunni miðar aðeins við nýtt legurými, en greiðslur fyrir legurými taka ekki mið af nýtingu.

Heilsugæsla

HsB sinnir heilsugæslu í húsnæði stofnunarinnar á Blönduósi og í útibúi á Skagaströnd. Á Blönduósi starfa tveir hjúkrunarfræðingar í 1,7 stöðugildum og á Skagaströnd er einn hjúkrunarfræðingur í fullu starfi. Læknar sinna móttöku sjúklinga alla virka daga á heilsugæslunni á Blönduósi og taka á móti sjúklingum þrjá daga í viku á Skagaströnd.

Heilsugæslan sinnir einnig heimahjúkrun á svæðinu og skólahjúkrun í þremur skólum.

Stoðdeildir

Stoðdeildir sem heyra beint undir framkvæmdastjóra eru húsnæðissvið, eldhús, skrifstofa og móttaka.

Önnur heilbrigðisþjónusta

Læknar í ýmsum sérgreinum koma á sjúkrahúsið og sinna þar þjónustu samkvæmt samningi við TR. Til að þjónustan fái greidd hjá TR verður að sækja um leyfi sem fæst ef talin er þörf fyrir þjónustuna og hún er veitt með skipulögðum hætti. Samningar annarra sérfræðinga en augnlækna styðja ekki farlækningar, en augnlæknar eru einu sérfræðingarnir sem stunda mega slíkar lækningar samkvæmt samningum sínum við TR. Undanþága til að veita sérfræðiþjónustu utan stofa byggir á bráðabirgðafyrirkomulagi frá 1998 sem enn stendur.

Sjúklingar á þjónustusvæði HsB hafa einnig aðgang að sérfræðingum á Heilbrigðisstofnuninni á Sauðárkróki. Sérfræðingar frá Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri veita hluta þeirrar þjónustu. Læknar á HsB beina sjúklingum þangað með skipulegum hætti þannig að sú þjónusta verður í raun hluti af valmöguleikum íbúa á þjónustusvæði stofnunarinnar. Yfirlæknir HsB telur að nú sé aðgengi íbúa að sérfræðingum að verða nokkuð gott. Enn vantar þó þjónustu geðlækna á svæðinu.

Rekstrarafkoma og fjárhagsleg staða

Þróun útgjalda og afkomu 1999–2004

Tafla 2 veitir yfirlit um rekstur Heilbrigðisstofnunarinnar á Blönduósi undanfarin ár.

Tafla 2. Rekstraryfirlit 1999-2004

	Framlög	Útgjöld	Sértekjur	Nettó gjöld	Afkoma	Staða
1999	229.483	211.610	8.245	203.365	26.118	-21.524
2000	231.100	239.137	11.687	227.450	3.650	4.594
2001	246.417	268.230	14.350	253.880	-7.463	781
2002	276.000	294.823	13.788	281.035	-5.035	-4.254
2003	291.100	317.710	14.990	302.720	-11.620	-15.874
2004	305.950	344.403	44.877	299.526	6.424	-9.450
2004-án fjárveitingar v./upps. halla.	295.950	344.403	44.877	299.526	-3.576	

Heimild: Ríkisreikningur og Bár.

Árin 1999-2000 var afgangur af rekstri sem varð til þess að uppsafnaður halli árána þar á undan jafnaðist. Tafla 2 sýnir þó ekki 25 m.kr. kostnað og framlög vegna langvinnra veikinda eins læknis stofnunarinnar. Vegna þessa breytast tölur samkvæmt ríkisbókhaldi en um leið sést betur hvernig kostnaði og gjöldum vegna reglulegs reksturs var háttáð. Þá kemur fram að halli var á reglulegri starfsemi frá árinu 2000 til 2003. Árið 2004 var afgangur af rekstri þar sem stofnunin fékk 10 m.kr. framlag vegna halla fyrri ára. Þar fyrir utan var 3,5 m.kr. halli á rekstri ársins, þ.e. rúmlega 1% af gjöldum.

Rekstur stofnunarinnar var í nokkuð góðu jafnvægi árið 2004, en að mati forsvarsmanna hennar þurfti að takmarka þjónustu of mikið og fresta viðhaldi til að ná endum saman. Meðal þeirrar þjónustu sem þurft hefur að takmarka er iðjuþjálfun og umönnun aldraðra.

Fjárveitingakerfi ríkisins byggir á rammafjárveitingum þar sem hver stofnun skal sinna hlutverki sínu innan þess fjárhagsramma sem henni er settur. Stofnuninni tókst nokkuð vel að halda rekstri innan ramma á árinu 2004.

Sögulegt yfirlit

Á Blönduósi var um árabíl aðsetur héraðslæknis sem þjónaði staðnum og nágrennasveitum. Árið 1932 lauk þar byggingu sjúkraskýlis. Um var að ræða lítið timburhús sem enn stendur en var í flesta staði mjög ófullkomið til þess hlutverks sem því var ætlað. Í húsinu var þó umtalsverð starfsemi og voru m.a. framkvæmdir þar um 1.000 holskurðir á þeim rúmu tveimur áratugum sem það var rekið. Sjúkraskýlið hafði ekki starfað í mörg ár þegar farið var að huga að byggingu nýs og veglegra húss fyrir heilbrigðisþjónustu svæðisins.

Páll V.G. Kolka héraðslæknir vann ötullega að framgangi þess máls á öllum stigum þess. Þar var unnið af metnaði og hagsýni og var ein meginforsenda byggingarinnar að sameina á einum stað alla heilbrigðisþjónustu fyrir héraðið. Um þetta segir Páll í sögulegu yfirliti um byggingu sjúkrahússins. „Reksturskostnaður sjúkrahúss og hjúkrunarheimilis fyrir gamalmenni hlýtur að verða óhóflegur og erfiður, þegar um er að ræða litlar stofnanir, sem reknar eru aðskildar”. Af þessu sést að hann hefur haft skilning á kostum samreksturs og þeirri hagkvæmni sem ná má fram með þeim hætti.

Um áramótin 1955-1956 var hið nýja hús tekið í notkun og hét stofnunin þá Héraðshæli Austur-Húnvetninga. Þar var veitt öll almenn læknisþjónusta og m.a. rekin bæði skurðeild og fæðingardeild. Þar var einnig hjúkrunarheimili fyrir aldraða. Í húsinu voru einnig nokkrar íbúðir fyrir starfsmenn. Í seinni tíð hafa þær aðallega verið nýttar fyrir afleysingafólk.

Lengstum hefur sú starfsemi sem fram fer í húsinu verið tvískipt rekstrarlega og kallast Sjúkrahús Austur-Húnvetninga og Heilsugæslan á Blönduósi. Við þessar aðstæður hefur rekstur skipst á tvö viðfangsefni í fjárlögum og sérstakt stjórnkerfi verið yfir hvorri stofnun um sig. Árið 1998 voru þessar tvær stofnanir sameinaðar í Heilbrigðisstofnunina á Blönduósi.

