

Nefndarsvið Alþingis

nefnasvid@althingi.is

Austurstræti 8-10

150 Reykjavík

Reykjavík, 25. Apríl 2017

Efni: Umsögn Landspítala um þingsályktunartillögu um fjármálaáætlun 2018-2022

Ofangreind þingsályktunartillaga var lögð fram á Alþingi 31.mars. Almennur skilafrestur umsagna var til 21.apríl eða aðeins 10 virkir dagar á tímabili sem Íslendingar nýta jafnan mikið til ferðalaga og frítíma. Landspítali telur þennan 10 daga umsagnartíma allt of skamman þegar um svo veigamikil mál er að ræða en þakkar jafnframt þann frest sem sjúkrahúsinu var veittur.

Í umsögn Landspítala verður vísað til þingsályktunartillögunnar og fjármálaáætlunarinnar hér eftir sem „tillögunnar“ eða „áætlunarinnar“.

Helstu ábendingar og athugasemdir Landspítala

- Í forsendum tillögunnar hvað framlög til velferðarmála, m.a. heilbrigðisþjónustu, varðar er miðað við norrænar tölur sem ekki teljast almennt samanburðarhæfar milli landa. Landspítali telur þetta val á viðmiðum grundvallarforsendubrest í tillögunni. Ekki er ljóst hvaða rök lágu til þessa vals á samanburðartölum en áhrifin nema tugum milljarða bara hvað heilbrigðismál varðar.
- Ofangreint val á viðmiðum er ekki síst óheppilegt í ljósi þess að af þessum viðmiðum er dregin sú afgerandi ályktun að „sé opinber þjónusta lakari hér á landi en á öðrum Norðurlöndum og árangur lakari er skýringanna ekki að leita í lægri fjárframlögum“.
- **Samkvæmt tillögunni vantar á árinu 2018 um það bil 10 milljarða til rekstrar og nauðsynlegra tækjakaupa og annars stofnkostnaðar á Landspítala.** Er þá miðað við mat Landspítala á uppsafnaðri viðbótarfjárförf spítalans, sem Velferðar-ráðuneytið kallaði eftir við gerð umræddrar tillögu.
- **Samkvæmt tillögunni þurfa innlend sjúkrahús að skera niður kostnað um um það bil 5 milljarða á tímabilinu miðað við þau nýju verkefni sem tilgreind eru í tillögunni en óbreytta starfsemi að öðru leyti.** Með öðrum orðum: það viðbótarfé sem lagt er til nýrra verkefna í tillögunni virðist að verulegu leyti fengið með því að fella niður fjármögnun ýmissa verkefna sem nú eru til staðar og verða það áfram auk þess sem sum þeirra nýju verkefna sem tillagan felur í sér eru aðeins fjármögnuð að hluta.

- Landspítali gerir athugasemd við að ekki er greint á milli viðbótarframlaga til rekstrar-
kostnaðar annars vegar og stofnkostnaðar hins vegar í tillögunni. Áhrifin eru þau að við-
bætur til sjúkrahúsjónustu eins og þær eru settar fram, virðast mun meiri (allt að 80%
meiri) en þær eru í raun hvað rekstrarstyrkingu varðar. Þó er **hvergi gert ráð fyrir tækja-
kaupum vegna nýbygginga við Hringbraut né nauðsynlegri endurgerð eldri húsa** en
hvoru tveggja er forsenda þess að nýr meðferðarkjarni og rannsóknarhús verði tilbúin árið
2023 eins og lögð er áhersla á í áætluninni og skili þeim ábata fyrir samfélagið sem lagt
var upp með.
- Landspítali telur að í forgangsröðun til einstakra þátta heilbrigðisþjónustu sé í ákveðnum
veigamiklum tilvikum gengið þvert á almenn viðmið um forgangsröðun til heilbrigðis-
þjónustu og gegn ráðleggingum þeim sem erlendir ráðgjafar veittu fjárlaganefnd og
velferðarráðuneyti með skýrslu á árinu 2016. Samkvæmt tillögunni munu fjárveitingar til
þjónustu utan sjúkrahúsa aukast margfalt á við það sem bætt er við rekstrargrundvöll
sjúkrahúsa landsmanna.
- Hægt er að túlka ofangreinda forgangsröðun í tillögunni, svo og þá forgangsröðun sem
raungerð hefur verið með forgangsröðun fjárveitinga síðustu ár, sem stefnumörkun stjórn-
valda í þá átt að færa þjónustu frá sjúkrahúsum, ekki síst Landspítala, og til veitenda utan
sjúkrahúsa. Það er ekki í takt við yfirlýst markmið stjórnvalda, svo og vilja almennings
samkvæmt skoðanakönnunum.
- Ákveðin atriði í tillögunni telur Landspítali ekki í samræmi við anda nýrra laga um opin-
ber fjármál.

Uppsöfnuð viðbótarfjárbörf LSH 2018 til 2022 mv. fjárveitingar 2017							Alls 5 ára
		2018	2019	2020	2021	2022	áætlun uppsafnað
<i>Í milljónum króna á verðlagi 2017</i>							
Eftirspurnaraukning vegna mannfjöldapróunar	rekstur	2.287	3.238	4.206	5.205	6.221	21.156
Útskriftard. aldraðra (L2) og öldrunad. á Vífilsstöðum, ófjármagnaður rekstur	rekstur	579	579	579	579	579	2.893
Greiningardeild	rekstur	212	212	212	212	212	1.060
Brjóstamiðstöð, stofnkostnaður*	fjárfest						0
Brjóstamiðstöð, rekstur	rekstur	400	400	400	400	400	2.000
Rekstur jáeindaskanna (PET)	rekstur	336	336	336	336	336	1.680
Erfðafræði, stofnkostnaður*	fjárfest						0
Erfðafræði, rekstur	rekstur	400	400	400	400	400	2.000
Þróun sérhæfðrar þjónustu á göngudeildum**	rekstur	600	600	600	600	600	3.000
Fjölgun sérfræðilækna og aukning starfshlutfalls**	rekstur	300	600	900	1.100	1.300	4.200
Endurskoðun vinnuskipulags, jafnlaunaúttekt ofl.**	rekstur	300	650	1.100	1.425	1.750	5.225
Efling mönnunar á geðsviði**	rekstur	245	245	245	245	245	1.227
Viðhald (rekstur 1)	rekstur	479	479	479	479	369	2.285
Endurbætur og nýframkvæmd (fjárfesting umfram fjárveitingar í grunni) 2)	fjárfest	469	469	469	469	379	2.255
Tækjakaup (fjárfesting umfram fjárveitingar í grunni) 3)	fjárfest	1.215	1.252	1.297	1.339	1.378	6.481
Uppbygging í gæða- og öryggismálum lyfja	rekstur	115	175	295	385	475	1.445
Annað gæða- og umbótastarf	rekstur	48	70	113	146	179	556
Rafræn sjúkraskrá	rekstur	400	400	400	400	400	2.000
Aukin sjálfvirkni og bætt notendaviðmót mannauðskerfa	rekstur	30	50	70	90	100	340
Vísindastarf	rekstur	312	521	937	1.249	1.562	4.581
Framhaldsmenntun lækna	rekstur	90	180	180	180	180	810
Sérmenntun hjúkrunarfræðinga í skurð-, svæfinga- og gjörgæsluhjúkrun	rekstur	25	42	75	100	125	367
Klínískt viðbótarnám annað	rekstur	20	33	60	80	100	293
Sí- og endurmenntun, herminám	rekstur	131	302	494	625	706	2.258
Leiðrétting launabóta v. kjarasamninga lækna	rekstur	400	400	400	400	400	2.000
Tæki og búnaður vegna NLSH	fjárfest	70	90	200	700	3.900	4.960
Breytingar á eldra húsnæði í tengslum við NLSH	fjárfest	700	1.400	1.400	1.550	1.850	6.900
NLSH undirbúningur	rekstur	170	180	200	210	220	980
Alls viðbótarfjárbörf		10.333	13.302	16.047	18.903	24.366	82.951

* Kostnaður vegna þessa fellur undir fjárfestingaráætlun vegna tækjabúnaðar og vegna nýframkvæmdar.

** Að einhverju marki skarast þessi kostnaður við áætlaðan kostnað eftirspurnaraukningar. Þetta þarf að greina nánar.

1) Umfram núverandi fjárveitingu í grunni sem er 511 m.kr.

2) Umfram núverandi fjárveitingu í grunni sem er 341 m.kr.

3) Umfram fjárveitingu til tækjakaupa 2018 skv. tækjakaupaáætlun velferðarráðuneytis frá 2013 sem er 786 m.kr.

