

Endurskipulagning sjúkrahúspjónustu á Suðvesturhorninu

Greining á kostnaði og ábata af tilfærslu verkefna



Endurskipulagning sjúkrahúspjónustu á Suðvesturhorninu

Greining á kostnaði og ábata af tilfærslu verkefna

Efnisyfirlit

1. Bakgrunnur og helstu niðurstöður	7
Fæðingarþjónusta	7
Skurðlækningar	9
Post-acute þjónusta á LSH	10
Samanburður á launakostnaði Kragasjúkrahúsanna	11
Niðurstöður kostnaðarábatagreiningar	12
2. Inngangur	16
3. Hugtök	20
4. Kragasjúkrahúsin - starfsemi og rekstrarkostnaður	22
4.1. Heilbrigðisstofnun Suðurlands	27
4.1.1. Lyflækningadeild	27
4.1.2. Þjónusta LSH við lyflækningasjúklinga af þjónustusvæði HSu	28
4.1.3. Handlækningadeild	29
4.1.4. Þjónusta LSH við handlækningasjúklinga af þjónustusvæði HSu	30
4.1.5. Kvensjúkdóma- og fæðingadeild	30
4.1.6. Þjónusta LSH vegna fæðinga og kvensjúkdóma af þjónustusvæði HSu	32
4.1.7. Skurðstofur og svæfing	33
4.1.8. Rannsóknir og myndgreining	33
4.1.9. Vaktir, starfsemi utan dagvinnu og aðkeypt þjónusta	34
4.1.10. Lokanir deilda	35
4.1.11. Rekstur	35
4.2. Heilbrigðisstofnun Suðurnesja	36
4.2.1. Lyflækninga- og handlækningadeild og endurhæfingardeild	36
4.2.2. Þjónusta LSH við lyflækningasjúklinga af þjónustusvæði HSS	39
4.2.3. Þjónusta LSH við handlækningasjúklinga af þjónustusvæði HSS	39
4.2.4. Fæðinga- og kvensjúkdómadeild	40
4.2.5. Þjónusta LSH vegna fæðinga og kvensjúkdóma af þjónustusvæði HSS	41
4.2.6. Skurðstofur og svæfing	42
4.2.7. Rannsóknir og myndgreining	42
4.2.8. Vaktir, starfsemi utan dagvinnu og aðkeypt þjónusta	43
4.2.9. Lokanir deilda	44
4.2.10. Rekstur	44
4.3. Sjúkrahúsið og heilsugæslustöðin á Akranesi	46
4.3.1. Lyflækningadeild	46
4.3.2. Þjónusta LSH við lyflækningasjúklinga af þjónustusvæði SHA	47
4.3.3. Handlækningadeild	48
4.3.4. Þjónusta LSH við handlækningasjúklinga af þjónustusvæði SHA	49
4.3.5. Kvennadeild	50
4.3.6. Þjónusta LSH vegna fæðinga- og kvensjúkdóma af þjónustusvæði SHA	52
4.3.7. Skurðstofur og svæfing	52
4.3.8. Rannsóknir og myndgreining	52
4.3.9. Vaktir, starfsemi utan dagvinnu og aðkeypt þjónusta	53
4.3.10. Lokanir deilda	54

4.3.11. Rekstur	54
4.4. St. Jósefsspítali.....	55
4.4.1. Lyflækningadeild	55
4.4.2. Þjónusta LSH við lyflækningasjúklinga af þjónustusvæði STJÓ.....	56
4.4.3. Handlækningadeild	57
4.4.4. Þjónusta LSH við handlækningasjúklinga af þjónustusvæði STJÓ.....	59
4.4.5. Þjónusta LSH vegna fæðinga og kvensjúkdóma af þjónustusvæði STJÓ	59
4.4.6. Skurðstofur og svæfing	60
4.4.7. Rannsóknir og myndgreining.....	60
4.4.8. Vaktir, starfsemi utan dagvinnu og aðkeypt sérfræðiþjónusta.....	61
4.4.9. Lokanir deilda	61
4.4.10. Rekstur	61
4.5. Yfirlit um starfsemi og launakostnað.....	63
5. Kostnaðar- og ábatagreining.....	65
5.1. Aðferðafræði	65
5.1.1. Meðalkostnaður á legudag og framleidda einingu (meðaldvöl)	65
5.1.2. Jaðarkostnaður á framleidda einingu	70
5.1.3. Mælingar á framleiðslu	72
5.1.4. Útreikningar á hagræðingu af endurskipulagningu á þjónustu á milli sjúkrahúsa á Suðvesturhorninu	77
5.1.5. Niðurstöður kostnaðar- og ábatagreiningar	79
6. Umræður og lokaorð.....	87
6.1. Skipulag, öryggi og gæði	88
6.2. Næstu skref	92

Töfluskrá

Tafla 1. Yfirlit yfir fæðingar á Kragasjúkrahúsum	7
Tafla 2. Fjöldi fæðinga per stöðugildi (stg) ljósmóður	8
Tafla 3. Fjöldi fæðinga per stöðugildi (stg) lækni.....	9
Tafla 4. Fæðingar á LSH meðal kvenna er búa á upptökusvæðum HSu, SHA og HSS.....	9
Tafla 5. Skurðaðgerðir og nýting skurðstofa	10
Tafla 6. Legur og legudagar á LSH vegna íbúa á upptökusvæðum annarra kragasjúkrahúsa*.....	10
Tafla 7. Launakostnaður per stöðugildi á mánuði (með launatengdum gjöldum).....	11
Tafla 8. Aðkeypt klínísk sérfræðiþjónusta.....	12
Tafla 9. Samanburður á kostnaði (jaðar-, meðal-) á hverja einingu milli stofnana	14
Tafla 10. Ábati af flutningi fæðinga- og kvensjúkdómþjónustu af Kragasjúkrahúsum á LSH (m.kr.).....	14
Tafla 11. Ábati af flutningi skurðlækningaþjónustu af Kragasjúkrahúsum á LSH (m.kr.)	14
Tafla 12. Ábati af flutningi skurðlækninga-, fæðinga- og kvensjúkdþjón. af Kragasjh. á LSH (m.kr.).....	14
Tafla 13. Flutningur legudaga sjúklinga af LSH á Kragasjúkrahús eftir að bráðafasa lýkur	15
Tafla 14. Fjöldi legurúma	23
Tafla 15. Nýting rúma.....	23
Tafla 16. Lyflækningar – starfsemisyfirlit.....	24

Tafla 17. Handlækningar – starfsemisyfirlit.....	25
Tafla 18. Fæðingar og kvenlækningar – starfsemisyfirlit.....	26
Tafla 19. Mannfjöldi á þjónustusvæði HSu	27
Tafla 20. Framleiðsla lyflækningadeildar HSu.....	28
Tafla 21. Kostnaður lyflækningadeildar HSu	28
Tafla 22. Framleiðsla handlækningadeildar HSu.....	29
Tafla 23. Kostnaður handlækningadeildar HSu.....	30
Tafla 24. Yfirlit fæðingapjónustu HSu	31
Tafla 25. Framleiðsla fæðinga- og kvensjúkdómadeildar HSu	32
Tafla 26. Kostnaður fæðinga- og kvensjúkdómadeildar HSu.....	32
Tafla 27. Rannsóknareiningar og kostnaður – HSu.....	33
Tafla 28. Myndgreiningareiningar og kostnaður - HSu.....	34
Tafla 29. Rekstraryfirlit - HSu	35
Tafla 30. Mannfjöldi á þjónustusvæði Heilbrigðisstofnunar Suðurnesja	36
Tafla 31. Framleiðsla lyflækninga og endurhæfingar á HSS.....	37
Tafla 32. Kostnaður lyf- og endurhæfingarlækninga á HSS.....	37
Tafla 33. Framleiðsla handlækninga HSS	38
Tafla 34. Kostnaður handlækninga HSS.....	38
Tafla 35. Yfirlit fæðingapjónustu HSS	41
Tafla 36. Framleiðsla fæðinga- og kvensjúkdómadeildar HSS	41
Tafla 37. Kostnaður fæðinga- og kvensjúkdómadeildar HSS	41
Tafla 38. Rannsóknareiningar og kostnaður – HSS.....	43
Tafla 39. Fjöldi myndgreininga og kostnaður – HSS	43
Tafla 40. Rekstraryfirlit - HSS.....	45
Tafla 41. Mannfjöldi á núverandi þjónustusvæði Heilbrigðisstofnunarinnar Akranesi ...	46
Tafla 42. Framleiðsla lyflækningadeildar SHA	47
Tafla 43. Kostnaður lyflækningadeildar SHA	47
Tafla 44. Framleiðsla handlækningadeildar SHA.....	49
Tafla 45. Kostnaður handlækningadeildar SHA.....	49
Tafla 46. Yfirlit fæðingapjónustu SHA	51
Tafla 47. Framleiðsla kvennadeildar SHA.....	51
Tafla 48. Kostnaður kvennadeildar SHA.....	51
Tafla 49. Rannsóknareiningar og kostnaður - SHA.....	53
Tafla 50. Myndgreiningareiningar og kostnaður SHA	53
Tafla 51. Myndgreiningarannsóknir kostnaður SHA.....	53
Tafla 52. Rekstraryfirlit - SHA	54
Tafla 53. Mannfjöldi þjónustusvæðis STJÓ	55
Tafla 54. Framleiðsla lyflækningadeildar STJÓ.....	56
Tafla 55. Kostnaður lyflækningadeild STJÓ	56
Tafla 56. Framleiðsla handlækningadeildar STJÓ.....	58
Tafla 57. Kostnaður handlækningadeildar STJÓ.....	58
Tafla 58. Rannsóknareiningar og kostnaður – STJÓ	60
Tafla 59. Myndgreiningareiningar og kostnaður - STJÓ.....	61
Tafla 60. Rekstraryfirlit – STJÓ	62
Tafla 61. Helstu starfsemistölur kragasjúkrahúsanna	63
Tafla 62. Fjöldi stöðugilda eftir stéttarfélögum	63
Tafla 63. Launakostnaður per stöðugildi per mánuð (með launatengdum gjöldum).....	63

Tafla 64. Kostnaður á legudag	66
Tafla 65. Kostnaður framleiddrar einingar	66
Tafla 66. Framleiðsluvogir – jafngildiseiningar framleiðslueininga	73
Tafla 67. Veginn kostnaður á LSH fyrir hverja framleidda einingu fyrir sama sjúklingahóp og er á Kragasjúkrahúsum	74
Tafla 68. Yfirlit yfir útreikning á áætluðum kostnaði eftir þjónustustigi	75
Tafla 69. Áætlaður kostnaður fyrir hvert þjónustustig, skurð-/handlækningar	76
Tafla 70. Áætlaður kostnaður fyrir hvert þjónustustig, fæðinga- og kvensjúkdómþjónustu	77
Tafla 71. Jaðarkostnaður LSH og meðalkostnaður Kragasjúkrahúsa fyrir framleidda einingu fæðinga- og kvensjúkdómþjónusta	79
Tafla 72. Jaðarkostnaður LSH og meðalkostnaður Kragasjúkrahúsa vegna fæðinga og kvensjúkdómþjónusta sem krefjast innlagnar	79
Tafla 73. Jaðarkostnaður LSH og meðalkostnaður Kragasjúkrahúsa vegna áhættufæðinga og kvensjúkdómaáðgerða sem krefjast innlagnar	79
Tafla 74. Fjöldi lega/legudaga á sérgreininni meðganga og fæðing frá þjónustusvæði Kragasjúkrahúsa sem fengu þjónustu á LSH 2008	80
Tafla 75. Ábati af flutningi áhættufæðinga á LSH	80
Tafla 76. Ábati af flutningi fæðinga á LSH	81
Tafla 77. Ábati af flutningi á allri fæðingar- og kvensjúkdómþjónustu á LSH	81
Tafla 78. Áætlun hlutfallsleg skipting ábata út frá þjónustustigi; Öll fæðinga- og kvensjúkdómþjónusta	82
Tafla 79. Áætlun hlutfallsleg skipting framleiddra eininga út frá þjónustustigi; Öll fæðinga- og kvensjúkdómþjónusta	82
Tafla 80. Kostnaður á framleidda einingu ef skurðsjúklingar af Kragasjúkrahúsum þjónustaðir á LSH	82
Tafla 81. Kostnaður á framleidda einingu fyrir skurðsjúklinga af Kragasjúkrahúsum ...	83
Tafla 82. Flutningur á allri skurðþjónustu frá Kraga á LSH	83
Tafla 83. Áætlun hlutfallsleg skipting ábata út frá þjónustustigi; Skurðlækningar	84
Tafla 84. Áætluð hlutfallsleg skipting framleiddra eininga út frá þjónustustigi; Skurðlækningar	84
Tafla 85. Dreifing lega og legudaga sjúklinga af þjónustusvæði Kragasjúkrahúsa sem lágu á LSH niður á svið.	85
Tafla 86. Flutningur sjúklinga frá LSH á Kragasjúkrahús eftir að bráðafasa „post acute“ lýkur	85

Myndaskrá

Mynd 1. Líkan af tengslum jaðarkostnaðar og fjölda meðferða sem veitt er	18
Mynd 2. Lyflækningasjúklingar LSH af Kragasvæði (Suðurland), skipting legudaga	28
Mynd 3. Skurðlækningasjúklingar LSH af Kragasvæði (Suðurland), skipting legudaga.	30
Mynd 4. Fæðinga- og kvensjúkdómasjúklingar LSH af Kragasvæði (Suðurland), skipting legudaga	32
Mynd 5. Lyflækningasjúklingar LSH af Kragasvæði (Suðurnes), skipting legudaga.....	39
Mynd 6. Skurðlækningasjúklingar LSH af þjónustusvæði Kragasjúkrahúsa (Suðurnes), skipting legudaga	40
Mynd 7. Fæðingar- og kvensjúkdómasjúklingar LSH af Kragasvæði (Suðurnes), skipting legudaga	42
Mynd 8. Lyflækningasjúklingar LSH af Kragasvæði (Akranes), skipting legudaga	48
Mynd 9. Skurðlækningasjúklingar LSH af Kragasvæði (Akranes), skipting legudaga....	50
Mynd 10. Fæðingar- og kvensjúkdómasjúklingar LSH af Kragasvæði (Akranes), skipting legudaga	52
Mynd 11. Lyflækningasjúklingar LSH af Kragasvæði (St. Jóseps.), skipting legudaga ..	57
Mynd 12. Skurðlækningasjúklingar LSH af Kragasvæði (STJÓ) , skipting legudaga.....	59
Mynd 13. Fæðingar- og kvensjúkdómasjúklingar LSH af Kragasvæði (STJÓ), skipting legudaga	59
Mynd 14. Jaðarkostnaðarkúrfa.....	70
Mynd 15. Endurhæfingarsjúklingar af Kragasvæðinu, skipting legudaga	86

Viðauki

Ábendingar forstjóra Kragasjúkrahúsa (tölvupóstur) um breytingar á rekstri árið 2009 sem áhrif geta haft á niðurstöður kostnaðar- og ábatagreiningar

1. Bakgrunnur og helstu niðurstöður

Starfshópur undir stjórn Huldu Gunnlaugsdóttur lagði fram tillögur til heilbrigðisráðherra að ýmsum aðgerðum til endurskipulagningar sjúkrahúspjónustu á Kragasvæðinu, í skýrslunni „Frá orði til athafna“ þann 22. september 2009. Í framhaldi af því var farið yfir viðeigandi gögn um starfsemi og rekstur viðkomandi stofnana og gerð kostnaðarábatagreining á þremur megentillögum, þ.e. endurskipulagningu þjónustu í skurðlækningum, fæðingum og kvensjúkdómum, og seinni hluta sjúkrahúsmeðferðar (þ.e. flutningi sjúklinga af LSH á umdæmissjúkrahús að lokinni fyrstu meðferð, þ.e. “post-acute” meðferð).

Hér á eftir er gerð grein fyrir lykilstærðir í tengslum við hverja tillögu, auk yfirlits um launakostnað á hverri stofnun. Að lokum er stutt yfirlit um niðurstöður kostnaðarábatagreiningarinnar. Allar tölulegar upplýsingar eru byggðar á árinu 2008.

Hér eru notaðar skammstafanir hvorrar stofnunar, þ.e. HSS (Heilbrigðisstofnun Suðurnesja), HSu (Heilbrigðisstofnun Suðurlands), LSH (Landspítali), SHA (Sjúkrahúsið og heilsugæslustöðin á Akranesi) og STJÓ (St. Jósefsspítali-Sólvangur).

Fæðingarþjónusta

Tafla 1. Yfirlit yfir fæðingar á Kragasjúkrahúsum

	LSH	Hsu	HSS	SHA
Fjöldi fæðinga	3373	185	251	262
Meðallegutími	2,2 (keisarar 3,6)	2,8 (keisara 4,5)	2,2 (keisarar 3,2)	3,4 (keisarar 5,6)
Hlutfall inngrípa, keisari, gangsetning, tangarfæðing og sogklukka.	45%	19%	35%	43%
Tíðni keisara	579	18	31	52
% keisara	17%	10%	12%	20%
þar af valkeisari	203	5	20	26
þar af bráðakeisari	376	13	11	26
Gangsetningar	20%	4%	19%	18%
Fæðingarepidural	41%	16%	17%	44%
Börn á vökudeild		3,2%	0,4%	3,1%
Heimaþjónusta		19%		
Göngudeildarkomur pr.meðganga EKKI HEILSUGÆSLA	2,8	5,6	3,8	2,3
Vaxtarsónar	2516	256		-
Vaxtarsónar hlutfall	75%	138%		
Hlutfall kvenna utan svæðis		6%	6%	30%
Vatnsfæðingar			17,0%	

Fæðingar eru langflestar á LSH en færstar á HSu. Meðallegutími er allmismunandi, lengstur 3,4 dagar á SHA en stystur á LSH og HSS (2,2 dagar). Hlutfall inngripa er svipað á SHA og LSH, enda báðar stofnanirnar skilgreindar með fulla fæðingarþjónustu, en mun lægra á HSu og HSS. Hlutfall keisaraskurða er hæst á SHA (en mun hafa lækkað á árinu 2009). Gangsetningar eru sjaldgæfar á HSu en nálægt 20% á hinum stofnunum. Athygli vekur að hlutfall gangsetninga á HSS er svipað og á LSH þrátt fyrir að HSS hafi ekki fulla fæðingarþjónustu. Mænudeyfingar eru gerðar í um það bil 40% fæðinga á LSH og SHA en mun sjaldnar á hinum stöðunum. Þetta skýrist m.a. af því að þar er ekki um að ræða fulla fæðingarþjónustu (svæfingalæknir ekki alltaf til staðar) og þar eiga ekki að vera áhættufæðingar en mænudeyfing er oftast notuð í þeim tilvikum.

Göngudeildarheimsóknir (þ.e. meðgöngueftirlit innan sjúkrahúss sem ekki er hluti af almennri mæðravernd) voru langflestar per meðgöngu á HSu (5,6), talsvert færri á HSS (3,8) en færstar á SHA og LSH (2,3 og 2,8). Þessi niðurstaða kemur á óvart þar sem slíkar heimsóknir eru ekki hluti af almennri mæðravernd en eiga fyrst og fremst við í áhættumeðgöngum sem eiga að njóta eftirlits á SHA og LSH en ekki á hinum sjúkrahúsunum tveimur. Vaxtarsónar er heldur ekki hluti af almennri mæðravernd. Slík rannsókn var gerð á 75% kvenna sem komu á göngudeild á LSH (þar er f.o.f. um konur í sérstakri áhættu að ræða) en oftast en einu sinni hjá hverri þungaðri konu í mæðravernd á HSu (138% af öllum fæðingum) en þar á ekki að sinna áhættumeðgöngum.

Tafla 2. Fjöldi fæðinga per stöðugildi (stg) ljósmóður

	Fjöldi fæðinga	Fjöldi stg	Fæðingar per stg	Frávik frá meðaltali	Frávik frá hámarki
LSH	3.376	67,9	49,7	8%	0%
HSu	185	6,7	27,6	-40%	-44%
HSS	251	7,1	35,2	-24%	-29%
SHA	262	6,7	39,1	-15%	-21%
Meðalfjöldi	1.019	22,1	46,1		

Fjöldi fæðinga per stöðugildi ljósmóður er mjög mismunandi en t.d. í Danmörku er algennt að hver ljósmóðir taki á móti 100 börnum á ári hverju, enda er nægileg þjálfun nauðsynleg til að tryggja gæði þjónustunnar.

Tafla 3. Fjöldi fæðinga per stöðugildi (stg) lækna

	Fjöldi fæðinga	Fjöldi stg. fæðingar-lækna*	Fæðingar per stg.	Kostnaður	
				per vaktlínu, m.kr.	Vaktkostnaður per fæðingu, þús.kr
LSH	3.376	5,1	662,0	44,4	13,2
HSu	185	1,9	97,4	22,7	122,7
HSS	251	1,9	132,1	13,9	55,4
SHA	262	2,9	90,3	22,7	86,6

* Hér er átt við þá sérfræðilækna sem sinna fæðingum á hverjum stað (fæðingar-, kvensjúkdóma- og skurðlæknar).

Fjöldi fæðinga per stöðugildi lækna er sinna fæðingum er mjög mismunandi, langhæstur á LSH. Kostnaður vegna vaktþjónustu lækna er á bilinu 13,9-44,4 milljónir króna per ár en nýting vaktanna, þ.e. vaktkostnaður á hverja fæðingu er á bilinu 13.200 (LSH) til 122,700 krónur (HSu).

Tafla 4. Fæðingar á LSH meðal kvenna er búa á upptökusvæðum HSu, SHA og HSS

	HSu	HSS	SHA
Fjöldi fæðinga á þjónustusvæði stofnunar	290	328	257
Fjöldi fæðinga á Kragasjúkrahúsi	185	251	262
Fjöldi fæðinga utan svæðis	12	14	79
Fjöldi fæðinga á LSH	117	91	74
Hlutfall fæðinga á LSH	40%	28%	29%

Á árinu 2008 fæddu 290 konur sem eiga lögheimili á upptökusvæði HSu. Af þeim fæddu 117 (40%) á LSH. Þetta hlutfall var 28% meðal kvenna á upptökusvæði HSS og 29% meðal kvenna á upptökusvæði SHA. Athygli vekur að hlutfallið var mismunandi innan upptökusvæðis hvernar stofnunar. Til dæmis fæddi meira en helmingur kvenna sem búsettar eru í Grindavík á LSH þó svo heildarhlutfall upptökusvæðisins væri aðeins 23%. Af þeim konum sem búsettar eru á upptökusvæði SHA, HSS eða HSu en fæddu á LSH fæddi um þriðjungur eðlilega.

Skurðlækningar

Á Kragasvæðinu eru reknar skurðstofur á fimm sjúkrahúsum. Á HSS og HSu eru stofurnar opnar 2-3 daga í viku. Öll sjúkrahúsin nema LSH og SHA loka skurðstofunum vegna sumarleyfa (SHA lokar annarri tveggja skurðstofa).

Fjöldi skurðdaga er margfeldi af fjölda skurðstofa á hverjum stað og fjölda virkra daga sem stofurnar eru opnar. Nýting skurðstofa er reiknuð út frá meðalfjölda mínúta á dag

sem stofur eru opnar. Nýtingin er annars vegar reiknuð út frá þeim dögum sem skurðstofur eru í raun opnar en hins vegar út frá heildarfjölda virkra daga per ár (270 dagar) – þannig er leitast við að meta annars vegar nýtingu á mannafla skurðstofanna en hins vegar nýtingu á þeirri fjárfestingu sem liggur í skurðstofubúnaðinum.

Tafla 5. Skurðaðgerðir og nýting skurðstofa

	LSH	HSu	HSS	SHA	STJÓ
Fjöldi skurðdaga	3.900	90	176	520	414
Fjöldi sjúklinga í aðgerð	12.764	582	960	1.417	2.189
Fjöldi sjúklinga á dag pr. stofu	3,3	6,5	5,5	2,7	5,3
Nýting í klst	5,2-6,8	5,2	5,4	5,2-6,1	>6,5
Nýting hlutfall á skurðdögum	65-85%	64,7%	67,4%	65-75%	>80%
Nýting hlutfall á ársgrunni	65-85%	21,6%	44,0%	43,5%	62,3%
Bráðaaðgerðir	34,6%	4,0%	5,5%	20,7%	0%

Fjöldi aðgerða er mjög mismunandi milli sjúkrahúsa, m.a. vegna þess að á smærri sjúkrahúsunum eru gerðar tiltölulega fáar tegundir aðgerða og alla jafna ekki stórar aðgerðir. Eins og sjá má er fjöldi sjúklinga í aðgerð á dag minnstur á LSH og SHA en mestur á HSu þar sem fyrst og fremst er um smærri aðgerðir að ræða. Nýting er um og yfir 65% þá daga sem stofur eru opnar og telst það ásættanlegt. Nýtingin á ársgrundvelli (þ.e. miðað við alla virka daga) er hins vegar mun lægri, einkum á HSu (tæp 22%) en einnig á SHA og HSS (um 44%). Hlutfall bráðaaðgerða er langhæst á LSH en slíkar aðgerðir draga úr nýtingu skurðstofa og legudeilda.

Post-acute þjónusta á LSH

Tafla 6. Legur og legudagar á LSH vegna íbúa á upptökusvæðum annarra kragasjúkrahúsa*

	Legur	Legudagar
HSu	1.926	11.670
HSS	1.639	8.298
SHA	1.182	7.872
STJÓ	3.412	21.107
Alls	8.159	48.947

*Upptökusvæði SHA miðast við væntanlega stækkun svæðisins

Alls lögðust ríflega 8.100 íbúar af upptökusvæðum Kragasjúkrahúsa inn á LSH árið 2008 (um 49,000 legudagar) (miðað var við upptökusvæði SHA eftir stækkun þess á árinu 2009). Legur þessar dreifðust á flestar sérgreinar LSH og stór hluti var á geðsviði (um 14.400 legudagar, tæpur þriðjungur allra legudaga íbúa Kraga á LSH) en slík þjónusta er

ekki til staðar á öðrum Kragasjúkrahúsum. Hluta þessara legudaga (einkum lyflækningar, öldrunarlækningar og endurhæfing) mætti flytja til annarra Kragasjúkrahúsa bæði út frá faglegum sjónarmiðum og sjónarmiðum sjúklinga sem almennt vilja fá þjónusta sem næst sínu heimili. Þetta er að sjálfsögðu ekki algilt, bæði vegna alvarleika veikinda og eins vegna þess að ekki eru allar sérgreinar lækninga eða önnur þekking og aðstaða til staðar á umdæmissjúkrahúsunum.

Samanburður á launakostnaði Kragasjúkrahúsanna

Tafla 7. Launakostnaður per stöðugildi á mánuði (með launatengdum gjöldum)

	LSH	HSu	HSS	SHA	STJÓ
Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga	641.949	549.569	526.905	517.092	501.425
Læknafélag Íslands*	1.106.271	1.476.067	1.678.485	1.161.661	609.677
Sérfræðilæknar-verktakar					2.200.000
Sjúkraliðafélag Íslands	500.160	388.061	366.269	400.043	350.949
Félag lífeindafræðinga	614.383	575.249	500.820	561.614	548.707
Ljósmeðrafélag Íslands	654.154	626.186	592.791	588.772	
Félag geislafræðinga	557.491	630.588	527.827	577.660	426.395

* Kjarasamningur Læknafélags Íslands tekur til lækna með og án sérfræðileyfa nema á STJÓ en þar eru sérfræðilæknar almennt ráðnir sem verktakar (sjá næstu línu í töflu). Lí samningurinn tekur því einkum til lækna án sérfræðileyfa á STJÓ. Margt bendir til þess að hlutfall vinnu utan dagvinnu hjá sérfræðilæknum í verktöku sé mun lægra en hjá fast ráðnum læknum.

Reiknaður var heildarlaunakostnaður (með vöktum, yfirvinnu og launatengdum gjöldum) per stöðugildi fyrir stærstu stéttarfélögin. Launakostnaður hjúkrunarfræðinga er hæstur á LSH enda mest bráðþjónusta þar, tvær gjörgæslur, hátt í annan tug skurðstofa og svo framvegis. Lægstur var hann á STJÓ. Sama mynstur sást hjá sjúkraliðum, þ.e. lægstur kostnaður á STJÓ en hæstur á LSH. Launakostnaður lækna skv. samningi Læknafélags Íslands var hæstur á HSS en langlægstur á STJÓ en þar eru það f.o.f. deildarlæknar (án sérfræðimenntunar) sem ráðnir eru skv. samningi Lí. Sérfræðilæknar á STJÓ eru almennt ekki ráðnir skv. kjarasamningum Lí heldur sem verktakar og því eru þeir ekki inni í tölunni fyrir Lí heldur sýndir í línunni fyrir neðan (2,2 m.kr. á mánuði). Þar sem STJÓ sinnir mjög takmarkaðri bráðþjónusta byggjast þessi laun f.o.f. á dagvinnu en launatölur lækna frá hinum stofnununum fela einnig í sér vaktgreiðslur og annan launakostnað.