Árið 1993 var tekin í notkun viðbygging við sjúkrahúsið sem gerbreytti allri aðstöðu þess. Þegar sú viðbygging stóð fyrir dyrum voru blikur á lofti um starfsemi landsbyggðarsjúkrahúsa. Ljóst var að ýmsar ytri aðstæður hefðu þau áhrif að ýmis flókin verkefni legðust af í þessum stofnunum sem drægi úr húsnæðisþörf þeirra. Í viðtali við embætti landlæknis við gerð þessarar skýrslu kom fram að á undirbúningsstigi vegna viðbyggingarinnar hafi embættið varað við því að hún væri of stór miðað við fyrirsjáanlega starfsemi í framtíðinni. Ekki var tekið mark á þessari aðvörun og hefur það verið eitt af úrlausnar-

efnum stjórnenda að nýta þetta mikla húsrými. Vandinn hefur að hluta til verið leystur með því að leigja út talsvert húsnæði.

Með fækkun íbúa á þjónustusvæði stofnunarinnar og meiri verkaskiptingu milli stofnana heilbrigðiskerfisins hafa sérhæfðari verkefni flust frá stofnuninni. Árið 1998 var starfsemi skurðstofu lögð af. Fæðingar hafa sömuleiðis í ærikara mæli flust annað. Nú fæða á stofnuninni aðeins þær mæður sem áður hafa átt barn án vandamála og hugað er að því að leggja fæðingar af fyrir fullt og allt hjá stofnuninni. Þó eru skiptar skoðanir meðal stjórnenda hennar um hvað beri að gera.

Hlutfallsleg fjölgun eldri íbúa eykur stöðugt þátt öldrunarþjónustu í starfsemi stofnunarinnar. Vaxtarbroddur starfseminnar á komandi árum mun tengjast verkefnum af þeim toga.

Spurningar sem leita á svara við

Í þessari skýrslu er einkum hugað að þremur atriðum: hagkvæmni rekstrar, forsendum fjárframlaga og stefnumótun vegna heilbrigðisstofnana í dreifbýli. Leitast var við að varpa ljósi á þetta með því að svara eftirfarandi spurningum:

1. Er rekstur HsB skilvirkur miðað við aðrar sambærilegar stofnanir?
2. Er fjármagni úthlutað á skýrum forsendum sem m.a. tryggir jafnræði milli stofnana?
3. Er tekið tillit til breytinga á ytri aðstæðum og hefur stefnumótun heilbrigðisráðuneytisins náð fram að ganga við þróun á rekstri HsB?

Spurning 1: Er rekstur HsB skilvirkur miðað við aðrar sambærilegar stofnanir?

Mat á skilvirkni HsB byggir á samanburði við þær stofnanir íslenska heilbrigðiskerfisins sem eru hvað líkastar henni að stærð og þjónustuframboði. Þetta eru Heilbrigðisstofnanirnar á Patreksfirði, Hvammstanga og Siglufirði. Heilbrigðisstofnunin á Blönduósi er stærst í þessum hópi. Til þess að fá einnig samanburð við stofnun sem er stærri en HsB var horft til Heilbrigðisstofnunarinnar á Sauðárkróki þó að hún tilheyrir í raun öðrum hópi heilbrigðisstofnana þar sem hún er stærri og hefur víðara verksvið.

Áður en rætt er um skilvirkni áðurnefndra stofnana er gagnlegt að birta nokkrar lykiltölur um stærð þeirra og þann íbúafjölda sem þær þjóna. Til að tryggja að tölur séu endanlegar var miðað við árið 2003.

Tafla 3. Lykilupplýsingar um stofnanir

	Blönduós	Hvammst.	Patreksfj.	Siglufj.	Sauðárkr.
Íbúafjöldi á þjónustuvæði	2.120	1.303	1.437	1.536	4.311
Fjöldi stöðugilda.	56	35	30	54	128
Heildarkostnaður 2003	318	212	188	309	648

Eins og taflan sýnir er Blönduós stærst þeirra stofnana sem mynda hinn eiginlega samanburðarhóp þótt litlu muni á henni og Siglufirði, bæði hvað varðar heildarkostnað og mannafla. Heilbrigðisstofnunin á Patreksfirði er

minnst þessara stofnana mælt í rekstrarumfangi. Heilbrigðisstofnunin á Sauðárkróki er aftur á móti rúmlega tvöfalt stærri en Heilbrigðisstofnunin á Blönduósi, bæði hvað varðar íbúafjölda á þjónustusvæði og kostnað.

Mat á skilvirkni

Með skilvirkni er átt við hversu mikil og góð þjónusta fæst fyrir þá fjármuni sem varið er til að veita hana. Einingakostnaður þjónustu er góður mælikvarði á skilvirkni þar sem hann mælir bæði kostnaðarbreytingar og magnbreytingar. Einingakostnaður lækkar ef tilkostnaður lækkar eða magn þjónustu eykst, að öðru óbreyttu. Slíkur samanburður á stofnunum getur ekki orðið nákvæmur meðan kostnaði milli heilsugæslu og sjúkradeilda er ekki rétt skipt í bókahaldi. Saman gefa báðir þættirnir þó heildarmynd af skilvirkni stofnunar.

Tafla 4. Einingakostnaður, kostnaður á íbúa og heildarkostnaður

Fjárhæðir í þús. kr.	Blönduós	Hvammst.	Patreksfj.	Siglufj.	Sauðárkr.
Rekstrarkostn. heilsugæslu	74.762	61.796	52.974	54.828	97.422
Fjöldi koma	11.268	6.719	8.637	8.647	23.225
Kostnaður á „komu“.	6,6	9,2	6,1	6,3	4,2
Heilsugæslukostnaður á íbúa	35	47	37	36	23
Rekstrarkostn. sjúkradeilda	242.948	150.248	135.336	253.956	531.535
Fjöldi legudaga	11.826	7.792	5.250	11.534	18.701
Kostnaður á legudag	21	19	26	22	28
Kostnaður á íbúa	115	115	94	165	123
Rekstrarkostn. alls á íbúa	150	163	131	201	146
Kostnaður v. TR, heild	12.049	9.527	9.400	8.754	19.833
Kostnaður v. LSH, heild	64.454	45.412	75.970	49.915	118.546
Kostnaður v. FSA, heild	53.296	16.180	2.940	31926	72.213
Kostnaður v. SA, heild	1.928	11.887	900	900	771
Kostnaður alls aðrir aðilar	131.727	83.006	89.210	91.495	211.363
Kostnaður v. annarra á íbúa	62	64	62	60	49
Heildarkostnaður á íbúa	212	226	193	261	195

Sá mælikvarði sem hér er notaður er ekki hreinn einingakostnaður einstakra tegunda þjónustu heldur er um að ræða safn þjónustupátta sem metið er í heild. Þar sem mælikvarðinn er sá sami alls staðar nýtist hann til samanburðar á stofnunum. Í heilsugæslu eru teknar helstu tegundir þjónustu, eins og komur til lækni, vitjanir lækna, komur í ungbarnaeftirlit og heimahjúkrun og fundinn meðalkostnaður á einingu hjá hverri stofnun. Hjá sjúkradeildum er kostnaði skipt á legudaga bæði bráðarýma og hjúkrunarrýma.

