

**Skýrsla til heilbrigðis- og
tryggingamálaráðherra
um
sjúkrahúsmál**

**Faghópur heilbrigðisráðuneytis
Desember 1998**

Efnisyfirlit

Bls.

I.	Inngangur	4
	Tillögur – Samantekt	6
	Tafla 1. a. - Yfirlit yfir skráð rúm, rúmanytingu og þörf fyrir rúm	9
	Tafla 1. b. – Yfirlit yfir tillögur	10
	Athugasemdir við töflur 1. a. og 1. b.	11
II.	Framtíðarsýn	15
III.	Skipulag og stjórnun	16
IV.	Ráðstöfun fjárveitinga	18
	A. 200 m.kr. fjárveiting	18
	B. 300 m.kr. fjárveiting	19
V.	Landsbyggðarsjúkrahús	20
	A. Verkaskipting – Yfirlit	20
VI.	Sjúkrahúsin í Reykjavík	22
	A. Forsaga	22
	B. Breytingar er orðið hafa á rekstri.....	23
	C. Núverandi stjórnskipulag	24
	D. Tilraunir til verkaskiptingar	25
	E. Mat á stöðu mála	25
VII.	Sjúkrahúsin í Reykjavík - Sameining sérgreina	27
	A. Endurhæfingarþjónusta	27
	B. Þvagfæraskurðlækningar	28
	C. Taugalækningar	28
	D. Æðaskurðlækningar	29
VIII.	Sjúkrahúsin í Reykjavík - Eldri tillögur	30
	A. Bæklunarskurðlækningar	30
	B. Lungnalækningar	30
	C. Líknardeild	31
	D. Innritunarmiðstöðvar	31
	E. Sjúkrahústengd heimaþjónusta	31
	F. Dag- og göngudeildþjónustua	32
IX.	Gerð þjónustusamninga	33
X.	Önnur verkefni	34
	A. Klínískar leiðbeiningar	34
	B. Samhæfing gagnavinnslu	34
	C. Kostnaðargreining	35
	D. Sjúkrahótel	36
	E. Háskólasjúkrahús	36
	F. Lyfjainnkaup sjúkrahúsa	37

Fylgiskjöl:

- Nr. 1. Skipunarbréf faghóps, janúar '98
- “ 2. Framtíðarskipan sjúkrahúsmála í Reykjavík, Fih, apríl 1998
- “ 3. Fréttatilkynning frá heilbrigðisráðuneyti dags. 5. ágúst 1998
- “ 4. Fylgiskjal um stöðu sjúkrahúsa á landsbyggðinni, apríl '98
- “ 5. Tillögur um hagræðingu og sparnað á landsb.sjúkrahúsum, sept. '97
- “ 6. Þjónustusamningur við Sjúkrahús X
- “ 7. Yfirlit yfir starfsemi sjúkrahúsa á landsbyggðinni
- “ 8. Greinargerð Ríkisendurskoðunar um fjárhagsstöðu sjúkrahúsanna í Reykjavík, mars 1996
- “ 9. Minnispointar hjúkrunarforstjóra og lækningaforstjóra SHR v/greinargerðar til borgarstjóra, fjármálaráðherra og heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra, dags. 2. maí 1997
- “ 10. Rekstrarskilyrði sjúkrahúsa, október 1998 (Magnús Skúlason)
- “ 11. Auglýsing um verkaskiptingu milli sjúkrahúsanna í Reykjavík
- “ 12. Nefnd um aukna samvinnu og verkaskiptingu sjúkrahúsanna í Reykjavík og á Reykjanesi, mars 1996
- “ 13. Samkomulag heilbrigðisráðherra, fjármálaráðherra og borgarstjóra, ágúst 1996
- “ 14. Samkomulag heilbrigðisráðherra, fjármálaráðherra og borgarstjóra, september 1997
- “ 15. Stefnumótun stofnana - Stefnumótun endurhæfingarmiðstöðvar - janúar 1998 (Björk Pálsdóttir, Guðrún Sigurjónsdóttir, Kalla Malmquist)
- “ 16. Mönnunarlíkan þvagfæraskurðlækningadeildar
- “ 17. Æðaskurðlækningar á Íslandi, -Markmið og skipulag-, febrúar 1998 (Jóhannes M. Gunnarsson, Gunnar H. Gunnlaugsson, Stefán E. Matthíasson)
18. Minnispointar um Templarahöll
- “ 19. Áætlun um sparnað v/opnunar innritunarmiðst. á RSP, dags. maí og nóv. '97
- “ 20. Sjúkrahústengd heimaþjónusta-Kostnaðargreining á mismunandi úrræðum fyrir aldraða - apríl 1998 (Anna Birna Jensdóttir, Pálmi V. Jónsson)
- “ 21. Mismunandi kostnaður við rekstur 7 daga deilda, 5 daga deilda og dagdeilda
- “ 22. Upplýsingar frá Rauða Krossi Íslands um rekstur sjúkrahótela
- “ 23. Tillaga að nýju fyrirkomulagi á lyfjainnkaupum, maí 1998

I. Inngangur

Þann 28. janúar sl. skipaði heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra sérstakan faghóp um málefni sjúkrahúsa (fskj. nr. 1) sem fékk það hlutverk m.a. að gera tillögur um úthlutun fjárveitinga til sjúkrahúsa, að undirbúa gerð þjónustusamninga og yfirfara rekstraráætlanir heilbrigðisstofnana m.t.t. þess að rekstur yrði innan fjárlaga, leggja áherslu á hagkvæma verkaskiptingu sjúkrahúsanna og að vinna að undirbúningi klínískra leiðbeininga.

Faghópnum var ætlað að styðjast við þá vinnu sem þegar hefur verið unnin af hálfu ráðuneytisins í skipulags- og stefnumótunarmálum.

Nefndin var þannig skipuð:

Kristján Erlendsson, skrifstofustjóri, formaður.
Sigríður Snæbjörnsdóttir, hjúkrunarforstjóri SHR, varaformaður.
Anna Lilja Gunnarsdóttir, forstöðumaður áætlana- og hagdeildar RSP.
Birgir Gunnarsson, framkvæmdastjóri Sjúkrahúss Sauðárkróks.
Halldór Jónsson, framkvæmdastjóri FSA.
Ari Jóhannesson, yfirlæknir Sjúkrahúsi Akraness.
Ólafur Hjálmarsson, deildarstjóri í fjármálaráðuneytinu.
Snævar Guðmundsson, deildarstjóri hjá Hagsýslu ríkisins.
Emma R. Marinósdóttir, skrifstofustjóri í heilbrigðisráðuneytinu.
Ingimar Einarsson, skrifstofustjóri í heilbrigðisráðuneytinu.

Faghópurinn hélt 23 formlega fundi, auk þess sem vinnuhópar hittust reglulega. Starf hópsins hefur annars vegar falist í því að leita lausna á fjárhagslegum og rekstrarlegum vandamálum landsbyggðarsjúkrahúsanna, og hins vegar að reyna að ráða fram úr vanda sjúkrahúsanna í Reykjavík. Auk þess hefur verið hugað að því hvernig koma megi betra skipulagi á sjúkrahúsamálin til lengri tíma. Einn liður í því hefur verið undirbúningur að gerð þjónustusamninga til þriggja ára við öll sjúkrahús landsins.

Sérfræðingar víða að úr heilbrigðiskerfinu voru kvaddir á fund nefndarmanna, jafnt fulltrúar stjórnenda, fagaðila sem rekstraraðila. Tölulegra gagna ásamt munnlegum og skriflegum upplýsingum var aflað frá sjúkrahúsunum, reynt var að taka á þeim vandamálum sem viðkomandi stofnanir eiga við að etja og hugsanlegar lausnir ræddar.

Fulltrúar úr faghópnum hafa unnið með framkvæmdastjórum landsbyggðar-sjúkrahúsanna við að koma rekstrinum í jafnvægi. Nú hafa 11 af 17 sjúkrahúsum á landsbyggðinni fengið greiddan uppsafnaðan rekstrarhalla eða alls 200 m.kr. Sjúkrahúsin á landsbyggðinni eiga á næsta ári að hafa raunhæfan möguleika á að láta fjárveitingu nægja fyrir þeirri þjónustu sem þeim er ætlað að veita.

Í Reykjavík hafa einkum verið skoðaðir möguleikar á aukinni samvinnu og verkaskiptingu ríkisspítala (RSP) og Sjúkrahúss Reykjavíkur (SHR). Samtímis hefur verið dregið úr yfirstandandi vanda stóru sjúkrahúsanna með 300 m.kr. fjárveitingu til þeirra og Fjórðungssjúkrahúsins á Akureyri (FSA). Tillögur faghópsins miða að því að

Það verði mögulegt að rekstur þessara sjúkrahúsa verði innan ramma fjárlaga á árinu 1999.

Upphaflega var faghópnum gert að ljúka störfum fyrir 1. október sl. en sá frestur var framlengdur. Eðli verkefnisins er þó þannig háttað að það verður stöðugt til umfjöllunar og því mun seint eða aldrei ljúka í eitt skipti fyrir öll, hvorki af hálfu heilbrigðisráðuneytis né af hálfu stjórnenda sjúkrahúsa.

Faghópurinn leggur áherslu á að heilbrigðisráðuneytið leggi meiri áherslu á að efla áætlanagerð og eftirlitþátt sinn en fækki afgreiðslumálum þannig að stofnanir fái aukið sjálfstæði og um leið aukna ábyrgð á rekstri og þjónustu.

Tillögur - Samantekt

A. Skipulag og stjórnun

1. Lög um heilbrigðisþjónustu verði endurskoðuð m.a. með tilliti til skipunar stjórna, hlutverks þeirra og flokkunar sjúkrahúsa eftir tegund og þeirri þjónustu sem þeim er ætlað að veita.
2. Hlutverk sjúkrahúsa verði nánar skilgreint í langtímaáætlunum þeirra. Þjónustusamningar geri ráð fyrir að sjúkrahúsin starfi eftir þriggja ára áætlun.
3. Skoða ber hvort yfirleitt eigi að vera stjórn yfir heilbrigðisstofnunum og hvert hlutverk hennar eigi þá að vera.
4. Heilbrigðisráðuneytið leiti leiða til að breyta sjúkrahúsarekstrinum þannig að ákveðnir þættir verði skildir frá kjarna starfseminnar og reknir sem sjálfstæðar einingar, s.s. endurhæfingarþjónusta, öldrunarþjónusta, rannsóknarþjónusta, röntgenþjónusta, tölvu- og upplýsingaþjónusta og utanspítalaþjónusta. Brynt er að skilja þann rekstur frá meginstarfsemi sjúkrahúsanna sem er í samkeppni við einkarekstur (d. rannsóknarstofur og röntgenþjónusta).
5. Heilbrigðisráðuneytið leggi meiri áherslu á að efla áætlana- og eftirlitsþátt sinn en fækki afgreiðslumálum, þannig að stofnanir fái meira sjálfstæði en taki um leið á sig meiri ábyrgð á rekstri og þjónustu en verið hefur.

B. Fjármál og rekstur

1. Með aðgerðum sem varða sameiningu og samhæfingu þjónustu sérhæfðra sjúkrahúsa á Reykjavíkursvæðinu verði stefnt að jafnvægi í rekstri stóru sjúkrahúsanna í Reykjavík á árinu 1999. Lokið verði gerð þjónustusamnings þar sem skýrt er tekið fram að rekstur verði á ábyrgð stjórnenda. Þar komi fram að stofnunum verði ætlað að veita nauðsynlega (umsamda) þjónustu miðað við fjárframlög sem eru í frumvarpi til fjárlaga fyrir árið 1999 og að tekið sé tillit til þeirra hagræðingartillagna sem hér eru lagðar fram.
2. Unnið verði áfram að kostnaðargreiningu og verðlagningu á þjónustu sjúkrahúsanna í samvinnu við fulltrúa spítalanna og sérfræðinga á því sviði. Mikilvægt er að sjúkrahúsin vinni saman að því að þróa sambærilegar aðferðir við útreikningana og heilbrigðisráðuneytið hafi yfirsyn og eftirlit með þessari vinnu.
3. Kannað verði hvernig best megi koma fyrir starfsemi sjúkrahótels í Reykjavík í samvinnu við RKÍ eða einkaaðila. Faghópurinn tekur undir mikilvægi þess að reka sjúkrahótel í Reykjavík og leggur til að skoðaðir verði ýmsir samvinnumöguleikar en mikilvægt að stefna að því að staðsetning verði nær sjúkrahúsi en nú er. Einnig verði kannaðir möguleikar á rekstri sjúkrahótels á Akureyri, þar sem sérhæfð þjónusta er veitt á landsvisu.
4. Tekið er undir tillögu um breytingu á fyrirkomulagi á lyfjainnkaupum

sjúkrahúsa og hjúkrunarheimila þar sem fyrirhugað er að lyfjainnkaup verði boðin út í samvinnu við Ríkiskaup og mismunur á skráðu heildsöluverði og útboðsverði renni í sérstakan sjóð sem viðkomandi stofnanir ráðstafa.

5. Vinnuhópi verði falið að yfirfara rekstur sjúkradeilda og gera tillögur um að færa starfsemi þeirra í 5 daga-, dag- og göngudeildarstarfsemi þar sem það er hægt. Jafnframt verði skoðað hvernig er hagkvæmast að nýta fjármagn og aðstöðu sem verður til við slíkar rekstrarbreytingar.
6. Sjúkrahúsin í Reykjavík hafi með sér samvinnu um sumarlokanir.

C. Sameining sérgreina á sjúkrahúsunum í Reykjavík - verkaskipting

1. Heilbrigðisráðherra skipi endurhæfingarráð, sem í eiga sæti fulltrúar frá ríkisspítólum, Sjúkrahúsi Reykjavíkur, Reykjalundi og heilbrigðisráðuneytinu. Ráðinu verði falið að skipuleggja endurhæfingarstarfsemi á Reykjavíkursvæðinu með það að markmiði að nýta sem allra best þau aðföng sem fyrir hendi eru.
2. Við gerð þjónustusamninga semji heilbrigðisráðuneytið um rekstur einnar þvagfæraskurðlækningadeildar, skv. meðfylgjandi líkani.
3. Við gerð þjónustusamninga semji heilbrigðisráðuneytið um rekstur einnar taugalækningadeildar, skv. mönnunarlíkani svipuðu og stuðst er við í þvagfæraskurðlækningum.
4. Við gerð þjónustusamninga semji heilbrigðisráðuneytið um rekstur einnar æðaskurðlækningadeildar, skv. mönnunarlíkani svipuðu og stuðst er við í þvagfæraskurðlækningum.
5. Bæklunarskurðlækningum verði skipt þannig að bráðabæklunarlækningar verði á Sjúkrahúsi Reykjavíkur og valaðgerðir í bæklunarlækningum verði á Landspítalanum. Bakaðgerðir verði með óbreyttu fyrirkomulagi, þ.e. á báðum spítólum.
6. Lungnasjúklingar á Vífilstöðum verði fluttir á Landspítalann um leið og endurhæfingarhúsnæði í Kópavogi verður tekið í notkun. Á sama tíma og lungnasjúklingar flytjast á Landspítalann verður hægt að flytja hjúkrunarsjúklinga af Landspítalanum á Vífilsstaði.

