



Rekstrarafkoma og fjárhagsstaða hjúkrunarheimila á árinu 2013

Nóvember 2014

Efnisyfirlit

Niðurstöður og ábendingar	3
Viðbrögð við ábendingum	7
1 Inngangur.....	9
2 Hjúkrunarheimili og íbúar þeirra	10
2.1 Rekstrarform hjúkrunarheimila.....	10
2.2 Tegundir heimila og starfsemi í tengslum við þau	10
2.3 Stærð hjúkrunarheimila, tegundir rýma og fjöldi dvalardaga.....	11
2.4 Mælingar á hjúkrunarþyngd.....	12
2.5 Þyngdarstuðlar hjúkrunarheimila	13
2.6 Aldur og búsetutími heimilismanna	15
3 Þjónusta, aðbúnaður og gæðavísar	17
3.1 Ástand og skipulag húsnæðis	17
3.2 Þjónusta sem heimilismönnum stendur til boða	18
3.3 Kröfufýsing fyrir öldrunarþjónustu.....	18
3.4 Gæðavísar fyrir hjúkrunarheimili	19
4 Rekstur hjúkrunarheimila	21
4.1 Rekstrartekjur.....	21
4.2 Rekstrargjöld	25
4.3 Fjármunatekjur og fjármagnsgjöld	26
4.4 Rekstrarafkoma	26
4.5 Þættir sem hafa áhrif á kostnað og afkomu hjúkrunarheimila	27
5 Starfsmannahald heimila.....	33
5.1 Ársverk og launakostnaður heimila.....	33
5.2 Mönnun heimila	33
5.3 Launakostnaður heimila.....	35
6 Fjárhagsstaða heimila.....	37
6.1 Eignir heimila.....	37
6.2 Skuldir heimila.....	37
6.3 Veltufjárstaða og eigið fé heimila	37
6.4 Viðhorf stjórnenda til afkomu og fjárhagsstöðu heimilanna	38

Niðurstöður og ábendingar

Heilbrigðisráðherra fer, samkvæmt forsetaúrskurði um skiptingu starfa ráðherra, með yfirstjórn öldrunarmála samkvæmt lögum nr. 125/1999 um málefni aldraðra. Meginmarkmið laganna er að tryggja öldruðum heilbrigðis- og félagsþjónustu í samræmi við þörf og ástand hvers og eins.

Á árinu 2013 kostaði rekstur hjúkrunarheimila yfir 23 ma.kr. Heimilin eru að langstærstum hluta rekin fyrir daggjöld og húsnæðisgjald sem ríkið leggur þeim til. Íbúar greiða hluta daggjaldsins í samræmi við reglur þar um, samtals 970 m.kr. Rekstraraðilar heimila og aðrir lögðu þeim að auki til 949 m.kr. á árinu. Hjúkrunarheimilin voru rekin með samtals 761 m.kr. halla á árinu 2013 sem er 3,31% af rekstrartekjum. Heimili með jákvæða afkomu voru 13 en afkoma 32 heimila var neikvæð.

Hjúkrunarheimilin voru rekin með 761 m.kr. halla

Við mat á afkomu heimilanna er eðlilegt að horfa fram hjá framlögum rekstraraðila enda ekki gert ráð fyrir að þeir leggi fjármuni til reksturs þeirra. Þess ber einnig að gæta að framlögum ríkisins er ekki ætlað að standa undir húsaleigu eða fyrningu húsnæðis. Ef afkoma heimilanna er leiðrétt með því að sleppa slíkum tekjum og gjöldum verður niðurstaðan sú að hjúkrunarheimilin voru á heildina litið rekin með 1.025 m.kr. halla á árinu 2013 sem svarar til 4,66% af rekstrartekjum. Miðað við þessar forsendur voru 15 heimili rekin með afgangi en 30 heimili með halla.

Ekki er nýtt af nálinni að hjúkrunarheimili séu rekin með halla. Lengi vel tíðkaðist að jafna hallann með viðbótarfjárveitingum en erfið staða ríkisfjármála síðustu árin hefur komið í veg fyrir að þessi leið sé farin. Hún verður enda að teljast óheppileg því hætt er við að það dragi úr aðhaldi og sé útgjaldahvetjandi ef stjórnendur heimila vita að hugsanlegur halli verði jafnaður síðar. Þá hefur jafnframt tíðkast að tilteknir bakhjarlar hjúkrunarheimila s.s. stöndugri sveitarfélög leggi þeim til fé en það tryggir ekki jafnræði á milli þeirra, þar sem öll heimili eiga ekki kost á slíkum greiðslum.

Heimilin fá ekki lengur aukafjárveitingar

Fjármögnunarkerfi hjúkrunarheimila byggist á því að ríkisvaldið veitir ákveðinni fjárhæð til þeirra í fjárlögum hvers árs og er henni síðan skipt á milli þeirra að teknu tilliti til fjölda rýma, hjúkrunarþyngdar og nokkurra fleiri atriða. Heildarfjárhæðin breytist frá ári til árs í samræmi við launa- og verðlagsforsendur fjárlaga og markmið stjórnvalda í fjárlagagerð hverju sinni.

Daggjaldakerfið tryggir að tekið er tillit til mismunandi stærðar og hjúkrunarþyngdar hjá heimilunum. Þessir þættir skýra því ekki hvers vegna afkoma sumra heimila er betri en annarra. Þá er heldur ekki að sjá að samband sé á milli gæðavisa heimila og afkomu þeirra og því ekki hægt að fullyrða að kostnaður heimila umfram tekjur skili sér almennt í betri gæðum þjónustu við íbúa, í það minnsta á því ári sem úttektin náði til.

Fjöldi ársverka á rými ræður mestu um afkomu heimila

Ljóst er að mönnun hjúkrunarheimila, þ.e. fjöldi ársverka á hvert rými, hefur mest að segja um afkomu einstakra heimila en launakostnaður vegur að meðaltali um 76% af rekstrargjöldum. Þau heimili sem komast af með færra starfsfólk á hvert rými sýna almennt betri afkomu heldur en heimili sem eru með hlutfallslega fleiri starfsmenn þótt þetta samband sé reyndar ekki einhlítt. Mikilvægt er að stjórnendur heimila hugi vel að launakostnaði og hagi starfsmannahaldi í samræmi við fjárhagslegt svigrúm hvers heimilis þótt gæta verði að því að heimilin uppfylli áfram nauðsynlegar gæða- og öryggiskröfur.

Hjúkrunarþyngd ólík eftir heimilum

Hjúkrunarþyngd er mjög mismunandi eftir heimilum sem vekur spurningar um hvernig staðið er að færni- og heilsumati vegna nýrra íbúa. Þá er talsverður munur á meðaldvalartíma íbúa eftir heimilum. Nauðsynlegt er að velferðarráðuneytið í samvinnu við Embætti landlæknis ráðist í frekari greiningu á hjúkrunarþörf þeirra sem fá inni á heimilunum með það að markmiði að tryggja að fylgt sé samræmdu verklagi við mat á þörfinni og með því komið í veg fyrir að inn á hjúkrunarheimili leggist einstaklingar sem önnur og hugsanlega ódýrari þjónustuúræði henta betur. Í þessu sambandi skal bent á að sum hjúkrunarheimili á höfðuborgarsvæðinu taka nær eingöngu við einstaklingum frá sjúkrahúsum sem venjulega þurfa mikla umönnun. Einnig er rétt að hafa í huga að veiting heimaþjónustu er meiri erfiðleikum bundin í dreifbýli, m.a. vegna kostnaðar, og hún nýtist því síður þar en á þéttbýlli stöðum.

Þjónusta heimila mismunandi

Það er enn fremur ljóst að þjónusta heimilanna er talsvert mismunandi og virðist það bæði ráðast af stærð þeirra og hjúkrunarþyngd íbúanna. Minni heimilin bjóða íbúum sínum almennt ekki upp á sérhæfða þjónustu eins og sjúkra- og iðjuþjálfun. Þá er ennþá talsverður munur á húsnæði og öðrum aðbúnaði eftir hjúkrunarheimilum og ljóst að sum eldri heimilin eiga erfiðara með að uppfylla þær kröfur sem gerðar eru en þau sem yngri eru. Velferðarráðuneytið hefur sett fram kröfulýsingu fyrir öldrunarþjónustu sem ætlað er að skilgreina lágmarkskröfur til hjúkrunarheimila, en skýrslan sýnir að heimilunum tekst mismunandi vel að uppfylla kröfurnar.

Þjónustusamningar hafa almennt ekki verið gerðir

Ríkið hefur ekki gert þjónustusamninga við hjúkrunarheimilin þótt það sé almennt gert um aðra heilbrigðisþjónustu sem ríkið kaupir. Stjórnvöld hafa sett fram lágmarkskröfur til starfsemi hjúkrunarheimila en hins vegar ekki kostnaðargreint þjónustuna, þ.e. skilgreint hvað það kosti að uppfylla kröfurnar. Núverandi fyrirkomulag felur í reynd í sér að stjórnendum einstakra heimila er látið eftir að uppfylla sem best kröfulýsinguna með þeim fjármunum sem þeir fá til ráðstöfunar hverju sinni. Faglegt eftirlit með starfsemi hjúkrunarheimila er á hendi Embætti landlæknis og heilbrigðiseftirlit á hverjum stað fylgist með þáttum sem undir slíkt eftirlit heyra. Hins vegar mætti bæta eftirfylgni með því að skilgreind lágmarksþjónusta sé veitt hjá öllum heimilunum.

Lög nr. 112/2008 kveða á um að gerð samninga um rekstur hjúkrunarheimila skuli ekki frestað lengur en til 1. janúar 2015. Nauðsynlegt er að samið sé um ákveðið verð fyrir þjónustu hjúkrunarheimila en með því móti gefst möguleiki á því að skilgreina betur en nú er hvað skuli felast í þjónustu þeirra og hvert skuli vera magn hennar og gæði með tilliti til þeirra fjármuna sem stjórnvöld telja unnt að veita til málaflokksins. Stjórnvöld myndu þannig í reynd ákvarða þjónustustig heimilanna með þeim fjármunum sem þau leggja til einstakra samninga. Það verður engu að síður að hafa í

huga að gerð þjónustusamninga um rekstur hjúkrunarheimila er síður en svo einfalt verkefni. Ríkið er eini kaupandi þjónustunnar eins og mál standa og yfirleitt er aðeins einn aðili sem veitir þjónustuna á hverjum stað nema í stærstu sveitarfélögunum. Því er varla raunhæft að bjóða út þjónustuna enda kostnaðarsamt fyrir nýja aðila að hasla sér völl á þessu sviði. Þá er ríkur vilji til þess að halda samræmi og gagnsæi þegar kemur að greiðslum fyrir þjónustu einstakra heimila og því óhjákvæmilegt að um verði að ræða einsleita samninga við þau. Vanda þarf til verka við að skilgreina þjónustu, ákvarða verð fyrir hana og fylgjast með að farið sé að samningum. Mál er varða lífeyrisskuldbindingar heimilanna og krafa um aukin framlög samhliða gerð þjónustusamninga hafa einnig orðið til þess að gerð slíkra samninga hefur dregist á langinn þrátt fyrir áhuga allra aðila á að ganga til þess verks.