Einingakostnaður heilsugæslu

Eins og fram kemur í töflu 4 kostar „koma” í heilsugæslu miðað við þær forsendur sem hér er gengið út frá 9.200 kr. á Hvammstanga, þar sem hún er dýrust, til 4.200 á Sauðárkróki, þar sem hún er ódýrust. Kostnaður á komu á HsB er 6.600 sem er álíka mikið og hjá tveimur þeirra stofnana sem helst er hægt að bera hana saman við. Svipuð niðurstaða fæst þegar horft er á kostnað á íbúa. Ljóst virðist af þessum tölum að stærðarhagkvæmni ræður nokkru um skilvirkni í heilsugæslu. Þetta kemur sérstaklega vel fram varðandi Sauðárkrók sem sinnir flestum íbúum og hefur langlægstan einingakostnað. Þá er hæsti einingakostnaðurinn á Hvammstanga þar sem íbúar eru fæstir.

Kostnaður við heilsugæslu er svipaður hjá HsB og þeim stofnunum sem eru sambærilegastar henni. Í raun á heilsugæslan að bera stærri hluta af launakostnaði lækna en núgildandi bókunarreglur segja til um. Með því að færa stærri hluta af launum lækna á heilsugæslu, eins og rétt er, hækkar einingakostnaður heilsugæslu. Hins vegar verður að hafa í huga að HsB rekur tvær starfsstöðvar heilsugæslu sem hinar gera ekki og skekkir það samanburðinn.

Einingakostnaður sjúkradeilda

Kostnaður á legudag er almennt um 20 þús. kr. í samanburðarhópnum. Hann er þó umtalsvert hærri á Patreksfirði sem ræðst af því hversu legudagar þar eru fáir. Fastur kostnaður skiptist því á fáar einingar. Hærri kostnað á Sauðárkróki má líklega rekja til þess að þar eru framkvæmdar flóknar aðgerðir. Þannig virðist skilvirkni starfsemi mæld í kostnaði á legudag svipuð hjá þeim þremur stofnunum sem sambærilegastar eru.

Frammistaða HsB er því svipuð og þeirra stofnana sem eru sambærilegastar henni. Ef of lágt hlutfall kostnaðar er fært á heilsugæslu hjá stofnuninni, eins og nefnt var hér að framan, þá er að sama skapi of hátt hlutfall fært á sjúkradeildina. Miðað við það er hagkvæmni sjúkradeildar HsB meiri en hér kemur fram og hún því skilvirk í samanburði við aðrar stofnanir í samanburðinum. Hér kemur ónákvæmni bókhaldsupplýsinga í veg fyrir að skýr svör fái.

Hafa ber í huga að skilvirkni ræðst bæði af þáttum sem stjórnendur hafa áhrif á og ýmsum ytri þáttum sem þeir ráða engu um.

Kostnaður á íbúa

Þegar litið er á kostnað á íbúa kemur í ljós að hann er lægstur á Patreksfirði en hæstur á Siglufirði. HsB liggur þarna á milli og því ræðst staða hennar af því við hvern er miðað. Bæði er hægt að finna hærri og lægri framlög á íbúa og því ekki augljóst að stofnunin eigi að fá leiðréttingu umfram ýmsar aðrar.

Tafla 4 sýnir að munur milli staða ræðst fyrst og fremst af því hversu umfangsmikil legustarfsemi er á hverjum stað. Mishár kostnaður á íbúa sem leiðir til mismikillar þjónustu sýnir að huga þarf að forsendum framlaga. Heildarkostnaður við rekstur heilbrigðisstofnananna á Siglufirði og Blönduósi er t.d. nokkurn veginn hinn sami þó að íbúar á þjónustusvæði HsB séu nálægt 40% fleiri.

Ekki er ljóst hvers vegna þjónustumagn á íbúa er miklu meira á Siglufirði en Blönduósi. Stofnanirnar gegna svipuðu hlutverki hvor á sínu svæði. Aldraðir sem þurfa meiri heilbrigðisþjónustu en aðrir eru þó hlutfallslega ívið fleiri á Siglufirði. Þar er hlutfall íbúa 67 ára og eldri um 15% en um 13% á Blönduósi. Vegna fleiri íbúa á Blönduósi eru aldraðir þó fleiri þar en á Siglufirði. Þá eru börn, sem einnig þurfa mikla heilbrigðisþjónustu, hlutfallslega fleiri á Blönduósi.

Eins og fram hefur komið er rekin dvalardeild á HsB fyrir framlag frá Tryggingastofnun ríkisins en engin slík deild er á Siglufirði. Þjónusta við dvalarsjúklinga og kostnaður þeirra vegna er utan þessa samanburðar. Þó er hugsanlegt að mismunandi þjónustumagn stofnananna felst að hluta til í því að sjúklingum sem sinnt er sem dvalarsjúklingum hjá HsB sé sinnt á sjúkradeild á Siglufirði. Fyrirhugað er að skilgreina fleiri rými hjá HsB sem hjúkrunarrými sem mun draga úr misræmi í framlögum milli þessara stofnana. Stjórnendur HsB vilja fá þessar breytingar hið fyrsta en ráðuneytið ætlar að gera þær í áföngum. Lágan kostnað á íbúa á Patreksfirði má rekja til lítils þjónustumagns miðað við íbúafjölda á sjúkradeildum þar.

Skóðað var hvort skýra mætti mun á kostnaði með því að stofnanir sendu sjúklinga í mismiklum mæli til stærri sjúkrahúsa. Eins og fram kemur í töflu 4 var kostnaður íbúa flestra svæðanna svipaður að þessu leyti. Hann var þó lægri hjá íbúum á þjónustusvæði Heilbrigðisstofnunarinnar á Sauðárkróki. Það skýrist af því að hún hefur víðara verkefnasvið á sínu þjónustusvæði en hinar stofnanirnar. Hafa ber í huga að þessi samanburður byggir á fáum sjúklingum og sveiflast tölurnar því milli ára.

Notkun á vinnuafli

Hér að framan var nefnt að mismun í framlögum á íbúa á hverjum stað má rekja til mismikils þjónustumagns. Til að greina nánar hvað felst í þjónustu á hverjum stað var skoðaður kostnaður við þjónustu helstu heilbrigðisstétta. Þar sem laun eru áþekk samsvara þau nokkurn veginn magni vinnuafli. Tölurnar eru settar í hlutfall við íbúafjölda til að gera þær samanburðarhæfar. Fyrirfram mætti ætla að kostnaður vegna þjónustu hverrar starfsstéttar væri

svipaður á hvern íbúa þar sem hér er um svipaðar stofnanir að ræða sem veita eiga sambærilega þjónustu.