D. Þjónustusamningar

1. Þjónustusamningar verði gerðir við öll sjúkrahús á landinu til þriggja ára. Samningar við sjúkrahúsin á landsbyggðinni verði undirritaðir fyrir 1. desember 1998 og taki gildi frá og með 1. janúar 1999. Vinnu við þjónustusamninga sjúkrahúsanna í Reykjavík og á Akureyri verði lokið eigi síðar en 1. mars 1999.

E. Aðrar aðgerðir

1. Samþykkt verði að fara af stað með sjúkrahústengda heimaþjónustu á öldrunarsviði SHR, jafnframt því sem hvatt verði til að gerðar verði áætlanir um

sjúkrahústengda heimaþjónustu þar sem slík þjónusta leiðir til hagræðingar. Þá verði skoðaðir aðrir skyldir möguleikar á fjölbreytni í þjónustu, s.s. aukinni símaþjónustu eftir útskrift sem geta komið í veg fyrir óþarfa endurinnifagnir.

2. Heilbrigðisráðherra skipi í vinnuhópa til þess að vinna að gerð klínískra leiðbeininga/kjörmeðferð í samráði við Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga, Læknafélags Íslands og fagfólk spítalanna.
3. Mikilvægt er að stefnumörkun þeirri sem unnin er á vegum heilbrigðisráðuneytisins í upplýsingamálum heilbrigðiskerfisins verði fylgt eftir. Fylgt verði skipulegu verkferli við uppbyggingu og þróun upplýsinga- og tölvukerfa. Sérstök áhersla verði lögð á samræmingu í skráningu upplýsinga um starfsemi og rekstur sjúkrahúsanna. Tölvu- og upplýsingamál RSP og SHR verði sameinuð og sett undir eina stjórn.
4. Aðgreina þarf rekstur og fjármögnun háskólastarfsemi frá almennri klínískri starfsemi, m.a. til að hægt sé að meta hvort framlag til rannsókna og kennslu sé sambærilegt við það sem gerist hjá öðrum þjóðum. Skilgreina þarf framlag menntamálaráðuneytis, Háskólans á Akureyri og Háskóla Íslands til þeirrar þjónustu sem er veitt á spítölum landsins.
5. Flytt verði eftir megni að koma innritunarmiðstöð í notkun.
6. Flytt verði eftir megni að opna líknaardeild í Kópavogi fyrir 12 sjúklinga.

Tafla 1.a.
Yfirlit yfir skráð rúm, rúmanýtingu og þörf fyrir rúm

Klínísk svið	Skráð rúm	Notuð rúm 1997, meðalt.	I bið eftir endurhæf.	I bið eftir hjúkrun	Þörf á rúmum m.v. 90% nýtingu	Rúm til afnota
Handlækningasvið RSP:						
Bæklunarskurðlækningar (13-G)	22	21,4	4		19	
Æðaskurðlækningar (13-D, 11-G)	12	5,6			6	
Lýtalækningar (13-D, 13-A)	13	7,1	3		5	
Þróstholskurðlækningar (11-G)	16	15,0	2		14	
Almennar skurðlækningar (12-G)	22	24,9	1		27	
Þvágfæraskurðlækningar (13-D)	13	13,3	1		14	
Krabbameins, blóðsj. (11-E)	21	17,3	3		16	
Augnlækningar, 6-d deild (11-B, 11-G)	6	6,0			7	
Talið saman á sviðinu í heild				0	0	
Samtals	125	110,6	14	0	107	18
Skurðsvið SHR:						
Deild A-4, bæklun- og æðaskurðl.	30	28,7	3		29	
Deild A-5, heila- og tauga og HNE	30	23,0	2		23	
Deild B-6, almennar skurðlækning.	27	27,0	2		28	
Talið saman á sviðinu í heild				0	0	
Samtals	87	78,7	7	0	80	7
Lyflækningasvið RSP:						
Almennar lyflækningar 1 (11-A)	17	16,2	8		9	
Almennar lyflækningar 2 (11-B)*	10					
Óldrunarmatsdeild (11-B)	11	11,0			12	
Hjartalækningar (14-E)	21	26,7	3		26	
Gigtar- og nýrnalækningar (14-G)	22	23,7	6		20	
augalækningar (32-A)	12	15,4	6		10	
Talið saman á sviðinu í heild				9	-9	
Samtals	93	93,0	23	9	69	24
Lyflækningasvið SHR:						
Deild A-6, lungna, melt, innkirtla, alm	30	22,0			24	
Deild A-7, blóðsj, krabbam, smit	23	23,9			27	
Deild B-7, hjarta	27	29,6			33	
Talið saman á sviðinu í heild			0	13	-13	
Samtals	80	75,6	0	13	71	9
Samtals						58

* Deild 11-B er talin með 11-A í sjúklingabókhalði

Auk þess blóða yfir 100 hjúkrunarsjúklingar á Landakoti eftir rými á hjúkrunarheimilum.

(Upplýsingar um sjúklinga í bið eftir öldrunar- og hjúkrunarrýmum eru frá hjúkrunarframkvæmdastjóra öldrunarsviðs SHR).

Auk þess blóða 17 sjúklingar í heimahúsum eftir endurhæfingarrýmum

(Upplýsingar um sjúklinga í bið eftir endurhæfingarrýmum eru frá yfirlæknum endurhæfingadeilda SHR og RSP).

Tafla 1.b.

Yfirlit yfir tillögur	Aætl. árs- sparn. m.kr.	Stofn- kostn m.kr.	Breyt. SHR	á rúmafjölda Rsp.	Samtals
A. Skipulag og stjórnun:					
1. Lög um heilbr.þj. endurskoðuð m.t.t. stjórna/flokkunar sjúkrahúsa					
2. Hlutverk landsbyggðarsjúkrahúsa skilgreint í 3 ára áætlunum					
3. Htr. hlutist til um áfrh. sameiningu sjúkrastofnana á landsbyggðinni					
4. Skoða hvort eigi að vera stjórn og hvert hlutverk hennar væri					
5. Aðskilnaður rekstrarþátta frá sjúkrah.rekstri. Ekki lagt mat á spamað					
6. Áætlana- og eftirlitsþættir ráðuneytisins eflidir, stuðn. við sjúkrah.					
B. Fjármál og rekstur:					
1. Breytingar á rekstrarformi. Sjá lið C.					
2. Kostnaðargr. og verðlagning þjónustu sj.h. í samv. við ráðuneyti					
3. Opnun sjúkrahótels í Rvk. í nágr. sjúkrahúsanna					
4. Lyfjainnkaupum breytt. Spamaður renni í sérstakan sjóð					
5. Vinnuhópur skoði aukningu dag- og göngudeilda. A.m.k.:					
Einni deild breytt í 5 daga deild (sjá líkan)	21				
Einni deild breytt í dagdeild (sjá líkan)	34				
Bráðarúmum lokað, ca. 10 rúm	31				
6. Samvinna um sumarlokanið á SHR og RSP	10				
C. Sameining sérgreina-verkaskipting:					
1. Skipað endurhæfingaráð, endurskipulagning endurhæfingarþjónustu:	68				39
Grensásdeild 48 rými og Kópavogur 24 rými		75	15	24	
2. Þvágfæraskurðeild: (ný deild 19 rúm) líkan:	27				6
Ef deildin verður á SHR (nú 12 rúm, fjölgar um 7 rúm)			-7	13	
Ef deildin verður á RSP (nú 13 rúm, fjölgar um 6 rúm)			12	-6	
3. Taugalækningar: (ný deild 14 rúm):	20				8
Ef deildin verður á SHR (nú 10 rúm, fjölgar um 4 rúm)			-4	12	
Ef deildin verður á RSP (nú 12 rúm, fjölgar um 2 rúm)			10	-2	
4. Æðaskurðlækningar: (ný deild 10 rúm):	14				5
Ef deildin verður á SHR (nú 3 rúm, fjölgar um 7 rúm)			-7	12	
Ef deildin verður á RSP (nú 12 rúm, fækkar um 2 rúm)			3	2	
5. Bæklunarskurðlækn. breytt þannig að bráðaaðg. verði á SHR og valaðgerðir á RSP Ekki lagt mat á spamað, aukin framleiðni.	0				
6. Vífilstaðir - Templarahöll - Rauðararstígur - Þverholt:	48				
Bráðadeild lungnasj. á Lsp. 22 sjúklingar, hjúkrunarsj. á Vífilstaði				8	
Húðeild breytt í dagdeild fer í Templarahöll, ca. 3 legurúm á Lsp.					8
Skrifstofur RSP í Templarahöll. Göngud. Lungna, húð- og kynsj.					
D. Þjónustusamningar:					
1. Þjónustusamn. við landsb.sj.h. undir 1.1. '99					
2. Þjónustusamn. við sjh. í Rvk. og FSA undir 1.1. mars.					
E. Aðrar aðgerðir:					
1. Sjúkrahústengd heimaþjónusta í öldrun	15		10	10	20
2. Unnið verði að að klíniskum leiðbeiningum/kjörmeðferð					
3. Samhæfing gagnavinnslu/sameining tölvu-og uppl.mála	12				
4. Háskólasjúkrahús eftt					
5. Innskriftarmiðstöðvar opnaðar á SHR og RSP	17		3	4	7
6. Líknardeild opnuð í Kópavogi			5	5	10
Samtals:	317	75			103

Vegna fjölda sjúklinga sem biður eftir öldrunarrýmum er ekki lögð til fækkun á rúmum sem losna vegna sjúkrahústengdrar heimaþjónustu
Hluti af spamaði sjúkrahústengdrar heimaþjónustu (15 af 33 m.kr.) vegna langra biðlista í öldrun

Athugasemdir við töflur 1.a. (bls. 9) og 1.b. (bls. 10).

(Ath. tilvísanir í fskj. eru í megintexta)

Meðfylgjandi töflur sýna yfirlit yfir tillögur faghópsins er leiða skulu til sparnaðar á RSP og SHR. Litið er svo á að með þjónustusamningum við landsbyggðarsjúkrahúsin hafi með sérstökum tillögum náðst viðunandi árangur.

Hvað varðar sjúkrahúsin í Reykjavík þá hefur verið brugðist við fyrirsjáanlegum 900 m.kr. halla á eftirfarandi hátt. Við fjárlagagerð fyrir 1999 koma inn í rekstrargrunn 266 m.kr., sem úthlutað var á þessu ári auk 317 m.kr sem er nýtt framlag á fjárlögum næsta árs (1999). Faghópurinn leggur hér fram tillögur til að mæta þeim áætluðum rekstrarhalla sem nemur 317 m.kr. Þær tillögur byggja að mestu á endurskipulagningu sérgreina og deilda og tilfærslu sjúklinga úr dýrari úrræðum í ódýrari þar sem meðferð yrði jafnframt meira við hæfi. Þessar breytingar krefjast hins vegar náinnar samvinnu spítalanna.

Það er hugmynd faghópsins að þegar ráðuneytið hefur tekið afstöðu til þessara tillagna verði stjórnendum spítalanna gert að útfæra þær. Tillögurnar skapa svigrúm með fjölgun rúma m.a. í endurhæfingu svo og með endurskipulagningu sérgreina. Faghópurinn telur það ekki sitt hlutverk að ákveða hvar einstakir sjúklingar skuli liggja á spítölunum, það er hlutverk stjórnenda stofnananna.

Tafla 1.a. sýnir í fyrsta dálki yfirlit yfir skráð rúm á handlækningasviði RSP, skurðlækningasviði SHR, lyflækningasviði RSP og lyflækningasviði SHR.

Í öðrum dálki er tekið tillit til meðalnýtingar árið 1997. Það er talið réttlæt看legt að miða við þær tölur þar eð þær upplýsingar sem fyrir liggja fyrir árið 1998 benda ekki til þess að nýting aukist.

Í þriðja dálki eru upplýsingar um þá sjúklinga, sem bíða eftir meðferð á endurhæfingardeild og eru þær upplýsingar teknar saman af yfirlæknum endurhæfingadeilda 23. og 25. október 1998.

Í fjórða dálki eru upplýsingar frá hjúkrunarframkvæmdastjóra öldrunarsviðs SHR (25.10.98) um þá sjúklinga, sem bíða á lyflækningadeildum sjúkrahúsanna eftir hjúkrunarplássi. Þegar bornir eru saman fremsti og aftasti dálkurinn sést að samtals eru ónýtt 58 rúm ef úrræði eru fyrir hendi í endurhæfingu og hjúkrun. Þá er tekið tillit til 90 % nýtingar (vegna svigrúms sem nauðsynlegt þykir vegna bráðavakta). Þá viku sem könnunin fór fram var 11-A lokuð á RSP og 12-G einungis opin að hálfu leyti. Því er um að ræða 28 rúm til viðbótar þeim 58 rúmum sem ekki eru í notkun á RSP. Nýting rúma á þessu tímabili er mjög mismunandi eftir deildum eða frá 66 % og upp í 105 %. Þetta yfirlit er hins vegar undirstaða þeirra tillagna sem settar eru fram í töflu 1.b.

Tafla 1.b. skiptist í 5 meginkafla og fylgja hér að neðan nokkrar skýringar.

A. Skipulag og stjórnun.

Inntak þessara tillagna er markvissari stjórnun og eftirlit á sjúkrahúsum. Það er mat faghópsins að þessar breytingar muni stuðla að skilvirkari rekstri og betra eftirliti og þar með betri nýtingu á þeim fjármunum sem varið er til heilbrigðiskerfisins. Þannig tengist liður 2. gerð þjónustusamninga og liður 3. er nauðsynlegur til þess að ná fram skilvirkari framkvæmd sameiginlegra breytinga á sjúkrahúsunum í Reykjavík.

Vegna eðlis þessara tillagna leggur hópurinn ekki mat á beinan sparnað en telur augljóst að þessar breytingar leiði til aukins svigrúms og möguleika innan stofnananna.

B. Fjármál og rekstur.

Kostnaðargreining og verðlagning þjónustu sjúkrahúsanna er nauðsynleg til þess að átta sig á hvernig kostnaður verður til í heilbrigðisþjónustu sem er aftur forsenda þess að hægt sé að taka ákærðanir um breytingar á kostnaðarþáttum og eru undirstaða hagræðingar. Hvað varðar sjúkrahótel í Reykjavík í tengslum við bráðasjúkrahús þá er það álit faghópsins að það muni létta á legudeildum og skapa aukið svigrúm til skipulagsbreytinga.

Faghópurinn hefur ekki tekið inn í tillögur sínar áætlaðan sparnað sem gæti náðst af breyttu fyrirkomulagi sjúkrahúsanna í lyfjainnkaupum og stofnun LISÍS. Það hefur þó komið fram að reikna megi með 100 - 300 m.kr. sparnaði í lyfjainnkaupum. Reiknað er með að þessi upphæð renni aftur til sjúkrahússins til eigin ráðstöfunar svo sem til tækjakaupa. Þrátt fyrir að ekki sé gert ráð fyrir sparnaði í þessu yfirliti vegna þessarar breytinga, má augljóst vera að þetta fé muni verða beint eða óbeint til þess að bæta starfsemi sjúkrahúsanna enda annað óeðlilegt ef tekst að spara í lyfjainnkaupum.

Breyting sjúkradeilda í 5 daga deildir, dag- og göngudeildir og fækkun bráðarúma má líta á sem eðlilega þróun í rekstri sjúkrahúsa. Lögð er áhersla á mikilvægi þess að eitthvað af þeim rúmum, sem fækkað er um (sem lagðar eru til sbr. töflu 1 b) verði lokað í sparnaðarskyni.

Við sameiginlega skipulagningu sumarlokana sjúkradeilda beggja spítalanna má gera ráð fyrir að hægt sé að spara sumarafleysingar 15 - 20 starfsmanna og ávinningur af því varlega áætlaður 10 m.kr.