Bæta þarf upplýsingagjöf um starfsemi og rekstur hjúkrunarheimila þannig að fylgjast megi nánar með rekstri þeirra og umfangi og gæðum þeirrar þjónustu sem þau veita. Velferðarráðuneytið hefur um árabíl safnað rekstrarupplýsingum frá heimilunum en bæta þarf skil og vinna frekar úr upplýsingunum þannig að þær nýtist sem best við ákvarðanatöku. Dæmi um rekstrarupplýsingar sem mikilvægt er að fylgjast vel með er þróun í fjölda ársverka og kostnaði við ársverk, brotið niður á starfshópa, enda er launakostnaður um þrjú fjórðu af rekstrarkostnaði hjúkrunarheimila. Mikilvægt er að hægt sé að bera slíkar upplýsingar saman á milli heimila og við meðalheimili af ákveðinni stærð og hjúkrunarþyngd. Væru slíkar upplýsingar gerðar aðgengilegar myndu þær ekki síst nýtast stjórnendum heimilanna við rekstur þeirra. Embætti landlæknis leggur mat á gæði þeirrar þjónustu sem heimilin veita og gerir ákveðnar úttektir í því sambandi sem teknar eru saman í skýrslur en þær hafa undanfarin ár verið birtar á heimasíðu embættisins.

Að mati Ríkisendurskoðunar þarf að skoða vandlega hvort færa eigi bæði fjárhags- og rekstrarlega ábyrgð á hjúkrunarheimilum á eina hendi með því að færa málaflokkinn alfarið til sveitarfélaganna enda fái þau til þess nauðsynlega tekjustofna. Fulltrúar sveitarfélaganna þekkja best til staðháttu og aðstæðna á hverjum stað fyrir sig og sú vitneskja ætti að skapa betri forsendur til að bæta rekstur og þjónustu og grípa fyrir inn í fari eitthvað úrskaiðis. Eftir sem áður kann að þykja æskilegt að fleiri aðilar en sveitarfélög annist rekstur hjúkrunarheimila, m.a. til að auka fjölbreytni í öldrunarþjónustunni og fjölga valmöguleikum notenda þar sem því verður við komið. Í þeim tilvikum myndi viðkomandi sveitarfélag semja beint við þann aðila sem rekur heimilið um þjónustu og endurgjald fyrir hana. Jafnvel þótt málaflokkurinn færast yfir á forræði sveitarfélaganna er áfram mikilvægt að fyrir hendi séu rekstrarupplýsingar sem gera kleyft að bera rekstur einstakra hjúkrunarheimila saman við rekstur annarra sambærilegra heimila, t.d. með svipuðum hætti og sveitarfélögin gera vegna grunn- og leikskóla.

**Bæta þarf
upplýsingagjöf
um starfsemi
og rekstur**

**Ábyrgð á
málefnum
hjúkrunarheimila
færast til sveitar-
félaga**

Ábendingar til heilbrigðisráðherra

1. Gera þarf þjónustusamninga við rekstraraðila allra hjúkrunarheimila

Að mati Ríkisendurskoðunar er nauðsynlegt að ríkið geri þjónustusamninga við öll hjúkrunarheimili, þar sem fram kæmi m.a. á hvaða verði ríkið kaupir þjónustu þeirra

og hvaða kröfur eru gerðar til starfseminnar í hverju tilviki, þar sem hjúkrunarheimilin eru ólík innbyrðis. Ákvæði laga nr. 112/2008 um sjúkratryggingar kveða á um að gerð slíkra samninga vegna hjúkrunarheimila skuli ekki frestað lengur en til 1. janúar 2015. Jafnframt þarf að tryggja að markvisst eftirlit sé með því að unnið sé í samræmi við samninga þannig að þeir skili árangri. Ríkisendurskoðun hefur áður bent á að gera þurfi þjónustusamninga við hjúkrunarheimilin (*Ábending frá Ríkisendurskoðun: Þjónustusamningar öldrunarheimila frá maí 2013*).

2. Bæta þarf upplýsingagjöf og aðgengi að upplýsingum um hjúkrunarheimili

Velferðarráðuneytið býr ekki yfir nægilega nákvæmum og tímanlegum upplýsingum um rekstur og árangur hjúkrunarheimila til að byggja ákvarðanir sínar á. Bæta þarf úr þessu með því að safna kerfisbundið upplýsingum frá heimilunum um starfsemina þannig að fullnægjandi yfirsýn fáiast um reksturinn sem nýta má til að ákveða fjárframlög, eftirlit með starfseminni og til að móta stefnu um þennan hluta heilbrigðiskerfisins.

3. Tryggja þarf að framkvæmd færni- og heilsumats sé samræmd

Nauðsynlegt er að velferðarráðuneyti í samvinnu við Embætti landlæknis ráðist í frekari greiningu á hjúkrunarþörf þeirra sem fá inni á heimilunum með það að markmiði að koma á samræmdara verklagi við matið. Með því að samræma verklag skapast betri skilyrði en nú eru til að sporna gegn því að inn á hjúkrunarheimili leggist einstaklingar sem önnur og ódýrari þjónustuúrræði henta e.t.v. betur. Velferðarráðuneytið í samvinnu við Embætti landlæknis hefur hrundið af stað vinnu við að samræma verklagið. Þá þarf að leita skýringa á þeim mun sem er á meðaldvalartíma íbúa eftir hjúkrunarheimilum og mun vera unnið að þessu innan velferðarráðuneytisins. Embætti landlæknis hefur lagt til að aðeins ein færni- og heilsumatsnefnd verið á landinu og tekur Ríkisendurskoðun undir það.

4. Kanna þarf kosti þess að flytja málaflokkinn yfir til sveitarfélaga

Ráðuneytið þarf að skoða sérstaklega hvort færa eigi málaflokkinn til sveitarfélaganna sem bæru þá bæði fjárhagslega og rekstrarlega ábyrgð á starfseminni. Í þeim tilvikum sem aðrir en sveitarfélög reka hjúkrunarheimili myndu þau semja beint við þá aðila. Niðurstaða þarf að fást um hvernig farið verður með lífeyris-skuldbindingar þeirra heimila sem sveitarfélögin reka. Einnig þarf að búa þannig um hnútana að öll sveitarfélögin hafi fjárhagslega og faglega burði til að tryggja að hjúkrunarheimili sem þau bera ábyrgð á geti fullnægt kröfum sem gera þarf um samræmda þjónustu á þessu sviði um land allt.

Viðbrögð við ábendingum

1. Gera þarf þjónustusamninga við rekstraraðila allra hjúkrunarheimila

Heilbrigðisráðherra tekur undir með Ríkisendurskoðun um að þörf sé á að gera þjónustusamninga við hjúkrunarheimili, en samningsumhverfið er flókið. Í þessu samhengi er vert að áréttta fyrri svör ráðuneytisins við ábendingu þessa efnis, frá maí 2013. Þar er m.a. bent á að óuppgerðar lífeyrisskuldbindingar hafi torveldað samningagerð við heimilin. Á árinu 2014 náðist samkomulag við sjálfseignarstofnanirnar um uppgjör lífeyrisskuldbindinga. Það ætti að liðka til fyrir samningagerð við þær en eftir er að ná samkomulagi við sveitarfélögin vegna þessa. Einnig er uppi krafa um styrkingu rekstrargrunns. Í skýrslu Ríkisendurskoðunar frá 2012 um rekstur og starfsemi hjúkrunarheimila 2008-2010 kom fram að töluvert vantaði upp á fjárveitingar svo að rekstrartekjur heimilanna næðu að standa undir rekstrargjöldum. Ekki hafa komið til auknar fjárheimildir til styrkingar á daggjaldagrunni frá útgáfu þeirrar skýrslu. Næstkomandi áramót er fyrirhugað að fullnusta lög um sjúkra-tryggingar nr. 112/2008. Þá mun taka gildi ákvæði IV. kafla laganna að því er varðar samninga við sveitarfélög og sjálfseignastofnanir sem reka hjúkrunarheimili. Í framhaldi af því standa vonir til að aukinn kraftur verði settur í gerð þjónustusamninga við öldrunarstofnanir.

2. Bæta þarf upplýsingagjöf og aðgengi að upplýsingum um hjúkrunarheimili

Heilbrigðisráðherra tekur undir mikilvægi þess að búa almennt yfir fullnægjandi upplýsingum til að byggja ákvarðanir á. Óljóst er hins vegar í ábendingu Ríkisendurskoðunar hvað við er átt með „árangri“ hjúkrunarheimila. Ekki er ljóst hvort þar sé vísað til árangurs í rekstri varðandi fjármál eða gæða þjónustunnar. Í bréfi ráðherra til Ríkisendurskoðunar frá janúar 2014 er óskað eftir tillögum um nauðsynlegar breytingar á samskiptum ríkisins og hjúkrunarheimila. Að mati ráðherra vantar þessa leiðsögn sem um er beðið og gagnlegt væri að Ríkisendurskoðun skýrði þessa ábendingu frekar. T.a.m. hver er heimild ráðuneytisins til að hafa afskipti af stofnunum sem ekki eru í ríkiseigu? Hversu langt á að ganga í upplýsingaöflun og viðbrögðum við þeim? Er verið að leggja til að daggjaldakerfið verði lagt niður eða því breytt?

3. Tryggja þarf að framkvæmd færni- og heilsumats sé samræmd

Heilbrigðisráðherra tekur undir mikilvægi þess að samræma verklag um mat á þörf fyrir hjúkrunarrými á landsvísu. Hafin er vinna við það í samráði við Embætti landlæknis m.a. með innleiðingu á svokölluðu Upphafsmati. Hvað varðar þá ábendingu að leita skýringa á þeim mun sem er á meðalvalartíma íbúa eftir hjúkrunarheimilum þá liggur þegar fyrir innan ráðuneytisins nokkuð ítarleg greining á þessari breyту eftir staðsetningu.

4. Kanna þarf kosti þess að flytja málaflokkinn yfir til sveitarfélaga

Lykilatriði þess að veita skilvirka þjónustu við aldraða er að þjónusta hins opinbera sé vel skilgreind og ábyrgð ljós. Skilgreining og afmörkun á þjónustu hins opinbera, bæði heilbrigðis- og félagsþátta þjónustunnar, þarf að vera lokið áður en gert verður samkomulag um meginforsendur tilfærslunnar frá ríki til sveitarfélaga. Aðgengi að þjónustu skiptir máli og þá um leið markalína milli þjónustu sem aldraðir eiga tilkall til frá hinu opinbera og þeirrar þjónustu sem þeir eiga eða mega afla á sína ábyrgð.

Mikilvægt er að fagleg og fjárhagsleg ábyrgð á þjónustunni fari saman. Með samþættingu á faglegri og fjárhagslegri ábyrgð, og að því gefnu að þjónustan sé nægilega vel skilgreind, þarf sá sem veitir þjónustuna ekki að vera sami aðili og fjármagnar hana. Það er eftirsóknarvert í sjálfu sér þar sem það fjölgar útfærsluleiðum veitenda um leið og val einstaklinga á grundvelli vel skilgreinda réttinda eykst.

Aðgreining á heilbrigðisþjónustu við aldraða frá annarri heilbrigðisþjónustu hefur ekki augljósa kosti í för með sér. Núverandi stefnumörkun byggir á því að allir sjúkratryggðir eigi að hafa aðgang að vel skilgreindri heilbrigðisþjónustu óháð búsetuformi og aldri. Áður en ábyrgð er flutt frá ríki þarf að tryggja að allir einstaklingar í svipaðri stöðu fái sambærilega þjónustu óháð því hver sá aðili er sem ber fjárhagslega og faglega ábyrgð á þjónustunni.