Tafla 5. Kostnaður helstu starfshópa á íbúa, komu og legudag

	Blönduós	Patreksfj.	Hvammst.	Siglufj.	Sauðárkr.
Læknakostnaður á íbúa	27.604	27.387	27.517	26.228	17.515
Læknakostnaður á komu	5.193	4.557	5.336	4.659	3.251
Hjúkrunarkostnaður á íbúa	20.879	14.751	20.348	30.877	21.344
Hjúkrunarkostnaður á legudag	3.743	4.037	3.403	4.112	4.117
Sjúkraliðakostnaður á íbúa	8.768	1.572	8.358	6.111	13.802
Sjúkraliðakostnaður á legudag	1.572	430	1.398	814	2.662
Aðhlygning og ræsting á íbúa	19.154	17.892	28.368	31.928	19.390
Aðhlygning og ræsting á legudag	3.434	4.897	4.744	4.252	3.740

Taflan sýnir að læknakostnaður á íbúa er svipaður á öllum smærri stöðunum. Á Sauðárkróki gætir hagræðis vakta sem þjóna stærra þjónustusvæði og lækkar það kostnað á íbúa.

Hjúkrunarkostnaður er svipaður á hvern íbúa á Hvammstanga, Blönduósi og Sauðárkróki, umtalsvert hærri á Siglufirði og umtalsvert lægri á Patreksfirði.

Sjúkraliðakostnaður á íbúa er svipaður á Hvammstanga og Blönduósi, heldur lægri á Siglufirði, en margfalt lægri á Patreksfirði. Aðhlygning og ræsting er dýrust á hvern íbúa Hvammstanga og Siglufjarðar. Á Hvammstanga gætir líklega óhagkvæmni smæðar og á Siglufirði ræður magn umönnunarþjónustu líklega mestu.

Hár kostnaður á hvern íbúa á Siglufirði ræðst af því að þar er mikil þjónusta hjúkrunarfræðinga og ófaglærðs starfsfólks sem sinnir umönnun og ræstingu. Lágan kostnað á Patreksfirði má rekja til mjög lágs kostnaðar við hjúkrun og þjónustu sjúkraliða.

HsB liggur á milli hæsta og lægsta kostnaðar hvað varðar hjúkrun, umönnun og ræstingu, en er í hærri kantinum miðað við eiginlegar samanburðarstofnanir hvað varðar kostnað við sjúkraliða.

Þessar upplýsingar sýna að þjónusta sem búast mætti við að væri mjög svipuð að samsetningu er mjög mismunandi á samburðarstöðunum. Það sýnir að ástæða er til að samræma þjónustuna betur milli staða.

Þessar upplýsingar gefa til kynna að stjórnvöld hafi ekki nýtt þann möguleika sem miðlæg stjórnun gefur að samræma þjónustu milli staða. Til þess að svo

geti orðið þarf að bæta upplýsingaflæði og stöðlun helstu þjónustu. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið vinnur þó að því að bæta úr þessum annmörkum. Ítrekað skal að samræming framlaga og þjónustu þarf ekki að koma í veg fyrir að stofnanir hafi svigrúm til að laga sig að séraðstæðum á hverjum stað. Setja þarf ákveðinn ramma utan um hvorn þátt um sig þannig að gegnsætt sé hvers vegna þjónusta sé með mismunandi hætti milli staða.

Launakostnaður annarrar starfsemi

Til að fá enn frekari innsýn í samsetningu kostnaðar er hér litið til launakostnaðar við ýmsa stoðstarfsemi og smærri liði sem féllu utan greiningar á helstu heilbrigðisstéttum. Um er að ræða heildarkostnað við hvern þátt á hverri stofnun og sýna tölurnar að víða getur verið svigrúm til að draga úr kostnaði og auka þannig skilvirkni starfseminnar.

Tafla 6. Heildarlaunakostnaður við ýmsa starfsþætti

Fjárh. í þús. kr.	Blönduós	Patreksfj.	Hvammst.	Siglufj.	Sauðárkr.
Ljósmaður	2.042	1.647		3.764	10.940
Meinataeknar	3.217	4.927	1.760	6.567	9.796
Sjúkraþjálfun og iðjuþjálfun	1.271	1.961	985	2.472	7.329
Röntgentæknar	965				7.072
Ritarar aðrir en á skrifstofu	4.778	3.565	2.684	6.682	12.831
Eldhús og þvottahús	13.160	9.294	13.150	18.942	25.809
Akstur sjúkrabíla	5.186	1.923	3.863	5.500	7.500
Skrifstofa og yfirstjórn	11.437	7.100	5.624	8.783	17.190

Kostnaður við ljósmaður er allt frá því að vera enginn á Hvammstanga til þess að vera 3,7 m.kr. á Siglufirði. Fæðingar eru almennt að leggjast af hjá þeim stofnunum sem hér eru til skoðunar.

Kostnaður við meinataekna er allt frá því að vera um 1,8 m.kr. á Hvammstanga til þess að vera um 6,6 m.kr. á Siglufirði.

Sjúkra- og iðjuþjálfun er ekki umfangsmikil hjá eiginlegum samanburðarstofnunum en umtalsverðu munar milli hæsta kostnaðar á Siglufirði og lægsta kostnaðar á Hvammstanga.

Launakostnaður ritara utan skrifstofu er allt frá 2,7 m.kr. á Hvammstanga til 6,7 m.kr. á Siglufirði.

Laun starfsfólks í eldhúsi og þvottahúsi eru frá 9,3 m.kr. á Patreksfirði til 18,9 m.kr. á Siglufirði.

Akstur sjúkrabíla er ekki greiddur með sama hætti alls staðar. Á Siglufirði og Sauðárkróki er um að ræða heildarkostnað sem greiddur er utanaðkomandi aðila. Þar fyrir utan er kostnaður lægstur á Patreksfirði og hæstur á Blönduósi.

Af eiginlegum samanburðarstofnunum er launakostnaður vegna skrifstofu og yfirstjórnar hæstur á Blönduósi en lægstur á Hvammstanga.

Þessi yfirferð sýnir að kostnaður á Blönduósi sker sig almennt ekki úr samanburðarstofnunum. Hlutfallslega hár kostnaður HsB við stjórnun og skrifstofuhald verður að skoða út frá stærð stofnunarinnar og því að hluta ársins voru tveir framkvæmdastjórnar á launum. Hár kostnaður við rekstur Heilbrigðisstofnunarinnar á Siglufirði á að hluta til rætur í kostnaðarliðum sem hér er horft til. Þá sýnir Tafla 6 enn mismun í þjónustuframboði á íbúa, t.d. við sjúkra- og iðjuþjálfun.