C. Endurskipulagning/sameining sérgreinapjónustu.

Tillögur um breytt fyrirkomulag á **endurhæfingarþjónustu** og áætlaður sparnaður af þeirri breytingu miðast við útreikninga frá RSP ásamt reynslu af sameiningu öldrunarþjónustunnar. Breytingarnar varða opnun endurhæfingardeilda í Kópavogi, auk sparnaðar sem reikna má með vegna fjölgunar endurhæfingarrúma á Grensási og betri skipulagningar á sviðinu í heild. Miðað við fengna reynslu í öldrunarþjónustunni er lagt til að endurhæfingarráð fái ákveðna fjárupphæð til að skipuleggja endurhæfingarþjónustu og ráðuneytið taki þannig ákvörðun um það hver sú fjárhæð skuli vera. Ráðuneytið gæti þess vegna ákveðið að hafa þessa tölu hærri þegar fyrir liggja möguleikar sem felast í endurskipulagningunni.

Meðfylgjandi er líkan fyrir mönnun og rekstur einnar **þvagfæraskurðeilda** í stað tveggja sem sýnir sparnað upp á 27 m.kr. Meðalkostnaður við 1 bráðarúm er um 6 m.kr á ári. Því gæti fækkun um 6 rúm leitt til sparnaðar að upphæð 36 m.kr. Sparnaður um 27 m.kr. (20% af heildarrekstri) er sennilega varlega áætlaður.

Stuðst er við sams konar líkan og þvagfæraskurðeilda varðandi rekstur einnar **taugalækningadeilda** í stað tveggja. Þannig myndi fækkun um 8 rúm spara 48 m.kr. ($6 \times 8 = 48$), en eingöngu er gert ráð fyrir 20 m.kr. sparnaði.

Hvað varðar rekstur einnar **æðaskurðlækningadeilda** í stað tveggja þá er reiknað með fækkun um 5 rúm miðað við núverandi rúmanýtingu, en eingöngu sparnaði sem nemur 14 m.kr (en ekki 30 m.kr.).

Við umræðu um breytta starfsemi ofangreindra sérgreina er það haft í huga að við það að loka 5-8 rúmum á sérhæfðri deild næst ekki fram fullur sparnaður eins og meðalkostnaður á rúm gæti gefið tilefni til að ætla. Sparnaður næst einungis fram sem hluti af heildarendurskipulagningu.

Hvað varðar **bæklunarskurðlækningar** þá eru ekki settar fram ákveðnar hugmyndir um sparnað, sem hlotist gætu af skipulagsbreytingu. Reynsla víða erlendis er þó sú að verulegum sparnaði má ná fram með aðgreiningu valaðgerða og bráðaaðgerða.

Í 6. lið er m.a. fjallað um flutning lungnasjúklinga frá **Vífilsstöðum** á Landspítalann og kaup eða leigu á Templarahöll. Sú tala, sem þar er sett fram byggir á útreikningum RSP. Ekki liggja fyrir upplýsingar um stofnkostnað sem getur verið breytilegur eftir því hvort Templarahöll yrði tekin á leigu eða keypt að hluta eða öllu leyti. Þar er jafnframt talað um fækkun rúma á húðdeild og hefur þegar verið tekið tillit þess sparnaðar í útreikningum RSP. Taka ber fram að kaup/leiga á húsnæði Templarahallar er ekki forsenda þess að tilflutningar á starfsemi geti átt sér stað, en framkvæmdin yrði auðveldari ef svo gæti orðið.

Í áætlun öldrunarsviðsstjórnar er sagt að **sjúkrahústengd heimaþjónusta** fyrir 24 sjúklinga spari 33 m.kr. miðað við þjónustu inni á sjúkrahúsinu. En vegna þess hve margir sjúklingar bíða eftir öldrunar- og hjúkrunarþjónustu (22 sjúklingar bíða á bráðalyflækningadeildum spítalanna í Reykjavík, annar eins fjöldi í heimahúsum og yfir 100 hjúkrunarsjúklingar bíða eftir varanlegri vistun á hjúkrunarheimilum á öldrunardeildum SHR), þarf að vinna að nákvæmri áætlanagerð í frekari samvinnu við fagfólk. Því er einungis gert ráð fyrir 15 m.kr. sparnaði í meðfylgjandi tillögum. Ein leiðin gæti verið sú að heilbrigðisráðuneytið veiti 20 m.kr. af safnlið sínum til að hrinda þessari starfsemi af stað. Þannig skapaðist svigrúm fyrir sjúkrahúsin til þess að ná fram viðbótarsparnaði sem nemur þeirri upphæð sem tekin er fram í tillögum öldrunarsviðsstjórnar.

D. Þjónustusamningar.

Ekki er gert ráð fyrir sérstökum sparnaði við gerð þjónustusamninga. Það er þó augljóst að það að koma sjúkrahúsum, sem árlega hafa verið með töluverðan rekstrarhalla inn í ramma fjárlaga sparar töluvert fé auk minni dráttarvaxta.

E. Aðrar aðgerðir.

Ekki er tiltekinn sérstakur sparnaður er varðar **klínískar leiðbeiningar/kjörmeðferð**. Faghópurinn trúir því að hér sé til mikils að vinna og reynsla erlendis sýnir að slík vinna sparar verulegar fjárhæðir.

Samhæfing gagnavinnslu er nauðsynleg til þess að halda í við kostnaðaraukningu sem er fyrirjáanleg vegna uppbyggingar tækjabúnaðar og umfangs gagnavinnslu. Ef tölvu- og upplýsingamál verða sameinuð á spítölunum má áætla sparnað um 12 m.kr. á ári auk minni hækkunar á nýjum kostnaði.

Mikilvægt er að fjármál og fjárhagsáætlanir háskólasjúkrahúss liggja fyrir eins og t.d. hvernig kostnaður við kennslu heilbrigðisstétta verður til, hvar hann liggur og hver

greiðir hann.

Sparnaður vegna áætlunar um opnun **innritunarmiðstöðva** er 17 m.kr. Þá er gert ráð fyrir að 7 rúmum verði lokað og niðurstöður háðar því. Miðað við 6 m.kr. meðalkostnað á rúm, sbr. útreikninga, eru 17 m.kr. vægt áætlaðar.

Ekki er reiknaður sparnaður af rekstri **líknardeildar** í Kópavogi en nú þegar hefur fengist rekstrarframlag til þeirrar deildar. Það blasir við að svigrúm til endurskipulagningar muni aukast á bráðadeildum vegna þessa.

Ekki er í þessari skýrslu tekið á starfsemi barnadeilda, geðdeilda eða krabbameinsdeilda, en með meiri samvinnu, samhæfingu og/eða sameiningu þessarra sérgreina gæti falist umtalsverður sparnaður. Eðlilegt er að stjórnendur skoði þessa starfsemi nánar.

Hvað varðar **geðdeildirnar** þá hefur nýr sviðstjóri/forstöðulæknir tekið við störfum á RSP og er fyrirhugað að gera sérstaka rekstrarúttekt þar á starfseminni. Fyrir liggur úttekt bandarísks sérfræðings á rekstrarfyrirkomulagi áfengis- og fíkniefnameðferðar sem þarf að taka tillit til. Mikilvægt er að fylgjast með framvindu þessara mála einkum í ljósi þess að nýlega hefur nefnd um stefnumótun í geðheilbrigðismálum skilað skýrslu til ráðherra.

Meðferð **krabbameinssjúklinga** er í örri þróun. Mikil skipulagsvinna er framundan í þjónustu við krabbameinssjúklinga og óljóst er á hvern hátt þjónustunni yrði best fyrir komið. Mikilvægt er að fagfólk vinni saman og beini starfseminni í svipaðan farveg þar sem það er hagkvæmt.

Skipulagsbreytingar á **rannsóknastofunum** eru framundan og stefna þær að aukinni hagræðingu og bættem rekstri. Ekki er tiltekinn hugsanlegur sparnaður sem hlýst af sérrekstri rannsóknarstofa eða röntgendeilda.

Nauðsynlegt er að sjúkrahússtjórnir sjúkrahúsanna fái fyrirmæli, umboð og stuðning til þess að hrinda í framkvæmd þeim áætlunum sem samþykktar verða af þessum lista.

II. Framtíðarsýn

Framtíð sjúkrahúsaþjónustunnar er ofarlega á baugi á Íslandi, sem og í öðrum Evrópulöndum. Sú umræða á að stórum hluta rætur sínar að rekja til þeirra umfangsmiklu breytinga sem eiga sér stað í heilbrigðisþjónustunni. Ekki nægir að greina þessar breytingar einar sér, heldur er brýnt að gera sér grein fyrir þeirri þróun sem mun eiga sér stað á næstu árum. Aukin sérhæfing, tækniframfarir og gæðakröfur kalla á breyttar lausnir sem fela í sér að ekki er unnt að bjóða upp á alhliða þjónustu alls staðar.

Í Frakklandi, Hollandi og Austurríki fylgja stjórnvöld langtímaáætlunum í sjúkrahúsamálum. Í Frakklandi eru til að mynda gerðir 3-5 ára samningar bæði við sjúkrahús í eigu hins opinbera og einkasjúkrahús. Í öðrum löndum er unnið að ýmiss konar umbótum í rekstri sjúkrahúsa. Til dæmis í Danmörku skilaði sérstök sjúkrahúsanefnd álitni sínu í ársbyrjun 1997 og lagði til að haldið verði áfram fast í rammafjárlög, þó þannig að 10% af fjárframlögum til sjúkrahúsa ráðist af árangri þeirra og að gerðar verði tilraunir til þess að láta fjármagn fylgja sjúklingum í nokkrum valaðgerðum.

Þær breytingar sem nú eiga sér stað á sjúkrahúsaþjónustunni á Norðurlöndum birtast einkum í samhæfingu, samvinnu og sameiningu sjúkrahúsa. Í byrjun þessa áratugar voru flest bráðasjúkrahús sjálfstæðar einingar með eigin stjórn en nú eru mörg sjúkrahús í nánu samstarfi og lúta sameiginlegri stjórn. Stóru sjúkrahús bjóða upp á alhliða sérfræðiþjónustu en minni sjúkrahúsinn leggja áherslu á almenna þjónustu, þjónustu við langlegusjúklinga og samhæfingu bráðaþjónustu með heilsugæslunni.

Á Íslandi á sér stað svipuð þróun í sjúkrahúsamálum og í nágrennalöndunum. Starfsemi landsbyggðarsjúkrahúsanna er meira bundin hjúkrunarsjúklingum en áður var og mikill hluti fæðinga og öll flóknari meðferð og aðgerðir fara nú fram á stærri sjúkrahúsunum. Stóru sjúkrahúsinn hafa þróast í miðstöðvar fyrir þá sérfræðiþjónustu sem veitt er í landinu. Víða um land hefur rekstur heilsugæslustöðva og sjúkrahúsa verið sameinaður í rekstri svonefndra heilbrigðisstofnana sem veita ákveðna grunnþjónustu auk svæðisbundinnar þjónustu.

Á næstu árum má gera ráð fyrir enn meiri samþjöppun sérfræðilegrar heilbrigðisþjónustu í landinu. Innan fárra ára verður vart um að ræða nema nokkur fjölgreinasjúkrahús og eitt háskólasjúkrahús. Háskólasjúkrahúsið verður miðstöð hátækni- og sérfræðiþjónustu sem önnur sjúkrahús og heilbrigðisstofnanir tengjast gegnum samhæfingu í rekstri og notkun fjarlækninga. Betri samgöngur skipta einnig miklu máli í því að tryggja íbúum aðgang að öllum þáttum heilbrigðisþjónustunnar.

Grunnur heilbrigðisþjónustunnar verður byggður á heilsugæslunni og brýnt er að veita öllum byggðarlögum landsins ákveðna grunnþjónustu. Eitt helsta verkefni stjórnvalda verður jafnframt að tryggja sem jafnastan aðgang að alhliða heilbrigðisþjónustu með bættum samgöngum og uppbyggingu fjarskipta-, tölvu- og upplýsingakerfa, og að sjá til þess að allir þættir heilbrigðisþjónustunnar uppfylli tilteknar gæðakröfur.

III. Skipulag og stjórnun

Samræmd lög um heilbrigðisþjónustu á Íslandi voru fyrst sett árið 1973 sem tóku gildi 1. janúar 1974 og leystu þar með af hólmi þágildandi læknaSKIPUNARLÖG OG SjúkrahúsALÖG. Frá upphafi hefur stjórnkerfi heilbrigðismála, samkvæmt heilbrigðislögum, verið þrískipt: A. *Yfirstjórn*: (1) Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti og (2) Landlæknir; B. *Svæðisstjórn*: (1) Héraðslæknar, (2) Héraðshjúkrunarfræðingar og (3) Heilbrigðismálaráð; C. *Stofnanastjórnir*: (1) Stjórnir sjúkrahúsa, (2) Stjórnir heilsugæslustöðva, og (3) Sameiginlegar stjórnir sjúkrahúsa og heilsugæslustöðva.

Í reynd hafa svæðisstjórnir fram til þessa aðeins gegnt takmörkuðu hlutverki innan stjórnkerfisins. Landinu er skipt í 8 læknishéruð í samræmi við kjördæmaskiptingu landsins, 30 umdæmi og 85 heilsugæslusvæði.

Á þeim aldarfjórðungi sem liðinn er frá setningu fyrstu löggjafarinnar um heilbrigðisþjónustu hafa verið gerðar nokkrar breytingar á lögnum, m.a. árið 1990 vegna breyttrar verkaskiptingar ríkis og sveitarfélaga. Ýmsar aðrar breytingar sem gerðar hafa verið á heilbrigðisþjónustunni á undanförunum árum gera það að verkum að ítarleg endurskoðun heilbrigðislaganna er orðin aðkallandi. Þau atriði varða einkum skipan og samsetningu stjórna heilbrigðisstofnana og flokkun sjúkrahúsa eftir tegund og þjónustu.

Talsverðar umræður hafa spunnist um hlutverk og fyrirkomulag stjórna sjúkrastofnana jafnt á höfuðborgarsvæðinu sem og á landsbyggðinni, en þær eru fjöldamargar. Eðlilegt þykir að heilbrigðisráðherra skipi meiri hluta stjórnarmanna og seta stjórnarmanna fylgi starfstíma ráðherra. Vaxandi efasemdir eru um hvort að hlutverk þeirra við núverandi kringumstæður sé raunhæft og er stjórnarmönnum í raun gert erfitt fyrir að sinna hluverkum sínum sem skyldi. Alþingi skipar fulltrúa í stjórn ríkisspítala en á jafnframt að gegna eftirhlutsverki um rekstur spítalans. Eiga sveitarfélögin að skipa í stjórn sjúkrastofnana á vegum ríkisins? Er nauðsynlegt að hafa þennan millilið, er ekki nægilegt og jafnvel nauðsynlegt að forstjóri og framkvæmdastjórnir stofnananna beri fulla fjárhagslega og faglega ábyrgð á rekstrinum gagnvart eigendum stofnananna? Mikilvægt er að málefnalegar umræður verði um stjórnfyrirkomulag þessara stofnana á næstunni.

Einnig er nauðsynlegt að stjórnkerfið bjóði upp á greiða leið fyrir sjúklinga og aðstandendur (fulltrúa sjúklinga) með kvartanir og kærur sem fer fjölgandi í heilbrigðiskerfinu. Viðtakendur slíkra mála í flestum tilfellum eru stjórnendur stofnananna og Landlæknisembættið. Viðbrögð við slíkum málum þurfa að vera bæði örugg og ábyggileg.