1 Inngangur

Heilbrigðisráðherra óskaði eftir því við Ríkisendurskoðun með bréfi dags. 30. janúar 2014 að stofnunin gerði sérstaka úttekt á afkomu og fjárhagslegri stöðu hjúkrunarheimila, óháð rekstrarformi eða eignarhaldi. Jafnframt var óskað eftir því að Ríkisendurskoðun legði samhliða úttektinni fram „tillögur um nauðsynlegar breytingar á samskiptum ríkisins og hjúkrunarheimila og á skipulagi hjúkrunarheimila.“

Skýrslan unnin að beiðni ráðherra

Ríkisendurskoðun ákvað að verða við beiðni ráðuneytisins enda fellur úttektin að hlutverki og verkefnum hennar. Markmið athugunarinnar var að kanna fjármögnun heimilanna og hvaða atriði hafi áhrif á rekstur og fjárhagsstöðu þeirra. Nánar tiltekið var leitast við að finna hvaða þættir í rekstri hjúkrunarheimila hafa afgerandi áhrif á möguleika þeirra til að starfa innan fjárheimilda og í framhaldi af því hvaða breytingar þurfi að gera á rekstri og skipulagi þeirra til að auka líkur á að fjárframlög dugi fyrir rekstrarkostnaði.

Athuginin náði til heimila sem fjármögnuð eru með daggjöldum og eins heimilis sem fær beint framlag frá ríkinu. Mörg hjúkrunarheimili eru auk hjúkrunarrýma einnig með dvalarrými og dagdvalarrými. Utan við athuginina féllu hjúkrunarrými sem eru á heilbrigðisstofnunum og heimili sem aðeins bjóða upp á dvalarrými eða dagdvalarrými.

Fjallað um heimili á daggjöldum en ekki önnur hjúkrunarrými

Skoðun af þessu tagi kallar á umfangsmikla gagnaöflun um starfsemi hjúkrunarheimila og var unnið að henni í góðu samstarfi við heimilin sjálf. Samtök fyrirtækja í velferðarþjónustu, velferðarráðuneyti og embætti landlæknis veittu einnig liðsinni sitt og fúslega umbeðnar upplýsingar. Ríkisendurskoðun þakkar öllum þessum aðilum fyrir þeirra innlegg.

Spurningalisti var sendur öllum heimilunum í byrjun apríl 2014 á rafrænu formi og skiluðu 43 af 45 hjúkrunarheimilum upplýsingum. Breyttar aðstæður í rekstri gerðu það að verkum að tvö heimili töldu sér ekki fært að skila umbeðnum upplýsingum en þau skiluðu hins vegar ársreikningi. Lengri tíma tók að fá svör frá heimilunum en búist var við enda var lögð sérstök áhersla á að fá svör frá þeim öllum. Síðustu svörin bárust ekki fyrr en um miðjan ágúst 2014.

Ríkisendurskoðun hefur á undanförunum árum beint sjónum sínum að atriðum þar sem rekstur hjúkrunarheimila kemur við sögu og gefið út skýrslur um þau mál. Skýrslan *Þjónusta við aldraða*, kom út í október 2005 og skýrslan *Rekstur og starfsemi hjúkrunarheimila 2008-2010*, kom út í febrúar 2012. Skýrslur þessar leiddu m.a. í ljós að rekstur heimilanna hefur löngum verið erfiður. Þá setti Ríkisendurskoðun fram ábendingu um þjónustusamninga öldrunarheimila í maí 2013.

Ríkisendurskoðun hefur áður gert athuganir á öldrunarþjónustu

2 Hjúkrunarheimili og íbúar þeirra

Meirihluti hjúkrunarheimila rekinn af sveitarfélögum

2.1 Rekstrarform hjúkrunarheimila

Meirihluti hjúkrunarheimila á landinu er rekinn af sveitarfélögum en um fjórðungur af sjálfseignarstofnunum. Ein félagasamtök, Sjómannadagsráð, ráku á árinu 2013 þrjú heimili, Hrafnistu í Reykjavík, Kópavogi og Hafnarfirði, en eitt bættist við á þessu ári, Nesvellir, sem rekið er skv. samningi við Reykjanesbæ sem á húsnæðið. Þá eru þrjú heimili rekin sem hlutafélög og eitt er í einstaklingsrekstri. Eitt heimili, Sólvangur í Hafnarfirði, var rekið beint af ríkinu á síðasta ári og þá yfirtók ríkið reksturs annars hjúkrunarheimilis á þessu ári, Sunnuhlíðar í Kópavogi.

Hver aðili starfrækir oftast aðeins eitt hjúkrunarheimili þótt dæmi séu um að fleiri heimili séu starfrækt af einum og sama aðilanum. Þetta á við um Hrafnistuheimilin, en einnig um Eir, Skjól og Hamra, og um Grund, Ás og Mörk. Bæði Reykjavíkurborg og Akureyrarbær starfrækja einnig fleiri en eitt hjúkrunarheimili.¹

Í lögum nr. 125/1999 um málefni aldraðra er hvorki að finna skilyrði um tiltekin rekstrarform hjúkrunarheimila né hverjir geti rekið slík heimili. Hins vegar þurfa aðilar sem hyggjast byggja og reka hjúkrunarheimili af fá til þess framkvæmda- og rekstrarleyfi ráðherra. Í lögnum kemur fram að ráðherra veitir leyfið ef stofnunin fullnægir heilbrigðiskröfum og ákvæðum laganna og ætla má að hún geti leyst verkefni sín á viðunandi hátt. Einnig þarf að afla heimilda í fjárlögum fyrir fjárveitingum til reksturs hjúkrunarheimila. Hjúkrunarheimili hér á landi eru nær undantekningarlaust ekki rekin í viðskiptalegum tilgangi með það að markmiði að skila eigendum sínum arði.

2.2 Tegundir heimila og starfsemi í tengslum við þau

Algengt er að hjúkrunarheimili bjóði auk hjúkrunarrýma einnig upp á dvalarrými og dagdvalarrými. Hrein hjúkrunarheimili, þ.e. heimili sem aðeins eru með hjúkrunarrými, eru sjö. Tafla 2.1 sýnir heildarfjölda heimila sem bjóða upp á mismunandi dvalar- eða vistunarmöguleika. Nýjustu heimilin bjóða yfirleitt aðeins upp á hjúkrunarrými en stundum einnig dagdvalarrými en það hefur verið stefna stjórnvalda á undanförunum árum að setja ekki á laggirnar ný dvalarrými. Dvalarrýmum hefur verið breytt í hjúkrunarrými og þjónusta við aldraða sem búa í heimahúsum verið aukin.

Flest hjúkrunarheimili bjóða líka dvalar- og dagdvalarrými

¹ Í könnuninni flokkast Öldrunarheimili Akureyrar sem eitt heimili þar sem um er að ræða eina stofnun í stjórnunar- og rekstrarlegu tilliti. Heimilin (starfsstöðvar) eru í reynd fleiri.

2.1 Tegundir rýma á hjúkrunarheimilum	
Tegund rýmis	Fjöldi heimila
Hjúkrunarrými	44
Hjúkrunarrými v/endurhæfingar*	5
Dvalarrými	29
Dagdvalarrými	24
Dagdvalarrými v/endurhæfingar	1
Geðrými	3
Hvíldarrými	3
Öryggis/þjónustuíbúðir	6

* Velferðaráðuneytið er með samning við tvö heimili um endurhæfingarrými en þrjú önnur tilgreina einnig að þau séu með endurhæfingarrými.

Rétt er að geta þess að þótt einungis þrjú heimili hafi tilgreint að þau séu með sérstök hvíldarrými, þ.e. rými sem ætluð eru til skemmri dvalar, taka mörg önnur hjúkrunarheimili einnig inn fólk til hvíldarinnlagna. Heimilin mega nýta allt að 15% af rýmum til slíkra innlagna.

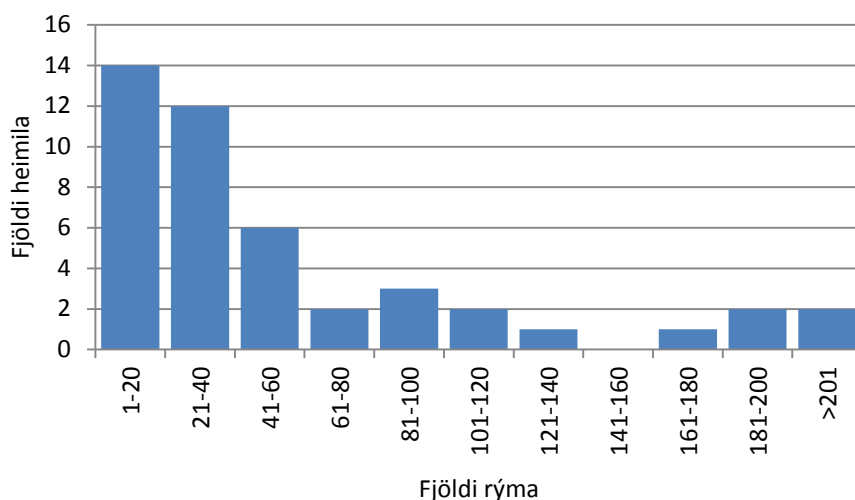
Í tengslum við sum hjúkrunarheimili hafa verið byggðar íbúðir sem ætlaðar eru fólki sem komið er yfir ákveðinn aldur. Slíkar íbúðir eru ýmist leigðar út eða þær seldar, en einnig eru dæmi um samsett form eins og sölu á búseturétti. Hugmyndin er að fólk geti með slíkri búsetu nýtt sér ýmsa þjónustu sem viðkomandi hjúkrunarheimili býður upp á. Þetta úrræði er talið henta þeim sem ekki þurfa á eiginlegri hjúkrunarþjónustu að halda en vilja búa í rýmra húsnæði og meira út af fyrir sig. Nánari umfjöllun um þetta form fellur utan við efni skýrslunnar.

Þjónustuíbúðir reknar í tengslum við sum hjúkrunarheimili

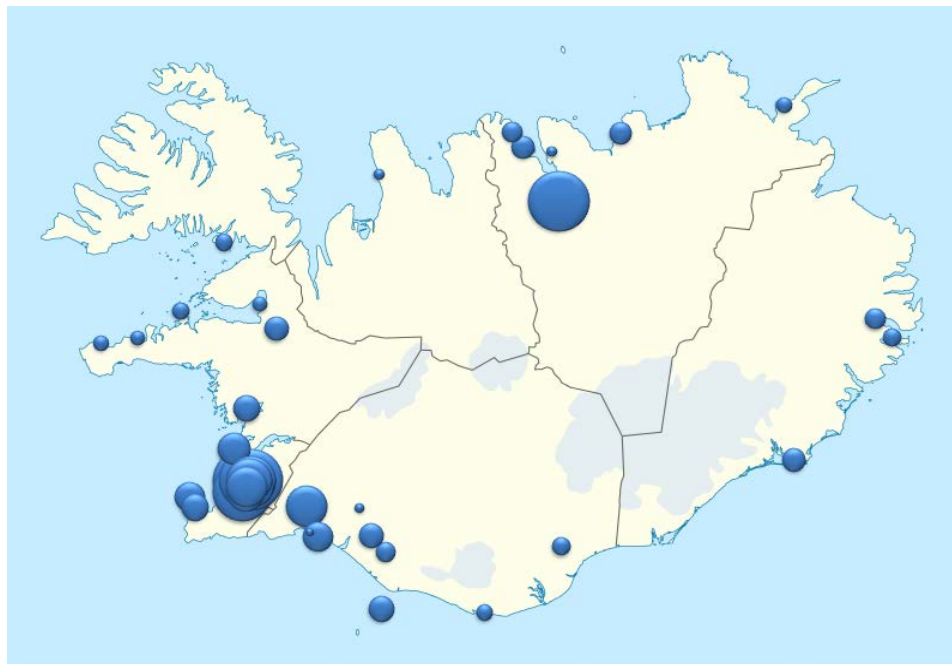
2.3 Stærð hjúkrunarheimila, tegundir rýma og fjöldi dvalardaga

Hjúkrunarheimili eru afar mismunandi að stærð. Algengust eru heimili með allt að 20 rými (hjúkrunar-, geð- og dvalarrými) en þau eru 14 talsins. Heimili með 21–40 rými eru 12 og heimili með 41–60 rými eru 6. Stærri heimili eru 13, þar af 4 með 181 eða fleiri rými hvert.