Rekstur dvalardeildar HsB

Í umfjölluninni hér að framan er kostnaði og gjöldum vegna dvalarsjúklinga á HsB haldið utan samanburðarins, enda dveljast slíkir sjúklingar ekki á hinum samanburðarstofnunum. Forsvarsmenn HsB telja að gjöld af þessari starfsemi séu umfram framlög og sé það ein af ástæðum þess að reksturinn er þungur í vöfum. Samkvæmt bókhaldi standast hins vegar gjöld og tekjur á og þarf að færa bókhald þannig að það lýsi raunverulegum kostnaði við reksturinn.

Áhrifavaldar skilvirkni

Komið hefur fram að hagkvæmni næst í heilsugæslu við ákveðna stærð. Þessi áhrif komu fram með skýrum hætti hjá Heilbrigðisstofnuninni á Sauðárkróki sem þjónar yfir 4.000 íbúum og stafa aðallega af því að vaktakostnaður er þar mun lægri á hvern íbúa en á hinum stöðunum. Þetta ræðst m.a. af því að árslaun eru þar um 12 m.kr. á stöðugildi miðað við um 20 m.kr. á hinum stöðunum vegna hærri vaktageiðslna. Þá hefur íbúafjöldi bak við hvern lækni einnig áhrif á skilvirkni heilsugæslu. Með færri íbúum að baki hverjum lækni hækkar kostnaður á hverja komu og hvern íbúa.

Fram kom að nokkrar stofnananna hafa boðið út rekstur þvottahúss og eldhúss. Með þessu móti hefur náðst nokkur sparnaður og ættu aðrir stjórnendur HsB að skoða hvort vert sé að fara sömu leið.

Meðal aðfanga heilbrigðisstofnana er húsnæði. Fjármögnun ríkisrekstrar gerir það að verkum að sú fjárbinding sem að baki liggur kemur ekki fram í árlegum rekstri. Rekstrarkostnaður húsnæðis ræðst m.a. af stærð þess og því er fróðlegt að líta til þess hve stórt húsnæði þær stofnanir sem hér eru til

skoðunar hafa til afnota. Heilbrigðisstofnunin á Siglufirði sem veitir álíka mikla þjónustu og HsB er í um 2.400 m² húsnæði. Heilbrigðisstofnunin á Blönduósi hefur til umráða um 6.000 m² á Blönduósi og 300 m² á Skagaströnd vegna heilsugæslu þar. Heilbrigðisstofnunin á Patreksfirði hefur 3.800 m² til ráðstöfunar og Heilbrigðisstofnunin á Hvammstanga 2.900 m². Stærð húsnæðis ræðst af ákvörðunum í fortíðinni en hefur umtalsverð áhrif á bæði kostnað og möguleika til að veita þjónustu.

Annmarkar á upplýsingum

Við skoðunina kom í ljós að bókhald sýnir ekki alltaf rétta skiptingu kostnaðar milli heilsugæslu og sjúkrastarfsemi. Rétt heimfærsla kostnaðar er forsenda þess að hægt sé að meta skilvirkni einstakra þátta starfseminnar og bera saman framlög til stofnana. Vafasamt er t.d. að ákvarðanir um breytingar á framlögum til hvers þáttar taki mið af tölum bókhalds fyrr en tryggt er að það sé fært með samræmdum hætti og endurspegli raunverulegan kostnað við rekstur hvers þáttar. Þetta var skoðað sérstaklega hjá HsB og kom fram að heilsugæslan á að bera talsvert stærra hluta kostnaðar en hún gerir í raun samkvæmt bókhaldi. Þannig er t.d. launum lækna skipt jafnt milli sjúkradeilda og heilsugæslu þó að um 80% af vinnu þeirra sé vegna heilsugæslunnar að mati forsvarsmanna stofnunarinnar.

Niðurstaða

HsB sker sig ekki úr í þeim hópi heilbrigðisstofnana sem hún tilheyrir þegar horft er til skilvirkni. Hún mælist hvorki afgerandi góð eða slæm. Hafa ber þó í huga að ýmislegt sem eykur kostnað við starfsemi HsB og ekki er til staðar á samanburðarstöðunum dregur úr mældri skilvirkni HsB.

Spurning 2: Er fjármagni úthlutað á skýrum forsendum sem m.a. tryggir jafnræði milli stofnana?

Núverandi staða

Framkvæmdastjóri HsB telur að stofnunin fái of lág framlög bæði með hliðsjón af verkefnum og í samanburði við aðrar sambærilegar stofnanir. Forsvarsmenn stofnunarinnar telja brýna þörf á að fá aukin framlög til þjónustu frá því sem nú er.

Fjárveitingakerfi ríkisins

Framlög til stofnana hafa í tímans rás þróast út frá sjálfstæðu mati á fjárþörf hverrar stofnunar um sig og án skýrra viðmiðunarreglna. Við slíkt fyrirkomulag getur þróast ákveðið misræmi milli stofnana. HsB fær eins og aðrar opinberar stofnanir föst framlög til að sinna verkefnum sem eru almennt tilgreind í lögum. Hvert umfang starfseminnar skuli vera er ekki tilgreint þannig að stofnanir þurfa einfaldlega að gera sitt besta innan þess fjárhagsramma sem þeim er settur. Slíkt getur í mörgum tilfellum þýtt takmörkun á þjónustu. Frá sjónarhóli fjárveitingakerfis ríkisins er eins farið um HsB og fjölmargar aðrar stofnanir sem geta ekki veitt alla þá þjónustu sem þær óska.

Samanburður við aðrar heilbrigðisstofnanir í samanburðarhóp

Samanburður framfar í skýrslunni sýnir að óskýrður munur er á framlögum milli stofnana. Þær stofnanir sem hér um ræðir gegna svipuðu hlutverki á þjónustusvæðum sínum og ættu framlög á íbúa því að vera svipuð. Ef HsB á að hafa tækifæri til að ná sama þjónustustigi og Heilbrigðisstofnunin á Siglufirði sem fékk hæst framlög á íbúa þarf hún hærri framlög. Fram hefur komið að vinna við að samræma fjárframlög er hafin og þarf að flýta henni eins og kostur er. Augljóst virðist að framlög ættu að byggja á efnislegum forsendum sem tryggja jafnræði milli stofnana og þeirra íbúa sem þær þjóna. Samræming framlaga milli landsvæða og stofnana er þó fremur ný af nálinni innan íslenskrar stjórnsýslu.

Í gögnum frá ráðuneytinu kemur fram að á Heilbrigðisstofnuninni á Siglufirði séu 12 sjúkrarými en ekkert á HsB. Á HsB séu hins vegar 4 bráðarými en ekkert á Siglufirði. Þessar stofnanir gegna líku hlutverki í heilbrigðisþjónustu á sínum þjónustusvæðum og mætti því vænta sams konar sjúkrarýma á báðum stöðum. Þetta er eitt dæmi sem sýnir að forsendur fjárveitinga þarf að samræma.