Með breytingu, sem gerð var á heilbrigðislögnum í desember 1996, var opnað fyrir aukna samvinnu, skipan sameiginlegra stjórna og sameiningu á rekstri heilbrigðisstofnana. Á þeim grundvelli hefur rekstur heilsugæslustöðva og sjúkrahúsa víða um land verið sameinaður í eina heilbrigðisstofnun. Enn fremur hafa flestar heilbrigðisstofnanir á Austfjörðum, í Ísafjarðarbæ og í Rangárþingi verið sameinaðar eða eru við það að sameinast í eina stofnun á viðkomandi svæðum. Þessum breytingum hefur fylgt einföldun í stjórnskipulagi þar sem ein sameiginleg stjórn hefur í flestum tilvikum komið í staða margra með tilheyrandi fækkun stjórnarmanna.

Samkvæmt gildandi lögum eru tilgreindir 8 flokkar sjúkrastofnana. Eftir þær breytingar sem átt hafa sér stað á undanförunum misserum er aðeins um 4 megingundir sjúkrastofnana að ræða, þ.e. fjölgreinasjúkrahús, heilbrigðisstofnanir, hjúkrunarheimili, og endurhæfingarstofnanir. Mikilvægt er að skilgreina markmið og innihald þeirrar þjónustu sem þessum stofnunum er ætlað að veita. Jafnframt verður að teljast eðlilegt að skipan stjórnar og stjórnskipulag stóru sjúkrahúsanna sé tekið til gagngerðrar endurskoðunar.

Tillögur:

- 1. Lög um heilbrigðisþjónustu verði endurskoðuð m.a. með tilliti til skipunar og hlutverks stjórna og flokkunar sjúkrahúsa eftir tegund og þeirri þjónustu sem þeim er ætlað að veita.*
- 2. Heilbrigðisráðuneytið leggi meiri áherslu á að efla áætlana- og eftirlitþátt sinn en fækki afgreiðslumálum, þannig að stofnanir fái meira sjálfstæði en taki um leið á sig meiri ábyrgð á rekstri og þjónustu en verið hefur.*

IV. Ráðstöfun fjárveitinga

Alþingi ákvað í fjárukalögum 1997 að veita 200 m.kr. óskipt til að greiða uppsafnaðan rekstrarhalla sjúkrahúsanna á landsbyggðinni. Einnig var sérstakt 300 m.kr. framlag sem ráðstafa skyldi til hækkunar á rekstrargrunni sjúkrahúsa. Þessum fjármunum hefur nú verið ráðstafað, en af þeim var 4 m.kr. varið til að umbuna 4 sjúkrahúsum fyrir góðan rekstur, þ.e. sjúkrahúsunum á Sauðárkróki, Siglufirði, Ísafirði og Egilsstöðum.

A. 200 m.kr. fjárveiting

Í ágúst sl. var gengið frá 200 m.kr. fjárveitingunni skv. tillögu faghópsins til heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra og fjárlaganefndar. Einungis er eftir að leysa 17 m.kr. vanda af uppsöfnuðum halla og 11 af 17 sjúkrahúsum eru án uppsafnaðs halla árið 1998 (fskj. nr. 3).

Í vinnu faghópsins hefur komið fram að nokkur halli er einnig á heilsugæslustöðvum er voru í starfstengslum við þessi sjúkrahús til ársloka 1997. Sótt hefur verið um viðbótarfé í frumvarpi til fjárukalaga til að leysa þann vanda. Miðað er við að rekstur allra stofnananna verði í jafnvægi 1999. Til þess að svo megi verða voru lagðar fram tillögur fyrir hverja stofnun og yfirfarnar með stjórnendum þeirra, sem gera ráð fyrir jafnvægi í rekstri hjá öllum stofnunum nema Heilbrigðisstofnun Suðurlands, Heilbrigðisstofnun Suðurnesja og Heilbrigðisstofnuninni Neskaupstað. Því verki er ólokið en þarf að ljúka fyrir áramót. (fskj. nr. 4).

Í milljónum króna	Fjárlög 1998	Uppsafn halli*	Eðlilegur greiðslufr.**	Fjárveiting 200 m.kr.	Greiðslu- vandi***
Heilbrigðisstofnunin Sauðárkróki	373,1	0,0	7,5	0,0	0,0
Heilbrigðisstofnunin Blönduósi	177,3	-5,0	3,5	1,5	0,0
Heilbrigðisstofnunin Siglufirði	182,6	0,0	3,7	0,0	0,0
Heilbrigðisstofnunin Hvammstanga	125,8	-16,0	2,5	13,5	0,0
Heilbrigðisstofnunin Ísafjarðarbæ	386,2	0,0	7,7	0,0	0,0
Heilbrigðisstofnunin Patreksfirði	110,4	-15,0	2,2	5,0	-1,8
Heilbrigðisstofnunin Húsavík	334,8	-16,0	6,7	9,3	0,0
Heilbrigðisstofnunin Egilsstöðum	172,6	0,0	3,5	0,0	0,0
Heilbrigðisstofnunin Seyðisfirði	108,7	-14,5	2,2	12,3	0,0
Heilbrigðisstofnunin Vestmannaey.	267,7	-19,5	5,4	14,1	0,0
St. Fransiskusspítali Stykkishólmi	154,0	-14,0	3,1	8,4	0,0
Heilbrigðisstofnunin Neskaupstað	239,7	-33,0	4,8	25,0	-3,2
Heilbrigðisstofnunin Selfossi	364,6	-31,5	7,3	21,0	-3,2
Heilbrigðisstofnunin Suðurnesjum	457,6	-45,5	9,2	30,0	-6,3
Heilbrigðisstofnunin Akranesi	619,2	-30,0	12,4	16,5	-1,1
Fjórðungssjúkrahúsið Akureyri	1.611,7	-71,0	32,2	38,8	0,0
St. Jósefsspítali Hafnarfirði	353,1	-13,0	7,1	4,6	-1,3
Samtals	6.039,1	-324,0	120,8	200,0	-17,0

* Upplýsingar um uppsafnaðan halla er frá fjármálaskrifstofu heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis. Uppsafnað orlof ekki innifalið.

** Geri er ráð fyrir að eðlil. greiðslufrestur viðskiptaskulda geti verið upphæð samsv. kostnaði eins mánaðar í öðrum rekstrargj (ca. 2,0% af heildargj).

***Greiðsluvandi er uppsafn.halli sjúkrahúss eftir úthlutun 200 m.kr. fjárveit. - eðlil. greiðslufr. (rekstrarafg. á heilsugæslu meðtalinn, halli ekki).

B. 300 m.kr. fjárveiting

Samanlagður rekstrarkostnaður sjúkrahúsanna tveggja í Reykjavík er 15.988 m.kr. samkvæmt fjárlagafrumvarpi fyrir árið 1999. Þar til viðbótar eru 672 m.kr. ætlaðar til viðhalds og stofnkostnaðar þessara stofnana á næsta ári. Samkvæmt áætlun sjúkrahúsanna í Reykjavík í upphafi árs 1998 var samanlagður halli á rekstri þeirra um 900 m.kr. á árinu. Til að koma til móts við þann halla var 166 m.kr. ráðstafað til ríkisspítala og 100 m.kr. til Sjúkrahúss Reykjavíkur af 300 m.kr. fjárveitingunni. Auk þess hefur heilbrigðisráðuneytið ráðstafað 34 m.kr. eingreiðslu til sjúkrahúsanna í Reykjavík og er því fjárskortur þeirra áætlaður um 600 m.kr. á árinu 1998. Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri fékk 30 m.kr. fjárveitingu af ofangreindum 300 m.kr.

Ekki liggja fyrir sérstakar sparnaðaráætlanir á SHR á þessu ári. Þær breytingar sem gerðar hafa verið á ríkisspítölum, og áætlað er að hafi skilað um 80 - 100 m.kr. sparnaði, hafa farið í kostnaðarhækkunir annars staðar á stofnuninni. Ráðstafanir sem heilbrigðisráðherra, fjármálaráðherra og borgarstjóri gerðu samkomulag um í september 1997 og spara áttu 205 m.kr. hafa ekki allar komið til framkvæmda.

Í frumvarpi til fjárlaga fyrir árið 1999 eru framlög til sjúkrahúsanna hækkuð um 317 m.kr. á verðlagi ársins 1998 auk ofangreindra 300 m.kr. Ef gert er ráð fyrir að sjúkrahúsin í Reykjavík muni ekki ná frekari árangri í að hagræða í rekstri sínum á árinu 1998 vantar því enn 317 m.kr. ($600 + 34^1 - 317$) til þess að rekstur verði innan fjárlaga á næsta ári. Þá er ógetið um uppsafnaðan halla sjúkrahúsanna í árslok 1997 sem nemur 777 m.kr., RSP 387 m.kr. og SHR 390 m.kr. Eðlilegur greiðslufrestur hjá sjúkrahúsunum í Reykjavík er áætlaður um 318 m.kr. og því skortir hér til viðbótar 459 m.kr. til loka 1997 til að endar nái saman.² Þegar hefur verið sótt um þá upphæð (459 m.kr.) í fjárukalögum næsta árs til þess að mæta þeim vanda.

Í milljónum króna	Fjárlög	Áætlaður	Eðlilegur	Fjárveiting	Greiðsluvandi
	1998	1998*	greiðslufr.**	300 m.kr.	1998***
Heilbrigðisstofnunin Sauðárkróki	373,1	0,0	7,5	1,0	0,0
Heilbrigðisstofnunin Siglufirði	182,6	-6,0	3,7	1,0	-1,3
Heilbrigðisstofnunin Ísafjarðarbæ	386,2	0,0	7,7	1,0	0,0
Heilbrigðisstofnunin Egilstöðum	172,6	0,0	3,5	1,0	0,0
Fjórðungssjúkrahúsið Akureyri	1.611,7	-56,0	0,0	30,0	-26,0
Ríkisspítalar	9.044,6	-487,0	200,0	166,0	-122,0
Sjúkrahús Reykjavíkur	5.308,1	-414,0	118,0	100,0	-197,2
Samtals	17.078,9	-963,0	340,4	300,0	-346,6

* Uppl. um áætl. halla 98 er frá frkvstj. sjúkrahúsanna. **Eðlil. greiðslufr. er 2-2,2% af heildargj. (1 mán). Eðlil. greiðslufr. hjá FSA var nýttur fyrir upps. halla skv. töflu um 200 m.kr. fjárv. *** Upps. halli til loka ársins 97 ekki með.

¹ Eingreiðsla 1998 (34 m.kr.)

² Hins vegar segir í skýrslu Ríkisendurskoðunar um "Sjúkrahúsin í Reykjavík", október 1998, um áætlaðan halla sjúkrahúsanna:

	RSP	SHR
Áætlaður halli 1998	479	369
Framlag til óbreyttrar starfsemi	157	160
Viðbótar launabætur	124	65
Samtals óleystur vandi	198 m.kr.	144 m.kr.

Skv. þessu vantar því enn 25 m.kr. ef gert er ráð fyrir sparnaði upp á 317 m.kr. hjá sjúkrahúsunum.

V. Landsbyggðarsjúkrahús

Tillögur um sparnað og hagræðingu á landsbyggðarsjúkrahúsunum voru settar fram í skýrslu starfshóps verkefnastjórnar í september 1997. Þær hafa síðan verið útfærðar nánar af stjórnendum stofnana í samvinnu við ráðuneytið við gerð rekstraráætlana og þjónustusamninga (fskj. nr. 5).

Við frágang þjónustusamninga við landsbyggðarsjúkrahúsinn (fskj. nr. 6) er byggt á því að rekstur stofnananna sé í jafnvægi eða komist í jafnvægi á næsta ári. Þeirri vinnu er ólokið á Heilbrigðisstofnun Suðurlands á Selfossi, Heilbrigðisstofnun Suðurnesja í Reykjanesbæ og Heilbrigðisstofnuninni Neskaupstað. Þar hafa verið settar fram tillögur um endurskipulagningu í rekstri, um breytingu á mannahaldi auk almennra aðhaldsaðgerða.

Þegar gengið verður frá þjónustusamningum við einstakar stofnanir verður samtímis samið yfirlit er lýsir verkaskiptingu sjúkrahúsa um landið allt. Drög þau sem send hafa verið stjórnendum hversrar stofnunar til undirbúnings þessara samninga fylgja með sem fylgiskjal en eiga eftir að taka á sig lokamynd við frágang samninganna (sjá fskj. nr. 7).

*Tillaga:
Hlutverk landsbyggðarsjúkrahúsa verði nánar skilgreint í langtímaáætlunum þeirra.
Þjónustusamningar geri ráð fyrir að sjúkrahúsinn starfi eftir þriggja ára áætlun.*

A. Verkaskipting - yfirlit

Á stærstu sjúkrahúsunum er starfrækt fjölbreytt heilbrigðisþjónusta í flestum sérgreinum. Þau eru í fararbroddi er varðar framfarir og nýjungar og þar fer fram kennsla heilbrigðisstétta og rannsóknir. Á minni sjúkrahúsunum eru starfræktar færri klínískar sérgreinar en stóru sjúkrahúsinn eru smærri sjúkrahúsunum faglegur bakhjarl.

Í umfjöllun um heilbrigðisstofnanir er miðað við að megináhersla starfseminnar sé á heilsugæslu og hjúkrun aldraðra. Nauðsynlegt er að skilgreina formlega starfsemi þessara stofnana. Eðlilegt er að þessar heilbrigðisstofnanir hafi aðstöðu til að sinna bráða- og slysaþjónustu og að þar sé hægt að leggja inn sjúklinga með minni heilsufarsvandamál eða þá sem bíða flutnings á aðrar stofnanir. Þar er stunduð mæðravernd og ungbarnaæfirlit og þar fara sums staðar fram fæðingar. Hjúkrun aldraðra er annars meginþáttur starfseminnar. Heilbrigðisstofnun skiptist þannig í heilsugæslusvið og sjúkrasvið/hjúkrunarsvið.

Miðað er við að sjúkrahúsþjónusta sé aðgengileg og veiti alls staðar tiltekna svæðisbundna þjónustu en að ekki sé verið að halda uppi þjónustu sem byggir á mjög fáum aðgerðum sem krefjast flókins tækjabúnaðar og/eða mikillar sérfræðiþjónustu. Heilsugæslulæknar geta annast almenna bráðaþjónustu auk kvensjúkdómþjónustu og fæðingarhjálp. Miðstöð hátækniþjónustu er og verður í Reykjavík, á ríkisspítölum og Sjúkrahúsi Reykjavíkur, sem samanlagt geta annast þjónustu í nánast öllum sérgreinum heilbrigðisþjónustunnar. Á Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri er jafnframt fjölpætt sérfræðiþjónusta með sjúkrahúsin í Reykjavík að bakhjarli í ákveðnum sérgreinum og fyrir erfiðustu sjúkratilfellin.