2.2 Stærð heimila eftir fjölda rýma



2.3 Stærð og staðsetning hjúkrunarheimila á landinu



Stærð skíffanna gefur til kynna stærð heimilis

Rými og dvalardagar á heimilunum árið 2013 skiptust eins og taflan að neðan sýnir. Tekið skal fram að upplýsingar um dvalardaga fengust ekki frá öllum heimilunum og eru þeir því vantaldir í einhverjum tilvikum. Þá er rétt að taka fram að utan við skoðunina falla hjúkrunarrými á heilbrigðisstofnunum enda eru þau ekki fjármögnuð með daggjöldum. Flest hjúkrunarrými á Vestfjörðum eru t.d. í þeim flokki.

2.4 Skipting dvalarrýma

Tegund rýmis	Fjöldi rýma í árslok	Dvalardagar á árinu
Hjúkrunarrými*	2.133	754.512
Hjúkrunarrými v/endurhæfingar	46	11.369
Geðrými	65	24.380
Dvalarrými	385	117.350
Dagdvalarrými	245	40.867
Dagdvalarrými v/endurhæfingar	30	7.468

* þ.m.t. 10 rými fyrir heilablaða á Mörk

2.4 Mælingar á hjúkrunarþyngd

Afar mismunandi er hversu mikla umönnun og aðhlyningu vistmenn á hjúkrunarheimilum þurfa. Til að mæla hjúkrunarþarfir og heilsufar íbúa á hjúkrunarheimilum er notað svokallað RAI-mat (e. *Resident Assessment Instrument*). Aðferðin við RAI-matið var þróuð í Bandaríkjunum á níunda áratug síðustu aldar en hefur verið staðfært víða um heim í fjölbjóðlegu samstarfi.

Gagnasafn (e. *Minimum Data Set - MDS*) er sá hluti matsins sem aðrir þættir þess byggjast á. Það hefur að geyma um það bil fjögur hundruð atriði sem lýsa heilsufari og hjúkrunarþörfum íbúa á hjúkrunarheimilum. Margar heilbrigðisfagstéttir koma að RAI-

RAI-mat notað til að mæla hjúkrunarþarfir og heilsufar íbúa á hjúkrunarheimilum

matinu en skráning matsins er á ábyrgð hjúkrunarfræðings sem lært hefur að beita aðferðinni. Upplýsingar sem fást úr gagnasafninu hjálpa til við gerð hjúkrunaráætlunar og skipulagningu hjúkrunar/umönnunar fyrir hvern íbúa. Út frá upplýsingum sem safnað er í gagnasafnið má skoða aðra þætti matsins.

Í *leiðbeiningabók* (e. *Users's manual*) eru sett fram ákveðin viðmið sem höfð skulu til hliðsjónar þegar RAI-mat er skráð og gerð grein fyrir mismunandi merkingum eftir því sem við á og dæmi gefin. *Viðfangsefni* (e. *Clinical Assessment Protocols - CAPs*) gefa til kynna hvaða heilsufarsvandamál einstaklingurinn á við að glíma og/eða mögulega áhættuþætti. Viðfangsefni má nota sem hjálpartæki við gerð hjúkrunar- og umönnunaráætlana.

Gæðavísar (e. *Quality Indicators – QI*) eru ákveðin atriði sem gefa vísendingar um gæði hjúkrunar og umönnunar á hjúkrunarheimilum. Gæðavísar gefa starfsfólki og stjórnendum heimilanna ábendingar um það sem vel er gert og/eða það sem betur má fara.

Álagsmælingar (e. *Resource Utilization Groups - RUG*) eru gerðar með hjálp sérstaks flokkunarkerfis (RUG-III). Á grundvelli RUG-mælinga má reikna út stuðul fyrir hjúkrunarþyngd. Að baki liggur sú hugmynd að hjúkrunarheimilum sé greitt í samræmi við hjúkrunarþyngd.

Á Íslandi hófst rafræn skráning RAI-mats árið 2003. Öll hjúkrunarheimili á landinu tengjast miðlægum gagnagrunni þar sem öll matsgögn er skráð og vistuð. Meta skal heilsufar og hjúkrunarþörf íbúa í hjúkrunarrýmum þrisvar sinnum á ári. Embætti landlæknis ber ábyrgð á og hefur yfirumsjón með RAI-gagnagrunninum. Með því að safna gögnunum í miðlægan gagnagrunn er hægt að fá heildarmynd af heilsufari og aðbúnaði aldraðra á öllum hjúkrunarheimilum á landinu. Hver stofnun hefur einungis aðgang að sínum gögnum.

Notagildi RAI-matsins er talið ótvírætt en það stuðlar að einstaklingsbundinni meðferðaráætlun og markvissari hjúkrunarmeðferð. Einnig gefur það möguleika á að fylgjast með gæðum þjónustunnar og vinna umbótastarf ef þörf krefur, en eitt af markmiðum með skráningu RAI-mats er að auka gæði og öryggi meðferðar.

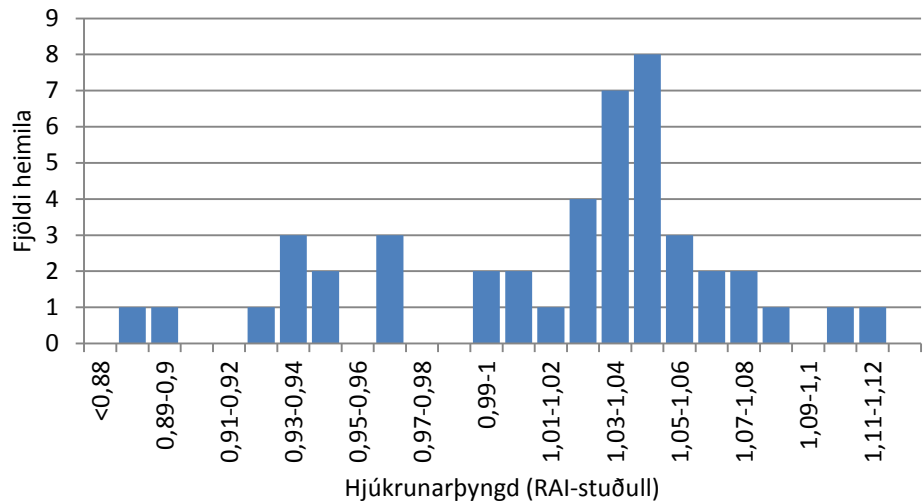
2.5 Þyngdarstuðlar hjúkrunarheimila

Öll hjúkrunarheimilin nema eitt nota RUG-44 kerfið við mælingar á hjúkrunarþyngd en eitt heimili (Sóltún) notar RUG-34 í samræmi við þjónustusamning þess við ríkið. Eins og myndin að neðan sýnir er meðalhjúkrunarþyngd talsvert mismunandi eftir heimilum. Hjá flestum heimilum liggur meðaltalið á bilinu 1,02–1,05. Vegið meðaltal þyngdarstuðuls fyrir heimilin miðað við fjölda hjúkrunarrýma er 1,04.

Haldið utan um RAI-mat í miðlægum gagnagrunni

Hjúkrunarþyngd flestra heimila á bilinu 1,02–1,05

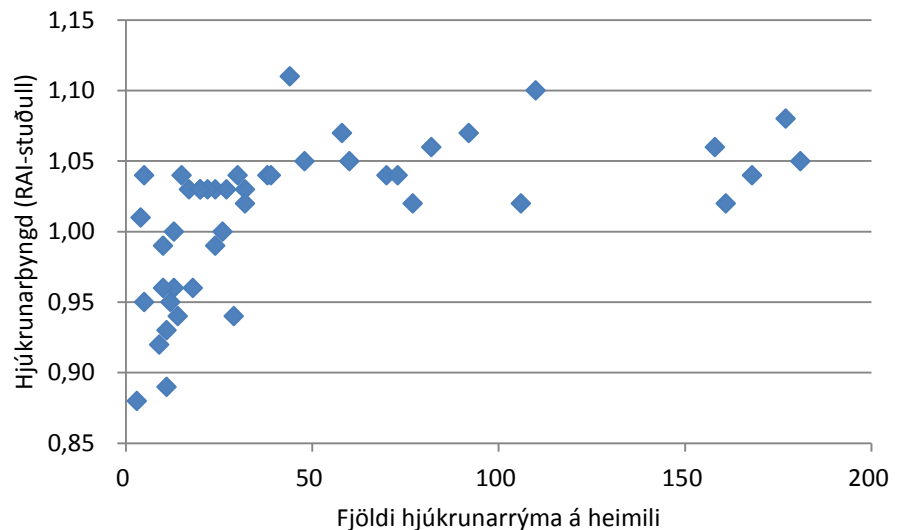
2.5 RAI-byngdarstuðull hjúkrunarheimila



Hjúkrunarþyngd meiri hjá stærri hjúkrunarheimilum

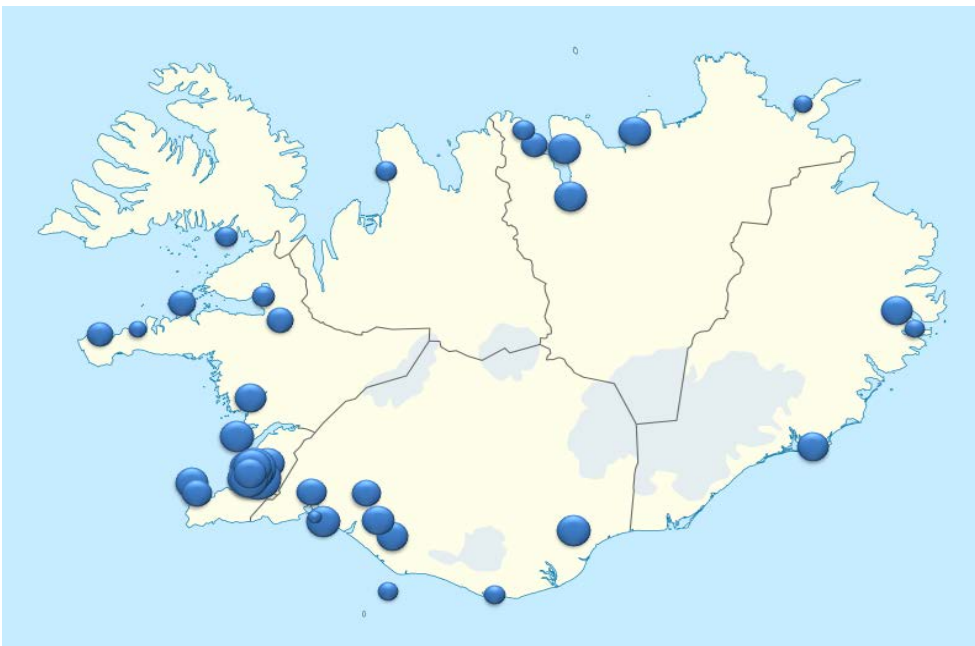
Almennt gildir að hjúkrunarþyngd eykst eftir því sem heimili hefur fleiri hjúkrunarrými, sbr. mynd 2.6. Fylgni á milli stærðar heimilis og hjúkrunarþyngdar er þannig 0,53.² Heimili með færri en 50 rými eru öll nema eitt með hjúkrunarþyngd undir 1,05 og alveg niður undir 0,90 á meðan stærri heimilin eru með hjúkrunarþyngd á bilinu 1,00 til 1,10. Eitt heimili, Sóltún, er með hjúkrunarþyngd yfir 1,20 en það notast sem fyrr segir við annað flokkunarkerfi en hin heimilin við matið. Ef hjúkrunarþyngd þar er reiknuð með sambærilegum hætti og hjá öðrum heimilum verður niðurstaðan hins vegar 1,07.