Tafla 8. Aðkeypt klínísk sérfræðiþjónusta

	M.kr.	Hlutfall
LSH	21,5	5%
HSu	63,1	15%
HSS	45,1	11%
SHA	69,3	17%
STJÓ	215,9	52%
Alls	414,9	100%

Aðkeypt klínísk sérfræðiþjónusta var langmest á STJÓ (215,9 m.kr. eða ríflega helmingur allrar aðkeyptrar klínískrar sérfræðiþjónustu sjúkrahúsa á Kragasvæðinu) vegna verktöku sérfræðilækna en minnst á LSH (21,5 m.kr.). Tekið skal fram að hér er eingöngu um að ræða þjónustu fyrir sjúkrahúshluta stofnananna (ekki þann hluta er snýr að heilsugæslu).

Niðurstöður kostnaðarábatagreiningar

Út frá gögnum hvers sjúkrahúss (starfsemistölur, bókhaldsgögn) var unnin kostnaðarábatagreining og fara niðurstöður hennar hér á eftir í töfluformi. Í greiningunni var lögð sérstök áhersla á að leiðrétta fyrir mismunandi sjúklingahópa (case mix) sem nú njóta meðferðar á hverju sjúkrahúsi og að skilja kostnað vegna heilsugæslu (sem rekin er af sumum þessara stofnana) algerlega frá kostnaði við sjúkrahúsþjónustu. Öll þjónusta (legudeildir, dag- og göngudeildir) var greind með þessum hætti, en til þess voru útbúnar vogir til að finna hlutfall legu-, dag- og göngudeildarþjónustu a. Var þetta gert til að tryggja að tekið væri tillit til allrar þjónustu sem veitt er á legudeild. Greiningin byggist á því að nýtt sé rýmd (capacity) á hverjum stað til að auka þjónustu án þess að til stofnkostnaðar komi. Ef tiltekin meðferð er flutt af sjúkrahúsi A á sjúkrahús B bætist því eingöngu við jaðarkostnaður á B en meðalkostnaður meðferðarinnar á A fellur niður. Hagræðingin felst þá í mismuninum á þessum tveimur stærðum.

Ábati er almennt mestur af flutningi legudeildarþjónustu í fæðingum, kvensjúkdómum og skurðlækningum þó svo dag- og göngudeildir séu almennt algengustu þjónustustigin. Þetta sýnir að rekstur legudeilda er hlutfallslega óhagkvæmastur á smærri sjúkrahúsum miðað við dag- og göngudeildir.

Þó svo hagræðing af hverri breytingu sé hér sett fram sem línuleg stærð (þ.e. að hagræðingin aukist í réttu hlutfalli við umfang þjónustu sem flutt er) þá verður að hafa í huga að ekki er að vænta ábata af t.d. flutningi á fæðingarþjónustu og skurðþjónustu nema verulegur hluti hennar sé fluttur. Stafar það af því að kostnaður við þessa þjónustu er að verulegu leyti tengdur föstum kostnaði, svo sem vaktþjónustu, sem ekki fellur niður nema meiri háttar breyting verði á umfangi starfseminnar. Forsendur þess að hægt sé að ná fram fullum ábata af flutningi á allri þjónustu er þær að breytingar á starfsemi nái ekki eingöngu til legu-, dag- eða göngudeildanna sjálfra heldur líka til stoðþjónustu eininga s.s. rannsóknareininga, eldhúsa og yfirstjórnar. Jafnframt verður að hafa í huga að þó svo meðal- og jaðarkostnaður lækki í fyrstu með auknum fjölda framleiddra eininga þá kemur að því að bæta þarf við stofnkostnaði og þá eykst aftur meðal- og jaðarkostnaður.

Ennfremur verður að túlka með sérstakri varúð reiknaðan ábata af flutningi legudaga frá LSH til annarra umdæmissjúkrahúsa. Stafar það f.o.f. af tvennu. Annars vegar af því að hluti þeirra sjúklinga sem búa í Kraga en fá þjónustu á LSH er of veikur til að flytjast eða þarf á þjónustu að halda sem ekki er veitt á viðkomandi Kragasjúkrahúsi. Sem dæmi má nefna endurhæfingarsjúklinga úr Hafnarfirði – á STJÓ er mjög lítil aðstaða til sjúkrapjálfunar og því erfitt að taka við þeim sjúklingum þar nema stofnkostnaður og aukinn rekstrarkostnaður komi til. Sama gildir um geðlækningar og sérhæfðar barnalækningar (en þessir tveir flokkar mynda samtals ríflega 35% legudaga íbúa Kraga á LSH). Raunábati af þessari breytingu byggist því alfarið á því hvaða þjónustu er hægt að veita utan LSH án þess að til stofnkostnaðar komi.

Að lokum skal minnt á ábati af breytingum sem þessum háður öflugri framkvæmd og breytingastjórnun og að ytri þættir geta haft áhrif á bæði kostnað og ábata.

Tafla 9. Samanburður á kostnaði (jaðar-, meðal-) á hverja einingu milli stofnana

	Áhættufæðingar		Allar fæðingar		Allar fæðingar og kvensjúkd.		Skurðlækningaþjónusta		Legudagar eftir bráðafasa	
	Meðal-kostnaður	Jaðar-kostnaður*	Meðal-kostnaður	Jaðar-kostnaður*	Meðal-kostnaður	Jaðar-kostnaður*	Meðal-kostnaður	Jaðar-kostnaður*	Meðal-kostnaður	Jaðar-kostnaður*
LSH										
LSH sjúklíngahópur HSu	339.523	219.047	198.968	132.645	47.607	30.714	39.417	22.826	53.639	15.555
LSH sjúklíngahópur HSS	374.756	241.778	219.615	146.410	69.414	44.783	91.548	55.621	53.639	15.555
LSH sjúklíngahópur SHA	304.287	196.314	178.319	118.879	39.179	25.277	81.447	49.069	53.639	15.555
LSH sjúklíngah. STJÓ**					301.185	194.313	125784	74.497	53.639	15.555
HSu	402.214	259.493	245.644	163.763	56.878	36.695	109.572	63.452	95.392	27.664
HSS	370.739	239.186	250.249	166.833	76.545	49.384	87.980	53.453	53.296	15.456
SHA	737.428	475.760	474.061	316.041	100.799	65.032	94.256	56.786	89.001	25.810
STJÓ					424.379	273.793	166.509	98.617	75.298	21.836

* Þar sem ekki er hægt að ná út upplýsingum um jaðarkostnað á Kragasjúkrahúsum þá er hann metinn út frá sömu hlutföllum og eru á milli meðal- og jaðarkostnaðar á LSH.

** Á STJÓ er eingöngu um að ræða legur ekki blöndu af legum og komum á dag- og göngudeildir líkt og er á hinum sjúkrahúsumum

Tafla 10. Ábati af flutningi fæðinga- og kvensjúkdómþjónustu af Kragasjúkrahúsum á LSH (m.kr.)

	Helmingur fæðinga- og kvensjúkdómþjónustu fluttur		Öll fæðinga- og kvensjúkdómþjónusta flutt á LSH	Allar fæðingar fluttar á LSH	Allar áhættufæðingar fluttar á LSH
	á LSH	á LSH			
HSu	36,9	73,7	20,9	11,3	
HSS	32,4	64,8	26,0	5,6	
SHA	108,8	217,6	93,0	61,1	
STJÓ	42,9	85,8			
Alls	221,0	441,9	139,9	78,0	

Tafla 11. Ábati af flutningi skurðlækningaþjónustu af Kragasjúkrahúsum á LSH (m.kr.)

	Helmingur skurðlækningaþjónustu fluttur		Öll skurðlækningaþjónusta flutt á LSH
	á LSH	á LSH	
HSu	120,6	241,2	
HSS	50,4	100,8	
SHA	112,6	225,2	
STJÓ	134,0	268,0	
Alls	417,6	835,2	

Tafla 12. Ábati af flutningi skurðlækninga-, fæðinga- og kvensjúkdómþjón. af Kragasjúkrah. á LSH (m.kr.)

	Helmingur skurðlækninga-, fæðinga- og kvensjúkdómþjónustu fluttur á LSH		Öll skurðlækninga-, fæðinga- og kvensjúkdómþjónusta flutt á LSH
	á LSH	á LSH	
HSu	157,5	314,9	
HSS	82,8	165,6	
SHA	221,4	442,8	
STJÓ	176,9	353,8	
Alls	638,6	1.277,1	

Tafla 13. Flutningur legudaga sjúklinga af LSH á Kragasjúkrahús eftir að bráðafasa lýkur

	10% legudaga sjúklinga LSH eftir bráðafasa flytjast á Kragasjúkrahús	20% legudaga sjúklinga LSH eftir bráðafasa flytjast á Kragasjúkrahús	30% legudaga sjúklinga LSH eftir bráðafasa flytjast á Kragasjúkrahús
HSu	30,3	60,6	90,9
HSS	31,7	63,3	95,0
SHA	21,9	43,8	65,7
STJÓ	67,1	134,3	201,4
Alls	151,0	302,0	453,0

2. Inngangur

Í lok september 2009 hófst vinna við kostnaðar- og ábatagreiningu á endurskipulagningu verkefna sjúkrahúsa á Suðvesturhorni (SV-horni) (radíussvæði, Kragasjúkrahús). Vinnuhópin skipuðu María Heimisdóttir, sem stýrði hópnun, Kristlaug Helga Jónasdóttir, Einar Jón Ólafsson, Guðrún Auður Harðardóttir og Margrét Björk Svavarsdóttir.

Greiningin kom í framhaldi af tillögum verkefnahóps, undir stjórn Huldu Gunnlaugsdóttur, sem skipaður var af heilbrigðisráðherra til að gera tillögu að aðgerðaáætlun um hagræðingu og verkefnastýringu milli heilbrigðisstofnana í landinu. Hópurinn skilaði í lok september 2009 tillögum sínum í skýrslu er nefnist „Frá orði til athafna“ en í skýrslunni var gert ráð fyrir að unnin yrði kostnaðar- og ábatagreining á þeim tillögum er þar komu fram.

Hagræðingartillögur þær er fram koma í skýrslunni „Frá orði til athafna“ fela í sér tilfærslu verkefna milli sjúkrastofnana á SV-horninu. Þær stofnanir eru; Sjúkrahúsið og heilsugæslustöðin Akranesi, (SHA), Heilbrigðisstofnun Suðurlands (HSu), Heilbrigðisstofnun Suðurnesja (HSS), St. Jósefsspítali – Sólvangur (STJÓ) og Landspítali (LSH).

Hér verður gerð grein fyrir starfsemi og rekstri viðkomandi stofnana, farið yfir aðferðafræði kostnaðarábatagreiningarinnar og að lokum eru niðurstöður dregnar fram. Niðurstöður þær sem hér eru birtar ná til eftirfarandi tillagna úr „Frá orði til athafna“:

Fæðingar: Áhættufæðingar flytjast til LSH. Ekki verður skurðstofu- og svæfingarþjónusta fyrir fæðandi konur á þessum stöðum.

Skurðstofustarfsemi: Fækka skal skurðstofum á radíussvæðinu og bæta nýtingu þeirra.

Almennar lyflækningar / öldrun / endurhæfing, og “post-acute” meðferð: Sjúklingar með almenn vandamál á sviði almennra lyflækninga, öldrunar og endurhæfingar skulu njóta þjónustu í sínu nærumhverfi. Sjúklingar sem fyrst þurfa að leggjast inn á LSH flytjast á sitt umdæmissjúkrahús eins fljótt og unnt er. Þetta á

sérstaklega við um ákveðna sjúklingahópa í almennum lyflækningum, eftir skurðaðgerðir, öldrunarþjónustu og vegna endurhæfingar.

Forsendur

Markmið tillagnanna sem birtar voru í “Frá orði til athafna” var að:

- tryggja heilbrigðisþjónustu sem felur í sér öryggi, virðingu og gæði
- styrkja nærþjónustuna út frá því sem er faglega og fjárhagslega hagkvæmt.

Á grunni þessara markmiða og þeirra aðstæðna sem ríkja í íslensku samfélagi voru leiðarljós þeirrar greiningarvinnu sem hér er kynnt eftirfarandi:

- Vernda/efla þjónustu, gæði, öryggi
- Vernda störf
- Styrkja almenna þjónusta í nærumhverfi
- Þetta sérhæfðari þjónustu
- Ná fram ábata með engum/lágmarks stofnkostnaði.

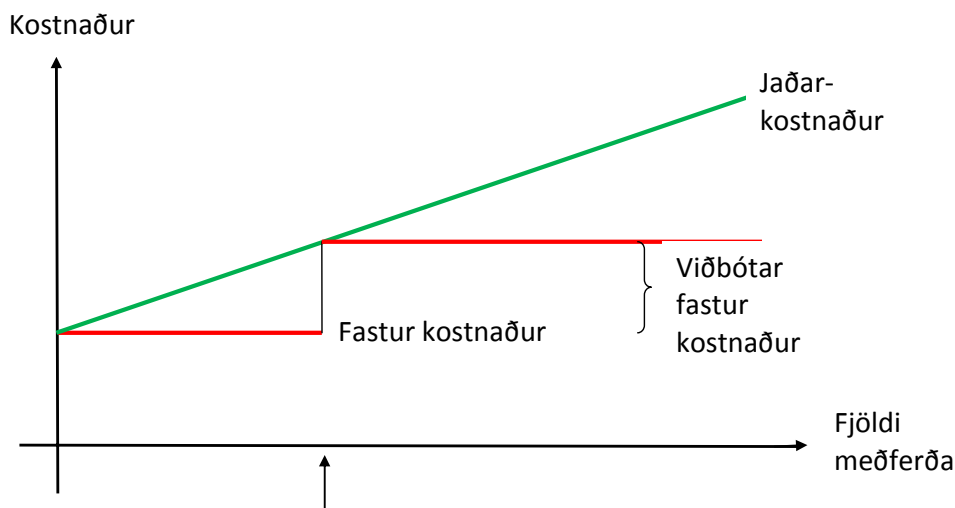
Heilsuhagfræðilegar forsendur hagræðingartillagnanna eru f.o.f. þessar:

1. Eftirspurn eftir heilbrigðisþjónustu er alltaf meiri en framboð.
2. Framboð getur skapað eftirspurn. Þetta getur birst í því að ef t.d. er tekið í notkun nýtt rannsóknartæki eða boðið er upp á nýtt þjónustuform s.s. sérfræðiþjónustu þá eykst umfang þeirrar þjónustu oft umfram það sem búast hefði mátt við (framboðstengd eftirspurn, supplier induced demand).
3. Legudeildarþjónusta er almennt mun dýrari en dag- og göngudeildarþjónusta.
4. Vaktþjónusta utan dagvinnu er kostnaðarsöm og því mjög mikilvægt að hún sé tilkomin vegna raunverulegrar þarfar.
5. Litlar einingar og/eða mjög sérhæfðar einingar innan heilbrigðistofnana eru oft rekstrarlega óhagkvæmar.
6. Það er rekstrarlega hagkvæmara að reka fáar og vel nýttar einingar en margar og illa nýttar. Þetta á t.d. við um einingar þar sem fastur rekstrarkostnaður er mjög hár s.s. skurðstofur.
7. Það er hægt að hagræða án þess að segja upp fólki. Þetta er gert t.d. með því að breyta legudeild í dag- eða göngudeild eða 7 daga legudeild í 5 daga legudeild, færa fólk til í

starfi t.d. úr vaktavinnu á sjúkrahúsi í dagvinnu við sjúkrahústengda heimaþjónustu eða heilsugæslu. Sem dæmi má nefna að 80% launakostnaðar við að manna eitt stöðugildi í hjúkrun í eina viku er tilkomið vegna vinnu utan dagvinnu á virkum dögum.

Hugmyndafræðin að þeim skipulagsbreytingum sem hér er fjallað um felur í sér flutning tiltekinnar þjónustu frá smærri einingum til þeirra stærra án þess að stofnkostnaður falli til. Til að svo sé verður einingin sem tekur við þjónustunni að búa yfir rýmd (e. capacity) til að bæta við þjónustu án þess að auka fastan kostnað. Til að ábati verði af þessu þarf jaðarkostnaður á þeirri einingu sem tekur við þjónustunni að vera lægri en meðalkostnaður á einingunni sem þjónustan var flutt frá. Á hinn bóginn er hugsanlegt að flytja aðra þjónustu frá stærra einingunni til þeirra smærri enda ætti þar að vera rýmd til staðar til að taka við frekari verkefnum eftir að ákveðin þjónusta hefur verið flutt á brott. Geta hvernar stofnunar til að taka við frekari verkefnum er takmörkuð – þegar ákveðnu umfangi verkefna er náð er ekki nóg að reikna með jaðarkostnaði heldur þarf að leggja í frekari fastan kostnað. Flutningur verkefna milli stofnana þarf því að miðast við nýtingu þeirrar rýmdar sem er til staðar (eða skapast af brottflutningi verkefna) við núverandi aðstæður og það fjármagn sem þegar er bundið í föstum kostnaði.

Mynd 1. Líkan af tengslum jaðarkostnaðar og fjölda meðferða sem veitt er



Með slíkri endurskipulagningu eða endurdreifingu verkefna á milli stofnana er mögulegt að vernda þjónustuna, það er að segja umfang hennar, öryggi og gæði. Í því ljósi er æskilegt að við mat á rýmd (e. capacity) sé unnið út frá ákveðnum öryggisstöðlum t.d. hámarks fjölda sjúklinga á eitt stg. í lækningum eða hjúkrun. Í sumum tilvikum má gera ráð fyrir að gæði og öryggi jafnvel aukist miðað við það sem nú er (sjá síðar). Það að vernda þjónustuna með þessum hætti getur þó vissulega í sumum tilvikum komið niður á þægindum, svo sem aksturstíma á sjúkrahús.

Þar sem umfang þjónustu er ekki skert og gert er ráð fyrir að ný verkefni komi í stað þeirra sem flutt eru á brott er leitast við að vernda störf á hverjum stað. Í einhverjum tilvikum er um breytt störf að ræða, svo sem störf við heimahjúkrun í stað hjúkrunarstarfa innan sjúkrahúss.

Stór hluti ábatans byggist á því að nýta betur álagsgreiðslur og fastan kostnað vegna vaktþjónustu með því að fækka vöktum heilbrigðisstarfsfólks á Kragasvæðinu. Slík aðgerð felur fyrst og fremst í sér kjaraskerðingu þeirra sem hæstu launin hafa en hefur minnst áhrif á lægst launuðu stéttirnar.

3. Hugtök

Hér á eftir fara helstu hugtök sem koma fyrir í skýrslunni og skilgreining þeirra.

- 1) **Kostnaðar- og ábatagreining** felur í sér fjárhagslegt mat á ábata og kostnaði af ákveðinni framkvæmd. Þetta er stöðluð aðferðafræði sem notuð er víða um heim til stuðnings við ákvarðanatöku, sérstaklega þegar um er að ræða stærri verkefni.
- 2) **Jaðarkostnaður**, „*marginal cost*“ mælir þá breytingu sem verður á heildarkostnaði við að auka „framleiðsluna“, s.s. aðgerðir eða legudaga, um eina einingu.
- 3) **Meðalkostnaður** „*average cost*“ felur í sér jafna dreifingu heildarkostnaðar á framleiddar einingar t.d. legudaga.
- 4) **Legudeild** er deild með legurúmum til meðhöndlunar á sjúklingum. Legudeild hefur á að skipa mannafla og aðstöðu til þess að veita nauðsynlega þjónustu allan sólarhringinn.
- 5) **Dagdeild** er deild með föstu rými þar sem ferlisjúklingum er sinnt. Dagdeild hefur á að skipa mannafla og aðstöðu til þess að veita nauðsynlega þjónustu í allt að 16 klst. á sólarhring.
- 6) **Göngudeild** er deild án legurúma til að taka á móti ferlisjúklingum sem koma í stutta heimsókn til skoðunar, rannsóknar eða meðhöndlunar.
- 7) **Legusjúklingur** er sjúklingur sem nýtur þjónustu á legudeild sjúkrahúss og er lagður inn til lengri dvalar en 24. klst.
- 8) **Ferlisjúklingur** er sjúklingur sem ekki þarf á legu/sólarhringsþjónustu að halda en nýtur þjónustu sjúkrahúss. Hugtakið ferlisjúklingur er vítt og nær yfir alla sjúklinga sem njóta þjónustu sjúkrahúss án þess að innritast sem legusjúklingur.
- 9) **Koma á göngudeild** er koma ferlisjúklings á **göngudeild**. Sjúklingur getur dvalið á deildinni í 1-2 klst. vegna viðtals, rannsókna eða meðferðar.
- 10) **Koma á dagdeild** er koma ferlisjúklings á **dagdeild**. Um er að ræða fyrirfram ákveðinn tíma (yfirleitt á virkum dögum) og getur sjúklingur dvalið á deildinni í 3-16 klst.
- 11) **Leg** er hér skilgreind sem innlögn á legudeild og sá tími sem innlögnin varir.
- 12) **Legudagar** er sá fjöldi sólarhringa sem sjúklingur dvelur á sjúkrahúsi (útskriftardagur - innskriftardagur).
- 13) **Meðallegutími** ræðst af fjölda legudaga (vegna sólarhringsvistunar) deilt með fjölda lega.
- 14) **Meðaldvöl (dvalartími á þjónustueiningu)**. Þar sem þjónustueiningar Kragasjúkrahúsanna bjóða í flestum tilfellum upp á fleira en eitt þjónustustig, var gripið til þess ráðs að reikna út meðaldvalartíma á hvern sjúkling. Aðferðafræðin sem notuð var við þennan útreikning er kynnt í kafla 5.

- 15) **Skurðaðgerð** er skilgreind sem meðferð eða aðgerð sem vanalega fer fram á skurðstofu.
- 16) **Tekjur og sértekjur** eru þær tekjur sem stofnunin fær vegna komugjalda sjúklings, rannsókna, myndgreiningar og annarrar seldrar þjónustu. Einnig er framlag ríkisjóðs tekið með sem tekjur.
- 17) **Nýting virkra rúma** er reiknuð þannig að deilt er í fjölda legudaga á einingu með 365 og síðan deilt með fjölda rúma upp í þá tölu (alþjóðleg nálgun á nýtingu rúma).

4. Kragasjúkrahúsin - starfsemi og rekstrarkostnaður

Kragasjúkrahúsin eru Sjúkrahúsið og heilsugæslustöðin á Akranesi (SHA), Heilbrigðisstofnun Suðurlands (HSu), Heilbrigðisstofnun Suðurnesja (HSS) og St. Jósefsspítali (STJÓ). Þessi sjúkrahús eiga það sameiginlegt að þjónustusvæði þeirra liggur nálægt höfuðborgarsvæðinu. Samkvæmt reglugerð nr. 785 frá 2007 eru Kragasjúkrahúsin heilbrigðisstofnanir í sínu heilbrigðisumdæmi og ber að sinna heilsugæslu, almennri sjúkrahúss- og hjúkrunarþjónustu eftir því sem við á og að því marki sem sveitarfélögum eða öðrum aðilum hefur ekki verið falið að veita þjónustuna samkvæmt lögum eða með samningum við ríkið. Rekstur allra, nema STJÓ, skiptist í heilsugæslusvið, sjúkrasvið og hjúkrunarsvið. Samhliða sjúkrasviði STJÓ er rekið hjúkrunarheimilið Sólvangur.

Í þessum kafla er leitast við að draga upp sem skýrasta mynd af starfsemi sjúkrasviðanna á árinu 2008. Þó þarf að hafa í huga að vegna niðurskurðarkröfu á árinu 2009 hafa ýmsar breytingar verið gerðar í rekstri stofnananna sem leitt hafa til kostnaðarlækkunar og annarra breytinga. Mögulegan ábata þarf því að túlka í því ljósi að í sumum tilvikum hefur einhver hluti hans þegar verið nýttur á árinu 2009 og er hann því ekki að fullu útleysanlegur árið 2010 eða síðar. Þó svo gögn frá árinu 2008 séu að þessu leyti ófullkomin til mats á hagræðingarmöguleikum árið 2010 var engu að síður afráðið að nota þau enda nauðsynleg gögn fyrir árið 2009 ekki til taks (svo sem frágengið sjúklingabókhald, ársreikningar og svo framvegis). Til að mæta þessu eru ábendingar forstjóra Kragasjúkrahúsanna hvað varðar breytingar á rekstri stofnana á árinu 2009 birtar aftast í skýrslunni í viðauka.

Við samanburð kostnaðar- og starfsemisupplýsinga ber einnig að hafa í huga að starfsemin er í eðli sínu mismunandi á milli staða. Til að mynda eru gerðar kostnaðarsamar liðskiptaaðgerðir á SHA og þó nokkuð er um að sjúklingar séu fluttir frá LSH eftir bráðafasa á Kragasjúkrahús. Þá er oft um að ræða aldraða sjúklinga með langan legutíma. Þessir liðir geta skekkt samanburð á milli Kragasjúkrahúsanna. Einnig er talsverður munur á skráningu og meðferð starfsemisupplýsinga milli sjúkrahúsanna og þó

svo mikil vinna hafi verið lögð í að samræma gögnin má vera að enn leynist einhver mismunur þar á.

Hér á eftir fer samanburður um fjölda legurúma á stofnununum sem nýtt eru til að þjóna þeim sjúklingum sem tillögurnar taka til (fæðingar, kvensjúkdómar, handlækningar, lyflækningar). Fjöldi legurúma er mestur á LSH eða 369 rúm en fjöldi legurúma á Kragasjúkrahúsunum er á bilinu 32 – 43. Flest rúm eru á STJÓ en þar er lyflækningadeildin stærst. Ólíkt öðrum sjúkrahúsum falla kvenlækningar þar undir handlækningadeild. Á HSS eru samtals 39 legurúm, þar af 31 á sameiginlegri lyflækninga-, handlækninga og endurhæfingardeild. Á SHA eru 38 legurúm og 32 á HSu.

Tafla 14. Fjöldi legurúma

	Lyflækningar	Handlækningar	Fæðingar og kvensjúkdómar
LSH	186	132	51
HSu	15	10	7
HSS		31	8
SHA	18	10	10
STJÓ	22	21	

Nýting rúma var nokkuð misjöfn milli deilda og sjúkrahúsa. Í töflu 15 er birt nýting rúma miðað við að deildir séu opnar alla daga ársins, þó svo það sé ekki alltaf raunin. Ástæðan fyrir þessari viðmiðun er sú að hér er verið að kanna rými stofnana til að taka við fleiri sjúklingum á ársgrundvelli. Nýtinguna þarf að túlka í ljósi þess að einhverjar deildir eru 5 daga deildir og starfsemi dregst oft saman yfir sumartímann, dæmi eru um að deildum sé lokað í allt að 9 vikur á ári. Sé miðað við raunopnunartíma deilda er því ljóst að nýting er hærri.

Tafla 15. Nýting rúma¹

	Lyflækningar	Handlækningar	Fæðingar og kvensjúkdómar
LSH	94%	86%	67%
HSu	79%	64%	29%
HSS*		91%	35%
SHA	69%	80%	45%
STJÓ	80%	36%	

*Öldrunar- og endurhæfingardeild breytt úr 5 daga deild í 7 daga deild 1.jún 2008

¹ Miðað við að opið sé 24X7 365 daga á ári

Á lyflækningadeild LSH var fjöldi lega 8.510 og legudagar 63.530. Á Kragasjúkrahúsunum voru flestar legur lyflækninga á STJÓ, 1.410 talsins og fæstar á Hsu eða 630. Legudagar voru þó flestir á HSS eða 8.899 en þar af voru 1.515 legudagar vegna post-acute sjúklunga sem fluttir voru frá LSH en meðallegutími þeirra var um 14 sólarhringar. Meðallegutími var stystur 4,6 sólarhringar á STJÓ og lengstur 7,5 sólarhringar á LSH. Meðaldvöl ræðst af lengd lega og samsetningu legudeildar-, dagdeildar- og göngudeildarþjónustu. Metinn fjöldi legudaga er reiknuð stærð þar sem raunlegudagar ásamt komum á dag- og göngudeildir eru vegin saman í eina stærð. Er það gert til að geta borið saman stofnanir með mismunandi hlutfall legudeildarþjónustu annars vegar og þjónustu á dag- og göngudeildum hins vegar. Hátt hlutfall dag- og göngudeildarþjónustu leiðir til styttri meðaldvalar. Þannig er stysta meðaldvölin á LSH, 0,6 sólarhringar þrátt fyrir að meðallegutími sé þar lengstur.