Bakgrunnur og forsendur almennt

Samkvæmt tillögunni er eitt meginmarkmiða ríkisstjórnarinnar, hvað hagstjórn varðar, að styrkja opinbera þjónustu og innviði hennar og því ber að fagna. Jafnframt er sérstaklega tekið fram að sú hagspá, sem áætlunin byggir á, geri ráð fyrir að það tímabil sem áætlunin taki til verði eitt lengsta samfellda hagvaxtartímabil sögunnar hérlendis. Einnig kemur fram að gæta þurfi sérstaklega að þenslu í hagkerfinu og því þurfi að sýna aðhald í áætlanagerð þar sem áætlunin sé hugsanlega ekki nægilega aðhaldssöm.

Samkvæmt mynd á bls. 16 í áætluninni er reiknað með að samneysla/ríkisútgjöld sem hlutfall af vergri landsframleiðslu (VLF) fari niður fyrir 25 ára meðaltal á því 5 ára tímabili sem áætlunin tekur til. Hvað heilbrigðisþjónustu varðar hlýtur slíkur samdráttur að vera óraunhæfur í ljósi hraðvaxandi eftirspurnar eftir heilbrigðisþjónustu, sem að stórum hluta stafar af lýðfræðilegri þróun og í ljósi háværra radda almennings um eflingu heilbrigðiskerfisins í landinu.

Fjárframlög til heilbrigðisþjónustu almennt, samanburður við önnur Norðurlönd

Landspítali telur það hrósvert hve mikil áhersla er lögð á samanburð við önnur Norðurlönd hvað varðar fjárveitingar til ýmissa velferðarmála og þar með fjárhagslegan grundvöll þjón-

ustunnar. Í töflu á bls. 81 í tillögu stjórnvalda er gerð grein fyrir framlagi Norðurlandanna til velferðarmála sem hlutfalls af VLF. Vísað er til OECD sem heimildar.

Tafla1: Opinber útgjöld á Norðurlöndum

Opinber útgjöld á Norðurlöndunum til sjö málaflokka								
Heimild: OECD Hlutfall af VLF, 2015	Umhv.	Húsn.	Öryggi	Menn.	Efnah.	Mennt.	Heilbr.	7 málfl.
Noregur	0,9	0,8	1,1	1,5	5,1	5,5	8,4	23,3
Danmörk	0,5	0,3	1,0	1,8	3,7	7,0	8,6	22,9
Finnland	0,2	0,4	1,3	1,5	4,8	6,2	7,2	21,6
Svíþjóð	0,3	0,7	1,3	1,1	4,2	6,5	6,9	21,0
Ísland	0,6	0,5	1,5	3,2	5,0	7,5	7,4	25,7
Meðaltal án Íslands	0,5	0,6	1,2	1,5	4,5	6,3	7,8	22,2

Umhv.: Umhverfismál
Húsn.: Húsnæðis-, skipulags- og veitumál
Öryggi: Löggæsla, réttargæsla og öryggismál
Menn.: Menningar- íþrótt- og trúmál
Efnah.: Efnahags- og atvinnumál
Mennt.: Menntamál
Heilbr.: Heilbrigðismál

Samkvæmt töflunni eru opinber útgjöld Norðurlanda (að Íslandi undanskildu) til heilbrigðismála að meðaltali 7,8% af VLF, framlag Íslands er 7,4%. Þar kemur einnig fram að framlag Svía til heilbrigðismála sé 6,9 prósent VLF en það er talsvert lægri tala en þau ríflega 11 prósent sem almennt hafa verið í umræðunni sem viðmiðunartalan fyrir Svíþjóð. Í niðurlagi textans sem töflunni fylgir segir svo: „Umfang opinberrar þjónustu er því almennt ekki minna en það sem tíðkast í nágrannalöndunum.... Sé opinber þjónusta lakari hér á landi en á öðrum Norðurlöndum og árangur lakari er skýringanna ekki að leita í lægri fjárframlögum. “ Þessi ályktun er býsna afgerandi– og þá er mikilvægt að hún byggi á bestu fáanlegu gögnum. Það vekur því athygli að tölurnar í þingsályktunartillögunni eru talsvert aðrar en þær sem almennt hafa verið kynntar í samanburði á framlögum Norðurlanda til heilbrigðismála.

Skýringin er sú að yfirvöld virðast í sinni áætlun hafa miðað við þau gögn OECD sem byggjast á ríkisreikningum landanna en almennt í umræðum um framlög til heilbrigðismála hefur verið miðað við tölur úr sérstökum skýrslum OECD um heilbrigðiskerfi landanna, sem kallast *Health at a Glance*¹. Til dæmis var heilbrigðisskýrsla OECD fyrir árið 2015 kynnt á vefsíðu Velferðarráðuneytis með þessum orðum: “Í ritinu birtast nýjustu samanburðarhæfar upplýsingar um ýmsa mikilvæga þætti heilbrigðisþjónustu í aðildarríkjum stofnunarinnar”. Til marks um notagildi talna úr þessum heilbrigðisskýrslum OECD, umfram aðrar OECD staðtölur (svo sem þær er byggjast á ríkisreikningum), voru þær notaðar í skýrslu velferðarráðuneytis og fjárlaganefndar Alþingis um rekstur Landspítala sem unnin var af *McKinsey & Company* og kom út árið 2016. Það kemur því á óvart að í fimm ára áætluninni sé miðað við aðrar og talsvert ólíkar tölur.

Ef ætlunin er að bera saman heildarútgjöld til heilbrigðismála, það er að segja það fé sem úr er að spila til að veita þjónustu, er réttast að nota þær tölur sem birtast í *Health at a Glance*, enda

¹ <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>

sérstaklega ætlaðar til þess arna, almennt notaðar í norrænum samanburði, og varla ástæða til að hafa annan hátt á hérlendis (sjá töflu hér að neðan).

Tafla 2: Útgjöld til heilbrigðismála sem hlutfall af VLF, 2015

	OECD* Ríkisreikningar Fjármálaáætlun	OECD* Health at a Glance
Noregur	8,4	9,9
Danmörk	8,6	10,6
Finnland	7,2	9,6
Svíþjóð	6,9	11,1
Ísland	7,4	8,8
Meðaltal án Íslands	7,8	10,3

[*http://stats.oecd.org](http://stats.oecd.org)

Á vefsíðu OECD þar sem tölurnar í fjármálaáætluninni eru fengnar stendur m.a. að þær endurspegli ekki umfang heildarkostnaðar sem lagður er til heilbrigðisþjónustu:

“General government spending, as a share of GDP and per person, provides an indication of the size of the government across countries. General government spending generally consists of central, state and local governments, and social security funds. **The large variation in this indicator highlights the variety of countries' approaches to delivering public goods and services and providing social protection, not necessarily differences in resources spent.** This indicator is measured in terms of thousand USD per capita and as a percentage of GDP. Data are under System of National Accounts 2008 (SNA 2008) for all countries except for Chile, Japan and Turkey where data are under SNA 1993.” <https://data.oecd.org/gga/general-government-spending.htm#indicator-chart>

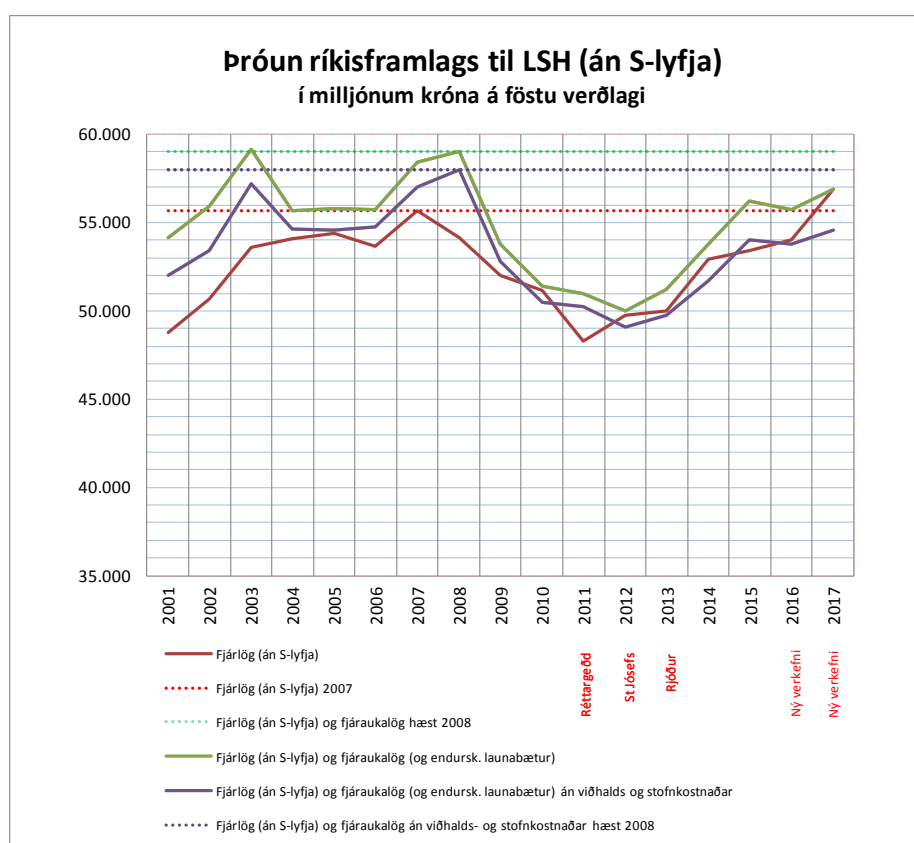
Þetta skiptir verulegu máli – það munar tveimur og hálfu prósentustigi á meðalframlagi Norðurlandanna til heilbrigðismála eftir því hvort horft er til þeirra OECD talna sem umræðan hefur byggst á, þ.e. úr skýrslum OECD um heilbrigðisþjónustu, (*Health at a glance*) eða hvort valið er að horfa til gagna úr ríkisreikningum, sem eins og áður segir, teljast síður sambærileg. Tvö og hálf prósentustig í þessu samhengi eru ekkert smáræði – þarna er tugmilljarða munur.