Á ákveðnum stöðum á landinu eru sjúkrasviðin með öfluga almenna sérfræðipjónustu en teljast samt hluti heilbrigðisstofnunar (sjúkrahús/sjúkrasvið). Sjúkrahúsið á Akranesi sker sig þó úr þeim hópi hvað varðar mest umfang og fjölbreytni sérgreinaþjónustu. Sjúkrahús Suðurlands á Selfossi og Sjúkrahús Suðurnesja í Reykjanesbæ annast valaðgerðir og móttöku bráðatílvika og slysa með sjúkrahúsin í Reykjavík að bakhjarli. Sama gildir um Sjúkrahúsin á Húsavík og Sauðárkróki er hafa Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri að bakhjarli. Þar að auki annast Heilbrigðisstofnanirnar á Ísafirði, Neskaupstað og Vestmannaeyjum hlutverk fjórðungssjúkrahúss. Á St. Jósefsspítala í Hafnarfirði eru valaðgerðir stærstur hluti þjónustunnar, en sjúkrahúsið tengist ekki heilsugæslustöð.

Heilbrigðisstofnanir á Patreksfirði, Hvammstanga, Blönduósi, Siglufirði, Egilsstöðum, Stykkishólmi og Seyðisfirði eru heilbrigðisstofnanir þar sem megináhersla er lögð á starfsemi heilsugæslu, þjónustu við hjúkrunarsjúklinga og bráðamóttöku sem heilsugæslan sinnir. Þar fyrir utan gegnir heilbrigðisstofnunin í Stykkishólmi, St. Fransiskuspítali, sérstöku hlutverki varðandi bakmeðferð.

Á Sjúkrahúsinu á Seyðisfirði er nýlega hafin sérstök þjónusta fyrir heilabilaða einstaklinga.

VI. Sjúkrahúsin í Reykjavík

A. Forsaga

Þegar litið er yfir byggingasögu sjúkrahúsa í Reykjavík er ljóst að gífurlegar breytingar hafa orðið í heilbrigðisþjónustu frá því að Landakotsspítali tók til starfa í byrjun aldarinnar. Landspítalinn tók á móti fyrsta sjúklingnum árið 1930 og Borgarspítalinn í árslok 1967. Uppbygging sjúkrahúsa á höfuðborgarsvæðinu einkenndist af mikilli og brýnni þörf fyrir fjölgun sjúkrarúma. Byltingarkenndar framfarir í læknávisindum hafa gjörbreytt meðferð og þjónustuformum þannig að nú er fyrst og fremst þörf fyrir aukna starfsemi dag- og göngudeilda. Eftirspurn eftir sjúkrarúmum hefur minnkað hlutfallslega og unnt er að meðhöndla fleiri sjúklinga á styttri tíma bæði innan og utan sjúkrahúsa. Þróun í rekstri og fjármálastjórnun almennra fyrirtækja hefur leitt til nýrra vinnubragða í rekstri heilbrigðisstofnana. Samanburður og samkeppni í þjónustu er fyrst og fremst við erlendar heilbrigðisstofnanir. Sameining Landakotsspítala og Borgarspítala í Sjúkrahús Reykjavíkur voru rökrétt viðbrögð við þessari þróun.

Markmið með rekstri sjúkrahúsanna í Reykjavík er þrjúþætt: Í fyrsta lagi að þjóna sjúklingum, í öðru lagi að sjá um kennslu og fræðslu til heilbrigðisstarfsfólks og nema og í þriðja lagi að stunda rannsóknir.

Erlend og innlend ráðgjafarfyrirtæki hafa verið fengin til að skoða og meta rekstur sjúkrahúsa í Reykjavík og nágrenni með tilliti til hagræðingar í íslensku heilbrigðiskerfi. Nefndir fagfólks og embættismanna hafa verið skipaðar til þess að móta tillögur um það hvernig þjónusta verði best skipulögð með ofangreinda þróun í huga. Niðurstöður þessarar vinnu hafa flestar verið á þann veg að best muni henta að reka eitt sjúkrahús á Reykjavíkursvæðinu eða a.m.k. að stórauka þurfi samstarf og samrekstur sjúkrahúsa.

Í greinargerð Ríkisendurskoðunar frá mars 1996 (fskj. nr. 8) segir m.a. um mat á sameiningu Borgarspítalans og Landakotsspítala að „.....rekstrarkostnaður Landakotsspítala hafi lækkað um tæpar 509 milljónir, hækkað um 440 milljónir á Borgarspítala og um 600 milljónir á Ríkisspítöllum”. Um kostnaðarþróun á sjúkrahúsunum í Reykjavík (RSP, BSP og LKT) frá 1990 – 1995 segir m.a. að sjúklingum hafi fjölgað um 10%, sjúklingum í dagdeildarþjónustu hafi fjölgað um 42% frá árinu 1990, heildarkostnaður á sjúkling hafi lækkað um 5% og meðallegutími hafi stýttst um 18%. Á sama tíma hafi rúmanýting dregist saman úr 93% í 88,7%. Tekið er fram að samanburður sé mjög erfiður. Bent er á að þrátt fyrir fækkun stöðugilda á sjúkrahúsunum 3 um 280 stg. hafi ekki komið til lækkunar á launakostnaði.

Varðandi sameiningu sjúkrahúsa segir í minnispunktum frá hjúkrunarforstjóra og lækningaforstjóra SHR dags. 2. maí 1997 til borgarstjóra, fjármálaráðherra og heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra (fskj. nr. 9) að á árunum 1991 – 1996, en á þessu tímabili sameinast Borgarspítalinn og Landakotsspítali, að fjárveitingar til reksturs hafi lækkað um 543 m.kr. (verðlag 1996), stöðuheimildum hafi fækkað 1990 - 1996 um 160 (9%) og sjúkrarúmum á bráðadeildum hafi fækkað um 120 (40%). Á sama tíma jókst hjúkrunarálag á bráðadeildum um 17% og legutími stýttist jafnt og þétt. Hins vegar segir framkvæmdastjóri rekstrar- og fjármála þessa sama sjúkrahúss í grein sinni um “Rekstrarskilyrði sjúkrahúsa” (október 1998) (fskj. nr. 10) að sú fullyrðing að sameining sjúkrahúsa spari jafnvel mörg hundruð milljónir króna sé byggð

á skoðunum og tilfinningum tiltekinnna aðila, en ekki á niðurstöðum hagkvæmniathugana.

Eins og áður kemur fram skilaði VSÓ Ráðgjöf - Ernst & Young skýrslu til heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins í ágúst 1997.

Þar segir að helstu faglegu styrkleikar sjúkrahúsanna í Reykjavík séu mikil gæði þjónustu, metnaðarfullt heilbrigðisstarfsfólk sem sé opið fyrir fræðilegum nýjungum og sem sækir menntun sína víða að. Faglegir veikleikar séu aftur á móti að stjórnkerfið sé fyrirferðarmikið þar sem hvorki sé sameiginleg stefna né markmið og tengsl takmörkuð. Gæðum sé ógnað vegna fastra fjárlaga og samkeppni um fjármagn til m.a. tækjakaupa, samkeppni um mannafla og tvöföldun þjónustu.

Þar segir einnig að sjúkrahúsin í Reykjavík komi vel út hvað afköst snertir, en tvöföldun á þjónustu, takmarkaður fjöldi sjúklinga og herra hlutfall inniliggjandi sjúklinga en í samanburðarsjúkrahúsum sé hins vegar veikeiki.

Veikleikar hvað fjármál snertir er greiðslufyrirkomulag til sérfræðinga sem þykir flókið og eðlilega hvatningu vanti í kerfið til að stuðla að aukinni utanspítalaþjónustu.

Framtíðarsýn VSÓ er eitt stórt háskólasjúkrahús og sjúkrahúsin verði sameinuð (reynðar 6 sjúkrahúsa á höfuðborgarsvæðinu). VSÓ vill að sjúklingurinn sé hafður í öndvegi, stöðugar umbætur verði tryggðar, stoðþjónusta verði eflid og hvatning verði til að lækka kostnað, auka afköst og bæta gæði.

B. Breytingar er orðið hafa á rekstri sjúkrahúsa á undanförunum árum

1. Tækniþróun, tækninýjungar og aukin þekking innan heilbrigðisvísinda hefur gjörbreytt heilbrigðisþjónustu í öllum sérgreinum hvort sem það eru lyflækningar, handlækningar eða þjónustugreinar, s.s. rannsóknarstofustarfsemi, sem hafa leitt til þess að mikill hluti þeirrar heilbrigðisþjónustu sem áður var unnin inni á spítala er nú veitt utan spítala eða á dag- og göngudeildum.

2. Rannsóknum á sjúklingum utan spítala hefur fjölgað mikið vegna nýrrar og bættrar tækni bæði er varðar sjúkdómsgreiningar og meðferð.

3. Inniliggjandi sjúklingum hefur fækkað, sjúkradeildir hafa verið sameinaðar og sjúkrahúsum hefur fækkað um allan hinn vestræna heim. Sérstaklega er þessi þróun algeng þar sem nauðsynlegt umfang þjónustu vegna þjálfunar og kennslu næst ekki með rekstri lítilla deilda eins og gerst hefur hérlandis í ákveðnum sérgreinum. Þannig má taka sem dæmi að víðast er miðað við að ein krabbameinslækningadeild þurfi upptökusvæði 600.000 íbúa, en hér í Reykjavík eru tvær deildir. Rekstrarfyrirkomulag taugadeilda er mjög víða þannig að ekki er um sérstakar deildir að ræða á sjúkrahúsum, heldur eru þær reknar sem hluti t.d. lyflæknisdeilda með öflugum stoðdeildum. Hér í Reykjavík eru tvær litlar slíkar deildir.

4. Stór hluti af húsnæði sem áður var notað fyrir inniliggjandi sjúklinga hefur verið breytt í aðstöðu fyrir göngudeildir og nýjar göngudeildarbyggingar reistar.

5. Það rekstrarfyrirkomulag sem byggir á aukinni dag- og göngudeildarþjónustu sem og utanspítalaþjónustu er komið til framkvæmda á Íslandi, en sú þróun hefur gengið mun hægar en víðast hvar á Norðurlöndum, Bretlandi og Bandaríkjunum. Í Bretlandi er heilbrigðisþjónustan að miklu leyti miðstýrð, í Bandaríkjunum að miklu leyti

einkarekin (USA) og á Norðurlöndum hafa menn verið að fíkra sig áfram með mismunandi stjórnskipulag og rekstrarform.

6. Breytingar sem orðið hafa hér á landi á heilbrigðisþjónustunni hafa leitt til þess að minni sjúkrahús úti á landsbyggðinni eiga erfitt með að ráða til sín lækna og ákveðin sérfræðiþjónusta s.s. í skurðlækningum hefur lagst af. Kröfum íbúa um að þjónusta sé veitt í heimabyggð af sérfræðingum, sem annað hvort starfi á stærri sjúkrahúsum eða hafi sambærilega reynslu, verður einungis mætt með endurskipulagningu þar sem að minni sjúkrahúsin tengjast á skipulagðan hátt þjónustueiningum stóru sjúkrahúsanna.

7. Heilbrigðisstarfsfólk hefur í sumum tilfellum verið tregt að taka við skipulagsbreytingum af ótta við að þær skerði þjónustu og endurnýjun og viðhald tækja líði fyrir bragðið. Nauðsynlegt er þó að líta til reynslu annarra þjóða af þessum breytingum og nýta hana til þess að koma á sem hagkvæmstu skipulagi er bæti þjónustu við sjúklinga og aðstöðu til að veita þá þjónustu.

8. Mjög hefur reynt á stjórnkerfi sjúkrahúsanna, breytingar á þjónustu hafa verið tíðar og þeim hafa fylgt mannbreytingar og endurbjálfun starfsliðs auk þess sem tekist hefur verið á um dýrar nýjungar.

C. Núverandi stjórnskipulag

Sjúkrahúsin í Reykjavík búa við sitt hvort stjórnunarfyrirkomulagið, ríkisspítalar heyra undir 7 manna stjórnarnefnd, en í henni sitja formaður skipaður af ráðherra, 4 fulltrúar Alþingis, og 2 fulltrúar starfsmanna. Sjúkrahúsi Reykjavíkur er stýrt af 5 manna stjórn sem í eru fulltrúar borgarstjórnar, 2 frá meirihluta og 1 frá minnihluta auk 2 fulltrúa starfsmanna. Ríkið fjármagnar allan rekstur beggja spítalanna að frátöldum sértekjum, en Reykjavíkurborg greiðir 15% af meiri háttar viðhaldi og stofnkostnaði á SHR.

Reykjavíkurborg ber formlega ábyrgð á rekstri SHR en hefur ekki nema að hluta ákvörðunarvald yfir þeirri þjónustu sem veitt er. Sú staðreynd að sjúkrahúsin heyra undir sitt hvort stjórnvaldið veldur æ oftar erfiðleikum. Þannig eru dæmi þess að stjórnendur sjúkrahússins hafi sett fram hugmyndir um að hætta eða breyta ákveðinni starfsemi sem heilbrigðisráðuneytið hefur ekki talið æskilegt. Einnig eru dæmi um hið gagnstæða að Sjúkrahús Reykjavíkur eða ríkisspítalar hafi lagt áherslu á uppbyggingu nýrrar þjónustu sem ekki er í samræmi við stefnu eða fjárhagsáætlanir ráðuneytisins. Ábyrgð og rekstur stofnana þarf að vera hjá einu og sama stjórnvaldi ef hámarksárangur á að nást. Einnig er nauðsynlegt að hlutverk stjórnenda sé skýrt og staðfest með erindisbréfi.

Mikil endurskoðun hefur átt sér stað á stjórnskipuritam ríkisspítala og Sjúkrahúss Reykjavíkur í þeim tilgangi að stytta boðleiðir og minnka skrifræði. Forstjóri er ábyrgur fyrir rekstri gagnvart eiganda sjúkrahússins og síðan er framkvæmdastjórn sem í eru fulltrúar helstu rekstrareininga, þ.e. lækninga, hjúkrunar, fjármála og tæknimála. Yfir hverri klínískri rekstrareiningu er sviðsstjórn, sem skipuð er hjúkrunarframkvæmdastjóra og forstöðulækni (sviðsstjórar). Sviðsstjórn er ábyrg gagnvart framkvæmdastjórn bæði er varðar fjármál og þjónustu við sjúklinga. Á sama hátt eru forstöðumenn fyrir rekstri á fjármálasviðum og tæknisviðum. Á þennan hátt hefur ábyrgð og valdi verið dreift á deildir spítalanna með það fyrir augum að bæta þjónustu og auka sjálfstæði smærri eininga.

Á sjúkrahúsunum tveimur vinnur starfsfólk í um 4000 stöðugildum og í um 30-40 starfsstéttum. Ljóst er því að samskiptin geta verið flókin og erfitt að hafa "stjórn" á þessum fjölmenna hópi enda oft um ólíka hagsmuni að ræða. Því reynir verulega á forstjóra og æðstu stjórnendur.

Nú 17. desember 1998 undirrituðu heilbrigðismálaráðherra, fjármálaráðherra og borgarstjórinn í Reykjavík samning um að ríkið taki við rekstri og stjórnun allra deilda Sjúkrahúss Reykjavíkur frá og með 1. janúar 1999. Þar til kjörin verður ný stjórn ríkisspítala mun stjórn Sjúkrahúss Reykjavíkur starfa sem starfsstjórn í umboði ráðherra. Frá sama tíma hefur verið settur einn forstjóri yfir Sjúkrahús Reykjavíkur og Landspítala og skal hann starfa með framkvæmdastjórnnum beggja sjúkrahúsa. Heilbrigðismálaráðherra mun skipa samvinnunefnd sem í eiga sæti fulltrúar stjórnar ríkisspítala og starfsstjórnar Sjúkrahúss Reykjavíkur, forstjóri og framkvæmdastjórar sjúkrahúsanna. Faghópurinn telur að hér hafi verið stigið rétt skref í rekstri sjúkrahúsanna og telur að ofangreindur samningur muni auðvelda að hrinda í framkvæmd ýmsum þeim tillögum sem lagðar eru fram í þessari skýrslu.