Tafla 16. Lyflækningar – starfsemisyfirlit

	LSH	Hsu	HSS*	SHA	STJÓ**	Samtals Kragasjúkrahús
Fjöldi lega	8.510	630	1.258	770	1.410	4.068
Fjöldi legudaga	63.530	4.302	8.899	4.529	6.428	24.158
Komur á dagdeild	27.489	23	797	223	300	1.343
Komur á göngudeild	99.927	2.492	2.703	2.538	3.750	11.483
Meðallega	7,5	6,8	7,1	5,9	4,6	5,9
Meðaldvöl	0,6	1,5	2,0	1,4	1,3	1,5
Metinn fjöldi legudaga	84.593	4.609	9.487	4.907	6.977	25.980
Fjöldi legurúma	186	15	27	18	22	82
Nýting legurúma	94%	79%	90%	69%	80%	81%

*Á HSS eru lyf- og handlækningadeild sameiginlegar (31 rúm). Skipting legurúma er áætluð út frá fjölda legudaga per sérgrein.

Endurhæfingardeildi HSS er meðtalin í tölum lyflækningadeildar.

**Meltingarsjúkdómadeild STJÓ er meðtalin í tölum lyflækningadeildar.

Á handlækningadeild LSH var fjöldi lega 8.514 og legudagar 41.517. Legur voru 3.652 og legudagar 9.437 talsins á handlækningadeildum Kragasjúkrahúsanna. Flestir voru legudagarnir á STJÓ eða 2.744 talsins og fæstir voru legudagar á HSS eða 1.414. Stysti meðallegutíminn var á STJÓ eða 1,3 sólarhringar og lengstur meðallegutími var á HSu, 5,8 sólarhringar. Stysta meðaldvölin var á HSS eða 0,6 sólarhringar, 0,7 á SHA en meðaldvöl á LSH, HSu og STJÓ var jafn löng eða 0,9 sólarhringar.

Tafla 17. Handlækningar – starfsemisyfirlit

	LSH	Hsu	HSS*	SHA	STJÓ**	Samtals Kragasjúkrahús
Fjöldi lega	8.514	407	453	603	2.189	3.652
Fjöldi legudaga	41.517	2.341	1.414	2.938	2.744	9.437
Komur á dagdeild	1.061	0	168	375	410	953
Komur á göngudeild	42.819	2.373	2.495	4.006	725	9.599
Meðallega	4,9	5,8	3,1	4,9	1,3	14,8
Meðaldvöl	0,9	0,9	0,6	0,7	0,9	0,8
Metinn fjöldi legudaga	45.685	2.531	1.731	3.521	3.089	10.872
Fjöldi legurúma	132	10	4	10	21	45
Nýting legurúma	86%	64%	97%	80%	36%	57%

*Á HSS eru lyf- og handlækningadeild sameiginlegar (31 rúm). Skipting legurúma er áætluð út frá fjölda legudaga per sérgrein.

**Kvenlækningar eru hluti af handlækningum á STJÓ.

Fjöldi lega á kvenlækningadeild LSH var 5.350 en 1.182 á kvenlækningadeildum Kragasjúkrahúsanna. Þá eru frátaldar allar legur nýbura en nokkuð er um að konur sem fæða á LSH liggi sængurleguna á sínu umdæmissjúkrahúsi. Þá hefur venjan verið sú að nýburar séu taldir með í gögnum Kragasjúkrahúsanna. Fjöldi legudaga var 12.439 á LSH en samtals voru legudagar fæðinga- og kvenlækningadeilda 3.414 á Kragasjúkrahúsunum. Flestar legur Kragasjúkrahúsanna voru á HSS eða 471 og fæstar á HSu eða 255 talsins. Fjöldi legudaga var mestur á SHA 1.650 talsins. Meðallegutími var þar einnig lengstur en þess má geta að fjöldi keisaraskurða og áhættufæðinga var mestur þar og fylgir þeim lengri lega.

Eins og áður segir eru kvenlækningar taldar með handlækningum á STJÓ og birtast því í starfsemisyfirliti handlækninga en ekki í starfsemisyfirliti kvenlækninga.

Tafla 18. Fæðingar og kvenlækningar – starfsemsyfirlit

	LSH	HSu	HSS	SHA	Samtals Kragasjúkrahús
Fjöldi lega	5.350	255	471	456	1.182
Fjöldi legudaga	12.439	747	1.017	1.650	3.414
Komur á dagdeild	31.030	1.153	950	281	2.384
Komur á göngudeild	6.039	1.071	899	2.144	4.114
Meðallega	2,3	2,9	2,2	3,6	2,9
Meðaldvöl	0,4	0,4	0,6	0,7	0,7
Metinn fjöldi legudaga	18.560	1.093	1.305	1.998	4.396
Fjöldi legurúma	51	7	8	10	25
Nýting legurúma	67%	29%	35%	45%	37%

4.1. Heilbrigðisstofnun Suðurlands

Þjónustuvæði Heilbrigðisstofnunar Suðurlands nær til um 20.000 íbúa á Suðurlandsundirlöndinu. Þjónustuvæði Heilbrigðisstofnunar Suðurlands er mjög stórt en lengd þess er 224 km. Frá Selfossi til Kirkjubæjarklausturs, sem er lengst til austurs, eru um 198 km. Fjarlægð HSu frá Reykjavík er 57 km. Á árinu 2008 rak stofnunin 7 heilsugæslustöðvar og eitt sjúkrahús sem staðsett er á Selfossi.

Tafla 19. Mannfjöldi á þjónustuvæði HSu

0-5 ára	6-14 ára	15-24 ára	25-44 ára	45-64 ára	65-74 ára	75 ára +	Samtals
1.662	2.670	3.114	5.377	4.790	1.303	1.170	20.086
8%	13%	16%	27%	24%	6%	6%	100%

Á sjúkrahúsinu eru reknar fjórar megindeildir, lyflækningadeild, handlækningadeild, fæðinga- og kvensjúkdómadeild og skurðstofa. Auk þessa eru rannsóknardeild, myndgreiningardeild og sjúkráþjálfun.

4.1.1. Lyflækningadeild

Á lyflækningadeild eru 15 legurúm og helstu sérgreinar eru almennar lyflækningar og meltingarfæralækningar. Tveir sérfræðilæknar voru á lyflækningadeild, almennur lyflæknir í 90% stöðu og meltingarfæralæknir í 60% stöðu. Hjúkrunarmönnun lyf- og handlækningadeildar var sameiginleg. Þar voru 12,1 stöðugildi hjúkrunarfræðinga, 1,1 stöðugildi hjúkrunarfræðinema, 15,3 stöðugildi sjúkraliða og 0,8 stöðugildi deildarritara og 2,0 stöðugildi annarra starfsmanna. Á göngudeild lyflækninga eru gerðar hjartaómskoðanir, holterrannsóknir, sólarhringsblóðþrýstingsmælingar og áreynslupróf.

Legur voru 630 á árinu 2008. Legudagar voru 4.302 og meðallegutími 6,8 sólarhringar. Fjöldi koma á dagdeild var 23. Gera má ráð fyrir að þær hafi verið fleiri en teljist þá með í legum eða göngudeildarkomum Komur á göngudeild lyflækninga voru 2.492². Metinn fjöldi legudaga var 4.609 og meðaldvölin 1,5 sólarhringur. Fjöldi sjúklinga sem lagðir

² Líkur eru á að göngudeildarkomur séu oftaldar

voru inn á deildina eftir að hafa fengið bráðaþjónustu á LSH var 76 og voru legudagar vegna þeirra 768,4 (meðallegutími 11,4 og meðalaldur 70,7).

Tafla 20. Framleiðsla lyflækningadeildar HSu

	Fjöldi innlagna (lega)	Fjöldi legudaga	Komur á dagdeild	Komur á göngudeild	Meðal- lega	Meðal- dvöl	Metinn fjöldi legudaga
Lyflækningadeild	630	4.302	23	2.492	6,8	1,5	4.609

Heildarrekstrarkostnaður sem færður var á deildina var 439,6 m.kr. og meðalkostnaður legudags var 95,4 þús.kr. Meðalkostnaður á framleidda einingu eða meðaldvöl 139,8 þús.kr.

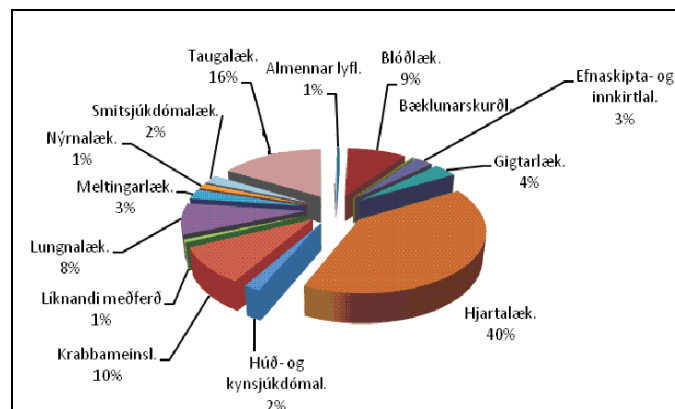
Tafla 21. Kostnaður lyflækningadeildar HSu

	Heildarkostnaður, m.kr.	Kostnaður pr. legudag, þús.kr.	Einingarkostnaður, þús.kr.
Lyflækningadeild	439,6	95,4	139,8

4.1.2. Þjónusta LSH við lyflækningasjúklinga af þjónustusvæði HSu

Á árinu 2008 voru 456 legur sjúklinga af þjónustusvæði HSu á lyflækningasviði LSH. Heildarfjöldi legudaga voru 2.563 (7,0 legurými 100% nýting) og meðallegutími 5,6 dagar. Fjölmennustu hóparnir voru; hjartalækningar (40%), taugalækningar (16%), krabbameinslækningar (10%) og blóðlækningar (9%). Sjá nánar skiptingu lega eftir sérgreinum í mynd hér fyrir neðan

Mynd 2. Lyflækningasjúklingar LSH af Kragasvæði (Suðurland), skipting legudaga



4.1.3. Handlækningadeild

Á handlækningadeild eru 10 legurúm. Þar störfuðu einn almennur skurðlæknir í 98% starfshlutfalli og heilsugæslulæknir í 20% starfshlutfalli. Nokkuð er um að læknar utan stofnunarinnar nýti sér aðstöðu deildarinnar. Má þar nefna sérfræðing í háls-, nef- og eyrnalækningum (HNE) sem var með einn aðgerðadag í viku og einn móttökudag, æðaskurðlæknir og lýtalæknir. Sjúkratryggingar Íslands hafa nýlega gert samning um bæklunarskurðlækningar á HSu upp á allt að 160 þús. einingar á ári. Samningurinn tók gildi 4. september 2009 og gildir til 31. maí 2011.

Heildarfjöldi skurðaðgerða³ var 725 (ca 1,2 aðgerðir á sjúkling) og helstu aðgerðarflokkar voru:

1. HNE (50%)
2. Æðaskurðlækningar (16%)
3. Meltingarfæralækningar (11%)
4. Húðlækningar (9%)

Fjöldi lega var 407 á árinu 2008. Legudagar á handlækningadeild voru 2.341 talsins og meðallegutími 5,8 sólarhringar. Komur á göngudeild voru 2.373. Þegar tillit hefur verið tekið til fjölda koma á göngudeild er metinn fjöldi legudaga 2.531 og meðaldvölin 0,9 sólarhringar. Af 407 legum á deildinni voru 90 vegna post-acute sjúklinga frá LSH. Fjöldi legudaga vegna þeirra sjúklinga var 1.241 (meðallegutími um 13,8 dagar).

Tafla 22. Framleiðsla handlækningadeildar HSu

	Fjöldi innlagna (lega)	Fjöldi legudaga	Komur á dagdeild	Komur á göngudeild	Meðal- lega	Meðal- dvöl	Metinn fjöldi legudaga
Handlækningadeild	407	2.341		2.373	5,8	0,9	2.531

³ Hér er gefið gróft yfirlit algengustu aðgerðaflokka byggt á talningu á aðgerðum yfirflokka. Um er að ræða allar aðgerðir sem ætla má að gerðar séu á skurðstofu. Reynt er af fremsta megni að taka út allar aðrar skráðar aðgerðir s.s. speglanir, rannsóknir tengdar skurðaðgerðum, rafvendingar, aðgerðir vegna fæðingahjálpar sem gerðar eru á fæðingastofu, ásamt minniháttar aðgerðum á húð s.s. töku varta og fæðingabletta. Ath. hér er ekki um að ræða talningu á sjúklingum heldur á fjölda skráðra aðgerða.

Kostnaður við rekstur handlækningadeildar var 304,6 m.kr. á árinu og meðalkostnaður legudags 120,4 þús.kr. Meðalkostnaður á framleidda einingu eða meðaldvöl var 109,6 þús.kr.

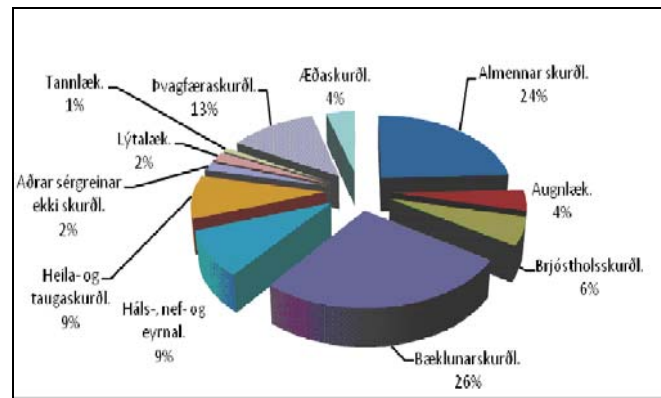
Tafla 23. Kostnaður handlækningadeildar HSu

	Heildarkostnaður, m.kr.	Kostnaður pr. legudag, þús.kr.	Einingakostnaður, þús.kr.
Handlækningadeild	304,6	120,4	109,6

4.1.4. Þjónusta LSH við handlækningasjúklinga af þjónustusvæði HSu

Á árinu 2008 voru 690 legur sjúklinga af þjónustusvæði HSu á skurðlækningasviði LSH. Heildarfjöldi legudaga var 2.897 (7,9 legurými 100% nýting) og meðallegutími 4,2 dagar. Fjölmennustu hóparnir voru; bæklunarskurðlækningar (26%), almennar skurðlækningar (24%), þvagfæraskurðlækningar (13%), heila- og taugaskurðlækningar (9%). Sjá nánar skiptingu lega eftir sérgreinum í mynd hér fyrir neðan.

Mynd 3. Skurðlækningasjúklingar LSH af Kragasvæði (Suðurland), skipting legudaga



4.1.5. Kvensjúkdóma- og fæðingadeild

Á kvensjúkdóma- og fæðingadeild HSu eru 7 legurúm. Auk meðgöngu- og fæðingarþjónustu eru framkvæmdar ýmsar aðgerðir á sviði kvenlækninga, t.d. kviðarholsspeglanir, legnám, brotnám eggjastokka og eggjaleiðara, ófrjósemisaðgerðir, blöðru- og legsigaðgerðir og útskaf á legi.

Einn fæðinga- og kvensjúkdómalæknir starfaði við deildina í 90% stöðu og stöðugildi hjúkrunarfræðinga/ljósmæðra voru 7,8.

Fjöldi fæðinga á HSu var 185 og meðallegutími eftir fæðingar 2,8 sólarhringar. Meðallegutími eftir keisaraskurð var 4,5 sólarhringar. Hlutfall inngrípa var 19% og tíðni keisara 10%. Bráðakeisarar voru 13 eða 72% keisaraskurða. Fjöldi kvenna sem fæddu á LSH en lágu sængurleguna á HSu var 45. Að meðaltali voru 27,6 fæðingar á stöðugildi ljósmæðra (fjöldi stöðugildi ljósmæðra var 6,7) eða 2,3 á mánuði. Meðalvaktkostnaður skurð- og kvensjúkdóma- og fæðingalæknis er 123 þús.kr. á hverja fæðingu. Þá er miðað við kostnað við þá gæsluvaktarlínu sem þjónar þessum sjúklingum (þyngd 20-29%). Alls fóru 36% fæðinga kvenna búsettra á upptökusvæði HSu fram á LSH. Reynt er að senda allar áhættufæðingar á LSH.

HSu sker sig frá öðrum Kragasjúkrahúsum hvað varðar fjölda göngudeildarheimsókna kvenna á meðgöngu (þá er átt við heimsóknir á göngudeild sem ekki tilheyra venjulegri mæðravernd). Alla jafna eiga slíkar heimsóknir aðeins að eiga sér stað þar sem haft er eftirlit með áhættumeðgöngum en svo er ekki á HSu. Eins vekur athygli að tíðni vaxtarsónarskoðana er mjög há, meira en ein slík skoðun fyrir hverja fæðingu. Slíkar skoðanir eru ekki hluti almennrar mæðraverndar en þarf iðulega að gera hjá konum í sérstakri áhættu. Þær konur eiga hins vegar ekki að vera í eftirliti á HSu.

Tafla 24. Yfirlit fæðingaþjónustu HSu

Fjöldi fæðinga	185
Meðallegutími	2,8 (keisara 4,5)
Hlutfall inngrípa, keisari, gangsetning, tangarfæðing og sogklukka.	19%
Tíðni keisara	18
	% keisara
	10%
	þar af valkeisari
	5
	þar af bráðakeisari
	13
Gangsetningar	4%
Fæðingarepidural	16%
Börn á vökudeild	3,2%
Heimaþjónusta	19%
Göngudeildarkomur pr.meðganga EKKI HEILSUGÆSLA	5,6
Vaxtarsónar	256
	Vaxtarsónar hlutfall
	138%
Hlutfall kvenna utan svæðis	6%

Á deildinni voru 239 legur vegna fæðinga og 16 legur vegna kvensjúkdóma. Alls voru því 255 legur á deildinni. Til viðbótar voru um 50 legur nýbura sem fæddust á LSH og fluttust svo á HSu á sængurlegunni.

Tafla 25. Framleiðsla fæðinga- og kvensjúkdómadeildar HSu

	Fjöldi innlagna (lega)	Fjöldi legudaga	Komur á dagdeild	Komur á göngudeild	Meðallega	Meðal-dvöl	Metinn fjöldi legudaga
Fæðinga- og kvensjúkdómadeild	255	747	1.153	1.071	2,9	0,4	1.093

Rekstrarkostnaður deildarinnar var reiknaður 141,0 m.kr. og var meðalkostnaður á legudag 129,0 þús.kr. Kostnaður á framleidda einingu eða meðaldvöl var 56,9 þús.kr.

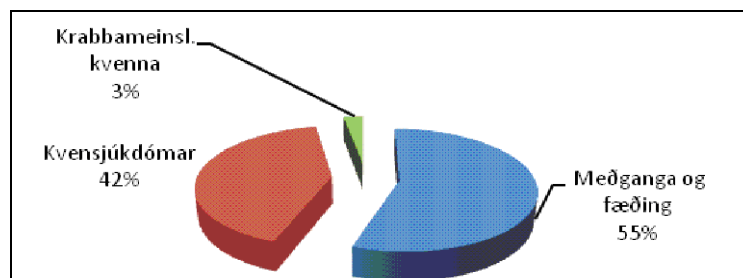
Tafla 26. Kostnaður fæðinga- og kvensjúkdómadeildar HSu

	Heildarkostnaður, m.kr.	Kostnaður pr. legudag, þús.kr.	Einingakostnaður, þús.kr.
Fæðinga- og kvensjúkdómadeild	141,0	129,0	56,9

4.1.6. Þjónusta LSH vegna fæðinga og kvensjúkdóma af þjónustusvæði HSu

Á árinu 2008 voru 399 legur sjúklinga af þjónustusvæði HSu á kvennasviði LSH. Heildarfjöldi legudaga var 789 (2,2 legurými 100% nýting) og meðallegutími 2,2. Fjölmennustu leguhóparnir voru kvensjúkdómar (42%) og meðganga og fæðing (55%) auk krabbameinslækninga (3%). Sjá nánar skiptingu lega eftir sérgreinum í mynd hér fyrir neðan.

Mynd 4. Fæðinga- og kvensjúkdómasjúklingar LSH af Kragasvæði (Suðurland), skipting legudaga



4.1.7. Skurðstofur og svæfing

Á deildinni eru 2 aðgerðastofur, þ.e. ein skurðstofa og ein speglunarstofa. Skurðstofan er lokuð í 6 vikur á ári. Að auki var skurðdögum fækkað úr 3 í 2 í aðrar 6 vikur. Vöknunarrými eru 2. Skurðstofur eru opnar þrjá daga í viku; mánudaga, þriðjudaga og fimmtudaga frá kl. 08.00 til 16.00. Skurðdagar voru 90 talsins og fjöldi aðgerða 582 (talning einstaklinga). Meðalfjöldi aðgerða á dag var 6,5 og nýting skurðstofa 5,2 klst/skurðdag. Hlutfallsleg nýting á skurðstofu á skurðdögum var 64,7% en 21,6% á ársgrundvelli Hlutfall bráðaáðgerða var 4%.

Maga- og ristilspeglanir er ekki hefðbundið hlutverk skurðeilda og yfirleitt ekki staðsett á skurðeildum en sökum plássleysis og tækjaskorts í stofnuninni hefur þessi starfsemi verið staðsett á skurðeild og ákveðin tæki samnýtt að hluta.

Svæfingadeild sinnir svæfingum og deyfingum vegna aðgerða á skurðstofu auk þess sem þar fara fram verkjameðferðir vegna bráðra og langvinnra verkja vegna slysa og sjúkdóma. Þar er haft eftirlit með sjúklingum eftir svæfingar og deyfingar.

Við deildina voru 2,8 stöðugildi hjúkrunarfræðinga, 0,2 stöðugildi sjúkraliða, 0,2 stöðugildi læknis og 0,5 stöðugildi svæfingalæknis.

4.1.8. Rannsóknir og myndgreining

Við rannsóknir starfa 6 lífeindafræðingar í 4,2 stöðugildum. Einn sérfræðilæknir starfar í 10% stöðugildi og einn aðstoðarmaður í fullu starfi. Einn lífeindafræðingur sinnir bakvakt utan dagvinnutíma. Fjöldi rannsókna var 105.275 en fjöldi eininga tæpur 669 þúsund. Kostnaður við rekstur deildarinnar var 61,7 m.kr. og einingarkostnaður 92,3 kr. Flexlab tölvukerfið var innleitt á deildinni á árinu og leiðir það til betra svigrúms fyrir samvinnu við LSH og önnur Kragasjúkrahús.

Tafla 27. Rannsóknareiningar og kostnaður – HSu

Fjöldi eininga	Inniliggjandi	Ambulant	Aðrar stofnanir	Kostnaður m.kr.	Einingarkostnaður, kr.
668.794	99.222	510.939	58.633	61,7	92,3

Við myndgreiningar störfuðu 3 geislafræðingar í 2,5 stöðugildum og ein ljósmóðir í 30% starfi. Röntgenlæknir starfar samkvæmt samningi við LSH. Einn geislafræðingur er á bakvakt utan dagvinnutíma. Fjöldi röntgenrannsókna var 6.356 á árinu 2008 og þar af voru 1.218 ómskoðanir. Kostnaður við rekstur deildarinnar var 39,6 m.kr. og meðalkostnaður rannsókna 6.236 kr.

Tafla 28. Myndgreiningareiningar og kostnaður - HSu

Fjöldi rannsókna	Ómskoðanir	Kostnaður	Meðalkostnaður myndgreiningar, kr.
6.356	1.218	39,6	6.236,0

4.1.9. Vaktir, starfsemi utan dagvinnu og aðkeypt þjónusta

Á sjúkrahúsinu voru almennt fjórar vaktlínur sérfræðilækna ásamt sameiginlegri vaktlínu með heilsugæslu. Hér er um að ræða lyflæknavakt með vaktaálagi 10-19%, handlækninga- og fæðingavakt með 20-29% álagi og svæfingavakt með 10-19% álagi. Hún fellur niður í 6 vikur á ári vegna sumarlokana og svokölluð framvakt, þar sem læknir er staðsettur á Selfossi, með 40-49% álagi. Að auki er sameiginleg bakvakt sjúkrahússins og heilsugæslunnar á Selfossi með 60-69% vaktaálagi. Þó er sú bakvakt ekki greidd þegar lyflæknir er á framvakt.

Fjöldi lækna sem taka lyflæknavaktir á sjúkrahúsinu eru 5. Þar af búa 2 á Selfossi. Svæfingarlæknir býr í Reykholti. Skurð- og fæðinga- og kvenlæknar búa á Selfossi. Á árinu 2008 var svæfingalæknir aðkeyptur og var hann á vakt allan sólahringinn. Svæfingalæknir varð launþegi um mitt ár 2009. Sérfræðilæknar á gæsluvakt hafa aðgang að íbúð á Selfossi.

Vaktlínur á öðrum heilsugæslustöðvum voru fjórar, á Laugarási, Rangárþingi, Vík og Klaustri. Þyngd þessara vakta er 0-9%.

Geislafræðingur er á bakvakt á myndgreiningadeild og lífeindafræðingur á rannsóknardeild.

Sextán sjúkraflutningamenn starfa á stofnuninni að staðaldri og skipta þeir með sér 12 tíma vöktum allan ársins hring. Sjúkrabílar eru staðsettir á fjórum stöðum, þ.e Selfossi,

Hvolsvelli, Vík og Kirkjubæjarklaustri. Ársverk voru um 17 talsins en þá eru meðtaldar afleysingar. Fjöldi flutninga var 2.024 og þar af voru u.þ.b. 38% í forgangi 1 (F1) og 2 (F2)⁴. Kostnaður stofnunarinnar vegna sjúkraflutninga var 142,7 m.kr.

4.1.10. Lokanir deilda

Skurðstofan var lokuð í 6 vikur á árinu og skurðdögum í viku fækkað úr 3 í 2 í aðrar 6 vikur. Á hand- og lyflækningadeild voru 15 af 25 rúmum lokuð yfir sumartímann.

4.1.11. Rekstur

Á árinu 2008 var 59,6 m.kr. tekjuhalli á rekstri stofnunarinnar. Ríkisframlög námu 1.918,0 m.kr. en þar af voru 50,7 m.kr. á fjárukalögum. Sértekjur stofnunarinnar námu 258 m.kr. Rekstrargjöld ársins voru 2.235,5 m.kr. Launakostnaður var 1.669,3 m.kr. (72,5%) (auk aðkeyptrar sérfræðipjónustu að upphæð 63,1 m.kr. sem fellur undir önnur rekstrargjöld), annar rekstrarkostnaður, 497,5 m.kr. (24,8%) og eignakaup 62,3 m.kr. (2,7%).

Tafla 29. Rekstraryfirlit - HSu

	m.kr.	Hlutfall
Framlag ríkissjóðs	1.918,0	88,1%
Sértekjur	257,9	11,9%
Samtals	2.175,9	100,0%
Laun	-1.669,3	74,7%
Önnur rekstrargjöld	-497,5	22,3%
Eignakaup	-62,3	2,8%
Fjármagnsjöld	-6,4	0,3%
Samtals	-2.235,5	99,7%
Rekstrarafkoma	-59,6	

⁴ Forgangur 1 (F1) er þegar óskað er eftir sjúkraflutningsmönnum í forgangi og lækni er hafður með í för. Forgangur 2 (F2) er þegar óskað er eftir sjúkraflutningsmönnum í forgangi en ekki er talin þörf á lækni.

4.2. Heilbrigðisstofnun Suðurnesja

Þjónustusvæði Heilbrigðisstofnunar Suðurnesja nær frá Hafnarfirði og suður eftir Reykjanesskaganum. Vegalengd frá Reykjavík er 57 km. Íbúafjöldi svæðisins var tæplega 22.000 1. desember 2008. Helmingur íbúa á þjónustusvæði stofnunarinnar var 25-64 ára.

Tafla 30. Mannfjöldi á þjónustusvæði Heilbrigðisstofnunar Suðurnesja

0-5 ára	6-14 ára	15-24 ára	25-44 ára	45-64 ára	65-74 ára	75 ára +	Samtals
2.039	2.980	3.396	6.475	4.779	1.096	799	21.564
9%	14%	16%	30%	22%	5%	4%	100%

Stofnunin skiptist í þrjú rekstrarsvið; heilsugæslusvið, sjúkrasvið og hjúkrunarsvið. Á sjúkrasviði eru 3 legudeildir, sameiginleg lyf- og handlækningadeild (D-deild), fæðinga- og kvensjúkdómadeild og endurhæfingardeild (A-deild). Að auki er þar deild sem sinnir göngudeildarþjónustu (B-deild), tvær skurðstofur, rannsóknadeild, röntgendeild og sjúkráþjálfun.

