

“Skýrsla Ríkisendurskoðunar um sameiningu sjúkrahúsa, nóv. 2003”

- rýni í skýrslu,
- tengsl við aðrar upplýsingar og umræðu,
- viðbrögð LSH.

“Landspítali er góður spítali.”

Sigurður Guðmundsson landlæknir á kynningarfundum Ríkisendurskoðunar á skýrslu sinni í nóv. 2004.

INNGANGUR.

Starfshópur á vegum LSH; Anna Lilja Gunnarsdóttir, Niels C. Nielsen, Guðrún Björg Sigurbjörnsdóttir, Margrét I. Hallgrímsson og Kristján Erlendsson, fékk það verkefni að yfirfara skýrslu Ríkisendurskoðunar. Jafnframt hefur vinnuhópur á vegum lækna ráðs LSH starfað að sama verkefni. Við skýrslugerð starfshópsins bættist því framlag Jóhanns Heiðars Jóhannssonar og Vigdísar Pétursdóttur.

Starfshópnum var ætlað að tína saman það úr skýrslunni sem fjallaði um kosti sameiningar, rýna í einstök atriði skýrslunnar, sem ef til vill þyrftu frekari skýringar við, auk þess að taka saman tillögur sem er mikilvægt fyrir LSH að vinna að í kjölfar þessarar skýrslu. Umfjölluninni lýkur með sérstökum kafla um ýmsa umhverfisþætti og þætti sem breyst hafa síðan skýrslan kom út.

Það má í heild sinni segja að þessi úttekt Ríkisendurskoðunar hafi verið gerð ívið fljótt í sameiningarferlinu. Fyrir bragðið varð Ríkisendurskoðun að meta mjög mikið breytingatímabil, þar sem mikill kostnaður auk tíma starfsfólks fór í breytingarnar sem augljóslega hefur haft áhrif á afköst. Skýrsla Ríkisendurskoðunar dregur hins vegar fram ýmsa þætti, einkum er varða samanburðaraðferðir, sem mikilvægt er fyrir spítalann að skoða. Það er því mikilvægt að hafa samráð og samvinnu við Ríkisendurskoðun um frekari vinnu á þessu sviði. Það er mjög athyglisvert hvað starfsfólk Ríkisendurskoðunar hefur náð góðu yfirliti og mikilli innsýn inn í starfsemi þessarar flóknu stofnunar og náð að laða fram tillögur og meta lykilatriði, sem Ríkisendurskoðun setur fram sem tillögur til úrbóta.

Allir í starfshóp LSH áttu, á einhverju stigi vinnu Ríkisendurskoðunar, samskipti við stofnunina sem umsagnaraðilar eða upplýsingagjafar. Þetta

yfirlit starfshópsins má því alls ekki skoða sem gagnrýni á störf Ríkisendurskoðunar, heldur rýni í endanlega skýrslu af hálfu LSH, til þess að láta einskis ófreistað og taka til skoðunar alla þá þætti og ábendingar, sem verða mættu til að bæta rekstur og alla starfsemi spítalans.

I. JÁKVÆÐIR ÞÆTTIR TENGDIR SAMEININGU, dregnir fram úr skýrslu Ríkisendurskoðunar (sjá jafnframt “Rýnt í gagnrýni”):

- Náðst hefur árangur með bættri stjórnun, auknum aga í starfsemi og betri stjórnunarupplýsingum.
- Kostnaðarleg ábyrgð sviða hefur verið aukin og sérstakir fjármálaráðgjafar ráðnir að hverju sviði.
- Lofsverð vinna að innleiðingu DRG og kostnaðargreiningu er í gangi.
- Stjórnendum hefur fækkað
- Sameiningin hefur skapað möguleika á nýrri og aukinni þjónustu.
- Orðið hafa til faglega öflugri skipulagsheildir auk þess sem starfsfólki fækkaði úr 550 – 480 við sameiningu á tækni- og upplýsingadeildum.
- Hægt hefur verið að fækka vaktalínunum, jafna vaktaálag og nýta betur sérhæft starfsfólk. (20 vaktalínur með 100-150 mkr. kostnaðarlækkun). Yfirvinna hefur dregist saman.
- Nú nægir að hafa einn lager fyrir hverja sérgrein svo sem í bæklunarlækningum, almennum skurðlækningum og þvagfæralækningum í stað tveggja áður.
- Samþjöppun og samræming á stoðþjónustu við sjúklinga hefur náðst.
- Rúmum hefur fækkað úr 1295 í 959 á tímabilinu. Þetta hefur leitt til herra nýtingarhlutfalls legurýmis og það er jafnvel svo hátt að erfiðleikum er bundið að koma öllum sjúklingum fyrir.
- Tekist hefur að fækka staðsetningum / útibúum, m.a. með lokun Vífilsstaða, Gunnarsholts, Lág múla o.fl
- Náðst hefur faglegur ávinningur þó að úttektin hafi farið fram í miðju sameiningarferli.
- Upplýsingakerfi hafa verið sameinuð.
- Unnið er að gerð rafrænnar sjúkraskrár.
- Legum hefur fækkað og aðgerðum hefur ekki fjölgað til jafns við fjölgun íbúa á Reykjavíkursvæðinu, sem hefur fjölgað um 4.8%. Að hluta til er þjónustan sennilega veitt með ódýrari meðferðarúrræðum utan sjúkrahússins.
- Framleiðni hefur aukist lítillega, þrátt fyrir að sameiningarferlið hafi enn verið í gangi árið 2002. Starfsfólki hefur fækkað um 6,2%. Færri starfsmenn að skila sömu vinnu.
- Biðlistar hafa styst það sem af er ári 2003 og afköst hafa aukist.

- Gæði þjónustu eru mikil, meiri en á samanburðarsjúkrahúsum í UK.
- Legutími er styttri á sumum einingum LSH en á samanburðarsjúkrahúsum í UK.
- Kostnaður sums staðar lægri á LSH þrátt fyrir lengri legutíma.
- Nokkrir DRG-flokkar ódýrari en á samanburðarsjúkrahúsum í UK..
- Gerður hefur verið formlegur samstarfssamningur LSH og HÍ um kennslu og vísindarannsóknir; sett viðmið fyrir öflugt háskólasjúkrahús.
- Þegar til lengri tíma er litið verður þjónusta markvissari og betri við sjúklinga og mun meiri og betri möguleikar á kennslu- og vísindastörfum.

II. NEIKVÆÐIR ÞÆTTIR TENGDIR SAMEINGINGU, unnir úr skýrslu Ríkisendurskoðunar (sjá jafnframt “Rýnt í gagnrýni”):

- Sameiningarferlið hefur verið kostnaðarsamt. Engum fjármunum var veitt til þess og reiknað með að fjárhagsleg hagræðing skilaði sér strax og mætti kostnaði.
- Sameiningin tók lengri tíma en æskilegt má telja og olli miklu óöryggi og umróti meðal starfsfólks (helstu ástæður þess eru skortur á fjármagni til að framkvæma breytingar á húsnæði)**.
- Stjórnendur hafa verið uppteknir við að afla viðbótarfjármagns og því ekki getað helgað sig verkefnum tengdum sameiningunni.
- Tilkostnaður hefur hækkað, framleiðni fjármagns minnkað. Þrátt fyrir fækkun starfsfólks koma launabreytingar í veg fyrir að sú hagræðing skili sér í kostnaðarmati. Kjarasamningar sem þessu valda eru sambærilegir í heilbrigðiskerfinu öllu, en ekki sérstakir fyrir LSH.
- Einkum hefur orðið fækkun hjá ófaglærðu starfsfólki.
- Lítil fjölgun á dag- og göngudeildum á tímabilinu. (Hefur breyst 2003).
- Vinna þarf að bættri nýtingu á skurðstofum.
- Líklega hefur álíka fjöldi aðgerða flust yfir á dagdeildir á tímabilinu á LSH og í UK, en stærsti hlutinn hefur flust í einkageirann. LSH hefur enga möguleika á því að stjórna eða jafnvel bara taka þátt í skiptingu verkefna milli dag- og göngudeilda spítalans annars vegar og læknastofa sjálfstætt starfandi sérfræðinga hins vegar, en þeir sérfræðingar eru margir hverjir jafnframt starfsmenn LSH.
- “Meginmarkmið sameiningarinnar var að reyna að stemma stigu við þeirri stöðugu kostnaðaraukningu sem átt hafði sér stað við rekstur sjúkrahúsanna um margra ára skeið og ná þannig fram sparnaði til lengri tíma”. Var það raunhæft markmið? **

** Athugasemdir starfshóps.

III. ÓFRÁGENGIN VERKEFNI Í KJÖLFAR SAMEININGAR, unnin úr skýrslu Ríkisendurskoðunar (sjá jafnframt “Rýnt í gagnrýni”):

- Ýmis konar óhagkvæmni og óhagræði fylgir því að starfrækja bráðabjónustu í tveimur/mörgum húsum, sameiningin verður aldrei fullkomin fyrr en starfsemi er öll komin á einn stað.
- Dýr starfsemi er skipt og margföld (skurðstofur, gjörgæsla, rannsóknastofur, röntgenstofur, bráðamóttaka).
- Þótt skurðstofurými sé laust að hluta í öðru húsinu þá er erfitt að endurskipuleggja ef legudeildarrými í því húsi fullnýtt.
- Að mati erlendra ráðgjafa er mikill skortur á húsnæði; vantar 5000 m² húsnæði í Fossvogi, og er ennþá þrengra við Hringbraut.
- Brýnt að taka ákvörðun um framtíðarfyrirkomulag húsnæðis.
- Samsetning verkefna LSH er óvenjuleg miðað við háskólasjúkrahús, skilgreina þarf starfsvettvang LSH. Sjúkrahúsið er eini spítalinn á höfuðborgarsvæðinu og er því bæði háskólasjúkrahús (“tilvísunarsjúkrahús”/endastöð) og almennt sjúkrahús.
- Skilgreining starfsvettvangs LSH tekur til verkefnaskiptingar milli LSH og heilsugæslunnar, LSH og hjúkrunarheimila, LSH og nágrannasjúkrahúsanna.
- Sérstaklega þarf að vinna að stefnumótun er varðar verkefnaskiptingu LSH og sjálfstætt starfandi sérfræðilækna. Hvert skal vera umfang göngudeildarstarfsemi LSH og hvernig skal að henni staðið? Hvaða aðgerðir á að gera á dagdeildum?
- Ekki hefur verið lokið síðasta þætti samstafssamnings LSH og HÍ er varðar fjárhagslega skilgreiningu samstarfsins; kostnað samningsaðila vegna kennslu og vísindarannsókna. Kostnaður af háskólastarfsemi sjúkrahússins hefur ekki verið skilgreindur sérstaklega, er innifalinn í rekstri LSH og hluti af rekstrarkostnaði heilbrigðiskerfisins. (Giskað er á að þessi upphæð skipti hundruðum milljóna króna árlega**).

