



LYKILL AÐ FULLNÝTINGU TÆKIFÆRA LANDSPÍTALANS

– Íslenska heilbrigðiskerfið á krossgötum

FORMÁLI

Eftir fjármálakreppuna sem skók Ísland árið 2008 voru heilbrigðisútgjöld hins opinbera lækkuð úr 153 milljörðum króna árið 2008 í 134 milljarða árið 2012 (miðað við fast verðlag 2014) til að bregðast við versnandi stöðu ríkisfjármála. Eftir því sem staða ríkisfjármála hefur styrkst á síðustu árum hafa opinber fjárframlög til heilbrigðismála aukist á ný, eða úr 134 milljörðum króna árið 2012 í 143 milljarða árið 2015 (miðað við fast verðlag 2014). Þessar breytingar á fjárframlögum til heilbrigðismála hafa haft talsverð áhrif á rekstur og fjárhagsstöðu Landspítalans sem hefur fyrir vikið verið áberandi í opinberri umræðu sem og raunar heilbrigðiskerfið allt. Umræðan um stöðu Landspítalans magnaðist mjög árið 2015 og ákvað ríkisstjórn Íslands af þeim sökum að láta vinna greiningu á rekstrarhagkvæmni og stöðu Landspítalans. Niðurstaða þeirrar vinnu er þessi skýrsla.

Velferðarráðuneytið stendur að baki gerð skýrslunnar en viðtöl, greiningarvinna og samantekt niðurstaðna voru unnin af McKinsey & Company í nánu samstarfi við fulltrúa frá velferðarráðuneytinu, Embætti landlæknis og Landspítalanum. Þau gögn sem skýrslan byggist á og tengjast Landspítalanum voru unnin og greind í samstarfi við fjármálasvið spítalans. Skýrslan hefur verið unnin og skrifuð af bestu getu að gefnum skilgreindum tímaramma og tiltækum gögnum. Þá var hún unnin sjálfstætt án stjórnmalalegra eða fjárhagslegra afskipta.

Í þessari skýrslu er kastljósinu beint að afköstum á Landspítalanum, rekstrarhagkvæmni hans og framleiðni vinnuafis á spítalanum. Jafnframt er fjallað um nýtingu fjármuna og gæði veittrar heilbrigðisþjónustu. Þar að auki er fjallað um samspil Landspítalans við aðra hluta heilbrigðiskerfisins, þar á meðal heilsugæsluna og sérfræðilækna á eigin stofum. Skýrslunni er skipt í fimm flokka eftir umfjöllunarefni. Fjórir flokkar fjalla beint um starfsemi Landspítalann en sá fimmti tekur til íslenskar heilbrigðisþjónustu í heild. Heildstæðar ráðleggingar eru veittar á sama hátt.

Íslensk heilbrigðisþjónusta er á áhugaverðum tímamótum. Þessi skýrsla hefur verið tekin saman til að skýra hvaða breytingar þurfi að gera á íslenska heilbrigðiskerfinu til að beina þróuninni í átt að heildstæðari þjónustu fyrir íslenska þjóð. Í skýrslunni er að finna yfirgripsmikinn grunn staðreynda sem var ekki til staðar áður og er leitast við að kynna á greinargóðan hátt leiðina fram veginn fyrir íslenska heilbrigðisþjónustu.

Reykjavík, September 2016

Myndir: Landspítali (forsíða), Pálmi Einarsson (Inngangur, kaflar 1, 3 og 5 og Viðauki), Getty Images (kaflar 2 og 4 og Leiðin fram á við)

INNGANGUR	4
ÁÆTLANAGERÐ OG AFKÖST	10
REKSTRARHAGKVÆMNI OG FRAMLEIÐNI VINNUAFLS	18
VINNUAFL OG MÖNNUN	26
GÆÐI	34
HLUTVERK Í HEILBRIGÐISKERFINU	40
LEIÐIN FRAM Á VIÐ	48
VIÐAUKI: ÚTGJÖLD TIL HEILBRIGÐISMÁLA Á ÍSLANDI	56



INNGANGUR

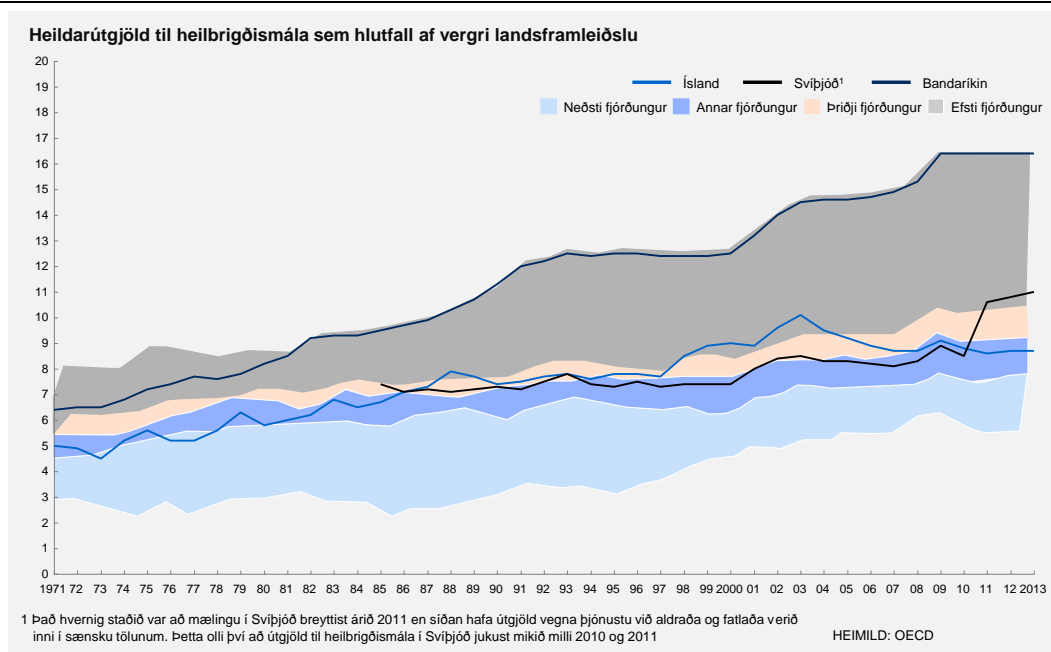
Kostnaður við heilbrigðisþjónustu hefur aukist hratt í iðnvæddum ríkjum undanfarna áratugi og í þeim mæli að vöxtur liðinna ára er ósjálfbær til lengri tíma litið. Landspítalinn er stærsta heilbrigðisstofnunin á Íslandi og fyrir vikið hefur skilvirkni hans mikil áhrif á kostnaðarhagkvæmni heilbrigðiskerfisins í heild. Skipulag kerfisins og fjöldi landfræðilegra og lýðfræðilegra þátta hafa einnig áhrif á útgjöld til heilbrigðisþjónustu.

Kostnaður við heilbrigðisþjónustu hefur aukist hratt í iðnvæddum ríkjum undanfarna áratugi og í þeim mæli að vöxtur liðinna ára er ósjálfbær til lengri tíma lítið.

Í iðnvæddum ríkjum hafa orðið örar breytingar á gerð, gæðum og kostnaði við heilbrigðisþjónustu undanfarna áratugi. Þessar breytingar eru afleiðing ýmiss konar samfélagsþróunar svo sem bættra lífskjara, stöðugar framþróunar í læknávisindum, breyttra lifnaðarháttar, aukinna lífslíkna ásamt aukinni eftirspurn frá notendum heilbrigðisþjónustu. Frá árinu 1970 og fram til dagsins í dag hefur sá hluti vergrar landsframleiðslu sem nýttur er til heilbrigðisþjónustu tvöfaldast í mörgum aðildarríkjum Efnahags- og framfarastofnunarinnar (OECD) og er útgjaldaspönnin nú á bilinu 7% og upp í 16% hjá þeim ríkjum sem veita hlutfallslega mestu fjármagni til þessa málaflokks.

Heilbrigðisþjónusta á Íslandi fylgdi þessu mynstri aukins kostnaðar frá 1970 til 2003 þegar hlutfall vergrar landsframleiðslu sem varið var til heilbrigðismála náði 10,1% sem er hæsta hlutfall hingað til. Frá árinu 2003 hefur Ísland verið eitt fárra landa þar sem dregið hefur úr kostnaði við heilbrigðisþjónustu sem hlutfall af vergri landsframleiðslu. Þegar undanfarin tíu ár eru skoðuð kemur í ljós að þetta hlutfall lækkaði fyrst eftir efnahagshrunið 2008 en hefur síðan verið nokkuð stöðugt (mynd 1).

Mynd 1: Útgjöld til heilbrigðismála hafa aukist stöðugt í iðnvæddum ríkjum síðustu áratugi. Á Íslandi hefur hlutur heilbrigðisútgjalda verið nokkuð stöðugur síðustu tíu ár.



Það hefur ekki reynst átakalaust að halda útgjöldum til heilbrigðismála á Íslandi stöðugum. Eftir fjármálakreppuna var ráðist í meiri niðurskurð í heilbrigðiskerfinu en áður hafði sést. Niðurskurðurinn leiddi til aukinnar skilvirkni innan kerfisins samhliða lækkun kostnaðar. Vegna stærðar og umfangs heilbrigðisþjónustu á Landspítalanum höfðu þessar breytingar veruleg áhrif á starfsemi hans. Þótt þessum breytingum hafi fylgt ýmis ávinningur olli niðurskurðurinn einnig því að tiltekin svið kerfisins hafa verið vanrækt eins og nánar er lýst síðar í þessari skýrslu.

Fjölgun landsmanna, hækkandi meðalaldur, aukin spurn eftir heilbrigðisþjónustu og aukin lyfjanotkun, ásamt ýmsum fleiri þáttum gefa sterkar vísbendingar um að þörf fyrir heilbrigðisþjónustu á Íslandi haldi áfram að aukast á komandi árum og áratugum. Því verður að vinna stöðugt og markvisst að því að tryggja getuna til að veita skilvirka heilbrigðisþjónustu af mestu gæðum án þess að heilbrigðisútgjöld aukist óhóflega. Óhjákvæmilega mun það setja kröfur á Landspítalann og aðrar heilbrigðisstofnanir um umfangsmiklar, stöðugar og varanlegar umbætur á starfseminni.

Landspítalinn er stærsta heilbrigðisstofnunin á Íslandi og gegnir mörgum ólíkum hlutverkum í heilbrigðiskerfinu

Landspítalinn er helsti veitandi þriðja stigs heilbrigðisþjónustu (e. tertiary care) á Íslandi, mikilvægur veitandi annars stigs heilbrigðisþjónustu (e. secondary care) og gegnir þar að auki hlutverki svæðissjúkrahúss fyrir höfuðborgarsvæðið. Sjúkrahúsið veitir sérfræðiþjónustu fyrir sjúklinga úr öllum sjö heilbrigðisumdæmum landsins en meirihluti sjúklinganna kemur af höfuðborgarsvæðinu.

Skipta má veitendum heilbrigðisþjónustu íslenska heilbrigðiskerfisins í eftirtalda sex flokka:

- Heilsugæslu (e. primary care) þar sem þjónusta er veitt í nærumhverfi en heilsugæslan er ætluð sem fyrsti viðkomustaður flestra sjúklinga.
- Hjúkrunarheimili þar sem öldruðum er veitt umönnun.
- Heimahjúkrun handa öldruðum og öðrum sem þurfa aðstoð á heimili sínu.
- Svæðissjúkrahús, eins og sjúkrahúsin á Akureyri og í Neskaupstað. Sjúkrahúsið á Akureyri, sem er stærsta svæðissjúkrahúsið, veitir annars stigs umönnun (e. secondary care) og suma þætti þriðja stigs umönnunar (e. tertiary care) auk þess að sinna kennslu og rannsóknum. Önnur svæðissjúkrahús veita aðallega bráðumönnun og suma þætti annars stigs heilbrigðisþjónustu, t.d. vegna sjúklinga með langvinn veikindi.
- Landspítalann sem er eina háskólasjúkrahúsið á Íslandi og gegnir þríþættu hlutverki: veitir landsmönnum sérhæfða klíniska þjónustu, sinnir almennri sjúkrahúsþjónustu á höfuðborgarsvæðinu og er miðstöð rannsókna og menntunar á sviði heilbrigðisvísinda á Íslandi.
- Sérfræðinga í einkarekstri sem veita sérhæfða göngudeildarþjónustu á eigin læknastofum og er það viðbót við sérfræðiþjónustu sem veitt er á sjúkrahúsum.

Skilvirkni Landspítalans hefur mikil áhrif á skilvirkni íslenska heilbrigðiskerfisins í heild en er einnig háð því hvernig heilbrigðiskerfið er skipulagt auk ýmissa annarra þátta, t.d. lýðfræðilegra eða landfræðilegra.

Árið 2014 námu heilbrigðisútgjöld á Íslandi 8,8% af vergri landsframleiðslu. Þetta er nálægt meðaltali OECD en lægra hlutfall en annars staðar á Norðurlöndunum, að Finnlandi undanskildu. Undanfarið hefur á Íslandi farið fram mikil almenn umræða um umfang útgjalda til heilbrigðismála. Hefur verið lagt til að hækka beri útgjöld til heilbrigðismála á Íslandi umtalsvert til að bæta gæði heilbrigðisþjónustu og gera þau sambærileg útgjöldum hinna Norðurlandabjóðanna. Að meginreglu til er fylgni milli kostnaðar og gæða heilbrigðiskerfis, þ.e. hærri fjárveitingar munu að öðru óbreyttu tryggja betri árangur í heilbrigðismálum. Aftur á móti eru tengsl milli gæða og kostnaðar ekki algild. Þannig getur

skilvirkt kerfi náð betri árangri en óskilvirt kerfi, jafnvel þó að í fyrra tilvikinu séu minni fjármunir nýttir en í því síðara. Enn fremur geta landfræðilegir og lýðfræðilegir þættir haft áhrif á þann kostnað sem þarf til að ná sem bestum árangri. Við samanburð á útgjöldum til heilbrigðismála í ólíkum löndum ber því ekki eingöngu að taka tillit til kostnaðar við heilbrigðisþjónustu heldur einnig árangurs, gæða, skilvirkni og fyrrnefndra áhrifaþátta sem er ekki alltaf einfalt.

Ísland kemur almennt vel út þegar gæði heilbrigðisþjónustu eru borin saman milli landa og enn betur þegar árangur er skoðaður í tengslum við útgjöld til heilbrigðisþjónustu. Þetta er ekki hægt að rekja til einhvers eins þáttar heldur er um að ræða samspil þátta, sem liggja að baki þörfum þjóðar fyrir heilbrigðisþjónustu, og rekstrarskilvirkni kerfisins í heild. Íslendingar eru tiltölulega ung þjóð sem aðhyllist heilbrigða lífshætti. Þessir þættir og fleiri gera það að verkum að útgjaldaþörf til heilbrigðismála ætti að vera lægri hér en víða annars staðar. Aftur á móti er íslenska heilbrigðiskerfið að sumu leyti óskilvirkt sem stuðlar líklega að því að meiri fjármunir eru notaðir en nauðsyn krefur. Þættir sem draga úr skilvirkni eru t.d. notkunarmynstur heilbrigðisþjónustu og notkun hvata sem hafa áhrif á hegðun innan kerfisins. Skilvirkni þeirra stofnana sem veita heilbrigðisþjónustu hefur einnig mikil áhrif á heildarútgjöld til heilbrigðismála. Veldur þar frammistaða Landspítalans miklu því að hann er stærsti veitandi heilbrigðisþjónustu á Íslandi. Nánar er fjallað um þetta í viðauka við þessa skýrslu.

AÐFERÐAFRÆÐI

Sænsk háskólasjúkrahús eru góð til samanburðar við Landspítalann

Ef leggja á sanngjarnt mat á frammistöðu Landspítalans sem háskólasjúkrahúss er nauðsynlegt að bera hana saman við frammistöðu sambærilegra stofnana. Vegna stöðu Landspítalans sem helsta veitanda þriðja stigs umönnunar (e. tertiary care) í einangruðu landi er þó erfitt að finna stofnanir sem eru fyllilega sambærilegar til viðmiðunar. Engu að síður benda nokkur rekstrarleg atriði til þess að háskólasjúkrahús annars staðar á Norðurlöndunum henti best sem viðmið. Landspítalinn sinnir stórum hluta af allri heilbrigðisþjónustu á Íslandi sem er svipað og gerist meðal hinna Norðurlandþjóðanna. Þjónustan er einnig skipulögð á svipaðan hátt og annars staðar á Norðurlöndunum þar sem sjúkrahúsrúm eru hlutfallslega fá á alþjóðlegan mælikvarða og legutími sjúklinga skammur. Af þessum ástæðum og vegna greiðs aðgangs að gögnum háskólasjúkrahúsa í sænska kerfinu var ákveðið að bera Landspítalann saman við tvö sænsk sjúkrahús: háskólasjúkrahúsið í Umeå og Karolinska háskólasjúkrahúsið. Þessum tveimur sjúkrahúsum svipar til Landspítalans á ólíkan hátt:

- **Háskólasjúkrahúsið í Umeå** í norðurhluta Svíþjóðar er sjúkrahús af svipaðri stærð og með svipað skipulag og Landspítalinn. Það er einnig staðsett á frekar einangruðum stað og sinnir sjúklingum af stóru upptökusvæði. Eins og Landspítalinn er það svæðissjúkrahús fyrir íbúana á svæðinu í kring og veitir einnig sérhæfða þriðja stigs þjónustu.
- **Karolinska háskólasjúkrahúsið** í Stokkhólmi er mun stærra en Landspítalinn en gegnir svipuðu hlutverki að því leyti að það er mikilvægur veitandi sérhæfðrar þjónustu fyrir höfuðborgarsvæðið og sinnir eingöngu sjúklingum frá öðrum svæðum sem þurfa að gangast undir afar sérhæfðar og sjaldgæfar aðgerðir (t.d. hjarta- og lungnaígræðslur og sérhæfðar skurðaðgerðir sem fara sjaldan fram). Einnig er þar svipuð samsetning þjónustu hvað varðar helstu greiningarflokka (e. major diagnostic categories, MDC).

Mikilvægt er að geta þess að ekki skal líta á samanburðinn við sænsk sjúkrahús sem samanburð við bestu starfsvenjur á heimsvísu. Bæði þessi sjúkrahús búa yfir styrkleikum og veikleikum; sænska kerfið í heild kemur vel út hvað varðar læknisfræðilegan árangur og í því er skýrslugjöf afar gagnsæ, en sænska kerfið hefur glímt við áskoranir hvað varðar aðgang að þjónustu og þróun framleiðni. Því skal ekki líta á sænsku tölurnar sem markmið sem Landspítalinn ætti að reyna að ná heldur túlka þær í samanburði við tölur Landspítalans sem grófa vísbendingu um stöðu spítalans í samanburði við aðstæður í öðrum löndum.

Þegar skilvirkni heilbrigðisstofnunar er metin er mikilvægt að meta framleiðni í ljósi kostnaðar og gæða. Á Landspítala liggja fyrir umfangsmiklar og góðar upplýsingar um kostnað og framleiðni en upplýsingar um gæði þjónustunnar og árangur eru takmarkaðri og því ekki fullnægjandi. Sú skýrsla sem hér birtist hefur verið unnin á grundvelli bestu gagna og gefur góða mynd af núverandi starfsemi Landspítalans og þróun hennar á síðustu árum.

Nokkrar athugasemdir um aðferðafræði

Úttekt þessi er byggð á gögnum frá Landspítalanum, velferðarráðuneytinu og Sjúkratryggingum Íslands. Sænski samanburðurinn byggist á gögnum frá hvoru háskólasjúkrahúsinu um sig og Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Með tilliti til aðferðafræði ber að geta nokkurra atriða.