4.2.1. Lyflækninga- og handlækningadeild og endurhæfingardeild

Á lyflækninga- og handlækningadeild (D-deild) eru 23 legurúm. Deildin er blönduð deild sem er hér skipt niður í tvær þjónustudeildir í þeim tilgangi að meta umfang handlækninga og lyflækninga á sjúkrahúsinu. Þar leggjast inn einstaklingar eftir skurðaðgerðir, til endurhæfingar eftir skurðaðgerðir eða veikindi, vegna sárameðferðar, næringarvandamála, öldrunarvandamála, líknandi meðferðar og einnig koma einstaklingar í hvíldarinnlagnir svo eitthvað sé nefnt. Sérfræðingar lyflækninga hafa sérfræðiréttindi í lungna-, hjarta- og krabbameinslækningum og sérfræðingar handlækninga í almennum skurðlækningum og bæklunarlækningum.

Til að gæta samræmis í samanburði stofnana og útreikningum hefur starfsemi endurhæfingardeildar (A-deild) og göngudeildar (B-deild) og kostnaði vegna þeirra verið bætt við tölur lyflækninga. Endurhæfingardeildin er 10 legurúma deild og miðar starfsemin að því að bjóða einstaklingsmiðaða meðferð sjúklinga sem eru að stærstum hluta skurð- og endurhæfingarsjúklingar. Deildinni, sem er 5 daga deild, var breytt í 7

daga deild á tímabilinu janúar til maí 2008 vegna mikils álags á lyflækninga- og handlækningadeild.

Á lyf- og handlækninga- og endurhæfingardeild voru 13,4 stöðugildi hjúkrunarfræðinga, 23,3 stöðugildi sjúkraliða, 1,3 stöðugildi deildarritara og 4,6 stöðugildi lækna.

Lyflækningar og endurhæfing

Helstu sérgreinar lyflækninga eru lungna-, hjarta- og krabbameinslækningar. Á árinu 2008 voru 1.258 legur vegna lyflækninga og endurhæfingar. Heildarfjöldi legudaga var 8.899 og meðallegutími því 7,1 dagur. Þess ber að geta að þar af voru 1.515 legudagar (17% legudaga) vegna sjúklinga sem fluttir voru frá LSH eftir bæklunaraðgerðir. Meðallegutími þeirra var um 14 dagar og hefur það í för með sér lengri meðallegutíma og meðaldvöl en ella. Komur á dagdeild voru 797 og komur til sérfræðinga á göngudeild voru 2.703. Metinn fjöldi legudaga m.t.t. koma á dag- og göngudeild var 9.487 og meðaldvöl 2 sólarhringar.

Tafla 31. Framleiðsla lyflækninga og endurhæfingar á HSS

	Fjöldi innlagna (lega)	Fjöldi legudaga	Komur á dagdeild	Komur á göngudeild	Meðal- lega	Meðal- dvöl	Metinn fjöldi legudaga
Lyflækningar og endurhæfing	1.258	8.899	797	2.703	7,1	2,0	9.487

Hluti af kostnaði lyf- og handlækningardeildar var skilgreindur sem kostnaður við lyflækningar og kostnaði við endurhæfingardeild var bætt við. Heildarkostnaður vegna lyflækninga reiknaðist 505,6 m.kr. Meðalkostnaður legudags var 53,3 þús.kr. Meðalkostnaður á framleidda einingu eða meðaldvöl 106,3 þús.kr.

Tafla 32. Kostnaður lyf- og endurhæfingarlækninga á HSS

	Heildarkostnaður m.kr.	Kostnaður pr. legudag, þús.kr.	Einingarkostnaður, þús.kr.
Lyflækningar og endurhæfing	505,6	53,3	106,3

Handlækningar

Helstu sérgreinar skurð/handlækninga eru almennar skurðlækningar og bæklunarlækningar.

Heildarfjöldi skurðaðgerða⁵ var 1.093 (ca 1,1 aðgerð á sjúkling) og helstu aðgerðarflokkar voru í þessari röð:

1. Almennar skurðlækningar (31%)
2. Kvenlækningar (29%)
3. HNE (28%)
4. Lýtalækningar (9%)

Fjöldi innlagna var 453 árið 2008 og legudagar 1.414 og meðallegutími 3,1 dagar. Komur á dagdeild voru 168 og komur á göngudeild sérfræðilækna voru 2.495. Að teknu tilliti til þeirra var meðaldvölin 0,6 sólarhringar og metinn fjöldi legudaga var 1.731. Fjöldi lega sem voru tilkomnar vegna post-acute sjúklinga sem fóru í aðgerð á LSH var 86 og var meðallegutími þeirra um 14 sólarhringar.

Tafla 33. Framleiðsla handlækninga HSS

	Fjöldi innlagna (lega)	Fjöldi legudaga	Komur á dagdeild	Komur á göngudeild	Meðal-lega	Meðal-dvöl	Metinn fjöldi legudaga
Handlækningar	453	1.414	168	2.495	3,1	0,6	1.731

Samkvæmt reiknireglum sem stuðst var við mældist heildarkostnaður starfseminnar 274,1 m.kr. og meðalkostnaður legudags 158,4 þús.kr. Kostnaður við hverja framleidda einingu eða meðaldvöl vegna handlækningaþjónustu var 88 þús.kr. Hluti af legudögum sem skráðir eru vegna handlækninga eru vegna ferlisjúklinga á sólarhringsdeild.

Tafla 34. Kostnaður handlækninga HSS

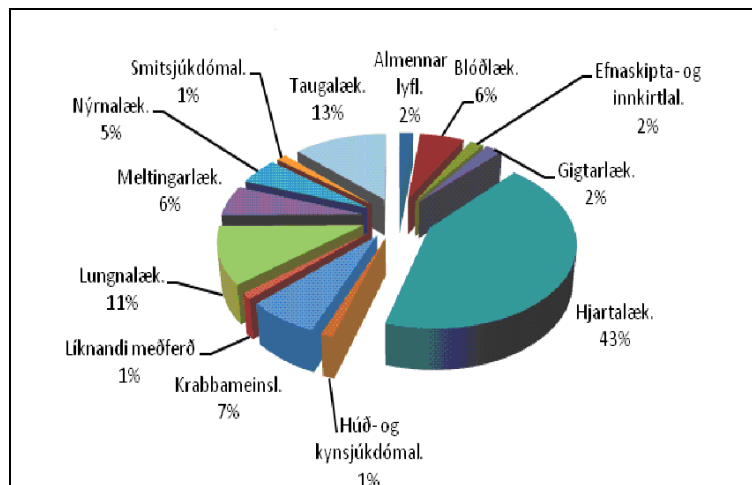
	Heildarkostnaður m.kr.	Kostnaður pr. legudag, þús.kr.	Einingarkostnaður, þús.kr.
Handlækningar	274,1	158,4	88,0

⁵ Hér er gefið gróft yfirlit algengustu aðgerðaflokka byggt á talningu á aðgerðum yfirflokka. Um er að ræða allar aðgerðir sem ætla má að gerðar séu á skurðstofu. Reynt er af fremsta megni að taka út allar aðrar skráðar aðgerðir s.s. speglanir, rannsóknir tengdar skurðaðgerðum, rafvendingar, aðgerðir vegna fæðingahjálpar sem gerðar eru á fæðingastofu, ásamt minniháttar aðgerðum á húð s.s. töku varta og fæðingabletta. Ath. hér er ekki um að ræða talningu á sjúklingum heldur á fjölda skráðra aðgerða.

4.2.2. Þjónusta LSH við lyflækningasjúklinga af þjónustusvæði HSS

Á árinu 2008 voru 425 legur sjúklinga af þjónustusvæði HSS á lyflækningasviði LSH. Heildarfjöldi legudaga voru 1.842 (5,1 legurými 100% nýting) og meðallegutími 4,3. Fjölmennustu hóparnir voru; hjartalækningar (43%), taugalækningar (13%), lungnalækningar (11%) og krabbameinslækningar (7%). Sjá nánar skiptingu lega eftir sérgreinum í mynd hér fyrir neðan.

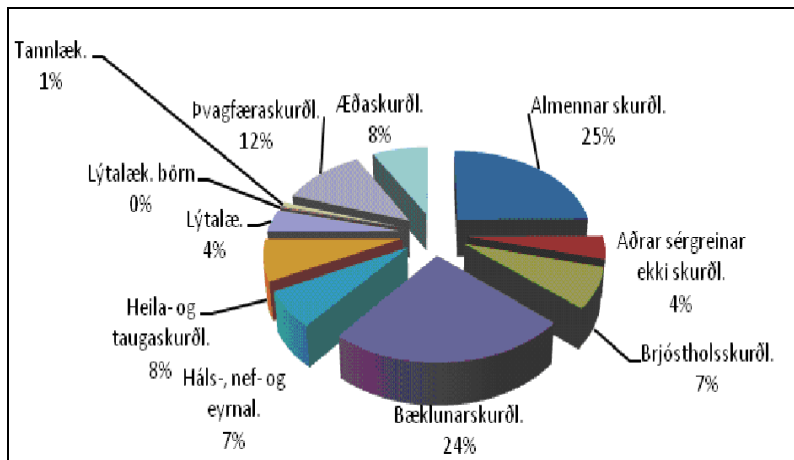
Mynd 5. Lyflækningasjúklingar LSH af Kragasvæði (Suðurnes), skipting legudaga



4.2.3. Þjónusta LSH við handlækningasjúklinga af þjónustusvæði HSS

Á árinu 2008 voru 535 legur sjúklinga af þjónustusvæði HSS á skurðlækningasviði LSH. Heildarfjöldi legudaga voru 1.905 (5,2 legurými 100% nýting) og meðallegutími 3,6. Fjölmennustu hóparnir voru; almennar skurðlækningar (25%), bæklunarskurðlækningar (24%), þvagfæraskurðlækningar (12%), æðaskurðlækningar (8%). Sjá nánar skiptingu lega eftir sérgreinum í mynd hér fyrir neðan.

Mynd 6. Skurðlækningasjúklingar LSH af þjónustusvæði Kragasjúkrahúsa (Suðurnes), skipting legudaga



4.2.4. Fæðinga- og kvensjúkdómadeild

Fæðinga- og kvensjúkdómadeild er 8 rúma deild sem er opin allan sólarhringinn, alla daga ársins. Sjá síðar varðandi opnunartíma skurðstofa fyrir fæðandi konur. Deildin þjónar fæðandi konum og konum með vandamál tengd meðgöngu og kvensjúkdómum. Fjöldi stöðugilda ljósmæðra er 7,14, stöðugildi sjúkraliða er 1,57, stöðugildi deildarritara er 0,35 og stöðugildi lækna er 1,36.

Fjöldi fæðinga á HSS var 251 og meðallegutími eftir fæðingar 2,2 sólarhringar. Hlutfall inngrípa var 35% og tíðni keisara 12%. Bráðakeisarar voru 11 eða 35% keisaraskurða. Vaktir svæfingalæknis eru frá kl. 08.00-20.00 á mánudögum, frá kl.08.00 á þriðjudagsmorgni til kl. 20:00 á fimmtudegi, utan þess tíma eru ekki framkvæmdir keisaraskurðir eða mænudeyfangar. Fjöldi kvenna sem fæddu á LSH en lágu sængurleguna á HSS var 42. Að meðaltali voru 35,2 fæðingar á stöðugildi ljósmóður (fjöldi stöðugildi ljósmæðra var 7,1) eða 2,9 á mánuði. Meðalvaktkostnaður skurð- og kvensjúkdóma- og fæðingalæknis er 55,4 þús.kr. á hverja fæðingu. Þá er miðað við kostnað við þá gæsluvaktarlínu (þyngd 0-9%) sem þjónar þessum sjúklingum. Hlutfall fæðinga á LSH af upptökusvæði HSu var 23%. Á meðan skurðstofan var lokuð yfir sumartímann var tæpur helmingur fæðandi kvenna sendur á LSH.

Tafla 35. Yfirlit fæðingaþjónustu HSS

Fjöldi fæðinga	251
Meðallegutími	2,2 (keisarar 3,2)
Hlutfall inngrípa, keisari, gangsetning, tangarfæðing og sogklukka.	35%
Tíðni keisara	31
	% keisara
	12%
	þar af valkeisari
	20
	þar af bráðakeisari
	11
Gangsetningar	19%
Fæðingarepidural	17%
Börn á vökudeild	0,4%
Heimaþjónusta	0%
Göngudeildarkomur pr.meðganga EKKI HEILSUGÆSLA	3,8
Hlutfall kvenna utan svæðis	5,6%

Samtals var fjöldi lega á deildinni 471 á árinu 2008. Legudagar voru 1.017 og var meðallegutími því 2,2 dagar að lengd. Komur á dagdeild voru 950 talsins og komur á göngudeild til sérfræðinga voru 899 talsins. Þegar tekið er mið af umfangi dag- og göngudeildar reiknast metinn fjöldi legudaga 1.305 og meðaldvöl 0,6 sólarhringar.

Tafla 36. Framleiðsla fæðinga- og kvensjúkdómadeildar HSS

	Fjöldi innlagna (lega)	Fjöldi legudaga	Komur á dagdeild	Komur á göngudeild	Meðal- lega	Meðal- dvöl	Metinn fjöldi legudaga
Fæðinga- og kvensjúkdómadeild	471	1.017	950	899	2,2	0,6	1.305

Heildarkostnaður við rekstur deildarinnar var 177,6 m.kr. og meðalkostnaður legudags 136,1 þús.kr. Meðalkostnaður dvalar eða framleiddrar einingar var 76,5 þús.kr.

Tafla 37. Kostnaður fæðinga- og kvensjúkdómadeildar HSS

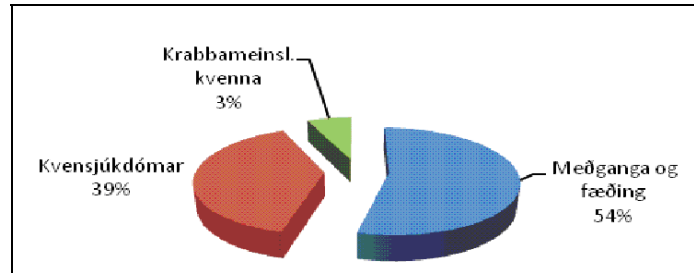
	Heildarkostnaður		Einingarkostnaður,
	m.kr.	Kostnaður pr. legudag,	þús.kr.
		þús.kr.	
Fæðinga- og kvensjúkdómadeild	177,6	136,1	76,5

4.2.5. Þjónusta LSH vegna fæðinga og kvensjúkdóma af þjónustusvæði HSS

Á árinu 2008 voru 304 legur sjúklinga af þjónustusvæði HSS á kvennasviði LSH. Heildarfjöldi legudaga voru 494 (1,3 legurými 100% nýting) og meðallegutími 1,6. Skipting á milli sérgreina; meðganga og fæðing (54%), kvensjúkdómar (39%) og

krabbameinslækningar (3%). Sjá nánar skiptingu lega eftir sérgreinum í mynd hér fyrir neðan.

Mynd 7. Fæðingar- og kvensjúkdómasjúklingar LSH af Kragasvæði (Suðurnes), skipting legudaga



4.2.6. Skurðstofur og svæfing

Á stofnuninni eru tvær skurðstofur en aðeins önnur er opin, og er hún opin frá mánudegi til fimmtudags. Vaktir eru á skurðstofu frá 16.00-20.00 á mánudögum, utan dagvinnu á þriðjudögum og miðvikudögum og til kl. 20.00 á fimmtudögum. Enginn starfandi svæfingalæknir er á stofnuninni en erlendir svæfingalæknar hafa verið fengnir til að sinna starfinu, oftast eina viku í senn. Skurð dagar voru 174 á árinu, meðalfjöldi skurðaðgerða á dag var 5,5, nýting á opnunartíma skurðstofu var 67,4% en nýting á ársgrundvelli var 44%. Hlutfall bráðaáðgerða var 5,5%.

Á skurðstofu og svæfingadeild voru 4,4 stöðugildi hjúkrunarfræðinga, 1,8 stöðugildi sjúkraliða, 1,4 stöðugildi almennra starfsmanna og 0,7 stöðugildi læknis

4.2.7. Rannsóknir og myndgreining

Á rannsóknadeild starfar yfirlæknir og þar voru 4,14 stöðugilda lífeindafræðinga á árinu 2008.

Fjöldi rannsókna var rúmlega 93 þúsund. Fjöldi rannsóknareininga var um 590 þúsund. Kostnaður rannsóknardeildar var 85,8 m.kr. og einingarkostnaður 145,6 kr. Flexlab tölvukerfið var innleitt á rannsóknadeildinni á árinu og leiðir það til betra svigrúms fyrir samvinnu við önnur Kragasjúkrahús og LSH.

Tafla 38. Rannsóknareiningar og kostnaður – HSS

Fjöldi eininga	Inniliggjandi	Ambulant	Kostnaður m.kr.	Einingakostnaður, kr.
589.622	77.615	512.007	85,8	145,6

Á myndgreiningardeild eru 2,9 stöðugildi geislafræðinga og 0,9 stöðugildi annarra. Þjónusta röntgenlækna er aðkeypt frá einkaaðilum.

Fjöldi myndgreininga var 6.092 (1,3 pr. sjúkling). Kostnaður myndgreiningardeildar nam 47,1 m.kr. og meðalkostnaður myndgreiningarrannsóknar var 7,725 kr.

Tafla 39. Fjöldi myndgreininga og kostnaður – HSS

Fjöldi rannsókna	Kostnaður	Meðalkostnaður myndgreiningar, kr.
6.092	47,1	7.725,4

4.2.8. Vaktir, starfsemi utan dagvinnu og aðkeypt þjónusta

Tvær samnýttar vaktir lækna eru á heilsugæslu og sjúkrasviði. Annar læknirinn er staðsettur í aðstöðu HSS við Mánagötu og fær hann greidda staðarvakt (kostnaður við slíka vakt er 52 m.kr. á ársgrunni), hann er bókaður að hluta á heilsugæslu (50%), og hinn er staðsettur á heilsugæslu og fær greitt fyrir gæsluvakt með 0-9% vaktaálagi auk „grænna seðla“. Athygli vekur:

- 1) Að þrátt fyrir að læknir sé á staðarvakt, staðsettur á Mánagötu þá er heilsugæslulæknir alltaf fyrst kallaður til.
- 2) Tveir læknar eru alltaf til staðar fyrir heilsugæsluna utan dagvinnu.
- 3) Laun heilsugæslulæknis eru öll bókuð á heilsugæsluna en samt á hann að vera fyrstur á staðinn ef eitthvað kemur upp á sjúkrahúsinu.

Fastur kostnaður vegna þessara vakta er 65,9 m.kr. auk þess sem heilsugæslulæknir fær greitt fyrir unnin verk skv. gjaldskrá.

Fæðingarlæknir og skurðlæknir skipta með sér einni gæsluvakt og fá þeir greitt samkvæmt gæsluvaktartaxta með 0-9% vaktaálagi. Að auki skipta fjórir læknar með sér bakvakt með lengri viðbragðstíma og fá greitt skv. taxta gæsluvaktar II. Það eru því fjórar

vaktlínur í gangi að jafnaði (ein staðarvakt, tvær gæsluvaktir I og ein gæsluvakt II). Þrír læknar af fjórtán búa á svæðinu.

Að auki eru vaktir á skurðstofu frá kl. 16.00-20.00 á mánudegi, frá kl.16:00-08.00 á þriðjudegi og miðvikudegi og frá kl. 16.00-20.00 á fimmtudegi. Vaktin er mönnuð af skurðlækni, svæfingalækni, hjúkrunarfræðingi og sjúkraliða.

Brunavarnir Suðurnesja annast sjúkraflutninga á þjónustusvæði HSS fyrir utan Grindavík, samkvæmt samningi við heilbrigðisráðuneytið, en um er að ræða samrekstur sjúkraflutninga og brunavarna. Á árinu 2008 nam samningsupphæðin 70 m.kr. Fjöldi flutninga var 2.066 og voru þar af 774 (37,5%) í forgangi 1 og forgangi 2⁶. HSS annast sjúkraflutninga í Grindavík. Kostnaður vegna þeirra var 13,6 m.kr. en fjöldi flutninga var 268. Fjöldi flutninga í forgangi 1 og forgangi 2 var 130 (48,5%). Samtals voru flutningar á þjónustusvæði HSS því 2.334 og hlutfall flutninga í forgangi 1 og 2, 38,7%.

4.2.9. Lokanir deilda

Endurhæfingardeild (A-deild), dag- og göngudeildarþjónusta (B-deild) og skurðstofa er lokað í 6 vikur yfir sumartímamann.

4.2.10. Rekstur

Á árinu 2008 var 38,1 m. kr. tekjuhalli á rekstri stofnunarinnar. Ríkisframlög námu 1.686,7 m.kr. en þar af voru 122,9 m.kr. á fjáraukalögum. Sértekjur stofnunarinnar námu 159,4 m.kr. Rekstrargjöld ársins voru 1.884,8 m.kr. Launakostnaður nam 1.414 m.kr. (75%), (þar til viðbótar kemur aðkeypt klínísk sérfræðiþjónusta, sem fellur undir önnur rekstrargjöld, að upphæð 45,1 m.kr.), annar rekstrarkostnaður nam 465 m.kr. (25%) og eignakaup 5,8 m.kr.

⁶ Forgangur 1 (F1) er þegar óskað er eftir sjúkraflutningsmönnum í forgangi og lækni er hafður með í för. Forgangur 2 (F2) er þegar óskað er eftir sjúkraflutningsmönnum í forgangi en ekki er talin þörf á lækni.

Tafla 40. Rekstraryfirlit - HSS

	m.kr	Hlutfall
Framlag ríkissjóðs	1.686,7	91%
Sértekjur	159,4	9%
Fjármagnstekjur	0,6	0%
Samtals	1.846,7	100,0%
Laun	-1.414,0	75%
Önnur rekstrargjöld	-449,3	24%
Eignakaup	-5,8	0%
Fjármagnsgjöld	-15,7	1%
Samtals	-1.884,8	100,0%
Rekstrarafkoma	-38,1	

4.3. Sjúkrahúsið og heilsugæslustöðin á Akranesi

Sjúkrahúsið og heilsugæslustöðin á Akranesi (SHA) sameinast öðrum heilbrigðisstofnunum og heilsugæslustöðvum á Vesturlandi nú um áramótin 2009-2010 og mun þjónustuvæðið ná frá Hvalfirði í suðri til Hvammstanga í norðri. Vegalengdin frá sjúkrahúsinu á Akranesi og til Landspítalans við Hringbraut er um 49 km. Heilbrigðisstofnunin Hvammstanga er lengst frá SHA af þeim stofnunum sem sameinast en fjarlægðin er 161 km og yfir Holtavörðuheiðina að fara. Á væntanlegu þjónustuvæði SHA bjuggu um 18 þúsund manns 1. desember 2008 en þar af voru um 7.300 manns á núverandi þjónustuvæði. Helmingur þeirra er á aldrinum 25-64 ára.

Tafla 41. Mannfjöldi á núverandi þjónustuvæði Heilbrigðisstofnunarinnar Akranesi

0-5 ára	6-14 ára	15-24 ára	25-44 ára	45-64 ára	65-74 ára	75 ára +	Samtals
641	1.005	1.145	1.947	1.696	437	400	7.271
9%	14%	16%	27%	23%	6%	6%	100%

Stofnunin skiptist í þrjú rekstrarsvið; heilsugæslusvið, sjúkrasvið og hjúkrunarsvið en innan sjúkrasviðs eru starfræktar lyflækningadeild, handlækningadeild, kvennadeild, skurð- og svæfingardeild, slysideild, endurkomu- og speglanadeild, myndgreiningardeild og rannsóknarstofa.

4.3.1. Lyflækningadeild

Lyflækningadeildin (A og L-deild), er 18 rúma deild. Þar er veitt almenn og bráðaþjónusta í lyflækningum allan sólarhringinn. Auk þess er veitt þjónusta á dagdeild. L-deild sinnir göngu- og dagdeildarþjónustu lyflækninga. Á lyflækningadeildinni er einn yfirlæknir í 80% starfi, meltingar-, gigt- og nýrnalæknar í hlutastörfum. Hjartasérfræðingur kemur einu sinni í viku. Fjöldi stöðugilda hjúkrunarfræðinga er 8,0, sjúkraliða 7,8 og eitt stöðugildi deildarritara.

Á deildinni er lögð áhersla á hjarta- og æðasjúkdóma, meltingarfærasjúkdóma, nýrnasjúkdóma og gigtssjúkdóma en einnig er veitt þjónusta á flestum sviðum almennra lyflækninga. Heildarfjöldi lega var 770 á árinu 2008, legudagar voru 4.529 og meðallegutími því tæplega 6 sólarhringar. Komur á dagdeild voru 223 og komur á

göngudeild 2.538. Metinn fjöldi legudaga var 4.907, en hann endurspeglar fjölda legudaga þegar göngudeildar- og dagdeildarþjónustu hefur verið bætt við legur samkvæmt ákveðinni reiknireglu. Að teknu tilliti til þessa mælist meðaldvöl allra lega og koma á deildina 1,4 sólarhringar.

Tafla 42. Framleiðsla lyflækningadeildar SHA

	Fjöldi innlagna (lega)	Fjöldi legudaga	Komur á dagdeild	Komur á göngudeild	Meðal- lega	Meðal- dvöl	Metinn földi legudaga
Lyflækningadeild (A og L-deild)	770	4.529	223	2.538	5,9	1,4	4.907

Rekstrarkostnaður deildarinnar var 436,7 m.kr. á árinu og var meðalkostnaður á legudag 89 þús.kr. og meðalkostnaður á framleidda einingu eða meðaldvöl 123,7 þús.kr.

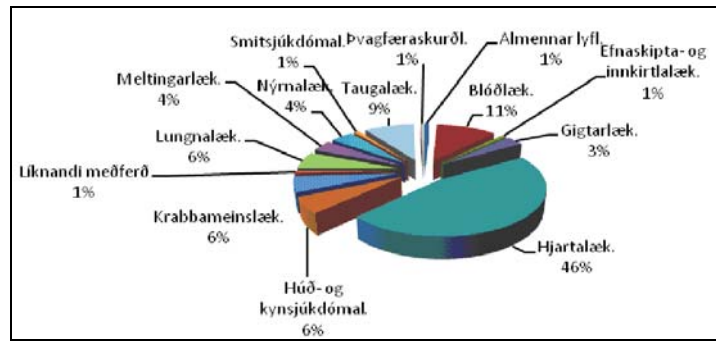
Tafla 43. Kostnaður lyflækningadeildar SHA

	Heildarkostnaður, m.kr.	Kostnaður pr. legudag, þús.kr.	Einingakostnaður, þús.kr.
Lyflækningadeild	436,7	89,0	123,7

4.3.2. Þjónusta LSH við lyflækningasjúklinga af þjónustusvæði SHA

Á árinu 2008 voru 337 legur sjúklinga af verðandi þjónustusvæði Sjúkrahússins á Akranesi á lyflækningasviði LSH. Heildarfjöldi legudaga voru 1.913 (5,2 legurými 100% nýting) og meðallegutími 5,7. Fjölmennustu leguhóparnir voru; hjartalækningar (46%), blóðlækningar (11%) og taugalækningar (9%). Sjá nánar skiptingu lega eftir sérgreinum á mynd hér fyrir neðan.

Mynd 8. Lyflækningasjúklingar LSH af Kragasvæði (Akranes), skipting legudaga



4.3.3. Handlækningadeild

Á handlækningadeild (B og D-deild) eru 10 legurými. Sérgreinar lækna eru skurð- og lýtalækningar í 50% starfi, bæklunarskurðlækningar í 60% starfi og háls- nef- og eyrnalækningar (HNE) í 24% starfshlutfalli. Yfirlæknir er í 80% stöðu og aðstoðarlæknar á deildinni eru 2. Fjöldi stöðugilda hjúkrunarfræðinga er 6,7, sjúkraliða 7,2 og eitt stöðugildi deildarritara. D – deild sinnir göngu- og dagdeildarþjónustu handlækninga.

Heildarfjöldi skurðaðgerða var 1.816⁷ (ca 1,3 aðgerðir á sjúkling) og helstu aðgerðarflokkar voru þessir:

1. Kvensjúkdómar (20%)
2. HNE (19%)
3. Bæklunarlækningar (15%)
4. Meltingarfæralækningar (14%)

Fjöldi innlagna á deildinni var 603 á árinu 2008 og þar af voru 366 sem lagðir voru inn í aðgerð. Fjöldi sjúklinga sem lagðir voru inn á deildina eftir að hafa fengið bráðþjónustu á LSH var 36. Um 32% innlagna voru bráðainnlagnir. Fjöldi legudaga var 2.938 og meðallegutími 4,9 sólarhringar. Dagdeildarkomur voru 375 talsins og göngudeildarkomur 4.006. Metinn fjöldi legudaga var 3.521 og meðaldvöl 0,7 sólarhringar.