Fjárframlög til Landspítala

Hvað fjármögnun heilbrigðisþjónustu almennt varðar, og þá Landspítala sérstaklega, er vand séð við hvaða aðstæður í hagkerfinu verði unnt, að mati stjórnvalda, að veita til þessara þátta því fjármagni sem þeim hæfir og er í takt við fjárveitingar nágrannaþjóða til sömu mála-flokka. Frá aldamótum hefur íslenskt samfélag í efnahagslegu tilliti upplifað bæði hæstu hæðir og mestu lægðir sem menn muna. Allan þann tíma hafa fjárframlög til Landspítala verið miklum takmörkunum háð og efnahagsaðstæður jafnan sagðar þar að baki – ekki skorti viljann til að byggja upp og styrkja hornstein íslenskrar heilbrigðisþjónustu. En samræmi milli texta og talna er takmarkað á stundum. Rétt er að rekja þróun fjárframlaga til Landspítala síðustu ár til að skýra þær forsendur sem tillagan hlýtur að miðast við, þ.e. þann rekstrar-grundvöll sem sjúkrahúsinu er búinn í dag.

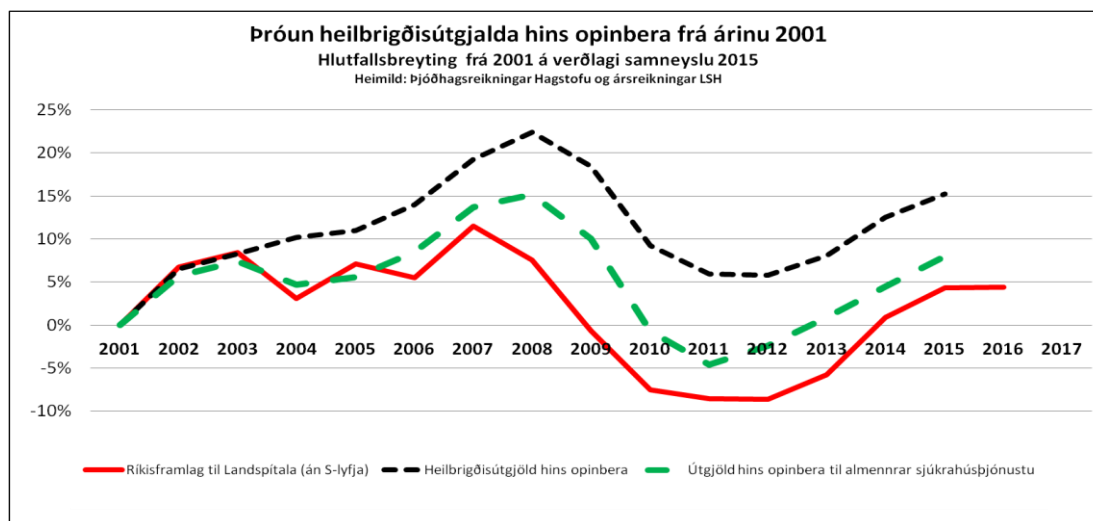
Samkvæmt gögnum úr ríkisreikningum og endurskoðuðum ársreikningum Landspítala er sjúkrahúsið enn rekið fyrir svipað fjármagn (á föstu verðlagi) og í upphafi aldarinnar þó svo umfang þjónustunnar hafi aukist verulega, annars vegar vegna aukinnar eftirspurnar eftir þjónustu (vegna öldrunar þjóðarinnar og aukinnar byrði langvinnra sjúkdóma) og hins vegar vegna verkefna sem beinlínis hafa verið flutt til hans (svo sem rekstur réttargeðdeildar, Rjóðurs, og þjónustu sem áður var veitt á St. Jósefsspítala í Hafnarfirði). Þrátt fyrir að þessum verkefnum hafi fylgt fé þá hefur niðurskurður komið á móti og nettó niðurstaðan því sú að ríkisframlag á föstu verðlagi til rekstrar spítalans árið 2017 eru lægri en í aldarbyrjun. Samanburður á breytilegu verðlagi (verðlagi hvers árs) eins og stundum er í umræðunni er að sjálfsögðu ekki boðlegur.

Mynd 1: Þróun ríkisframlags til LSH



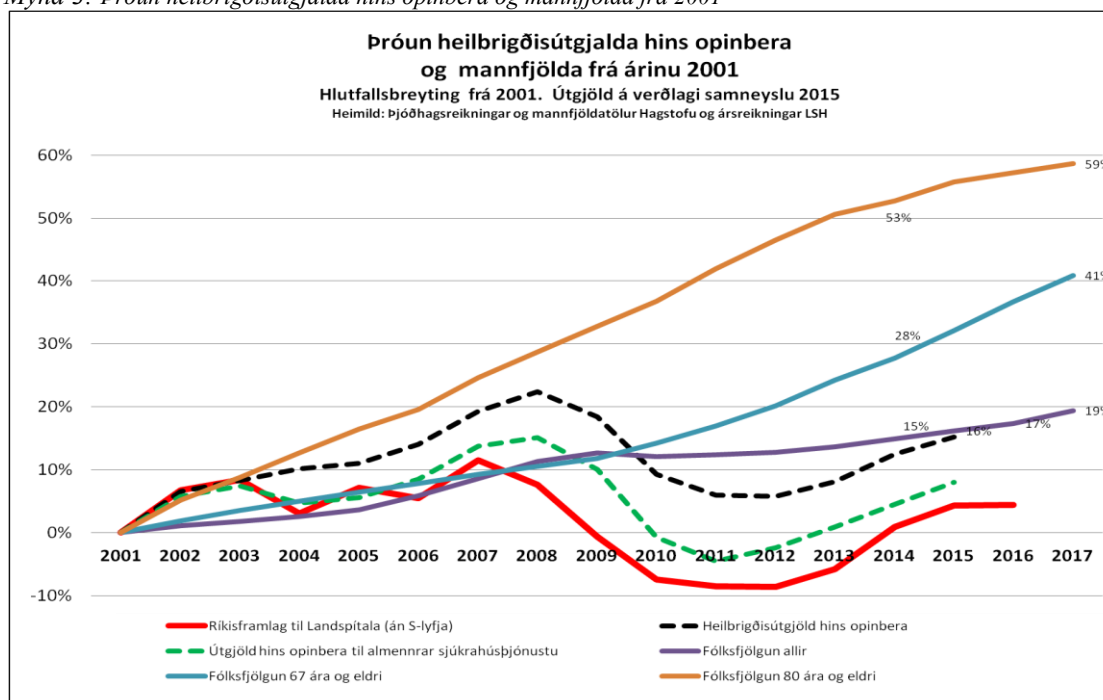
Landspítali axlaði þungar byrðar niðurskurðar í kreppunni eftir fall bankanna. Um það vitna gögn úr þjóðhagsreikningi Hagstofu og endurskoðuðum ársreikningum spítalans. Á föstu verðlagi lækkuðu fjárframlög til Landspítala hlutfallslega meira en til heilbrigðisþjónustu almennt og hlutfallslega meira en til sjúkrahúsþjónustu almennt. Hækkun fjárframlaga skilar sér líka í minna mæli og seinna en til annarra þátta heilbrigðisþjónustunnar.