Útreikningur framlaga

Frá árinu 2005 er fjárveitingu til sjúkradeilda skipt þannig að fastri fjárhæð er veitt á hvert hjúkrunarrými og það sem eftir stendur af fjárveitingunni telst framlag til annarrar starfsemi deildanna.

Þessi framlög til hjúkrunarrýma eru byggð á meðalkostnaði við rekstur slíkra rýma á öllu landinu og virðast of lág miðað við kostnað þeirra stofnana sem hér eru skoðaðar. Legudagur hjá þeim kostar að meðaltali um 22 þús. kr. en ætla má að framlög á rými jafngildi um 16 þús. kr. á legudag (miðað við 80% nýtingu). Í bókhaldi hverrar stofnunar er ekki haldið sérstaklega utan um

kostnað vegna hjúkrunarrýma og er því ekki ljóst hverju munar á framlögum og raunkostnaði. Þessi aðferð við að ákveða framlög er ólík afkastatengdri fjármögnun sem stjórnendur LSH vilja koma á að því leyti að þar miðast framlög við reiknaðan meðalkostnað sjúkrahússins.

Í gögnum frá heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu kemur fram að kostnaður á hvert rými fyrir utan hjúkrunarrými telst vera frá 7,7 m.kr. á Patreksfirði til 19,6 m.kr. á Blönduósi þegar dregin hafa verið frá framlög til hjúkrunarrýma. Samkvæmt þessum útreikningum telst HsB vera með best fjármögnuðu sjúkradeildirnar af þeim stofnunum sem hér er litið til. Þessar tölur ráðuneytisins sýna að ósamræmi er í framlögum stofnana sem greina þarf nánar. Hafa ber í huga að þar sem kostnaði er ekki rétt skipt milli heilsugæslu og sjúkradeilda ber að varast að byggja leiðréttingar á framlögum til stofnana á bókfærðum kostnaði annars þáttarins.

Líta má á vinnu ráðuneytisins við að greina sérstaklega framlög vegna hjúkrunarrýma sem fyrsta skrefið í að leiðrétta misræmi í framlögum og gera forsendur þeirra skýrari og gegnsærri.

Með þeirri aðferðafræði sem ráðuneytið beitir vegna hjúkrunarrýma er lagður grunnur að samræmingu framlaga út frá þeirri aðstöðu sem stofnanirnar hafa, þ.e. að þær fái sömu framlög fyrir sömu aðstöðu. Þetta gæti verið óhagstætt fyrir stofnun eins og HsB sem nýtir aðstöðu sína vel. Þá þarf að skoða hvort talning virkra rýma, sem eru undirstaða þessara útreikninga, er nægilega traust og samræmd til að vera grundvöllur fjárframlaga í framtíðinni.

Framlög metin með líkani

Til að fá enn betra yfirlit um samræmi framlaga eru þau reiknuð með einföldu líkani fyrir allar stofnanirnar og niðurstaðan borin saman við raunveruleg framlög. Byrjað var á að meta framlög vegna heilsugæslu með þessum hætti. Eins og áður er miðað við tölur ársins 2003 og voru forsendur líkansins eftirfarandi:

- Miðað er við fjölda lækna eins og nú er (ca. 800 íbúar á lækni) og að heilsugæslan beri 80% launakostnaðar þeirra.
- Reiknað er með einum hjúkrunarfræðingi á hverja 1.200 íbúa.
- Gert er ráð fyrir að fastur kostnaður sé um 10 m.kr. óháð stærð stöðvar, t.d. vegna stjórnunar, rekstrarkostnaðar ýmiss konar og rannsókna.
- Gert er ráð fyrir breytilegum kostnaði um 1.000 kr. á hvern íbúa.

Ekki er reynt að meta sérstakan kostnað, t.d. vegna útibús HsB á Skagaströnd, í þessu líkani sem er eingöngu til að fá lauslega mynd af samræmi framlaga.

Líkanið var stillt þannig af að heildarframlög til allra stofnana samkvæmt því væru þau sömu og í raun. Miðað við þessar forsendur voru framlög til Hvammstanga um 7 m.kr. of há, framlög til Patreksfjarðar og Blönduóss um 3 m.kr. of lág og framlög til Siglufjarðar 1 m.kr. of lág. Ósamræmi framlaga er skýrast þegar horft er til Patreksfjarðar. Þar búa 1.437 manns en heilbrigðisstofnunin þar fékk þó um 9 m.kr. lægri framlög til þessa þáttar en stofnunin á Hvammstanga þar sem 1.303 bjuggu þetta ár.

Framlög til sjúkradeilda voru metin með því að reikna með að hver stofnun fengi 15 m.kr. til greiðslu fasts kostnaðar og síðan tæp 20 þúsund fyrir hvern legudag. Með þessu framlagi verða heildarframlög þau sömu og þau voru í raun. Miðað við þessar forsendur fengu Blönduós og Hvammstangi umtalsvert of lítil framlög á árinu 2003 en Siglufjörður og Patreksfjörður of mikil framlög.

Þessir útreikningar á framlögum eru önnur vísbending um að ósamræmi sé í framlögum til einstakra þátta í starfsemi þeirra stofnana sem hér um ræðir.

Hugsanlegar aðferðir til að samræma framlög

Eins og fram hefur komið má setja spurningarmerki við það hvort framlög byggð á fjölda rýma sé besta viðmiðunin til að ákvarða framlög. Þá er aðeins horft til rýma á sjúkradeildum og nauðsynlegt að nota aðrar aðferðir til að samræma framlög til heilsugæslu.

Vert er að skoða hvort ekki megi ákveða framlög út frá íbúafjölda eða kostnaðarlíkani. Starfsemin er svo lík á stöðunum að tiltekið framlag á íbúa gæti verið góð leið til að tryggja jöfnuð. Þá mætti hafa framlögin heldur hærri á íbúa upp að vissu marki til að taka tillit til hlutfallslega hærri fasts kostnaðar í litlum rekstrareiningum. Einnig mætti bæta við kostnaði vegna sérstakra aðstæðna á hverjum stað. Kostnaður hjá bæði heilsugæslu og sjúkradeildum eykst með nokkuð fyrirsjáanlegum hætti með auknum umsvifum. Þörf verður fyrir nýjan hjúkrunarfræðing eða lækni þegar magn þjónustu eða íbúafjöldi nær vissu marki. Með kostnaðarlíkani er hægt að taka tillit til fasts kostnaðar, breytilegs kostnaðar og kostnaðar sem vex í þrepum eftir stærð stofnana og umfangi starfsemi.

Niðurstaða

Umfjöllun þessa kafla sýnir vel að svarið við þeirri spurningu sem varpað var fram er neikvætt. Ekki er gengið út frá nægjanlega skýrum forsendum þegar fjármagni er úthlutað og leiðir það til ákveðins ósamræmis í framlögum milli

stofnana. Ástæða er til að vinna bráðan bug að því að leiðrétta þetta þannig að framlög standist kröfur um jöfnuð og gegnsæi.