- Umfang veittrar heilbrigðisþjónustu á Landspítalanum og í Svíþjóð er mælt með svokölluðum greiningartengdum hópgildum (e. diagnosis-related group, DRG). Hverju tilviki (legu- eða göngudeildarsjúklingi) er gefið DRG-gildi á grundvelli þess hve flókin þjónusta var veitt. Umfang veittrar þjónustu er samtala allra stakra DRG-gilda. Einstökum DRG-flokkum er skipað í svokallaða stóra greiningarflokka (e. major diagnosis categories, MDC) sem vísa til líffærakerfa og orsaka (e. etiology). Meðalvigt DRG, eða blönduð vísitala tilvika (e. case mix index, CMI), er mælikvarði á það hve flókin þjónusta er veitt á sjúkrahúsinu í heild.
- Sama DRG-kerfi er notað á Íslandi og í Svíþjóð til að mæla þjónustu (NordDRG) en með ólíku flokkunarkerfi og listum yfir vigt hvers tilviks fyrir sig. DRG-gildi eru því ekki sambærileg milli kerfanna en hægt er að bera saman breytingar á meðaltali DRG.
- Í skýrslunni hefur öll þróun kostnaðar verið löguð að föstu verðlagi ársins 2015 í samræmi við þróun vísitölu neysluverðs eins og hún er reiknuð af hagstofum í hvoru landi fyrir sig, nema annað sé tekið fram. Þar sem kostnaður á Íslandi hefur verið borinn saman við kostnað í öðrum löndum er allur kostnaður umreiknaður í íslenskar krónur með gengi frá OECD, aðlöguðu m.t.t. kaupmáttarjafnaðar (e. PPP).
- Verkföll meðal heilbrigðisstarfsfólks á Landspítalanum höfðu veruleg áhrif á þjónustu sjúkrahússins árin 2014 og 2015. Til að gefa raunsanna mynd af þróun þjónustu Landspítalans hafa áhrif verkfallanna verið áætluð og leiðrétt fyrir þeim í þessari skýrslu. Allar tölur um umfang þjónustu á Landspítalanum árin 2014 og 2015 eru settar fram sem rauntölur en jafnframt er bætt við áætluðum tölum um umfang þjónustu miðað við að ekki hefði komið til verkfalla. Er þetta gert með hliðsjón af framleiðni árinanna 2011 og 2013 þegar engin verkföll röskuðu starfsemi sjúkrahússins.



1. KAFLI
ÁÆTLANAGERÐ OG AFKÖST

Umfang veittrar þjónustu á Landspítalanum hefur farið minnkandi undanfarin ár, jafnvel að teknu tilliti til áhrifa verkfallanna á árunum 2014 og 2015. Þar sem spítalanum hefur á þessu tímabili tekist að flytja þjónustu af legudeildum og yfir á göngudeildir fer sjúklingum sem lagðir eru inn á spítalann fækkandi og þar með dregur úr umfangi þjónustunnar eins og hún er mæld í DRG-einingum. Þótt þessi þróun sé að mörgu leyti jákvæð virðist skorta heildarstefnu innan heilbrigðiskerfisins til að stýra veitingu þjónustunnar. Ýmis starfsemi hefur færst á einkastofur, einnig á sviðum þar sem ávinningur væri af samþættri þjónustu háskólasjúkrahúss. Biðlistar eftir skurðaðgerðum hafa lengst og stór hluti göngudeildarþjónustu er bráðþjónusta vegna einfaldra vandamála. Til að tryggja skilvirkni heilbrigðiskerfisins er þörf á virkari stjórnun afkasta kerfisins jafnframt því að skýra betur forgangsverkefni Landspítalans.

SAMANTEKT ATHUGANA

Landspítalinn er helsti veitandi þriðja stigs heilbrigðisþjónustu (e. tertiary care) og gegnir því mikilvægu hlutverki við að sinna þeim sjúklingum sem hafa flóknustu heilbrigðisvandamálin.

Landspítalinn er að auki landshlutajúkrahús og eina sjúkrahús höfuðborgarsvæðisins. Landspítalinn ætti að gegna áfram þessu þriðja hlutverki en þó er mikilvægt að tryggja að sú hæfni og reynsla sem hann býr að sem háskólasjúkrahús sé fullnýtt. Tryggja þarf að sjúklingar séu meðhöndlaðir á besta mögulegan hátt á viðeigandi þjónustustigi innan heilbrigðiskerfisins.

Í heild fara afköst Landspítalans minnkandi, einnig að teknu tilliti til áhrifa verkfallanna árin 2014 og 2015, aðallega vegna þess að færri sjúklingar hafa verið lagðir inn. Fækkun legudeildarsjúklinga er almennt í samræmi við alþjóðlega þróun. Spítalinn hefur, einkum á skurðlækningasviði, haft það að langtímamarkmiði að færa sjúklinga af legudeildum á göngudeildir. Á lyflækninga- og kvenlækningasviðum hefur þjónusta færst frá legudeildum Landspítalans yfir á einkastofur sérfræðinga. Í sumum tilvikum virðist hafa dregið úr þjónustu sjúkrahússins í heild og hefur það ýmsar áskoranir í för með sér.

Í fyrsta lagi skortir heildarstefnu og stýringu á veitingu heilbrigðisþjónustu innan kerfisins. Þjónusta sem áður var veitt á legudeildum hefur færst á einkareknar göngudeildir sjálfstætt starfandi sérfræðinga, einnig á sviðum þar sem samþætt heilbrigðisþjónusta, líkt og veitt er á háskólasjúkrahúsi, er besti kosturinn. Landspítalinn hefur hvorki sett sér heildarmarkmið um afköst né innri markmið um afköst mismunandi tegunda þjónustu. Þótt þróunin hafi að ýmsu leyti verið jákvæð virðist tilfærsla þjónustunnar að nokkru leyti hafa átt sér stað á sviðum þar sem meiri samþætting við starfsemi legudeilda sjúkrahússins væri til bóta. Auk þessa skortir tæki sem gera spítalanum kleift að aðlaga mannafla, fjármagn og önnur aðföng að breyttu álagi á einstökum deildum Landspítalans undanfarið ár.

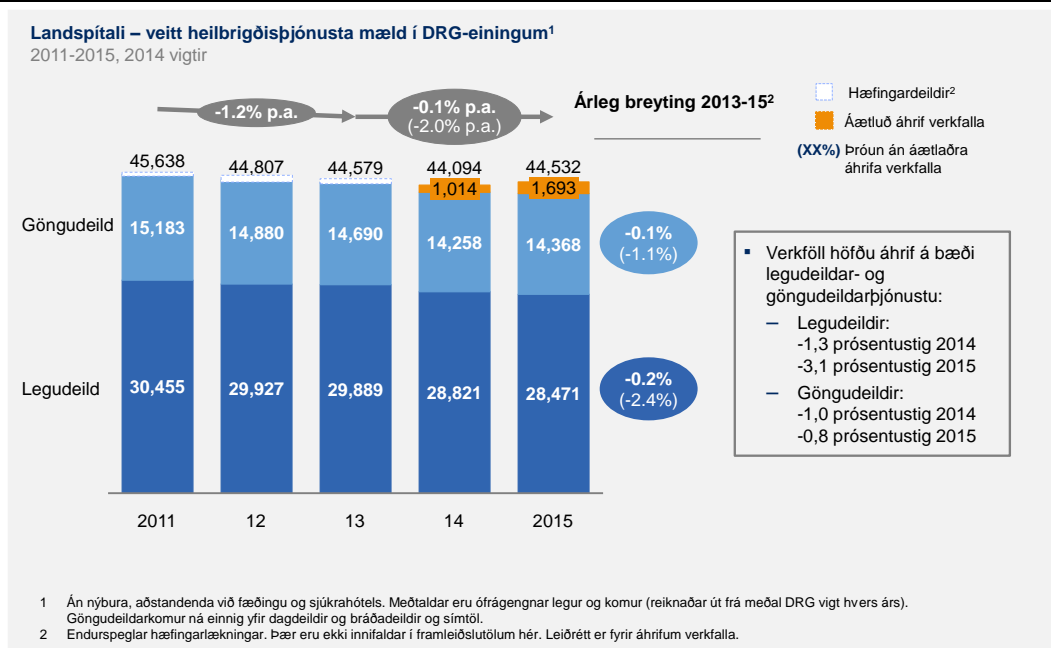
Í öðru lagi hefur tekist að færa þjónustu á skurðlækningasviði af legudeildum yfir á göngudeildir en þrátt fyrir það hafa biðlistar lengst umtalsvert. Áhrif verkfallanna árin 2014 og 2015 á skurðsvið Landspítalans skýra ekki ein lengingu biðlista því þessi þróun hófst fyrr, eða strax eftir bankahrunið, og hefur verið stöðug a.m.k. frá árinu 2011. Á sama tímabili hefur sjúklingum sem bíða aðgerðar fjölgað um meira en 20% á ári, mest þeim sjúklingum sem bíða lengur en þrjá mánuði eftir skurðaðgerð. Skýringar eru m.a. minnkuð afkastageta spítalans og vaxandi eftirspurn eftir þjónustu vegna hækkandi aldurs þjóðarinnar.

Sé lítið til göngudeildarþjónustu benda DRG-mælingar, þótt ákveðinn munur sé á þeim milli landa, til þess að göngudeildarþjónusta á Landspítalanum sé að stórum hluta tiltölulega einföld þjónusta – oft bráðaumönnun – en flóknari þjónusta, líkt og háskólasjúkrahús jafnan veita, sé minni. Þótt aðstaða virðist vera til staðar fyrir göngudeildarstarfsemi (t.d. viðtalsherbergi) má ráða af viðtölum við starfsfólk að erfitt sé að finna þann tíma, stuðning og fjármagn sem þarf til frekari þróunar göngudeildarstarfsemi. Enn fremur er lítið um flóknustu gerð göngudeildarþjónustu, t.d. þverfaglega ráðgjöf sérfræðinga. Samtímis þessu sinnir Landspítalinn stórum hluta bráðaþjónustunnar á höfuðborgarsvæðinu, þótt líklega væri hægt að sinna þeirri þjónustu að verulegu leyti með hagkvæmari hætti innan heilsugæslunnar.

Áætluð áhrif verkfallanna 2014 og 2015 eru 2–4% minni afköst

Dregið hefur úr heildarumfangi veittrar þjónustu á Landspítalanum, mælt sem fjöldi DRG-eininga, frá árinu 2011. Hæfingardeildir þar sem um 1% DRG-eininga urðu til voru fluttar út af spítalanum árið 2013. Verkföll eru helsta skýring minni afkasta árin 2014 og 2015 og nemur samdrátturinn 2–4% sem dreifðist með mismunandi hætti yfir árið. Þótt erfitt sé að áætla fullkomlega óbein áhrif verkfallanna þá gefa þessar tölur grófa mynd af áhrifum þeirra á framleiðsluna. Undanfarin ár hafa afköst legudeilda minnkað hraðar en afköst göngudeilda, einkum vegna færri innlagna sjúklinga. Þetta er í samræmi við þróunina á erlendum háskólasjúkrahúsum þar sem tilhneigingin er sú að færa þjónustu í auknum mæli á göngudeildir innan og utan sjúkrahúsa (*mynd 2*).

Mynd 2: Afköst á Landspítalanum hafa minnkað á undanförunum árum jafnvel þótt tekið sé tillit til áhrifa verkfalla.



Heildarstefnu og stýringu á þróun þjónustu innan heilbrigðiskerfisins virðist skorta, einkum varðandi legudeildarþjónustu

Í heild hefur þróun afkasta Landspítalans verið afar lík þróuninni á háskólasjúkrahúsum í Norður-Evrópu þar sem umfang þjónustunnar hefur dregist saman, einkum á legudeildum, og legudeildarþjónusta hefur færst á göngudeildir. Á Landspítalanum hefur megnið af þessum breytingum átt sér stað á þremur stærstu sviðum spítalans, með nokkuð ólíkum hætti þó:

- Á **skurðlækningasviði** hefur þjónustan flust af legudeildum á göngudeildir. Þessi breyting hefur einkum orðið á sviði bæklunarlækninga, meltingarfæralækninga, háls-, nef- og eyrnalækninga, og einnig á sviði innkirtla- og efnaskiptalækninga.

- **Á lyflækningasviði** hefur umfang þjónustunnar dregist saman og vandamál sjúklinganna eru ekki jafn flókin að jafnaði og áður. Þróunin hefur þó verið mismunandi milli sérgreina.¹ Á hjartadeild og blóðlækningadeild hafa afköst minnkað jafnt á legu- og göngudeildum en afköst á einkastofum sérfræðilækna hafa aukist. Þetta bendir til heildarfærslu á starfsemi af legudeildum Landspítalans til göngudeilda á einkastofum. Á taugalækningadeild hefur dregið úr afköstum legudeilda og göngudeilda og einnig á einkastofunum. Líkleg skýring á þessari þróun er skortur á taugalæknum.
- Þjónusta á **kvenna- og barnasviði** hefur dregist saman, einkum þó á sviði kvensjúkdóma þar sem þróunin hefur verið svipuð og á lyflækningasviði. Legu- og göngudeildarþjónusta á Landspítalanum hefur dregist saman en aukist umtalsvert á einkastofum á sama tímabili.

Tilfærsla heilbrigðisþjónustu frá Landspítalanum á einkastofur sérfræðilækna getur verið jákvæð fyrir kerfið í heild (t.d. með því að tryggja greiðara aðgengi að sérfræðiþjónustu og gera um leið mögulegt að nýta starfsmenn, fjármagn og önnur aðföng á Landspítalanum á annan hátt). Þessi þróun virðist þó ekki hafa átt sér stað með skipulögðum hætti. Engin heildaráætlun er til um dreifingu þjónustu í kerfinu eða innan Landspítalans. Hvorki Landspítalinn né heilbrigðisyfirvöld hafa sett fram skýra framtíðaráætlun um afköst og stjórnun þeirra. Flutningur þjónustu frá Landspítalanum hefur átt sér stað í flestum sérgreinum, einnig á þeim sviðum þar sem betur færi á því að þungi þjónustunnar væri veittur í samhæfðu umhverfi háskólasjúkrahúss.

Íslenska heilbrigðiskerfið er tiltölulega smátt í sniðum og það sama á við um Landspítalann. Ljóst er að óhagkvæmt er að veita sumar tegundir mjög sérhæfðrar þjónustu vegna lítillar eftirspurnar hjá fámennri þjóð. Landspítalinn þarf engu að síður að geta veitt slíka þjónustu, enda er hann eina háskólasjúkrahúsið á landinu. Hann verður því öllum stundum að vera fær um að veita þjónustu þar sem svona háttar til með viðeigandi mönnum og aðstöðu. Fyrir heilbrigðiskerfið í heild er hagkvæmast að þjónusta sem hér um ræðir sé veitt á einum stað til að tryggja gæði og skilvirkni. Það á við þótt hver einstök koma sjúklings á Landspítala í þessu samhengi sé ekki endilega hagkvæmasti kosturinn.

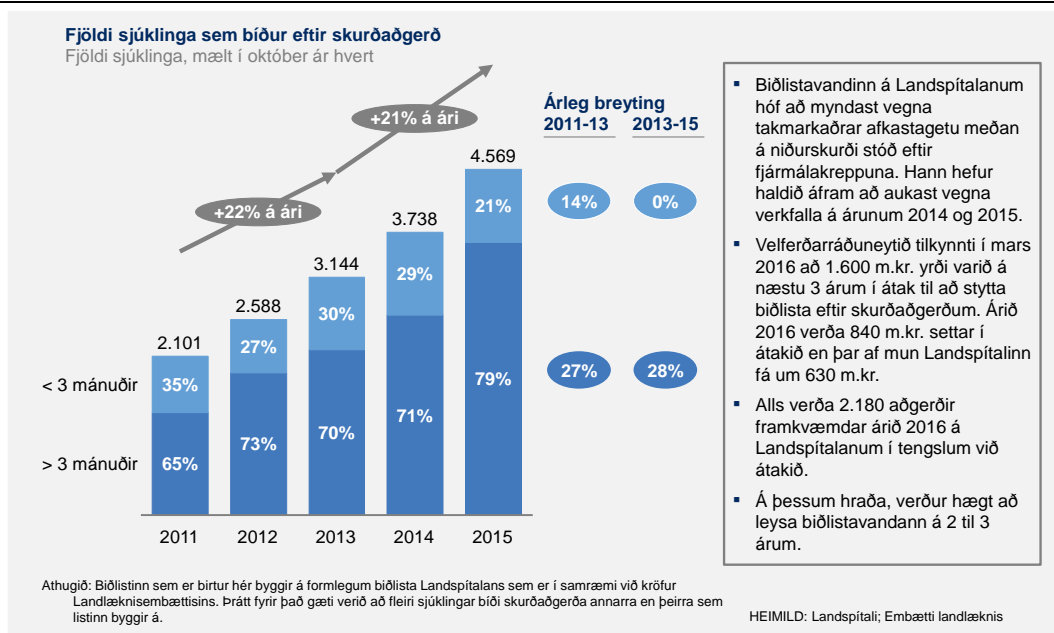
Biðlistar eftir skurðaðgerðum hafa lengst

Biðlistar á Landspítalanum fóru að lengjast úr hófi í kjölfar niðurskurðar eftir bankahrunið. Þá stuðluðu verkföll árána 2014 og 2015 sömuleiðis að umtalsverðri lengingu biðlista. Frá árinu 2011 hafa biðlistar eftir skurðaðgerðum meira en tvöfaldast og meirihluti sjúklinga bíður lengur en þrjá mánuði eftir aðgerð. Sem stendur sinnir Landspítalinn um 1.000 biðlistasjúklingum á hverjum þremur mánuðum, en sjúklingum á biðlistum fjölgar hraðar en því nemur (*mynd 3*).

¹ Þar sem ekki er hægt að greina afköst á einkastofum eftir tegund veittrar þjónustu hafa þau verið áætluð með hliðsjón af sérgreinum læknanna. Þetta er síðan borið saman við afköst á lyflækningasviði Landspítalans sem eru brotin niður í svokallaða MDC-flokka DRG-kerfisins. Viðkomandi MDC-flokkar hafa síðan verið paraðir saman við sérgreinar eftir því sem best á við. Þetta ætti að gefa gott mat á heildarþróun afkasta innan heilbrigðiskerfisins þótt ekki sé um fyllilega sambærilegar upplýsingar að ræða.

Í mars 2016 ákváðu heilbrigðisyfirvöld að verja 1.600 milljónum króna á næstu þremur árum í átak til að stytta biðlista eftir völdum aðgerðum (liðskiptaaðgerðum, hjartapræðingum og augasteinsaðgerðum). Árið 2016 verða veittar 840 milljónir króna í átakið, þar af fara um 630 milljónir til Landspítala. Alls verða 2.180 aðgerðir framkvæmdar árið 2016 á Landspítalanum í tengslum við átakið. Haldist þessi afköst næstu tvö til þrjú ár ætti biðtími sjúklinga eftir aðgerð ekki að vera lengri en þrjár mánuðir. Biðlistar á Landspítala eru ekki bundnir við fyrrnefndar aðgerðir og því þarf að leggja áherslu á að stytta biðlista enn frekar á komandi árum. Tryggja þarf að biðlistar lengist ekki á ný þegar átaksverkefninu lýkur.

Mynd 3: Hátt og vaxandi hlutfall sjúklinga þarf að bíða lengur en þrjú mánuði eftir aðgerð.



Göngudeildarþjónustan virðist að stórum hluta vera einföld en bráð

Aðferðir við DRG-skráningu göngudeildarþjónustu eru ólíkar á Íslandi og í Svíþjóð.² Þrátt fyrir það bendir ýmiss konar samanburður til þess að hlutfall flókinna göngudeildarþjónustu sé hærra á sænskum háskólasjúkrahúsum en á Landspítalanum. Hlutfallið milli meðaltals göngudeildar- og legudeildarvigtar á Landspítalanum er þannig einungis ríflega helmingur sama meðaltals á sænskum sjúkrahúsum. DRG-vigtir þjónustu Landspítalans dreifast einnig yfir mun þrengra róf auk þess sem hærra hlutfall sjúklinga kemur gegnum bráðamóttöku á Landspítala en á sænskum spítölum. Þótt þessar athuganir gefi einungis vísbendingar um stöðuna, og skýrist að hluta af því hvernig staðið er að

² DRG-vigtir og aðferðir við skráningu göngudeildarþjónustu eru ekki þær sömu á Íslandi og í Svíþjóð. Á Íslandi byggist flokkun göngudeildarþjónustu á greiningarkóðum (e. diagnosis codes) en í Svíþjóð fer flokkun fyrst og fremst fram á grundvelli þess hvers konar þjónusta var veitt. Þar sem DRG-skráning er notuð til þess að endurgreiða veitendum heilbrigðisþjónustu fyrir störf sín í Svíþjóð er meiri hvati þar til þess að aðgreina flóknari þjónustu frá þeirri einfaldari sem hefur áhrif á dreifingu DRG-vigta.