2.6 Stærð heimila og hjúkrunarþyngd



Mynd 2.7 sýnir að hjúkrunarþyngd (stærri hringir) er að jafnaði meiri á þéttbýlissvæðum en í dreifðari byggðum.

² Fylgnistuðull Pearsons (e. *Pearson correlation coefficient*).



Ýmsar skýringar geta verið á þeirri dreifingu hjúkrunarþyngdar sem fram kemur á mynd 2.7. Hjúkrunarheimili á höfuðborgarsvæðinu eru almennt stærri en þau sem eru á landsbyggðinni og inn á þau kemur iðulega fólk sem áður hefur legið á Landspítala en það eru jafnan einstaklingar sem þurfa á mikilli hjúkrun að halda. Þá má ætla að meira framboð á heimahjúkrun og annarri stoðþjónustu á fjölmennari stöðum geri fólki kleift að dvelja lengur heima. Loks má velta upp þeirri spurningu hvort færnis- og heilsumat (vistunarmat) vegna hjúkrunarrýma sé allsstaðar unnið með sambærilegum hætti eða hvort miserfitt sé að fá dvöl á hjúkrunarheimili eftir landssvæðum. Þetta skiptir máli ef á hjúkrunarheimilum búa einstaklingar sem önnur og jafnvel ódýrari úrræði myndu henta betur.

Taka nær eingöngu við fólki sem áður lá á sjúkrahúsi

2.6 Aldur og búsetutími heimilismanna

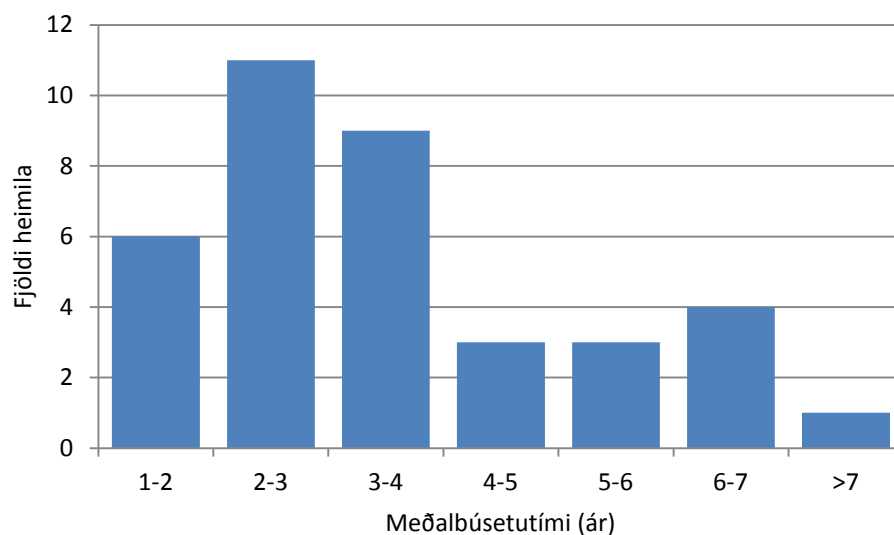
Í árslok 2013 var meðalaldur íbúa í hjúkrunarrýmum 84 ár og 5 mánuðir. Meðalaldur íbúa í dvalarrýmum var á sama tíma 84 ár og 4 mánuðir eða næstum sá sami.

Mismunandi er milli heimila hvað íbúar í hjúkrunarrýmum hafa búið þar lengi. Í árslok 2013 höfðu íbúar í slíkum rýmum að meðaltali búið í 3 ár og 6 mánuði á heimilinu. Algengast var að búsetutíminn væri bilinu 2–3 ár en á nokkrum heimilum var hann 4–10 ár. Tekið skal fram að ekki fengust upplýsingar um meðalíbúsetutíma frá öllum heimilunum auk þess sem sleppt er upplýsingum frá heimilum sem ekki voru rekin allt árið 2013.

Fólk býr almennt í 2–3 ár á hjúkrunarheimili

Í einhverjum tilvikum tilgreindu heimilin heildarbúsetutíma íbúa, þ.e. bæði tímann sem íbúi var í dvalarrými og í hjúkrunarrými. Með því að nota upplýsingar úr RAI-grunninum á að vera hægt að greina betur mismunandi búsetutíma en mögulegt var að gera í þessari úttekt. Virðist full ástæða til þess að leita frekari skýringa á þeim mun sem er á meðalíbúsetutíma íbúa á heimilum.

2.8 Búsetutími í hjúkrunarrými



Eins og vænta má er meðalbúsetutími fyrir dvalarrými lengri en fyrir hjúkrunarrými. Hann var þannig að meðaltali 4 ár og 5 mánuðir. Að meðaltali var um fimmtungur íbúanna með flutningsmat í hjúkrunarrými, þ.e. var talinn uppfylla skilyrði til þess að vera í hjúkrunarrými, en hlutfallið er reyndar breytilegt eftir heimilum.

3 Þjónusta, aðbúnaður og gæðavísar

3.1 Ástand og skipulag húsnæðis

Eins og búast má við er húsnæði hjúkrunarheimila misjafnt að gæðum enda byggt á ólíkum tímum og margt komið til ára sinna. Bæði hafa byggingaraðferðir þróast sem og kröfur sem gerðar eru til slíkra heimila. Stjórnendur flestra heimilanna telja ástand húsnæðis vera gott eða mjög gott. Þó telur ríflega fjórðungur stjórnenda húsnæðið vera sæmilegt eða lélegt. Dæmi eru um að stjórnendur telji ástand dvalarrýma eða dagdvalarrýma annað en hjúkrunarrýma. Ástæðan fyrir bágbornu ástandi húsnæðis er væntanlega oftast sú að viðkomandi heimili hafa ekki haft fjárhagslegt bolmagn til þess að ráðast í fullnægjandi endurbætur og viðhald. Í töflu 3.1 kemur fram mat stjórnenda á ástandi húsnæðis.

Ástand húsnæðis ólíkt eftir heimilum

3.1 Ástand húsnæðis að mati stjórnenda	Fjöldi heimila	Hlutfall heimila
Mjög gott	9	23,1%
Gott	19	48,7%
Sæmilegt	9	23,1%
Lélegt	2	5,1%

Húsnæði hjúkrunarheimila hentar einnig misvel fyrir starfsemina miðað við þær kröfur sem gerðar eru. Þar skipta máli þættir á borð við stærð herbergja, fjöldi sérbyla, hvort starfsemin er á einni hæð eða fleiri, hve auðvelt starfsfólk á með að athafna sig þegar íbúar eru aðstoðaðir, nýting húsnæðis, aðstaða starfsfólks, geymslupláss o.s.frv. Af svörum stjórnenda má ráða að 55% húsnæðis hjúkrunarheimila henti vel eða mjög vel fyrir starfsemina en 45% henti starfseminni sæmilega eða illa. Í töflu 3.2 kemur fram mat stjórnenda á því hversu vel húsnæði hentar undir starfseminna.

Húsnæði heimila hentar misvel

3.2 Mat stjórnenda á því hversu vel húsnæði hentar starfseminni	Fjöldi heimila	Hlutfall heimila
Mjög vel	9	23,7%
Vel	12	31,6%
Sæmilega	12	31,6%
Illá	5	13,2%

Velferðarráðuneytið hefur nýlega gefið út viðmið um byggingu og starfsemi hjúkrunarheimila og hjúkrunarrýma þar sem skilgreindar eru með ítarlegum hætti lágmarkskröfur til húsnæðis sem hannað verður í framtíðinni (*Skipulag hjúkrunarheimila: Lágmarksviðmið um byggingu og starfsemi hjúkrunarheimila og hjúkrunarrýma. Önnur útgáfa: Júní 2014*³). Þessar kröfur gilda hins vegar ekki um núverandi húsnæði.

³ http://www.velferðarraduneyti.is/media/rit-og-skyrslur-2014/Vidmid_um_skiplag_hjukrunarheimila_2014.pdf

3.2 Þjónusta sem heimilismönnum stendur til boða

Íbúum hjúkrunarheimila stendur ýmiss konar þjónusta til boða. Tafla 3.3 sýnir fjölda og hlutfall heimila sem bjóða upp á hverja tegund þjónustu. Rétt er að hafa hugfast að hér kemur aðeins fram hvort tiltekin þjónusta sé veitt en ekki í hversu miklu mæli.

3.3 Fjöldi og hlutfall heimila sem bjóða vistmönnum tiltekna þjónustu	Fjöldi heimila	Hlutfall heimila
Sjúkraþjálfun	33	77%
Iðjuþjálfun	18	42%
Heilsurækt	30	70%
Tómstundastarf	43	100%
Ferðaþjónusta	29	67%
Þvottur á einkaþvotti	42	98%
Hárgreiðsla, snyrting	42	98%
Fótaaðgerðir	41	95%
Prestur, djákni, önnur sálgæsla	41	95%
Tannlæknaþjónusta	17	40%
Sérfræðilæknisþjónusta	28	65%

Eitt heimili tiltók að boðið væri upp á nudd og annað að veitt væri sérstök næringar- ráðgjöf. Eins og síðar kemur fram er munur á þjónustuframboði eftir stærð heimila og hjúkrunarþyngd.

3.3 Kröfulýsing fyrir öldrunarþjónustu

Í gildi er „Kröfulýsing fyrir öldrunarþjónustu“ sem velferðarráðuneytið gaf út í janúar 2013.⁴ Um er að ræða „kröfuskjal með lágmarkskröfum sem velferðarráðuneytið gerir til þess aðila sem tekur að sér rekstur þjónustunnar og um þá þjónustu sem hann skal veita.“ Í kröfulýsingunni er sérstaklega tekið fram að til viðbótar kröfum samkvæmt henni komi faglegar gæðakröfur sem Embætti landlæknis setur starfseminni.

Kröfulýsingin fjallar um rekstur öldrunarþjónustu og setur fram almennar kröfur sem lúta að henni, svo sem um skipulag, ábyrgðarstöður, gæða- og árangursstjórnun, sjúkraskrár, upplýsingaskyldu og eftirlit. Þá er þjónusta við einstaklinga skilgreind og gerðar almennar kröfur til hennar. Fjallað er sérstaklega um einstaka þætti þjónustunnar og annað sem snertir einstaklinga sem hennar njóta með beinum hætti, svo sem þjónustuöryggi og þjónustutími. Í viðauka eru skilgreindar sérkröfur og undantekningar sem eiga eingöngu við um verksala og þjónustuna sem hann veitir en gilda ekki almennt.

Í könnun Ríkisendurskoðunar var spurt hvernig stjórnendur heimila teldu að tekist hefði að uppfylla ákvæði kröfulýsingarinnar. Í töflu 3.4 er gerð grein fyrir svörum þeirra. Stjórnendur ríflega helmings heimilanna telja heimilin uppfylla kröfulýsinguna mjög eða nokkuð vel, á meðan stjórnendur tveggja telja heimilin uppfylla lýsinguna nokkuð eða mjög illa. Stórt hlutfall stjórnenda telja heimilin hvorki uppfylla kröfulýsinguna vel né illa. Ekki er að sjá að skýrt samband sé á milli afkomu einstakra heimila og þess hvernig stjórnendur telja sig uppfylla kröfulýsinguna.