** Frá starfshópi.

IV. RÝNT Í GAGNRÝNI:

1. Möguleikar hafa skapast fyrir nýja og eflda þjónustu:

- Þverfagleg verkjamiðstöð til að þjóna sjúklingum sem búa við langvarandi veikindi.
- Sérhæfð móttaka fyrir sjúklinga með hjartaöng.
- Sérhæfð móttaka fyrir sjúklinga með kviðverki.
- Sólarhringsvakt fyrir hjartaþræðingar á virkum dögum.
- Klínísk rannsóknarstofa í æðasjúkdómum var stofnuð við sameinaða æðaskurðlækningadeild.
- Líknardeildir eru nú bæði í Kópavogi og á Landakoti.
- Bráðagöngudeild fyrir geðsjúka hefur verið styrkt.
- Sálfræðileg þjónusta hefur verið aukin.
- Sjúkrahústengd heimaþjónusta hefur verið aukin.
- Sett hefur verið á stofn Erfðaráðgjöf í tengslum við krabbameinslækningar og rannsóknarstofa í erfða- og sameindalæknisfræði.

Unnið er að eftirfarandi:

- að flytja til landsins nýrnaígræðslur þegar um er að ræða ígræðslu nýrna úr lifandi ættingjum sjúklinga,
- að hefja stofnfrumuígræðslur við meðferð illkynja blóð-sjúkdóma.

(Skýrsla Ríkisendurskoðunar, Nóv. 2003; bls 34)

- Sólarhringsvakt fyrir hjartaþræðingar er alla daga frá áramótum.
- Kostnaðargreining á allri starfsemi spítalans ásamt innleiðingu á alþjóðlegum framleiðslumælingarkerfum sem m.a. gerir samanburð við erlend sjúkrahús mögulegan (Athugasemd starfshóps).

Um er að ræða nýja og aukna þjónustu sem í sumum tilfellum eykur öryggi (d. sólarhringsvakt fyrir hjartaþræðingar), í öðrum tilfellum stuðlar að hagræðingu og bætta útskriftamöguleika frá spítalanum. Enn önnur er glæný þjónusta, svo sem að færa nýrnaígræðslur heim frá útlöndum.

Bæði nýrnaígræðslur og stofnfrumuígræðslur eru afurðir sameiningar og hefðu líklega ekki verið framkvæmanlegar með tvo aðskilda spítala.

Mjög algengt er að við sameiningu sjúkrahúsa skapist rekstrarskilyrði, en þó einkum fagleg skilyrði, (mikilvægi lágmarksstarfsumfangs; “lágmarksmassa”) fyrir nýjar aðgerðir eða meðferðarform. Ofanskráð upptalning er dæmi slíkrar reynslu. Venjulega er ekki í umfjöllun um slíkar breytingar, tekið tillit til hinna jákvæðu þátta eða þeir metnir sem ávinningur sameiningar. Einungis er litið til “viðbótarkostnaðar” sem verður vegna nýrrar og bættrar þjónustu.

2. Afköst fyrir og eftir sameiningu:

Í þessari umfjöllun er áberandi að Ríkisendurskoðun hefur fulla samúð með því hve erfitt er að meta þær breytingar sem hafa verið að gerast á þessum þremur árum. Þjónustan hefur breyst í tímans rás, t.d. vegna tækni framfara og breyttrar samsetningar sjúklingahóps. Þá hefur komið í ljós að upplýsingar eru í flestum tilfellum aðeins til fyrir árið 2002 en ekki 1999. Í árslok 2002 hafa sumar deildir ekki náð upp fullum afköstum eftir umrót breytinganna. Ljóst er að mjög erfitt er að bera saman þætti eins og fjölda lega og legudaga þar sem að 1999 var um að ræða 2 sjúkrahús en 2002 eitt.

Umræða Ríkisendurskoðunar um “léttustu” tilfelli og “þyngri” sjúklinga er athygliverð og er bent á erfiðleika við að meta slíkt tölulega. Í umfjöllun um legutíma er bent á það að þó að legutími hafi styst þurfi kostnaður ekki endilega að minnka í samræmi við það, þar sem að þeim dögum fækkar ekki endilega sem eru dýrastir, þ.e. þegar rannsóknir og aðgerðir fara fram. Þá segir að óbreytt lengd legutíma miðað við veikari sjúklingahóp þýði að legutími hafi í raun styst, þegar borin eru saman sambærileg tilfelli og því hefur náðst ákveðinn árangur í styttingu legutíma. Þá hafi léttari aðgerðir flust á stofur sjálfstætt starfandi sérfræðinga.

Skurðlækningar:

Reynt er að meta afköst m. a. með því að skoða fjölda skurðstofumínútna og fjölda DRG eininga. Erfitt er að bera saman skurðstofumínúturnar 1999 og 2002 (tafla bls. 39) í ljósi þeirrar breyttrar DRG samsetningar sem fram kemur í töflu á bls. 40. Síðan má spyrja hvort mínúturnar hafi skolast til í fyrri töflunni(?).

Skurðstofuminútur	1999	2002	Breyting
Fjöldi skurðstofuminútna	1.220.928	1.220.928	0,0%
Skurðstofuminútur á aðgerð	88	86	-1,7%
Aðgerðaminútur á aðgerð	53	53	0,4%
Fjöldi aðgerðarminútna	732.925	747.992	2,1%

(Skýrsla Ríkisendurskoðunar, Nóv. 2003; bls 39)

	Fjöldi DRG eininga 1999	Fjöldi DRG eininga 2002	Breyting %
Almennar skurðlækningar	3386,24	3520,66	4,0%
Augnlækningar	753,12	1149,12	52,6%
Brjóstholslækningar	1390,73	1710,84	23,0%
Bæklunarlækningar	6101,64	5818,08	-4,6%
Kvenlækningar	2106,88	1966,72	-6,7%
Lýtalækningar	1291,29	1267,42	-1,8%
Þvagfæraskurðlækningar	1127,28	1007,93	-10,6%
Æðaskurðlækningar	987,9	1017,5	3,0%
Samtals	17145,08	17458,27	1,8%

(Skýrsla Ríkisendurskoðunar, Nóv. 2003; bls 40)

Á töflunni bls. 40 er reynt að nota DRG einingar til samanburðar á ákveðnum sviðum. Það er áberandi að í ákveðnum sviðum eins og augnlækningum og brjóstholskurðlækningum hefur orðið töluverð aukning í DRG einingum. Í bæklunarskurðlækningum hafa orðið minni breytingar en búast mátti við vegna áframhaldandi tilflutninga á aðgerðum á einkastofur, viðvarandi skorts á hjúkrunarfræðingum og sjúkraliðum á legudeild og lokunar einnar bæklunarlækningadeildar vegna breytinga 2002.

Mjög miklar og íþyngjandi breytingar voru gerðar á skurðstofum og legudeildum í kjölfar sameiningarinnar í báðum húsunum (skurðstofum í báðum húsum, innrétting f. krabbameinslækningar, lungnadeild, taugasjúkdómadeild, barnadeild breytt í brjóstholsskurðeild o.fl.) Allt minnkaði þetta afköst. Ennfremur þurfti starfsfólk sem flutt var milli húsa að aðlagast nýju umhverfi og starfsháttum sem óhjákvæmilega hafa áhrif á afköst.

Lítill fjölgun hefur orðið á dag- og göngudeildum:

Dag- og göngudeildir og slysa-/bráðakomur	1999	2002	Breyting
Komur á dagdeildir	94.515	97.753	3,4%
Komur á göngudeildir *	197.778	197.380	-0,2%
Komur á dag- og göngudeildir samtals	292.293	295.133	1,0%
Komur á bráða og slysamóttökur	61.324	65.821	7,3%

(Skýrsla Ríkisendurskoðunar, Nóv. 2003; bls 40)

Vert er að vekja athygli á verulegri aukningu á komum á bráða- og slysamóttökum

Komur á göngudeildir eru áætlaðar fyrir árið 1999, þar sem áreiðanleg gögn liggja ekki fyrir. Þá eru komur á vinnustofur í Kópavogi taldar með árið 1999, en þær voru 8.553. Þessi starfsemi varð eftir fyrst um sinn þegar vistmenn fluttust á sambýli á vegum félagsmálaráðuneytis v/ skorts á úrræðum þar. Þessi starfsemi fluttist síðan til félagsmálaráðuneytis eins og lög gera ráð fyrir. Aukning á dagdeildarkomum án vinnustofa er 13,7% og aukning á dag- og göngudeildarkomum án vinnustofa í Kópavogi er þannig rúm 4%.

******Aukin skilvirkni í starfsemi LSH hefur leitt af sér styttri legutíma, aukna dag- og göngudeildarþjónustu og flutningi á "léttari" aðgerðum/meðferðum á stofur utan spítala. (t.d. fækkaði liðspeglunum á hnjám um rúm 46% frá árinu 1999 til ársins 2002 og ófrjósemisaðgerðum á konum um 35% á sama tímabili.)