DRG-skráningu, benda þær til þess að göngudeildarþjónusta á Landspítalanum sé tiltölulega einföld að geðsviði undanskildu.

Göngudeildarþjónusta á Landspítalanum virðast ekki skorður settar vegna skorts á aðstöðu. Fjöldi sjúklinga sem kemur á göngudeildir er afar breytilegur eftir vikudögum og flesta daga er mögulegt að bæta við fleiri heimsóknnum.

RÁÐLEGGINGAR

Íslenska heilbrigðiskerfið þarfnast skýrari stefnu með tilliti til hvar og í hvaða magni skuli veita þjónustu. Þjónustu Landspítalans ætti að skipuleggja í samræmi við þá stefnu.

Til að tryggja að heilbrigðiskerfið sé skilvirkt er þörf á virkari skipulagningu afkasta innan kerfisins og eins þarf að skýra hvers konar þjónustu Landspítalinn á að leggja áherslu á. Þróun umfangs legudeildar- og göngudeildarþjónustu á Landspítalanum ætti að fylgja skilgreindri stefnu sem skýrir hvers konar umönnun á að veita á háskólasjúkrahúsinu. Skýrt ætti að vera hvaða þjónusta er best leyst af hendi á Landspítalanum, t.d. sérhæfð þjónusta þar sem eftirspurn er lítil eða þar sem þörf er á samþættingu við aðra hluta spítalans. Einnig þarf að vera skýrt hvaða þjónusta er hægt að veita annars staðar, t.d. á einkastofum sérfræðilækna. Einnig ætti að vera ljóst hvaða kostnaðar, gæða og aðgengis er vænst hjá veitendum heilbrigðisþjónustunnar ásamt kröfum sem lúta að öryggi sjúklinga. Til að ná þessu markmiði þarf Landspítalinn, í samvinnu við heilbrigðisyfirvöld, að gera skýra áætlun um veitingu heilbrigðisþjónustu í kerfinu öllu sem nær til bæði Landspítalans og annarra veitenda hennar. Í þessari áætlun skal koma nánar fram hvaða þjónusta skuli veitt á háskólasjúkrahúsinu og hvaða þjónusta er skynsamlegt að veita annars staðar (hugsanlega með því að flytja álag af Landspítalanum yfir á heilsugæslustöðvar /einkastofur sérfræðilækna). Með áætluninni skal tryggja að sérhæfð þjónusta sem lítil spurn er eftir verði ekki svo dreifð að það komi niður á heildarframleiðni, kostnaðarhagkvæmni eða öryggi sjúklinga.

Áriðandi er að takast á við biðlista á Landspítalanum. Réttast væri að skilgreina hvað teljist viðunandi biðtímar fyrir mismunandi sjúklingahópa. Svo tryggja megi viðunandi biðtíma sjúklinga eftir aðgerðum þarf annaðhvort að veita auknu fjármagni til Landspítalans í því skyni og/eða færa tilteknar aðgerðir frá spítalanum. Árið 2016 var auknu fé veitt til heilbrigðiskerfisins til að leysa biðlistavandann og er nauðsynlegt að fylgja því átaki eftir á næstu tveimur til þremur árum þar til hámarksbið sjúklinga eftir aðgerð er skemmri en þrjú mánuðir.

Til að fylgja þeirri grundvallarstefnu sem hér er lögð til þarf Landspítalinn að finna leið til að laga afkastagetu sína að raunverulegri afkastabörf og úthluta aðföngum í samræmi við hana. Til dæmis gæti færsla bráðaþjónustu af einfaldari gerð, frá bráðamóttöku Landspítalans og til heilsugæslunnar, losað um afkastagetu á spítalanum sem þá mætti nýta til að sinna flóknari göngudeildarþjónustu innan spítalans.



2. KAFLI

REKSTRARHAGKVÆMNI OG FRAMLEIÐNI VINNUAFLS

Rekstrarhagkvæmni og framleiðni starfsfólks á Landspítalanum hefur verið mikil á undanförunum árum. Spítalanum tókst að lækka kostnað verulega vegna niðurskurðarkröfu í kjölfar bankahrunsins þrátt fyrir stöðuga spurn eftir þjónustu. Aðstæður á spítalanum á þessum árum voru þó óeðlilegar og sú mikla rekstrarhagkvæmni sem tölurnar sýna ósjálfbær til lengri tíma og krafðist því leiðréttingar. Fjárframlög til Landspítalans hafa aukist á ný en stærstur hluti útgjaldaaukningarinnar er tilkominn vegna aukins launakostnaðar. Þegar útgjaldaaukningin er sett í samhengi við minnkandi afköst á spítalanum kemur í ljós að kostnaðarhagkvæmni og skilvirkni starfsfólks hefur minnkað á þessu tímabili auk þess sem meðallegutími sjúklinga hefur lengst. Nú þegar yfirvöld á Íslandi eru á ný að setja aukna fjármuni í heilbrigðiskerfið eftir niðurskurðarárin gefst einstakt tækifæri til þess að endurmóta kerfið og tryggja að auknar fjárveitingar nýtist sem best með tilliti til gæða heilbrigðisþjónustunnar.

SAMANTEKT ATHUGANA

Kostnaðarhagkvæmni og framleiðni starfsfólks Landspítala hefur verið mikil á síðustu árum. Eftir fjármálakreppuna tókst spítalanum að draga verulega úr kostnaði þrátt fyrir stöðuga spurn eftir þjónustu. Á spítalanum var unnið hörðum höndum að því að bregðast við áhrifum fjármálakreppunnar og hver starfsmaður lagði sitt af mörkum til að tryggja mikla framleiðni.

Frá árinu 2012 hafa fjárveitingar til Landspítalans aukist á ný, að stærstum hluta vegna aukins launakostnaðar. Fjárveitingar til viðhalds og tækjakaupa hafa einnig verið auknar. Af þeim sökum hefur kostnaður við rekstur Landspítalans aukist og er nú að raungildi svipaður og árið 2008 áður en niðurskurður hófst á spítalanum. Aukning útgjalda er að mestu tilkomin vegna þess að launakostnaður hefur aukist umtalsvert, þótt fjölgun stöðugilda við spítalann hafi verið takmörkuð. Á sama tímabili hefur innlögnum haldið áfram að fækka en fjölgun heimsókna er að mestu vegna einfaldari þjónustu (símtöl o.fl.). Fyrir vikið hefur dregið úr kostnaðarhagkvæmni og framleiðni starfsfólks þar sem afköst sjúkrahússins eru minni en áður, stöðugildin fleiri og kostnaður meiri.

Helstu mælikvarðar kostnaðarhagkvæmni, t.d. kostnaður við hverja sjúkrahúsheimsókn og kostnaður við hverja innlögn, hafa hækkað um 8% á ári sem er ör hækkun. Kostnaður var þó lægri en á sambærilegum sænskum sjúkrahúsum árið 2014 og þó að kostnaðarhagkvæmni í Svíþjóð sé ekki með því besta sem gerist gefur samanburðurinn til kynna að þótt kostnaður við rekstur Landspítalans hafi aukist þá er hann enn hóflegur. Þótt vaxandi kostnaður sé eðlileg þróun í kjölfar niðurskurðarins eftir bankahrunið er áhyggjuefni að starfsmannakostnaður hefur vaxið hraðar en er sjálfbært til lengri tíma litið. Skýringarnar á vaxandi starfsmannakostnaði eru einkum nýlegir kjarasamningar við heilbrigðisstarfsfólk og að einhverju leyti það að skipulag starfsmannamála er kostnaðarsamt, t.d. er hjúkrunarfræðingum greidd umtalsvert meiri yfirvinna en áður en það skýrist af því að skortur er á hjúkrunarfræðingum til starfa við spítalann.

Framleiðni starfsfólks Landspítalans er mikil en hefur farið minnkandi. Heimsóknir og innlagnir á stöðugildi eru enn hlutfallslega margar en í samanburði við hið óeðlilega ástand sem var á spítalanum eftir fjármálakreppuna hefur dregið nokkuð úr framleiðni starfsfólks. Heimsóknum og innlögnum hefur fækkað en stöðugildum fjölgað. Þótt búast hafi mátt við þessari þróun í kjölfar niðurskurðartímabilsins þá hefur Landspítalinn ekki haft frumkvæði að því að aðlaga fjölda starfsfólks að breytingum á gerð og umfangi þjónustu á þessu tímabili og hefur það leitt til ójafnvægis í starfsmannaþróun milli sviða spítalans.

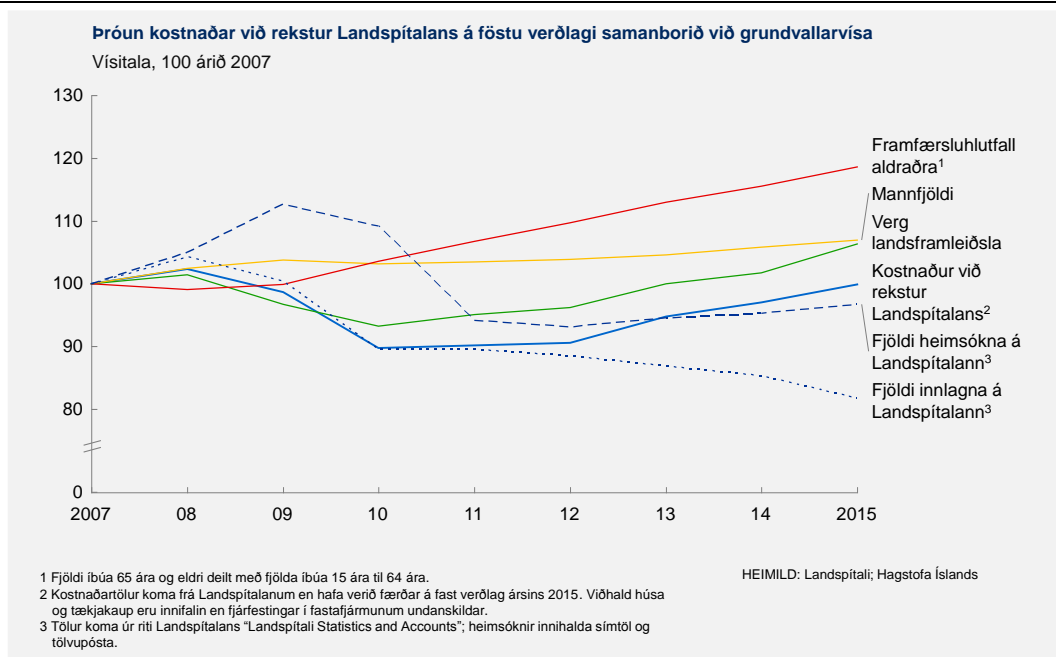
Meðallegutími sjúklinga á Landspítala er að jafnaði langur og hefur lengst hlutfallslega mun meira en þungi þjónustunnar. Varðandi lengd legutíma er oft vísað til skorts á úrræðum fyrir sjúklinga þegar þeir fara af spítalanum, t.d. hjúkrunarrýmum, rýmum á geðheilbrigðisstofnunum og nægri heimahjúkrun. Ætla má að bein áhrif þessa á meðalfjölda legudaga séu um 0,5 dagar, sem er u.þ.b. fjórðungur af vandanum. Líklega eru fleiri atriði en skortur á ofangreindum úrræðum orsök langs legutíma, svo sem hægir innri ferlar, þar á meðal hægt útskriftarferli sjúklinga, önnur og mikilvægari orsök þessarar þróunar.

Nýting fastaffármuna á Landspítalanum er í samræmi við nýtingu á sænskum sjúkrahúsum. Töluvert hefur verið fjárfest í búnaði frá árinu 2013 til að bregðast við tímabili lítilla fjárfestinga. Svigrúmið til aukinnar skilvirkni með bættri nýtingu aðstöðu og búnaðar er að öllum líkindum takmarkað miðað við núverandi aðstöðu. Þessi skýrsla tekur ekki til spurningarinnar um þörfina á uppbyggingu aðstöðu á spítalanum eða byggingar nýs sjúkrahúss.

Rekstrargrunnur Landspítalans lækkaði verulega eftir fjármálakreppuna. Þótt hann sé nú svipaður því sem var árið 2008 hefur áfram dregið úr afköstum spítalans

Sé litið til tímabilsins frá efnahagshruninu 2008 og til ársins 2015 hefur raunkostnaður við rekstur Landspítalans aukist hægar en nemur hækkun mikilvægra þátta sem áhrif hafa á kostnað við veitingu heilbrigðisþjónustu. Þannig hefur mannfjöldi, framfærsluhlutfall aldraðra og verg landsframleiðsla vaxið hraðar. Frá 2008 til 2010 dró meira úr kostnaði og afköstum á Landspítalanum en sem nam lækkun landsframleiðslu. Eftir tímabil stöðugs kostnaðar frá 2010 til 2012 fór kostnaður að aukast á ný árin 2013 og 2014 á svipuðum hraða og vöxtur landsframleiðslu. Frá árinu 2012 hefur launakostnaður verið helsta ástæða aukins rekstrarkostnaðar Landspítalans. Aukningin hefur einkum verið vegna aukins kostnaðar á hvert stöðugildi en fjölgun stöðugilda hefur verið takmörkuð. Vegna nýlegra kjarasamninga hins opinbera hafa laun á Landspítalanum hækkað hraðar en meðallaun á Íslandi. Sérstaklega hafa laun lækna hækkað en það var talið nauðsynlegt til þess að gera störf þeirra meira aðlaðandi. Á sama tíma og kostnaður hefur aukist hafa afköst á sjúkrahúsinu minnkað eins og áður hefur verið fjallað um (*mynd 4*).

Mynd 4: Kostnaður Landspítalans er aftur orðinn eins og hann var 2008 en afköst hafa ekki aukist.

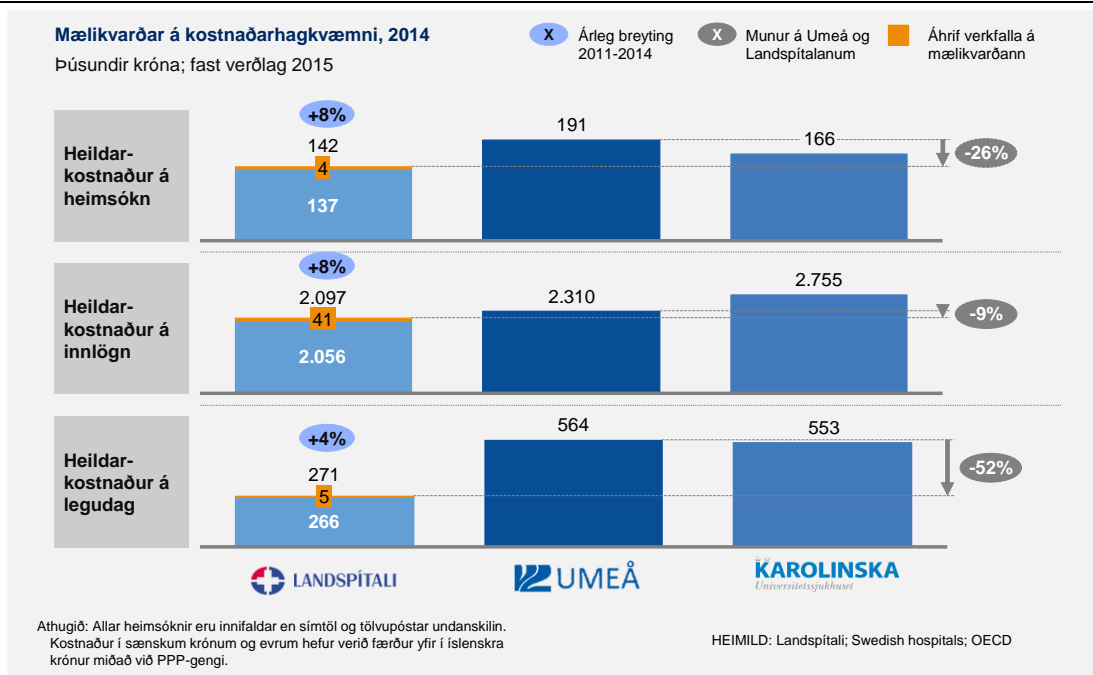


Aðrir kostnaðarliðir Landspítalans en starfsmannakostnaður hafa hækkað minna á umræddu tímabili. Þótt það sé að sumu leyti vísbending um aðhaldssaman og góðan rekstur á þrengingartímum er hættu á því að ekki hafi verið fjárfest nógu mikið í nýjum meðferðarúrræðum og tækni. Fjárframlög til Landspítalans vegna viðhalds og fjárfestinga í tækjabúnaði hafa aukist verulega en á tímabilinu 2013 til 2015 jókst heildarkostnaður Landspítalans um 1% á ári vegna þessara framlaga.

Þar sem kostnaður hefur aukist en afköst minnkað hefur kostnaðarhagkvæmni Landspítalans minnkað frá því sem var fyrstu árin eftir efnahagshrunið

Á undanförunum árum hafa fjárframlög til Landspítalans verið aukin og hefur rekstrarkostnaðurinn aukist meira en svarar fjölgun heimsóknna og innlagna. Þetta hefur leitt til neikvæðrar þróunar kostnaðarhagkvæmni þegar horft er til mælikvarða eins og kostnaðar á hverja sjúkrahúsheimsókn eða innlögn. Báðir þessir mælikvarðar hafa hækkað um 8% á ári frá 2011. Kostnaður á hvern legudag hefur hækkað heldur minna vegna þess að meðallegutími hefur lengst. Þetta er þróun sem vænta mátti á tímum efnahagsþrenginga. Forvitnilegt er að bera kostnaðarstig Landspítalans saman við háskólasjúkrahús í Svíþjóð þótt gæta þurfi þess að líta ekki á kostnaðarstigið í Svíþjóð sem einhvers konar markmið. Þannig hafa bæði Karolinska háskólasjúkrahúsið og háskólasjúkrahúsið í Umeå glímt við áskoranir í starfsmannahaldi. Samanburður bendir til þess að kostnaðarhagkvæmni hafi verið meiri á Landspítalanum en á sænskum háskólasjúkrahúsum fram til ársins 2014, en munurinn hefur farið minnkandi (*mynd 5*).

Mynd 5: Kostnaður á heimsókn, innlögn og legudag er lægri á Landspítala en á sænskum háskólasjúkrahúsum sem stafar af rekstrarhagkvæmni og mismunandi þunga þjónustunnar.



Einn þeirra þátta sem áhrif hefur á mismunandi kostnaðarhagkvæmni milli landa er launakostnaður heilbrigðisstarfsfólks sem er afar breytilegur eftir löndum. Þegar laun lækna og hjúkrunarfræðinga eru borin saman við meðallaun á landsvísu kemur heilbrigðisstarfsfólk á Íslandi lítillega betur út en jafningjar á Norðurlöndunum þótt það endurspegli líklega einnig þá staðreynd að meðallaun séu aðeins lægri á Íslandi. Aðalatriðið er þó að munurinn er lítill og áhrif mönnunar og mismunandi samsetningar starfsfólks í heilbrigðiskerfunum á kostnaðarhagkvæmni skipta mun meira máli.