D. Tilraunir til verkaskiptingar

Árið 1994 var gefin út auglýsing sem kvað á um hvernig hinum ýmsu sérgreinum skildi skipt á milli sjúkrahúsa á höfuðborgarsvæðinu (fskj. nr. 11). Sú verkaskipting sem auglýsingin segir til um hefur ekki verið virt að öllu leyti.

Í mars 1996 skilaði nefnd um aukna samvinnu og verkaskiptingu sjúkrahúsanna í Reykjavík og á Reykjanesi tillögum til heilbrigðismálaráðherra (fskj. nr. 12). Í framhaldi af þeirri vinnu undirrituðu heilbrigðisráðherra, fjármálaráðherra og borgarstjórinn í Reykjavík samkomulag um tillögur varðandi rekstur sjúkrahúsanna, fyrst í ágúst 1996 og síðan í september 1997 (fskj. nr. 13 og 14). Þar var kveðið á um ákveðnar aðgerðir og tilflutning sérgreina milli spítala sem framkvæmdar skildu og tiltekið hvaða fjárhagslegi og rekstrarlegi ávinningur væri mögulegur. Hvorugt samkomulagið hefur gengið eftir nema að hluta.

VSÓ Ráðgjöf lagði fram skýrslu í ágúst 1997, Skipulagsathugun sjúkrahúsanna í Reykjavík og nágrenni – Framtíðarsýn, þar sem lögð var til umfangsmikil skipulagsbreyting á sjúkrahúsunum. Skýrslan fékk óvæga umfjöllun af hálfu starfsfólks spítalanna og frekari vinnu hefur verið slegið á frest.

E. Mat á stöðu mála

Stjórnunarþáttur

Það er skoðun faghópsins að rétt sé að staldra við og spyrja hvað valdi því að ákvarðanir sem teknar eru á æðsta stjórnsýslustigi ná ekki fram að ganga. Hafa verið gerðar óraunhæfar kröfur til stofnananna eða er um stjórnunarleg vandamál að ræða? Ýmis rök hníga að því að hið tvöfalda stjórnkerfi sjúkrahúsanna, ríkis og borgar, sem nú er við lýði, komi í veg fyrir að samhæfing þjónustu og samvinna milli spítalanna sé með þeim hætti sem æskilegt væri og mestri hagræðingu skili. Taka verður fram að á ákveðnum sviðum hefur náðst góður árangur. Með sama hætti má spyrja hvort ekki sé orðið úrelt að Alþingi skipi fulltrúa í stjórn ríkisspítala. Ljóst er að eftirhlutsverki Alþingis eru takmörk sett þegar fulltrúar þess koma með svo beinum hætti að ákvarðanatöku í stjórn spítalans.

Gera verður kröfu um að spítalarnir búi við virkt og öflugt stjórnskipulag. Ekki er síður mikilvægt að stjórnendur spítalanna séu vandanum vaxnir og uppfylli yftrustu kröfur sem til starfsins eru gerðar. Stjórnendum þarf að vera ljóst til hvers er ætlast af þeim og í hverju starfið sé fólgið. Þá er einnig mikilvægt að stuðningur yfirvalda við stjórnendur sé ljós. Stjórnendur geta lent í erfiðri aðstöðu ef þeir fá misvísandi fyrirmæli frá stjórnun stofnana annars vegar og heilbrigðisyfirvöldum hins vegar.

Fyrirkomulag fjárveitinga

Núverandi fyrirkomulag fjárveitinga kann að hvetja til þess að farið sé fram úr fjárlögum. Ef lítið er til síðustu ára kemur í ljós að þær heilbrigðisstofnanir sem fara fram úr fjárlögum hafa að lokum fengið hallann bættan. Lítið eða ekkert hefur verið látið reyna á ábyrgð stjórnenda gagnvart eigendum stofnananna. Öll athygli beinist að þeim stofnunum sem búa við hallarekstur og hvatning til þeirra sem vel gera er litil. Þær stofnanir sem fara fram úr fjárlögum ár eftir ár halda því fram að fjárveitingar séu ekki í samræmi við kröfur um þjónustu.

Vinna heilbrigðisráðuneytisins á undanförunum árum hefur nú leitt til þess að auðveldara er að meta þörf fyrir fjárveitingar á flestum sjúkrastofnunum. Með upplýsingasöfnun og líkanasmið hefur verið gerð áætlun um fjárþörf er byggir á mannfjölda upptökusvæðis, aldursdreifingu og héraðshlutdeild sem m.a. ræðst af þeirri þjónustu sem menn hafa komið sér saman um að rétt sé að veita á hverjum stað. Afrakstur þeirrar vinnu má sjá í skýrslu um landsbyggðarsjúkrahúsin (sjá fskj. nr. 5) en sambærilegar upplýsingar eru ekki fyrir hendi í Reykjavík. Unnið er nú að kostnaðargreiningu á allri þjónustu sjúkrahúsanna. Þegar þeirri vinnu er lokið verður auðveldara að skipta fjárveitingum.

Tillögur:

- 1. Skoða ber hvort yfirleitt eigi að vera stjórn yfir heilbrigðisstofnunum og hvert hlutverk hennar eigi þá að vera.*
- 2. Heilbrigðisráðuneytið leiti leiða til að breyta sjúkrahúsarekstrinum þannig að ákveðnir þættir verði skildir frá kjarna starfseminnar og reknir sem sjálfstæðar einingar, s.s. endurhæfingarþjónusta, öldrumarþjónusta, rannsóknarþjónusta, röntgenþjónusta, iölvu- og upplýsingaþjónusta og utanspítalaþjónusta. Brynt er að skilja þann rekstur frá meginstarfsemi sjúkrahúsanna sem er í samkeppni við einkarekstur (t.d. rannsóknarstofur og röntgenþjónusta).*

VII. Sjúkrahúsin í Reykjavík - Sameining sérgreina

Eftirfarandi tillögur miðast við óbreytt skipulag er varðar stóru sjúkrahúsin. Nýgerður samningur sem heilbrigðismálaráðherra, fjármálaráðherra og borgarstjórinn í Reykjavík hafa undirritað (17. desember '98) mun auðvelda framkvæmd margra þeirra tillgana sem hér eru lagðar fram. Í kafla VII. er einkum fjallað um sérgreinar sem eru á báðum sjúkrahúsunum þar sem faghópurinn telur að ávinningur sé að auka verulega samvinnu deildanna eða jafnvel sameina þær. Það þýðir hins vegar ekki að sameining annarra sérgreina komi ekki til álita. Ekki er í þessum tillögum gert ráð fyrir öðrum stofnkostnaði en þegar hefur verið ákveðinn á viðkomandi stofnun nema í Kópavogi. Nú þegar munu vera í gangi breytingar á Grensási og bygging æðarannsóknarstofu á Sjúkrahúsi Reykjavíkur.

A. Endurhæfingarþjónusta

Í dag eru endurhæfingardeild og taugalækningadeild á Grensási reknar saman. Meðalnýting sjúkrarúma þar hefur að undanfögnu verið um eða innan við 50% (<30 rúm) auk dag- og göngudeildarstarfsemi. Ekki hefur enn tekist að auka starfsemi þar og fullnýta húsrými, m.a. vegna skorts á hjúkrunarfræðingum. Á Landspítalanum er ekki sérstök endurhæfingardeild, heldur hafa sjúklingar fengið þjónustu á hinum ýmsu deildum spítalans. Áætlanir eru til um endurnýjun húsnæðis í Kópavogi þar sem gert er ráð fyrir 24 rúmum fyrir endurhæfingarsjúklinga. Á Reykjalundi, sem er sjálfseignarstofnun, eru 166 endurhæfingarrúm. Unnið er að þjónustusamningagerð við NLFÍ í Hveragerði, en þar er aðstaða fyrir 160 sjúklinga, þar af rúmlega 30 í meðalþungri endurhæfingu.

Skv. upplýsingum frá stjórnendum endurhæfingardeilda (28.10.98) biður nú 61 sjúklingur eftir endurhæfingarþjónustu, þar af biða 44 sjúklingar á sjúkradeildum Landspítalans og Sjúkrahúss Reykjavíkur. Mikilvægt er að endurhæfingarsjúklingar fái rétta þjónustu, á réttum stað og réttum tíma og að tilfærsla sjúklinga milli þjónustustiga sé greið. Eftir því sem næst verður komist nam kostnaður við endurhæfingarþjónustu um 1400 m.kr. árið 1997, sem skiptist þannig á milli spítalanna; RSP 375 m.kr., SHR 300 m.kr., Reykjalundur 500 m.kr. auk NLFÍ 220 m.kr. Erfitt er að fá nákvæmar tölur vegna ýmiss konar samskráningar.

Rætt hefur verið við ýmsa fagaðila um endurskipulagningu endurhæfingarþjónustu, aðskilnað frá meginrekstri bráðaþjónustu, verkefnalýsingu og þjónustusamninga við Sjúkrahús Reykjavíkur, ríkisspítala og Reykjalund. Frekari hugmyndir um útfærslu eru sóttar í prófverkefni tveggja sjúkraþjálfara og eins iðjupjálfa við Endurmenntunarstofnun HÍ, en þar er að finna metnaðarfullar hugmyndir að endurskipulagningu þjónustu við endurhæfingarsjúklinga. (fskj. nr. 15). Þannig mætti gera ráð fyrir að í Kópavogi og á Grensási yrði að mestu bráðaendurhæfing, en meðalþung endurhæfing og eftirmeðferð á Reykjalundi. Í þessari endurskipulagningu yrði lögð áhersla á það að skipuleggja hvernig 7 daga deildir og 5 daga deildir nýttust best, komið yrði á fót sérstökum matsdeildum og mikil áhersla yrði lögð á dagdeildir og göngudeildir. Eðlilegt væri að hafa náð samráð við Tryggingastofnun ríkisins er varðar endurhæfingar- og örorkumat.

Við mat á hugsanlegum sparnaði með þessari endurskipulagningu er lagður til grundvallar útreikningur RSP um sparnað við endurhæfingu sem hlýst vegna tilflutnings sjúklinga úr dýrara í ódýrara þjónustuúrræði. Skv. fyrrgreindum útreikningum stjórnenda endurhæfingardeildar RSP er kostnaður við rekstur bráðaendurhæfingardeildar um 75% af kostnaði við rekstur bráðalyflækningadeildar. Ef litið er til þeirra skipulagsbreytinga sem urðu á öldrunarsviði varð um 15% sparnaður á heildarrekstrarkostnaði öldrunarþjónustunnar, auk þess sem þjónustan batnaði verulega. Við úthlutun fjár til öldrunarþjónustunnar við uppbyggingu Landakots var veitt ákveðinni heildarupphæð og starfsemin síðan löguð að henni.

Tillaga:

Heilbrigðisráðherra skipi endurhæfingarráð sem í eiga sæti fulltrúar RSP, SHR, Reykjalundar og heilbrigðisráðuneytis. Ráðið hafir sér til fulltingis sjúkráðgjafa, iðjuþjálfra, hjúkrunarfræðinga og lækna séu þeir ekki þegar í ráðinu. Ráðið fái ákveðna fjárveitingu til ráðstöfunar og gerir tillögur um hvernig sú fjárveiting nýtist best á sama hátt og staðið var að skipulagsbreytingum í öldrunarþjónustunni með hagræðingu og sparnaði.

Ráðinu verði falið að skipuleggja endurhæfingarstarfsemi á Reykjavíkursvæðinu með það að markmiði að nýta sem allra best þau aðföng (starfsfólk, húsnæði, legurými og fjármagn) sem fyrir hendi eru.

Endurhæfingarráð hefði til ráðstöfunar u.þ.b. 48 rými á Grensási og 24 rými í Kópavogi, þegar húsnæði verður tilbúið. Nú eru 166 rými á Reykjalundi, sem gæti breyst miðað við þær áherslur sem getið er að ofan, en mikilvægt er að starfsemi Reykjalundar verði með í og rúmist innan heildarskipulagningar á endurhæfingarþjónustunni. Starfsfólk sem starfar við endurhæfingu yrði áfram ráðið til viðkomandi stofnana. Þjónustusamningar verði gerðir.

B. Þvagfæraskurðlækningar

Nú eru reknar tvær þvagfæraskurðeiningar í Reykjavík, 12 rúm á SHR og 13 rúm á RSP. Nýting er að meðaltali 8 rúm á SHR og 11 rúm á LSP eða samtals 19 rúm. Ef sett er upp líkan fyrir eina deild má færa rök fyrir því að hægt væri að minnka kostnað um allt að 20% eða um 27 m.kr. á ári (fskj. nr. 16). Hugsanlega myndi verða betri nýting á rúmum auk þess sem gera má ráð fyrir að legutími styttest og dag- og göngudeildarþjónusta fengi hlutfallslega meira vægi í rekstrinum. Sparnaður yrði einnig í fækkun bakvakta sérfræðinga ef sérgreinin væri á einum stað en tryggja verður að sjúklingum beggja spítala verði veitt nauðsynleg þjónusta af sérfræðingum deildarinnar.

Tillaga:

Við gerð þjónustusamninga semji heilbrigðisráðuneytið um rekstur einnar þvagfæraskurðlækningadeildar, skv. meðfylgjandi líkani.

C. Taugalækningar

Í dag eru reknar tvær taugalækningaeiningar í Reykjavík, á Grensási um 8-10 rúm auk dag- og göngudeildarsjúklinga og á RSP um 12 rúm. Taugalækningaeiningarnar hafa um langan tíma átt í erfiðleikum með að halda uppi fullri starfsemi og lokanir verið tíðar. Mönnunarvandamál hafa verið algeng og skortur á hjúkrunarfræðingum hefur verið viðvarandi. Gert er ráð fyrir að endurhæfing sjúklinga með heilablóðfall fari fyrst

og fremst fram á endurhæfingardeildum en myndu eftir sem áður leggjast á báða spítalana vegna eðlis umönnunarinnar sem er afar mikil og krefjandi. Ekki reyndist unnt að fá nauðsynlegar upplýsingar um kostnað og mönnun vegna rekstrar taugalækningaeininga vegna samreksturs við aðrar sérgreinar, en í áætluðum sparnaði vegna reksturs einnar taugalækningaeiningar í stað tveggja, er notuð lægri hlutfallstala (15%) en líkanið sýndi í þvagfæraskurðlækningum. Sparnaður yrði einnig í fækkun bakvakta sérfræðinga ef sérgreinin væri á einum stað en tryggja verður að sá spítali sem ekki hefur taugalækningadeild fái nauðsynlega þjónustu frá sérfræðingum deildarinnar.

Tillaga:

Við gerð þjónustusamninga semji heilbrigðisráðuneytið um rekstur einnar taugalækningadeildar skv. mönnunarlikani svipuðu og stuðst er við í þvagfæraskurðlækningum.