Mynd 2: Þróun heilbrigðisútgjalda hins opinbera frá 2001



Þessi þróun er ekki í neinu samræmi við þau verkefni sem Landspítala er ætlað að sinna eins og myndin hér að neðan sýnir en þar er, auk hlutfallslegrar þróunar fjárframlaga, sýnd hlutfallsleg fjölgun landsmanna á sama tímabili, bæði almennt og í elstu aldurshópunum en það eru jú þeir sem mest þurfa á þjónustu sjúkráhusins að halda. Einstaklingar 67 ára og eldri taka til sín meira en helming legudaga á Landspítala – og eiga alltof oft ekki í önnur hús að venda, heldur þurfa að bíða vikum og mánuðum saman eftir búsetuúrræði utan spítalans sem þeir eiga rétt á samkvæmt lögum.

Mynd 3: Þróun heilbrigðisútgjalda hins opinbera og mannfjölda frá 2001



Frá aldamótum hafa opinber framlög til Landspítala dregist saman um 20,4% sem hlutfall af heildarútgjöldum ríkisins, um 17,7% sem hlutfall af heilbrigðisútgjöldum ríkisins (2000-2015), og um 18,6% sem hlutfall af VLF.

Tafla 3: Framlag ríkis til Landspítala 1999-2016

Framlag ríkis til Landspítala 1999-2016

Ár	sem hlutfall af útgjöldum ríkisins til heilbrigðismála 1) 2)	sem hlutfall af heildarútgjöldum ríkisins 1)	sem hlutfall af VLF 3)
1999	34,39%	9,18%	2,74%
2000	35,10%	9,32%	2,67%
2001	34,73%	8,87%	2,62%
2002	34,68%	9,62%	2,87%
2003	34,63%	9,38%	2,95%
2004	35,36%	9,62%	2,85%
2005	33,17%	8,63%	2,61%
2006	32,50%	8,84%	2,47%
2007	32,68%	8,55%	2,44%
2008	31,63%	7,79%	2,35%
2009	26,44% 3)	5,96% 3)	2,13% 3)
2010	26,75%	5,92%	2,05%
2011	27,42%	6,55%	2,03%
2012	29,03%	6,97%	2,18%
2013	27,43%	6,76%	2,07%
2014	28,47%	6,78%	2,17%
2015	28,90%	7,23%	2,17%
2016	-	7,42%	2,17%

Heimild: Fjárlög og Hagstofa.is

1) Framlag ríkis til LSH og heildarútgjöld ríkis eru samkv. fjárlögum og fjárukalögum

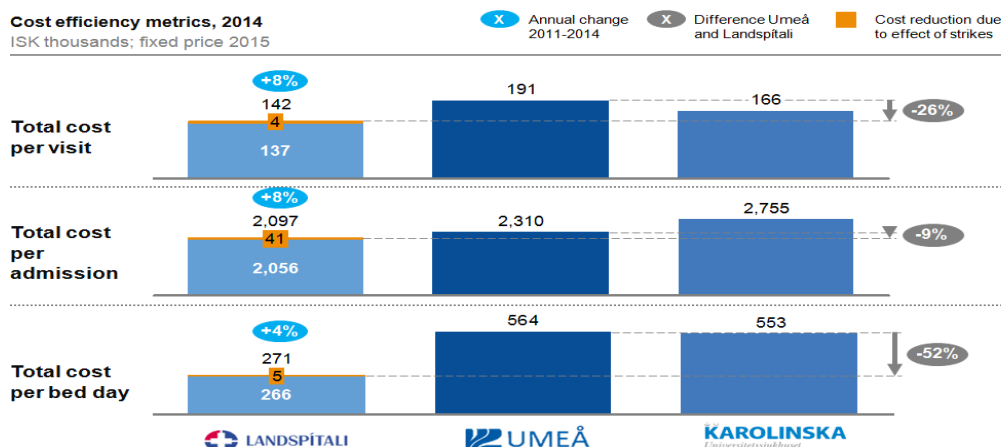
2) Við flokkun ríkisútgjalda í málaflokka er hluti (3,5%) af útgjöldum til LSH flokkaður undir menntamál. Hér er heildarframlag til LSH reiknað sem hlutfall af útgjöldum til heilbrigðismála. Gögn ná ekki lengra en til ársins 2015.

3) Í fjárlögum 2009 var fjárveiting vegna kostnaðar og umsýslu S-merktra lyfja sem ávísað er á dag- og göngudeildum flutt frá LSH til Sjúkratrygginga Íslands (SÍ). S-merkt lyf eru þau lyf sem eru eingöngu til sjúkrahúsnóta.

Sú þróun sem rakin hefur verið hér að framan er með ólíkindum þegar litið er til rekstrar og starfsemi Landspítala á tímabilinu og þeirra verkefna sem sjúkrahúsinu eru falin. Hún er líka með allt öðrum hætti en gerist meðal okkar nágrannaþjóða. Það ætti því ekki að koma á óvart að fjárlaganefnd Alþingis og velferðarráðuneyti fengu ráðgjafarfyrirtækið *McKinsey & Company* til að gera úttekt á rekstri og starfsemi spítalans árið 2016. Í þeirri skýrslu var ofangreind greining að mestu staðfest auk þess sem ýmsar kostnaðar- og rekstrartölur Landspítala voru bornar saman við sænsk háskólasjúkrahús (<https://www.velferðarraduneyti.is/rit-og-skyrslur-vel/lykill-ad-fullnytingu-taekifaera-landspitalans-islenska-heilbrigdiskerfid-a-krossgotum>). Í skýrslunni kemur fram að Landspítali hefur náð fáheyrðum árangri við að lækka rekstrar-kostnað sinn; kostnaður per legudag er um 50% lægri en á sambærilegum sænskum sjúkrahúsum að teknu tilliti til verðlags.

Mynd 4: Samanburður á kostnaði milli LSH og sænskra háskólasjúkrahúsa, McKinsey & Company 2016

Cost per visit, admission, and bed day has increased since 2011, differences to benchmarks reflect both efficiency and case mix



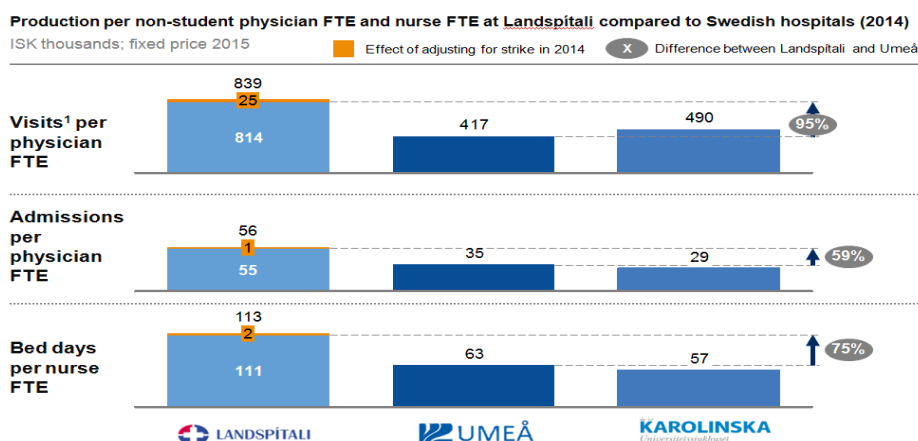
Note: All visits but excluding phone calls and emails are included. Costs in SEK and EUR converted to ISK using PPP adjusted exchange rates
SOURCE: Landspítali; Swedish hospitals; OECD

McKinsey & Company 17

Þetta skýrist að verulegu leyti af því að fjárheimildir spítalans takmarka mjög þann mannafla sem hægt er að ráða til að sinna þjónustunni. Því er álag á starfsmenn, eða afköst, allt að 95% (nánast tvöfalt) hærri en gerist í Svíþjóð.

Mynd 5: Afköst lækna og hjúkurnarfræðinga samanburður milli LSH og sænskra háskólasjúkrahúsa, McKinsey & Company 2016

Clinical staff at Landspítali is on average responsible for considerably more production than their peers at Umeå and Karolinska



Note: Includes staff and production for all care provided at Landspítali, whereas psychiatry (volumes and FTEs) is excluded for Swedish hospitals. Includes all visits but excludes phone calls and emails

SOURCE: Landspítali; Swedish University Hospital Benchmark 2015

McKinsey & Company 23

Fyrir liggur að hækkunir á framlögum ríkisins til Landspítala á síðustu árum hafa að mestu verið vegna kjarasamninga sem hið opinbera, ekki Landspítali, gerði við félög heilbrigðis-

stétta á landinu. Þó Landspítali fagni því að sjálfsögðu að hið opinbera kjósi að bæta kjör sinna starfsmanna þá nýtast þessar hækkningar ekki til að styrkja reksturinn.