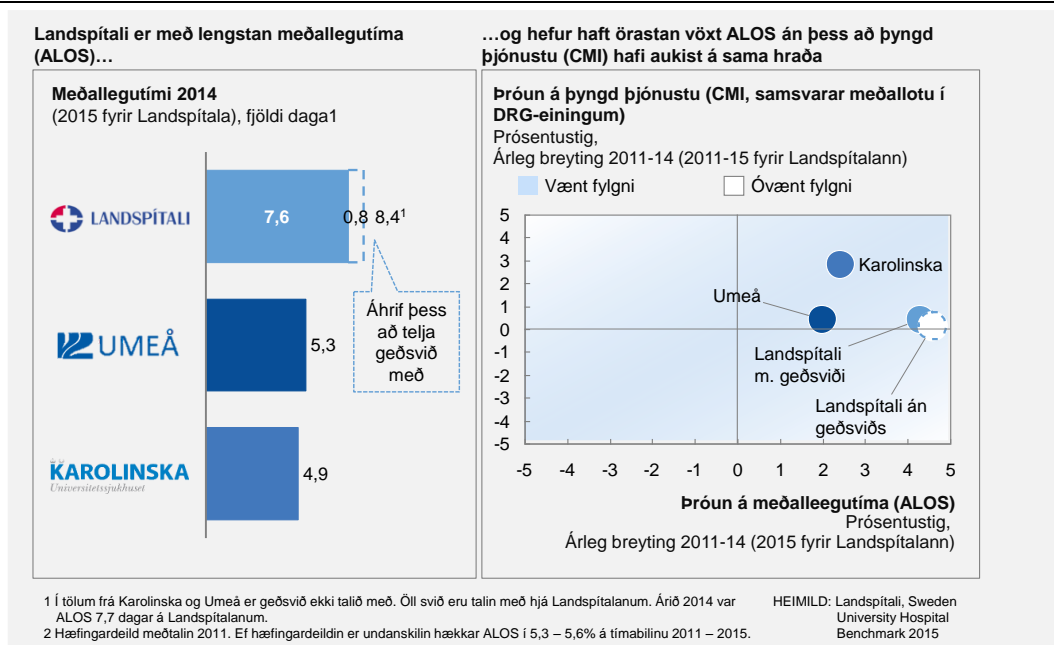
Til að bregðast við neikvæðri þróun m.t.t. kostnaðarhagkvæmni þyrfti Landspítalinn að auka afköst á ný árið 2016 án þess að auka kostnað verulega. Þar sem kjarasamningar við stéttarfélag árið 2015 leiddu til launahækkana heilbrigðisstarfsfólks í öllu heilbrigðiskerfinu er ólíklegt að þetta nái fram að ganga. Því er líklegt að kostnaður við hverja þjónustueiningu hækki árið 2016. Á sama tíma má búast við að afköst aukist á ný enda afkastageta spítalans meiri en á verkfallsárunum 2014 og 2015 þar sem ekki er búist við vinnustöðvunum og því auðveldara að skipuleggja starfsemina.

Þegar horft er til framleiðni kemur í ljós að starfsfólk á Landspítalanum sinnir að meðaltali mjög mörgum heimsóknum og innlögnum á stöðugildi. Þetta stafar af nokkrum þáttum, t.d. er þjónustan að jafnaði einfaldari en á flestum háskólasjúkrahúsum og meðallegutími langur. Engu að síður eru stöðugildi hlutfallslega mjög fá á Landspítalanum. Framleiðni starfsfólks hefur minnkað ört frá 2012 en hafa verður í huga að hún var gríðarlega mikil á árunum fyrst eftir fjármálakreppuna.

Meðallegutími sjúklinga er langur og hefur lengst síðustu ár

Þrátt fyrir minnkandi afköst mæld í DRG-einingum hefur legudögum fjölgað og meðallegutími sjúklinga lengst. Borið saman við háskólasjúkrahús í Svíþjóð er meðallegutíminn lengstur á Landspítalanum og hefur lengst hlutfallslega mest, einnig þótt tekið sé tillit til þróunar á þyngd þjónustunnar (*mynd 6*).

Mynd 6: Meðallegutími (ALOS) á Landspítala er lengri en á sænskum háskólasjúkrahúsum og lengist hvað örast m.t.t. þróunar á þyngd þjónustunnar (CMI).



Ýmsir þættir hafa áhrif á meðallengd innlagna á sjúkrahúsum. Aukin áhersla á göngudeildarþjónustu í stað innlagna hefur áhrif þar sem hlutfallslega hraustum legudeildarsjúklingunum fækkar. Vinna við þessa áherslubreytingu hófst fyrr í Svíþjóð en á Landspítalanum en áfram er unnið að þessu markmiði í báðum löndunum sem þýðir að legutíminn er áfram að styttest. Sé kafað dýpra í þróunina á

Landspítalanum sést að stuttum innlögnum (<2 dagar) hefur fækkað hlutfallslega en þá þróun virðist ekki hægt að skýra með því að sjúklingum sé í auknum mæli sinnt á dagdeildum (e. daycases). Löngum innlögnum (>10 dagar) hefur fjölgað hlutfallslega vegna þess aðsjúklingum sem eru 80 ára og eldri hefur fjölgað og nemur sjúkrahúsdvöl þessa aldurshóps 26% af heildarfjölda legudaga. Oft er vísað til skorts á hjúkrunarrýmum og geðrymum til lengri dvalar sem og ónógrar heimaþjónustu og heimahjúkrunar sem helstu skýringar þess að meðalfjöldi legudaga er hár. Um 7,5% af heildarfjölda legudaga má rekja til sjúklinga sem bíða slíkra úrræða og væru þau fyrir hendi myndi það stytta meðallegutímann um 0,5 daga. Þetta er því ekki lykilorsök langs meðallegutíma. Skortur á samhæfingu milli stofnana og hægir ferlar á Landspítalanum og víðar í heilbrigðiskerfinu eru líklega mikilvægari áhrifavaldar þegar skýra þarf langan meðallegutíma.

Nýting Landspítalans á fastafjármunum er í samræmi við erlend viðmið. Tiltölulegu mikið hefur verið fjárfest í tækjum og búnaði undanfarin ár

Nýting fastafjármuna Landspítalans hefur verið metin með því að horfa til húsrýmis fyrir hvert klínískt stöðugildi sem og til nýtingar rúma, nýtingar skurðstofa og nýtingar hátækniþúnaðar. Saman benda þessir vísar til heildarnýtingar á fastafjármunum sem er í samræmi við sænskar eða aðrar alþjóðlegar viðmiðanir. Á Landspítalanum er aðeins minna húsrými til athafna en á sænskum og breskum sjúkrahúsum (hafa ber í huga að ástand og gæði rýmis á spítalanum hefur ekki verið metið). Nýting rúma er mikil á Landspítalanum, 97% árið 2015, sem er nálægt sænska meðaltalinu sem var 96%, en umtalsvert hærra en meðaltalið í Bretlandi og Þýskalandi sem var 85% annars vegar og 81% hins vegar. Meðalnýting skurðstofa á Landspítalanum er í samræmi við nýtinguna á Karolinska sjúkrahúsinu. Sé litið á nýtingu segulómskanna (MRI) og sneiðmyndatækja (CT) sýna tölur OECD að skoðanir á hvern segulómskanna eru margar á Íslandi en skoðanir á hvert sneiðmyndatæki eru fáar. Aftur á móti er nýting á Landspítalanum umtalsvert meiri en almennt á Íslandi þar sem skannar og tæki á öðrum heilbrigðisstofnunum eru með minni nýtingu og draga því niður landsmeðaltalið í OECD-tölunum. Þær benda því til þess að nýting á hátækniþúnaði á Landspítalanum sé hlutfallslega mikil og heldur meiri en erlend viðmið. Á heildina litið er því ekkert sem bendir til þess að hægt sé að auka kostnaðarhagkvæmni á spítalanum að ráði með því að bæta nýtingu fastafjármuna.

Fjárfestingarstigið á Landspítalanum hefur verið hátt undanfarin ár. Þetta kemur í kjölfar langs tímabils þar sem lítið var fjárfest á sjúkrahúsinu. Ástand þúnaðar Landspítalans er nokkurn veginn í samræmi við ástandið á Karolinska sjúkrahúsinu, meðalaldur segulóm- og sneiðmyndatækja á Landspítala er 11,5 ár annars vegar og 6,5 ár hins vegar en meðalaldurinn á Karolinska sjúkrahúsinu 7,9 ár annars vegar og 8,3 ár hins vegar. Byggingar Landspítalans, og aðstaðan í þeim, eru á hinn bóginn almennt taldar gamlar og í sumum tilvikum í slæmu ástandi.

RÁÐLEGGINGAR

Í ljósi þess að verið er að auka framlög til heilbrigðismála í kjölfar niðurskurðartímabils er fyrir hendi einstakt tækifæri til að endurmóta heilbrigðiskerfið og tryggja að auknar fjárveitingar nýtist sem best í þágu aukinna gæða heilbrigðisþjónustunnar.

Aukinn launakostnaður á Landspítala að undanfögnu hefur fyrst og fremst verið vegna launahækkana. Aukin fjárframlög á næstu árum myndu nýtast best ef fjármunirnir væru nýttir til að fjölga stöðugildum, bæta vinnuskilyrði og þróa þjónustuframboðið.

Á grundvelli skýrari stefnu um þjónustuframboð (sem fjallað var um í síðasta kafla) ætti að aðlaga heildarfjárframlög til Landspítalans árlega með hliðsjón af umfangi þeirrar þjónustu sem spítalanum er ætlað að veita. Innan þess ramma þarf spítalinn að finna leiðir til að dreifa aðföngum til samræmis við sett markmið og þróun eftirspurnar og þær breytingar sem kunna að verða á umfangi veittrar þjónustu. Þetta þýðir að Landspítalinn þarf að skilgreina skýrar mælieiningar og setja sér markmið m.t.t. framleiðni (t.d. um fjölda DRG-eininga/heimsókna/innlagna á lækni og hjúkrunarfræðing og raunkostnað á vinnustund) og þróa aðferðir sem gera spítalanum kleift að bregðast skjótt við breytingum á umfangi veittrar þjónustu, kostnaði eða starfsliði þannig að afköst og kostnaður haldist í hendur. Þar sem ekki er búist við verkföllum á árinu 2016 ætti sjúkrahúsið að hafa meira svigrúm en undanfarin ár til að stýra afköstum og laga dreifingu aðfanga að þeim.

Auk þessa ætti Landspítalinn að vinna að því að bæta þá hluta starfseminnar þar sem framleiðni er lítil. Það gæti falið í sér að finna kostnaðarhagkvæmara fyrirkomulag starfsmannahalds (stöðugra fyrirkomulag þar sem notast er minna við dýra yfirvinnu) og, það sem mikilvægast er, takast á við langan meðallegutíma sjúklinga. Jafnframt því sem bregðast þarf við fráflæðisvandinum, þ.e. hindrunum á flutningi sjúklinga á hjúkrunarheimili, geðheilbrigðisstofnanir til lengri dvalar o.s.frv. þarf Landspítalinn að leggja ríkari áherslu á að bæta ferla innan sjúkrahússins. Á næstu árum verður mikilvægt að straumlínulaga innri ferla, tryggja að sjúklingar séu útskrifaðir á skilvirkan hátt og að endurskipuleggja aðgang að rúmum eftir því hvernig legudeildarafköst þróast. Þetta er einnig lykill að því að auka afkastagetu til að stytta biðlista.



3. KAFLI

VINNUAFL OG MÖNNUN

Hlutfall klíníks starfsfólks á Landspítalanum er lágt. Í þeim hópi eru læknar hlutfallslega fáir. Læknahópurinn er ungur og margir af eldri læknunum vinna einungis hlutastörf. Þetta veldur minni getu til að taka klínískar ákvarðanir byggðar á mikilli reynslu. Til að auka þessa getu þarf að breyta samsetningu starfsmannahópsins með það að lykilmarkiði að auka daglega viðveru reyndra sérfræðilækna. Þetta myndi stuðla að því að biðlistar styttest sem og meðallengd innlagna á spítalanum.

SAMANTEKT ATHUGANA

Klínískt starfsfólk á Landspítalanum er hlutfallslega fátt og gildir það um alla starfshópa.

Heildarfjöldi klínískra stöðugilda á heimsókn og innlögn er umtalsvert lægri en á sænskum háskólasjúkrahúsum. Þetta skýrist að hluta af því að meðalþungi veittrar þjónustu á Landspítalanum er minni (lægra CMI-gildi) auk þess sem meðallegutími er langur og fjöldi starfsmanna við stoðþjónustu og stjórnun er hlutfallslega mikill.

Hvað varðar dreifingu starfsfólks á Landspítalanum þá er hlutfall lækna mjög lágt auk þess sem starfsaldur þeirra er hlutfallslega stuttur. Þar sem meirihluti lækna fer til útlanda í sérnám eru fáir læknar við Landspítalann á því skeiði starfsferils síns þar sem afköst eru jafnan mest (meðan á framhaldsnámi stendur og strax að því loknu). Af þessu leiðir að stór hópur lækna undir þrítugu, sem býr yfir minni reynslu og getu til klínískrar ákvörðunartöku, starfar við sjúkrahúsið. Hópur eldri lækna (yfir fimmtugt) er álíka stór og á sambærilegum sjúkrahúsum en óvenjumargir sérfræðilæknar starfa í hlutastarfi við Landspítalann. Það veldur því að ekki verður sama samfella í þjónustu við sjúklinga auk þess sem ábyrgð á meðferð þarf oft að færa milli lækna eftir að hún er hafin. Landspítalinn líður því líklega fyrir skort á viðveru reyndra sérfræðilækna með mikla getu þegar kemur að klínískri ákvörðunartöku og þarf því fleiri reynda lækna til að sinna daglegum verkefnum.

Samsetning starfsmannahóps Landspítalans tengist náið nokkrum af áskorunum spítalans; löngum meðallegutíma, biðlistum og getu hans til að veita flóknari göngudeildarþjónustu. Skortur á viðveru reyndra sérfræðilækna veldur því líklega að það tekur hlutfallslega langan tíma að taka mikilvægar ákvarðanir á spítalanum, svo sem varðandi meðhöndlun og útskrift sjúklinga. Þá er aukin viðvera reyndari lækna nauðsynleg til þess að vinna á biðlistum og til að Landspítalinn geti í auknum mæli boðið upp á flóknari og samþættari göngudeildarþjónustu, þess konar þjónustu sem háskólasjúkrahús leggja jafnan áherslu á og rætt hefur verið um hér að framan.

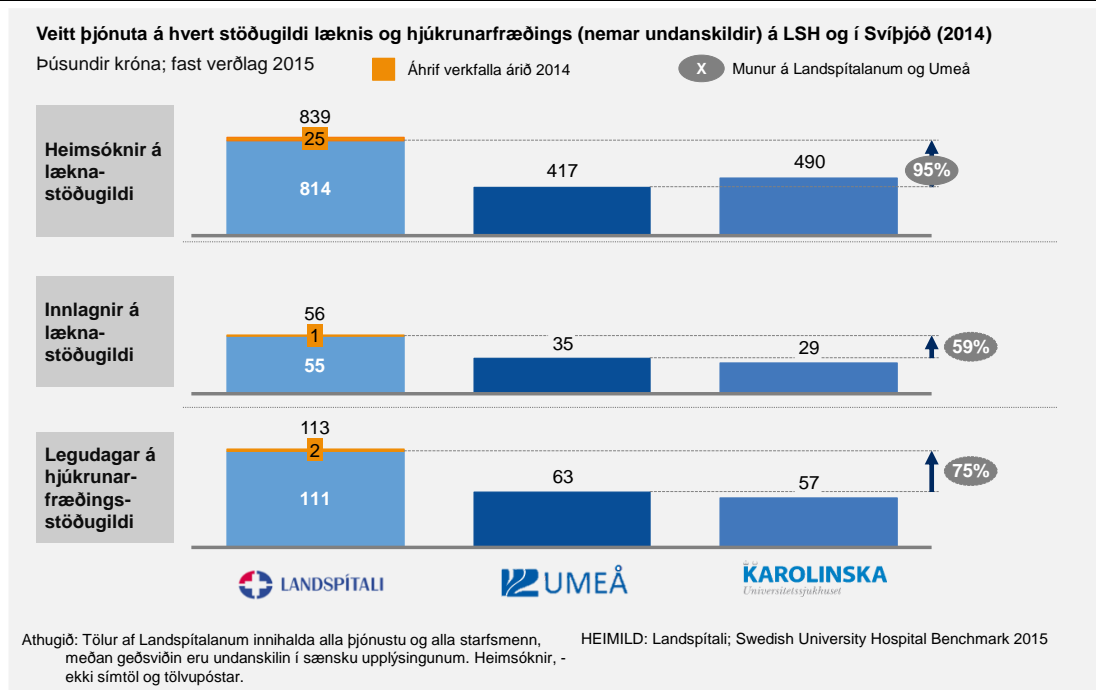
Landspítalinn hefur átt erfitt með að laða sérfræðilækna aftur til Íslands. Laun lækna á Íslandi, sem hafa jafnan verið nefnd sem ein ástæða þess að sérfræðilæknar snúa ekki aftur til landsins, eru nú orðin sambærileg við laun annars staðar á Norðurlöndunum. Læknar sem snúa ekki aftur til Íslands nefna nú vinnuskilyrði sem helstu ástæðu þess að þeir starfi heldur erlendis; læknar á Íslandi vinni mikið, skipti oft tíma sínum milli opinbera- og einageirans, þurfi oft að vera á bakvakt og gefist lítil tækifæri til að þjóna sjúklingum heildstætt með samhæfðri vinnu á göngu- og legudeildum. Núverandi hvatar í launakerfum sérfræðilækna, þar sem miklu munar á tekjumöguleikum milli þess opinbera og einkageirans, leiða til þess að fjöldi sérfræðilækna á Landspítalanum er þar í hlutastarfi. Þessu þarf að breyta eigi að takast að fjölga sérfræðilæknum í fullu starfi á spítalanum.

Langur meðallegutími sjúklinga á Landspítala eykur þörf fyrir starfsfólk við umönnun og veldur því auknu vinnuálagi þar sem annast þarf stóran hóp sjúklinga með ólíkar þarfir þótt í sumum tilvikum sé aðeins um minniháttar umönnun að ræða. Fyrirsjáanlegt er að umtalsverður hluti hjúkrunarfræðinga Landspítalans fari á eftirlaun á næstu árum. Þá hefur samkeppni um menntaða hjúkrunarfræðinga aukist vegna mikils vaxtar í ferðaþjónustu á Íslandi. Því er mikilvægt að huga að nægu framboði menntaðra hjúkrunarfræðinga fyrir heilbrigðisþjónustuna.

Læknar eru hlutfallslega fáir í starfsmannahópi Landspítalans og stór hluti þeirra er í hlutastarfi

Almennt er samsetning klínísks starfsmannahóps Landspítalans sambærileg því sem sést á sænskum háskólasjúkrahúsum en starfsfólkið er færri og það sem mestu skiptir er fremur lágt hlutfall lækna á Landspítalanum. Þetta skýrist af því að Landspítalinn gegnir í reynd hlutverki bráðaspítala (e. acute hospital) þar sem einfaldari tilvik eru hlutfallslega fleiri. Auk þessa er hlutfall ungra lækna hátt vegna þess að við sjúkrahúsið eru fáir læknar í sérnámi eða hafa nýlokið slíku námi. Árin í sérnámi og fyrstu árin að því loknu eru jafnan afkastamesti tíminn á starfsferli lækna. Þessu er mætt þannig að við spítalann starfar fjöldi ungra lækna, undir þrítugu. Enn fremur vinna margir eldri læknanna á Landspítalanum í hlutastarfi sem veldur því að ekki verður sama samfella í þjónustu við sjúklinga auk þess sem ábyrgð á meðferð þarf oft að færa milli lækna eftir að hún er hafin. Þessar aðstæður hafa líklegast í för með sér að skortur er á nægjanlegri getu til klínískrar ákvörðunartöku á spítalanum á flestum tímum sólarhrings en einkum utan skrifstofutíma. Læknar við Landspítalann sinna umtalsvert fleiri heimsóknum og innlögnum á stöðugildi en læknar á sambærilegum sjúkrahúsum í Svíþjóð (*mynd 7*).