****** Athugasemd hóps/nýjar upplýsingar.

Flutningur verkefna til sjálfstætt starfandi sérfræðinga:

Skv. upplýsingum TR hefur komum til sjálfstætt starfandi sérfræðinga fjölgað um 18%, úr 307.000 komum 1999 í 363.000 komum 2002. Verkpáttum sem læknum er greitt fyrir hefur fjölgað úr 124.000 eða nærri 24% (viðtöl og skoðun hjá öðrum en geð- og öldrunarlæknum dregið frá). Sú **ákvörðun** (?) að styrkja starf sjálfstætt starfandi sérfræðinga í heilbrigðiskerfinu mun hafa verið tekin í ráðuneytinu en það vantar inn í málið stefnumótun ráðuneytisins, hvernig verkaskipting á að vera milli dag- og göngudeildar LSH og starfsemi þessara sérfræðinga. Áberandi er að sjúkrahúsið hefur enga aðstöðu til að hafa áhrif á flæði sjúklinga að sérfræðiþjónustu í heilbrigðiskerfinu.

Verkefni sjálfstætt starfandi sérfræðinga

Fjöldi gjaldskrárliða	1999	2002	Breyting 99-02 fjöldi	Breyting 99-02 %
Augnlæknar	135.126	158.512	23.386	17,3
Barnalæknar	49.977	80.120	30.143	60,3
Bæklunarlæknar	39.090	39.261	171	0,4
Geðlæknar	26.394	31.312	4.918	18,6
Barnageðlæknar	0	3.967	3.967	
Háls-, nef- og eyrnalæknar	34.080	35.860	1.780	5,2
Húðlæknar	57.353	85.810	28.457	49,6
Kvensjúkdómalæknar	50.600	54.496	3.896	7,7
Lyflæknar	74.218	87.256	13.038	17,6
Skurðlæknar	20.094	24.814	4.720	23,5
Krabbameinslæknar	2.854	3.219	365	12,8
Taugalæknar	10.707	10.044	-663	-6,2
Þvagfæralæknar	11.859	18.405	6.546	55,2
Öldrunarlæknar	325	255	-70	-21,5
Lýtalæknar	10.347	12.132	1.785	17,3
Leisermeðferð	1	1544	1.543	
Alls	523.025	647.007	123.982	23,7%

Ath. Svæfingalæknar eru ekki með þar sem þeirra verk eru hluti af öðrum læknisverkum.

(Skýrsla Ríkisendurskoðunar, Nóv. 2003; bls 42)

Þessi tafla skýrir sig sjálf og undirstrikar mikilvægi þess að LSH taki forystu í þessum málum er varðar göngudeildarstefnu spítalans, samskipti við heilsugæsluna og stofur sjálfstætt starfandi sérfræðinga.

Skilvirkni þjónustu og útgjöld

- Þegar bornir voru saman við sjúkrahús í Bretlandi 28 algengustu DRG-flokkar á LSH, þá var kostnaður víða lægri á LSH þrátt fyrir lengri legutíma. Þessir 28 DRG-flokkar ná yfir rúm 47% af legustarfsemi LSH. Í u.þ.b. helmingi tilvika er kostnaður lægri á LSH og t.d. er kostnaður við eðlilega fæðingu, algengasta DRG-flokk á LSH, 14% lægri en í Bretlandi.
- Skýrslan sýnir fram á að rekstrarkostnaður hafi aukist um 33% frá 1999 – 2002 þegar tölurnar eru ekki leiðréttar m.t.t. verðlags og ef ekki er tekið tillit til þess að greiðsla fyrir S-merkt lyf var flutt frá TR

til spítalans á árinu 2001. S-merkt lyf kostuðu LSH 1.370 m.kr. á árinu 2002 en þessi kostnaður var ekki á spítalanum á árinu 1999. Þegar launakostnaður er verðleiðréttur með launavísitölu opinberra starfsmanna frá 1999 til 2002 (30%) og rekstrarkostnaður verðleiðréttur með neysluverðsvísitölu (16%) og kostnaður við S-merkt lyf er tekinn út þá hefur kostnaður við rekstur spítalans ekki hækkað á þessum þremur árum. Það er góður árangur m.v. að Íslendingum fjölgar á hverju ári og öldruðum fjölgar enn hraðar. Að auki gera tækniframfarir okkur mögulegt að veita sífellt meiri og betri þjónustu sem skilar sé m.a. í hækkanði meðalaldri þjóðarinnar.

- LSH hefur unnið markvisst að innleiðingu á framleiðslumælikvörðum, s.s. DRG, í allri klínískri starfsemi spítalans. Samhliða er unnið að kostnaðargreiningu á allri starfsemi spítalans. Einnig er unnið að kostnaðargreiningu á kennsluþætti spítalans og háskólastarfseminni. Brýnt að þekkja þennan kostnað.

“Viðbótarfjárveitingar vegna launa hjá stofnun þar sem starfsfólki fer fækkandi og umsamdar launahækkningar eru þekktar fyrirfram hljóta að vera vegna launahækkana umfram ákvæði kjarasamninga eða svokallaðs launaskriðs.”

“Kostnaður vegna framlags í séreignalífeyrissjóð og uppgreiðslu á frítökurétti lækna hefur verið vanmetinn en hann nam í heild yfir 200 m.kr. árið 2002”.

- Launahækkningar á LSH eru í meginráttum í samræmi við hækkningar innan ríkiskerfisins eins og hækkun launavísitölu opinberra starfsmanna sýnir. Kjarasamningar hafa fært opinberum starfsmönnum umfangsmiklar launahækkningar á þessum tíma. Að auki hefur framlag spítalans í séreignasjóði starfsmanna spítalans verið veruleg. Launavísitala opinberra starfsmanna hefur m.a. þess vegna hækkað umfram hækkun almennu launavísitölunnar en nauðsynlegt er að nota rétt viðmið þegar laun eru verðleiðrétt á milli ára. Starfsmenn LSH eru opinberir starfsmenn og því ber að nota launavísitölu opinberra starfsmanna þegar skoðuð er breyting á launakostnaði á milli ára.
- Sértekjukrafa var lækkuð, en breytingar á gjaldskrár eru í engu samræmi við fjárlög, og LSH fær ekki greitt fyrir lækkuð sjúklingagjalda öryrkja, lífeyrisþega og þeirra er fá afsláttarkort síðari hluta árs. Hér vantar samtengingu á ákvörðunum um gjalddöku sjúklinga og fjárlaga.

“Kostnaður vegna lækninga- og hjúkrunarvara hefur hækkað um 80% sem að stórum hluta ræðst af nýrri tækni við lækningaþætti.”

- Aukning á kostnaði v/ almenns rekstrar. Hækkun neysluverðsvísitölu hefur verið mun minni en þær verðhækkanir sem orðið hafa á lækninga- og hjúkrunarvörum, sem og lyfjum. Fjárveitingavaldið hefur ekki tekið tillit til þeirra.
- Hækkun á kostnaði v/ viðhalds og stofnkostnaðar er hluti af sameiningarferlinu og til hagræðingar til framtíðar, m.a. með þéttingu starfseminnar og fækkunar á starfsstöðvum LSH.
- Ekki hefur verið haldin sérstök skrá yfir þann kostnað sem sannanlega hefur orðið vegna sameiningarinnar. Gert var ráð fyrir að sá kostnaður sparaðist þegar á fyrsta ári sem er í andstöðu við reynslu annarra þjóða af sameiningu sjúkrahúsa.
- Sem hlutfall af heildarfjárlögum ríkisins hafa fjárveitingar til LSH nánast staðið í stað frá 1999, eða rúm 9%.

Yfirlit yfir kostnaðarþróun 1999 – 2002

Tafla 1

Ár	Fjárlög	Fjárukalög	Samtals	Framlag til LSH*	Hlutfall af heild	Meðaltal 1999-2003
Gjöld A-hluta á verðlagi hvers árs						
1999	182.375,9	10463,9	192.839,8	17702,8	9,18%	9,27%
2000	193.158,70	8240,7	201.399,4	18773,4	9,32%	
2001	219164,4	14957,1	234.121,5	20758	8,87%	
2002	239370,4	11920,5	251.290,9	24168	9,62%	
2003	260142,1	12579,9	272.722,0	25574,1	9,38%	
2004	275295,6	0	275.295,6	24655	8,96%	

Tafla 2

Landspítali - háskólasjúkrahús

Ár	Fjárlög	Fjárukalög	Samtals	Vísitala m.v. 100 árið 2003	Framlag á föstu verðlagi ársins 2003	Á föstu verðl. 2003, án S-merktra lyfja og barnasp.
1999	15055500	2647295	17702795	132,3	23424230	23424230
2000	17173000	1600400	18773400	123,4	23174613	23078967
2001	18363400	2394600	20758000	113,2	23495213	22454968
2002	20945900	3222050	24167950	104,3	25200663	23324188
2003	23381700	2192400	25574100	100	25574100	24094600
2004	24655000		24655000	97,2	23963000	22573500

Nýting á skurðstofum:

Ríkisendurskoðun bendir á að jafna megi álag og nýtingu skurðstofa með skipulagsbreytingum. Nýting skurðstofa 2002 var um 72% í báðum húsunum. 2003 er þessi tal komin upp í 76.5% á Hringbraut og 77% í Fossvogi.

Afdrif sjúklinga:

Vantar sérstaka skráningu á þessum þætti fyrir og eftir, það kemur hins vegar inn í samanburðinum við bresk sjúkrahús.

Biðtími:

Fjöldi á biðlistum

	Mái '00	Okt. '00	Jan. '01	Okt. '01	Jan. '02	Sept. '02	Meðalbið sept '02 Vikur
	Fjöldi	Fjöldi	Fjöldi	Fjöldi	Fjöldi	Fjöldi	
Skurðlækningar							
Almennar skurðlækningar	375	423	500	478	658	731	88
Augnlækningar	419	528	646	706	921	925	34
Brjóstholsskurðlækningar	83	61	55	28	25	1)	
Bæklunarlækningar	648	738	814	0	799	764	43
Háls-, nef- og eyrnalækn.	316	544	480	643	555	613	51
Lýtalækningar	331	375	460	468	478	362	95
Þvagfæraskurðlækningar	132	151	158	97	-	86	21
Barnalækningar							
Barnaspítali Hringins	236	249	242	279	266	277	
Geðlækningar							
Barna- og unglingageðlækningar	74	124	79	89	59	59	
Lyflækningar							
Hjartalyflækningar	253	396	341	262	0	349	24
Kvensjúkdómalækningar							
Kvensjúkdómalækningar	-	253	230	307	193	179	13
Tæknifríðgun	335	375	375	239	339	363	
Öldrunarlækningar 2)							
5 daga deild	27	25	44	50	62	47	20
Heilabilunardeild	9	8	5	-	13	15	9
Dagspítali	27	26	24	47	40	34	10
Líknarpláss á Landakoti		3	3	-	-	5	11
Öldrunarteymi.	19	21	19	0	39	53	11
7 daga deild	5	10	5	-	13	7	28

1) Upplýsingar bárust ekki.