Af því sem að ofan greinir liggur því algerlega fyrir að Landspítali hefur um margra ára skeið verið vanfjármagnaður. Þá gildir einu hvort skoðuð er þróun ríkisframlaga til spítalans frá aldamótum, þróun á hlutdeild Landspítala í opinberum útgjöldum almennt eða heilbrigðisútgjöldum sérstaklega eða hvort litið er til sambærilegra sjúkrahúsa í Svíþjóð. Því miður ber tillagan ekki með sér að úr því eigi að bæta á næstu fimm árum.

Forgangsröðun til einstakra þátta í áætluninni

Sérstaklega er fjallað um mikilvægi skilgreininga á þjónustuframboði, sem undirstöðu markvissrar forgangsröðunar (t.d. á bls. 81). LSH tekur auðvitað undir þetta og einnig er hægt að vísa til margnefndrar McKinsey skýrslu. Ýmsir þættir í tillögunni virðast þó ganga í berhöggi við þessi skilaboð, svo sem verulegar fjárveitingar til meðferðar erlendis á grundvelli biðtíma og ESB tilskipunar svo og endurteknar viðbótarfjárveitingar til sérfræðilæknasamnings SÍ sem nú mun vera til skoðunar hjá Ríkisendurskoðun. Samningurinn skilgreinir þjónustuframboð ekki með fullnægjandi hætti og því væri edlilegt að geyma frekari fjárveitingar til hans þar til þetta hefur verið lagfært.

Einnig vekur athygli að á ýmsum stöðum í áætluninni, meðal annars þar sem fjallað er um áætlaðar fjárveitingar til þátta sem falla undir Sjúkratryggingar Íslands, er viðbótum við fjárframlög lýst sem viðbrögðum við „veikleikum“ í fyrri áætlunum. Hér mun átt við að reynslan hafi sýnt að fyrri áætlanir hafi vanmetið raunkostnað og halli hafi orðið á viðkomandi þáttum. Landspítali fagnar því auðvitað að þarna sé reynt að koma til móts við raunverulegan kostnað af því að veita lögbundna þjónustu. Það vekur hins vegar talsverða undrun að hið sama eigi ekki við um aðra þjónustu – þ.e. að ekki sé talin ástæða til að bregðast við „veikleikum“ í framlögum til annarra þátta, svo sem sjúkrahúsþjónustu. Nú er það svo að flestar vestrænar þjóðir hafa sett sér viðmið um með hvaða hætti skuli forgangsráða til mismunandi tegunda heilbrigðisþjónustu – það býr jú engin þjóð við þann munað að geta leyft sér óheft útgjöld til málaflokksins. Almennar reglur um forgangsröðun (byggðar á víðum faglegum grundvelli svo sem á sviði siðfræði, læknisfræði og lögfræði) kveða á um að bráð og lífsbjargandi þjónusta skuli alltaf hafa forgang umfram t.d. langtímaeftirlit og –meðferð. Slík meðferð er gjarnan veitt utan sjúkrahúsa. Sjá yfirlit um viðmið Svía um forgangsröðun til mismunandi tegunda heilbrigðisþjónustu.

Tafla 4: Viðmið um forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu í Svíþjóð

Table 2
Swedish Priority Commission: priority groups in clinical activity

Priority group	Content of care
IA	Care of life-threatening acute diseases and diseases which, if left untreated, will lead to permanent disability or premature death
IB	Care of severe chronic diseases Palliative terminal care Care of people with reduced autonomy
II	Individualised prevention in contacts with medical services Habilitation/rehabilitation as defined in the Health and Medical Services Act
III	Care of less severe acute and chronic diseases
IV	Borderline cases
V	Care for reasons other than disease or injury

Sú forgangsröðun sem fram kemur í tillögunni, þ.e. að bæta „veikleika“ í t.d. fjármögnun þjónustu utan sjúkrahúsa fremur en að koma til móts við margstaðfesta fjárvöntun Landspítala (sem m.a. hefur verið staðfest af skýrslu fjárlaganefndar og velferðarráðuneytis), kemur því talsvert á óvart. Þessi ráðstöfun er ekki síst einkennileg í ljósi yfirlýsts markmiðs áætlunarinnar um að skýra vel þjónustuframboð (sem samningur um sérfræðiþjónustu utan sjúkrahúsa gerir ekki að mati Ríkisendurskoðunar að því er hermir) og að ráðgjafar fjárlaganefndar og velferðarráðuneytis (McKinsey) lögðu sérstaka áherslu á að ekki skyldi aukið við fjárfrahlög til heilbrigðismála nema skýr stefna lægi þar að baki. Sú er ekki raunin að því er Landspítala er kunnugt.

Það sama gildir einnig um stóraukin framlög til SÍ vegna kaupa á sjúkrahúsþjónustu erlendis samkvæmt tillögunni. Undir erlenda sjúkrahúsþjónustu fellur annars vegar mjög sérhæfð þjónusta sem ekki er hægt að veita hérlendis og hins vegar þjónusta sem sjúklingar hafa rétt á að sækja erlendis vegna óhóflegs biðtíma hér eða á grundvelli ESB tilskipunar um rétt sjúklinga til að leita sér þjónustu utan heimalands. Það er einkennilegt að sjá svo miklu fé ráðstafað til þessa verkefnis í ljósi þess að alger óvissa ríkir um eftirspurn eftir þeirri þjónustu, og þess að biðlistaátak stjórnvalda mun væntanlega draga úr þeirri eftirspurn. Þetta fé væri betur nýtt í uppbyggingu þjónustu innanlands sem enn frekar myndi draga úr þessari meintu eftirspurn. Þetta er ekki síst mikilvægt í ljósi þess að fyrir liggur að sjúkrahúsþjónusta á LSH er miklum mun hagkvæmari en gerist t.d. á sænskum samanburðarsjúkrahúsum (samanber hér að ofan). Sjúklingar sem kjósa að sækja þjónustu erlendis á grundvelli ESB tilskipunarinnar fá ekki allan kostnað við þjónustuna greiddan, heldur einungis sem samsvarar því sem þjónustan kostar í þeirra heimalandi. Þannig fengi sjúklingur sem færi til Svíþjóðar til meðferðar aðeins greiddan um helming raunkostnaðar við meðferðina þar (ef marka má greiningu *McKinsey*) og þyrfti sjálfur að standa straum af hinum helmingnum. Það er því bjarnargreiði við neytendur að forgangsráða verulegum fjármunum til þjónustu utan Íslands þegar unnt er að veita sömu þjónustu hérlendis fyrir mun minna fé. Þetta verður að teljast mjög einkennileg forgangsröðun þegar markmið stjórnvalda hlýtur að vera að fá sem mesta og besta þjónustu á sem hagkvæmstu verði.

Hvað heilbrigðisstofnanir varðar, ma. LSH, er gert ráð fyrir svokölluðum „reiknuðum raunvexti“ upp á 1% á ári, vegna lýðfræðilegrar þróunar og þar með aukinnar eftirspurnar eftir þjónustu. Í nokkrum öðrum málaflokkum er gert ráð fyrir meiri raunvexti t.d. vegna lýðfræðilegrar þróunar (bls. 63). Óvíða gætir áhrifa lýðfræðilegrar þróunar meira en á heilbrigðisstofnunum og þarna er því um vanmat á raunverulegri þróun eftirspurnar að ræða. Raunþróun eftirspurnar eftir þjónustu LSH síðustu ár hefur verið um 1,8%. Samkvæmt starfsemistölum Landspítala og mannfjöldaspá Hagstofu Íslands liggur fyrir að aukning eftirspurnar verður enn hraðari á næstu árum og því er óraunsað að miða við 1% - þarna er augljós veikleiki í áætlanagerð sem brýnt er lagfæra nú þegar með sama hætti og gert er við ýmsa aðra málaflokka í tillögunni.