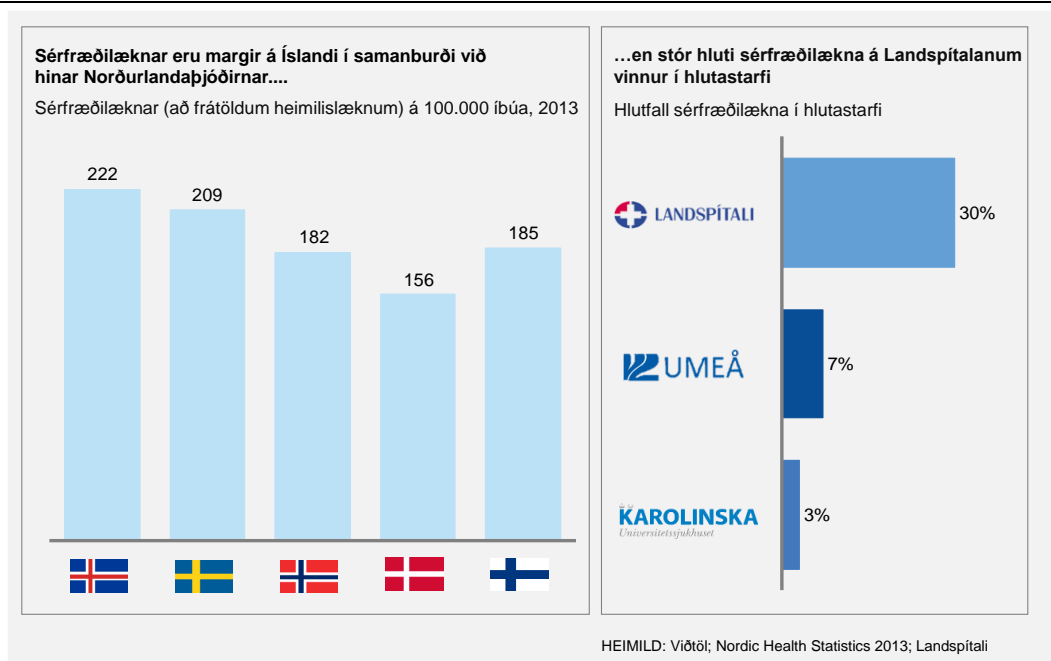
Mynd 7: Klínískt starfsfólk á Landspítalanum sinnir að meðaltali fleiri heimsóknum, innlögnum og legudögum en kollegar þess í Svíþjóð.



Athyglisvert er að sérfræðilæknar á Íslandi eru nokkuð margir miðað við höfðatölu. Sama á við um heimilislækna eins og fram kemur í kafla 5. Þótt aðgengi að sérfræðiþekkingu sé ef til vill ekki jafnt með tilliti til allra sérfræðisviða þá er fjöldi sérfræðilækna á Íslandi nægur þegar á heildina er litið (*mynd 8*). Núverandi hvatar í launakerfum sérfræðilækna, þar sem miklu munar á tekjumöguleikum milli þess opinbera og einkageirans, leiða til þess að fjöldi sérfræðilækna starfar að hluta eða öllu leyti í einkageiranum.

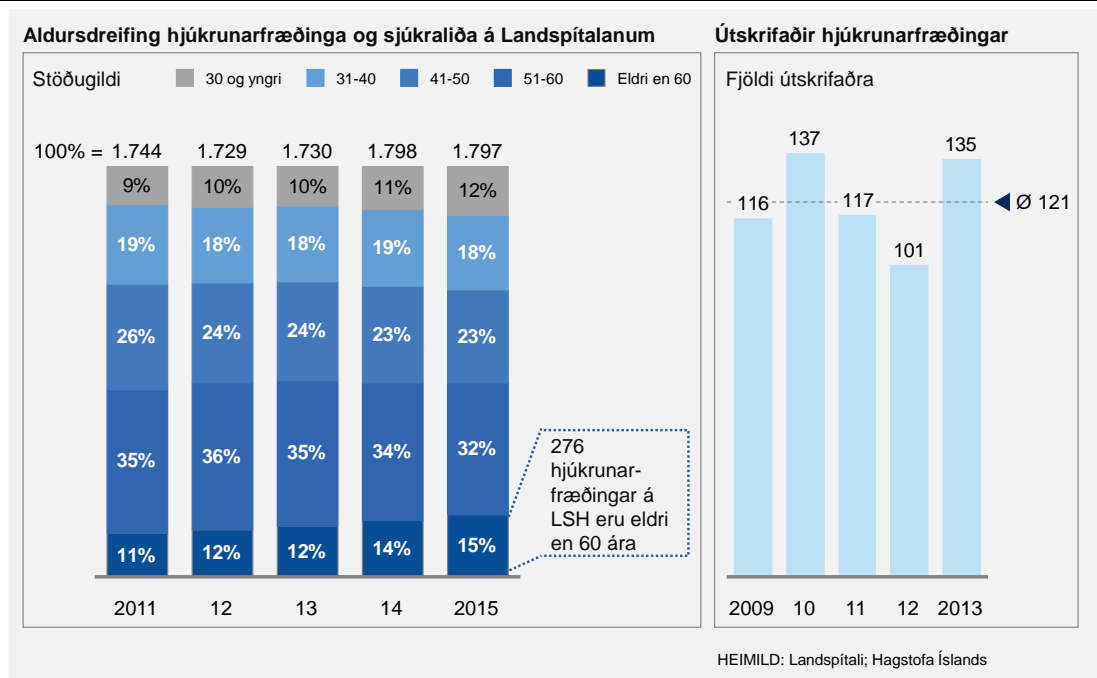
Íslenska heilbrigðiskerfið hefur sérstöðu að því leyti að nær allir sérfræðilæknar hafa stundað sérfræðinám sitt erlendis. Ef sagan er skoðuð hafa flestir sérfræðilæknar snúið aftur til Íslands að námi loknu. Aftur á móti fylgir þessu fyrirkomulagi áhætta fyrir kerfið í heild, einkum Landspítalann, þar sem hverjum lækni fyrir sig er frjálst að ákveða hvenær og hvort hann snýr aftur til Íslands. Því er erfitt að áætla hve marga lækna þurfi að mennta til að tryggja nægilega afkastagetu í heilbrigðiskerfinu. Hægt er minnka þessa áhættu á ýmsan hátt, t.d. með því að tryggja að laun og vinnuskilyrði sérfræðilækna séu í samræmi við það sem tíðkast alþjóðlega, eða með því að tryggja að fjöldi íslenskra lækna sé nægjanlegur til að heilbrigðiskerfinu sé ekki hætta búin ef hlutfall lækna sem snúa aftur til Íslands skyndilega lækkar.

Mynd 8: Hlutfall sérfræðilækna er hátt á Íslandi og vinna flestir þeirra bæði í opinbera- og einkageiranum.



Auk vanda við læknamönnun á Landspítalanum hefur mönnun hjúkrunarfræðinga einnig verið vandamál á spítalanum undanfarin ár. Hlutfall hjúkrunarfræðinga er sambærilegra því sem gerist á sænskum sjúkrahúsum. Langur meðallegutími eykur þörfina á hjúkrunarfræðingum en hjúkrunarþörf hvers sjúklings er aftur á móti minni. Hátt í 300 af þeim 1.800 hjúkrunarfræðingum sem starfa á Landspítalanum eru eldri en 60 ára og fara því á eftirlaun á næstu árum. Sem stendur útskrifast um 120 hjúkrunarfræðingar úr háskólum landsins á hverju ári en sumir þeirra finna sér störf utan heilbrigðiskerfisins. Á næstu árum verður mikilvægt að fylgjast með því hvernig fjöldi starfandi hjúkrunarfræðinga breytist og sjá til þess að nægjanlegur fjöldi sé starfandi til að heilbrigðiskerfið geti starfað eðlilega (mynd 9).

Mynd 9: Hjúkrunarfræðingahópurinn á Landspítalanum er að eldast og þörf verður á mörgum nýjum hjúkrunarfræðingum á næstu árum.



Sá hópur starfsfólks Landspítalans sem sinnir ekki klínískum störfum er nokkuð stór en starfar af skilvirkni

Í starfsmannahópi Landspítalans er umtalsvert hærra hlutfall starfsmanna sem ekki annast umönnun sjúklinga en hjá sambærilegum sjúkrahúsunum í Svíþjóð. Þetta er að hluta til vegna þess að ýmiss konar þjónusta á Landspítalanum (þvottur, máltíðir sjúklinga o.fl.) er sinnt af starfsmönnum hans en er ekki útvistað. Nauðsynlegt er að meta skilvirkni þessa fyrirkomulags reglulega og velja skilvirkasta kostinn. Hlutfall starfsfólks sem sinnir umsýslu, t.d. í fjármála- og mannauðsdeildunum, er hátt miðað við Svíþjóð. Skýringin á því er sú að til Landspítalans eru gerðar ríkari kröfur varðandi umsýslu en tíðkast í flestum öðrum heilbrigðiskerfum þar sem sérstakar stofnanir annast oft umsýslu á borð við eftirfylgni og upplýsingatæknimál. Þetta er því ekki endilega vandamál með tilliti til skilvirkni kerfisins en veldur því þó að stjórnendur Landspítalans hafa í fleiri horn að líta. Frá sjónarhóli þess aðila sem greiðir fyrir þjónustuna getur þetta þó verið óheppilegt með tilliti til valdajafnvæggissjónarmiða sökum þess að spítalinn situr á svo til öllum upplýsingum og hefur mesta skipulagslega stjórn á því hvernig kostnaði er dreift milli umsýslu og umönnunar.

RÁÐLEGGINGAR

Breyta þarf samsetningu starfsmannahóps Landspítalans í þeim megintilgangi að auka viðveru reyndra sérfræðilækna sem geta tekið lykilákvörðanir um meðferð og útskriftir sjúklinga og eru við störf frá degi til dags.

Bregðast þarf við skorti Landspítalans á reyndu klínísku starfsfólki. Til þess þarf Landspítalinn að leggja áherslu á að hafa fleiri starfsmenn tiltæka frá degi til dags. Aukna getu til klínískrar ákvörðunartöku ætti að nýta til að bæta innri starfsferla svo sem að stytta biðlista, stytta meðallegutíma og styrkja göngudeildarþjónustu sjúkrahússins. Styttri meðallegutími sjúklinga myndi einnig losa um sjúkrarúm á spítalanum sem gefur færi á að stytta biðlista og í kjölfarið fækka rúmum. Þannig yrði unnt að endurskipuleggja störf sumra hjúkrunarfræðinga (þar með væri spítalanum gert kleift að taka upp hagkvæmara skipulag vinnu og draga úr yfirvinnu).

Þótt líklega sé hægt að hækka lítillaga hlutfall lækna í starfsmannahópi Landspítalans án þess að fjölga starfsmönnum – ef það tekst að stytta meðallengd innlagna og þar með minnka þörfina á hjúkrunarfræðingum – verður varla unnt að auka viðveru reyndra lækna án þess að fjárframlög til Landspítalans hækki. Á heildina litið er mönnun á Landspítalanum minni en við sænsk háskólasjúkrahús og gæti réttlætt þörf fyrir aukin fjárframlög. Til að efla getu til klínískrar ákvörðunartöku á Landspítalanum væri einnig gagnlegt að fjölga sérfræðilæknum í fullu starfi (eða í það minnsta að sjá til þess að sérfræðilæknar í hlutastarfi verji meiri tíma á spítalanum). Slíkt myndi einnig leiða til þess að stærri hópur skipti með sér vöktum. Að auki er sífellt mikilvægt að tryggja að íslenskum sérfræðilæknum erlendis hugnist að snúa heim að loknu námi. Þetta krefst þess að laun séu aðlaðandi (sem stendur eru þau sambærileg launum annars staðar á Norðurlöndunum) og vinnuskilyrði góð á Landspítalanum. Þá þarf að sjá til þess að jafnvægi sé milli tekjumöguleika sérfræðilækna innan heilbrigðiskerfisins þannig að ekki sé mikill munur milli tekna á einkastofum og hjá hinu opinbera. Landspítalinn þarf að hafa fleiri sérfræðilækna í fullu starfi.



4. KAFLI

GÆÐI

Þótt kostnaður við rekstur Landspítalans og afköst hans hafi breyst nokkuð milli ára síðan fjármálakreppan reið yfir sést lítil breyting á gæðum þjónustunnar á spítalanum samkvæmt þeim gæðavísum sem notaðir eru. Þó ber að geta þess að Landspítalinn mælir og fylgist með tiltölulega fáum gæðavísum sem takmarkar gagnsæi hvað þróun gæða þjónustunnar varðar. Fjölgun sjúklinga sem þurfa að bíða lengur en þrjá mánuði eftir aðgerð er áhyggjuefni hvað gæði varðar en á hinn bóginn er það styrkleiki að ánægja sjúklinga með þjónustuna á Landspítalanum er mikil og viðvarandi. Landspítalinn ætti að fjölga gæðavísum, nota alþjóðlega gæðavísa í auknum mæli og greina frá þróun þeirra á gagnsærri hátt en nú er gert.

SAMANTEKT ATHUGANA

Þótt kostnaður við rekstur Landspítalans og afköst hans hafi breyst nokkuð milli ára síðan fjármálakreppan reið yfir sést lítil breyting á gæðum þjónustunnar á spítalanum samkvæmt þeim gæðavísum sem notaðir eru. Til að geta metið raunverulega kostnaðarhagkvæmni heilbrigðiskerfis þarf að setja kostnað og umfang þjónustu í samhengi við virði þjónustunnar sem að hluta er mælt með gæðavísum. Hvað Landspítalann varðar merkir þetta að kostnaðarhagkvæmni spítalans ber að skoða í samhengi við getu hans til að ná markmiðum sínum um læknisfræðilegan árangur, öryggi sjúklinga og aðgengi að þjónustu, ásamt starfsánægju og ánægju sjúklinga. Þegar kostnaður við rekstur Landspítalans dróst saman á árunum eftir fjármálakreppuna var markmið spítalans að komast í gegnum niðurskurðarárin án þess að rýra gæði þjónustunnar. Á síðustu árum, þegar fjárframlög til spítalans hafa verið aukin á ný, hafa sumir gæðavísar sýnt jákvæða þróun, aðrir hafa verið stöðugir og fáeinir sýnt neikvæða þróun.

Undanfarin ár hefur ánægja sjúklinga verið mikil og viðvarandi. Kannanir á ánægju sjúklinga hafa verið gerðar árlega síðustu fjögur ár. Nýjasta könnunin er frá 2015 og sýnir að sjúklingar telja að komið sé fram við sig af virðingu (einkunn 2,9/3) og að í heild er ánægja með þjónustu mikil (meðaltal allra þátta er 2,6/3).

Landspítalinn mælir og fylgist með tiltölulega fáum gæðavísum sem takmarkar gagnsæi hvað þróun gæða varðar. Landspítalinn notast við takmarkaðan fjölda gæðavísa til að meta árangur og skortir einnig vísa til að meta öryggi sjúklinga og gæði þjónustunnar. Þeir árangursvísar sem notast er við eru í mörgum tilvikum einskorðaðir við Landspítalann eða Ísland sem gerir mjög erfitt að bera árangur Landspítalans saman við önnur sjúkrahús. Þær kröfur sem stjórnvöld gera til Landspítalans um gæðamælingar og birtingu þeirra eru takmarkaðar og frábrugðnar því sem tíðkast annars staðar á Norðurlöndunum. Gæðamælingar Landspítalans eru því að mestu gerðar að frumkvæði hans sjálfs. Skortur er á tæmandi og gagnsærri skýrslugjöf um gæði heilbrigðisþjónustu annars staðar í kerfinu. Gæðamælingar Landspítalans eru því líklega þær þróuðustu í kerfinu.

Fjölgun sjúklinga sem bíða lengur en þrjú mánuði eftir aðgerð er mikið áhyggjuefni hvað varðar gæði þjónustu. Biðlistar hafa lengst jafnt og þétt, a.m.k. síðan 2011, eins og fjallað var um í kafla 2. Þótt verkföllin 2014–2015 hafi haft umtalsverð áhrif á afköst síðustu ára lengdust biðlistar jafnhrott árin 2011–2013 og á verkfallsárunum.

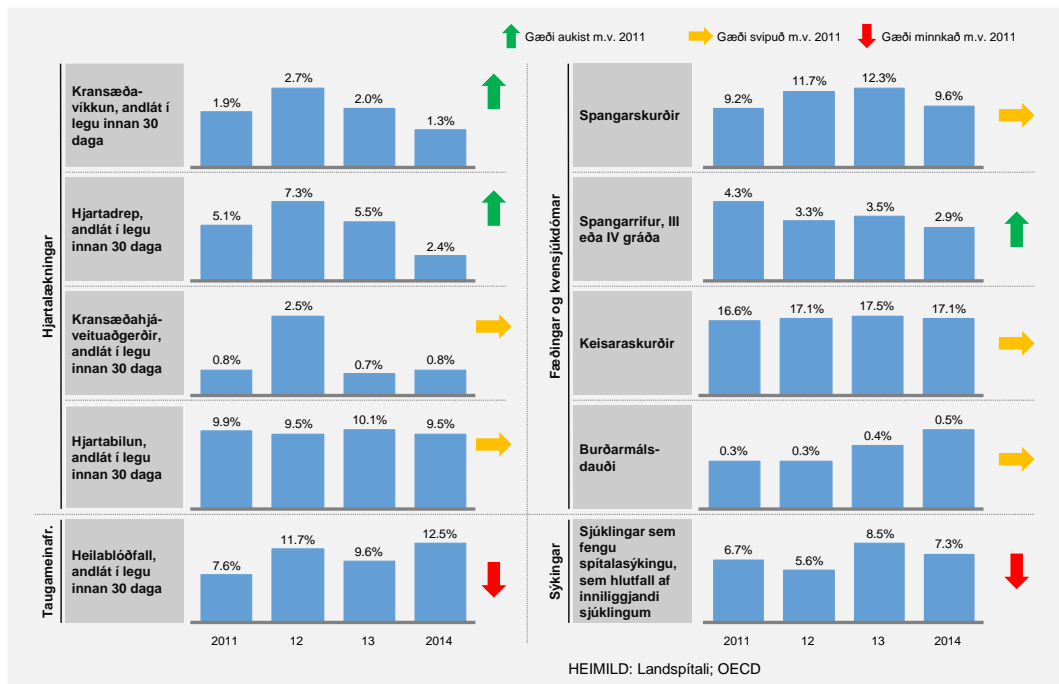
Engin skýr leitni er fyrir hendi í tiltækum gæðavísum

Á niðurskurðararunum eftir bankahrunið var markmið Landspítalans að minnka útgjöld án þess að rýra gæði þjónustu og það markmið náðist. Eftir að fjárframlög til spítalans hófu að aukast á ný hafa gæðin áfram haldist tiltölulega stöðug. Landspítalinn fylgist með tiltölulega fáum þjónustu- og gæðavísam og þeir gæðavísar sem notaðir eru sýna enga skýra leitni undanfarin ár (*mynd 10*). Vegna lítils umfangs ýmissar þjónustu á Landspítalanum er ekki víst að sumir algengir gæðavísar séu gagnlegir í tilfelli spítalans vegna fárra tilvika að baki hverri mælingu.

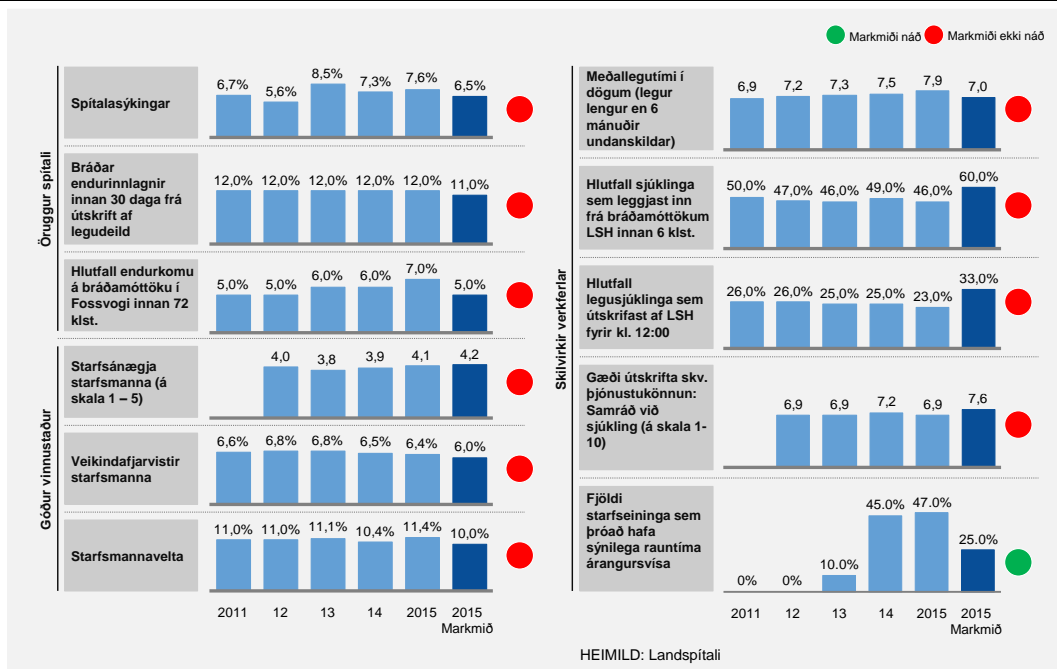
Landspítalinn hefur skilgreint skýr markmið hvað varðar tiltekna gæðavísar sem tengjast öryggi sjúklunga, vinnuumhverfi og skilvirkni verkferla. Niðurstöður mælinga með þessum vísam hafa verið mismunandi en fá markmið náðust árið 2015 vegna áhrifa verkfalla (*mynd 11*).