2) Án hvíldarinnlagnar og skammtímavistunar.

(Skýrsla Ríkisendurskoðunar, Nóv. 2003; bls 51)

Miklar breytingar hafa orðið á skráningu biðlista. Taflan sem sýnd er að ofan er dæmi um gamlar aðferðir við skráningu á biðlista en sú að neðan sýnir hins vegar hvernig að þessu er staðið í dag. Því er þessi þáttur ekki samanburðarhæfur frá 1999 – 2002 **en greinileg breyting frá árinu 2002 til 2003**. Það er í góðu samræmi við það að umrót breytinganna er nú að mestu gengið yfir hvað varðar þennan þátt. Nýjar reglur um skráningu á biðlista voru settar á LSH 14. ág. 2002.

Töflur úr Stjórnunarupplýsingum LSH:

Bið- og vinnulisti eftir aðgerðum á LSH - upplýsingar til landlæknisembættisins

Aðgerðaheiti	Biðlisti = bið > 3 mán	2004 Jan	Biðlisti = bið > 3 mán	2003 Jan	Meðal bið í mán. ³⁾	
					2004 Jan	2003 Jan
Skurðaðgerðir á augasteini	911	1.189	817	1.051	13,8	10,7
Aðgerðir v/vélindabakflæðis og þindarslits	198	220	299	385	15,3	24,2
Úrnám hálskirtla	62	106	257	316	4,3	7,8
Skurðaðgerðir á maga vegna offitu	28	44	87	105	8,1	24,7
Aðgerðir til brjóstaminnkunar	137	150	214	235	31,3	65,6
Gerviliðaðgerðir á hné	81	114	145	170	8,3	13,2
Gerviliðaðgerðir á mjöðm	42	72	126	146	3,1	7,9
Aðgerðir v/ kviðslits	13	15	45	53	1,1	4,0
Gallsteinaaðgerðir	9	11	58	71	0,4	2,4
Æðahnútaaðgerðir	23	52	57	86	4,8	7,6
Brjóskslaaðgerð	25	30	33	35	0,7	1,0
Aðgerðir á blöðruhálskirtli	0	20	1	20	1,3	1,2
Brottnám hvekkis um þvagrás (TURP)	0	20	1	20	1,3	1,3
Kransæðaaðgerðir		22		31	2,0	2,3
Aðgerðir v/legsigs ²⁾	10	31	6	9	3,0	0,9
Skjaldkirtilsaðgerðir	2	2	4	13	0,3	1,9
Aðgerðir til að bæta heyrn	0	4	10	10	1,7	10,0
Aðg. v/nýrnasteina og steina í nýrnaleiðurum	0	0	0	0	0,0	0,0
Steinbrjótur	-	-	-	-		
Ígræðsla nýra	0	0	0	0		
Ófrjósemisaðgerðir á körlum	0	0	0	0		
Skurðlækningasvið samtals	1.541	2.263	2.160	2.756		

¹⁾ Fjöldi skurðaðgerða er talinn eftir aðalskurðaðgerð.

²⁾ Aðgerðir v/ legsigs eru framkvæmdar af kvensjúkdómalæknum og þvagfæraskurðlæknum. Birtur er heildarfjöldi skurðaðgerða.

³⁾ Meðalbiðtími 2003 miðast við fjölda á bið í janúar 2003 og afköst 2002, meðalbiðtími 2004 miðast við fjölda á bið í janúar 20 og afköst jan - okt 2003. Bið eftir einstaka læknum getur verið lengri.

Fjöldi á bið- og vinnulista

Aðgerðaheiti	Biðlisti = bið > 3 mán	2004 Jan	Biðlisti = bið > 3 mán	2003 Jan	Meðalbið í mán. ³⁾	
					2004 Jan	2003 Jan
Brottnám legs	9	32	11	47	2,3	2,2
Aðgerðir v/legsigs ²⁾	10	31	6	21	4,2	2,0
Ófrjósemisaðgerð á konu	0	6	1	13	1,8	1,3
Kvennasvið samtals	10	69	18	81		
Hjartaþræðingar	12	110		149	1,3	2,1
Kransæðavíkkarir (PTCA)	1	4		3	0,1	0,1
Lyflækningasvið I samtals	13	114		152		

¹⁾ Fjöldi skurðaðgerða er talinn eftir aðalskurðaðgerð og fjöldi skurðaðgerða 2003 nær yfir janúar - október.

²⁾ Aðgerðir v/ legsigs eru framkvæmdar af kvensjúkdómalæknum og þvagfæraskurðlæknum. Birtur er heildarfjöldi skurðaðgerða.

³⁾ Meðalbiðtími 2003 miðast við fjölda á bið í janúar 2003 og afköst 2002, meðalbiðtími 2004 miðast við fjölda á bið í janúar 2004 og afköst jan - okt 2003. Bið eftir einstaka læknum getur verið lengri.

3. Erlendur samanburður:

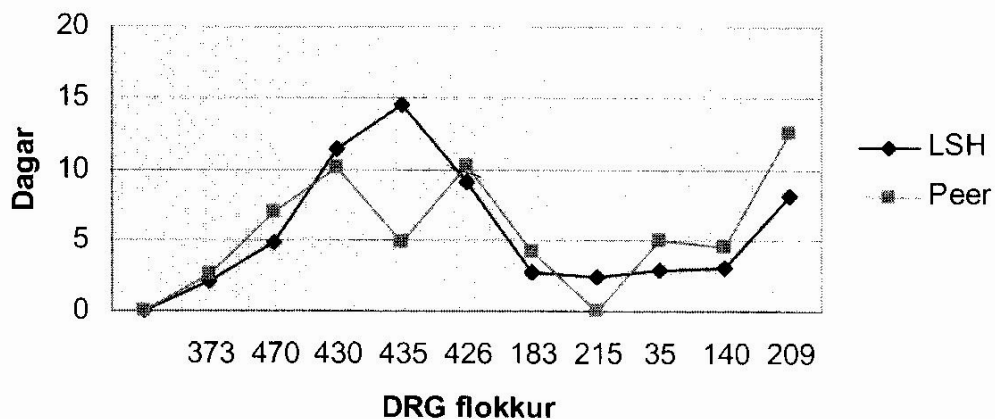
Í kafla 4 er LSH borið saman við samanburðarsjúkrahúsin í Bretlandi. Almennt hefur verið gagnrýnt að borið skuli hafa verið saman við breska heilbrigðiskerfið. (Samanburðurinn við Skandinavísk sjúkrahús í VSÓ skýrslunni 1997 var líka gagnrýndur!) Nýkomin er út skýrsla eftir Derik Wangles; Securing Good Health for Whole Population: Population Healthtrend, (www.doh.gov.uk/wangles/index.htm) þar sem ástandinu í Bretlandi er lýst sem það standist ekki samanburð við önnur vestræn lönd hvað snertir dánartíðni og árangur t.d. er hvað varðar krabbamein og hjartasjúkdóma.

Í skýrslu Ríkisendurskoðunar, þegar litið er til **afkasta og gæða**, er borið saman við 8 bresk háskólasjúkrahús utan London og skýrt er í texta Ríkisendurskoðunar, að þar sé að þeirra mati um að ræða sjúkrahús sem bjóði sambærilegustu þjónustuna við LSH, en þó með þeim fyrirvara að kennslusjúkrahús í Bretlandi sinni ekki geðheilbrigðisþjónustu í eins ríkum mæli og LSH, þar í landi eru fatlaðir og aldraðir ekki vistaðir til lengri tíma á bráða- og kennslusjúkrahúsum, né heldur eru þar líknardeildir. Á LSH er einmitt um helmingur legurúma (51%) notaður fyrir þessa þjónustu, en sú staðreynd gerir sanngjarnan samanburð við ensku sjúkrahúsin afar erfiðan. Stóru háskólasjúkrahúsin í London eru án efa enn sérhæfðari en LSH og bráðasjúkrahúsin utan London annars eðlis en LSH.

Þegar hins vegar er horft til **skilvirkni og kostnaðar starfsfólks** var samanburðarhópurinn stærri: 9 háskólasjúkrahús utan London og 12 stór bráðasjúkrahús utan London. Þá er ekki gerð tilraun til þess að lýsa starfsemi þeirra eða bera saman við LSH eins og gert er varðar háskólasjúkrahúsin utan London.

Hvað varðar afköst er reynt að meta legur og legutíma má þar vitna til myndar að neðan.

Meðallegutími fyrir 10 algengustu DRG



DRG-flokkar:

- 373 - Eðlileg fæðing
- 470 - Legur í villuflokki og ófrágengnar sjúkraskrár
- 430 - Geðrof
- 435 - Misnotar áfengi og lyf eða er háður þeim. Afeitrun eða önnur einkennameðferð, án aukakvilla
- 426 - Hugraskanir, geðlæggðar
- 183 - Vélindisbólga, raskanir í maga og görnum og ýmsar meltingarraskanir án aukakvilla, 18 ára og eldri
- 215 - Aðgerðir á baki og hálsi án aukakvilla
- 35 - Aðrar raskanir á taugakerfi án aukakvilla
- 140 - Hjartaöng
- 209 - Gerviliðaáðgerðir eða liðskiptaaðgerðir

(Skýrsla Ríkisendurskoðunar, Nóv. 2003; bls 62)

Legur og legutími á LSH er talinn mjög svipaður og á breskum háskólasjúkrahúsum utan London. Það sker sig þó annars vegar úr að LSH hefur lengri legutíma vegna áfengismeðferðar (435 DRG) en athyglivert er líka að DRG 209; gerviliðaáðgerðir og liðskiptaaðgerðir eru með mun lengri legutíma á bresku sjúkrahúsinum er LSH.