⁴ http://www.velferdarraduneyti.is/media/Rit_2013/Krofulysing_oldrunarhjonustu_jan2013.pdf

3.4 Hvernig kröfulýsing velferðarráðuneytis er uppfyllt að mati stjórnenda		
	Fjöldi heimila	Hlutfall heimila
Mjög vel	2	5,7%
Nokkuð vel	17	48,6%
Hvorki vel né illa	14	40,0%
Nokkuð illa	1	2,9%
Mjög illa	1	2,9%

Í svörum stjórnenda kemur m.a. fram að kröfulýsingin sé mjög ítarleg og að ekki sé unnt að mæta öllum kröfum nema meira fé sé varið í reksturinn. Núverandi daggjöld standi ekki undir þeirri þjónustu sem kröfulýsingin kveður á um. Stjórnendur nokkurra heimila tóku einnig fram að kröfulýsingin gæti ekki tekið til starfsemi heimila nema gerður væri þjónustusamningur um reksturinn. Kröfulýsingin hafi verið birt einhliða af hálfu ráðuneytisins og heimilin eða samtök þeirra hafi ekki haft aðkomu að gerð hennar. Engu að síður væri reynt af fremsta megni að uppfylla lög og reglugerðir sem gilda um starfsemina.

Velferðarráðuneytið hefur í þessu sambandi bent á að jafnvel þótt þjónustusamningar séu ekki fyrir hendi við hjúkrunarheimili leggi lög, reglugerðir og önnur stjórnvaldsfyrirmæli stjórnendum hjúkrunarheimila ákveðnar skyldur á herðar sem ekki sé hægt að víkjast undan.

3.4 Gæðavísar fyrir hjúkrunarheimili

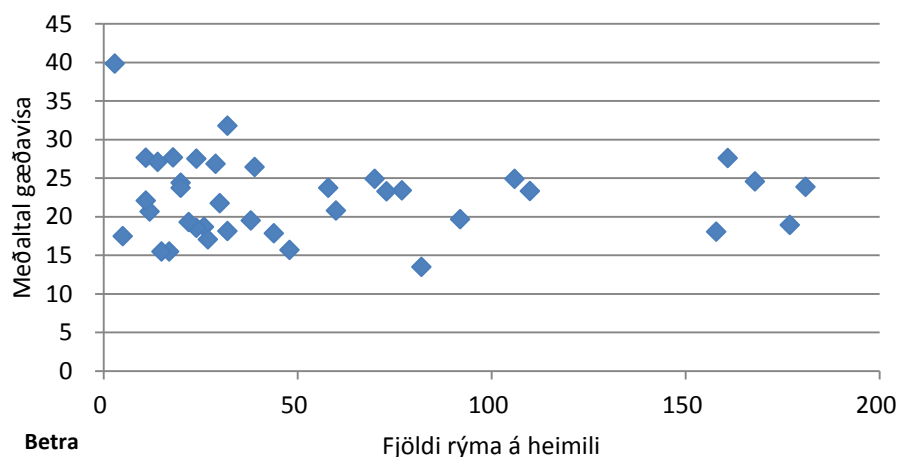
Embætti landlæknis leggur mat á gæði þjónustu sem veitt er á hjúkrunarheimilum á grundvelli svokallaðra gæðavísa sem skráðir eru í RAI-gagnagrunninn. Slíkir gæðavísar gefa t.d. til kynna hversu algengt sé að heimilismenn verði fyrir byltum, sýni þunglyndiseinkenni, séu rúmfastir eða með þrýstingssár. Alls er haldið utan um 23 gæðavísa fyrir heimilin. Embætti landlæknis setur ákveðin viðmiðunarmörk fyrir hvern gæðavísi. Heimili teljast vera með mjög gott gæðaviðmið ef þau eru undir neðri mörkum en gæðaviðmið telst lélegt fari þau yfir efri viðmiðunarmörkin.

Á mynd 3.5 er sýnd stærð heimila og meðaltal gæðavísa þeirra. Tekið skal fram að eftir því sem meðaltalið er lægra þess betri er útkoman skv. gæðavísunum. Ekki er þó að sjá að beint línulegt samband sé á milli stærðar heimila og útkomu skv. gæðavísunum, en þó er ljóst að útkoma minni heimilanna er heldur breytilegri en þeirra sem stærri eru.

Ekki beint samband á milli stærðar heimila og gæðavísa heirra

3.5 Stærð heimila og gæðavísar

Lakara

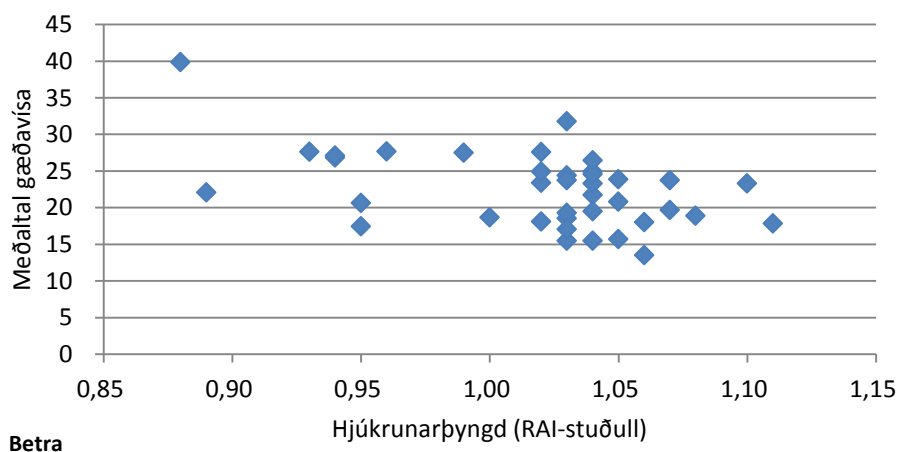


Útkoma gæðavísa mismunandi hjá sambærilegum heimilum

Nokkurt samband er á milli hjúkrunarþyngdar heimila og gæðavísa þeirra, þ.e. útkoma gæðavísa er að jafnaði betri hjá heimilum með mikla hjúkrunarþyngd en hjá öðrum heimilum. Vera má að á heimilum með mikla hjúkrunarþyngd sé fjöldi ársverka miðað við íbúafjölda meiri en á öðrum heimilum og hlutfall fagmenntaðra starfsmanna hærra. Þrátt fyrir þetta samband milli hjúkrunarþyngdar og gæðavísa er talsverður munur á útkomu gæðavísa milli heimila með áþekka hjúkrunarþyngd. Þetta á jafnt við um heimili með litla og mikla hjúkrunarþyngd.

3.6 Hjúkrunarþyngd og gæðavísar

Lakara



4 Rekstur hjúkrunarheimila

4.1 Rekstrartekjur

Rekstrartekjur þeirra 45 hjúkrunarheimila sem rekin voru á árinu 2013 námu samtals 22.965 m.kr. Heimilin eru að langstærstum hluta rekin fyrir framlög frá ríkinu og námu þau 21.595 m.kr. eða 94% af rekstrartekjum. Að stærstum hluta er um að ræða daggjöld en einnig fá heimilin húsnæðisgjald. Eitt heimili sem rekið er beint af ríkinu (Sólvangur) fékk framlög í öðru formi en daggjöldum. Taflan að neðan sýnir sundurliðun rekstrartekna fyrir hjúkrunarheimilin á árinu 2013.

Rekstrartekjur
hjúkrunarheimila
um 23 ma.kr.

4.1 Rekstrartekjur hjúkrunarheimila árið 2013	Fjárhæð (m.kr.)	Hlutfall
Framlög frá ríkinu	21.595	94,0%
Daggjöld	19.894	86,6%
Húsnæðisgjald	1.111	4,8%
Aukafjárveitingar	29	0,1%
Önnur framlög ríkisins (þar af 516 m.kr. v/Sólvangs)	561	2,4%
Framlög annarra	949	4,1%
Framlög sveitarfélaga	561	2,4%
Framlög annarra	141	0,6%
Framlög eigenda/rekstraraðila	246	1,1%
Aðrar rekstrartekjur	422	1,8%
Verksala (s.s. þvottapjónusta)	193	0,8%
Veitingaþjónusta (s.s. fæðissala)	229	1,0%
Rekstrartekjur samtals	22.965	100,0%

Rétt er að geta þess að bein framlög sveitarfélaga og annarra til heimilanna námu á árinu 949 m.kr. sem eru 4,1% af rekstrartekjum. Misjafnt er hvort heimili njóta slíkra framlaga og þá í hve miklum mæli. Í nokkrum tilvikum hafa sveitarfélög sem reka viðkomandi heimili veitt umtalsverð framlög sem nýtast þá til þess að rétta af (eða fyrirbyggja) rekstrarhalla. Ljóst er að aðstöðumunur heimila er talsverður að þessu leyti.

Sveitarfélög leggja
heimilum til
framlög

Algennt er að heimili séu í leiguhúsnæði sem oft og tíðum er í eigu sveitarfélaga eða annarra rekstraraðila heimilanna. Misjafnt er hve háa leigu heimilin greiða fyrir húsnæðisafnotin. Í sumum tilvikum kemur framlag frá rekstraraðila sem er jafnhátt reiknaðri húsaleigu og er hún þannig „nettuð út“. Í öðrum tilvikum má segja að rekstraraðilar veiti heimilum ákveðinn styrk með því að innheimta lága eða enga húsaleigu.

Þá má nefna að sum heimili njóta þess að rekstraraðili lætur þeim í té bókhalds- og aðra skrifstofuþjónustu án þess að greitt sé fyrir hana. Loks er vert að geta þess að nokkurt sjálfbóðaliðastarf fer fram í tengslum við heimili, s.s. við stjórnun, tólmstunda-störf og annað sem viðkemur starfseminni og getur verið munur á milli heimila að þessu leyti.

Rekstur fjármagnaður með daggjöldum

Útreikningur daggjalda og húsnæðisgjalds

Fjárveitingar ríkisins til hjúkrunarheimila eru ákveðnar í fjárlögum hvers árs. Heildarframlagið ræðst almennt af fjárlögum ársins á undan að teknu tilliti til verðlagsbreytinga og markmiða stjórnvalda í ríkisfjármálum á hverjum tíma. Framlögin voru þannig lækkuð til að mæta aðhaldsmarkmiðum stjórnvalda í kjölfar efnahagssamdráttarins árið 2008. Fram til þess tíma hafði tíðkast í nokkrum mæli að veita hjúkrunarheimilum aukafjárveitingar til að rétta af halla sem myndast hafði. Tryggingastofnun ríkisins annast greiðslu á daggjöldum og húsnæðisgjaldi til heimilanna.

Hlutdeild einstakra heimila í heildarfjárveitingu hvers árs er ákveðin með reiknilíkani (reiknireglu) sem byggir á nokkrum þáttum, þ.e. fjölda samþykktara rýma, umönnunarpörf (hjúkrunarþyngd) eins og hún er mæld skv. RAI-stuðli og stærð heimilis. Framlag til að mæta húsnæðiskostnaði er ákveðið sérstaklega. RAI-stuðulinn er látinn hafa áhrif á 63,6% af framlaginu en hefur ekki áhrif á þau 36,4% sem eftir standa.

Áður gátu hjúkrunarheimili valið á milli nokkurra einstaklinga sem óskuðu eftir plássi. Til að fyrirbyggja að veikari einstaklingum yrði síður boðin dvöl var gripið til þess ráðs að umbuna heimilum fyrir að taka við einstaklinum sem þurftu mikla umönnun. Það var gert með því að setja mældan RAI-stuðull í annað veldi en um leið var sett hámark við stuðulinn 1,12. Með þessu móti var reynt að búa til hvata fyrir heimilin til að taka inn fólk sem þurfti á mikilli þjónustu að halda. Árið 2012 kom út ný reglugerð um færni- og heilsumat. Með útgáfu hennar var vinnubrögðum breytt og geta heimilin nú einungis valið á milli tveggja einstaklinga. Þar með voru ekki lengur taldar forsendur fyrir því að umbuna aukalega fyrir meiri hjúkrunarþyngd með þessum hætti. Frá og með árinu 2014 fá heimilin greitt eftir mældu RAI-mati án þaks á stuðulinn.