Landspítalinn fylgist einnig með ánægju sjúklunga með gerð árlegrar þjónustukönnunar. Litlar breytingar hafa orðið á niðurstöðum hennar frá árinu 2012 en ánægja er mikil m.t.t. allra vísa (*mynd 12*) sem er alls ekki sjálfsgæður árangur á erfiðum tímum.

Mynd 10: Á meðan framleiðni Landspítala hefur minnkað virðast gæði þjónustunnar ekki hafa aukist.



Mynd 11: Landspítali hefur náð fáum settra markmiða gæðavísa sinna sem tengjast öryggi, starfsumhverfi og skilvirkni verkferla.



Mynd 12: Legudeildarsjúklingar eru almennt ánægðir með þjónustuna á Landspítalanum og það hefur lítið breyst síðustu ár.

Á skala 1-3, þar sem 3 er hæsta gildi og 1 er lægsta gildi	2012	2015	Breyting 2015-2012
Þegar á heildina er lítið fannst þér komið fram við þig af virðingu á meðan þú dvaldir á spítalanum?	2,90	2,87	-0,03
Fannst þér lækarnir sem meðhöndluðu þig vita nógu mikið um þitt ástand eða meðferð?	2,62	2,60	-0,02
Þegar þú varst með mikilvæga spurningu fyrir lækni, fékkst þú þá svör sem þú skildir?	2,69	2,67	-0,02
Þegar teknar voru ákvarðanir um umönnun þína og meðferð var þá haft eins mikið samráð við þig eins og þú hefðir kosið?	2,59	2,58	-0,01
Áður en þú fórst í aðgerðina eða rannsóknina útskýrði starfsmaður spítalans þá fyrir þér áhættu og ávinning af aðgerðinni eða rannsókninni þannig að þú skildir?	2,60	2,55	-0,05
Eftir aðgerðina eða rannsóknina útskýrði starfsmaður spítalans þá fyrir þér hvernig hún hefði gengið þannig að þú skildir?	2,61	2,59	-0,03
Útskýrði starfsmaður þannig að þú skildir tilgang lyfja sem þú áttir að taka þegar heim var komið?	2,64	2,64	0
Sagði starfsmaður þér frá einhverjum hættumerkjum sem þú ættir að vera vakandi fyrir eftir heimkomu?	2,07	2,13	0,05
Meðaltal	2,59	2,58	-0,01

ATHUGIÐ: Sérstakar kannanir eru framkvæmdar á geðsviði og þegar börn eiga í hlut, þær eru ekki inni í þessum tölum. Hér er einungis hluti spurninga úr almennu þjónustukönnuninni birtur. Valmöguleikunum „Of mörg svör“, „Ekki svarað“, og „Get ekki sagt til um það“ sleppt í þessu yfirliti

HEIMILD: Landspítali

RÁÐLEGGINGAR

Landspítalinn og heilbrigðiskerfið allt þarf að fjölga gæðavísum, nota alþjóðlega gæðavísa í auknum mæli og greina frá niðurstöðum gæðamælinga á gagnsæjan hátt.

Mælingar á árangri þurfa ekki að vera flóknar. Þannig væri strax til bóta að skilgreina árangursvísa sem ná yfir alla flokka þjónustu á spítalanum og tryggja að þeir séu sambærilegir við hliðstæða alþjóðlega vísa (t.d. skilgreiningar OECD). Önnur háskólasjúkrahús á Norðurlöndunum mæla reglulega læknisfræðilegan árangur, öryggi sjúklinga, aðgengi að þjónustu og ánægju sjúklinga og starfsfólks.

Þegar árangursvísar hafa verið valdir ætti Landspítali að setja sér markmið byggð á gæðavísunum og nota gæðamælingar við stjórnun spítalans sem og sviða hans. Hægt er að setja slík markmið í skrefum og gæti fyrsta skrefið t.d. verið að miða að „jákvæðri þróun“ eða „1% bætingu“.

Loks ætti Landspítalinn að auka gagnsæi gæðamælinga, t.d. með því að hefja útgáfu árlegrar gæðaskýrslu þar sem heildstæð mynd er birt af gæðum þjónustu á spítalanum og hvernig þau hafa þróast. Sumir gæðavísar henta vel til að fylgjast með starfsemi í rauntíma og má þar t.d. nefna mælingar á biðtíma í bráðamóttöku og nýtingarhlutfall sjúkrarúma.

Til að leggja áherslu á mikilvægi gæðavísa væri gagnlegt að Embætti landlæknis setti skýrar reglur um ákveðnar lágmarkskröfur sem gerðar væru til Landspítalans og annarra heilbrigðisstofnana um gæðavísa sem fylgjast bæri með.



5. KAFLI

HLUTVERK Í HEILBRIGÐISKERFINU

Íslenska heilbrigðiskerfið hefur verið skipulagt þannig að landsmenn hafa aðgang að breiðri læknisfræðilegri sérþekkingu. Helstu áskoranir sem Landspítalinn stendur frammi fyrir eiga sér kerfislægar skýringar. Veldur því m.a. óskýr hlutverkaskipting milli hinna ýmsu veitenda heilbrigðisþjónustunnar og hvernig dreifing og umfang verkefna hefur þróast. Skýra þarf opinberu stefnuna í íslenska heilbrigðiskerfinu og skilgreina betur hlutverk ólíkra veitenda heilbrigðisþjónustunnar. Á grundvelli skýrari stefnu ætti að innleiða DRG-skráningu, framleiðslutengda fjármögnun og yfirgrípsmeiri notkun gæðavísa.

SAMANTEKT ATHUGANA

Íslenska heilbrigðiskerfið starfar við einstæðar aðstæður og hefur þróað kerfi sem veitir landsmönnum aðgang að breiðri læknisfræðilegri sérþekkingu. Séð utanfrá, og með þeim fyrirvara að mælingar á gæðum þjónustu í íslenska heilbrigðiskerfinu eru ekki fullkomnar, virðist kerfið engu að síður ná góðum árangri gegn hóflegum kostnaði. Enn fremur má geta þess að gæði þjónustu minnkuðu ekki á þeim fjárhagslega krefjandi árum sem fylgdu í kjölfar fjármálakreppunnar. Á hinn bóginn eru margar þeirra áskorana sem Landspítalinn stendur frammi fyrir af kerfislægum toga sem takast þarf á við heildrænt í kerfinu. Veldur því m.a. óskýr hlutverkaskipting milli hinna ýmsu veitenda heilbrigðisþjónustunnar og hvernig dreifing og umfang verkefna hefur þróast.

Umfang starfsemi sérfræðilækna á einkastofum hefur aukist hratt á síðustu árum án skýrrar stefnu, stjórnunar, stýringar verkefna eða eftirlits með gæðum þjónustunnar. Með réttri skiptingu ábyrgðar gæti einkarekstur og Landspítali sameiginlega tryggt sjúklingum samfellda þjónustu af miklum gæðum gegn hóflegum kostnaði. Á hinn bóginn hefur umfang þjónustu færst til á síðustu árum án skýrrar stefnumörkunar. Þannig virðast verkefni hafa færst af Landspítalanum inn á einkastofur án þess að fyrir hafi legið stefna eða ákvarðanir stjórnvalda. Þetta gerist vegna þess hvernig hvatarnir í kerfinu eru settir upp en án þess að slíkt samræmist stefnu stjórnvalda. Undanfarin ár hafa sérfræðilæknar haft fullt frelsi til þess að hefja rekstur og fá greitt frá Sjúkratryggingum Íslands fyrir veitta þjónustu í samræmi við magn. Þá hefur verið lítil sem engin stjórn á umfangi þjónustunnar eða eftirlit með gæðum hennar. Framleiðni virðist mikil á einkastofunum en af framangreindum ástæðum er óljóst hvort veitt þjónusta sé af réttri tegund, miklum gæðum eða nái til réttra sjúklingahópa.

Þótt ekki hafi verið farið í saumana á heilsugæslukerfinu í þeirri vinnu sem liggur að baki þessari skýrslu virðist sem heilsugæslukerfið eigi erfitt með að veita þá þjónustu sem þörf er á til að losa Landspítalann við álag vegna einfaldra sjúkdómstilvika, einkum bráðatilvika. Almenn er heilsugæslukerfið talið óskilvirkt og undir það rennir stoðum sú staðreynd að fjöldi heilsugæslulækna á Íslandi er hlutfallslega mikill en biðtímar í heilsugæslu eru hlutfallslega langir. Lítið er til af gögnum um afköst, kostnað eða gæði þjónustu sem veitt er á heilsugæslustöðvum.

Hjúkrunarrýmum á Íslandi og annarri þjónustu við aldraða er ekki dreift jafnt um landið og þá er þjónusta ekki veitt á skilvirkasta mögulegan hátt. Hjúkrunarheimilum er oft lýst sem flöskuhálsi þegar kemur að útskrift sjúklinga af Landspítalanum. Á höfuðborgarsvæðinu er aðgengi að hjúkrunarrýmum minna en í öðrum landshlutum þótt athygli veki að bið eftir rými á höfuðborgarsvæðinu sé hlutfallslega stutt.

Upplýsingaflæði milli heilbrigðisstofnana gengur erfiðlega og ekki er nægjanlegt aðgengi að heilsufarsupplýsingum sjúklinga til að stofnanir geti unnið saman á samþætta hátt. Þegar sjúklingar fara á milli stofnana eykst þörf fyrir greitt flæði upplýsinga. Á Íslandi eru hvorki rafrænar sjúkraskrár né önnur stafræn tól nýtt á fullnægjandi hátt til að greiða fyrir upplýsingaflæði og samþættingu þjónustu í hinum ýmsu hlutum kerfisins.

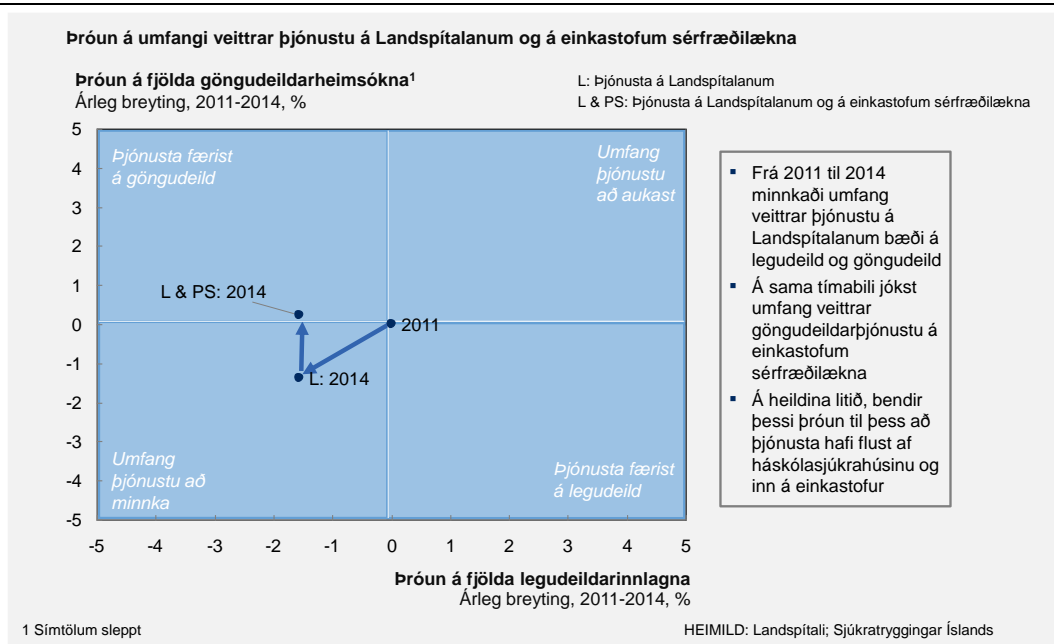
Stjórnun heilbrigðiskerfisins dreifist á nokkrar stofnanir og skipting ábyrgðar milli þeirra er um sumt óljós. Enginn einn aðili hefur fulla yfirsýn yfir þróun innan kerfisins. Velferðarráðuneytið, Embætti landlæknis, Sjúkratryggingar Íslands og heilbrigðisumdæmin sjö koma öll að stjórnun kerfisins en ábyrgð á því að fylgjast með árangri tengist ekki beint viðkomandi stofnun.

Starfsemi sérfræðilækna á einkastofum hefur aukist hratt á síðustu árum og þörf er á meiri stýringu á þjónustunni sem þar er veitt

Einkarekstur sérfræðilækna á Íslandi hefur vaxið umtalsvert á síðustu árum, bæði með tilliti til magns og tegundar veittrar þjónustu. Þótt umfang þjónustunnar og gróf flokkun hennar sé skráð (eftir sérfræðigrein og tegund aðgerða) er ekki unnt að greina jafn ítarlega þá starfsemi sem fram fer á einkastofum og mögulegt er á Landspítalanum. Einkastofur nota hvorki DRG-skráningu né beita öðrum ítarlegum skráningaraðferðum.

Eins og áður kom fram hefur orðið tilfærsla á þjónustu frá legudeildum til göngudeilda Landspítala og á einkareknar stofur lækna. Afköst á Landspítalanum minnkuðu árin 2012–2015. Á sama tíma jukust afköst verulega á einkastofum og hraðar en nam samdrættinum á Landspítala. Þegar þróunin á einkastofnunum er skoðuð í samhengi við þróunina á Landspítalanum sést að það er tenging milli minnkandi afkasta á Landspítalanum og aukinna afkasta á einkastofunum (*mynd 13*).

Mynd 13: Á heildina litið hefur heilbrigðisþjónusta færst inn á stofur sérfræðilækna.



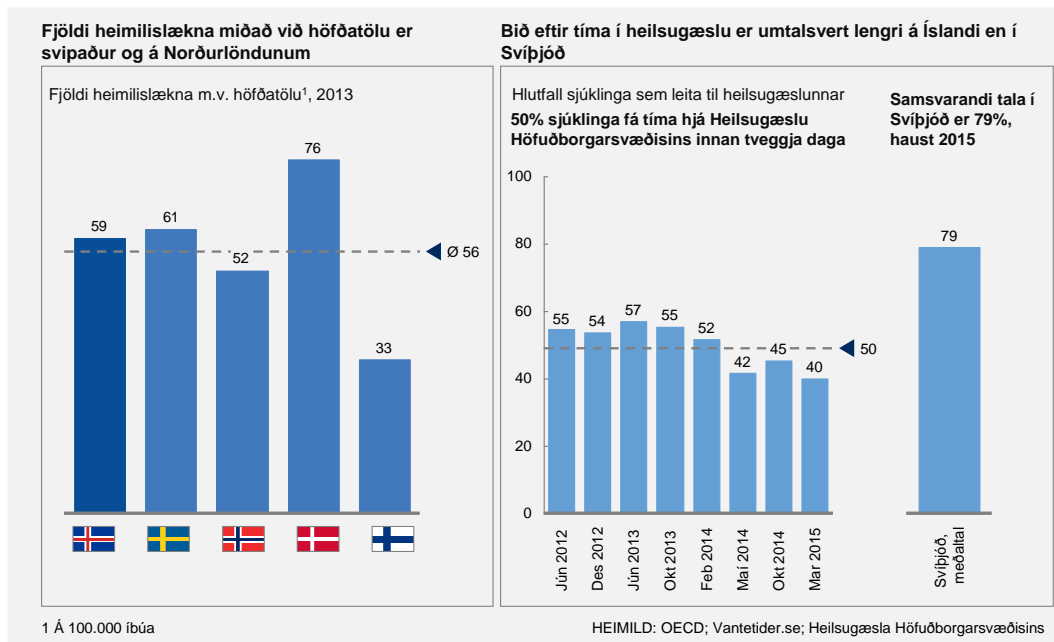
Á þessu tímabili hefur kostnaður við þjónustu sem veitt er á einkastofum aukist umtalsvert. Það skýrist aðallega af aukinni starfsemi og nýjum samningum sem kveða á um hærra endurgreiðslur fyrir veitta þjónustueiningu, en einnig virðist vera leitni í átt að flóknari og dýrari aðgerðum.

Í ljósi þess skorts sem er á ítarlegum gögnum um afköst í einkageiranum er ekki mögulegt að greina skilvirkni sérfræðilækna á einkastofum en hlutfall sjúklinga sem þangað leita er hlutfallslega hátt á Íslandi. Þá er fyrirkomulag einkastofukerfisins þannig að stofurnar hafa hvata til þess að ýta undir mikla notkun á þjónustunni sem þær bjóða. Meðal þessara hvata er fullt frelsi til að hefja rekstur einkastofu, að fá greiðslu fyrir unnin verk án magnstýringar af hálfu kaupandans, skortur á eftirliti og auðvelt aðgengi sjúklinga að sérfræðilæknum þar sem engin hliðvarsla/tilvísanaskylda er af hálfu

heilsugæslunnar. Þegar ekki liggja fyrir samræmd gögn um veitta þjónustu innan kerfisins er erfitt að meta hvort einkastofurnar veiti rétta tegund þjónustu og í réttu magni. Ýmsar áskoranir virðast þó fyrir hendi. Sem dæmi má nefna að þjónusta sérfræðilækna á einkastofum fer að langmestu leyti fram á höfuðborgarsvæðinu en lítið framboð er á öðrum landsvæðum. Þá eru á sumum sviðum skýr merki um ofnýtingu á heilbrigðisþjónustu, t.d. fjöldi hálskirtlataka á Íslandi í samanburði við önnur lönd. Þótt fjöldi heimilislækna virðist vera á móta hér og annars staðar á Norðurlöndunum er biðtími í heilsugæslu lengri.

Í tengslum við þessa skýrslu hefur ekki farið fram ítarleg greining á heilsugæslukerfinu. Engu að síður er ljóst að aðgengi að heilsugæsluþjónustu og gæði slíkrar þjónustu hafa mikil áhrif á Landspítalann sem og heilbrigðiskerfið í heild. Viðtöl benda til þess að heilsugæslukerfið glími við vanda á ýmsum sviðum og uppfylli ekki nægilega vel hlutverk sitt sem fyrsti viðkomustaður flestra sjúklinga. Óæskilega mikill fjöldi sjúklinga leitar í staðinn til Landspítalans eða til einkastofa sérfræðilækna þar sem aðgengi er greiðara og gæði þjónustunnar meiri að mati sjúklinga.

Mynd 14: Fjöldi heimilislækna á Íslandi er í samræmi við fjölda heimilislækna annars staðar á Norðurlöndunum miðað við höfðatölu en aðgengi að heilsugæslu er minna en í Svíþjóð.