⁷ Hér er gefið gróft yfirlit algengustu aðgerðaflokka byggt á talningu á aðgerðum yfirflokka. Um er að ræða allar aðgerðir sem ætla má að gerðar séu á skurðstofu. Reynt er af fremsta megni að taka út allar aðrar skráðar aðgerðir s.s. speglanir, rannsóknir tengdar skurðaðgerðum, rafvendingar, aðgerðir vegna fæðingahjálpar sem gerðar eru á fæðingastofu, ásamt minniháttar aðgerðum á húð s.s. töku varta og fæðingabletta. Ath. hér er ekki um að ræða talningu á sjúklingum heldur á fjölda skráðra aðgerða.

Tafla 44. Framleiðsla handlækningadeildar SHA

	Fjöldi innlagna (lega)	Fjöldi legudaga	Komur á dagdeild	Komur á göngudeild	Meðal- lega	Meðal- dvöl	Metinn földi legudaga
Handlækningadeild	603	2.938	375	4.006	4,9	0,7	3.521

Rekstrarkostnaður deildarinnar var reiknaður 469,8 m.kr. og var meðalkostnaður á legudag 133,4 þús.kr. Meðalkostnaður á framleidda einingu eða meðaldvöl var 94,3 þús.kr.

Tafla 45. Kostnaður handlækningadeildar SHA

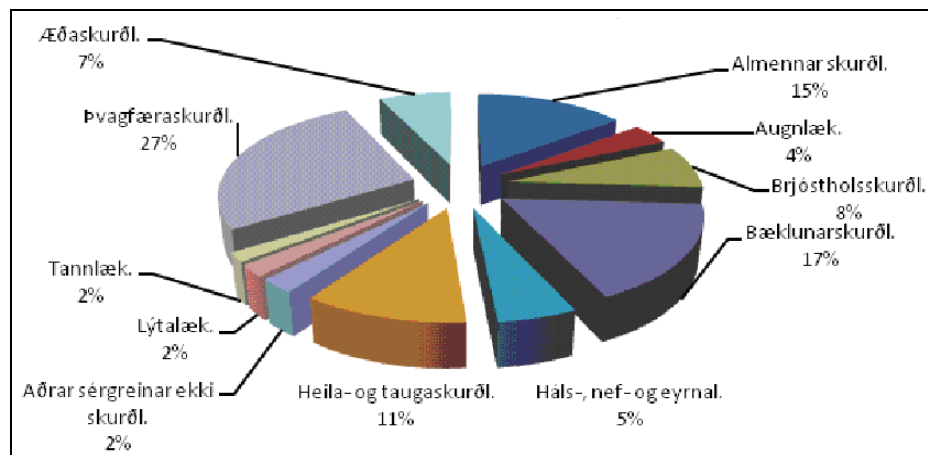
	Heildarkostnaður, m.kr.	Kostnaður pr. legudag, þús.kr.	Einingakostnaður, þús.kr.
Handlækningadeild	469,8	133,4	94,3

Á SHA voru gerðar 120 liðskiptaaðgerðir en þær eru kostnaðarsamur þáttur í rekstri deildarinnar. Til að mynda er meðalkostnaður íhluta pr. aðgerð 344 þús.kr. og þá er ekki meðtalinn efniskostnaður skurðstofu, svæfingalyf og þ.h.

4.3.4. Þjónusta LSH við handlækningasjúklinga af þjónustusvæði SHA

Á árinu 2008 voru 394 legur sjúklinga af væntanlegu þjónustusvæði Sjúkrahússins á Akranesi á skurðlækningasviði LSH. Heildarfjöldi legudaga voru 1.983 (5,3 legurými 100% nýting) og meðallegutími 5,4. Fjölmennustu hóparnir voru; þvagfæraskurðlækningar (27%), bæklunarskurðlækningar (17%), almennar skurðlækningar (15%) og heila- og taugaskurðlækningar (11%). Sjá nánar skiptingu lega eftir sérgreinum á mynd hér fyrir neðan.

Mynd 9. Skurðlækningasjúklingar LSH af Kragasvæði (Akranes), skipting legudaga



4.3.5. Kvinnadeild

Kvinnadeild SHA er 10 rúma deild og er hún opin allan sólarhringinn og veitir alla almenna þjónustu og bráðaþjónustu tengda kvensjúkdómum, meðgöngu, fæðingu og sængurlegu. Samkvæmt aðgerðaskrá í ársskýrslu (að frádregnum speglunum og rannsóknaraðferðum tengdum skurðlækningum) voru um 65% aðgerða tengdar fæðingarhjálp, um 25% voru aðgerðir á kynfærum kvenna og um 10% minniháttar skurðaáðgerðir.

Við deildina starfa ljósmæður í 6,7 stöðugildum og tveir sérfræðingar í kvensjúkdómum og fæðingahjálp. Erfiðlega hefur gengið að fá ljósmæður til sumarafleysinga og því hafa ljósmæður stofnunarinnar bætt við sig starfshlutfalli á þeim tíma.

Fjöldi fæðinga á SHA var 262 og meðallegutími eftir fæðingu 3,4 sólarhringar. Hlutfall inngripa var 43% (keisari, gangsetning, sogklukka, tangir) og tíðni keisara 20%. Bráðakeisarar voru 26 eða 50% keisaraskurða. Fjöldi kvenna sem fæddu á LSH en lágu sængurleguna á SHA var 25. Að meðaltali var 39,1 fæðing á hvert stöðugildi ljósmóður, eða 3,2 fæðingar í mánuði. Vaktkostnaður lækna (skurð-, kvensjúkdóma og fæðingalækna) á hverja fæðingu eru 86,6 þús.kr.. Þá er miðað við kostnað við eina gæsluvaktarlínu (þyngd 20-29%) sem þjónar þessum sjúklingum. Fjöldi fæðinga á verðandi upptökusvæði SHA var 257. Nokkuð er um að konur af höfuðborgarsvæði og

víðar af landinu kjósi að fæða börn sín á SHA. Á árinu 2008 fæddu 79 konur til heimilis utan upptökusvæðis á SHA en 74 konur af verðandi upptökusvæði SHA fæddi á LSH.

Tafla 46. Yfirlit fæðingajónustu SHA

Fjöldi fæðinga	262
Meðallegutími	3,4
Hlutfall inngrípa, keisari, gangsetning, tangarfæðing og sogklukka	43%
Tíðni keisara	52
	% keisara
	20%
	þar af valkeisari
	26
	þar af bráðakeisari
	26
Gangsetningar	18%
Fæðingarepidural	44%
Börn á vökudeild	3,1%
Heimajónusta	
Göngudeildarkomur pr.meðganga EKKI HEILSUGÆSLA	2,3
Hlutfall kvenna utan svæðis	30%

Á kvennadeild voru 456 legur og 1.650 legudagar. Komur á dagdeild voru 281 og komur á göngudeild 2.144. Starfsemi göngudeildar jókst til muna frá fyrra ári en skv. árskýrslu er hér um að ræða eftirlit með mæðrum í áhættuhópi á meðgöngu. Meðallegutími á deildinni var 3,6 sólarhringar. Metinn fjöldi legudaga var 1.998 sólarhringar og meðaldvöl 0,7 sólarhringar.

Tafla 47. Framleiðsla kvennadeildar SHA

	Fjöldi innlagna (lega)	Fjöldi legudaga	Komur á dagdeild	Komur á göngudeild	Meðal- lega	Meðal- dvöl	Metinn földi legudaga
Kvennadeild	456	1.650	281	2.144	3,6	0,7	1.998

Rekstrarkostnaður deildarinnar var reiknaður 290,4 m.kr. og var meðalkostnaður á legudag 145,4 þús.kr. Kostnaður meðaldvalar eða framleiddrar einingar 100,8 þús.kr.

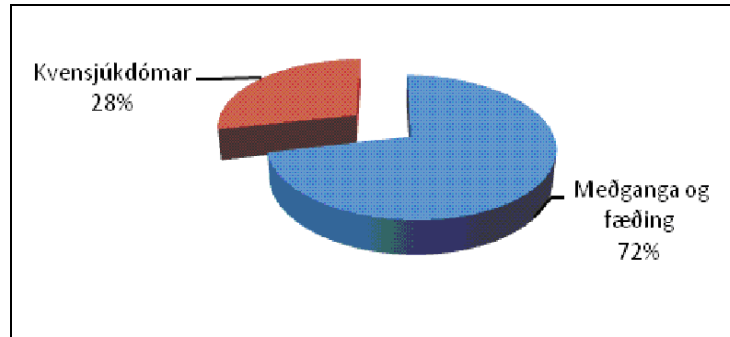
Tafla 48. Kostnaður kvennadeildar SHA

	Heildarkostnaður, m.kr	Kostnaður pr. legudag, þús.kr.	Einingakostnaður, þús.kr.
Kvennadeild	290,4	145,4	100,8

4.3.6. Þjónusta LSH vegna fæðinga- og kvensjúkdóma af þjónustusvæði SHA

Á árinu 2008 voru 179 legur sjúklinga af væntanlegu þjónustusvæði Sjúkrahússins á Akranesi á kvennasviði LSH. Heildarfjöldi legudaga voru 504 (1,4 legurými 100% nýting) og meðallegutími 2,8. Skipting lega á milli sérgreina var þannig að meðganga og fæðing voru 72% og kvensjúkdómar 28%. Sjá nánar skiptingu lega eftir sérgreinum á mynd hér fyrir neðan.

Mynd 10. Fæðingar- og kvensjúkdómasjúklingar LSH af Kragasvæði (Akranes), skipting legudaga



4.3.7. Skurðstofur og svæfing

Á deildinni eru tvær stórar skurðstofur og ein minni sem er notuð fyrir HNE aðgerðir. Tvær skurðstofur eru opnar á dagvinnutíma nema á sumrin. Skurð dagar voru 520 og fjöldi aðgerða 1.816 en fjöldi sjúklinga í aðgerð 1.417. Meðalfjöldi aðgerða á dag var 2,7 og nýting skurðstofa 5,2-6,1 klst./skurðdag. Hlutfallsleg nýting á skurðstofu á skurðdögum var 65-75% en 40,3% á ársgrundvelli Hlutfall bráða aðgerða var 20,7%.

Á skurðstofu eru 4,3 stöðugildi skurðhjúkrunarfræðinga, hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða. Á svæfingadeild eru 4,4 stöðugildi svæfingahjúkrunarfræðinga og hjúkrunarfræðinga og 1,0 stöðugildi almenns starfsmanns á skoli og 1,0 í sóttþreinsun. Tveir svæfingalæknar starfa á deildinni.

4.3.8. Rannsóknir og myndgreining

Á rannsóknarstofu SHA voru 3,55 stöðugildi lífeindafræðinga og 1,9 stöðugildi sjúkraliða. Sérfræðilæknir var starfandi á rannsóknarstofunni hluta ársins. Utan dagvinnu

eru lífeindafræðingar á gæsluvöktum. Erfiðlega hefur gengið að fá afleysara yfir sumartímamann og hefur því verið mikið álag á þeim tíma.

Kostnaður við rekstur rannsóknardeildar nam 62,4 m.kr., brúttó en tekjur vegna „ambulanti“ sjúklinga námu 19,2 m.kr. Fjöldi rannsóknareininga var ríflega 299 þúsund. Meðalkostnaður einingar var 208,2 kr.

Tafla 49. Rannsóknareiningar og kostnaður - SHA

Fjöldi eininga	Inniliggjandi	Ambulant	Aðrar stofnanir	Kostnaður m.kr.	Einingakostnaður, kr.
299.433	114.500	130.402	54.531	62,4	208,2

Flexlab tölvukerfið var innleitt á deildinni á árinu og skapar það betra svigrúm til samvinnu við LSH og önnur Kragasjúkrahús.

Við myndgreiningar starfa 3 geislafræðingar í fullu starfi. Þeir skipta með sér bakvöktum utan dagvinnu. Tveir röntgenlæknar starfa við deildina og koma þeir tvisvar í viku. Allur búnaður myndgreiningardeildarinnar var endurnýjaður á árinu 2006 og nýtt tölvusneiðmyndataeki var tekið í notkun í byrjun árs 2007. Kostnaður við rekstur myndgreiningardeildar nam 39,1 m.kr. og var fjöldi myndgreiningareininga 72,7 þúsund. Einingarkostnaður var 538,1 kr.

Tafla 50. Myndgreiningareiningar og kostnaður SHA

Fjöldi eininga	Inniliggjandi	Ambulant	Aðrar stofnanir	Kostnaður m.kr.	Einingakostnaður, kr.
72.660	25.370	45.960	1.330	39,1	538,1

Fjöldi myndgreiningarrannsókna var 7.051 og kostnaður per rannsókn um 5.545 krónur.

Tafla 51. Myndgreiningarrannsóknir kostnaður SHA

Fjöldi rannsókna	Inniliggjandi	Ambulant	Kostnaður m.kr.	Einingakostnaður, kr.
7.051	1.831	5.220	39,1	5.544,6

4.3.9. Vaktir, starfsemi utan dagvinnu og aðkeypt þjónusta

Einn sérfræðilæknir er á gæsluvakt á hverri legudeild sjúkrahússins auk svæfingadeildar alla daga ársins. Því eru fjórar vaktlínur lækna á sjúkrahúsinu og er vaktaálagið 20-29% (kostnaður við hverja slíka vakt er tæplega 23 m.kr. á ársgrunni). Á skurðeild eru 2 hjúkrunarfræðingar á vakt alla daga ársins og 1 hjúkrunarfræðingur á svæfingadeild. Geislafræðingur er á bakvakt á myndgreiningadeild og lífeindafræðingur á

rannsóknardeild. Ennfremur er ein vaktlína heilsugæslulæknis á heilsugæslustöð, með 0-9% vaktaálagi. Til viðbótar við vaktlaun er greitt skv. gjaldskrá („grænir seðlar“).

Allir þeir sem taka vaktir utan dagvinnutíma eru staðsettir á Akranesi á meðan vakt stendur.

Tveir sjúkraflutningamenn eru á vakt allan ársins hring og fjöldi sjúkraflutninga var 669 á árinu. Þar af voru 84 flutningar í forgangi 1 (F1) og 88 flutningar í forgangi 2 (F2)⁸ eða samtals 26%. Kostnaður vegna sjúkraflutninga var 40,7 m.kr.

4.3.10. Lokanir deilda

Lyf- og handlækningadeild voru sameinaðar frá 10. júní til 9. ágúst og einnig um jól og áramót. Einungis var hægt að reka eina skurðstofu af tveimur á sumartíma, vegna mönnunarörðugleika.

4.3.11. Rekstur

Á árinu 2008 var 23,7 m. kr. tekjuafgangur af rekstri stofnunarinnar. Ríkisframlög námu 1,571 m.kr. en þar af voru 43,3 m.kr. á fjárukalögum. Sértekjur stofnunarinnar námu 108,7 m.kr. Rekstrargjöld ársins voru 1.656,0 m.kr. Launakostnaður nam 1.238,7 m.kr. (75%) (þar til viðbótar var 69,3 m.kr. vegna aðkeyptar klínískrar sérfræðiþjónustu, sem tilheyrir öðrum rekstrargjöldum), annar rekstrarkostnaður nam 417 m.kr. (25,%) og eignakaup 0,2 m.kr.

Tafla 52. Rekstaryfirlit - SHA

	m.kr.	Hlutfall
Framlag ríkissjóðs	1.571,0	94%
Sértekjur	108,7	6%
Samtals	1.679,7	100,0%
Laun	-1.238,7	75%
Annar rekstrarkostnaður	-417,0	25%
Eignakaup	-0,2	0%
Samtals	-1.655,9	100,0%
Rekstrarafkoma	23,7	

⁸ Forgangur 1 (F1) er þegar óskað er eftir sjúkraflutningsmönnum í forgangi og lækni er hafður með í för. Forgangur 2 (F2) er þegar óskað er eftir sjúkraflutningsmönnum í forgangi en ekki er talin þörf á lækni.

4.4. St. Jósefsspítali

Þjónustusvæði STJÓ tilheyrir heilbrigðisumdæmi höfuðborgarsvæðisins og nær þjónustusvæðið frá Hafnarfirði að Kjalarnesi, auk Þingvallasveitar og Seltjarnarness. Rúmur helmingur íbúa er 25-64 ára.

Tafla 53. Mannfjöldi þjónustusvæðis STJÓ

0-5 ára	6-14 ára	15-24 ára	25-44 ára	45-64 ára	65-74 ára	75 ára +	Samtals
17.093	23.664	29.125	61.176	47.585	11.562	11.380	201.585
8%	12%	14%	30%	24%	6%	6%	100%

Árið 1998 gerði STJÓ þjónustusamning við ríkið um ferliverk. Þrátt fyrir að spítalinn hafi verið skilgreindur sem umdæmissjúkrahús á höfuðborgarsvæðinu skv. reglugerð 785 frá 2007 eru ferliverk skv. þjónustusamningum nú um helmingur af allri þeirri þjónustu sem sjúkrahúsið veitir. Ferliverkasjúklingar STJÓ koma allsstaðar að af landinu.

Stofnunin skiptist í 2 rekstrarsvið; sjúkrasvið og hjúkrunarsvið (Sólvangur). Á sjúkrahúsinu eru reknar tvær megindeildir, lyflækningadeild og handlækningadeild. Meltingarsjúkdómadeild heyrir undir lyflækningadeild og augndeild undir handlækningadeild. Auk þess er rannsóknadeild, myndgreiningardeild og skurð- og svæfingadeild. Á sjúkrahúsinu starfa um 100 starfsmenn í mismunandi starfshlutföllum, en við þennan hóp bætast allt að 40 læknar sem vinna í verktöku í mjög mismunandi starfshlutföllum.

4.4.1. Lyflækningadeild

Á lyflækningadeild eru 22 legurúm. Meginhlutverk lyflækningadeildar er að veita sértæka meltingar- og almenna lyflækningaþjónustu. Helstu verkefni meltingarsjúkdómadeildar, sem tengist lyflækningadeildinni, eru speglanir. Þar eru m.a. gerðar holsjárhyllkisrannsóknir (*Video capsule endoscopy*) og aðrar sérhæfðar rannsóknir á meltingarfærum.

Á lyflækningadeild voru 13,6 stöðugildi hjúkrunarfræðinga, 10,4 stöðugildi sjúkraliða og 3,0 stöðugildi annarra starfsmanna.

Á deildinni störfuðu 5 meltingarsérfræðingar og 1 innkirtlasérfræðingur sem skiptu með sér 2,5 stöðugildum. Greiðslur til aðkeyptrá sérfræðinga á deildinni voru um 66 m.kr. eða rúmar 26 m.kr. á stöðugildi.

Á árinu 2008 var fjöldi lega á lyflækningadeild 1.410. Fjöldi legudaga var 6.428 og meðallegutími var 4,6 dagar. Fjöldi koma á dagdeild var 300 og komur á göngudeild sérfræðinga meltingarsjúkdóma voru 3.750 og teljast þeir hér með lyflækningum. Metinn fjöldi legudaga m.t.t. koma á dag- og göngudeild var 6.977 og meðallengd dvalar á deildinni var 1,3 sólarhringar. Samkvæmt samningi við LSH eru 10 rúm ætluð fyrir innlögn fyrir post-acute sjúklinga frá sérgreinum lyflækninga frá LSH. Nýting LSH rúma var 84%.

Tafla 54. Framleiðsla lyflækningadeildar STJÓ

	Fjöldi innlagna (lega)	Fjöldi legudaga	Komur á dagdeild	Komur á göngudeild	Meðal- lega	Meðal- dvöl	Metinn földi legudaga
Lyflækningadeild	1.410	6.428	300	3.750	4,6	1,3	6.977

Heildarkostnaður við rekstur deildarinnar var 517,9 m.kr. og meðalkostnaður legudags 74,2 þús.kr. Einingarkostnaður eða kostnaður pr. meðaldvöl var 94,9 þús. kr.

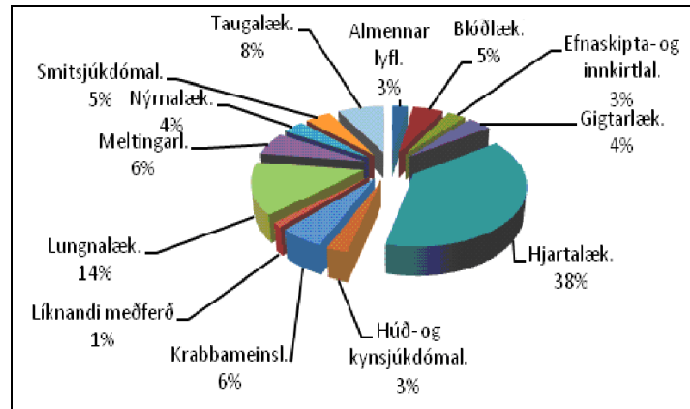
Tafla 55. Kostnaður lyflækningadeild STJÓ

	Heildarkostnaður m.kr.	Kostnaður pr. legudag, þús.kr.	Einingarkostnaður, þús.kr.
Lyflækningadeild	517,9	74,2	94,9

4.4.2. Þjónusta LSH við lyflækningasjúklinga af þjónustusvæði STJÓ

Á árinu 2008 voru 742 legur sjúklinga úr Hafnarfirði á lyflækningasviði LSH. Heildarfjöldi legudaga voru 5.511 (15,1 legurými 100% nýting) og meðallegutími 7,4. Fjölmennustu leguhóparnir voru; hjartalækningar (38%), lungnalækningar (14%), og taugalækningar (8%). Sjá nánar skiptingu lega eftir sérgreinum í mynd hér fyrir neðan.

Mynd 11. Lyflækningasjúklingar LSH af Kragasvæði (St. Jóseps.), skipting legudaga



4.4.3. Handlækningadeild

Á handlækningadeildinni eru 21 legurúm. Handlækningadeildin er opin frá 7:30 á mánudögum til kl 16 á föstudögum eða fram á laugardag eftir tegund aðgerða. Ólíkt öðrum Kragasjúkrahúsum eru kvenlækningasjúklingar þjónustaðir á handlækningadeild en ekki sérstakri kvennadeild. Auk kvenlækninga eru þarna skurðaðgerðir á sviði lýtalækninga og almennra skurðlækninga auk tannviðgerða sem krefjast svæfingar.

Við handlækningadeild störfuðu 25 aðkeyptir sérfræðingar í u.þ.b. 3,15 stöðugildum. Þar af skiptu 5 lýtalækna með sér 0,2 stöðugildum. Greiðslur til þeirra námu 2,3 m.kr. eða um 11 m.kr. á stöðugildi. Tveir HNE læknar skipta með sér 0,2 stöðugildum. Greiðslur til þeirra námu 8,1 m.kr. eða um 32 m.kr. á stöðugildi. Bæklunarlækna voru 8 og skiptu þeir með sér um 0,55 stöðugildum. Greiðslur til þeirra voru um 9 m.kr. eða tæpar 20 m.kr. á stöðugildi. Fjórir kvensjúkdómalækna skiptu með sér u.þ.b. 1,1 stöðugildi. Greiðslur til þeirra voru 31,5 m.kr. eða 28,6 m.kr. á stöðugildi. Tveir almennir skurðlækna skiptu með sér 0,3 stöðugildum. Greiðslur til þeirra voru rúmlega 6 m.kr. eða um 30 m.kr. á stöðugildi. Fjórir augnlækna skipta með sér 0,75 stöðugildum og greiðslur til þeirra námum rúmum 36 m.kr. á stöðugildi. (HNE- og augnlæknir starfa skv.

samningi við Sjúkratryggingar Íslands). Á deildinni voru 5,5 stöðugildi hjúkrunarfræðinga, 2,8 stöðugildi sjúkraliða og 1,5 stöðugildi annarra starfsmanna.

Heildarfjöldi skurðaðgerða⁹ var 2.828 (ca 1,3 aðgerð á sjúkling) og helstu aðgerðir sem framkvæmdar voru á stofnuninni:

1. Kvenlækningar (34%)
2. Augnlækningar (27%)
3. Bæklunarlækningar (14%)
4. HNE (11%).

Inn á deildina voru lagðir 2.189 sjúklingar og þar af voru 1.007 ferlisjúklingar á sólarhringsdeild. Fjöldi legudaga var 2.744 og meðallegutími var 1,3 sólarhringar. Komur á dagdeild voru 410 og komur á göngudeild sérfræðinga voru 725 og er þar um að ræða augnaðgerðarsjúklinga. Að teknu tilliti til koma á dag- og göngudeild var metinn fjöldi legudaga 3.089 og meðaldvöl á deildinni 0,9 sólarhringar. Engin rúm eru aðgengileg fyrir post-acute sjúklinga frá LSH.

Tafla 56. Framleiðsla handlækningadeildar STJÓ

	Fjöldi innlagna (lega)	Fjöldi legudaga	Komur á dagdeild	Komur á göngudeild	Meðal- lega	Meðal- dvöl	Metinn földi legudaga
Handlækningadeild	2.189	2.744	410	725	1,3	0,9	3.089

Kostnaður við rekstur deildarinnar var 485,2 m.kr. og meðalkostnaður legudags 157,1 þús.kr. Meðalkostnaður dvalar (framleiddrar einingar) var 146 þús.kr.

Tafla 57. Kostnaður handlækningadeildar STJÓ

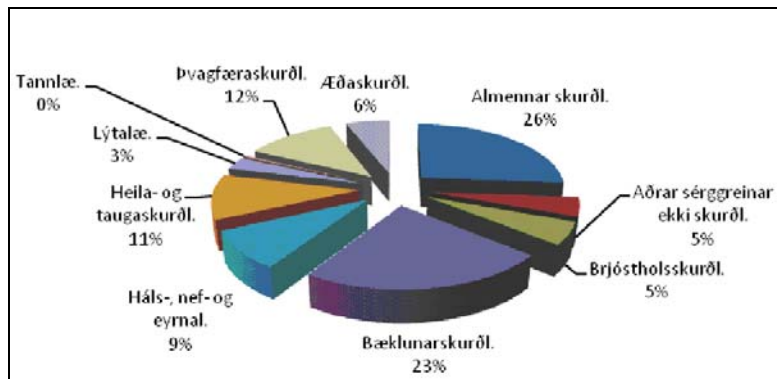
	Heildarkostnaður m.kr.	Kostnaður pr. legudag, þús.kr.	Einingarkostnaður, þús.kr.
Handlækningadeild	485,2	157,1	146,0

⁹ Hér er gefið gróft yfirlit algengustu aðgerðaflokka byggt á talningu á aðgerðum yfirflokka. Um er að ræða allar aðgerðir sem ætla má að gerðar séu á skurðstofu. Reynt er af fremsta megni að taka út allar aðrar skráðar aðgerðir s.s. speglanir, rannsóknir tengdar skurðaðgerðum, rafvendingar, aðgerðir vegna fæðingahjálpar sem gerðar eru á fæðingastofu, ásamt minniháttar aðgerðum á húð s.s. töku varta og fæðingabletta. Ath. hér er ekki um að ræða talningu á sjúklingum heldur á fjölda skráðra aðgerða.

4.4.4. Þjónusta LSH við handlækningasjúklinga af þjónustusvæði STJÓ

Á árinu 2008 voru 837 legur sjúklinga úr Hafnarfirði á skurðlækningasviði LSH. Heildarfjöldi legudaga voru 3.269 (8,9 legurými 100% nýting) og meðallegutími 4,1. Fjölmennustu hóparnir voru; almennar skurðlækningar (26%), bæklunarskurðlækningar (23%), þvagfæraskurðlækningar (12%), heila- og taugaskurðlækningar (11%). Sjá nánar skiptingu lega eftir sérgreinum í mynd hér fyrir neðan.

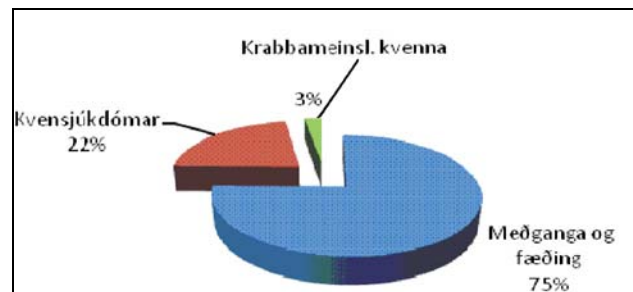
Mynd 12. Skurðlækningasjúklingar LSH af Kragasvæði (STJÓ), skipting legudaga



4.4.5. Þjónusta LSH vegna fæðinga og kvensjúkdóma af þjónustusvæði STJÓ

Á árinu 2008 voru 1.059 legur sjúklinga úr Hafnarfirði á kvennasviði LSH. Heildarfjöldi legudaga voru 1.875 (5,1 legurými 100% nýting) og meðallegutími 1,8. Skipting á milli sérgreina; meðganga og fæðing (75%), kvensjúkdómar (22%) og krabbameinslækningar (3%). Sjá nánar skiptingu lega eftir sérgreinum í mynd hér fyrir neðan.