Samanburður á skurðaðgerðum á dagdeildum:

Gerður var samanburður á 20 algengum aðgerðum sem framkvæmdar eru á skurðstofum dagdeilda en bresk háskólasjúkrahús hafa sett sér það markmið að 75% þessara aðgerða séu framkvæmdar á dagdeildum.

(Skýrsla Ríkisendurskoðunar, Nóv. 2003; bls. 63)

	Hlutfall aðgerða framkvæmdar á Dagdeild		Meðallengd legu sjúklinga sem lenda á Legudeild	
	LSH	Samanb.h ópur	LSH	Samanb.h ópur
Aðgerðir				
Nárahauull (kviðslit í nára)	17%	48%	9,0	1,8
Hnútur í brjósti fjarlægður	7%	56%	2,7	2,3
Endaþarmssprunga	21%	60%	2,6	1,7
Hnútabláæðar	0%	61%	1,5	1,6
Blöðruspeglun í greiningarskyni / í aðgerð	26%	71%	4,9	2,7
Umskurður (trúarleg umskurn)	0%	73%	1,0	1,1
Úrnám lófakreppu	100%	49%		1,7
Losun á úlniðsgangi	67%	89%	2,0	1
Liðspeglun	50%	58%	2,0	1,7
Úrnám hálahlaupbelgs	100%	84%		1,2
Eistafesting	44%	56%	1,1	0,8
Fjarlæging á drera (sjónhimnuaðgerð) ¹⁾	0%	86%	2,4	1,3
Aðgerð til að lagfæra rangeygðan sjúkling	76%	67%	1,1	0,8
Stungið á hljóðhimnu	12%	79%	1,9	0,6
Aðgerðir á nefslímu	3%	16%	1,4	1,2
Rétting brots á nefskipt	0%	78%		0,6
Lýtaviðgerð á eyra (ústæð eyru lagfærð)	0%	58%		0,8
Leghálsvíkkun og skröpun	80%	60%	1,0	1,5
Kviðarholsspeglun	36%	72%	8,3	1,6
Fóstureyðing	96%	74%	1,7	0,5
Samtals	55%	74%	4,9	1,6

1) Meirihluti sjúklinga eru dagsjúklingar á Þorfinnsgötu. Skráning í Sögu ekki aðgengileg til flokkuna

Aðgerðir í tveim af þessum hópum eru ekki framkvæmdar á LSH, þ.e. rétting brots á nefi og lýtaaðgerð á eyra. Þá er aðgerðin: “fjarlæging á drera”, að mestu leyti unnin á dagdeild (líklega 90-95%), en upplýsingar um þær eru ekki aðgengilegar í þeim gögnum sem unnið var með. Þar sem þessir hópar eru hafðir með í samanburði við töflugerð verður samanburðurinn ekki fyllilega réttur og dagdeildarhlutfall LSH er í raun herra en meðfylgjandi tafla gefur til kynna.

Líklega hefur þessi þróun orðið einnig á Íslandi, t.d. ef borinn væri saman dreifing aðgerða 1987 og 2002 en allar stóru læknastöðvarnar hafa orðið til á þessu tímabili. Tilflutningurinn hefur orðið frekar til þeirra heldur en í dagdeildaþjónustu LSH sbr. áður. Erfitt er að meta þessa töflu án þess að skoða heildarbreytingar yfir lengri tíma. Þessar upplýsingar undirstrika enn nauðsyn þess að endurskoða með formlegum hætti samsetningu verkefna á LSH.

Afdrif og aðgengi:

Aðgerðir og afdrif	Hlutfall LSH m.v. meðaltal viðmiðunarhóps
Betra hjá LSH	
Dánartíðni eftir hjartaáfall	49
Dánartíðni eftir lærleggsbrot	52
Dánartíðni á sjúkrahúsi 30 dögum eftir bráðainnlögn vegna mjaðmarbrots	67
Dánartíðni á sjúkrahúsi 30 dögum eftir bráðainnlögn vegna hjartaáfalls	43
Bráð endurinnlögn innan 28 daga frá aðgerð v. hjartaáfalls	96
Útskrift heim innan 56 daga eftir hjartaáfall	106
Útskrift heim innan 56 daga eftir lærleggsbrot	104
Útskrift heim innan 28 daga frá bráðainnlögn v. mjaðmarbrots	110
Útskrift heim innan 28 daga frá bráðainnlögn v. hjartaáfalls	130
Betra hjá viðmiðunarhópi	
Bráð endurinnlögn innan 28 daga frá aðgerð v. mjaðmarbrots	137

(Skýrsla Ríkisendurskoðunar, Nóv. 2003; bls. 63)

Miðað við umfjöllun í ofanefndri skýrslu Derik Wanless er ánægjulegt að sjá að afdrif sjúklinga á LSH er mun betri er varðar þær aðgerðir er til eru teknar heldur en í samanburðar sjúkrahúsum á Bretlandi. Til að setja þetta í samhengi má líta á dánartíðni eftir hjartaáfall. Þannig mætti gefa sér að séu 100 sjúklingar lagðir inn vegna hjartaáfalls á samanburðarsjúkrahús í UK, þá létust af þeim um 20 en einungis 10 þeirra mundu látast á LSH.

Samskonar hlutföll er um að ræða er varðar lærleggsbrot og mjaðmarbrot. Þá er samanburðurinn fyrir útskriftir einnig LSH hagstæður. Einungis bráðaendurinnlögn innan 20 daga frá aðgerð vegna mjaðmarbrots er LSH óhagstæð. (Þarna er rétt að nefna hvort tengsl gætu verið við styttri meðallegutíma sbr. DRG 211 og 254 bls. 131).

Það er full ástæða til þess að leggja áherslu á þessar tölur ekki bara vegna þess að þær skuli vera hagstæðar heldur hversu mjög þær eru hagstæðar. Afdrif hljóta að skipta verulegu máli þegar metin eru gæði heilbrigðisþjónustu og þegar bera á saman kostnað.

Þá er rétt að taka fram að endurinnlagnir eru ekki endilega óhagstæðar. Sjúklingar sem eru útskrifaðir snemma fá fyrirmæli um að koma aftur ef

líðan þeirra breytist. Endurinnlagnir eru einungis hluti af þessu starfsfyrirkomulagi að láta sjúklinga ekki bíða á sjúkrahúsinu þar til ekkert “getur gerst” lengur.

Skilvirkni í þjónustu:

Umræða hefur orðið um skilvirkni starfsfólks, svo og umræða um hvernig meðferðir eru skilgreindar.

<i>Fjöldi starfsmanna (meðaltal á bresku sjúkrahúsunum)</i>							
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Alls
Háskólasjúkrahús í London	611	1008	366	1609	783	1	4378
Háskólasjúkrahús utan London	683	1305	848	2393	1122	59	6410
Bráðasjúkrahús utan London	253	579	313	987	339	61	2532
	11,6%	21,7%	11,5%	37,5%	16,8%	0,9%	100,0%
LSH	463	1089	496	1363	388	0	3799
	12,2%	28,7%	13,1%	35,9%	10,2%	0,0%	100,0%

(1) Læknar og tannlæknar, (2) Rekstur og umsýsla, (3) Ýmsar heilbrigðisstettir og aðstoðarfolk, (4) Hjúkrunarfræðingar og ljósmæður, (5) Vísinda-, rannsókn- og annað tæknifolk, (6) Aðrir

(1) Læknar og tannlæknar, (2) Rekstur og umsýsla, (3) Ýmsar heilbrigðisstéttir og aðstoðarfólk, (4) Hjúkrunarfræðingar og ljósmæður, (5) Vísinda-, rannsókn- og annað tæknifólk, (6) Aðrir

(Skýrsla Ríkisendurskoðunar, Nóv. 2003; bls. 69)

Mikilvægt er að skoða þessa töflu töluvert á annan veg heldur en gert hefur verið. Taflan sýnir fyrst og fremst hlutföll hinna ýmsu starfsstétta. Hún hefur mest gildi þegar jafnframt er tiltekin mismunandi samsetning verkefna þessara sjúkrahúsa. Áður hefur komið fram hjá Ríkisendurskoðun að reynt sé að velja háskólasjúkrahús utan London á þann hátt að starfsemin sé að miklu leyti sambærileg við LSH. Samanburður við bráðasjúkrahúsin utan London með 2532 starfsmenn er sennilega marklaus vegna ólíkra verkefna. Í skýrslu Ríkisendurskoðunar hefur verið bent á að starfsfólk LSH sé einungis 15% færra en meðaltal samanburðarsjúkrahúsanna þó að afköst þess sé um 34% minni.

Hér er spurning hvort að leyfilegt sé að taka meðaltal af þessum mjög svo ólíku sjúkrahúsum sem eru til samanburðar.

Ef reiknað er hlutfall starfsstétta hvers sjúkrahúsahóps fyrir sig má setja upp þessa töflu:

Hlutfallslegur fjöldi starfsmanna eftir starfsstéttum:

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Háskólasjh. í London	13.9	23.0	8.35	36.75	17.9	0.2
Háskólasjh. utan London	10.65	20.3	13.22	37.33	17.5	0.9
Bráðasjh. utan London	9.99	22.85	12.36	38.98	13.38	2.4
LSH	12.2	28.7	13.1	35.9	10.2	0

1) Læknar og tannlæknar, 2) Rekstur og umsýsla, 3) Ýmsar heilbrigðisstéttir og aðstoðarfólk, 4) Hjúkrunarfræðingar og ljósmæður, 5) Vísinda-, rannsókn- og annað tæknifólk, 6) Aðrir

Þegar þessi tafla er skoðuð sérstaklega er athyglisvert hve starfsmannasamsetningin er keimlík þrátt fyrir allt. Í dálki nr. 1, þ.e.a.s. læknar og tannlæknar kemur í ljós að LSH hefur hlutfallslega færri lækna heldur en háskólasjúkrahúsin í London en fleiri en háskólasjúkrahús utan London, ekki munar þó miklu. Nokkru munar í dálki nr. 2 þar sem sá fjöldi á LSH sem flokkast undir rekstur og umsýslu er töluvert hærri heldur en á öllum samanburðar sjúkrahúsunum. Í kynningu bresku ráðgjafanna á skýrslunni kom fram að þarna væri samanburður nokkuð erfiður vegna þess hve mikið af slíkri starfsemi, þ.e.a.s. rekstur og umsýslu væri unnin af verktökum í Bretlandi. Hvað varðar dálk nr. 3; sker háskólasjúkrahús í London sig úr sem getur aftur bent til mismunandi skráningaraðferða. Í dálki nr. 4 þar sem fjallað er um hjúkrunarfræðinga og ljósmæður eru öll sjúkrahúsin á mjög svipuðu róli. Þá er mjög athyglivert að skoða dálk nr. 5 þar sem fjallað er um vísinda-, rannsókn- og annað tæknifólk þar er LSH miklu lægri en öll samanburðarsjúkrahúsin, líka þau sem teljast ekki háskólasjúkrahús. Það má því færa að því rök að til þess að túlka megja þessa töflu LSH í óhag þurfi meiri vitnesku um það hvernig samanburðartölur verða til í smáatriðum.