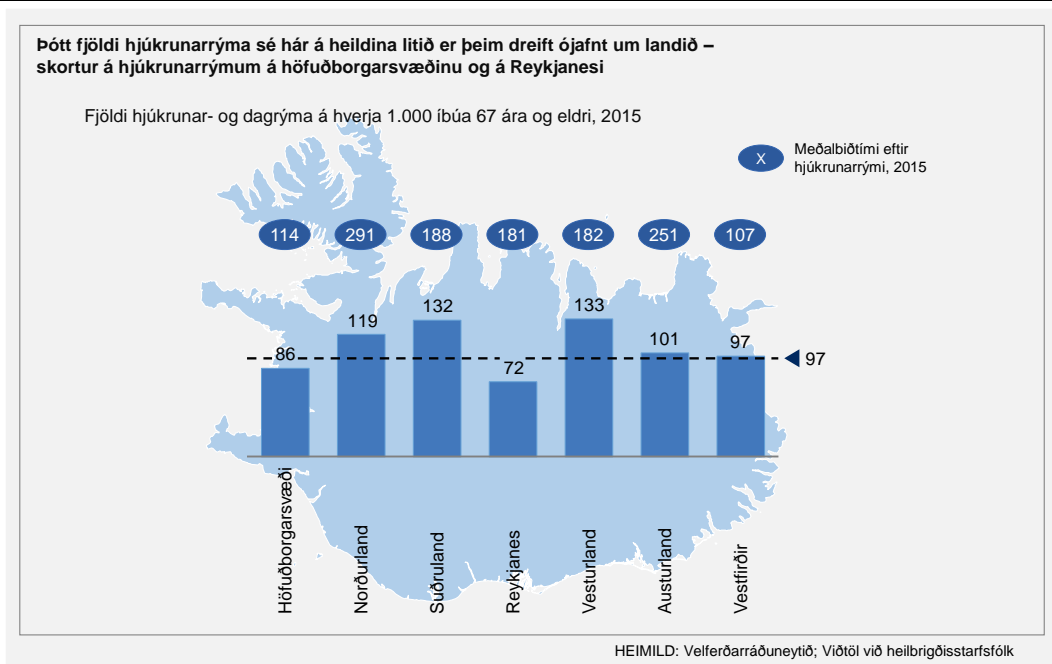


Gögn sýna að heimilislæknar á Íslandi eru á móta margir hlutfallslega og annars staðar á Norðurlöndunum. Um leið er bið eftir tíma í heilsugæslunni lengri en í Svíþjóð sem gefur til kynna að heilsugæslan glími við vanda þegar kemur að rekstrarskilvirkni (*mynd 14*). Þá gefa tölur Landspítalans til kynna að margir sjúklingar sem koma á bráðamóttöku spítalans hefðu allt eins getað leitað á heilsugæslastöðvar en kjósa að leita til Landspítalans vegna þess að þar er hægt að fá þjónustu samdægurs og opnunartími er lengri.

Hjúkrunarrýmum og annarri þjónustu við aldraða er ekki dreift jafnt um landið og skortur er á rýmum á höfuðborgarsvæðinu

Breyting hefur orðið á mynstri langtímaumönnunar aldraðra á Íslandi. Umönnun er ekki sinnt jafnmikið á stofnunum og áður á meðan heimaþjónusta hefur færst í vöxt. Þannig hefur dvalarrýmum verið breytt í hjúkrunarrými og öldruðum sem fá aðstoð á heimili sínu frá sveitarfélaginu fjölgar ört. Þótt þessi þróun sé af hinu góða er fjöldi hjúkrunarrýma og ójöfn dreifing þeirra um landið vandamál. Þannig eru umtalsvert færri hjúkrunarrými á höfuðborgarsvæðinu og Reykjanesi á hvern einstakling yfir 65 ára aldri en í öðrum landshlutum (*mynd 15*). Það vekur athygli að bið eftir hjúkrunarrýmum sýnir aðra mynd. Meðalbiðtími er hlutfallslega stuttur á höfuðborgarsvæðinu en langur á Norður- og Austurlandi. Að síðustu skal bent á að hjúkrunarheimilum eða rekstraraðilum þeirra ber engin skylda til að tryggja tiltekið aðgengi svo að flæði sjúklinga af Landspítalanum og öðrum sjúkrahúsum geti farið fram á skilvirkan hátt.

Mynd 15: Dreifing hjúkrunarheimila fyrir aldraða er ójöfn og lítið aðgengi á höfuðborgarsvæðinu og Reykjanesi.



Stjórnun heilbrigðiskerfisins dreifist á nokkrar stofnanir og skipting ábyrgðar milli þeirra er um sumt óljós

Ábyrgð á stjórnun heilbrigðiskerfisins dreifist á nokkrar stofnanir. Velferðarráðuneytið, Embætti landlæknis, Sjúkratryggingar Íslands og heilbrigðisumdæmin sjö hafa þar öll hlutverki að gegna. Skipting ábyrgðar milli þessara stofnana er ekki mjög skýr og engin þeirra er í stöðu til að leggja óháð mat á heildarfjárbörf í heilbrigðiskerfinu. Til að ná fram betri stýringu á kerfinu er nauðsynlegt að þær stofnanir sem greiða fyrir heilbrigðisþjónustu hafi tilskilda færni til að hafa eftirlit með þeirri þjónustu sem greitt er fyrir og fylgist með gæðum þjónustunnar. Upplýsingaflæði milli stofnana þarf að vera gott.

RÁÐLEGGINGAR

Skýra þarf stefnuna í heilbrigðismálum á Íslandi og skilgreina hlutverk þeirra sem heilbrigðisþjónustuna veita. Í ljósi þessa ætti að innleiða DRG-skráningarkerfið, afkastatengda fjármögnun og aukna notkun gæðavísa.

Til að bregðast við óskýrri stefnu ættu allir helstu hagsmunaaðilar (velferðarráðuneytið, Embætti landlæknis, Sjúkratryggingar Íslands, Landspítalinn og fulltrúar sérfræðilækna og heilsugsæslukerfisins) að koma saman og samræma sýn sína á hvar og í hvaða umfangi veita skal ólíkar tegundir heilbrigðisþjónustu. Samræmd stefna þarf að ná til háskólasjúkrahússins, sérfræðiþjónustu á einkastofum auk heilsugæslunnar og þjónustu við aldraða.

Hvað varðar þjónustu sérfræðilækna á einkastofum þarf að skýra hvernig best sé að spítalarnir, sérstaklega Landspítali og einkastofurnar, skipti með sér verkum. Varðandi heilsugæsluþjónustu þá þarf að meta þörfina á því að heilsugæslan gegni hlutverki hliðvarðar inn í kerfið í meira mæli en nú er gert. Jafnframt þarf að skilgreina markmið um aðgengi og biðtíma. Varðandi hjúkrunarheimili og aðra þjónustu við aldraða þarf að finna leiðir til að jafna aðgengi í landinu og sjá til þess að skortur á hjúkrunarrýmum sé ekki flöskuháls þegar kemur að því að útskrifa sjúklinga af Landspítalanum. Til viðbótar við framangreind atriði ætti að efla fræðslu til almennings þar sem hún er mikilvægur þáttur í því að gera sjúklingum kleift að leita þjónustu á réttum tíma og í réttu umhverfi (t.d. með upplýsingaþjónustu um heilbrigðismál sambærilega þeirri sem verið er að koma á laggirnar á Íslandi).

Greiðslur fyrir veitta þjónustu er sterkasta tækið sem stjórnvöld hafa til þess að stýra því hvernig þjónusta og umfang dreifist milli stofnana. Frelsi til athafna innan kerfisins þarf að stýra með skýru hvatakerfi sem stuðlar að skilvirkri veitingu hágæðaþjónustu á réttum stað og á réttum tíma. Til að það nái fram að ganga þarf að mæla frammistöðu stofnana, skilgreina skýr markmið og sjá til þess að greiðslufyrirkomulagið búi til rétta hvata. Það að taka upp sams konar skráningu á þjónustu á Landspítalanum og á einkastofum er ein leið til þess að ná heildstæðri yfirsýn yfir þróun kerfisins. Með samræmdri skráningu væri mögulegt að skilgreina markmið um umfang þjónustu og stýra greiðslum á grundvelli skilgreindra markmiða.

Auk þessa þarf að efla notkun gæðavísa til að auka gagnsæi upplýsinga um gæði þjónustunnar innan heilbrigðiskerfisins. Allir veitendur heilbrigðisþjónustu ættu að hafa skýra og vel skilgreinda staðla um hvað, hvernig og hvenær eigi að upplýsa og birta niðurstöður gæðamælinga og setja sér markmið byggð á þeim. Með þessu fyrirkomulagi er hægt að tengja greiðslur gæðum þjónustunnar, t.d. með aukagreiðslum fyrir gæðaþjónustu eða takmörkun á greiðslum vegna endurinnlagna.



LEIÐIN FRAM Á VIÐ

Íslenska heilbrigðiskerfið stendur frammi fyrir nokkrum kerfislægum vandamálum sem brýnt er að bregðast við svo auka megi skilvirkni og – sem meiru skiptir – sjá til þess að allir sjúklingar njóti öruggrar þjónustu af sem mestum gæðum. Til að grípa hið einstaka tækifæri sem felst í því að útgjöld eru augin á ný til íslenska heilbrigðiskerfisins eru lagðar til sjö aðgerðir til að styrkja íslenska heilbrigðiskerfið á leið sinni fram á við.

SJÖ AÐGERÐIR

Lagðar eru til sjö aðgerðir sem miða að því að styrkja íslenskt heilbrigðiskerfi til framtíðar.

- 1. Beina skal kröftum að því að stytta meðallengd innlagna sem er birtingarmynd fjölda vandamála á Landspítalanum.** Stytting meðallengdar innlagna mun krefjast markvissra aðgerða á Landspítalanum sem beinast skulu að helstu vandamálum hans. Spítalinn mun þurfa að fjárfesta í aukinni getu til klínískra ákvarðana, styrkja innri ferla og losa um afkastagetu á deildum í þessu skyni.
- 2. Efla skal krafta sérfræðilækna í heilsugæslu og öldrunar- og endurhæfingarþjónustu.** Tengja þarf starfsemi Landspítalans betur við starfsemi annarra veitenda heilbrigðisþjónustu. Þá væri gagnlegt að nýta einnig þá sérþekkingu sem til staðar er á Landspítalanum utan hans, t.d. með því að beina sérfræðilæknum í afmörkuð verkefni á heilsugæslustöðvum.
- 3. Taka skal meðvitaða ákvörðun byggða á staðreyndum um skipulag einkastofa sérfræðilækna.** Einkastofur ættu að veita sérfræðilæknaþjónustu einungis á þeim sviðum þar sem kostir þess eru augljósir. Þetta á ekki við um allar sérgreinar því sjónarmið um lágmarksgæði og kostnaðarhagkvæmni leiða til þeirrar niðurstöðu að best sé að veita sumar tegundir sérfræðilæknaþjónustu einungis á háskólasjúkrahúsinu.
- 4. Setja skal reglur um samræmda skráningu og innleiða nýtt fjármögnunarkerfi.** Setja ætti reglur um samræmda skráningu (byggða á DRG-kerfinu) heilbrigðisþjónustu sem ná jafnt til opinberra aðila og einkaaðila, allt frá heilsugæslu til sérfræðiþjónustu. Í kjölfarið skal nýta þá yfirsýn sem þá fæst til að verðleggja þjónustuna með gagnsæjum hætti á grundvelli DRG-mælinga, sjúklingafjölda og fastra samninga. Þá skulu greiðslur tengdar við skilgreindar gæðakröfur.
- 5. Kanna skal fýsileika þess að koma á sameiginlegu „lóðréttu“ stjórnskipulagi.** Skynsamlegt gæti verið að endurskipuleggja heilbrigðiskerfið þannig að stjórnskipulag þess sé „lóðrétt“ sem felur í sér sameiginlega stjórnun á Landspítalanum, umdæmisspítölum, heilsugæslunni og öldrunarþjónustu. Er þetta hugsað þannig að neðan við æðstu stjórnendur heilbrigðisþjónustunnar væri skipulagslag sem byggðist á meðferðarferlum (t.d. bráðþjónusta, líknarþjónusta og fæðingarþjónusta).
- 6. Hagnýta skal upplýsingatækni eins og frekast er unnt.** Smæð íslensku heilbrigðisþjónustunnar og mikið tæknilæsi fela í sér tækifæri til að nýta upplýsingatækni við veitingu heilbrigðisþjónustu og auka samvinnu ólíkra veitenda í því stjórnskipulagi sem lagt er til hér að ofan.
- 7. Beina skal nýjum fjárframlögum í þessar aðgerðir.** Hanna skal umbótaáætlun með skýrum áföngum og tengja aukin framlög til heilbrigðiskerfisins við áætlunina.

1. Beina skal kröftum að því að stytta meðallengd innlagna sem er birtingarmynd fjölda vandamála á Landspítalanum.

Meðallegutími á Landspítalanum er langur, einnig í alþjóðlegum samanburði. Víðast hvar erlendis hefur meðallegutíminn styst en því er öfugt farið á Landspítalanum þar sem hann hefur lengst undanfarin ár. Langur meðallegutími er samnefnari fjölda áskorana sem takast þarf á við í rekstri spítalans. Má þar nefna skort á getu til að taka mikilvægar klínískar ákvarðanir, langa biðlista, skort á

afkastagetu utan spítalans sem hindrar flæði frá honum og læknahóp þar sem margir reyndir lækna vinna í hlutastarfi. Frá árinu 2008 hefur umfang legudeildarþjónustu verið að dragast saman sem er jákvæð þróun. Aftur á móti hefur þessi þróun ekki skilað sér sem skyldi því að legutíminn hefur verið að lengjast. Þetta hefur valdið því að framleiðni á spítalanum er minni, sérstaklega á sviði umönnunar þar sem jafnstór eða heldur stærri starfsmannahópur sinnir færri umönnunartilvikum nú en áður. Þá eykur á vandann að skortur á t.d. hjúkrunnarymum, félagsþjónustu og öldrunarþjónustu stendur útskriftum af spítalanum fyrir þrífum.

Lykilaðgerð til að bregðast við þessum vanda er að fjárfesta í aukinni getu til klínískra ákvarðana á Landspítalanum. Spítalinn þarfnast aukinnar viðveru reyndra sérfræðilækna sem ná má fram á eftirfarandi hátt:

- i. Ráða fleiri reynda lækna til að bæta ákvörðunartöku.
- ii. Hækka hlutfall sérfræðilækna í fullu starfi.
- iii. Losa um afkastagetu með því leggja minni áherslu á einfalda göngudeildarþjónustu.

Fyrir utan það að efla klíniska ákvörðunartöku á spítalanum þarf að efla getu utan hans til þess að taka við sjúklíngum.

Með fækkun legudeildarsjúklinga og styttri meðallegutíma munu afköst við umönnun geta færst til og nýst betur í þágu sjúklinga sem helst þurfa á henni að halda. Þetta mun gera sjúkrahúsínu kleift að draga úr kostnaðarsamri mönnun (yfirvinna, tímabundnar ráðningar o.s.frv.) og draga úr mönnunarvanda við hjúkrun. Til að tryggja áframhaldandi styttingu meðallegutíma þarf stöðugan hreyfanleika innan spítalans hvað varðar fjölda rúma og hjúkrunargetu.

2. Efla skal krafta sérfræðilækna í heilsugæslu og öldrunar- og endurhæfingarþjónustu.

Landspítalinn sinnir sem stendur umtalsverðum fjölda sjúklinga sem leita til spítalans eftir tiltölulega einfaldri bráðþjónustu sem betur færi að væri sinnt af heilsugæslunni. Almenn er starfsemi Landspítalans lítið tengd við starfsemi annarra veitenda heilbrigðisþjónustunnar og umfang þjónustu Landspítalans í samanburði við aðra veitendur heilbrigðisþjónustu er skekkt. Þar sem Landspítalinn er háskólasjúkrahús mun starfsemi hans alltaf verða dýr. Skýrist það af flóknari ferlum, rannsóknum, kennslu og aðgengi að þróaðri tækni og meðferð. Þessir þættir hafa áhrif á kostnað við að veita heilbrigðisþjónustu á háskólasjúkrahúsínu, líka einfalda bráðaumönnun sem hægt væri að veita með ódýrari hætti og meiri gæðum á heilsugæslustöðvum í þágu sjúklinga og aukinnar hagkvæmni í heilbrigðiskerfinu.

Fyrsta skrefið til að bregðast við þessari stöðu er að yfirvöld marki skýrari stefnu um hvers konar heilbrigðisþjónustu skuli veita í ólíkum hlutum kerfisins. Nauðsynlegt er að sú stefna byggist á því markmiði að tryggja samfellu í þjónustu sem er af svipaðri tegund og þunga en rofni ekki vegna óljósrar hlutverkaskiptingar í kerfinu (frekari umfjöllun má finna undir aðgerð 5 um stjórnskipulag). Þegar skýr stefna og hlutverkaskipting liggur fyrir þarf að fjárfesta í heilsugæslu, þjónustu við aldraða og félagsþjónustu, en einnig þarf að nýta þá læknisfræðilegu sérþekkingu sem fyrir hendi er á Landspítalanum og víðar í kerfinu. Þannig mætti t.d. tengja sérfræðiþjónustu spítalans betur við heilsugæsluna og/eða auka aðgengi að sérfræðingum með hagnýtingu upplýsingatækni. Að teknu tilliti

til alls þessa er líklegt að fjárfestingar tengdar Landspítalanum nýtist betur þegar kerfi eins og hér hefur verið lýst hefur verið komið á fót en það ætti að hafa í huga þegar fjárfestingar eru tímasettar.

Í framtíðinni kemur vel til greina að staðsetja suma veitendur annars konar heilbrigðisþjónustu á Landspítalasvæðinu svo nýta megi innviði sameiginlega. Ekkert mælir gegn því að sjúkrahúsþjónusta og heilsugæsluþjónusta séu í sömu byggingu þótt unnið sé eftir mismunandi hugmyndafræði. Slíkt fyrirkomulag gæti fallið vel að þeim hugmyndum að láta heilsugæsluna í auknum mæli starfa sem hliðvörð að sérfræðilækniþjónustu.

3. Taka skal meðvitaða ákvörðun byggða á staðreyndum um skipulag einkastofa sérfræðilækna.

Einkastofur sérfræðilækna á Íslandi starfa að mörgu leyti á eigin forsendum og starfsemin þar lítt gagnsæ hvað varðar kostnað og árangur. Vísbendingar eru um ákveðin vandamál í þessu kerfi, t.d. ofmeðhöndlun, skort á gegnsæi varðandi framleiðni, auk þess sem mögulegt er fyrir lækna sem starfa bæði á Landspítala og á einkareknum stofum að vísa sjúklingum á sjálfa sig. Einkareknir veitendur heilbrigðisþjónustu hafa reynt ágætlega í mörgum heilbrigðiskerfum fjármögnuðum af hinu opinbera. Til dæmis veita slíkir aðilar oft gæðaðþjónustu gegn lægra einingaverði, veita betra aðgengi að sérfræðilækniþjónustu auk þess sem starfsánægja heilbrigðisstarfsfólks og ánægja sjúklinga með þjónustuna er oft meiri en í einkarekstri. Opinbera heilbrigðiskerfið þarf á mörgum þjónustusviðum að halda, ekki síst í bráðþjónustu, svo að tryggja megi ákveðna lágmarksgetu til að uppfylla hlutverk kerfisins. Nær undantekningalaust er hagkvæmara að fullnýta þessa lágmarksafkastagetu hjá opinberum veitendum áður en fjárfest er í einkarekstri. Óháð skiptingu milli opinbers rekstrar og einkarekstrar þurfa lítil heilbrigðiskerfi að laga sig að þekktu sambandi magns og gæða með því að forðast of mikið uppbrót þjónustu og tryggja að starfseiningar verði ekki of smáar miðað við umfang þjónustunnar.

Á Íslandi ætti einkarekstur í heilbrigðisþjónustu að beinast að sviðum þar sem ávinningur er augljós. Þetta á ekki við um allar sérgreinar. Á sviðum þar sem hægt er að lýsa og skilgreina þörf fyrir einkarekstur, þar sem þörfin fyrir tiltekna þjónustu er skýr og skilgreind en geta opinbera kerfisins að fullu nýtt, ætti að huga að kostum einkarekstrar. Mikilvægt er að skrá af nákvæmni afköst og árangur þjónustu sem veitt er á einkastofum. Þetta krefst þess að í stað frjálsræðis til að opna stofur komi skipulögð útboð þar sem kveðið er á um magn þjónustu, árangur og gæði og sama verð hvort sem í hlut á opinber rekstur eða einkarekstur.