Mynd 13. Fæðingar- og kvensjúkdómasjúklingar LSH af Kragasvæði (STJÓ), skipting legudaga



4.4.6. Skurðstofur og svæfing

Á stofnuninni eru þrjár skurðstofur, tvær eru í meginbyggingu og sú þriðja í göngudeildarhúsi (sú skurðstofa er eingöngu notuð undir augnaðgerðir). Opnunartími skurðstofa er 8 tímar á virkum dögum. Skurð- og svæfingadeild er lokuð 6-7 vikur á sumrin og oftast í viku í kringum jól og páska. Öll skurðlækna- og svæfingalæknaþjónusta er aðkeypt.

Skurðdagar voru 414 á árinu, meðalfjöldi skurðaðgerða á dag var 6,8, nýting á opnunartíma skurðstofu var >80,% en nýting á ársgrundvelli var 62,5%. Engar bráðaaðgerðir voru gerðar.

Á skurðstofu voru 7,2 stöðugildi hjúkrunarfræðinga og 3,0 stöðugildi almennra starfsmanna. Á svæfingadeild voru 2,3 stöðugildi hjúkrunarfræðinga. Svæfingum sinntu 9 aðkeyptir svæfingalæknar sem skiptu með sér u.þ.b. 1,3 stöðugildum. Greiðslur til þeirra voru 46,4 m.kr. á árinu (um 35,7 m.kr. á stöðugildi).

4.4.7. Rannsóknir og myndgreining

Á rannsóknadeild voru 2,6 stöðugildi lífeindafræðinga og eitt stöðugildi aðstoðarmanns. Deildin er opin 5 daga vikunnar. Að auki eru lífeindafræðingur á bakvöktum fyrir spítalann utan hefðbundins vinnutíma. Sjúklingar koma frá stofum sérfræðinga og frá heilsugæslustöðvum á svæðinu, auk sjúklinga frá deildum STJÓ að sjálfsögðu.

Fjöldi rannsókna sem framkvæmdar voru á rannsóknarstofu var 47.265 og fjöldi rannsóknareininga 227.134. Kostnaður við rekstur deildarinnar var 36 m.kr. og meðalkostnaður rannsóknareiningar var 158,4 kr.

Tafla 58. Rannsóknareiningar og kostnaður – STJÓ

Fjöldi eininga	Inniliggjandi	Ambulant	Aðrar stofnanir	Kostnaður m.kr.	Einingakostnaður, kr.
227.134	70.036	96.078	61.020	36,0	158,4

Á myndgreiningadeild störfuðu 2,4 stöðugildi geislafræðinga. Deildin er opin 5 daga vikunnar. Einn sérfræðingur í röntgenlækningum starfar við deildina að jafnaði. Fjöldi myndgreiningarrannsókna var 4.498 og þar af voru 540 rannsóknir vegna inniliggjandi sjúklinga, 2.487 vegna ferlisjúklinga og ómskoðanir voru 1.471 talsins. Kostnaður við rekstur röntgendeildar var 40,3 m.kr. og meðalkostnaður rannsóknar var 246,5 kr.

Tafla 59. Myndgreiningareiningar og kostnaður - STJÓ

Fjöldi rannsókna	Inniliggjandi	Ambulant	Ómskoðanir	Kostnaður	Meðalkostnaður myndgreiningar, kr.
4.498	540	2.487	1.471	40,3	8.961,2

4.4.8. Vaktir, starfsemi utan dagvinnu og aðkeypt sérfræðipjónusta

Sérfræðingar lyflækningadeildar skipta með sér einni bakvakt sem er sameiginleg fyrir lyflækningadeildina og hjúkrunardeildir Sólvangs. Vaktin er utan dagvinnutíma alla daga ársins og er vaktaálagið 11-19%. Kostnaður vegna hennar er 13,2 m.kr. á ári.

Sérfræðingar skurðeildar skipta einnig með sér bakvakt sem er greidd sem verktakagreiðsla. Vaktin er 10 mánuði ársins og fyrir hana eru greiddar 3,8 m.kr. á ári¹⁰.

Svæfingalæknar sinna vakt eftir dagvinnutíma, alla virka daga ársins. Vaktinni lýkur kl. 24:00 á föstudegi, aðra hverja viku en á hádegi laugardags hina vikuna. Kostnaður vegna þessarar vaktar er 4,3 m.kr. á ári. Tveir skurðhjúkrunarfræðingar og einn svæfingarhjúkrunarfræðingur eru á vakt á virkum dögum frá kl. 16.00-24.00 og er kostnaður vegna þeirra 10,6 m.kr. Þessar vaktir eru ekki starfræktar í u.þ.b. 9 vikur á ári. Lífeindafræðingur er á bakvakt allan ársins hring.

Búseta vakthafandi starfsfólks er í Hafnarfirði, Garðabæ, Kópavogi og Reykjavík.

4.4.9. Lokanir deilda

Handlækninga-, skurð- og svæfingadeild eru lokaðar í 6-7 vikur að sumri og oftast viku í kringum jól og páska. Handlækningadeild er opin 5 daga aðra hverja viku og 6 daga hina vikuna.

4.4.10. Rekstur

Á árinu 2008 var 24,6 m. kr. tekjuhalli á rekstri stofnunarinnar. Ríkisframlög námu 1.471,9 m.kr. en þar af voru 133,9 m.kr. á fjáraulögum. Sértekjur stofnunarinnar námu 140,9 m.kr. Rekstrargjöld ársins voru 1.637,5 m.kr. Launakostnaður nam 1.014,9 m.kr. (91%). Auk þess var kostnaður vegna aðkeyptrar klínískrar sérfræðipjónustu 215,9 m.kr.,

¹⁰ Vaktkostnaður byggir á gömlum samningi.

þar af 198,6 m.kr. vegna sérfræðilækna. Þessi kostnaður fellur undir „önnur rekstrargjöld“. Annar rekstrarkostnaður nam 608,1 m.kr. (37%) og eignakaup 14,4 m.kr.

Tafla 60. Rekstraryfirlit – STJÓ

	m.kr	Hlutfall
Framlag ríkissjóðs	1.471,9	91%
Sértekjur	140,9	9%
Samtals	1.612,8	100,0%
Laun	-1.014,9	62%
Önnur rekstrargjöld	-608,1	37%
Eignakaup	-14,4	1%
Samtals	-1.637,5	100,0%
Rekstrarafkoma	-24,6	

4.5. Yfirlit um starfsemi og launakostnað.

Í töflu 61 má sjá samantekt um helstu starfsemistölur kragasjúkrahúsanna sem fjallað hefur verið um hér að framan.

Tafla 61. Helstu starfsemistölur kragasjúkrahúsanna

	Kvenlækningar					Handlækningar					Lyflækningar						
	LSH	HSu	HSS	SHA	Samtals Kragasjúkrahús	LSH	HSu	HSS	SHA	STJÓ	Samtals Kragasjúkrahús	LSH	HSu	HSS	SHA	STJÓ	Samtals Kragasjúkrahús
Fjöldi lega	5.350	255	471	456	1.182	8.514	407	453	603	2.189	3.652	8.510	630	1.258	770	1.410	4.068
Fjöldi legudaga	12.439	747	1.017	1.650	3.414	41.517	2.341	1.414	2.938	2.744	9.437	63.530	4.302	8.899	4.529	6.428	24.158
Komur á dagdeild	31.030	1.153	950	281	2.384	1.061	0	168	375	0	543	27.489	23	797	223	0	1.043
Komur á göngudeild	6.039	1.071	899	2.144	4.114	42.819	2.373	2.495	4.006	725	9.599	99.927	2.492	2.703	2.538	3.750	11.483
Meðallega	2,3	2,9	2,2	3,6	2,9	4,9	5,6	3,1	4,9	1,3	14,8	7,5	6,8	7,1	5,9	4,6	5,9
Meðaldvöl	0,4	0,4	0,6	0,7	0,7	0,9	0,9	0,6	0,7	1,0	0,8	0,6	1,5	2,0	1,4	1,3	1,6
Metinn fjöldi legudaga	18.560	1.093	1.305	1.998	4.396	45.685	2.531	1.731	3.521	2.802	10.585	63.530	4.609	9.487	4.907	6.878	25.881
Fjöldi legurúma	51	7	8	10	25	2	10	4	10	21	45	186	15	27	18	22	82
Nýting legurúma	67%	29%	35%	45%	37%	86%	64%	97%	80%	36%	57%	94%	79%	90%	69%	80%	81%

Í töflu 62. er yfirlit um fjölda stöðugilda stærstu stéttarféлага á Kragasjúkrahúsunum.

Tafla 62. Fjöldi stöðugilda eftir stéttarfélögum

	LSH	Hsu	HSS	SHA	STJO	Alls Kragasjúkrahús
Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga	932,4	19,5	21,8	37,2	35,8	114,2
Læknafélag Íslands	485,3	4,0	8,1	18,7	10,2*	41,1
Sjúkraliðafélag Íslands	432,6	20,3	33,7	38,2	18,0	110,3
Félag lífeindafræðinga	138,1	5,0	4,7	5,6	3,5	18,7
Ljósmeðrafélag Íslands	68,4	7,7	7,6	6,8		22,1
Félag geislafræðinga	58,8	3,5	3,8	3,8	2,7	13,9

*Þetta eru fyrst og fremst unglæknar

Í töflu 63 er yfirlit um launakostnað á hvert stöðugildi eftir stærstu stéttarfélögum á kragasjúkrahúsunum.

Tafla 63. Launakostnaður per stöðugildi per mánuð (með launatengdum gjöldum)

	HSS	HSu	LSH	SHA	STJÓ
Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga	526.905	549.569	641.949	517.092	501.425
Læknafélag Íslands*	1.678.485	1.476.067	1.106.271	1.161.661	609.677
Sérfræðilæknar-verktakar					2.200.000
Sjúkraliðafélag Íslands	366.269	388.061	500.160	400.043	350.949
Félag lífeindafræðinga	500.820	575.249	614.383	561.614	548.707
Ljósmeðrafélag Íslands	592.791	626.186	654.154	588.772	
Félag geislafræðinga	527.827	630.588	557.491	577.660	426.395

Kjarasamningur Læknafélags Íslands tekur til lækna með og án sérfræðileyfa nema á STJÓ en þar eru sérfræðilæknar almennt ráðnir sem verktakar (sjá næstu línu í töflu). Lí samningurinn tekur því einkum til lækna án sérfræðileyfa á STJÓ. Störf sérfræðilækna í verktöku eru fyrst og fremst unnin í dagvinnu, en störf annarra lækna eru unnin bæði í dagvinnu og á vöktum.

Reiknaður var heildarlaunakostnaður (með vöktum, yfirvinnu og launatengdum gjöldum) per stöðugildi fyrir stærstu stéttarfélögin. Launakostnaður hjúkrunarfræðinga er hæstur á

LSH enda mest bráðþjónusta þar, tvær gjörgæslur, hátt í annan tug skurðstofa og svo framvegis. Lægstur var hann á STJÓ. Sama mynstur sást hjá sjúkraliðum, þ.e. lægstur kostnaður á STJÓ en hæstur á LSH. Launakostnaður lækna skv. samningi Læknafélags Íslands var hæstur á HSS en langlægstur á STJÓ en þar eru það f.o.f. deildarlæknar (án sérfræðimenntunar) sem ráðnir eru skv. samningi LÍ. Sérfræðilæknar á STJÓ eru almennt ekki ráðnir skv. kjarasamningum LÍ heldur sem verktakar og því eru þeir ekki inni í tölunni fyrir LÍ heldur sýndir í línunni fyrir neðan (2,2 m.kr. per mánuð). Hafa ber í huga að þessi tala er ekki fyllilega sambærileg við launakostnað lækna annarra stofnana þar sem STJÓ sinnir bráðþjónustu í mun minna mæli en hinar stofnanirnar. Launakostnaður lækna á STJÓ byggist því f.o.f. á dagvinnu í verktöku en launakostnaður lækna á hinum stofnununum felur því í sér vaktageiðslur auk launatengdra gjalda.

5. Kostnaðar- og ábatagreining

5.1. Aðferðafræði

Í greiningunni hér fyrir neðan er unnið með hefðbundna kostnaðar- og ábatagreiningu eða „*cost-benefit analysis*“. Þetta er stöðluð aðferðafræði sem notuð er víða um heim til stuðnings við ákvarðanatöku, sérstaklega þegar um er að ræða stærri verkefni. Lagt er mat á áætlaðan kostnað og ábata af því að endurskipuleggja heilbrigðisþjónustu á sjúkrahúsum á Suðvesturhorninu (svokölluðu Radíussvæði) með því að flytja tiltekna þjónustu milli sjúkrahúsa. Mikilvægt er að hafa í huga að um er að ræða samiburð á fimm sjúkrahúsum, þar sem samsetning sjúklingahópa og þjónustustiga er mjög breytileg. Því þarf að gera ákveðnar leiðréttingar sem kynntar eru hér fyrir neðan. Þessar leiðréttingar miða að því að gera samiburðinn eins réttlátan og kostur er. Leiðréttingarnar á samsetningu sjúklingahópa og þjónustustiga eru gerðar samkvæmt viðurkenndri aðferðafræði sem m.a. er gerð grein fyrir í *Encyclopedia of Public Health*, (2002). Í vafaatriðum var leitast við að vanmeta ábata frekar en ofmeta.

5.1.1. Meðalkostnaður á legudag og framleidda einingu (meðaldvöl)

Allir kostnaðarútreikningar byggja á sömu aðferð. Kostnaður sambærilegra legudeilda er tekinn úr Oracle-kerfi ríkisins og á hann bætist kostnaður stoðdeilda samkvæmt ákveðnum reglum (sjá síðar). Deildir skiptast misjafnlega milli sviða stofnananna. t.d. tilheyrir slysa- og bráðadeild heilsugæslusviði á HSu og HSS en sjúkrasviði á SHA. Því var kostnaður vegna slysa- og bráðadeilda ekki tekinn með og það sama er að segja um starfsemistölur deildarinnar.

Til að finna kostnað á legudag var kostnaði deilda dreift á metinn fjölda legudaga. Í metnum fjölda legudaga hafa dag- og göngudeildarkomur verið vegnar m.t.t. legudaga með svokallaðri framleiðsluvog eða legudagavog. Vægi þeirra er misjafnt milli þjónustustigs og deilda, sjá töflu 66. Í töflu 64 sést kostnaður á legudag Kragasjúkrahúsanna. Þar kemur fram að á lyflækningadeildum er lægstur kostnaður á HSS, 53 þús.kr., á handlækningadeild er lægstur kostnaður á HSu, 120 þús.kr. og á kvenlækningadeild er lægstur kostnaður á HSu 129 þús. kr.

Tafla 64. Kostnaður á legudag

	Lyf- lækningar	Hand- lækningar	Kven- lækningar
HSu	95.392	120.359	129.010
HSS	53.296	158.369	136.117
SHA	89.001	133.421	145.352
STJÓ	74.230	157.076	

Kostnaður framleiddrar einingar er kostnaður á meðaldvöl. Hafa þarf í huga að meðaldvöl sjúkrahúsanna er mismunandi þegar kostnaður á meðaldvöl er borinn saman. Meðaldvölin er ódýrust á lyflækningadeild STJÓ og að sama skapi styst. Kostnaður meðaldvalar handlækningadeildar HSS er lægstur og er þar einnig um að ræða stysta meðaldvöl. Meðaldvöl á HSu er styst á kvenlækningadeildum og kostnaður er þar lægstur.

Tafla 65. Kostnaður framleiddrar einingar

	Lyf- lækningar	Meðal- dvöl	Hand- lækningar	Meðal- dvöl	Kven- lækningar	Meðal- dvöl
HSu	139.786	1,5	109.572	0,9	56.878	0,4
HSS	106.261	2,0	87.980	0,6	76.545	0,6
SHA	123.687	1,4	94.256	0,7	100.799	0,7
STJÓ	94.854	1,3	145.971	0,9		

Meðalkostnaður er reiknaður með því að dreifa heildarkostnaði vegna ákveðinnar deildar, t.d. lyflækniseildar, á fjölda framleiddra eininga á viðkomandi deild. Meðalkostnaður er samanlagður breytilegur og fastur kostnaður. Almenna reglan er sú að meðalkostnaður breytist með breytingu á fjölda framleiddra eininga, þ.e.a.s. meðalkostnaður er hár ef fáar einingar eru framleiddar en lækkar síðan með vaxandi fjölda þar til hámarkshagræðingu af fjölda (*economies of scale*) er náð og hækkar þá aftur (U-laga kúrfa). Í þessari greiningu er unnið með framleiddar einingar. Framleiddar einingar eru samanlagðar einingar sem rætur eiga að rekja til lega, dag- og göngudeildakoma og legudaga.

Útreikningi á meðalkostnaði er skipt í tvennt, annars vegar meðalkostnað á framleidda einingu og hins vegar svokallaðan grunnmeðferðarkostnað á framleidda einingu. Við útreikning á meðalkostnaði er dreift öllum rekstarkostnaði¹¹ er verður til vegna meðferðar

¹¹ Beinn kennslu- og vísindakostnaður ásamt stofnkostnaði er undanskilinn.

hvers sjúklings á meðan hann er innritaður á sjúkrahúsið. Þegar grunnmeðferðarkostnaður er reiknaður út þá er einungis dreift kostnaði sem verður til við beina umönnun og lækniþjónustu.

LSH - Meðalkostnaður

Meðalkostnaður á framleidda einingu: Meðalkostnaður á hverja framleidda einingu á LSH er sóttur í DRG (*Diagnosis Related Groups*) framleiðslu- og kostnaðarkerfi LSH. Kerfið hefur verið þróað á allmörgum árum og var metið af sænskum sérfræðingum á vegum HBR árið 2007.

Þessum kostnaði er skipt niður í 10 kostnaðarsöfn; aðgerðarkostnað, skurðlæknakostnað, launakostnað, læknakostnað, rannsóknarkostnað, samkostnað, almennan rekstrarkostnað, göngudeildarkostnað, heimfærðan kostnað og gjörgæslukostnað.

Samsetning sjúklingahóps á skurð- og kvenlækningadeildum LSH er nokkuð frábrugðin því sem gerist á handlækningadeildum Kragasjúkrahúsanna og samanburður því erfiður. Til að fá sem samanburðarhæfasta sjúklingahópa voru gerðar tvennskonar leiðréttingar. Í fyrsta lagi var tekinn saman listi yfir 10-15 algengustu NCSP og NCSP+ skurðaðgerðarkóða (NCSP: *Nordic Classification of Surgical Procedures*) á hverju sjúkrahúsi fyrir sig (nema á STJÓ en þar var unnið með niðurstöður DRG flokkunar frá 2008) og sambærilegur hópur fundinn á LSH. Í öðru lagi er leiðrétt fyrir hlutfallslegri samsetningu göngu-, dag- og legudeildarsjúklinga á Kragasjúkrahúsunum. Út frá þessum tveimur þáttum var síðan reiknaður meðalkostnaður á framleidda einingu og legudag fyrir sambærilegan sjúklingahóp hefði hann fengið þjónustu á LSH. Þetta var gert fyrir hvert Kragasjúkrahús fyrir sig. Þrennt skal þó hafa í huga,

1. Vissar aðgerðir sem framkvæmdar eru á Kragasjúkrahúsunum í töluverðu magni eru ekki gerðar á LSH.
2. Dýrustu legurnar (svokallaðir útlagar) eru líklegri til að vera á LSH en á Kragasjúkrahúsunum. Er það vegna hlutverks LSH sem tilvísunar- og háskólasjúkrahúss. Því voru legur lengri en 5 dagar teknar út á LSH.
3. Töluvert er um að skurð-, fæðinga- og kvensjúkdómasjúklingar leggist inn á Kragasjúkrahúsin eftir að bráðafasa er lokið. Legur þessara sjúklinga eru oft lengri en annarra sjúklinga á deildinni. Bráðafasinn er oftast dýrasti tíminn í legu hvers

sjúklings en þessir sjúklingar eru taldir með í meðalkostnaði á legudag. Ætla má að ef allur kostnaður vegna meðferðar þessara sjúklinga væri tekinn með myndi meðalkostnaður á legudag á viðkomandi deild hækka.

Grunnmeðalkostnaður á framleidda einingu: Grunnmeðalkostnaður mælir kostnað vegna umönnunar og lækniþjónustu eftir að bráðaveikindafasa er lokið. Hér er um að ræða samanlögð laun á legudeildum, laun lækna og almennan rekstrarkostnað. Grunnmeðalkostnaður á framleidda einingu er að nær öllu leyti reiknaður á sama hátt og meðalkostnaður á legudag, nema að hér er um að ræða samlagningu 3ja kostnaðarsafna í stað 10.

Kragasjúkrahús - Meðalkostnaður

Meðalkostnaður á framleidda einingu: Allur rekstrarkostnaður sjúkrahúsanna, sem er tilkominn vegna þjónustu við innritaða sjúklinga á sjúkrasvið, er aðgreindur frá öðrum rekstrarkostnaði. Þessi kostnaður er skilgreindur sem meðferðarkostnaður innritaðra sjúklinga. Oftast er þessi kostnaður bókaður á sjúkrasvið, en í sumum tilfellum er hluti hans ennfremur bókaður á heilsugæslu- og/eða hjúkrunarsvið stofnananna. Aðgreining meðferðarkostnaðar var unnin í samráði við þá sem stýra kostnaðarbókhaldi á hverju sjúkrahúsi fyrir sig. Meðferðarkostnaður sem ekki bókast beint á viðkomandi deild er flokkaður í 6 kostnaðarsöfn (sjá hér fyrir neðan) eftir uppruna hans og eðli og honum síðan dreift á legudeildir út frá ákveðnum skiptigrunni. Meginreglan er sú að kostnaði er miðlað samkvæmt fjölda legudaga á hverri deild fyrir sig, en einnig er notast við fermetrafjölda. Afurð þessara útreikninga er meðalkostnaður á framleidda einingu fyrir hverja meginsérgrein/deild fyrir sig. Kostnaður á hverja framleidda einingu er síðan reiknaður á þann hátt að meðalkostnaður á framleiddri einingu fyrir deild/meginsérgrein er margfaldaður með meðaldvalartíma deildarinnar. Eins og sjá má í liðum 1-6 hér fyrir neðan þá er kostnaðarsöfnum ekki öllum dreift á sama hátt.

1. Kostnaði vegna neðantalinna liða er skipt niður á allar legu-/dagdeildir samkvæmt fjölda legudaga.
 - a) Aðstoðar/deildarlæknar
 - b) Móttöku- og lækningaritarar
 - c) Þvottar/Eldhús
 - d) Lyfjabúr/lyfjanefnd

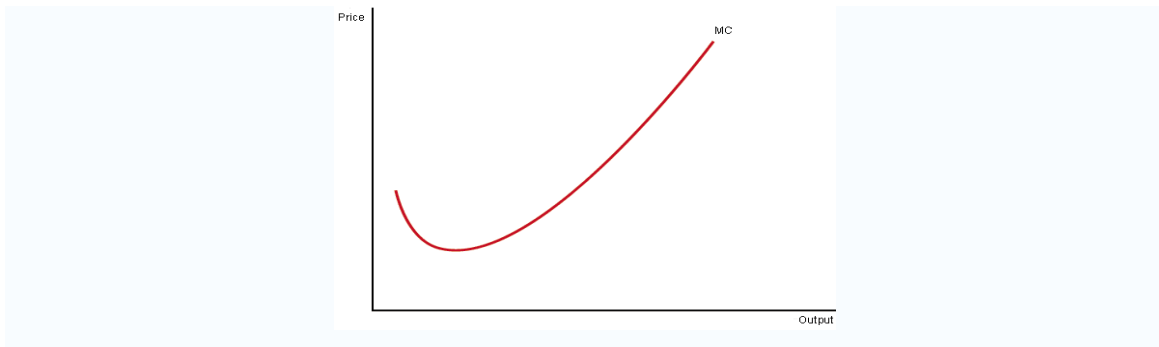
- e) Skrifstofa/Yfirstjórn
 - f) Lagerhald
 - g) Göngudeildir, almennar
2. Kostnaði vegna neðantalinna liða er skipt á handlækninga-, fæðinga-, og kvensjúkdómadeildir skv. fjölda legudaga.
- h) Skurðdeildir
 - i) Svæfingardeildir
3. Kostnaði vegna neðantalinna liða er skipt á allar legudeildir skv. fjölda legudaga.
- j) Rannsóknardeildir
 - k) Röntgen/Myndgreiningardeildir
4. Kostnaði vegna neðantalinna liða er skipt á handlækninga-, lyflækninga-, og endurhæfingar-, hjúkrunar-, og öldrunardeildir skv. legudögum.
- l) Sjúkraþjálfun
 - m) Iðjuþjálfun
5. Kostnaði vegna neðantalinna liða er skipt á allar legudeildir skv. fjölda fermetra.
- n) Ræstingar
 - o) Húsnæði
 - p) Tækjakaup
6. Kostnaði vegna neðantalinna sérhæfðra liða er skipt á viðkomandi deild/deildir skv. fjölda legudaga
- q) Göngudeildir t.d. allur kostnaður vegna göngudeildar handlækninga er settur á handlækningadeild.

Grunnmeðalkostnaður á framleidda einingu: Grunnmeðalkostnaður á framleidda einingu á Kragasjúkrahúsum er áætlaður með því að nota sömu hlutföll og eru á milli grunnmeðalkostnaðar og meðalkostnaðar á framleidda einingu á LSH. Til dæmis ef grunnmeðalkostnaður er 60% af meðalkostnaði á LSH þá er gert ráð fyrir að hlutfallið sé það sama á Kragasjúkrahúsunum.

5.1.2. Jaðarkostnaður á framleidda einingu

Jaðarkostnaður (*marginal cost*, MC) er skilgreindur hér sem breyting á kostnaði við það að fjöldi sjúklunga, lega, koma, eða aðgerða breytist um eina einingu. Í matinu hér á eftir er þessi eining annað hvort legudagur, koma á dag- eða göngudeild eða lega. Þar er metinn kostnaður eða ávinningur við að bæta við eða fækka um eina framleidda einingu eða meðaldvalartíma. Eins og sjá má á myndinni hér fyrir neðan, sem sýnir hefðbundna þróun jaðarkostnaðar (sjá mynd 14.), lækkar jaðarkostnaður við að bæta einni einingu við ekki út í það óendanlega. Þess vegna er mikilvægt að meta hvenær ætla má að jaðarkostnaður við að bæta við einni einingu fari að hækka. Til dæmis hvenær þarf að fara að ráða inn fleira starfsfólk, kaupa ný tæki, stækka húsnæði og svo frv.

Mynd 14. Jaðarkostnaðarkúrfa



Útreikningi á jaðarkostnaði er skipt í tvennt; annars vegar jaðarkostnað á framleidda einingu og hins vegar grunnjaðarkostnað á framleidda einingu. Við útreikning á jaðarkostnaði er tekinn með allur rekstarkostnaður¹² er verður til vegna meðferðar hvers sjúklings á meðan hann er innritaður á sjúkrahúsið. Þegar strípaður jaðarkostnaður er reiknaður út þá er einungis kostnaði sem verður til við beina umönnun og lækniþjónustu við sjúklinginn dreift á hvern legudag eða legu.

LSH - Jaðarkostnaður

Jaðarkostnaður: Jaðarkostnaður er reiknaður fyrir hverja framleidda einingu. Jaðarkostnaður er fundinn út frá ákveðnum hlutföllum úr 8 af 10 kostnaðarsöfnum DRG.

¹² Beinn kennslu- og vísindakostnaður ásamt stofnkostnaði er undanskilinn.

Notast er við eftirfarandi formúlur sem byggðar eru m.a. á mati, reynslu, upplýsingum úr sjúklingaflokkunarkerfi LSH o.fl. Þessi aðferðafræði var einungis notuð fyrir LSH. Á hinum sjúkrahúsunum var hlutfall jaðarkostnaðar af meðalkostnaði á LSH yfurfært enda DRG kostnaðargögn þar ekki tiltækileg.

Aðgerðarkostnaður: U.þ.b. 50% af þessu kostnaðarsafni er beinn kostnaður vegna birgða og annarra íhluta. Allur kostnaður vegna þeirra er tekinn með jaðarkostnaði. Það sem eftir er af þessu kostnaðarsafni eru laun og reiknast helmingur þeirra sem jaðarkostnaður.