<i>Fjöldi starfsmanna á hver 100 rúm</i>							
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Alls
Háskólasjúkrahús í London	67	111	40	177	86	0	481
Háskólasjúkrahús utan London	48	93	60	170	80	4	454
Bráðasjúkrahús utan London	34	77	42	132	45	8	338
LSH	48	114	52	143	41	0	397

(1) Læknar og tannlæknar, (2) Rekstur og umsýsla, (3) Ýmsar heilbrigðisstéttir og aðstoðarfólk, (4) Hjúkrunarfræðingar og ljósmæður, (5) Vísinda-, rannsókn- og annað tæknifólk, (6) Aðrir

(Skýrsla Ríkisendurskoðunar, Nóv. 2003; bls. 69)

Þegar síðan þegar skoðaður er fjöldi starfsmanna á hver 100 rúm eiga nákvæmlega sömu athugasemdir við. Þar er sérstaklega áberandi hve vegur vísinda-, rannsókn-, og tæknifólks á LSH er lægri heldur en á háskólasjúkrahúsunum. Þess vegna er ábending um að fjöldi starfsmanna í rekstri og annarri umsýslu sé mikill miðað við samanburðarhópinn ekki vel undirbyggð miðað við nánari greiningu á töflunni.

Fjöldi starfsmanna á hverjar 1000 meðferðir.

<i>Fjöldi starfsmanna á hverjar 1000 meðferðir</i>							
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Alls
Háskólasjúkrahús í London	7	12	4	19	9	0	52
Háskólasjúkrahús utan London	5	10	7	19	9	0	51
Bráðasjúkrahús utan London	4	9	5	16	5	1	40
LSH	8	19	9	24	7	0	67

(1) Læknar og tannlæknar, (2) Rekstur og umsýsla, (3) Ýmsar heilbrigðisstéttir og aðstoðarfólk, (4) Hjúkrunarfræðingar og ljósmæður, (5) Vísinda-, rannsókn- og annað tæknifólk, (6) Aðrir

(Skýrsla Ríkisendurskoðunar, Nóv. 2003; bls. 70)

Hér skiptir meginmáli hvernig mismunandi skráningaraðferðir eru skilgreindar og gerðar sem sambærilegastar.

- **Afköst sjúkrahúss má mæla með því að nota „meðferðir” sem mælikvarða á afköst.** Ef fara skal í nákvæman samanburð þarf að halda til haga, með góðu skráningarkerfi, öllum þeim fjölmörgu verkum sem starfsmenn sjúkrahúsanna framkvæma í þjónustunni við sjúklinga, hvort sem þau heita meðferð, umönnun, aðgerð, rannsókn, viðtal, vitjun, þjálfun eða ráðgjöf. Því verður a.m.k. að telja til viðbótar legum, þær “meðferðir”, sem unnar eru í tengslum við komur sjúklinga á göngudeildir og á slysa- og bráðamóttökudeildir.
- **Fjöldi meðferða er metinn að teknu tilliti til heildarfjölda legutímabila sjúklinga á legudeildum (legur), heildarfjölda dagdeildarkoma og fjöldi heimsóka á göngudeildir og slysa- og bráðadeildir.** Margar deildir nota að auki sértæka mælikvarða á eigin afköst: fjölda og tegundir skurðaðgerða, fjölda greiningaraðgerða, fjölda blóðrannsókna, röntgenrannsókna, þjálfunarmeðferða og sérfræðiráðgjafa, bráðleika veikinda og hjúkrunarþyngd, svo nokkur dæmi séu nefnd.
Samanburður sem felst einungis í upptalningu á grófustu mælikvörðunum getur átt rétt á sér þegar stofnanir eru algerlega sambærilegar eða þegar samanburðurinn þarf ekki að vera mjög nákvæmur. Hann tekur hins vegar ekki tillit til mismunandi eðlis starfseminnar á ólíkum deildum og stofnunum.
- **Til að gera ofanskráðar „meðferðir” jafngildar þarf að gefa þeim vægi,** til viðbótar við dagafjölda meðallegu, fái hver dagdeildarkoma vægi sem byggist á klukkustundafjölda meðaldvalar á þeirri deild og hver göngudeildarkoma á þeim meðalmínútufjölda sem heimsókn og meðferð taka þar. Þá fyrst er hægt að leggja þessar ólíku „meðferðir” saman í einfalda heildartölu.
- **Mikilvægt er að þegar einhverjum hluta meðferða er sleppt að þá sé einnig þeim starfsmönnum sleppt í útreikningum sem meðferðirnar veita.** Árið 2002 voru legur á LSH 32.477, dagdeildarkomur 97.717, göngudeildarkomur 197.380 og komur sjúklinga á bráða- og slysadeild 65.821. Samtals eru þetta 393.395 meðferðir og heildarfjöldi stöðugilda starfsmanna LSH á hverjar 1000 legur og komur verður því aðeins 9,6. Í skýrslu Ríkisendurskoðunar er við það miðað að „meðferðirnar” séu hins vegar aðeins 56.832 og því kemur út að 67 starfsmenn þurfi fyrir hverjar 1000 meðferðir á LSH.

Eftirfarandi tafla er unnin eftir ofangreindri aðferðafræði og fylgja skýringar með inni á töflunni.

Sjúkrahús (háskólasjúkrahús utan London)*	Sólar- hringsrúm	Rúma- nýting %	Meðal- legu- tími	Legudagar (bed days)	Legur (episodes)	Dag- deilda- komur #	Göngu- deilda- komur	Bráða- komur	
Addenbrooks	1269	86,9	7,5	366.209	101.429	50.969	300.180	56.746	
Central Manchester	881	84,5	6,6	234.843	75.150	13.475	365.421	115.559	
Leeds Teaching Hosp.	2687	91,9	6,8	837.098	207.764	7.223	750.384	236.589	
Newcastle Upon Tyne H.	1719	82,4	6,8	511.688	162.021	4.339	677.989	90.671	
Oxford Radcliffe Hosp.	1261	89,9	5,2	406.281	118.939	10.022	414.018	111.716	
United Bristol Healthcare	909	84,3	5,9	288.263	99.265	3.534	326.223	92.912	
samt.	8.726			2.644.382	764.568	89.562	2.834.215	704.193	Dagsígildi##
meðalt.	1.454	86,7	6,5	440.730	127.428	14.927	472.369	117.366	469.034
meðalt.stöðugilda**	6.410								
LSH***	995	83,2	8,3	302.187	36.394	89.088	201.476	66.011	Dagsígildi##
stöðugildi	3.883								335.604

	Legudagar/rúm	Legudagar/stöðug.	Stöðugildi/rúm	Dagsígildi/rúm	Dagsígildi/stöðugildi
Háskólasp. utan					
London	303	69	4,4	323	73
LSH	304	78	3,9	337	86

Tölur um bresku sjúkrahúsin eru fengnar af vefsíðu Department of Health, Hospital Activity Summary og Hospital Episode Statistics 2000-01

Um tvö af þeim sem tilgreind eru í skýrslu Ríkisendurskoðunar fundust engar upplýsingar

** Fjöldi stöðugilda á sjúkrahúsunum fannst ekki, notað er meðaltal skv. skýrslu Ríkisendurskoðunar bls. 69

*** Tölur samkvæmt ársskýrslu LSH 2002?

Augljóst er af samanburði á tölunum í dálkum E-G að misjafnt er hvort bresku sjúkrahúsin skrá dagdeildakomur sem slíkar eða sem "episodes"

Margfeldi "episodes" og meðallegutíma ber t.d. ekki saman við legudaga (nema hjá LSH)

"Dagsígildi" eru reiknuð í samræmi við DRG-kerfi:

legudagar+(dagdeildarkomur/4)+(göngudeildakomur/24)+(bráðakomur/24)

Hugtakið "dagsígildi" metur legudag sem 24 klst, dagdeildardag sem 6 klst, og göngudeildar- eða slysa- og bráðakomu sem 1 klst.

Hér er allt talið með: öll rúm og stöðugildi, allir skráðir legudagar og allar komur og alls staðar kemur LSH vel út í þessum samanburði á afköstum

Á sama hátt og að ofan er lýst breytist mat á “meðferðir á rúm”. Þegar allt verkefnið er metið og rúmafjöldi tekinn með breytist niðurstaðan úr því að “meðferðir” á LSH hafi aðeins verið 59,4 á hvert rúm, eða 34% færri en á samanburðar sjúkrahúsunum í það að verða 136 meðferðir á hvert rúm á LSH, eða 52% fleiri en á háskólasjúkrahúsunum utan London, séu allar legur og dagdeildarkomur taldar, og öll rúmin (956).