D. Æðaskurðlækningar

Á Landspítalanum hafa verið nýtt að meðaltali um 6-10 rúm fyrir æðaskurðlækningar og 2-4 rúm á SHR á almennri skurðlækningadeild. Verið er að byggja aðstöðu á SHR fyrir æðarannsóknir í nýbyggingu F-álmú vegna stækkunar á skurðstofurými. Breytingar sem orðið hafa í aðgerðatækni með tilkomu innæðaaðgerða gera það að verkum að aðgerðatíminn sjálfur lengist en er sjúklingnum auðveldari og styttr verulega legu eftir aðgerðir. Þar af leiðir að þörf fyrir fjölda sjúkrarúma ætti að minnka. Nýlega hefur verið opnuð á RSP ný og fullkomin æðarannsóknarstofa og fyrirjáanlegt er að endurnýja þurfi þá gömlu áður en langt um líður.

Nauðsynlegt er að ákveða hvernig starfsemi æðaskurðlækninga er fyrirhuguð í framtíðinni. Ekki er líklegt að unnt verði að endurnýja tækjabúnað fyrir æðaskurðlækningar áfram á báðum spítölum. Áætla má að þörf fyrir sjúkrarúm í æðaskurðlækningum (utan hjartaskurðlækninga) sé um 10 rúm ef þjónustan yrði samræmd og rekin á einum stað. Sparnaður yrði einnig í fækkun bakvakta sérfræðinga ef sérgreinin væri á einum stað en tryggja verður að sá spítali sem ekki hefur æðaskurðlækningadeild fái þjónustu frá sérfræðingum deildarinnar.

Ekki reyndist unnt að fá nauðsynlegar upplýsingar um kostnað og mönnun í æðaskurðlækningum vegna samreksturs við aðrar sérgreinar, en í áætluðum sparnaði er notuð sama hlutfallstala um sparnað (20%) sem notuð var í þvagfæraskurðlækningum en vegna stærðarmismunar á deildunum yrði sparnaðurinn helmingi minni. Þá er rétt að vitna til greinargerðar Jóhannesar M. Gunnarssonar lækningaforstjóra SHR, Gunnars H. Gunnlaugssonar yfirlæknis skurðlækningadeildar SHR og Stefáns E. Matthíassonar skurðlæknis á SHR, "Æðaskurðlækningar á Íslandi - Markmið og skipulag" frá því í febrúar 1998. Í hugmyndum þeirra er reiknaður 95 m.kr. beinn sparnaður, þ.e. 55 m.kr. á gjörgæslu og 40 m.kr. á legudeild (fjask. nr. 17).

Tillaga:

Við gerð þjónustusamninga semji heilbrigðisráðuneytið um rekstur einnar æðaskurðlækningadeildar, skv. mönnunarlikani svipuðu og stuðst er við í þvagfæraskurðlækningum. Rétt er að fá fyrrgreinda skurðlækna auk fulltrúa RSP til að útfæra framlagðar tillögur í smáatriðum.

VIII. Sjúkrahúsin í Reykjavík - Eldri tillögur

Nefnd um aukna samvinnu og verkaskiptingu sjúkrahúsanna í Reykjavík og Reykjanesi (1996) lagði fram ýmsar tillögur sem unnar voru af fagfólki. Þær tillögur hafa verið kveikjan að samkomulagi milli heilbrigðisráðherra, fjármálaráðherra og borgarstjóra, 1996 og 1997. Þar var gert samkomulag um ákveðnar aðgerðir og lagðar fram tillögur sem hrinda átti í framkvæmd. Eftirfarandi tillögur sem ekki hafa náð fram að ganga eru hér endurskoðaðar og ítrekaðar.

A. Bæklunarskurðlækningar

Almennar bæklunarlækningar eru stundaðar á báðum spítölunum í Reykjavík, 18 rúm á SHR (nýting hefur verið 22-24 rúm) og 22 rúm á RSP. Umræða hefur verið um hvort aukin hagræðing sé í því fólgin að skipta bæklunarlækningunum á milli spítalanna þannig að sem minnst sé um tvöföldun í tækjabúnaði og lagerhaldi. Vegna slysadeildar verða bráðabæklunarlækningar ("heit orthopedia") að vera á SHR og því myndi vera hægt að flytja valaðgerðir ("kalda orthopediu", liðskiptaaðgerðir) á RSP.

Rök sérfræðinga hafa verið þau að dýrmæt sérhæfing fengist með því móti og þannig mætti bæði auka afköst og minnka kostnað. Mótrök sérfræðinga hafa verið þau að nauðsynlegt sé að sami sérfræðingur haldi sér við í bráðabæklunarlækningum og valaðgerðum. Auðvelt ætti að vera að koma á mótis við slíkar óskir því sami sérfræðingur getur gert aðgerðir á báðum spítölunum með enn sérhæfðara starfsfólki á hvorum stað fyrir sig.

Biðlistar eru langir í bæklunarskurðlækningum og allar skynsamlegar hugmyndir sem miða að styttingu biðlista verður að skoða nákvæmlega áður en þeim er hafnað. Sú tillaga sem hér er lögð fram er nokkuð frábrugðin þeirri sem var í samkomulagi frá 1997 og gengur ekki eins langt.

Tillaga:

Bæklunarskurðlækningum verði skipt þannig að bráðabæklunarlækningar verði á Sjúkrahúsi Reykjavíkur og valaðgerðir í bæklunarlækningum verði á Landspítalanum. Bakaðgerðir verði með óbreyttu fyrirkomulagi, þ.e. á báðum spítölum. Mikil áhersla verði lögð á að sérfræðingum sé gert kleift að vinna á báðum spítölum í því skyni að halda sér sem best við í sinni sérgrein.

B. Lungnalækningar

Á Vífilsstöðum eru 28 rúm fyrir lungnasjúklinga. Út frá faglegum forsendum er mikilvægt að þeir fái rými inni á Landspítala í meiri nálægð við aðra stoð- og bráðabjónustu sem lungnasjúklingar þurfa jafnan að hafa aðgang að. Þegar opnuð verða 24 rúm fyrir endurhæfingasjúklinga í Kópavogi ætti að vera greiður aðgangur fyrir hluta þessara sjúklinga inn á Landspítala. Við flutning lungnasjúklinga frá Vífilsstöðum myndast aðstaða fyrir 20-22 hjúkrunarsjúklinga (eina deild) sem nú liggja í rúmum á Landspítalanum.

Þessar breytingar voru fyrirhugaðar í samkomulagi 1997 en hafa ekki náð fram að ganga. Í greinargerðum og bréfum rikisspítala er reiknaður sparnaður af þessari breytingu og því lýst á hvern hátt hún yrði auðveldari ef hún yrði tengd úrbótum er

varða göngudeildir Vífilsstaða fyrir lungnasjúklinga og ofnæmissjúklinga auk þess sem taka þarf á húsnæðisvanda húðdeildar. Einnig er starfrækt göngudeild fyrir lungna- og ofnæmissjúklinga í Heilsuverndarstöðinni sem sjálfsagt er að sameinist göngudeild þeirri sem starfrækt hefur verið á Vífilsstöðum. Einnig er gert ráð fyrir flutningi skrifstofu ríkisspítala í Templarahöll. Hvað varðar röksemdir fyrir sparnaði er vitnað í fylgiskjöl (fskj. nr. 18)

Tillaga:
Lungnasjúklingar á Vífilsstöðum verði fluttir á Landspítalann um leið og endurhæfingarhúsnæði (24 rúm) í Kópavogi verður tekið í notkun. Á sama tíma og lungnasjúklingar flytjast á Landspítalann verður hægt að flytja hjúkrunarsjúklinga (20-22 sjúklinga) á Vífilsstaði.

C. Líknardeild

Á næstunni er áætlað að opna 12 rúma líknardeild í Kópavogi. Ætla má að 5 sjúklingar flytjist frá Landspítala og 5 sjúklingar frá SHR á líknardeildina við þessa breytingu. Gert er ráð fyrir að 2 sjúklingar komi á deildina úr heimahúsum. Þegar hefur verið gert ráð fyrir stofnkostnaði og rekstrarfé hefur fengist til að mæta kostnaði.

Væri fjárhagslegur ávinningur af opnun líknardeildar áætlaður, er meðalkostnaður á sjúkrarúm um 6 m.kr. á ári, en kostnaður á rúm á líknardeild er um 5 m.kr. og ávinningur því mismunurinn.

Tillaga:
Flytt verði eftir megni að koma líknardeild í notkun.

D. Innritunarmiðstöðvar

Innritunarmiðstöðvar munu opna bæði á RSP og SHR á næstunni. Áætlað hefur verið að um 4 legurými munu losna á Landspítala vegna betri nýtingar sjúkrarúma. Á sama hátt má áætla að um 3 legurými muni losna á SHR. Reynsla erlendis frá sýnir að tilkoma innritunarmiðstöðva leiðir til markvissari notkunar á rannsóknum. Þannig má áætla sparnað vegna innritunarmiðstöðva til lengri tíma, sem byggir annars vegar á betri nýtingu sjúkrarúma (styttri legutíma) og hins vegar á betri nýtingu rannsókna (lægre kostnaðar/færri rannsókna). Í áætlunum RSP er gert ráð fyrir 10 m.kr. sparnaði á ári vegna opnunar slíkrar deildar. (fskj. nr. 19)

Tillaga:
Flytt verði eftir megni að koma innritunarmiðstöðvum í fulla notkun.

E. Sjúkrahústengd heimaþjónusta

Góðar upplýsingar liggja fyrir um hagkvæmni þess að fara af stað með sjúkrahústengda heimaþjónustu. Ávinningur af slíkri starfsemi er margþættur, sjúklingar geta farið fyrr heim og verið öruggir um að starfsfólk sem þekkir til þeirra muni fylgjast með gangi mála og annast þá. Á sama hátt ef eitthvað kemur upp á heima fyrir á viðkomandi sjúklingur vísa innlögn á þeirri deild sem hann lá á og þar sem starfsfólk þekkir hans sjúkrasögu. Þannig styttest legutími, ódýrari lausn fæst fyrir sjúklinginn og aukið rými verður til fyrir þá sem bíða eftir innlögn.

Sviðsstjórn öldrunarsviðs hefur gert nákvæma áætlun um fyrirkomulag sjúkrahústengdrar heimaþjónustu á öldrunarsviði. Þar segir að séu opnuð 24 rými í heimaþjónustu fyrir sjúklinga (í hlutfallinu af bráðalyflæknisdeild 20%, öldrunarlækningadeild 50% og hjúkrunardeild 30%) megi spara 68 m.kr. miðað við ef sjúklingarnir lægu inni. Áætlaður rekstrarkostnaður fyrir sjúkrahústengda heimaþjónustu 24 sjúklinga er 35 m.kr. Ef mismunur á áætluðum rekstrarkostnaði og því sem sparast við heimaþjónustuna er reiknaður sparast 33 m.kr. á ári (fskj. nr. 20)

Rúmlega 20 aldraðir sjúklingar bíða á bráðalyflækningadeildum spítalanna í Reykjavík eftir rúmum á öldrunarsviði SHR. Um 170 sjúklingar bíða eftir hjúkrunarrýmum á höfuðborgarsvæðinu, mikill meiri hluti í brýnni þörf. Fyrirhuguð er að fjölga um 130 hjúkrunarpláss fyrir aldraða á höfuðborgarsvæðinu á næsta ári, sem mun væntanlega mæta þeirri miklu þörf sem nú er til staðar Erfitt er að sjá fyrir fækkun rúma á öldrunarsviði fyrr en ofangreind hjúkrunarpláss verða tekin í notkun, en fleiri sjúklingar fengju viðeigandi þjónustu ef sjúkrahústengd heimaþjónusta yrði tekin upp.

Tillaga:

Samþykkt verði til að fara af stað með sjúkrahústengda heimaþjónustu á öldrunarsviði SHR, jafnframt því sem hvatt verði til að gerðar verði áætlanir um sjúkrahústengda heimaþjónustu á þeim sviðum þar sem hún leiðir til hagræðingar. Þá verði skoðaðir aðrir skyldir möguleikar á fjölbreytni í þjónustu, s.s. aukinni simaþjónustu eftir útskrift sem geta komið í veg fyrir óþarfa endurinnlagnir. Við gerð þjónustusamnings er lagt til að (hluti) fjárveitingar flytjist frá bráðalyflækningadeildum, því stærstur hluti sjúklinga sem bíða þjónustu á öldrunarsviði kemur þaðan.

F. Dag- og göngudeildarþjónusta

Mikil áhersla hefur verið lögð á aukningu eða bættu aðstöðu dag- og göngudeilda á sjúkrahúsum til að mæta breyttum áherslum og nýrri tækni í meðferð og þjónustu. Í meðfylgjandi tillögum eru margar hugmyndir um hvernig mætti fækka leguplássum (sjúkrarúmum). Sum þeirra rúma sem þannig losna er mikilvægt að breyta í dag- og göngudeildarrými. Hagræðing sem í því felst er í fyrsta lagi að veita þjónustu á ódýrari hátt í sjúkrarúmum (d. ekki bráðadeild heldur endurhæfingadeild eða líknardeild) og í öðru lagi að veita ódýrari þjónustu á dag- eða göngudeild (ekki í rúmi á sjúkradeild). Jafnframt þarf að leitast við að taka sjúkrarúm úr notkun þar sem sjúklingar hafa færst milli þjónustustiga. Sparnaður sem af hlýst fer eftir þeim mismuni sem er á kostnaði á mismunandi þjónustustigum. Þannig er hægt að veita ódýrari þjónustu og þjóna fleiri sjúklingum (fskj. nr. 21)

Tillaga:

Vinnuhópi verði falið að yfirfara rekstur sjúkradeilda og gera tillögur um að færa starfsemi yfir í dag- og göngudeildarþjónustu þar sem það er hægt.

IX. Gerð þjónustusamninga

Einn þáttur í starfi faghópsins hefur verið undirbúningur þjónustusamninga. Þeirri vinnu er nær lokið fyrir landsbyggðarsjúkrahúsin önnur en FSA (sjá fskj. nr. 6) en lengra er í land á sjúkrahúsunum í Reykjavík og á Akureyri. Í drögum að þjónustusamningum fyrir sjúkrahúsin á landsbyggðinni án FSA er m.a. kveðið á um hvaða þjónustu sjúkrahúsin eigi að veita og hvaða fjárveitingar séu ætlaðar til verkefnisins. Gert er ráð fyrir að þjónustusamningar við landsbyggðarsjúkrahúsin utan FSA taki gildi 1. janúar 1999 og verði til þriggja ára.

Þjónustusamningar fyrir sjúkrahúsin í Reykjavík og á Akureyri eru talsvert flóknari og erfiðari viðfangs, en búið er að safna miklum upplýsingum (verkefnavísunum) um kostnað og framleiðni og flokka þær niður eftir starfsemi, sérgreinum, sviðum/deildum og starfsstéttum. Taka þarf ákvörðun um hvaða verkefnavísar verða notaðir í fyrstu þjónustusamningunum, en ljóst er að samningarnir verða að þróast áfram á næstu árum.

Faghópurinn telur að unnt sé að gera þjónustusamninga við Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri og stóru sjúkrahúsin í Reykjavík á svipuðum grunni og áformað er að gera við heilbrigðisstofnanir og sjúkrahús á landsbyggðinni. Fjárhagsáætlun verði unnin þannig að fjárveitingum og sértekjum verði skipt á einstaka starfsþætti og starfseiningar. Sömuleiðis er verið að athuga mismunandi vægi á dag- og göngudeildarþjónustu og þjónustu vegna innlagna, auk þess sem litið er sérstaklega á læknaþáttinn og hjúkrunarþáttinn.