Skurðlæknakostnaður: Fjórðungur hans er tekinn með.

Rannsóknarkostnaður: 80% af rannsóknarkostnaði er metinn sem jaðarkostnaður.

Launakostnaður: Hér er um að ræða kostnað vegna hjúkrunar á deildum og hefur 67% af þeim kostnaði verði metinn sem jaðarkostnaður m.a. út frá hjúkrunarþyngdarmælingum og mönnunaráætlunum deilda. Í flokki fæðinga hækkar hlutfallið í 80%.

Læknakostnaður: Hér er um að ræða launakostnað lækna á legu- og dagdeildum. 20% af þessum kostnaði er metinn sem jaðarkostnaður.

Samkostnaður: Er sameiginlegur kostnaður á hverju sviði s.s. kostnaður við yfirstjórn sviða, þessi kostnaður er ekki metinn sem hluti af jaðarkostnaði.

Almennur rekstrarkostnaður: Nær m.a. yfir kostnað vegna lyfja og hjúkrunarvara. Jaðarkostnaður er metinn 70%.

Göngudeildarkostnaður: Hér er um að ræða kostnað vegna þjónustu hinna ýmsu göngudeilda við inniliggjandi sjúklinga s.s. bráðamóttöku og er 80% þess kostnaðar talinn með jaðarkostnaði.

Heimfærður kostnaður: Hér er um að ræða kostnað stoðdeilda, yfirstjórnar, húsnæðis og fæðis og fleira sem heimfært er á deildir. Um 10% þess kostnaðar er metinn jaðarkostnaður.

Gjörgæslukostnaður: Þessi kostnaðarliður er ekki metinn sem hluti af jaðarkostnaði.

Grunnjaðarkostnaður: Hér er einvörðungu um að ræða kostnað sem snýr að hjúkrun/umönnun á deild eftir að bráðafasa lýkur. Hann nær því ekki yfir allan meðferðarkostnað s.s. kostnað vegna rannsókna eða aðgerða né stjórnunarkostnað. Um er að ræða samanlagðan kostnað vegna launa í hjúkrun, lækningum og almennan rekstrarkostnað (3 af 10 kostnaðarsöfnum DRG).

Kragasjúkrahús - Jaðarkostnaður

Jaðarkostnaður og grunnjaðarkostnaður: Þegar verið er að reikna jaðarkostnað og grunnjaðarkostnað á Kragasjúkrahúsum eru notuð sömu hlutföll milli meðalkostnaðar og jaðarkostnaðar og eru á LSH.

5.1.3. Mælingar á framleiðslu

Skilgreiningar Landlæknis

Í grunninn er stuðst við skilgreiningar Landlæknis „Lágmarksskráning vistunarupplýsinga á sjúkrahúsum“ fyrir framleiðslumælingar. Þessar upplýsingar er fengnar frá stjórnendum sjúkrahúsanna og úr ársskýrslum þeirra.

Legusjúklingur: Sjúklingur sem nýtur þjónustu á legudeild sjúkrahúss og lagður inn til lengri dvalar en 24 klst.

Ferlisjúklingur: Sjúklingur sem ekki þarf á leguþjónustu að halda en nýtur þjónustu sjúkrahússins í mislangan tíma að degi til. Ferlisjúklingur á *göngudeild* getur komið í viðtal eða rannsókn sem tekur skemur en 1-2 klst. Ferlisjúklingur á *dagdeild* kemur á fyrirfram ákveðnum tíma (yfirleitt á virkum dögum) og getur dvalist 3-16 klst. Hugtakið ferlisjúklingur er vítt og nær yfir alla sjúklinga sem njóta þjónustu sjúkrahúss án þess að innritast sem legusjúklingur.

Legutími á meginsérgrein

Markast af innritun og útskrift legusjúklings af meginsérgrein. Legutími er reiknaður þannig að innritunardagur er dreginn frá útskriftardegi. Ef komu- og brottfarardagur er sá sami reiknast það þannig einn legudagur.

Dvalartími á þjónustueiningu

Þar sem þjónustueiningar Kragasjúkrahúsanna bjóða í flestum tilfellum upp á fleira en eitt þjónustustig, þá var gripið til þess ráðs að reikna út meðaldvalartíma á hvern sjúkling. Aðferðafræðin sem notuð var við þennan útreikning er kynnt í kaflanum hér fyrir neðan.

Mæling á framleiðslu Kragasjúkrahúsanna

Þjónustustig þeirra deilda/meginsérgreina sem Kragasjúkrahúsin veita er almennt mjög blandað, það er blanda af legu-, dag- og göngudeildarþjónustu. Það veldur því að ekki er

hægt að reikna út kostnað á hverja legu, heldur verður að reikna kostnað á framleidda einingu. Til þess að það sé hægt, er notuð svokölluð framleiðsluvog eða legudagavog til að veita framleiðslu Kragasjúkrahúsanna fyrir mismunandi þjónustustig. Með þessari vog er mögulegt að gera allar framleiðslueiningar (legur, komur á dag- og göngudeildir) kostnaðarlega jafngildar. Vogin er unnin út frá gögnum frá LSH og miðuð við raunkostnað á hvern sjúkling. Helstu forsendur má sjá í töflu 66 hér fyrir neðan:

Tafla 66. Framleiðsluvogir – jafngildiseiningar framleiðslueininga

Skurðlækningar

	Legutími
Einn legusjúklingur	Fjöldi legudaga skráðra á legusjúkling
Ein koma dagdeildar/ferlisjúklings á sólarhringsdeild	Einn legudagur
Ein koma ferlisjúklings; dagdeildarsjúklingur	70% úr legudegi
Ein koma ferlisjúklings; göngudeildar	8% úr legudegi

Lyflækningar

	Legutími
Einn legusjúklingur	Fjöldi legudaga skráðra á legusjúklinga
Ein koma dagdeildar/ferlisjúklings á sólarhringsdeild	Einn legudagur
Ein koma ferlisjúklings; dagdeildarsjúklingur	þriðjungur úr legudegi
Ein koma ferlisjúklings; göngudeildar	12 % úr legudegi

Fæðingar- og kvenlækningar

	Legutími
Einn legusjúklingur	Fjöldi legudaga skráðra á legusjúklinga
Ein koma dagdeildar/ferlisjúklings á sólarhringsdeild	Einn legudagur
Ein koma ferlisjúklings; dagdeildarsjúklingur	17% úr legudegi
Ein koma ferlisjúklings; göngudeildar	14% úr legudegi

Kostnaði er síðan dreift á allar framleiddar einingar hverrar deildar/meginsérgreinar fyrir sig. Þessi nálgun gerir það að verkum að kostnaður á hverja framleidda einingu er í raun lægri en kostnaður á hverja legu en hærrí en kostnaður á hverja göngudeildarkomu.

Heildarframleiðsla hvers Kragasjúkrahúss er reiknuð þannig að allar framleiddar einingar eru lagðar saman, enda er búið að gera þær kostnaðarlega jafngildar. Hér er um að ræða blöndu legusjúklinga, ferli/dagdeildarsjúklinga á sólarhringsdeildum (með einn legudag) og ferlisjúklinga á dag- og göngudeildum.

Mælingar á framleiðslu LSH fyrir sambærilega sjúklingahópa

Fjöldi legu-, dag- og göngudeildareininga, í sömu hlutföllum og þær eru á hverju Kragasjúkrahúsi fyrir sig, eru yfirferðar á jaðarkostnað LSH fyrir legu, dagdeildar- og göngudeildarkomu eins og það er á LSH. Sjá nánar útreikning í töflu 67 hér fyrir neðan. Allir ferlisjúklingar á sólarhringsdeild af Kragasjúkrahúsunum eru flokkaðir sem dagdeildarsjúklingar á LSH.

Tafla 67. Veginn kostnaður á LSH fyrir hverja framleidda einingu fyrir sama sjúklingahóp og er á Kragasjúkrahúsum

Fjöldi framleiddra eininga	Hlutfall í heildarfjölda framleiddra eininga		Veginn kostnaður	Veginn kostnaður á LSH
	A	B		
Legur Kragasjúkrahúsa: SHA, HSu, HSS eða STJÓ	Legur/ Alls framleiddar einingar		Meðalkostnaður á hverja legu á LSH	Dálkur B*C
Dagdeildarkomur Kragasjúkrahúsa: SHA, HSu, HSS eða STJÓ -	Dagdeildar komur / Alls framleiddar einingar		Meðalkostnaður á hverja dagdeildarkomu á LSH	Dálkur B*C
Göngudeildarkomur Kragasjúkrahúsa: SHA, HSu, HSS eða STJÓ	Göngudeildar komur/ Alls framleiddar einingar		Meðalkostnaður á hverja göngudeildarkomu á LSH	Dálkur B*C
Alls framleiddar einingar				∑ Kostnaður á hverja framleidda einingu á LSH (vegið verð)

Útreikningur á meðalkostnaði á legu, dagdeildarkomu og göngudeildarkomu fyrir Kragasjúkrahús

Þótt gott sé að vita hver sé meðalkostnaður á hverja framleidda einingu, þá er þeim sem vinna með slíkar tölur almennt tamara að vinna með kostnað niður á ákveðið þjónustustig. Þar sem ekki er unnt að ná slíkum tölum út úr upplýsingakerfum Kragasjúkrahúsanna var gripið til þess ráðs að búa til bestu nálgun fyrir hvert sjúkrahús fyrir sig, byggt á hlutföllum frá LSH. Aðferðin sem notuð var fól í sér að notaður var einingakostnaður (DRG) fyrir sambærilegan sjúklingahóp á LSH og síðan reiknuð hlutföll á milli þess og kostnað á legu, kostnað á dagdeildarkomu og kostnað á göngudeild. Sjá aðferðafræði í töflu 68 hér fyrir neðan og niðurstöður í töflum 68 og 69.

Tafla 68. Yfirlit yfir útreikning á áætluðum kostnaði eftir þjónustustigi

	Jaðarkostnaður LSH á einingu	Hlutfall kostnaðar*	Áætlaður kostnaður á þjónustustig
Legur (A)	MCA	(MCA)/MCX	((MCA)/MCX)×ACY
Dagdeildarkomur (B)	MCB	(MCB)/MCX	((MCB)/MCX)×ACY
Göngudeildarkomur (C)	MCC	(MCC)/MCX	((MCC)/MCX)×ACY

MCX= Jaðarkostnaður á framleidda einingu fyrir sambærilegan sjúklingahóp hefði hann fengið þjónustu á LSH, lagað að sjúklingahópi hvers sjúkrahúss fyrir sig. ACY= Meðalkostnaður á framleidda einingu á Kragasjúkrahúsi

* Hlutfall milli jaðarkostnaðar mismunandi þjónustustiga og jaðarkostnaðar framleidd eining

Tafla 69. Áætlaður kostnaður fyrir hvert þjónustustig, skurð-/handlækningar

Skurð-/handlækningar				
	HSu		HSS	
	Áætlaður meðalkostnaður eining kr.	Jaðar- kostnaður eining LSH, kr.	Áætlaður meðalkostnaður eining kr.	Jaðarkostnaður eining LSH, kr.
Framleidd eining	109.572	22.826	87.980	55.621
Legur	868.132	180.848	525.489	332.213
Dagdeildarkomur	346.148	72.109	114.061	72.109
Göngudeildarkomur	20.603	4.292	6.789	4.292
	SHA		STJÓ	
	Áætlaður meðalkostnaður eining kr.	Jaðar- kostnaður eining LSH, kr.	Áætlaður meðalkostnaður eining kr.	Jaðarkostnaður eining LSH, kr.
Framleidd eining	94.256	49.069	145.971	74.497
Legur	638.145	332.213	234.333	119.594
Dagdeildarkomur	138.514	72.109	141.291	72.109
Göngudeildarkomur	8.244	4.292	8.410	4.292

Tafla 70. Áætlaður kostnaður fyrir hvert þjónustustig, fæðinga- og kvensjúkdómþjónustu

Fæðingar- og kvenlækningar				
	HSu		HSS	
	Áætlaður meðalkostnaður eining kr.	Jaðar-kostnaður eining LSH, kr.	Áætlaður meðalkostnaður eining kr.	Jaðarkostnaður eining LSH, kr.
Framleidd eining	56.878	30.714	76.545	44.783
Legur	245.644	132.645	250.249	146.410
Dagdeildarkomur	60.379	32.604	55.728	32.604
Göngudeildarkomur	8.165	4.409	7.536	4.409
SHA				
	Áætlaður meðalkostnaður eining kr.	Jaðar-kostnaður eining LSH, kr.	Áætlaður meðalkostnaður eining kr.	Jaðarkostnaður eining LSH, kr.
Framleidd eining	100.799	25.277	145.971	74.497
Legur	474.061	118.879	234.333	119.594
Dagdeildarkomur	130.017	32.604		
Göngudeildarkomur	17.582	4.409		

5.1.4 Útreikningur á hagræðingu af endurskipulagningu á þjónustu á milli sjúkrahúsa á suðvesturhorninu

Flutningur á skurð-, fæðingar- og kvensjúkdómþjónustu

Við útreikning á mögulegri hagræðingu af því að flytja að hluta til eða alla þjónustu vegna skurð-, fæðinga- og kvensjúkdómálækninga frá einu sjúkrahúsi til annars er unnið með tvö kostnaðarhugtök, jaðarkostnað á hverja framleidda einingu og meðalkostnað á hverja framleidda einingu. Þar er gengið út frá því að lækkun kostnaðar á því sjúkrahúsi þar sem umfang tiltekinnar þjónustu minnkar byggist á meðalkostnaðarhugtakinu en kostnaðaraukning þess sjúkrahúss sem taki við þjónustunni byggist á jaðarkostnaði. Ef hagræðing á að verða af slíkum tilflutningi þjónustu, þarf jaðarkostnaður á hverja

framleidda einingu á viðtökusjúkrahúsi að vera lægri en meðalkostnaður á framleidda einingu þess sjúkrahúsi sem sendir frá sér þjónustuna. Forsendur þess að samanburðurinn sé raunhæfur eru að:

- a) Ákveðnar skipulagsbreytingar, s.s. breyting á vaktfyrirkomulagi eða annar samdráttur í föstum kostnaði, fylgi því að þjónusta flytjist frá tilteknu sjúkrahúsi til annars. Þannig lækkar meðalkostnaður fyrir hverja framleidda einingu.
- b) Skipulagsbreytingar verði sem minnstar á viðtökusjúkrahúsinu og þar komi ekki til nýr fastur kostnaður. Viðbótarþjónustan verði því veitt á þeim jaðarkostnaði sem gildi þegar þjónustan var flutt.

Þetta þýðir að sá fjöldi framleiddra eininga sem flyst á milli sjúkrahúsa verður að vera það mikill að hann hafi áhrif til lækkunar fasts kostnaðar þeirrar starfseiningar sem áður sá um að veita þjónustuna en þó ekki það mikill að hann valdi auknum föstum kostnaði á viðtökusjúkrahúsinu.

Flutningur sjúklinga frá LSH á Kragasjúkrahús eftir að bráðafasa er lokið

Hér er reifuð möguleg hagræðing af því að flytja sjúklinga s.s. lyf-, öldrunar- og endurhæfingarsjúklinga, sem eru til heimilis á þjónustusvæðum Kragasjúkrahúsanna en liggja á LSH, eftir bráðaveikindafasa („*post acute*“ fasa) á sitt svæðissjúkrahús. Hér er unnið með tvö kostnaðarhugtök, grunnjaðarkostnað á hverja framleidda einingu og grunn meðalkostnað á hverja framleidda einingu. Þar er sem fyrr gengið út frá því að kostnaðarlækkun LSH af því að umfang „*post acute*“ þjónustu minnki feli í sér meðalkostnaðarhugtakið en kostnaðarhækkun kragasjúkrahúsanna við að auka „*post acute*“ þjónustu feli í sér jaðarkostnaðarhugtakið. Hagræðing hér felur í sér að grunnjaðarkostnaður á hverja framleidda einingu á viðtökusjúkrahúsi sé lægri en grunnmeðalkostnaður á framleidda einingu á LSH. Sem fyrr eru forsendur þess að samanburðurinn sé raunhæfur þær að:

- a) Minnkun á umfangi „*post acute*“ þjónustu á LSH feli í sér skipulagsbreytingar sem leiða til aukinnar skilvirkni spítalans sérstaklega þá þjónustu við bráð og alvarlega veika sjúklinga. Þannig lækki fastur kostnaður.
- b) Skipulagsbreytingar verði sem minnstar á viðtökusjúkrahúsinu þannig að fastur kostnaður aukist ekki og þjónustan sé veitt á jaðarkostnaði.

5.1.5 Niðurstöður kostnaðar- og ábatagreiningar

5.1.5.1 Flutningur á fæðingum/áhættufæðingum og kvensjúkdómþjónustu

Í töflum 71-73 hér fyrir neðan er að finna meðal- og jaðarkostnað hinna ýmsu kvensjúkdóma- og fæðingarþjónustuhópa.

Tafla 71. Jaðarkostnaður LSH og meðalkostnaður Kragasjúkrahúsa fyrir framleidda einingu fæðinga- og kvensjúkdómþjónusta

	LSH jaðarkostnaður á keisara/kvensjúkdóma kr.	Kragasjúkrahús meðalkostnaður á keisara/fæðingar/kvensjúkdómar kr.
HSu	30.714	56.878
HSS	44.783	76.545
SHA	25.277	100.799
STJÓ¹	194.313	376.981

¹ Á St. Jósefsspítala er eingöngu um að ræða legusjúklinga og því eru kostnaður þar hærrí.

Tafla 72. Jaðarkostnaður LSH og meðalkostnaður Kragasjúkrahúsa vegna fæðinga og kvensjúkdómþjónusta sem krefjast innlagnar

	LSH jaðarkostnaður á fæðing/keisara/kvensjúkdóma kr.	Kragasjúkrahús meðalkostnaður á keisara/fæðingar/kvensjúkdómar kr.
HSu	132.645	245.644
HSS	146.410	250.249
SHA	118.879	474.061
STJÓ	194.313	376.981

Tafla 73. Jaðarkostnaður LSH og meðalkostnaður Kragasjúkrahúsa vegna áhættufæðinga og kvensjúkdómaáðgerða sem krefjast innlagnar

	LSH jaðarkostnaður á fæðing/keisara/kvensjúkdóma kr.	Kragasjúkrahús meðalkostnaður á keisara/fæðingar/kvensjúkdómar kr.
HSu	219.047	377.269
HSS	241.778	370.739
SHA	196.314	737.428
STJÓ	194.313	376.981

Flutningur á fæðingum

Árið 2008 voru 1.310 legur á sérgreininni meðganga og fæðing á LSH sem voru tilkomnar vegna þjónustu við konur til heimilis á þjónustusvæði Kragasjúkrahúsanna. Þar af voru 513 legur þar sem boðið var upp á meðgöngu- og fæðingarþjónustu í heimabyggð, á sama tíma voru alls 689 slíkar legur skráðar á Kragasjúkrahúsin. Þetta

þýðir að rúmlega 40% barnshafandi og fæðandi kvenna af Kragasvæðinu þar sem boðið er upp á slíka þjónustu fær sína þjónustu á LSH. Athugið að hér eru konur úr Hafnarfirði ekki taldar með enda er þjónusta við fæðandi konur ekki veitt á STJÓ. Sjá töflu 74.

Tafla 74. Fjöldi lega/legudaga á sérgreininni meðganga og fæðing frá þjónustusvæði Kragasjúkrahúsa sem fengu þjónustu á LSH 2008

	Legur	Legudagar
HSu	221	516
HSS	164	309
SHA	128	423
STJÓ*	797	1.399
	1.310	2.647

*Á STJÓ er engin meðgöngu- og fæðingarþjónusta

Áhættufæðingar allar fluttar á LSH: Erfitt var að fá mat frá Kragasjúkrahúsunum um umfang áhættufæðinga, þar sem áhættufæðing hefur í raun ekki verið skilgreind. Í dag er hluta þessara áhættufæðinga af Kragasvæðinu sinnt á LSH. Til að meta umfang áhættufæðinga á Kragasjúkrahúsunum, var búin til ákveðin skilgreining þar sem undir áhættufæðingu féllu allar fæðingar með inngrípum það er að segja keisaraskurði, gangsetningu, notkun fæðingartanga eða sogklukku, sjá nánar töflu 1. Hlutfall inngrípsfæðinga er mjög breytilegt á milli sjúkrahúsanna (sjá nánar töflu 75). Áætlaður ábati af því að flytja inngrípsfæðingar af Kragasjúkrahúsunum er um 78,0 m.kr. á ári, sjá nánar skiptingu á milli sjúkrahúsa í töflu hér fyrir neðan. Þess ber að geta að raunfjöldi áhættufæðinga er hærri en þessi skilgreining sýnir þar sem ákveðinn hópur fæðandi kvenna telst til áhættuhóps án þess að til ofangreindra inngrípa komi en það eru t.d. konur með ákveðna sjúkdóma sem áhrif geta haft á fæðinguna (svo sem hjartasjúkdómar, alvarlegur háþrýstingur). Ábati sá sem hér er sýndur er því algert lágmark.

Tafla 75. Ábati af flutningi áhættufæðinga á LSH

	Fjöldi fæðinga	Hlutfall inngrípsfæðinga	Ábati m.kr.
HSu	185	19% (35)	5,6
HSS	251	35% (88)	11,3
SHA	262	43% (113)	61,1
Samtals	698	34% (236)	78,0

Allar eða hluti fæðinga fluttar á LSH: Til þess að breytingar verði í kjölfar flutnings fæðingar- og kvensjúkdómþjónustu af Kragasjúkrahúsum, s.s. breytt vaktafyrirkomulag, þarf umfang þjónustunnar að dragast verulega saman. Við gefum okkur að flutningur á fjölda framleiddra eininga undir 50% nægi ekki til að kalla fram slíkar breytingar á föstum kostnaði. Ábati af að flytja 50% af fæðingum á LSH eru 70,0 m.kr. en allar fæðingar 140,0 m.kr. Sjá töflu 76.

Tafla 76. Ábati af flutningi fæðinga á LSH

	Fjöldi fæðinga í Kraga	50% fæðinga fluttar ábati m.kr.	100% fæðinga fluttar ábati m.kr.
HSu	185	10,5	20,9
HSS	251	13,0	26,1
SHA	262	46,5	93,0
Samtals	698	70,0	140,0

Flutningur á fæðingum og kvensjúkdómþjónustu

Flutningur á allri eða hluta af fæðingar- og kvensjúkdómþjónustu af LSH: Ábati af flutningi 50% eða allri fæðinga- og kvensjúkdómþjónustu á LSH eru 212,1 m.kr. og 424,2 m.kr. Sjá töflu 77 hér fyrir neðan.

Tafla 77. Ábati af flutningi á allri fæðingar- og kvensjúkdómþjónustu á LSH

	Fjöldi framleiddra eininga í Kraga	Meðaldvalartími sólarhringar	50% framleiddara eininga fluttar ábati m.kr.	100% framleiddra eininga fluttar ábati m.kr.
HSu	2.479	0,44	32,4	64,8
HSS	2.320	0,56	36,8	73,6
SHA	2.881	0,69	108,8	217,6
STJÓ	373	2,40	34,1	68,2
Samtals	8.053		212,1	424,2

Í töflum 78 og 79 hér fyrir neðan má sjá hvernig annars vegar framleiddar einingar og hins vegar metinn ábati dreifast niður á þjónustustig. Það sem veur hér athygli er:

1. Að 47%-74% metins ábata er tilkominn vegna legudeildarþjónustu.
2. Að hlutfall legudeildarþjónustu er lágt, um og undir 20%, fyrir utan STJÓ.

Þessi niðurstaða veur upp spurningar um hvort ekki sé ástæða til að meta þörf fyrir að halda úti legudeildarþjónustu a.m.k. á sumum Kragasjúkrahúsanna.

Tafla 78. Áætlun hlutfallsleg skipting ábata út frá þjónustustigi; Öll fæðinga- og kvensjúkdómaþjónusta

	HSu	HSS	SHA	STJÓ
Legur	45%	66%	74%	100%
Dagdeildarkomur	49%	30%	13%	
Göngudeildarkomur	6%	4%	13%	
	100%	100%	100%	100%

Tafla 79. Áætlun hlutfallsleg skipting framleiddra eininga út frá þjónustustigi; Öll fæðinga- og kvensjúkdómaþjónusta

	HSu	HSS	SHA	STJÓ
Legur	10%	20%	16%	100%
Dagdeildarkomur	47%	41%	10%	
Göngudeildarkomur	43%	39%	74%	
	100%	100%	100%	100%

5.1.5.2 Flutningur á skurðþjónustu af Kragasjúkrahúsum á LSH

Í töflum 80 og 81 má sjá muninn á áætluðum kostnaði á framleidda einingu fyrir meðaldvöl skurðsjúklinga, þegar búið er að finna sambærilega samsetningu skurðsjúklinga á LSH og á hverju Kragasjúkrahúsi fyrir sig. Tafla 80 sýnir hve mikið hver framleidd eining skurðsjúklings hefði kostað ef hann hefði fengið þjónustu á LSH, en tafla 81 sýnir hve mikið hver framleidd eining miðað við sömu samsetningu skurðsjúklinga kostaði í raun á hverju Kragasjúkrahúsi fyrir sig.

Tafla 80. Kostnaður á framleidda einingu ef skurðsjúklingar af Kragasjúkrahúsum þjónustaðir á LSH

LSH	Jaðarkostnaður á framleidda einingu
HSu	22.826
HSS	55.621
SHA	49.069
STJÓ	74.497

Tafla 81. Kostnaður á framleidda einingu fyrir skurðsjúklinga af Kragasjúkrahúsum

Kragasjúkrahús	Fjöldi framleiddra eininga.	Meðalkostnaður á framleidda einingu
HSu	2.780	109.572
HSS	3.116	87.980
SHA	4.984	94.256
STJÓ	2.914	145.971

Í töflu 82 má sjá áætlaðan ábata af því að flytja skurðþjónustu frá Kragasjúkrahúsum á LSH. Hér er sem fyrr miðað við að nægilegur fjöldi framleiddra eininga flytjist af hverju Kragasjúkrahúsi til að það leiði til breytinga á skipulagi þeirrar einingar sem nú þjónustar þessa sjúklinga. Lágmarkið er sem fyrr sett við að a.m.k. 50% framleiddra eininga verði fluttar. Ef 50% skurðþjónustu væri flutt yrði ábatinn 387,7 m.kr. en ef öll þjónustu yrði flutt þá yrði ábatinn 775,4 m.kr.

Tafla 82. Flutningur á allri skurðþjónustu frá Kraga á LSH

	Fjöldi framleiddra eininga í Kraga	Ábati m.kr. 50% fækkun framleiddra eininga á Kragasjúkrahúsum	Ábati m.kr. 100% fækkun framleiddra eininga á Kragasjúkrahúsum
HSu	2.780	120,6	241,2
HSS	3.116	50,4	100,8
SHA	4.984	112,6	225,2
STJÓ	2.914	104,1	208,2
Samtals	13.794	387,7	775,4

Í töflum 83 og 84 hér fyrir neðan má sjá hvernig annars vegar framleiddar einingar dreifast niður á þjónustustig og hins vegar hvernig metinn ábati dreifist niður á þjónustustig. Það sem veur hér athygli er

1. Að 63%-87% metins ábata er tilkominn vegna legudeildarþjónustu.
2. Að hlutfall legudeildarþjónustu er lágt, um og undir 15% fyrir utan STJÓ.

Þessi niðurstaða veur upp spurningar um hvort ekki sé ástæða til að meta þörf fyrir að halda úti legudeildarþjónustu a.m.k. á sumum Kragasjúkrahúsanna.

Tafla 83. Áætlun hlutfallsleg skipting ábata út frá þjónustustigi; Skurðlækningar

	HSu	HSS	SHA	STJÓ
Legur	63%	87%	82%	65%
Dagdeildarkomur	21%	7%	11%	33%
Göngudeildarkomur	16%	6%	7%	2%
	100%	100%	100%	100%

Tafla 84. Áætluð hlutfallsleg skipting framleiddra eininga út frá þjónustustigi; Skurðlækningar

	HSu	HSS	SHA	STJÓ
Legur	8%	15%	12%	41%
Dagdeildarkomur	7%	5%	8%	35%
Göngudeildarkomur	85%	80%	80%	24%
	100%	100%	100%	100%

5.1.5.3 Flutningur á þjónustu eftir bráðafasa „post acute“ þjónustu

Flutningur á sjúklingum eftir bráðafasa af LSH á Kragasjúkrahús

Töluverður fjöldi sjúklinga til heimilis á þjónustusvæði Kragasjúklinga liggur á LSH. Má þar nefna lyflækninga, öldrunar- og endurhæfingarsjúklinga. Með flutningi þeirra eftir bráðafasa, á sitt svæðissjúkrahús, er hægt að ná fram hagræði þar sem grunnjaðarkostnaður Kragasjúkrahúsanna af því að taka við sjúklingi eftir að bráðafasa lýkur er minni en grunnmeðalkostnaður LSH.