Úr tillögunni má lesa að hér er í raun um áframhald af stefnu síðustu ára að ræða sem raungerð hefur verið með fjárlögum. Í neðangreindri töflu má sjá þróun fjárframlaga til sjúkrahúspjónustu annars vegar og þjónustu utan sjúkrahúsa hins vegar (breyting milli ára, ekki uppsöfnuð). Hækkun til sjúkrahúspjónustu nam tæpum 12% en til þjónustu utan spítala ríflega 21% milli 2015 og 2017. Samkvæmt tillögunni er svipuð þróun í fjárframlögum til beggja málefna sviða á tímabilinu 2018-2022 þegar litið er til rekstrar og stofnkostnaðar í heild. Augljóslega er veruleikinn annar ef fjárfesting (stofnkostnaður) er tekinn til hliðar. Af þeim tæpu 45 milljörðum sem í tillögunni er gert ráð fyrir að bæta við málefna svið sjúkrahúspjónustu má reikna með að að lágmarki fari 36 milljarðar til fjárfestingar (stofnkostnaðar) eða um 80% af heildinni. Samkvæmt því vex viðbótarfjármagn til rekstrar sjúkrahúspjónustu ekki um 17,3% heldur líklega nær 8% hlutfall á tímabilinu. Fjárframlög til þjónustu utan sjúkrahúsa jukust nánast tvöfalt á við sjúkrahúspjónustu milli áranna 2015 og 2017, samkvæmt tillögunni fær það málefna svið að halda þeirri aukningu og fær að auki verulegt viðbótarfjármagn.

Úr töflum á bls. 298 og 296 í fjármálaáætluninni.							
Heildarútgjöld í m.kr.	Fjárlög og Reikningur			Breyting 2015-2017			
	2015	fjárúkalög 2016	Fjárlög 2017	mkr	%		
23 Sjúkrahúspjónusta	74.268	76.259	82.999	8.731	11,8%		
24 Heilbrigðisþjónusta utan sjúkrahúsa	34.650	39.514	42.036	7.386	21,3%		
Úr töflum á bls. 294 og 302 í fjármálaáætluninni.							
Útgjaldarammi í m.kr.	Áætlun					Breyting 2018-2022	
	2018	2019	2020	2021	2022	mkr	%
23 Sjúkrahúspjónusta	83.337	87.493	92.710	96.775	99.415	16.078	17,3%
24 Heilbrigðisþjónusta utan sjúkrahúsa	45.316	46.636	48.289	50.935	53.579	8.263	17,1%

Framlög til sjúkrahúspjónustu skv. tillögunni

Í áætlun stjórnvalda eru sýnd fjárframlög til sjúkrahúspjónustu í heild, en undir þann lið fellur sérhæfð sjúkrahúspjónusta, sem veitt er á Landspítala og á Sjúkrahúsinu á Akureyri, almenn sjúkrahúspjónusta, sem veitt er á öðrum sjúkrahúsum og loks erlend sjúkrahúspjónusta. Undir

erlenda sjúkrahúspjónustu fellur annars vegar mjög sérhæfð þjónusta sem ekki er hægt að veita héraðis og hins vegar þjónusta sem sjúklingar hafa rétt á að sækja erlendis vegna óhóflegs biðtíma hér eða á grundvelli ESB tilskipunar um rétt sjúklinga til að leita sér þjónustu utan heimalands. Sjá töflu sem byggð er á tillöggunni og sýnir útgjaldaramma málefna sviðs sjúkrahúspjónustu.

Tafla 5: Útgjaldarammi málefna sviðs skv. fjármálaáætlun; 2018-2022

Útgjaldarammi málefna sviðs skv. fjármálaáætlun; 2018 til 2022 Í milljónum króna á föstu verðlagi ársins 2017	Fjárlög	Ríkisfjármálaáætlun					2018-2022
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
23 Sjúkrahúspjónusta	82.999	83.337	87.493	92.710	96.775	99.415	
Breyting milli ára		338	4.156	5.217	4.065	2.640	
Uppsöfnuð breyting frá fjárlögum 2017		338	4.494	9.711	13.776	16.416	44.735
Uppsöfnuð breyting frá 2017; hlutfall af heildarbreytingu tímabilsins		0,76%	10,05%	21,71%	30,79%	36,70%	

Gert er ráð fyrir að útgjaldarammi sjúkrahúspjónustu í heild aukist um tæpa 45 milljarða á næstu fimm árum. Ekki er mögulegt að greina nema að litlu leyti hvaða hlutur fjárframlaga til sjúkrahúspjónustu er ætlaður Landspítala þannig að okkar greining miðast við að Landspítala séu ætluð öll viðbótarfjárframlög nema annað sé sérstaklega tekið fram. Þessi greining sýnir því eins jákvæða mynd af fjárframlögum til Landspítala og unnt er út frá tillögu stjórnvalda.

Níutíu prósent af þessum 45 milljörðum eiga að koma inn á síðustu þremur árum áætlunarinnar, en aðeins 10% á fyrstu tveimur árum hennar. Þar af innan við eitt prósent, eða um 340 milljónir, milli árána 2017 og 2018. Vert er að benda einnig á að þessi 45 milljarða viðbót á ekki aðeins að rúma alla inngjöf í rekstur sjúkrahúspjónustu landsmanna heldur einnig allar fjárfestingar í tækjum og húsnæði, þar á meðal nýbyggingar Landspítala við Hringbraut.

Reikna má með að uppsafnaður aukinn framkvæmdakostnaður vegna uppbyggingar við Hringbraut nemi 35,6 milljörðum á tímabilinu 2018 til 2022. Að þessum kostnaði frádragnum er svigrúm til rekstrar, tækjakaupa og annarra fjárfestinga í sjúkrahúspjónustu landsmanna þá ríflega 9 milljarðar á tímabilinu í heild.

Tafla 6: Uppbygging Landspítala við Hringbraut 2018-2022

Tímabil	2018-2022
Uppsöfnuð breyting frá fjárlögum 2017	44.735
<i>Í milljónum króna á föstu verðlagi ársins 2017</i>	
Uppsafnaða breytingu má greina þannig skv. texta í fjármálaáætlun:	
Framkvæmdir v. NLSH	35.606
Samtals rekstur og fjárfesting án NLSH	9.129

Af þessum 9 milljörðum eru 2 milljarðar ætlaðir Sjúkratryggingum Íslands til kaupa á sjúkrahúspjónustu erlendis. Þá eru eftir ríflega 7 milljarðar fyrir alla innlenda sjúkrahúspjónustu næstu fimm ár. Samkvæmt tillögunni er gert ráð fyrir að sjúkrahúsin svari aukinni eftirspurn sem nemi 1 prósentu árlega innan tímabilsins og er það varlega áætlað miðað við þróun mannfjölda og aldursdreifingar samkvæmt spám Hagstofu. Uppreiknaður kostnaður af þessari auknu þjónustu nemur 4,4 milljörðum króna. Í texta þingsályktunarinnar kemur fram að í auknum fjárframlögum til sjúkrahúspjónustu sé einnig gert ráð fyrir 3,8 milljörðum til að styrkja mönnun Landspítala, 1,4 milljarði til rekstrar jáeindaskanna, 700 milljónum til að efla þjónustu BUGL, einum milljarði til rekstrar brjóstamiðstöðvar, og einum milljarði til rekstrar útskriftardeildar aldraðra á Landakoti. Alls nemur áætlaður kostnaður við þessi verkefni um 8,2 milljörðum króna samkvæmt tillögunni til viðbótar við ofangreinda 4,4 milljarða vegna aukinnar eftirspurnar eða alls 12,3 milljörðum. Það er um 5,2 milljörðum meira en eftir stendur af heildarsvigrúmi fyrir sjúkrahúspjónustu í heild (7,1 milljarður) þegar tekið hefur verið tillit til byggingarframkvæmda við Hringbraut og framlaga til aukinna kaupa á sjúkrahúspjónustu erlendis. Tillaga stjórnvalda virðist því gera ráð fyrir að sjúkrahúsin á landinu skeri niður um tæpa 5,2 milljarða á tímabilinu til að skapa svigrúm fyrir það sem kallað er aukin framlög til nýrra verkefna.

Tafla 7: Rekstur og fjárfesting í sjúkrahúspjónustu 2018-2022

	2018-2022
Uppsöfnuð breyting frá fjárlögum 2017	44.735
<i>Í milljónum króna á föstu verðlagi ársins 2017</i>	
<i>Uppsafnaða breytingu má greina þannig skv. texta í fjármálaáætlun:</i>	
Framkvæmdir v. NLSH	35.606
Samtals rekstur og fjárfesting án NLSH	9.129
Erlend sjúkrahúspjónusta	2.000
Innlend sjúkrahúspjónusta, nettó	7.129
Aukin eftirspurn eftir þjónustu	4.400
Styrkt mönnun LSH	3.800
jáeindaskanni, rekstur	1.400
BUGL, aukin þjónusta	700
Útskriftardeild aldrarða, Landakoti	1.000
Brjóstamiðstöð	1.000
Samtals til rekstrar og fjárfestinga í innlendri sjúkrahúspjónustu	-5.171

Viðbótarframlag til sjúkrahúspjónustu í heild árið 2018 er 10 milljörðum lægra en mat Landspítala á viðbótarfjárförf sjúkrahússins árið 2018 (10.333 m.kr.) sem sent var VEL 9. feb. sl. (sjá töflu).