Heimili sem eru með færri en 21 rými fá 6% álag á daggjaldið, heimili sem eru með færri en 41 rými fá 4% álag og heimili sem eru með færri en 61 rými fá 2% álag. Heimili með 61 rými eða fleiri fá ekkert álag vegna smæðar. Heildarfjöldi rýma sem miðað er við þegar álagið er reiknað er summan af dvalarrýmum og nýttum fjölda hjúkrunarrýma heimilisins.

Rétt er að hafa í huga að daggjaldalíkanið er dreifingarlíkan sem notað er til að skipta þeim fjármunum sem stjórnvöld ráðstafa hverju sinni til málaflokksins. Líkaninu er þannig ekki ætlað að ákvarða hversu mikla fjármuni þurfi til að reka heimili af ákveðinni stærð og hjúkrunarþyngd, heldur einungis að reyna að tryggja að fjármunum sé skipt á milli heimila með gagnsæjum og málefnalegum hætti.

Húsnæðisgjaldinu er ætlað að mæta kostnaði vegna fasteignagjalda, trygginga, viðhalds, eftirlits og umsýslu húsnæðis sem nýtt er til reksturs hjúkrunarrýma. Gjaldið árið 2013 var 9.634 kr. á fermetra á ári og reiknast að hámarki á 60 fermetra fyrir hvert hjúkrunarrými að meðtöldu sameiginlegu rými. Gjaldið miðast þó aldrei við stærra rými en sem nemur stærð raunverulegs húsnæðis.

Rétt er að taka fram að húsnæðisgjaldinu er ætlað að standa undir öllu almennu viðhaldi húsnæðis en ekki stofnkostnaði, afskriftum og meiriháttar breytingum og endurbótum. Framkvæmdasjóður aldraðra var stofnaður árið 1981 og hefur hann

Daggjöld miðast við fjölda rýma, hjúkrunarþyngd og stærð heimila

Húsnæðisgjald á að standa undir rekstri húsnæðis en ekki leigu eða fyrningu

veitt framlög til byggingar hjúkrunarheimila í samstarfi við sveitarfélög. Framlag sjóðsins og ríkisins getur numið allt að 85% kostnaðar en sveitarfélaga að lágmarki 15%. Heimili sem sjálfseignarstofnanir hafa byggt eftir tilkomu sjóðsins hafa fengið 40% stofnkostnaðarframlag úr honum en fyrir þann tíma þurftu sjálfseignarstofnanir í meira mæli að reiða sig á sjálfsaflafé til að standa undir byggingarkostnaði. Rétt er að geta þess einnig að ekki hefur verið amast við því af hálfu ríkisins að hugsanlegur rekstrarafgangur heimilanna væri einnig notaður til að standa undir þessum kostnaði.

Fram til ársins 2013 var húsnæðisgjaldið hluti af daggjaldinu sem greitt var til heimilanna. Með tilkomu hjúkrunarheimila sem byggð voru skv. leiguleið þótti eðlilegra að taka húsnæðisgjaldið út úr daggjaldi og greiða það sérstaklega. Samfara því að húsnæðiskostnaðurinn var færður út úr daggjaldinu hækkaði hlutfall umönnunarhlutans úr 61,0% í 63,6% á sama tíma og hlutfall annars rekstrarkostnaðar lækkaði úr 39,0% í 36,4%.

Sem fyrr greinir notar eitt hjúkrunarheimili (Sóltún) RUG-34 kerfið í samræmi við þjónustusamning þess við ríkið. Greitt er eitt gjald fyrir niðurstöður hjúkrunarþyngdarstuðuls samkvæmt þessu kerfi sem er á bilinu 1,05–1,20. Ef stuðullinn fer niður fyrir 1,05 lækkar daggjaldið og ef stuðullinn fer yfir 1,20 hækkar það. Samningur ríkisins við hjúkrunarheimilið setur einnig önnur viðmið um útreikning daggjaldsins, s.s. um hvernig tekið skuli tillit til launabreytinga. Ákvæði samningsins hafa leitt til þess að framlög til heimilisins hafa á undanförunum árum hækkað meira en til þeirra heimila sem fá daggjald skv. reiknilíkani velferðarráðuneytisins.

Hlutdeild heimilismanna í daggjöldum

Samkvæmt lögum greiðir Tryggingastofnun ríkisins daggjöld hjúkrunarheimila fyrirfram en þau eiga að standa undir kostnaði af varanlegri búsetu íbúanna og þjónustu við þá. Að ákveðnum skilyrðum uppfylltum skulu íbúarnir taka þátt í kostnaðinum. Greiðsluþátttakan er tekjutengd og reiknuð út á grundvelli tekjuáætlunar sem íbúinn ber ábyrgð á að sé rétt. Heimilin eiga að sjá um að innheimta hlut hans í daggjaldinu. Ekki er tekið mið af eignastöðu. Til tekna teljast allar skattskyldar tekjur, s.s. launa-, lífeyrissjóðs- og fjármagnstekjur. Hafi heimilið ekki endurgreitt Tryggingastofnun hlut sjúklings fjórum mánuðum síðar er hann dreginn frá greiðslum til þeirra. Hlutdeild íbúa hjúkrunarheimila í daggjöldum á árinu 2013 nam samtals 970 m.kr. sem svarar til 4,3% af rekstrartekjum heimilanna.

Íbúar hjúkrunar-
heimila greiða hluta
daggjalda á
grundvelli tekna
sinna

Að lokinni álagningu skattyfirvalda ár hvert er greiðsluþátttaka íbúa dvalarheimila gerð upp, en greiðsluþátttaka íbúa hjúkrunarheimila fer hins vegar ekki í uppgjör. Eru þá bornar saman tekjur á tekjuáætlun sem þátttakan var reiknuð út frá og endanlegar tekjuupplýsingar í skattframtali. Tryggingastofnun gerir greiðsluþátttökuna upp við heimilin sem sjá svo um að gera upp við íbúa. Komi í ljós að þátttakan var of lítil innheimtir heimilið það sem vantar upp á. Komi hins vegar í ljós að þátttakan var of mikil endurgreiðir heimilið inneignina. Ef íbúi tekur þátt í dvalarkostnaði byrjar hann að greiða frá fyrsta degi næsta mánaðar eftir að búseta hefst.

Á árinu 2014 gildir að ef tekjur íbúa eru yfir 72.520 kr. á mánuði, eftir skatta, þá tekur hann þátt í dvalarkostnaði með þeim tekjum sem umfram eru. Greiðsluþátttaka

verður þó aldrei meiri en 338.690 kr. á mánuði. Það svarar til um helmings af kostnaði við slíkt rými. Íbúi sem greiðir hámarks þátttökugjald er með tekjur að fjárhæð 411.210 kr. eftir skatt á mánuði. Heimilin innheimta sjálf hlut íbúa hjúkrunarheimila í daggjaldi og skila til Tryggingastofnunar. Daggjöld skerðast ef vanskil eru á innheimtunni.

Samtök fyrirtækja í velferðarþjónustu telja ekki æskilegt að heimilin sjái sjálf um að innheimta hlutdeild íbúa í daggjaldinu heldur færi betur á að fela Tryggingastofnun eða öðrum opinberum aðila það hlutverk. Harðar innheimtuaðgerðir samrýmist illa umönnunarhlutverki þeirra og þau veigri sér við að grípa til slíkra aðgerða. Þrátt fyrir þessa afstöðu heimilanna bendir athugun Ríkisendurskoðunar til þess að fátítt sé að þau lendi í vanda vegna innheimtu á hlut vistmanna í daggjaldi. Greiðsluþátttökukerfið er hins vegar nokkuð flókið því það byggir m.a. á tekjuáætlunum sem síðan eru leiðréttar. Þá felst í kerfinu mun meiri tekjutenging á greiðsluþátttöku en þekkist annarsstaðar í heilbrigðiskerfinu en frekari umfjöllun um það fellur utan við efni þessarar skýrslu.

Samningar við sveitarfélög og aðra sem reka hjúkrunarheimili

Gera á samninga um rekstur hjúkrunarheimila frá 1. janúar 2015

Lög um sjúkratryggingar, nr. 112/2008, kveða á um að ríkið geri samninga um heilbrigðisþjónustu og annast sérstök sjúkratryggingastofnun, Sjúkratryggingar Íslands, samningsgerðina fyrir hönd ríkisins. Lögin tóku gildi 1. október 2008 en bráðabirgðaákvæði í þeim kveður á um að ákvæði þeirra um samninga við sveitarfélög og aðra sem reka hjúkrunarheimili skuli koma til framkvæmda ekki síðar en 1. janúar 2015. Fram til þess tíma er ráðherra heimilt að ákveða með reglugerð daggjöld vegna heilbrigðisþjónustu sem veitt er í hjúkrunarrýmum sjúkrahúsa og hjúkrunarrýmum öldrunarstofnana og hjúkrunarheimila.

Tekið er fram í lögnum að samningar skuli m.a. kveða á um magn, tegund og gæði þjónustu, hvar hún skuli veitt og af hverjum, ásamt endurgjaldi til veitanda og eftirliti með framkvæmd samnings. Í samningum skulu vera ákvæði um kröfur til veitanda þjónustu, m.a. um hæfni, þjónustusvæði og þjónustustig. Við samningsgerð skal tryggja aðgengi sjúkratryggðra að þeirri heilbrigðisþjónustu sem samið er um óháð efnahag. Jafnframt skal leitast við að tryggja þjónustu við sjúkratryggða hvar á landinu sem þeir eru búsettir og að veitendur þjónustu gæti þess að sjúkratryggðir njóti jafnræðis.

Einnig er tekið fram að val á viðsemjendum skuli fara fram á hlutlægum og málefnalegum forsendum. Reynist framboð af tiltekinni heilbrigðisþjónustu meira en þörf er á eða unnt er að semja um með hliðsjón af fjárheimildum er heimilt, á grundvelli hlutlægra og málefnalegra sjónarmiða, m.a. um hagkvæmni og gæði þjónustunnar, að takmarka samningsgerð við hluta þeirra aðila sem veitt geta þjónustuna. Heimilt er að bjóða út rekstur heilbrigðisþjónustu og kaup á heilbrigðisþjónustu. Heilbrigðisstofnanir og aðrir veitendur heilbrigðisþjónustu skulu kostnaðargreina þjónustu sína samkvæmt alþjóðlega viðurkenndum aðferðum og skal taka mið af öllum hagrænum kostnaði, þ.m.t. kostnaði vegna húsnæðis, fjármagns og afskrifta.

Lögin kveða einnig á um að sjúkratryggingastofnunin skuli hafa eftirlit með starfsemi samningsaðila sem miðar að því að tryggja að tegundir, magn, gæði, kostnaður og árangur þjónustu sé í samræmi við gerða samninga. Stofnunin skal hafa samráð við landlækni um fyrirkomulag og framkvæmd eftirlits. Þá skal sjúkratryggingastofnunin setja í samninga ákvæði sem ætlað er að stuðla að gæðum og árangri þjónustunnar, m.a. um gæðastjórnunarkerfi og vottun þeirra, faggildingu, árangursmælingar og upplýsinga- og skýrslugjöf, sbr. lög um landlækni. Getur sjúkratryggingastofnunin krafist þess að samningsaðilar nýti samræmd upplýsingakerfi, þ.m.t. samræmda skráningu biðlista, og skili upplýsingum um veitta þjónustu og starfsemi á samræmdu rafrænu formi til stofnunarinnar.