Allir sjúklingar af þjónustusvæði Kragasjúkrahúsa á LSH

Árið 2008 voru 48.947 legudagar (134 sjúkrarúm með 100% nýtingu) og 8.159 legur á LSH tilkomnir vegna sjúklinga til heimilis á þjónustusvæði Kragasjúkrahúsanna. Þessir sjúklingar liggja á hinum ýmsu sviðum sjúkrahússins (sjá töflu 85). Ekki er raunhæft að fækka um alla þessa legudaga, þar sem bráðþjónusta við þessa sjúklinga verður áfram á LSH. Einnig er hluti þessara lega og legudaga tilkominn vegna þjónustu sem ekki er veitt á svæðissjúkrahúsunum (s.s. taugalækningar, geðlækningar, sérhæfðar barnalækningar) og/eða þjónustu sem hugsanlega á að draga saman eða leggja af á svæðissjúkrahúsunum samkvæmt fyrirbyggjandi tillögum (s.s. fæðingar, skurðaðgerðir). Þó er ljóst að unnt er að

ná hagræðingu með því að flytja ákveðna sjúklingahópa á sitt svæðissjúkrahús eftir að bráðafasa lýkur (tafla 86).

Tafla 85. Dreifing lega og legudaga sjúklinga af þjónustusvæði Kragasjúkrahúsa sem lágu á LSH niður á svið.

	HSu		HSS		SHA		STJÓ		Alls	
	Legur	Legudagar	Legur	Legudagar	Legur	Legudagar	Legur	Legudagar	Legur	Legudagar
Skurðlækningasvið	690	2.897	535	1.905	394	1.983	837	3.396	2.456	10.181
Kvennasvið	399	789	304	494	179	504	1.059	1.875	1.941	3.662
Lyflækningasvið 1	372	1.932	370	1.389	268	1.422	655	4.922	1.665	9.665
Barnasvið	162	852	157	461	101	693	229	958	649	2964
Geðsvið	130	2.899	160	3.226	113	2.185	405	6.130	808	14.440
Lyflækningasvið 2	84	631	55	453	69	491	87	589	295	2164
Endurhæfing	26	1.247	19	97	29	398	58	1.679	132	3.421
Öldrunarsvið	5	111	1	160	4	110	26	1.308	36	1.689
Rjóður	58	312	37	112	25	86	55	249	175	759
Alls	1.926	11.670	1.639	8.298	1.182	7.872	3.412	21.107	8.159	48.945

Tafla 86. Flutningur sjúklinga frá LSH á Kragasjúkrahús eftir að bráðafasa „post acute“ lýkur

	10% legudaga sjúklinga LSH eftir bráðafasa flytjast á Kragasjúkrahús	20% legudaga sjúklinga LSH eftir bráðafasa flytjast á Kragasjúkrahús	30% legudaga sjúklinga LSH eftir bráðafasa flytjast á Kragasjúkrahús
HSu	30,3	60,6	90,9
HSS	31,7	63,3	95,0
SHA	21,9	43,8	65,7
STJÓ	67,8	134,3	201,4
Alls	151,7	302,0	453,0

Þjónusta sem sjúklingar af skilgreindu þjónustusvæði Kragasjúkrahúsa þiggja á LSH

Hér á eftir verða kynntir þeir sjúklingahópar af Kragasvæðinu, sem sérstaklega voru nefndir í skýrslunni „Frá orði til athafna“ sem líklegir hópar til að geta flust að einhverju leyti til Kragasjúkrahúsa að lokinn bráðameðferð á LSH. Þar að auki eru upplýsingar um skurðsjúklinga en tölur frá Kragasjúkrahúsunum sýna að sjúklingar úr þessum hópi eru nú þegar fluttir eftir að bráðafasa lýkur á sitt svæðissjúkrahús, en í mismiklum mæli.

-Öldrunarsjúklingar

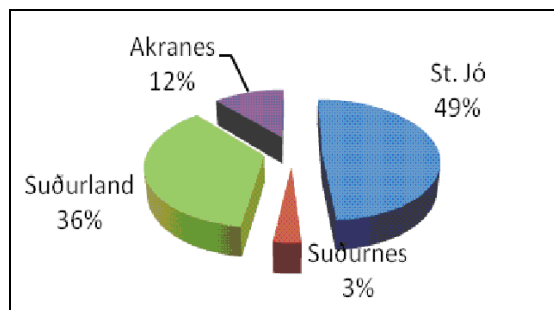
Þegar skoðaður var fjöldi legudaga sjúklinga til heimilis á þjónustusvæði Kragasjúkrahúsanna kom í ljós að nær eingöngu var um að ræða að öldrunarsjúklinga til heimilis á þjónustusvæði STJÓ. Á LSH voru alls 1.590 legudagar (4,3 legupláss á

öldrunarsviði miðað við 100% nýtingu) vegna þessa hóps. STJÓ er samkvæmt reglugerð nr. 785 frá 30. ágúst 2007, skilgreindur, ásamt Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og LSH, sem hluti af heilbrigðisumdæmi höfuðborgarsvæðisins. Spítalanum ber því að veita þeim íbúum sem falla innan svæðisins almenna sjúkrahúss- og hjúkrunarþjónustu.

-Endurhæfingarsjúklingar

Legudagar skráðir á sjúklinga til heimilis á þjónustusvæði Kragasjúkrahúsanna voru 3.421 árið 2008 (9,4 fullnýtt legurými), sjá skiptingu á mynd 2.

Mynd 15. Endurhæfingarsjúklingar af Kragasvæðinu, skipting legudaga



6. Umræður og lokaorð

Eins og fram kemur í kostnaðar- og ábatagreiningunni hér að framan er mögulegt að ná fram umtalsverðri fjárhagslegri hagræðingu með endurskipulagningu þjónustu sjúkrahúsanna á suðvesturhorninu.

Þó svo hagræðing af hverri breytingu sé hér sett fram sem línuleg stærð (þ.e. að hagræðingin aukist í réttu hlutfalli við umfang þjónustu sem flutt er) þá verður að hafa í huga að ekki er að vænta ábata af t.d. flutningi á fæðingarþjónustu og skurðþjónustu nema verulegur hluti hennar sé fluttur. Stafar það af því að kostnaður við þessa þjónustu er að verulegu leyti tengdur föstum kostnaði, svo sem vaktþjónustu, sem ekki fellur niður nema meiri háttar breyting verði á umfangi starfseminnar. Forsendur þess að hægt sé að ná fram fullum ábata af flutningi á allri þjónustu er þær að breytingar á starfsemi nái ekki eingöngu til legu-, dag- eða göngudeildanna sjálfra heldur líka til stoðþjónustu eininga s.s. rannsóknareininga, eldhúsa og yfirstjórnar. Jafnframt verður að hafa í huga að þó svo meðal- og jaðarkostnaður lækki í fyrstu með auknum fjölda framleiddra eininga þá kemur að því að bæta þarf við stofnkostnaði og þá eykst aftur meðal- og jaðarkostnaður.

Ennfremur verður að túlka með sérstakri varúð reiknaðan ábata af flutningi legudaga frá LSH til annarra umdæmissjúkrahúsa. Stafar það f.o.f. af tvennu. Annars vegar af því að hluti þeirra sjúklinga sem búa í Kraga en fá þjónustu á LSH er of veikur til að flytjast eða þarf á þjónustu að halda sem ekki er veitt á viðkomandi Kragasjúkrahúsi. Sem dæmi má nefna endurhæfingarsjúklinga úr Hafnarfirði – á STJÓ er mjög lítil aðstaða til sjúkraþjálfunar og því erfitt að taka við þeim sjúklingum þar nema stofnkostnaður og aukinn rekstrarkostnaður komi til. Sama gildir um geðlækningar og sérhæfðar barnalækningar (en þessir tveir flokkar mynda samtals ríflega 35% legudaga íbúa Kraga á LSH). Raunáhati af þessari breytingu byggist því alfarið á því hvaða þjónustu er hægt að veita utan LSH án þess að til stofnkostnaðar komi.

Að lokum skal minnt á ábati af breytingum sem þessum háður öflugri framkvæmd og breytingastjórnun og að ytri þættir geta haft áhrif á bæði kostnað og ábata.

Í inngangi hefur þegar verið vísað til forsendna greiningarinnar og helstu kennisetninga í heilsuhagfræði er hana snerta. Auk fjárhagslegra þátta er einnig nauðsynlegt að hafa í huga atriði er tengjast skipulagi, öryggi og gæðum þjónustunnar og fer stutt umfjöllun um þá þætti hér á eftir. Að lokum er í örstuttu máli minnt á nokkur verkefni sem nauðsynlegt er að hafa í huga ef ráðist verður í breytingar á skipulagi sjúkrahúspjónustu á suðvesturhorninu.

6.1. Skipulag, öryggi og gæði

Staðsetning sjúkrahúsanna: Sjúkrahúsin á SV-horninu eru öll staðsett nokkuð þétt þrátt fyrir að þjónustuvæði þeirra nái yfir næstum hálf landið. Það er um það bil einnar klst. akstur frá Reykjavík að öllum Kragasjúkrahúsunum, miðað við góð akstursskilyrði. Mun skemmra er að sjálfsögðu frá STJÓ til LSH. HSu er lengst frá Reykjavík af Kragasjúkrahúsunum eða í 57 km fjarlægð og lengsta vegalengd milli tveggja Kragasjúkrahúsa er um 95 km en það er á milli HSS og HSu og milli Akraness og HSS. Við mat á mikilvægi þessara fjarlægða þarf einnig að hafa í huga að með stækkun höfuðborgarsvæðisins hafa fjarlægðir innan höfuðborgarsvæðisins aukist mjög. T.d. má ætla að ekki taki undir 30 mín að aka frá t.d. Hafnarfirði og sumum úthverfum Reykjavíkur að svæðissjúkrahúsi Reykvíkinga, LSH. Eins er rétt að hafa í huga að í allmörgum tilvikum er vaktþjónusta Kragasjúkrahúsa sinnt af sérfræðilæknum sem ekki búa á staðnum og geta átt um allangan veg að fara ef til útkalls kemur.

Fæðingaþjónusta er á fjórum sjúkrahúsum: Á svæðinu er fæðingaþjónusta á fjórum stöðum og er þar af eitt háskólasjúkrahús. Vissulega getur það stuðlað að öryggi og gæðum í þjónustu að veita hana í nærumhverfi neytenda eins og verið hefur í þessu tilviki. Aðrir þættir geta þó vegið þar á móti, svo sem raunopnunartími skurðstofa ásamt viðveru og útkallstíma starfsfólks. Fram hefur komið að skurðstofur Kragasjúkrahúsanna eru lokaðar að hluta eða öllu leyti í 6-7 vikur að sumri, þá eru fæðandi konur sendar til LSH. Á HSS eru vaktir svæfinga- og skurðlækna ekki samfelldar heldur er þjónusta þeirra eingöngu veitt á ákveðnum vikudögum. Það fer því eftir því á hvaða degi fæðingu barns ber að hvort móðurinni stendur mænudeyfing til boða og hvort unnt er að gera keisaraskurð á staðnum. Á HSS er ekki fastráðinn svæfingarlæknir heldur er staðan setin

af afleysingarlæknum (sem stundum eru ekki íslenskumælandi), oftast eina viku í senn. Svæfingarlæknir á vakt á HSu býr í Reykholti. Þaðan er að um 20 mínútna akstur til Selfoss og vegurinn getur lokast vegna snjóá að vetri. Að lokum má benda á að í Danmörk er miðað við að hvert stöðugildi ljósmóðum taki a.m.k. á móti 100 börnum á ári til að viðhalda sér faglega, ekkert af þeim sjúkrahúsum á suðvesturhorninu sem bjóða upp á fæðingarþjónustu uppfyllir þessi skilyrði.

Í greiningunni koma fram að tíðni heimsóknna þungaðra kvenna á göngudeild og vaxtarsónarskoðana á HSu var langt umfram það sem vænta má á stofnun sem samkvæmt leiðbeiningum landlæknis á eingöngu að sinna konum án sérstakra áhættu á meðgöngu. Slíkar heimsóknir og skoðanir eru ekki hluti venjubundinnar mæðraverndar samkvæmt klínískum leiðbeiningum. Því virðist sem þar sé því ákveðin ofþjónusta á ferð og þekkt er að slíkt er ekki einungis kostnaðarsamt heldur getur einnig haft ákveðna áhættu í för með sér.

Einnig vekja tölur um tíðni gangsetninga fæðinga athygli. Algengi þeirra er svipað á LSH og SHA enda bæði sjúkrahúsin skilgreind sem þjónustustaðir áhættufæðinga. Gangsetning fæðingar telst til inngripa og hefur í för með sér aukna áhættu og auknar líkur á inngripum. Því kemur há tíðni þeirra á HSS á óvart þar sem sjúkrahúsið er ekki skilgreint sem þjónustustaður fyrir áhættufæðingar enda er þar ekki full vakt skurð- og svæfingarlækna (sbr. yfirlit um vaktþjónustu hér að framan).

Í ljósi ofangreindra atriða er vert að hugleiða hvort raunveruleg gæði og öryggi þeirrar þjónustu sem fæðandi konur búa við, séu í sumum tilvikum lakari en þær geri sér grein fyrir. Einnig er vert að hugleiða jafnan rétt landsmanna til þjónustu, öryggis og gæða.

Fjöldi skurðstofa á suðvesturhorninu: Á suðvesturhorninu eru 29 ríkisreknar skurðstofur og 10 einkareknar, auk einnar einkarekinnar speglunarstofu. Sumar þessarar skurðstofa eru ekki fullbúnar, aðrar eru lokaðar stóran hluta ársins og flestar utan LSH loka að einhverju leyti yfir sumartímann. Á þeim sjúkrahúsum þar sem bráðaaðgerðir eru sjaldgæfar er eðlilegt að gera meiri kröfur um nýtingu skurðstofa á venjulegum vinnutíma þar sem bráðaaðgerðir draga alltaf úr nýtingu. Í raun eru það eingöngu SHA og LSH sem sinna bráðaaðgerðum í einhverjum mæli. Nýting skurðstofa er því víða takmörkuð. Að auki kemur til kostnaður vegna mönnunar (meðal annars vaktþjónustu), rekstrar og

viðhalds. Gagnlegt væri að bera saman framboð skurðstofurýmris og nýtingu þess saman við erlendar tölur, t.d. um fjölda skurðstofa miðað við íbúafjölda.

Vaktþjónusta: Almennt eru á Kragasjúkrahúsunum bakvaktir lækna á lyflækninga-, handlækninga- og fæðingadeild ásamt vakt svæfingalæknis, en þó með breytilegu sniði. Á HSu er vakt lyflæknis og sameiginleg vakt fæðinga- og handlækninga, á HSS er sameiginleg vakt fæðinga- og handlækninga og gæsluvakt II með lengri viðbragðstíma. Á SHA eru vaktir lyflækninga, handlækninga og fæðinga og á STJÓ er vakt handlækninga og sameiginleg lyflækningavakt með hjúkrunarheimilinu Sólvangi.

HSu er með svæfingavakt alla daga vikunnar. HSS er með svæfingavakt til kl. 20:00 tvo daga í viku og að auki sólarhringsvakt tvo daga í viku. SHA er með svæfingavakt alla eða flesta daga ársins, en STJÓ er með svæfingavakt alla virka daga og að auki hálfan laugardag aðra hverja viku.

Ein framvakt er á HSu þar sem læknir er staðsettur á Selfossi. Tvær staðarvaktir eru á HSS, þar sem læknar eru staðsettir á stofnuninni, en þær tilheyra að mestu heilsugæslu.

Vakthafandi starfsfólk á SHA er alltaf staðsett á Akranesi

Áhugavert er að kanna nýtingu vakta, m.a. með talningu á fjölda útkalla, sérstaklega með tilliti til sumarlokana en skurðstofur Kragasjúkrahúsanna eru flestar lokaðar í 6-9 vikur á ári. Þá er valaðgerðum stýrt á opnunartíma en vakt vegna fæðinga og bráðaaðgerða fellur alveg niður og sjúklingum þá beint til LSH. Á STJÓ er ekki um bráðaaðgerðir að ræða.

Þá er vert að kanna hvort þörf sé fyrir tvöfalda staðarvakt á HSS þó svo að einungis sé greitt skv. staðarvaktartaxta fyrir aðra þeirra. Greiðslufyrirkomulag vakthafandi heilsugæslulæknis veltir upp þeirri spurningu hvort þjónustu við sjúklinga á vakt sé hægt að stýra í meira mæli inn á dagvinnutíma, en greitt er skv. gæsluvaktartaxta og skv. gjaldskrá fyrir unnin verk. Vegna vaktafyrirkomulags svæfingalækna á HSS veltur, þjónusta sem er í boði fyrir fæðandi konur (svo sem mænudeyfing, keisaraskurður), á því á hvaða vikudegi konan fæðir.

Út frá gögnum um nýtingu skurðstofa og umfang bráðaaðgerða þarf að íhuga sérstaklega kostnað og nýtingu vaktþjónustu skurð- og svæfingarlækna vegna þess hve kostnaðarsamar vaktlínur sérfræðilækna eru.

Þjónusta við sjúklinga eftir að bráðafasa lýkur: Árið 2008 voru 48.945 legudagar (134 legurými) á LSH tilkomnir vegna sjúklinga af þjónustusvæði Kragasjúkrahúsanna. Ekki er raunhæft að flytja alla þessa sjúklinga á viðkomandi svæðissjúkrahús, sennilega er í raun nær að tala um 10-20% legudaga. Hér er mikilvægt að hafa í huga t.d. að þriðjungur þessara legudaga er tilkominn vegna geðsjúkdóma, en enginn starfandi geðlæknir er á Kragasjúkrahúsunum. Einnig þarf að huga að því að erfitt getur reynst að fá sérfræðinga til starfa úti á landi og þar með á Kragasjúkrahúsunum. Áður en farið er kanna flutning á sjúklingum af LSH á Kragasjúkrahús eftir að bráðafasa lýkur er nauðsynlegt að athuga hvort sérþekking sé til staðar og að meðallengd lega þessa sjúklingahóps sé nægilega löng til að flutningur sé hagkvæmur.

Fjöldi rannsókn- og myndgreiningarstofa á suðvesturhorninu: Á suðvesturhorninu eru 12 ríkisreknar rannsóknastofur (7 á LSH og 2 í Hafnarfirði) og 3 einkareknar í Reykjavík. Full vaktþjónusta er á öllum ríkisreknu rannsóknarstofunum. Hér væri áhugavert að kanna hvort raunverulega sé þörf á öllum þessum fjölda rannsóknastofa, hvaða rannsóknir séu gerðar á hverri þeirra og umfang þeirra, umfang útkalla og rannsókna utan dagvinnutíma. Nauðsynlegt er að hafa öryggi sjúklinga í huga við slíka athugun. Hér má til dæmis horfa til þess að 2 rannsóknarstofur eru í Hafnarfirði en hugsanlegt er að dreifing rannsóknastofa skapi hagræði þar sem hægt er að sinna sjúklingum í heimabyggð. Með aukinni samvinnu og samtengingu gagnagrunna er hægt að ná hagræði í rekstri og auknum gæðum þjónustunnar. Slík vinna er þegar í gangi á vegum HBR.

Á öllum sjúkrahúsunum fimm eru starfræktar myndgreiningardeildir (á LSH eru þær raunar tvær, önnur í Fossvogi og hin á Hringbraut). Á suðvesturhorninu er tvær ríkisreknar myndgreiningarstofur¹³ og þrjár einkareknar (Orkuhúsið, Domus Medica og Krabbameinsfélag Íslands). Hér er áhugavert að kanna sömu þætti og fyrir rannsóknarstofur sbr. hér að ofan og hvert umfang slíkrar þjónustu er í löndunum í kringum okkur.

¹³LSH og STJÓ. SHA og HSu kaupa myndgreiningarþjónustu af LSH. HSS kaupir myndgreiningarþjónustu af Domus Medica

6.2. Næstu skref

Auk þeirra atriða sem nefnd eru hér að ofan varðandi skipulag, öryggi og gæði þeirrar þjónustu sem veitt er í dag er vert að huga að neðangreindum þáttum áður en ráðist er í endurskipulagningu sjúkrahúsþjónustunnar á Radfússvæðinu,

Skilgreining á hlutverki sjúkrahúsanna: Lög um heilbrigðisþjónustu tilgreina með almennum hætti hvaða þjónustu skuli veita á hverju þjónustustigi. Æskilegt er að skilgreina enn nánar hvaða starfsemi skuli vera á hverju sjúkrahúsi fyrir sig þannig að sjúkrahús innan hvers heilbrigðisumdæmis skipti með sér verkum enn frekar. Þessi vinna er sums staðar hafin. Hér er mjög mikilvægt að hugsað sé um heildina og til framtíðar og taka afstöðu til þátta svo sem:

- Hvert er þjónustustig hvers sjúkrahúss, á að leggja áherslu á legu-, dag- eða göngudeildarþjónustu, hvert á umfang bráðaþjónustu að vera og svo frv.
- Hvaða sjúklingahópa á að þjónusta á hverjum stað, hvaða sérgreinar, hvar eiga veikustu sjúklingarnir að vera (hér væri gott að flokka sjúklinga eftir þörf fyrir þjónustu við komu á bráðamóttöku/heilsugæslu, slíkt mat er til fyrir bráðamóttökur).

Greining framleiðslugetu starfseininga: Leggja þarf mat á:

- a) Mögulegri framleiðslugetu niður á þjónustustig fyrir: kvenlækningadeild, Hand-/skurðlækningadeild og lyflækningadeild á hverju sjúkrahúsi fyrir sig miðað við núverandi stöðu. Er mögulega vannýtt framleiðslugeta?
- b) Sérfræðipækkingu á þessum deildum fyrir öll sjúkrahús.

Slíkt mat yrði notað sem grundvöllur að endurskipulagningu. Mjög mikilvægt að leitað sé ráða hjá klínískum starfsmönnum og stjórnendum við slíka endurskipulagningu.

Endurskoðun verkferla: Hér er mikilvægt að til séu leiðbeinandi reglur um stýrt flæði sjúklinga þar sem t.d. kæmi fram hvenær eigi að vísa sjúklingi sem leitar á Kragasjúkrahús á LSH og hvenær sjúklingur af Kragasvæði er tilbúin(n) til flutnings á sitt svæðissjúkrahús.

Skráning og notkun upplýsinga: Við þá vinnu sem liggur að baki þessari skýrslu hefur komið ítrekað í ljós að gögn um starfsemi og rekstur sjúkrahúsanna á suðvesturhorninu eru ekki nægilega samræmd. Nauðsynlegt er að fara markvisst yfir skráningu upplýsinga, staðla hana til að auðvelda samanburð, velja ákveðnar breytur sem skoðaðar eru reglulega og bornar saman á milli sjúkrahúsa í landinu. Auka þarf samvinnu á milli Kragasjúkrahúsanna um skráningu, úttekt og notkun gagna. Hér þarf sérstaklega að huga að því hvernig gögn eru sótt inn í gagnagrunna. Þessi vinna er nú þegar hafin undir forystu heilbrigðisráðuneytisins.

Ákvarðanatataka um fjárfestingar í heilbrigðisþjónustu: Það verkefni sem hér hefur verið lýst er að öllum líkindum fyrsta dæmið um kostnaðarábatagreiningu sem unnin er til undirbúnings stefnumótun í heilbrigðisþjónustu á Íslandi. Greiningin var unnin í nánu samráði við stjórnendur og á grundvelli faglegrar klínískrar vinnu sem skilaði sér í formi tillagna um skipulagsbreytingar er ráðast mætti í út frá sjónarmiðum öryggis og gæða. Greiningin bætti við þriðju víddinni; hagrænu mati á áhrifum skipulagsbreytinganna. Aðferðafræðin eykur gegnsæi og rekjanleika fjárfestingarákvarðana, styður við faglega forgangsröðun og ábyrgð í rekstri. Slík nálgun á grunni heilsuhagfræðilegrar greiningar stuðlar þannig að jafnræði með tilliti til aðgengis, gæða og öryggis heilbrigðisþjónustu, ekki síst á tímum efnahagslegra þrenginga eins og nú ríkja á Íslandi.

VIÐAUKI.

Ábendingar forstjóra Kragasjúkrahúsa (tölvupóstar) um breytingar á rekstri árið 2009 sem áhrif geta haft á niðurstöður kostnaðar- og ábatagreiningar.

Magnús Skúlason HSu

**Ábendingar
um helstu breytingar á starfsemi og kostnaði sjúkrahúss HSu
frá árinu 2008.**

1. Kostnaður við vaktir fæðingar- og svæfingarlækna er áætlaður um 35 m.kr. á árinu 2009 í stað um 45 m.kr. 2008.
2. Dregið hefur verulega úr yfirvinnu starfsfólks á sjúkrahúsinu, þar með talið á sjúkradeildum.
3. Dregið hefur verið úr afleysingum, námsleyfum og ýmsum öðrum kostnaði.
4. Tveimur sjúkrastofum hefur verið breytt þannig að þær eru fyrst og fremst nýttar fyrir dag- og göngudeildarsjúklinga eftir smáaðgerðir, við lyfjagjafir ofl. Þrjú sjúkrarúm, sem á árinu 2008 voru skráð fyrir kvensjúkdóma og þrjú rúm hand- og lyflækningudeildar, samtals 6 rúm, voru tekin í þessa starfsemi.

5. nóvember 2009,
Magnús Skúlason, forstjóri.

HSS

Elís Reynarsson

Breytingar á HSS á árinu 2009 sem hafa áhrif á kostnaðarútreikninga sjúkrahússviðs

Göngudeildarþjónusta við krabbameinssjúklinga hefur stóraukist, að meðaltali fá 4 sjúklingar í viku lyfjameðferð (200 meðferðir á ári). Speglunum hefur fjölgað talsvert á árinu.

Starfsemi heimahjúkrunar hefur stóraukist og heimahjúkrun sameinaðist hjúkrunar-og endurhæfingardeild nú í haust.

Við lögðum niður 4 stöður deildarstjóra í hjúkrun á árinu.

Fækkuðum stjórnendum í mötuneyti og býtibúrum.

Sögðum upp sjúkrahúslæknum í 2 stg.

Einnig höfum við lækkað verulega launakostnað ekki síst hjá læknum.

Gerðum smábreytingar á vaktalínum, ekki sjáanlegur mikill sparnaður af því.

Yfirvinna skorin verulega niður á öllum deildum.

Í heildina hefur launakostnaður því lækkað verulega, bæði á sjúkrahúsi og heilsugæslu sem hefur að sjálfsögðu áhrif á kostnað við legur og legudaga.

B. kv.

Elís Reynarsson

SHA
Guðjón Brjánsson

Sæl vertu,

Í framhaldi af fundi í ráðuneyti, dags. 05.11.09 sendi ég eftirfarandi stutt yfirlit og athugasemdir skv. niðurstöðu fundarins.

Þróun starfseminnar:

Í samræmi við áætlanir um aðhald og niðurskurð hefur verið dregið úr starfsemi á sjúkrasviði SHA miðað við árið í fyrra. Heldur hefur hægt á innlögnum en þeim hefur fækkað um 5% í heild miðað við sama tíma liðið ár. Þetta mun vera í samræmi við þróun um þessar mundir á heilbrigðisstofnunum í landinu. Fæðingar eru þremur færri en á sama tíma í fyrra. Tíðni keisara er á niðurlægi. Stoðþjónusta, blóðrannsókn og myndgreining sambærileg við fyrra ár. Fjárhagsleg staða nánast í jafnvægi

með bestu kveðju,

gb

STJÓ
Árni Sverrisson

Sæl Ásthildur,

Þegar ég skoða breytingar á milli árána 2008 og 2009 þá er að mínu mati nokkuð jafnræði á milli í stórum dráttum á þeim rekstrareiningum sem hér eru sérstaklega til skoðunar, en þó hefur einn þáttur sérstaklega haft áhrif til lækkunar að rekstrarkostnaði. Þetta er launakostnaður vegna deildarlækna, en við lögðum þær stöður að mestu niður á árinu 2009. Þetta hefur haft í för með sér lækkun á kostnaði vegna handlækningadeildar um 15 milljónir og á lyflækningadeild um 40 milljónir.

Kveðja

Árni Sverrisson, forstjóri