- **Skilvirkni sjúkrahúss má meðal annars greina í nýtingu legurýma og í meðallegutíma.** Samkvæmt tölum úr ársskýrslu LSH var rúmanýting 84,8% og samkvæmt tölum sem finna má á heimasíðu breska heilbrigðisráðuneytisins var rúmanýting háskólasjúkrahúsanna utan London á bilinu 82-91%. Þar getur LSH vel við unað í samanburðinum.
- **Meðallegutími háskólasjúkrahúsanna, samkvæmt sömu heimildum, var á bilinu 4,9-14,1 dagur og meðallegutími LSH í heild var 9,1 dagur, en 5,2 dagar án geðdeilda, öldrunar og endurhæfingar.** Einnig í þeim samanburði getur LSH vel við unað.
- **Meðallegutími samkvæmt sjúkdómaflokkun (DRG) var einnig skoðaður af Ríkisendurskoðun og reyndist LSH hafa styttri legutíma í 7 af 10 algengustu flokkunum (70%) miðað við samanburðarsjúkrahúsin.** Svipað á við um flokkun samkvæmt sérgreinum. Þarna er komin enn ein vísbendingin um góða skilvirkni starfsmanna LSH.
- **Afköst og “skilvirkni” án tillits gæða eru þó lítils virði.** Í skýrslu Ríkisendurskoðunar reyndust gæði þjónustu meiri á LSH en á ensku sjúkrahúsunum í 9 viðmiðunarhópum af þeim 10 sem skoðaðir voru (mælikvarðar: útskriftartími, endurinnlagnir og dánartíðni). Enn getur LSH því vel við unað í þessum samanburði.

Niðurstaðan hlýtur að verða sú að afköst starfsmanna LSH séu í góðu lagi þegar þau eru borin saman við afköst starfsmanna á háskólasjúkrahúsum utan London. Einu gildir þá hvort notaðar eru tölur um fjölda starfsmanna á hverjar 1.000 meðferðir eða um fjölda meðferða á rúm. Rúmanýting LSH er alveg viðunandi, svo og legutími sjúklinga, sérstaklega þegar frá eru talin þau lækningasvið sem annast langlegusjúklinga. Meðallegutími samkvæmt sjúkdómaflokkum og sérgreinum er svipaður og á bresku sjúkrahúsunum. Þá gefa tilgreindir gæðamælikvarðar ekki tilefni til umkvörtunar, gæði þjónustu LSH voru meiri í 90% tilvika. Nauðsynlegt er að hafa allt þetta í huga þegar

vitnað er í niðurstöðurnar í skýrslu Ríkisendurskoðunar í umræðum manna á meðal.

Fullyrðingar um að afköst á LSH séu mun minni en á breskum samanburðarsjúkrahúsum verður að skoða í ljósi þessara staðreynda.

4. Kennsla og rannsóknir:

Landspítali - háskólasjúkrahús er allt í senn: bráðasjúkrahús fyrir Reykjavík (fyrsta móttökustöð), svæðissjúkrahús fyrir Suður- og Vesturland (tilvísunarstöð erfiðari tilfella) og hátæknisjúkrahús fyrir landið allt (endastöð flóknustu tilfella), auk þess að vera kennslu- og vísindastofnun (háskólasjúkrahús) heilbrigðisgreinanna í Háskóla Íslands og Tækniháskóla Íslands. Loks sinnir LSH umtalsverðri geðheilbrigðis- og öldrunarþjónustu. Það er því ekki auðvelt að finna alveg sambærilegar stofnanir í öðrum löndum. Hugsanlegt er þó að háskólasjúkrahúsin utan London hafi hlutverk sem komast nærri hinum ýmsu hlutverkum LSH.

Haustið 2003 voru um 500 nemar í HÍ og HA í starfsnámi við skólann auk talsverðs fjölda nemenda úr Tækniháskólanum og fjölbrautarskólum. Þeir sem stunda starfsnám við sjúkrahúsið eru auk lækna- og hjúkrunarnema, nemar í meinataekni, geislafræði, læknaritun, hjúkrunarritun, lyfjafræði, lyfjataekni, sjúkraliðar, sjúkrapjálfun, félagsráðgjöf, sálfræði, ljósmóðurfræði, nemar í meistaranámi og diplomanámi í hjúkrun, þroskapijálfun og iðjuþjálfun.

Með tilkomu Skrifstofu kennslu, vísinda og þróunar er haldið utan um á einum stað upplýsingar um vísindastarfsemi, vísindastefna hefur verið mótuð og staða spítalans mótuð í farveg hvað þetta varðar.

Þrátt fyrir tilvitnun og samanburð við breska spítala þá hefur afrakstur vísindastarfs heilbrigðisstarfsmanna, sem að mestu leyti starfa á LSH, verið með miklum ágætum. Það sýnir fjölda birtra greina í heilbrigðisvísindum samanborið við aðrar starfsstéttir á Íslandi auk upplýsinga frá OECD um fjölda birtra greina á hvern íbúa (sem í þessu tilfelli er leyfileg viðmiðun!). Þá hafa verið birtar upplýsingar um fjölda tilvitnana sem sýnir að viðkomandi greinar teljast eftirtektarverðar og mikið í þær vitnað.

Þetta atriði er hins vegar erfitt að túlka. Í fyrsta lagi geta verið sveiflur milli ára og vísindastarfsemi þeirra sem einnig gegna klínískum störfum getur orðið fyrir alvarlegum áföllum við niðurskurð, minnkaða aðstöðu og kröfur um aukna klíniska þjónustu.

- **Hvað varðar kennslu og rannsóknir er fjallað um mikilvægi samstarfssamnings HI og LSH þar sem markmið stofnananna með samstarfinu hefur verið skilgreint, kveðið á um megindrætti**

samstarfs og aðildar hvorrar stofnunar fyrir sig að skipulagi og stjórnun heilbrigðisvísinda og heilbrigðisþjónustu. Í viðbótarsamningi er síðan fjallað um réttindi og skyldur sameiginlegra starfsmanna, stjórnun deilda og sviða, menntunarmál og stöðu nemenda, rannsóknir og loks hæfnismat og nafnbætur heilbrigðismanna á spítalanum.

- **Síðasti hluti samningsins er síðan í vinnslu og fjallar um fjárhagsleg atriði í samstarfi stofnananna.**
- **Þá hefur orðið sú breyting að samhliða samningnum hafa prófessorar við HÍ ekki orðið sjálfkrafa yfirmenn á spítalanum.**
- **Þá er það talið mikill styrkur að sviðsstjórar á kennslu- og fræðasviði á Skrifstofu kennslu vísinda og þróunar séu í nánú samstarfi við HÍ og raunar kennslustjórar háskóladeildanna.**
- **Framfarir í bókasafnsmálum eru einkum að öll eldri söfn hafa verið sameinuð undir einni stjórn og skipulag og verklag endurskoðað og safnið rafvætt. Fullyrt er að safnið sé nú talið eitt öflugasta vísindabókasafn á landinu (og raunar þótt víðar væri leitað).**
- **Ávinningur af sameiningunni er talinn að nú hafi skapast öflugar sérgreinar þar sem mikil sérþekking hefur safnast á einn stað er gefi verulega aukna möguleika til kennslu og rannsókna svo og framhaldsnáms.**
- **Áætlaður viðbótarkostnaður við að reka háskólaspítala er oft talinn um 28% í Bandaríkjunum. Í Svíþjóð, í svokölluðu ALF módeli, er um 3-5% viðbótargreiðsla til háskólasjúkrahúsa vegna kennslu. Í nýlegri heimsókn til háskólasjúkrahússins í Uppsala kom fram að viðbótargreiðsla til spítalans vegna kennslu væri 4% en mat forstjóra sjúkrahússins er að þessi kostnaður nemi um 10%. Háskóli Íslands fær engar fjárveitingar vegna klínísku kennslunnar á spítalanum. Hún er algjörlega fjármögnuð af framlögum til reksturs spítalans og telst því kostnaður við heilbrigðisþjónustu.**

5. Hvað þarf að gera fleira til þess að kostir sameiningar skili sér að fullu?

- Ríkisendurskoðun kallar eftir; stefnumótun frá heilbrigðis- yfirvöldum, ákvörðunum um verkaskiptingu í heilbrigðiskerfinu, ákvörðun um uppbyggingu framtíðarhúsnæðis spítalans og að gera þurfi áætlanir um það sem hægt er að standa við. Nauðsynlegt er að heilbrigðisstéttir spítalans fái að taka þátt í þessari framtíðarstefnumótun og að tekið sé mið af þörfum og sjónarmiðum notenda. Í þessu sambandi skal tekið fram að heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið hefur skipað nefnd sem er ætlað að gera tillögur um verkefni sjúkrahússins í átt við þessar ábendingar.
- **Finna þarf lausnir á útskriftarvandnum.** Tekið er fram í janúar 2003 hafi 174 sjúklingar á LSH beðið eftir úrræðum utan spítala þar sem ekki hafi verið hægt að útskrifa þá eftir meðferðartíma.
- **Efla þarf dag- og göngudeildapjónustu.** Yfirfara þarf fjölda koma á slysa- og bráðamóttöku og kanna hvort þangað leiti fólk með erindi sem betur væru komin annars staðar í heilbrigðiskerfinu.
- Hluti af núverandi húsnæði spítalans er mjög gamall og illa farinn og hentar illa starfsemi. Margir starfsmenn búa við slæma starfsaðstöðu og vantar skrifstofur og búningsherbergi. Einnig er aðstaða til kennslu og rannsókna mjög bágborin.
- LSH þarf að koma á skráningu gæðatengdra starfsemismælikvarða; mælikvarða eins og endurinnlagnir, biðlistar, sýkingar, afboðanir, dánartíðni og lengd dvalar eftir ákveðnar aðgerðir. Þannig vantar upplýsingar um afdrif sjúklinga og eftirfylgni t.d. þegar hún fer fram á stofu sérfræðinga.
- Rafræn sjúkraskrá er meginforsenda þess að skráning verði skilvirkari, sem gefur m.a. tækifæri til þess að beina rannsóknum sjúkrahússins í ríkari mæli að því að meta afdrif sjúklinga.
- DRG kerfið er mikilvægt til rekstrareftirlits og alls konar samanburðar m.a. við erlend sjúkrahús, auk rekstrar og afdrifa rannsókna. Stefnt er að innleiðingu DRG kerfisins á spítalanum fyrir árslok 2004. Tekið er fram að það sé mat hinna bresku ráðgjafa að mjög vel hafi verið staðið að þessum málum hjá LSH og árangur sé ótrúlega góður miðað við hversu stutt sé síðan farið var af stað með verkefnið.
- Lögð er áhersla á að lokið verði síðasta þætti samnings LSH og HÍ um kostnaðargreiningu og kostnaðarmat á sameiginlegu starfi og kostnað vegna starfsfólks stofnananna beggja. Bent er á að endurskoða þurfi heildræna ráðningu sameiginlegra starfsmanna.