Tafla 8: Uppsöfnuð viðbótarfjárförf LSH 2018-2022 mv fjárveitingar 2017

Uppsöfnuð viðbótarfjárförf LSH 2018 til 2022 mv. fjárveitingar 2017		2018	2019	2020	2021	2022	Alls 5 ára áætlun uppsafnað
		<i>Í milljónum króna á verðlagi 2017</i>					
Eftirspurnaraukning vegna mannfjöldaþróunar	rekstur	2.287	3.238	4.206	5.205	6.221	21.156
Útskriftard. aldraðra (L2) og öldrunad. á Vífilsstöðum, ófjármagnaður rekstur	rekstur	579	579	579	579	579	2.893
Greiningardeild	rekstur	212	212	212	212	212	1.060
Brjóstamiðstöð, stofnkostnaður*	fjárfest						0
Brjóstamiðstöð, rekstur	rekstur	400	400	400	400	400	2.000
Rekstur jáeindaskanna (PET)	rekstur	336	336	336	336	336	1.680
Erfðafræði, stofnkostnaður*	fjárfest						0
Erfðafræði, rekstur	rekstur	400	400	400	400	400	2.000
Þróun sérhæfðrar þjónustu á göngudeildum**	rekstur	600	600	600	600	600	3.000
Fjölgun sérfræðilækna og aukning starfshlutfalls**	rekstur	300	600	900	1.100	1.300	4.200
Endurskoðun vinnuskipulags, jafnlaunaúttekt ofl.**	rekstur	300	650	1.100	1.425	1.750	5.225
Efling mönnunar á geðsviði**	rekstur	245	245	245	245	245	1.227
Viðhald (rekstur) 1)	rekstur	479	479	479	479	369	2.285
Endurbætur og nýframkvæmd (fjárfesting umfram fjárveitingar í grunni) 2)	fjárfest	469	469	469	469	379	2.255
Tækjakaup (fjárfesting umfram fjárveitingar í grunni) 3)	fjárfest	1.215	1.252	1.297	1.339	1.378	6.481
Uppbygging í gæða- og öryggismálum lyfja	rekstur	115	175	295	385	475	1.445
Annað gæða- og umbótastarf	rekstur	48	70	113	146	179	556
Rafræn sjúkraskrá	rekstur	400	400	400	400	400	2.000
Aukin sjálfvirkni og bætt notendaviðmót mannauðskerfa	rekstur	30	50	70	90	100	340
Vísindastarf	rekstur	312	521	937	1.249	1.562	4.581
Framhaldsmenntun lækna	rekstur	90	180	180	180	180	810
Sérmenntun hjúkrunarfræðinga í skurð-, svæfinga- og gjörgæsluhjúkrun	rekstur	25	42	75	100	125	367
Klínískt viðbótarnám annað	rekstur	20	33	60	80	100	293
Sí- og endurmenntun, herminám	rekstur	131	302	494	625	706	2.258
Leiðrétting launabóta v. kjarasamninga lækna	rekstur	400	400	400	400	400	2.000
Tæki og búnaður vegna NLSH	fjárfest	70	90	200	700	3.900	4.960
Breytingar á eldra húsnæði í tengslum við NLSH	fjárfest	700	1.400	1.400	1.550	1.850	6.900
NLSH undirbúningur	rekstur	170	180	200	210	220	980
Alls viðbótarfjárförf		10.333	13.302	16.047	18.903	24.366	82.951

* Kostnaður vegna þessa fellur undir fjárfestingaráætlun vegna tækjabúnaðar og vegna nýframkvæmdar.

** Að einhverju marki skarast þessi kostnaður við áætlaðan kostnað eftirspurnaraukningar. Þetta þarf að greina nánar.

1) Umfram núverandi fjárveitingu í grunni sem er 511 m.kr.

2) Umfram núverandi fjárveitingu í grunni sem er 341 m.kr.

3) Umfram fjárveitingu til tækjakaupa 2018 skv. tækjakaupaáætlun velferðarráðuneytis frá 2013 sem er 786 m.kr.

Rétt er að taka fram að Landspítali byggir ofangreinda greiningu á raunframlögum til málefnasviðs sjúkráhusþjónustu á tillögu stjórnvalda. Hugsanlegt er að í öðrum köflum tillögunnar komi fram atriði sem áhrif geta haft á greininguna. Landspítali hefur kynnt sína greiningu fyrir velferðarráðuneytinu og þar hafa ekki komið fram aðrar upplýsingar um tillöguna sem hafa veruleg áhrif.

Kostnaður sem ekki er gert ráð fyrir í tillögunni og kostnaður við aðra þætti þjónustu

Landspítali hefur áhyggjur af nokkrum veigamiklum atriðum sem alls ekki er gert grein fyrir í tillögunni. Þau helstu eru rakin hér á eftir.

Í fyrsta lagi er ekki gert ráð fyrir neinum kostnaði við endurgerð eldra húsnæðis LSH samhliða byggingu NLSH. Eins og kunnugt er voru byggingaráform um NLSH endurskoðuð rækilega í kjölfar bankahrunsins og verulega dregið úr þeirri framkvæmd sem áður hafði verið fyrirhuguð. Á móti var gert ráð fyrir að eldra húsnæði Landspítala yrði nýtt að verulegu leyti með hinum nýju byggingum. Endurgerð eldri bygginga er því forsenda þess að rekstur Landspítala rúmist innan NLSH og skili þeim rekstrarábata sem erlendir sérfræðingar svo og

Hagfræðistofnun HÍ hafa reiknað með. Í öðru lagi virðist ekki vera gert ráð fyrir neinum kostnaði við kaup á tækjum og búnaði vegna NLSH en sá kostnaður mun að hluta til falla til innan tímabilsins sem tillagan tekur til. Í tillögunni er mikil áhersla lögð á að hraða uppbyggingu við Hringbraut en ef ekki er hugað að öðrum þáttum, svo sem tækjum og endurgerð eldra húsnæðis, er hætt við að niðurstaða verkefnisins og notagildi þess verði með öðrum hætti en lagt var upp með.

Landspítala hefur ekki tekist að finna í tillögunni nokkurt fjármagn til rekstrar sjúklingahótelis né heldur til kaupa á búnaði fyrir hótelið. Samkvæmt áætlun á sjúklingahótelið að hefja rekstur haustið 2017.

Hvergi er minnst á kostnað vegna lögbundins hlutverks Landspítala á sviði vísinda og mennta þó svo í tillögunni sé sérstaklega rætt um mikilvægi þessara þátta fyrir samfélagið. Sama gildir um fjölmörg önnur atriði sem LSH lagði fram í mati sínu á fjárförf næstu 5 ára sem stjórnvöld kölluðu eftir í aðdraganda þessarar áætlanagerðar – ekkert fé virðist til þeirra ætlað. Í fjárveitingum til SÍ virðist gert ráð fyrir nokkrum kostnaði vegna innleiðingar nýs greiðsluþáttökukerfis sem taka á gildi 1. maí nk. Fyrir liggur að breytingin muni leiða til lækkunar sértekna Landspítala. Ef Landspítala fær þetta ekki leiðrétt að fullu mun það leiða til hagræðingarkröfu á spítalann.

Fjárheimildir til S-lyfja vekja einnig áhyggjur, ekki síst í ljósi þeirrar alvarlegu stöðu sem nú er uppi í þeim málaflokki. Frá því að skipulagi umsýslu S-lyfja var breytt árið 2015 hefur kostnaður vegna þeirra aukist hratt, einkum vegna notkunar eldri lyfja og lítið svigrúm hefur verið til innleiðingar nýrra lyfja. Landspítali hafði varað sterklega við þessari breytingu m.a. vegna aukins kostnaðar við dreifingu í almennum apótekum. Nú hafa þær spár því miður gengið eftir og eru verulegur hluti þess fjárhagsvanda sem blasir við.

Landspítali fagnar þeim vilja sem fram kemur í tillögunni að sérstaklega skuli nýta upplýsingatækni og opinber innkaup til að ná fram hagræðingu. Það eru því ákaflega mikil vonbrigði að sjá að til upplýsingatækniverkefna (falla undir lýðheilsu og stjórnsýslu velferðarmála í tillögunni) í heilbrigðisþjónustu eru aðeins ætlaðar að hámarki 355 milljónir á fimm ára tímabilinu sem samsvarar um 70 milljónum á ári að jafnaði. Þetta er ekki í neinu samræmi við þörfina varðandi rafræna sjúkraskrá og þær áherslur sem lagðar eru í tillögunni á nýtingu upplýsingatækni til að ná fram hagræðingu og aukinni framleiðni. Ekki virðist gert ráð fyrir neinum kostnaðarauka við að þróa opinber innkaup og byggja upp nauðsynlega innviði á því sviði. Því er hæpið að þau skili þeirri hagræðingu sem vænst er.