Áhersla er lögð á að þjónustusamningar milli heilbrigðisráðuneytis og spítalanna í Reykjavík verði til þriggja ára í senn. Í samningsgerðinni taki þátt fulltrúar rekstrarþáttar, hjúkrunarþáttar og læknaþáttar umræddra spítala ásamt fulltrúum heilbrigðisráðuneytis. Árlegur fjárhagsrammi sjúkrahúsanna á samningstímabilinu miðast við væntanlegar fjárveitingar á árinu 1999. Fjárhagsramminn geti aðeins tekið breytingum ef verkefnin breytast á samningstímabilinu eða ef ófyrirséðar breytingar valda því, að mati beggja samningsaðila, að endurskoða þurfi ákvæði samningsins.

Ljóst er að þjónustusamningar eiga eftir að móta samskipti stofnana og heilbrigðisráðuneytisins á komandi árum. Samningarnir leggja ýmsar kvaðir á samningsaðila og því er nauðsyn að þeim samningum verði fylgt eftir og varið til þess tíma, fjármunum og mannskap.

Tillögur:

1. Þjónustusamningar verði gerðir við öll sjúkrahús á landinu til þriggja ára. Samningar við sjúkrahúsin á landsbyggðinni verði undirritaðir fyrir 1. desember 1998 og taki gildi frá og með 1. janúar 1999. Vinnu við þjónustusamninga sjúkrahúsanna í Reykjavík og á Akureyri verði lokið eigi síðar en 1. mars 1999.

X. Önnur verkefni

A. Klínískar leiðbeiningar

Klínískar leiðbeiningar (clinical guidelines) og kjörmeðferð (case management, managed care, outcome management) hafa fengið talsverða útbreiðslu á sjúkrahúsum, sérstaklega vestanhafs. Ávinningur slíkra leiðbeininga getur verið margs konar, en fyrst og fremst er verið að setja ákveðinn ramma eða viðmið um hvaða rannsóknir og meðferð einstakir sjúklingar eða sjúklingahópar skulu fá. Þá er haft að leiðarljósi að tryggja öryggi og gæði þjónustu án þess að tvöfalda þjónustu eða ofnota. Klínískar leiðbeiningar og kjörmeðferð hafa ekki komist til framkvæmda nema í litlum mæli hér á landi, en víðast erlendis hafa slíkar leiðbeiningar leitt til umtalsverðrar lækkunar á rekstrarkostnaði.

Fulltrúar faghópsins hafa rætt við fulltrúa Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga og fulltrúa Læknafélags Íslands, en ljóst er að þessi félög hafa ekki mannskap yfir að ráða að óbreyttu í svo umfangsmikið verkefni. Hér er um þróunarvinnu að ræða sem krefst bæði klínískrar þekkingar og góðrar innsýnar í starfsemi og rekstur sjúkrahúsa. Nauðsynlegt er að ráðuneytið skapi aðstöðu til þess að þessi mikilvæga vinna geti farið fram með einhverjum hætti.

Tillaga:

Heilbrigðisráðherra skipti hópá til þess að undirbúa og leggja drög að þeirri vinnu sem þarf að inna af hendi til að klínískar leiðbeiningar/kjörmeðferð verði tekin í notkun. Haft verið samráð við Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga, Læknafélag Íslands og fagfólk á sjúkrahúsum.

B. Samhæfing gagnavinnslu

Þegar eru í gangi nokkur þróunarverkefni í upplýsingamálum og gagnavinnslu á mismunandi sviðum innan heilbrigðiskerfisins. Jafnframt er unnið að því að fjármagna frekari uppbyggingu upplýsinga-, tölvu- og fjarskiptakerfa heilbrigðisþjónustunnar. Verði beðið með átak í upplýsingamálum er mikil hætta á því að spítalarnir leiti sérlausna og þróist í mismunandi áttir á sviði upplýsingamála. Enn fremur er hætta á því að allar tilraunir til samhæfingar á þjónustu og markvissari verkaskiptingu verði örðugri.

Ríkisspítalar og Sjúkrahús Reykjavíkur eru báðir með mörg upplýsingakerfi í notkun. Þessi kerfi krefjast viðhalds og endurnýjunar auk nýrra lausna með vaxandi notkun stafræna upplýsinga. Þessara lausna verða sjúkrahúsin að leita og munu fjárfesta í þeim sem þróunarverkefnum eða fullbúnum kerfum. Margt bendir til þess að skipuleg fjárfesting í heilbrigðisneti, tölvuvæddum sjúkraskrá, upplýsinga- og rekstrarkerfum og tækjabúnaði fyrir fjarlækningar muni skila sér fjárhagslega á nokkrum árum.

Nauðsynlegt er að fylgja ákveðnu verkferli við ofangreind verkefni. Helstu verkþættir eru frumkönnun, þarfagreining, kerfisgreining, hönnun, forritun, prófun forrita og kerfis, prófun í raunumhverfi, gerð handbóka og að lokum afhending gagna og gangsetning. Faghópurinn telur einnig að ofangreind stefnumörkun muni geta leitt til betri samhæfingar á sjúkraskrákerfum, en megináhersla er lögð á að sjúkraskrá- og upplýsingakerfin geti talað saman og samnýtt gögn.

Undanfarin ár hefur mikið verið rætt um að sjúkrahús landsins stæðu sameiginlega að öflun hugbúnaðar í stað þess að hver stofnun leitaði sérlausna í sambandi við uppbyggingu og rekstur upplýsinga- og rekstrarkerfa sjúkrastofnana. Talið er að stóru sjúkrahúsin í Reykjavík verji núna u.þ.b. 80 m. kr. á ári til þróunar og viðhalds rekstrarkerfa sinna. Í heild verja RSP og SHR árlega nærri 200 m. kr. til tölvu- og upplýsingamála.

Þróunar- og viðhaldspátturinn mun fara vaxandi á næstu árum og er gert ráð fyrir því að RSP og SHR muni að öllu óbreyttu verja alls 1 milljarði kr. til þessara mála á næstu 10 árum. Með sameiningu tölvu- og upplýsingamála spítalanna í Reykjavík er talið að spara megi allt að 450 m. kr. yfir 10 ára tímabil og útgjöld vegna þróunar og viðhalds rekstrarkerfa yrðu þannig 550 m. kr. í stað 1 milljarðs kr. Samvinna í tölvu- og upplýsingamálum sem takmarkaðist eingöngu við öflun hugbúnaðar fyrir báða spítalana myndi spara 200 m. kr. Með þeirri lausn væri unnt að halda þróunarútgjöldunum á sama stigi og þau eru í dag um 80 m. kr. á ári eða 800 m. kr. á tíu ára tímabili.

Þróunar- og viðhaldskostnaður tölvu- og upplýsingakerfa á RSP og SHR næstu tíu ár hefur verið metinn miðað við mismunandi forsendur sem hér segir:

a. Væntanlega þróun og óbreytt skipulag	1.000.000.000 kr.
b. Sameining tölvu- og upplýsingamála	550.000.000 kr.
c. Stofnun rekstareiningar fyrir hugbúnaðargerð	800.000.000 kr.

Samkvæmt ofangreindu má gera ráð fyrir að sameining tölvu- og upplýsingamála RSP og SHR geti sparað allt að 250 m. kr. á 10 ára tímabili miðað við núverandi kostnað (80 millj. kr. á ári) eða um 25 m. kr. á ári. Margt bendir samt sem áður til þess að kostnaður við tölvu- og upplýsingakerfi muni aukast meira á næstu árum en gert er ráð fyrir í þessum útreikningum. Sömuleiðis verður að gera ráð fyrir að sameiningunni fylgi ákveðinn byrjunarkostnaður. Í heild er þó gert ráð fyrir að ávinningurinn af sameiningu tölvu- og upplýsingamála á þessum tveimur sjúkrahúsum verði 125 m. kr. á tíu ára tímabili eða 12,5 m. kr. á ári. Enn fremur má fastlega gera ráð fyrir að frekari samhæfing í tölvu- og upplýsingamálum allra sjúkrahúsa landsins muni skila sér í enn meiri hagkvæmni.

Tímabært er að kanna hvort ekki eigi að fá sjálfstætt tölvufyrirtæki til að sjá um tölvuþjónustu fyrir spítalana, t.d. með útboði.

Tillaga:

Fylgt verði eftir stefnumörkun þeirri sem unnin var á vegum heilbrigðisráðuneytisins í upplýsingamálum í heilbrigðiskerfinu. Fylgt verði skipulegu verkferli við uppbyggingu og þróun upplýsinga- og tölvakerfa. Sérstök áhersla verði lögð á samræmingu í skráningu upplýsinga um starfsemi og rekstur sjúkrahúsanna. Tölvu- og upplýsingamál RSP og SHR verði sameinuð og sett undir eina stjórn.

C. Kostnaðargreining

Á sjúkrahúsunum í Reykjavík er verið að vinna að kostnaðargreiningu og verðlagningu þjónustu á grundvelli DRG (Diagnostic Related Groups) og sjúklingaflokkunar (Patient Classification Systems). Einnig er verið að meta meðalkostnað við einstakar aðgerðir, meðferðir og sjúkdómsgreiningar. Þeirri vinnu er hvergi nærri lokið, jafnframt er ljóst að ekki verður unnt að nota DRG kerfi eða sjúklingaflokkunarkerfi við mat á kostnaði

á öllum starfspáttum sjúkrahúsanna. Nauðsynlegt er að finna tæki sem nota má til að mæla verð og magn þjónustu og að það sé gert með samræmdum hætti. Slikt er nauðsynlegt til þess að þjónustusamningar nái að gegna því hlutverki sem þeim er ætlað.

Tillaga:

Unnið verði áfram að kostnaðargreiningu og verðlagningu á þjónustu sjúkrahúsanna. Mikilvægt er að sjúkrahúsin vinni saman að því að þróa sambærilegar aðferðir við útreikningana og að heilbrigðisráðuneytið hafi yfirsýn og eftirlit með þessari vinnu.

D. Sjúkrahótel

Undanfarin ár hefur umræða um þörf fyrir sjúkrahótel farið vaxandi. Árið 1995 var gerð könnun á þörf fyrir sjúkrahótel á vegum Landlæknisembættisins, þar sem kom í ljós að af 620 sjúklingum hefðu 139 sjúklingar (22%) getað nýtt sér dvöl á sjúkrahótel í stað vistunar á sjúkrahúsi (fskj. nr. 22). Daggjöld á sjúkrahótel Rauða Kross Íslands voru 1997 3300 kr. eða um 1,2 m.kr. á ári auk þess sem RKÍ hefur greitt 6-7 m.kr. árlega í heildarreksturinn. Meðalkostnaður á bráðasjúkrarúm á sjúkrahúsunum í Reykjavík er u.þ.b. 6 m.kr. þannig að áætlaður sparnaður er umtalsverður. Í dag á og rekur Rauði Kross Íslands sjúkrahótel fyrir 28 sjúklinga í sama húsnæði og Hótel Lind við Rauðarárstíg. RKÍ hefur hug á að selja það húsnæði, en möguleiki er á því að starfsemi sjúkrahótelsins verði tímabundið áfram á Rauðarárstíg ef fyrirsjáanlegt er að unnt verður að koma starfseminni endanlega fyrir annars staðar í náinni framtíð. Æskilegt væri að sjúkrahótel væri rekið í nánnum tengslum við sjúkrahús. Formaður stjórnar sjúkrahótels RKÍ og framkvæmdastjóri RKÍ hafa rætt við fulltrúa úr faghópnum og lýst yfir áhuga RKÍ á samstarfi við heilbrigðisráðuneyti um stuðning við framtíðaruppbyggingu og rekstur sjúkrahótels. Einnig kæmi til greina einkafjármögnun á öllum rekstri sjúkrahótels eða að hluta, því markmiðið hlýtur að vera að starfsemin standi undir sér að stærstum eða öllum hluta.

Tillaga:

Kannað verði hvernig best megi koma fyrir starfsemi sjúkrahótels í Reykjavík í samvinnu við RKÍ eða einkaaðila. Faghópurinn tekur undir mikilvægt þess að reka sjúkrahótel í Reykjavík og leggur til að skoðaðir verði ýmsir samvinnumöguleikar en mikilvægt er að stefna að því að staðsetning verði nær sjúkrahúsi en nú er. Einnig verði kannaðir möguleikar á rekstri sjúkrahótels á Akureyri, þar sem sérhæfð þjónusta er veitt á landsvísu.

E. Háskólasjúkrahús

Þótt það hafi ekki verið hlutverk hópsins að fjalla um háskólasjúkrahús, er kennsla og rannsóknir svo samofin starfsemi sjúkrahúsanna að rétt er að geta þeirrar starfsemi lítillaga. Hlutverk sjúkrahúsa er að veita sjúklingum þjónustu, sjá um kennslu og menntun heilbrigðisstétta og stunda vísinda- og þróunarstörf. Á Íslandi hefur megináhersla verið lögð á þjónustu, en kennsla og vísindastörf hafa gjarnan átt undir högg að sækja. Samt byggir þjónusta við sjúklinga á kennslu heilbrigðisstétta og vísinda- og þróunarstörfum.

Tillaga:

Aðgreina þarf rekstur og fjármögnun háskólastarfsemi frá almennri klínískri starfsemi, m.a. til að hægt sé að meta hvort framlag til rannsókna og kennslu sé sambærilegt við það sem gerist hjá öðrum þjóðum. Skilgreina þarf framlag menntamálaráðuneytis, Háskólans á Akureyri og Háskóla Íslands til þeirrar þjómustu sem er veitt á spliðlum landsins.

Heilbrigðisráðuneytið beiti sér fyrir því að efla þá þætti sem gera sjúkrahús að háskólasjúkrahúsi, s.s. fullnægjandi aðstaða fyrir grunn- og framhaldsnám heilbrigðisstétta, góð skilyrði til vísinda- og rannsóknastarfa og að viðeigandi tækjabúnaður sé til staðar.

Heilbrigðisráðuneytið beiti sér fyrir sameiginlegri stefnu menntamálaráðuneytis og heilbrigðisráðuneytis í menntunarmálum heilbrigðisstétta.

F. Lyfjainnkaup sjúkrahúsa

Við gerð fjárlaga hefur heilbrigðisráðuneytið kynnt tillögur um breytt fyrirkomulag á lyfjainnkaupum sjúkrahúsa og hjúkrunarheimila sem talið er að geti gefið 100-300 m.kr. tekjur til þessara stofnana í formi afsláttar af skráðu verði (fskj. nr. 23). Í tillögunum er gert ráð fyrir að þetta geti gerst með því að núverandi starfi innkaupastjóra Samstarfsráðs sjúkrahúsa verði breytt í nýtt embætti (fyrirtæki eða skrifstofu) sem kalla mætti LISÍS (Lyfjainnkaup sjúkrahúsa á Íslandi). Afsláttur sem fengist vegna útboða og markvissara vals á lyfjum rynni í sameiginlegan sjóð sem að frádrögnum kostnaði er skilað til baka til þeirra er taka þátt í LISÍS. Ekki er því hér reiknaður sparnaður til sjúkrahúsanna vegna þessa en fyrirsjáanlegt er að möguleikar sjúkrahúsanna til sérstakra tækjakaupa og þróunarverkefna aukast við þetta fyrirkomulag.

Tillaga:

Tekið er undir tillögu um breytingu á fyrirkomulagi á lyfjainnkaupum sjúkrahúsa og hjúkrunarheimila þar sem fyrirhugað er að lyfjainnkaup verði boðin út í samvinnu við Ríkiskaup og mismunur á skráðu heildsöluverði og útboðsverði renni í sérstakan sjóð sem viðkomandi stofnanir hafa til ráðstöfunar.