Þá er fjallað um nauðsyn þess að ráðuneytið taki af skarið og ákveði hver skuli vera þáttur rannsókna og kennslu í starfsemi sjúkrahússins en jafnframt bent á að bæði heilbrigðisráðuneyti og menntamálaráðuneyti þurfi að koma að málum.

6. Hverjar eru áherslur LSH í kjölfar þessarar skýrslu?

Í ljósi þessarar samantektar er mikilvægt að spítalinn hafi frumkvæði að því að nýta þær upplýsingar, athugsemdir og ábendingar sem fram koma í skýrslu Ríkisendurskoðunar til framþróunar í starfi spítalans. Að höfðu samráði við Ríkisendurskoðun eru eftirtalin atriði mikilvæg:

1. Skráning: Það kemur ekki fram í skýrslu Ríkisendurskoðunar að einn þeirra þátta er ýtti mjög á sameiningu spítalanna á sínum tíma var skortur á kerfisbundinni skráningu og að útilokað var í raun að bera saman einstaka starfsþætti spítalanna beggja. Sú staða hefur batnað verulega en samt kemur fram í skýrslu Ríkisendurskoðunar að ástand skráningar, sérstaklega 1999, hindrar að samanburður verði gerður í anda þess verkefnis sem skýrslugerðin hefur verið.

Ein leið til þess að mæta þessu þannig að samanburður við erlend sjúkrahús geti verið marktækur er að hefja samstarf við t.d. bresk og valin skandinavísk sjúkrahús um sambærilega skráningu á tilteknum verkþáttum þannig að slíkur samanburður geti fengist. Það innifelur marga þá þætti sem Ríkisendurskoðun bæði hefur notað og kallað eftir í skýrslu sinni er varðar rekstur, aðgerðir og skipulag í þjónustu, kennslu og vísindum.

2. Kynning: Mikilvægt er að auka kynningu á starfsemi LSH fyrir almenning, stjórnvöld og alþingismenn. Mikilvægt er að í kjölfar bættrar skráningar og upplýsinga um rekstur og árangur spítalans, að slíkum upplýsingum sé jafnóðum dreift m.a. til þeirra aðila er taka ákvarðanir um fjárveitingar til spítalans. Þá er einnig spurning hvort ekki eigi að gera átak til að auka möguleika í fjáröflun til spítalans og leita fjölbreyttari leiða en verið hefur.

3. Húsnæði: Ríkisendurskoðun tekur undir að húsnæði spítalans er of lítið, viðhald mætti vera betra, húsnæðið er óhagkvæmt til þjónustu við sjúklinga og aðstaða til kennslu- og vísindastarfsemi er lítil sem engin. Í gangi er vinna að tillögugerð um byggingu nýs spítala. Mikilvægt er að þeirri vinnu sé hraðað.

4. Dag- og göngudeildir: Þá er á það bent að umfang spítalastarfsemi hafi ef til vill ekki aukist mjög mikið á þeim árum sem hér eru til athugunar. Í því sambandi er bent á að á sama tíma og göngudeildarþjónusta hafi ekki aukist hafi verk á sérfræðistofum utan spítala aukist um allt að fjórðung og hafi það verið ákvörðun heilbrigðisráðuneytisins að efla þá starfsemi. Það er þó ljóst að af ýmsum ástæðum, einkum er t.d. varðar eftirfylgni eftir meðferð á spítalanum, kennslu og rannsóknir, að spítalinn nær ekki að sinna sínu hlutverki, sem þjónustu- og háskólastofnun, að fylgja eftir árangri í meðferð sjúklinga sinna og sinna þeim hluta kennslu og rannsókna sem fara fram á göngudeildum. Það er því mikilvægt að hafist sé handa um að endurskipuleggja göngudeildir, leita eftir samningum við Tryggingastofnun og heilbrigðisráðuneytið um það að slík starfsemi megi dafna á eðlilegan hátt. Það er þó jafnframt mikilvægt að allra samkeppnisaðstæðna sé gætt enda hafa komið fram athugasemdir um það að slíkt sé ekki gert nú í dag. Sama gildir um starfsemi rannsóknastofa.

5. Útskriftarvandi: Í skýrslunni kemur fram að af 956 rúmum séu 174 sem lögð eru undir fólk sem bíður útskriftar, þ.e.a.s. hefur lokið meðferð á háskólasjúkrahúsinu. Í þessu tilviki hlýtur samt að vera eðlilegt að spurt sé, hver er skilgreining á starfsemi sjúkrahússins en hingað til hefur verið samkomulag um það að sjúkrahúsið eigi ekki að sinna þeim hluta öldrunarþjónustu sem best er þjónað á hjúkrunarheimilum, búsetuúrræðum fyrir fatlaða og geðfatlaða sem best er þjónað á sérhæfðum sambýlum á vegum félagsmálayfirvalda. (Inn í 174 eru nokkrir vistmenn í Kópavogi, sem bíða eftir sambýli og 36 sjúklingar á geðdeildum sem bíða eftir sambýli). Taka verður upp samninga við yfirvöld um sérstaka greiðslu fyrir þessa þjónustu því það er mjög erfitt að endurskipuleggja starfsemi háskólasjúkrahúss þegar 1/5 rúma þess er fast og lýtur ekki að meginstarfsemi sjúkrahússins.

7. Aðrir þættir í umhverfi er tengjast þessu verkefni og hlutverki spítalans í heild:

Á síðustu misserum hefur komist inn sá skilningur víða í þjóðfélaginu, að Íslendingar reki “dýrasta” heilbrigðiskerfi í heimi. Það þarf ekki mikla skoðun til að sjá að þessi fullyrðing er að sjálfsögðu röng en mikilvægt er að gera sér grein fyrir því hvers vegna þessi umræða kemur upp núna. Tölur frá OECD eru vandmeðfarnar og mikilvægt í öllum samanburði að kostnaðarþættir sem teljast til félagsmála og menntamála sé farið með eins hérlandis og í samanburðarlöndum. Slíkar fullyrðingar um kostnað í heilbrigðiskerfinu hafa skiljanlega áhrif t.d. í umræðu um nauðsyn

stjórnvalda að stemma stigu við kostnaðaraukningu í kerfinu. Þessi umræða hefur efalaust komið á versta tíma og haft áhrif á m.a. afgreiðslu fjárlaga, einkum í ljósi þeirrar túlkunar fjölmiðla á skýrslu Ríkisendurskoðunar að íslenskir heilbrigðisstarfsmenn, einkum á LSH afköstuðu litlu og að stjórnendur væru hér fleiri heldur en gengur og gerist. Landspítali - háskólasjúkrahús sem flaggskip og langstærsta stofnun heilbrigðiskerfisins er þess vegna óvarið skotmark þegar stjórnámálamenn reyna að bregðast við þessum fullyrðingum sem staðreyndum.

Það er því mikilvægt að LSH leggi á það áherslu að svona upplýsingar séu ætíð sem réttastar og sambærilegastar og vinni að því með heilbrigðisráðuneytinu að þessar upplýsingar séu réttar.

Í annan stað þarf að kanna mjög nákvæmlega og bregðast við þeirri fullyrðingu sem kemur fram í skýrslu Ríkisendurskoðunar að sennilega allt að 15% af komum einstaklinga á slysadeild eigi betur heima í frumheilsugæslunni eða á sjúkrahúsunum í kring um Reykjavík. Það er því algjörlega eðlilegt að þeir, sem lítið þekkja til, telji að lausnin á þessu sé einfaldlega að efla heilsugæsluna og sjúkrahúsin hér í kring til þess að minnka álagið á LSH.

Hvarð varðar kennslu- og vísindastörf þá kemur það skýrt fram í skýrslu Ríkisendurskoðunar að mikið starf er óunnið við að skilgreina kostnað sjúkrahússins hvað þetta varðar en það er nauðsynlegt að gera það, einkum ef DRG kerfið kemst á. Á sama tíma og LSH þurfti að gera ráðstafanir til að ná að meðaltali 5% sparnaði, þurfti Háskólinn að gera slíkt hið sama. Stofnanirnar hafa því enga vörn í þessu máli ef ekki eru neinar upplýsingar um það hversu mikill kostnaðurinn er.

Sé hins vegar borið saman við sænskt og vel þróað módel má ímynda sér að fjárveiting til læknaeildar HÍ fyrir 40 læknanema á ári sé um það bil helmingur af því sem greitt er eftir sænska módelinu. Samkvæmt sama módeli má ímynda sér að framlög til læknanemakennslu og rannsókna henni tengt til spítalans ætti að vera um 1.000 m.kr. Fullyrða má að þessum upphæðum er ekki til að dreifa við íslenskar aðstæður.

Það er því mjög mikilvægt að frá þessum málum sé gengið hvort sem til þess fást peningar til að brúa bilið eður ei.

0000

Það er skoðun hópsins, sem unnið hefur að þessari skýrslu að hún skuli kynnt fyrir heilbrigðisráðuneytinu eftir að hafa ráðgast við Ríkisendurskoðun og að hún sé jafnframt kynnt fyrir heilbrigðisnefnd Alþingis og þingmönnum Reykjavíkur. Síðan verði haldinn blaðamannafundur um efni hennar,

Þ.e.a.s. umræðunni um skýrsluna verði stjórnað af spítalanum, þeim sem bað um að skýrslan væri gerð.

Það vantar mótvægi við þær aðferðir að einstakir fjölmiðlar klippi úr samhengi stikkorð úr skýrslu Ríkisendurskoðunar um flókið viðfangsefni og snúi á versta veg og skrumskæli ástandið – “aðgerð” sem getur við ákveðnar aðstæður valdið LSH ómældu tjóni og erfiðleikum í rekstri, sem ekki kæmu til væri fullri sanngirni beitt og fagmannlegum vinnubrögðum við túlkun jákvæðrar umfjöllunar í skýrslu Ríkisendurskoðunar.

Á síðustu vikum hafa birst ýmsar greinar þar sem einstakir höfundar hafa gert að umræðuefni ákveðna þætti í skýrslu Ríkisendurskoðunar og hefur verið í vinnu starfshópsins tekið tillit til þeirra greina.