Liður í þessu væri að tengja greiðsluþáttöku við mikilvægi aðgerða og jafnframt mætti íhuga að setja magntakmarkanir á ákveðnar aðgerðir.

4. Setja skal reglur um samræmda skráningu og innleiða nýtt fjármögnunarkerfi.

Undanfarin ár hefur verið unnið að því að innleiða DRG-skráningu í sjúkrahúsþjónustu á Íslandi. Landspítalinn hefur þegar innleitt kerfið og skráir og fylgist með þróun DRG-umfangs á spítalanum en þar sem skráningin er ekki tengd greiðslum eru gæðin ekki að fullu sambærileg skráningu í öðrum löndum. Utan Landspítalans er heilbrigðisþjónusta jafnan ekki skráð með ítarlegum hætti, hvorki í heilsugæslunni né í einkarekstri. Hvað varðar árangur er notkun gæðavísa (árangur, PROM, PREM, öryggi sjúklinga o.s.frv.) ekki almenn og vart fyrir hendi utan spítala.

Óháð greiðslukerfi er þörf á sameiginlegu „tungumáli“ til að stjórna heilbrigðiskerfinu og stuðla að umbótum. Þetta tungumál gæti verið sambland af DRG-skráningarkerfi sem hefur verið að fullu innleitt, samræmdum gæðavísum og þjónustukönnunum sem ná yfir kerfið í heild. Í reynd er auðveldast að ná fram yfirgripsmiklum og traustum gæðamælingum með því að tengja greiðslur beint við skráningu og mælingu á veittri þjónustu.

Með virku skráningarkerfi er hægt að skapa gagnsæi verðlagningar. Setja ætti samræmt verð fyrir allt íslenska heilbrigðiskerfið sem myndi gera stjórnendum þess mögulegt að búa til kostnaðaráætlanir þar sem umfang og verð er skýrt afmarkað. Þetta myndi jafnframt gera það mögulegt að skýra hærra verð fyrir þjónustu sem veitt er á háskólasjúkrahúsi borið saman við lægra verð sem vænta megí í einkarekstri. Greiðslur – bæði í opinberum rekstri og einkarekstri – ættu að byggjast á skilgreindum árangri samkvæmt DRG-mælingum (t.d. fyrir hjá- og mjaðmaskiptaaðgerðir), árangurstengdum greiðslum (t.d. fyrir þjónustu við blóðskilunarsjúklinga) og greiðslum fyrir skilgreind verkefni (t.d. þjónusta við brunasjúklinga með alvarleg sár).

5. Kanna skal fýsileika þess að koma á sameiginlegu „lóðréttu“ stjórnskipulagi.

Ísland er lítið land og margar af áskorunum heilbrigðiskerfisins er hægt að rekja til óheppilegrar hlutverkaskiptingar milli þjónustuveitenda í kerfinu. Afgerandi skil eru milli mismunandi þjónustustiga, greiðslur og kröfur til opinberra veitenda og einkaaðila eru ólíkar og heilbrigðiskerfið er þannig skipulagt að veitendur eru oft litlar rekstrareiningar. Erlendis má finna mörg dæmi um hvers virði það er að skipuleggja heilbrigðiskerfið með heildstæða sýn á sjúklinginn með innleiðingu lóðréttis stjórnskipulags. Í því felst að sjúkrahúsþjónustu, sérfræðilæknisþjónustu, heilsugæsluþjónustu og þjónustu við aldraða er stýrt sameiginlega, einnig hvað varðar rekstur og starfsfólk. Í ljósi þeirra áskorana sem íslenska heilbrigðiskerfið stendur frammi fyrir og þeirra kosta sem felast í smæð landsins má telja líklegt að lóðrétt stjórnskipulag geti skapað verulegan ábata. Slíkt skipulag ætti að vera auðvelt að innleiða og miðað við umfang ætti stjórnun þess að vera viðráðanleg. Undir lóðréttu stjórnskipulagi væri sameiginleg yfirstjórn yfir heilbrigðisþjónustunni. Neðan við æðstu stjórnendur væri skipulagslag sem byggðist á mismunandi þjónustuþáttum (t.d. valkvæð þjónusta, líknarþjónusta, bráðaþjónusta, þjónusta við langveika og fæðingarþjónusta). Með lóðréttu stjórnskipulagi gæti Ísland betur fjárfest í enn sérhæfðari getu sem nýst gæti um allt land.

6. Hagnýta skal upplýsingatækni eins og frekast er unnt.

Aukin notkun upplýsingatækni í heilbrigðisþjónustunni hefur verið hluti af stefnu stjórnvalda um árabíl. Þrátt fyrir það er notkun upplýsingatæknilausna enn nokkuð takmörkuð í íslenska heilbrigðiskerfinu. Þó er tæknilæsi þjóðarinnar mjög mikið og nauðsynlegir innviðir til staðar. Ýmsar aðstæður í íslenska heilbrigðiskerfinu mæla með aukinni hagnýtingu upplýsingatækni. Þar má nefna þörfina fyrir að efla heilbrigðisþjónustu utan Landspítalans með aðgengi að þjónustu sjúkrahússins, þörfina fyrir einfaldari heilbrigðisþjónustu utan sjúkrahúsa (sem flýtir útskriftum) og þörf fyrir aukna þjónustu vegna öldrunar þjóðarinnar og fjölgunar langveikra. Upplýsingatæknilausnir geta stutt þessa þróun með nánnum tengslum milli Landspítala og annarra veitenda heilbrigðisþjónustu. Auk þessa hafa aðgengilegar upplýsingar um gögn og árangur virði í sjálfu sér. Aðgengileg og opin gögn stuðla að jafnræði, efla samfélagsáhuga og –þrýsting og ýta undir góða frammistöðu stofnana almennt. Þá myndu opin gögn sömuleiðis ýta undir nýsköpun og þróun í heilbrigðiskerfinu.

Hið lóðréttá stjórnskipulag sem lýst var hér að framan mun styðja við aukna notkun upplýsingatæknilausna. Ísland er fámennt ríki en stórt land, þekkingarstig landsmanna er hátt og þörf er á því að bæta stjórnskipulag heilbrigðiskerfisins. Í þessu ljósi má ætla að innleiðing upplýsingatækni í auknum mæli yrði árangursrík og til framtíðar gæti Ísland orðið leiðandi í notkun upplýsingatæknilausna í heilbrigðisþjónustu.

7. Beina skal nýjum fjárframlögum í þessar aðgerðir.

Eins og þegar hefur verið fjallað um ver Ísland hlutfallslegu litlu fjármagni til heilbrigðismála og þótt deilt sé um árangur í heilbrigðiskerfinu er hann engu að síður góður í alþjóðlegum samanburði. Framlög til heilbrigðismála og til Landspítalans hafa verið aukin á síðustu árum án þess að gerð hafi verið krafa um aukin afköst. Þessi þróun hefur leitt til minni framleiðni en hefur líklega verið óhjákvæmileg í kjölfar þess niðurskurðar sem bankahrunið leiddi til.

Þótt óraunhæft sé að nota niðurskurðarín sem viðmið fyrir kostnaðarhagkvæmni heilbrigðiskerfisins ættu stjórnvöld að einsetja sér að viðhalda kostnaðarhagkvæmni í heilbrigðiskerfinu eins og frekast er unnt. Þótt afleiðingar bankahrunsins hafi verið neikvæðar skapaði það engu að síður tækifæri til að skera burt fitu í heilbrigðiskerfinu og breyta hvötum til að koma á grundvallarbreytingum. Eftir fjárfestingar síðustu ára er mikilvægt að auka ekki fjárframlög til heilbrigðiskerfisins frekar en orðið er án þess að samhliða verði gerðar umbætur sem tryggja að þær fjárfestingar nýtist vel. Fjárframlög til heilbrigðiskerfisins eru sem stendur í ásættanlegu jafnvægi og svigrúm til stefnubreytinga.

Í ljósi þeirra umbóta sem nauðsynlegt er að ráðast í innan heilbrigðiskerfisins og þess hve ákvörðunartaka er á höndum fárra ætti að tengja fjárframlög til málaflokksins skýrri umbótaáætlun byggðri á þeim aðgerðum sem að framan er lýst. Þetta þýðir í raun að meirihluta aukinna fjárframlaga til heilbrigðiskerfisins ætti að tengja við skýra áfanga og árangur í stað hefðbundinna fjárveitinga. Til lengri tíma litið ættu þessar úrbætur að standa undir sér þannig að hlutfall útgjalda til heilbrigðismála af landsframleiðslu haldist óbreytt en auki til muna ávinning sjúklinga og skattgreiðenda. Ákveði stjórnvöld að auka útgjöld sem hlutfall af landsframleiðslu myndi þessi umbótaáætlun stuðla að sem bestri nýtingu þeirra fjárfestinga.

□ □ □

Hægt er að innleiða þessar umbætur að fullu innan fjögurra ára. Skýrt umboð stjórnvalda og vel skipulagt stjórnunarfyrrkomulag er forsenda þess að hrinda megi breytingunum í framkvæmd á árangursríkan hátt. Auk þessa þyrfti að veita aðgerðunum skjól t.d. frá tíðum pólitískum inngripum; í því skyni þarf að hafa helstu hagsmunaaðila með í ráðum.

LOKANIÐURSTÖÐUR

Það eru áhugaverðir tímar í íslenskri heilbrigðisþjónustu. Heilbrigðiskerfið stóð frammi fyrir miklum erfiðleikum í kjölfar bankahrunsins þegar fjárframlög til þess voru skert verulega en tókst að komast í gegnum erfiðleikana og veita áfram gæðþjónustu. Þróunin á Landspítalanum var að mörgu leyti táknræn fyrir þetta tímabil. Spítalanum tókst að lækka kostnað umtalsvert án þess að fórnna gæðum þjónustunnar samhliða síaukinni eftirspurn. Þrátt fyrir aðáunarverða frammistöðu á síðustu árum er ekki allt eins og best verður á kosið í íslenska heilbrigðiskerfinu. Það skortir skýrari verkaskiptingu milli hinna ýmsu veitenda heilbrigðisþjónustunnar og sömuleiðis stjórnþæki sem gera kleift að stýra þróuninni. Auk þessa hefur í þessari skýrslu verið bent á nokkur kerfislæg vandamál sem takmarka kostnaðarhagkvæmni eða vekja upp spurningar um gæði þjónustu í ákveðnum hlutum kerfisins.

Nú þegar verið er að auka framlög til heilbrigðismála á Íslandi hefur skapast einstakt tækifæri til að takast á við þessi vandamál og tryggja að íslenska heilbrigðiskerfið veiti gæðþjónustu á öllum sviðum á hagkvæman hátt. Með skýrri stefnu í heilbrigðiskerfinu og auknum fjárveitingum þangað sem þörfin er mest verður tryggt að fjárfestingarnar nýtist sem best sem leiðir til sterkara og hagkvæmara kerfis.



VIÐAUKI.

ÚTGJÖLD TIL HEILBRIGÐISMÁLA Á ÍSLANDI

Heildarframlög til heilbrigðismála á Íslandi árið 2014 námu 8,8% af vergri landsframleiðslu sem er nálægt meðaltali OECD en lægra en annars staðar á Norðurlöndunum, að Finnlandi undanskildu. Mat á útgjaldaþörf til heilbrigðismála á Íslandi krefst þess að horft sé til skilvirkni annarra heilbrigðiskerfa og tekið mið af land- og lýðfræðilegum þáttum sem áhrif hafa á þörf landsmanna fyrir heilbrigðisþjónustu. Ýmsir undirliggjandi þættir eru fyrir hendi á Íslandi sem hafa áhrif á skilvirkni og gæði heilbrigðisþjónustunnar og draga úr útgjaldaþörf til heilbrigðiskerfisins. Aftur á móti er einnig að finna óskilvirkni í íslenska heilbrigðiskerfinu sem veldur aukinni útgjaldaþörf.

SAMANTEKT ATHUGANA

Í heild námu útgjöld til heilbrigðismála á Íslandi árið 2014 8,8% af vergri landsframleiðslu sem er nálægt meðaltali OECD en lægra en annars staðar á Norðurlöndunum, að Finnlandi undanskildu.

Við mat á umfangi fjárveitinga til heilbrigðismála er nauðsynlegt að bera Ísland saman við önnur ríki. Til að slíkur samanburður sé raunhæfur er nauðsynlegt að meta fleira en einungis útgjöld, svo sem skilvirkni heilbrigðiskerfanna og þau land- og lýðfræðilegu einkenni sem áhrif hafa á þörf þjóða fyrir heilbrigðisþjónustu.

Nokkrir undirliggjandi þættir sem hafa áhrif á skilvirkni heilbrigðiskerfisins og gæði þjónustunnar valda minni útgjaldþörf til málaflokksins en ella. Íslendingar eru hlutfallslega ung þjóð með heilbrigðar lífsvenjur, t.d. hvað varðar reykingar og áfengisneyslu. Kostnaðarstig er svipað og á hinum Norðurlöndunum. Mat almennings á eigin heilsu er gott og lífslíkur eru góðar og ungbarnadauði hvergi lægri innan OECD. Allir þessir þættir draga úr þörf þjóðarinnar til að verja stórum hluta landsframleislu til heilbrigðismála, að öðru óbreyttu.

Aftur á móti er óskilvirkni í íslenska heilbrigðiskerfinu sem er líkleg til að auka útgjaldþörfina. Notkun landsmanna á heilbrigðisþjónustu og umfang veittrar þjónustu leiðir til hærri útgjalda en annars staðar á Norðurlöndunum. Þótt margir veitendur heilbrigðisþjónustu starfi af skilvirkni sýna ýmsir mælikvarðar að kerfinu er um margt ábótavant þegar kemur að verkaskiptingu sem dregur úr skilvirkni kerfisins í heild.

Ísland kemur vel út í mælingum á heilbrigði þjóðarinnar en aðgengi Íslendinga að heilbrigðisþjónustu er lakara og árangur þjónustunnar misjafn

Nauðsynlegt er að skoða rekstrarhagkvæmni og samspil land- og lýðfræðilegra þátta sem áhrif hafa á þörf fyrir heilbrigðisþjónustu þegar reynt er að meta ávinning af þeim fjármunum sem varið er til hennar. Hér er átt við þætti sem hafa mikil áhrif á heilbrigði þjóðar án þess að tengjast þjónustunni beint. Ef einungis væri horft til þessara þátta mætti halda því fram að útgjöld til heilbrigðismála á Íslandi ættu jafnvel að vera lægri en þau eru í dag.

- **Lýðfræði:** Íslendingar eru tiltölulega ung þjóð (10,4% af þjóðinni eru eldri en 65 ára en meðaltalið er 14,6% annars staðar á Norðurlöndunum).
- **Lífnaðarhættir:** Lífnaðarhættir Íslendinga eru almennt heilbrigðir þegar litið er til reykinga og áfengisneyslu. Íslendingar virðast þó hreyfa sig eilítið minna og meira er um offitu meðal þeirra en raunin er annars staðar á Norðurlöndunum.
- **Tilhneiging þjóðarinnar til nýtingar á heilbrigðisþjónustu:** Íslendingar eru líklegri til að leita til læknis en hinar Norðurlandþjóðirnar og hlutfall heimsóknna er hátt miðað við höfðatölu en þetta er jafnframt afleiðing hvata í kerfinu.
- **Kostnaður í kerfinu:** Kostnaðarstig, t.d. laun heilbrigðisstarfsfólks, er sambærilegt við kostnaðarstig annars staðar á Norðurlöndunum.
- **Landfræðileg dreifing þjóðar:** Þótt meirihluti íslensku þjóðarinnar búi á höfuðborgarsvæðinu dreifist búseta annarra um stórt svæði. Þetta hefur í för með sér kostnaðarsama þörf fyrir að veita bráðaumönnun með smáu sniði á mörgum afskekktum stöðum. Á Íslandi eru afar fáir íbúar á ferkílómetra og langt er til næstu landa.

Á hinn bóginn ber einnig að líta til þátta sem snúa að rekstrarhagkvæmni í heilbrigðiskerfinu og tengjast beint frammistöðu heilbrigðisstofnana. Þar á meðal má nefna gæði þjónustunnar og tegund og magn þeirrar þjónustu sem heilbrigðisstarfsfólk veitir sem og rekstrarskilvirkni veitenda í kerfinu. Þótt Ísland komi vel út þegar almennt heilbrigði þjóðarinnar er mælt kemur landið verr út þegar litið er til gæðamælinga sem tengjast beint veittri heilbrigðisþjónustu. Auk þessa ýtir heilbrigðisstarfsfólk undir mikla notkun á þjónustu innan kerfisins þar sem notkun á aðföngum, t.d. myndgreiningartækjum og lyfjum, er mikil. Til viðbótar er meðallegutími sjúklinga á Íslandi lengri en á hinum Norðurlöndunum. Möguleikar eru til þess að bæta rekstrarhagkvæmni íslenska heilbrigðiskerfisins.

- **Gæði:** Heildstætt safn gæðavísa skortir sem hægt er að bera beint saman við alþjóðleg viðmið. Þær mælingar sem til eru benda þó til þess að staða Íslands sé góð samanborið við Norðurlöndin og OECD-löndin almennt. Þannig er mat landsmanna á eigin heilsu gott, lífslíkur eru góðar og ungbarnadauði lægstur innan OECD. Aftur á móti er staðan ekki eins góð hvað varðar gæðamælingar sem tengjast beint veitendum heilbrigðisþjónustunnar. Gæði þjónustu sem tengist beint einstökum veitendum eru lakari á Ísland en annars staðar á hinum Norðurlöndunum, svo sem hvað varðar aðgengi að þjónustu og árangur (innlagnir á spítala vegna astma og langvinnra lungnateppusjúkdóma, dánarhlutfall af völdum hjartaáfalls, dánarhlutfall af völdum heilablóðfalls, lífslíkur þeirra sem greinast með brjóstakrabbamein).
- **Magn/umfang umönnunar sem heilbrigðisstarfsfólk veitir:** Aðgengi að heilbrigðisstarfsfólki (læknum og hjúkrunarfræðingum) er í heild sambærilegt eða örlítið betra á Íslandi en á hinum Norðurlöndunum. Aðgengi að myndgreiningartækjum er gott. Heilbrigðisstarfsfólk á Íslandi hefur ríkari tilhneigingu til þess að vísa sjúklingum í rannsóknir og skurðaðgerðir en kollegar þeirra á Norðurlöndunum og notkun lyfja er mjög mikil (fjöldi rannsókna í segulóm- og sneiðmyndataækjum miðað við höfðatölu, lyfjaútgjöld miðað við höfðatölu, skurðaðgerðir miðað við höfðatölu). Þetta skýrist að hluta af því að greitt er fyrir magn þjónustu sem veitt er innan kerfisins. Á hinn bóginn eru sjúkrahúsinnlagnir færri á Íslandi en á Norðurlöndunum.
- **Rekstrarskilvirkni:** Framleiðni vinnuafls og nýting fjármuna er í takti við hin Norðurlöndin (fjöldi viðtala á lækni, fjöldi myndataka á myndgreiningartæki). Þegar litið er til skilvirkni einstakra veitenda heilbrigðisþjónustu er myndin blönduð. Í tilfelli Landspítalans er framleiðni vinnuafls mjög mikil, bæði þegar horft er til innlagna og koma á göngudeildir á hvert stöðugildi. Aftur á móti er meðallegutími langur sem bendir til þess að auka mætti skilvirkni á legudeildum spítalans. Þegar heilbrigðiskerfið er skoðað í heild sinni virðast ýmsir veitendur starfa á skilvirknan hátt með tilliti til þeirra verkefna sem þeir hafa tekið að sér. Engu að síður gæti önnur dreifing verkefna og aðfanga aukið rekstrarskilvirkni kerfisins og jafnframt stuðlað að auknum gæðum umönnunar sem skiptir mestu máli. Á heildina litið er frammistaða veitenda heilbrigðisþjónustunnar líkleg til að auka útgjaldþörf heilbrigðiskerfisins.