Rétt er að endurskoða framlög til stofnana á heildstæðan hátt til að tryggja samræmi í framlögum. Þeim stofnunum sem gætu þurft að draga úr starfsemi vegna slíkrar samræmingar mætti gefa ákveðinn aðlögunartíma. Ekki er viðeigandi að gera leiðréttingar fyrir Heilbrigðisstofnunina á Blönduósi eina. Ráðuneytið hefur hafið vinnu við samræmingu framlaga.

Spurning 3: Er tekið tillit til breytinga á ytri aðstæðum og hefur stefnumótun heilbrigðisráðuneytisins náð fram að ganga við þróun á rekstri HsB?

Aðlögun að ytri aðstæðum

Hér verður reynt að svara því hvort stjórnendur HsB hafi lagað rekstur og skipulag að breytingum á ytri aðstæðum stofnunarinnar. Eins og almennt er með smærri heilbrigðisstofnanir hefur HsB þurft að laga sig að breyttum aðstæðum innan heilbrigðiskerfisins, t.d. hafa flóknar aðgerðir og fæðingar flust á stærri sjúkrahús, íbúum hefur fækkað og öldruðum fjölgað hlutfallslega. Nú er svo komið að á smærri stöðum er fyrst og fremst veitt grunnþjónusta og öldrunarþjónusta. Leitað var svara við því hvort nýting aðfanga hefði verið aðlöguð þessum breyttu aðstæðum með fullnægjandi hætti.

Ljóst er að starfsemi HsB hefur verið löguð að þessum breyttu aðstæðum. Þessi aðlögun hefur falist í því að starfsfólk hefur breytt viðfangsefnum sínum til að takast á við breyttar aðstæður. Læknar stofnunarinnar eru nú allir heilsugæslulæknar og vítt þekkingarsvið þeirra gerir stofnun sem þessari auðvelt að takast á við margþætt verkefni með fáum starfsmönnum. Hjúkrunarfræðingar sem komu að aðgerðum og fæðingum tóku að sér aukin verkefni við heilsugæslu og umönnun aldraðra þegar fyrrnefndu verkefnin drógust saman. Húsnæði er sá hluti aðfanga sem ekki verður breytt eða lagaður að breyttum aðstæðum með sama hætti og vinnuafli. Þannig stendur húsnæði skurðstofu autt. Stjórnendur hafa þó notað þau tækifæri sem gefist hafa til að nýta húsnæði sem ætlað var til annarrar starfsemi, m.a. hafa þeir leigt einkaaðilum vannýtt húsnæði til heilsutengdrar starfsemi.

Aðlögun að breyttu umhverfi hefur með öðrum orðum tekist vel að því leyti að aðföng eru nýtt eins vel og kostur er við nýjar aðstæður.

Stefnumótun stjórnvalda

Annar hluti þeirrar spurningar sem hér er leitað svara við varðar stefnumótun stjórnvalda vegna sjúkrahúsa á landsbyggðinni. Helstu þættir þessarar stefnu verða greindir og leitað svara við því hvernig hún hafi verið framkvæmd á HsB og samanburðarsjúkrahúsunum.

Stefnumótun heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins er tilgreind í ritinu „Stefnumótun í heilbrigðismálum til ársins 2010“. Sá þáttur hennar sem hér er fjallað um varðar eflingu sérfræðipjónustu á landsbyggðinni.

Aðdragandi stefnumótunar

Eftir heilbrigðisþing árið 1999 gaf heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið út erindi sem flutt höfðu verið á þinginu undir nafninu „Framtíðarsýn í heilbrigðismálum“. Þar á meðal var erindi um ójafna notkun á þjónustu sérfræðinga eftir búsetu, þ.e. sérfræðilækna sem vinna samkvæmt samningi við TR. Notkun á þessari þjónustu ræðst af aðgengi en þar sem hún krefst almennt ekki flókins tækjabúnaðar eða aðstöðu er hægt að bæta aðgengi að henni með því að bjóða hana sem farþjónustu í dreifðari byggðum.

Í erindinu kom fram að munurinn væri mismikill eftir tegundum sérfræðipjónustu og væri fyrir hendi í öllum sérgreinum nema augnlækningum. Sérstaða augnlækninga réðist af skipulögðum ferðum augnlækna um landið. Í erindinu var sérstaklega bent á mikinn mun á þjónustu geðlækna milli landshluta sem var áttfalt meira notuð á höfuðborgarsvæðinu en þar sem hún er minnst notuð.

Stefnumótun sett fram

Í stefnumótun í heilbrigðismálum til ársins 2010 var tekið tillit til ábendinga um mismikla notkun á sérfræðipjónustu og ákveðnar aðgerðir til að draga úr þessum mun. Þar kemur fram að unnið verði að því að draga úr mun á aðgengi þjóðfélagshópa og íbúa einstakra byggðarlaga að ákveðinni sérfræðipjónustu með fjarlækningum og farlækningum. Fjarlækningar byggja á því að sérfræðipækking á einum stað er nýtt til að leysa vandamál á öðrum stað þar sem slíka þekkingu skortir, með hjálp fjarskipta og tölvutækni. Orðið „fjarlækningar“ er notað um ferðir sérfræðinga til staða þar sem þörf er fyrir sérþekkingu þeirra.

Framkvæmd stefnu

Ýmislegt hefur verið gert til að bæta aðgengi að sérfræðipjónustu utan stærstu sjúkrahúsanna og miðað við millistór sjúkrahús. Í þessari skýrslu er eingöngu horft til minnstu heilbrigðisstofnananna.

Tölur sem Ríkisendurskoðun hefur frá TR frá 2002 sýna að mikill munur er á notkun sérfræðipjónustu eftir búsetu. Íbúar þeirra svæði sem hér er horft til nota aðeins þriðjung af þeirri þjónustu sem íbúar höfuðborgarsvæðisins gera. Stjórnendur þeirra stofnana sem hér um ræðir töldu að aðgengi að sérfræðipjónustu væri ekki aðkallandi vandi. Það sjónarmið kom fram að fjölhæfni heilsugæslulækna gæti komið í stað flestra sérfræðinga. Þannig fást misvísandi skilaboð með því að leita sjónarmiða stjórnenda og horfa á tölur um notkun þjónustu. Endanleg svör fást ekki nema með því að taka þetta mál til frekari skoðunar.

Af eiginlegum samanburðarstofnunum sem hér er litið til hefur HsB fjölbreyttast úrval af þjónustu sérfræðinga enda hafa stjórnendur unnið markvisst að því að bæta framboð slíkrar þjónustu. Hjá minnstu heilbrigðisstofnunum er aðeins boðið upp á þjónustu augnlækna einn til tvo daga á ári.