Þróun heilbrigðisútgjalda frá upphafi kreppu að minnsta kosti hefur verið á þá leið að hlutfallsleg útgjöld til SÍ hafa hækkað sífellt en útgjöld til Landspítala lækkað sífellt. Nýja frumvarpið boðar meira af því sama þrátt fyrir að kalla eftir skýrari skilgreiningum á þjónustuframboði sem lykilatriði í skynsamlegri forgangsröðun. Samningur SÍ við sérgreinalækna hefur verið nefndur sem skólabókardæmi um óskilgreind og ótakmörkuð kaup á þjónustu fyrir almannafé. Samt er sífellt bætt við fjárframlög til þessa, jafnvel á fjáraulögum enda virðist lítil sem engin stjórn sé á þessum útgjöldum. Ef lítið er til rekstrar á miðlægri stjórnsýslu SÍ sést svipað mynstur – endurtekinn halli og sívaxandi kostnaður við rekstur, m.a. 33% hækkun ríkisframlaga bara milli árunna 2014 og 2015. Og enn á að bæta í.

Tengsl tillögunnar og nýrra laga um opinber fjármál

Ný lög um opinber fjármál voru samþykkt í árslok 2015 og nú er í annað sinn lögð fram tillaga að fimm ára ríkisfjármálaáætlun samkvæmt þeim lögum. Í fréttatilkynningu sem birt var á vef fjármálaráðuneytis við samþykkt laganna segir: „Í nýjum lögum er sérstök áhersla á langtímahugsun, stöðugleika, aga við framkvæmd fjárlaga og bætt reikningsskil. Lögin treysta aðkomu Alþingis að því að setja markmið í ríkisfjármálum og opinberum fjármálum sem liggja til grundvallar við gerð fjárlaga. Í nýjum lögum er einnig mælt fyrir um mun ítarlegri ákvæði en í gildandi lögum um hvernig staðið skuli að stefnumörkun og áætlanagerð í opinberum fjármálum. Loks er í lögnum mælt fyrir um breytingar á skýrslugerð og reikningshaldi með því að innleiða alþjóðlega reikningsskilastaðla fyrir opinbera aðila til að tryggja gegnsæi og trúverðugleika.“

Því miður telur Landspítali að tillagan sem hér er til umræðu sé ekki fyllilega í takt við þann tón sem sleginn var með hinum nýju lögum. Sú fjárdreifing sem fram kemur í tillögunni gagnvart sjúkrahúspjónustu (90% fjár kemur inn á síðustu þremur árum tímabilsins, innan við 1% á fyrsta árinu) gengur gegn langtímahugsun og stöðugleika – samfellt og öruggt framboð á sjúkrahúspjónustu getur ekki grundvallast á slíkum sveiflum milli ára. Sá þröngi rekstrarrámmi sem Landspítali býr nú við, á enn að gilda í að minnsta kosti 2 ár. Það er of langur tími fyrir fjársvelta þjónustu og hætt er við að lítið verði eftir til að byggja á þegar kemur að raunverulegri styrkingu rekstrar árið 2020. Í tillögunni er sömuleiðis gengið gegn þeirri áherslu sem lögin leggja á skýra stefnumörkun og agaða áætlanagerð. Sem dæmi má nefna verulega viðbótarfjármögnun vegna endurtekens halla á kostnaðarliðum er heyra undir SÍ og eiga það sammerkt að byggjast hvorki á skýrri stefnumörkun né agaðri áætlanagerð. Samkvæmt ársreikningi SÍ fyrir árið 2015 var á fjárukalögum það ár veitt tæpum tveimur milljörðum króna til að standa straum af kostnaði við samning stofnunarinnar við sérfræðilækna. Engu að síður endaði liðurinn í halla. Og enn á að bæta í.

Þá verður að benda á, að í tillögunni er blandað saman umræðu um fjármagn til rekstrar annars vegar og stofnkostnaðar hins vegar og getur það ekki talist í samræmi við fyrirheit nýrra laga um opinber fjármál varðandi aukið gegnsæi og trúverðugleika. Stærstur hluti þess viðbótarfjár sem, samkvæmt tillögunni, á að renna til sjúkrahúspjónustu landsmanna er eyrnamerkur nýbyggingarframkvæmdum við Hringbraut. Að sjálfsögðu fagnar Landspítali því að þetta þjóðþrifaverkefni sé nú loks komið á skrið. En það getur varla talist gegnsæ framsetning að sýna þetta stofnfé sem hluta af rekstrargrundvelli sjúkrahúspjónustu. Áhrif þessa hafa verið rakin hér að framan. Að frátöldu þessu stofnfé og viðbótarfjármunum vegna sjúkrahúspjónustu erlendis er heildarviðbót til sjúkrahúspjónustu á þessu fimm ára tímabili ríflega 7 milljarðar, en ekki 45 milljarðar. Með þessum 7 milljörðum fylgja verkefni sem kostnaðarmetin eru í tillögunni upp á um það bil 12 milljarða. Það verður því ekki annað séð en að sjúkrahús landsmanna eigi að skera niður kostnað sem svarar mismuninum sem er ríflega 5 milljarðar.

Ef þetta er í raun vilji stjórnvalda þá væri það í anda hinna nýju laga að setja þetta skýrar fram en raun ber vitni. Ef það er mat stjórnvalda að aðstæður kalli á þessar aðgerðir þá er það

hlutverk embættismanna að vinna samkvæmt þeim. Til að það geti orðið þarf að móta skýra stefnu um það hvaða þjónustu stjórnvöld telja landsmenn helst geta verið án. Það er skylda embættismanna að framfylgja þeirri stefnu þegar hún liggur fyrir.

Lokaorð

Síðustu misseri, ekki síst í aðdraganda kosninga, hefur þjóðmálaumræðan að verulegu leyti snúist um nauðsyn þess að styrkja heilbrigðisþjónustu landsmanna, ekki síst Landspítala. Því miður ber tillaga sú sem hér er til umfjöllunar þetta ekki með sér nema að takmörkuðu leyti.

Hvað velferðarmál varðar, meðal annars heilbrigðismál, liggur fyrir að meðal forsenda við gerð tillögunnar voru tölur úr ríkisreikningum norðurlandanna um framlög til þessara málaflökka. Áður hafa stjórnvöld valið aðrar tölur til samanburðar tölur sem sérstaklega hafa verið metnar sem samanburðarhæfar.

Sú forgangsröðun sem fram kemur í tillögunni, þar sem sterklega er forgangsraðað til þjónustu á vegum SÍ en ekki innlendar sjúkrahúsþjónustu, er framhald af þeirri stefnu sem raungerð hefur verið síðustu ár með fjárlögum. Hlutdeild Landspítala í heilbrigðisútgjöldum skreppur saman meðan önnur þjónusta þenst út. Ein möguleg túlkun á þessum staðreyndum er að fjárveitingavaldið hefur valið að forgangsraða í þjónustu utan sjúkrahúsa. Almennar reglur um forgangsröðun (byggðar á siðfræði, læknisfræði, lögfræði og svo framvegis) kveða á um að bráð og lífsbjargandi þjónusta skuli alltaf hafa forgang umfram t.d. langtímaeftirlit og – meðferð. Slík meðferð er veitt utan sjúkrahúsa. Samkvæmt þessu er forgangsröðun stjórnvalda innan heilbrigðisþjónustunnar þvert á þau viðmið um forgangsröðun sem tíðkast meðal vestrænna þjóða.

Texti tillögunnar ber með sér vilja stjórnvalda til að auka myndarlega við fjárframlög til heilbrigðismála. Tölurnar gera það hins vegar ekki, að minnsta kosti ekki hvað innlenda sjúkrahúsþjónustu varðar. Í ljósi þessa verður að teljast líklegt að þetta óvænta, og jafnvel óviðeigandi, val á viðmiðunartölum, sem rakið var hér á undan, hafi hreinlega truflað vinnslu fimm ára áætlunarinnar. Úr því er enn hægt að bæta. Ef marka má þjóðfélagsumræðu í aðdraganda síðustu kosninga er ekki vafi á því að vilji þjóðarinnar stendur til þess að úr þessu verði bætt.

Virðingarfyllst,

Landspítali

Páll Matthíasson

María Heimisdóttir

Forstjóri

Framkvæmdastjóri fjármálasviðs