Full ástæða er til að huga að heildstæðu kerfi skipulags og fjármögnunar sérfræðipjónustu á landsbyggðinni með það fyrir augum að bæta aðgengi og draga úr ferðakostnaði við heilbrigðisþjónustu. Slíkt kerfi ætti þó að lúta stjórn heimamanna og taka mið af áherslum á hverjum stað.

Tafla 7 sýnir heimsóknir til sérfræðinga á þeim stofnunum sem hér eru til skoðunar. Á minnstu stofnanirnar koma aðeins augnlæknar einu sinni á ári. Á Blönduósi er fjölbreyttasta þjónustan. Taflan sýnir einnig komur íbúa viðkomandi þjónustusvæða til sérfræðinga samkvæmt upplýsingum frá TR. Um er að ræða heildartölur eftir póstnúmeri sjúklinga án tillits til þess hvort þjónustan er veitt á staðnum eða á stofu sérfræðings.

Tafla 7. Farlækningar og komur til lækna á samningi við TR alls árið 2003

Farlækningar, komur á ári	Blönduós	Patreksfj.	Hvammst.	Siglufj.	Sauðárkr.
Augnl.- fjöldi koma/dagar	409	2 dagar	2-3 dagar	122	621
Kvensjúkdómalæknar	28	0	0		321
Háls-, nef og eyrnalæknar	45	0	0	38	207
Bæklunarlæknar	0	0	0	53	260
Alls farlækningar	482	0	0	213	1.409
Komur til sérfr. á samn. v/TR	1501	926	943	983	2688

Taflan sýnir að framboð á þjónustu sérfræðinga eykst eftir því sem þjónustusvæðið er fjölmennara. Það bendir til þess að fjölmennari þjónustusvæði gefi kost á að bjóða fjölbreyttari þjónustu.

Á minnstu stöðunum var viðkvæðið að erfitt væri að bæta þessa þjónustu. Eftirspurnin væri svo lítil að lækarnir gætu einungis komið mjög sjaldan. Það væri því ekki raunhæfur kostur að bjóða þjónustuna.

Lög um heilbrigðisþjónustu

Þessi lög hafa mesta þýðingu þegar hugað er að lagagrundvelli fyrir aðgengi landsbyggðar að heilbrigðisþjónustu. Í lögum um heilbrigðisþjónustu segir að allir landsmenn eigi rétt á fullkornustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma eru tök á að veita til verndar líkamlegu, andlegu og félagslegu heilbrigði. Í orðum laganna felst að allir eigi að fá það besta án tillits til búsetu og í því felst í raun að fullkominn jöfnuður skuli ríkja. Þetta lagaákvæði veitir þó litlar leiðbeiningar þegar skipta á takmörkuðum fjármunum á sanngjarnan hátt.

Lög um lækningaferðir

Í gildi eru lög um lækningaferðir frá 1955 sem fjalla um bætt aðgengi landsbyggðarfólks að tilteknum sérgreinalæknum. Í fyrstu grein laganna kemur fram að það sé hlutverk þeirra að auðvelda fólki sem á um langt að sækja þjónustu augnlækna, háls-, nef og eyrnalækna og tannlækna. Í annarri grein kemur fram að semja skuli við slíka sérfræðinga um árlegar lækningaferðir um landið með viðkomu á þeim stöðum sem ætla má að þjónustunnar sé mest þörf. Bæði heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið og Landlæknisembættið telja þessi lög úrelt. Einu fjárframlögin sem veitt séu á grundvelli þeirra séu greiðslur á ferðakostnaði til augnlækna. Þar er aðeins um smávægilegar fjárhæðir að ræða en á árinu 2004 voru greiddar um 300 þúsund kr. vegna flugfarseðla.

Þó að þessi lög séu að einhverju leyti barn síns tíma á meginefni þeirra við enn þann dag í dag vegna þeirrar stöðu sem greint var frá hér að framan um ójafna dreifingu á þjónustu sérfræðinga. Lögin þarf hins vegar að útfæra miðað við nútímann.

Samningar TR við sérfræðinga

Eins og fram hefur komið miða samningar TR við sérfræðilækna almennt við að þjónusta sé veitt á stofum sérfræðinga. Til bráðabirgða eru þó veittar

undanþágur svo að hana megi veita á landsbyggðasjúkrahúsum að uppfylltum skilyrðum.

Jöfnuður

Mismikil notkun sérfræðiþjónustu milli landshluta vekur upp spurningar um hugtakið „jöfnuð“ innan íslenska heilbrigðiskerfisins. Jöfnuð má skoða frá ýmsum sjónarhornum, t.d. milli þjóðfélagshópa, en hér er athyglinni beint að jöfnuði á grundvelli búsetu. Í Bretlandi er jöfnuður skilgreindur sem „sama aðgengi fyrir sömu þörf“ en algengasta skilgreiningin er „sama notkun miðað við sömu þörf“.³ Slíkar viðmiðanir má nota til hliðsjónar við framkvæmd stefnu en aðstæður gera það að verkum að fullum jöfnuði samkvæmt einhverri slíkri skilgreiningu verður ekki náð. Samt sem áður getur verið ástæða til að auka jöfnuð að einhverju marki. Forsenda þess er greining aðstæðna, m.a. á læknisfræðilegum forsendum.

Ein þeirra spurninga sem leita þarf svara við er sú að hve miklu leyti gott aðgengi að heilsugæslulæknum geti komið í stað aðgangs að hinum ýmsu sérgreinalæknum. Ljóst er að sá mikli munur sem er á notkun þjónustu ýmissa sérgreina þarfnast nánari skoðunar.

Niðurstaða

Heildstæð stefnumótun sem miðar að því að auka framboð far- og fjarlækninga á landsbyggðinni hefur ekki komist til framkvæmda þótt ýmislegt hafi verið gert. Nauðsynlegt virðist að greina núverandi stöðu og hvað vanti upp á æskilega stöðu. Þannig mætti fylgja eftir stefnu á þessu sviði með markvissari hætti en nú er. Þegar horft er til þess hvort HsB hafi lagað rekstur sinn að breyttum aðstæðum sést að vinna stofnunarinnar hefur verið löguð að breyttum aðstæðum þannig að kraftar starfsmanna nýtist sem best.

³ Grein eftir Matthías Halldórsson, aðstoðarlandlækni o.fl 2002: 200.

Heimildir

M. Halldórsson o.fl. 2000. „Socioeconomic differences in childrens use of physician services in Nordic countries.” *Journal of Epidemiology & Community Health*.

Ársskýrslur Heilbrigðisstofnunarinnar á Blönduósi 2001-2003.

Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. 2001. *Heilbrigðisþing 1999. Framtíðarsýn í heilbrigðismálum.*

<http://www.heilbrigdisraduneyti.is/media/Skyrslur/htrthin.pdf>

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

<http://www.heilbrigdisraduneyti.is/media/Skyrslur/htr2010.pdf>