4.2 Rekstrargjöld

Rekstrargjöld hjúkrunarheimila námu samtals 23.417 m.kr. á árinu 2013. Launakostnaður vegur þar langþýngst eða tæp 76%. Aðrir kostnaðarliðir eru lægri en þar vega þýngst rekstur stoðsviða (7,8%), en þar undir er m.a. fæðis- og mötuneytis-kostnaður; húsnæðiskostnaður (7,8%), sem tekur bæði til húsaleigu, hita og rafmagns, ræstinga og minniháttar viðhalds; og hjúkrunarkostnaður (4,2%), sem m.a. tekur til lyfja og hjúkrunarvara. Í töflu 4.2 er að finna heildarsundurliðun á rekstrargjöldum heimilanna árið 2013.

Launakostnaður er 76% af rekstrar-kostnaði hjúkrunarheimila

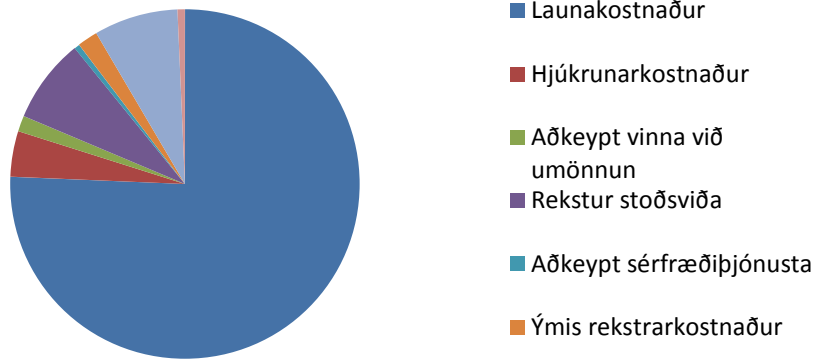
4.2 Rekstrargjöld hjúkrunarheimila árið 2013		
	Fjárhæð (m.kr.)	Hlutfall
Launakostnaður	17.719	75,7%
Hjúkrunarkostnaður	987	4,2%
Aðkeypt vinna við umönnun	343	1,5%
Rekstur stoðsviða	1.825	7,8%
Aðkeypt sérfræðiþjónusta	119	0,5%
Ýmis rekstrarkostnaður	440	1,9%
Húsnæðiskostnaður	1.824	7,8%
Annar rekstrarkostnaður	160	0,7%
Rekstrargjöld samtals	23.417	100,0%

Húsaleiga var gjaldfærð hjá 19 heimilum af 45, samtals 584 m.kr. Fyrning fasteigna var færð til gjalda hjá 9 heimilum, samtals 124 m.kr. Eins og þessar tölur bera með sér er nokkuð misjafnt hvort rekstraraðilar heimilanna reikna húsaleigu eða fyrningu af húsnæði.

Velferðarráðuneytið hefur tekið fram að daggjöldum sem ríkið greiðir hjúkrunarheimilum er ekki ætlað að standa undir húsnæðiskostnaði. Eins og áður segir (sjá bls. 22) er húsnæðisgjaldinu ætlað að standa undir hluta húsnæðiskostnaðar, þ.e. kostnaði vegna fasteignagjalda, trygginga, viðhalds, eftirlits og umsýslu húsnæðis en ekki stofnkostnaði, afskriftum og meiriháttar breytingum og endurbótum á húsnæði. Þess í stað er gengið út frá því að rekstraraðili leggi heimili til húsnæði endurgjaldslaust en hægt er að fá styrki úr Framkvæmdasjóði aldraðra til að mæta þessu að hluta. Þetta á við um eldri heimilin en húsnæðiskostnaður nýrra heimila sem hafa verið byggð skv. svokallaðri leiguleið er að fullu greiddur úr Framkvæmdasjóði aldraðra. Sá kostnaður er ekki gjaldfærður á viðkomandi heimili heldur bera viðkomandi sveitarfélög hann en fá á móti greiðslunnar frá sjóðnum.

Mismunandi hvernig staðið var að byggingu eldri og yngri heimila

4.3 Rekstrargjöld hjúkrunarheimila 2013



Jöfnuður fjármagnsliða neikvæður um 309 m.kr.

4.3 Fjármunatekjur og fjármagnsgjöld

Fjármunatekjur hjúkrunarheimila námu samtals 59 m.kr. á árinu 2013 en fjármagnsgjöld voru 368 m.kr. Jöfnuður fjármunatekna og fjármagnsgjalda var þannig neikvæður um 309 m.kr. Meirihluti heimilanna eða 28 af 45 (62%) voru með jákvæðan jöfnuð fjármunatekna og fjármagnsgjalda. Jöfnuðurinn er ekki mikill eða á bilinu 0 til 1% af rekstrartekjum.

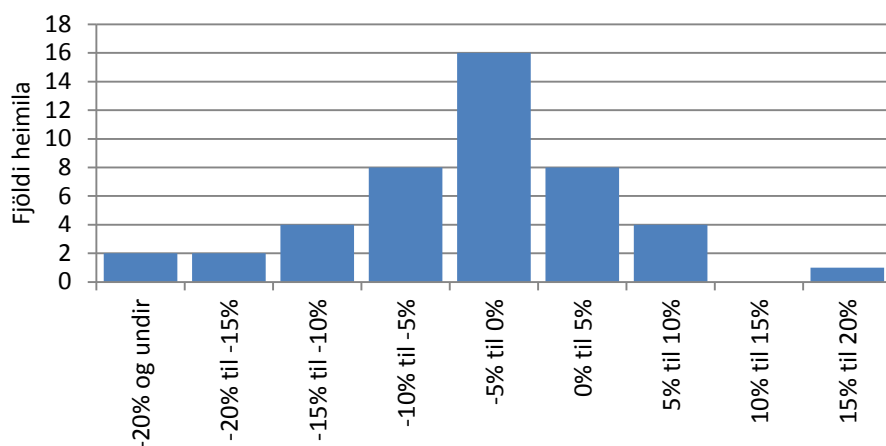
Heimili með neikvæðan jöfnuð fjármunatekna og fjármagnsgjalda voru 17 (38%). Neikvæður jöfnuður getur verið til marks um rekstrarerfiðleika heimila ef skuldir eru komnar til vegna hallareksturs. Í tilfalli eins heimilis, Sóltúns, tengist fjármagnskostnaður skuldum vegna lána til byggingar húsnæðis og er reiknað með útgjöldum vegna þeirra í greiðslum ríkisins til heimilisins en bygging og rekstur þess var á sínum tíma boðin út.

4.4 Rekstrarafkoma

Rekstrarhalli hjúkrunarheimila var 761 m.kr.

Hjúkrunarheimili voru rekin með samtals 761 m.kr. halla á árinu 2013. Hallinn sem hlutfall af rekstrartekjum heimilanna var 3,31%. Heimili með jákvæða afkomu voru 13 og afkoma þeirra samtals jákvæð um 303 m.kr. en afkoma 32 heimila var neikvæð um samtals 1.065 m.kr. Afkoman var nokkuð misjöfn eftir heimilum eins og mynd 4.4 sýnir en flest heimilin voru með halla á bilinu 0 til 5% af rekstrartekjum.

4.4 Rekstrarafkoma sem hlutfall af rekstrartekjum

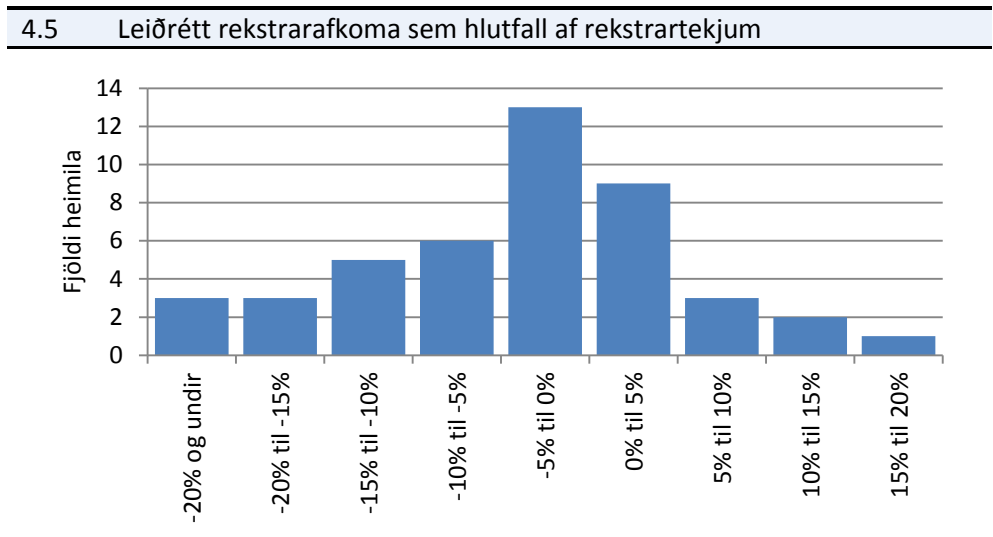


Eins og fyrr segir lögðu rekstraraðilar heimila og aðrir þeim til framlög á árinu 2013 og námu þau samtals 949 m.kr. Ef heimilin hefðu ekki fengið þessi framlög og heldur ekki brugðist við með því að draga saman útgjöld sín, hefði afkoma þeirra í heild orðið neikvæð um 1.710 m.kr. eða 7,77% af rekstrartekjum.

Á móti kemur að hvorki daggjöldum né húsnæðisgjaldi er ætlað að standa undir húsaleigu eða fyrningum húsnæðis. Á árinu 2013 nam sá kostnaður 685 m.kr.⁵ Ef afkoma heimilanna er einnig leiðrétt með því að sleppa þessum kostnaði við mat á afkomu verður niðurstaðan sú að heimilin voru í heild rekin með 1.025 m.kr. halla á árinu 2013 sem svarar til 4,66% af rekstrartekjum. Miðað við þetta hefðu 15 heimili verið með jákvæða afkomu á árinu 2013 um samtals 282 m.kr. Hins vegar hefðu 30 heimili verið með neikvæða afkomu um samtals 1.307 m.kr.

Afkoma heimila neikvæð um 1.025 m.kr. án framlaga rekstraraðila, húsaleigu og fyrningar húsnæðis

Tekið skal fram að kostnaður vegna lífeyrisskuldbindinga, sé hann færður hjá heimilunum, er ekki dreginn frá enda hafa heimilin almennt ekki aðrar tekjur til að standa undir honum en daggjöld. Reyndar hefur verið tekist á um hvort daggjöldum sé ætlað að standa undir þessum kostnaði. Eins og fram kemur síðar í skýrslunni er misjafnt hvort skuldbinding vegna lífeyris og kostnaður við hana er sýndir í reikningsskilum hjúkrunarheimila.



4.5 Þættir sem hafa áhrif á kostnað og afkomu hjúkrunarheimila

Enda þótt rekstrarafkoma hjúkrunarheimila hafi þegar á heildina er litið verið slök á árinu 2013 er staða þeirra engu að síður nokkuð mismunandi. Hagkvæmni í rekstri hjúkrunarheimila eykst ef stjórnendum þeirra tekst að nýta færri og ódýrari aðföng án þess að það komi niður á þjónustu við íbúa. Þetta gildir ekki síst um mönnun heimilanna í ljósi þess að launakostnaður er um 76% af rekstrargjöldum.

Afkoma einstakra hjúkrunarheimila er misjöfn

Til að geta borið saman heimili af mismunandi stærð þarf að reikna út einingar-kostnað, t.d. kostnað við hvert hjúkrunarrými eða kostnað á hvern dvalardag. Einnig

⁵ Fyrning húsnæðis hjá Sóltúni er talin með enda sá kostnaður innifalinn í þjónustusamningi heimilisins við ríkið.

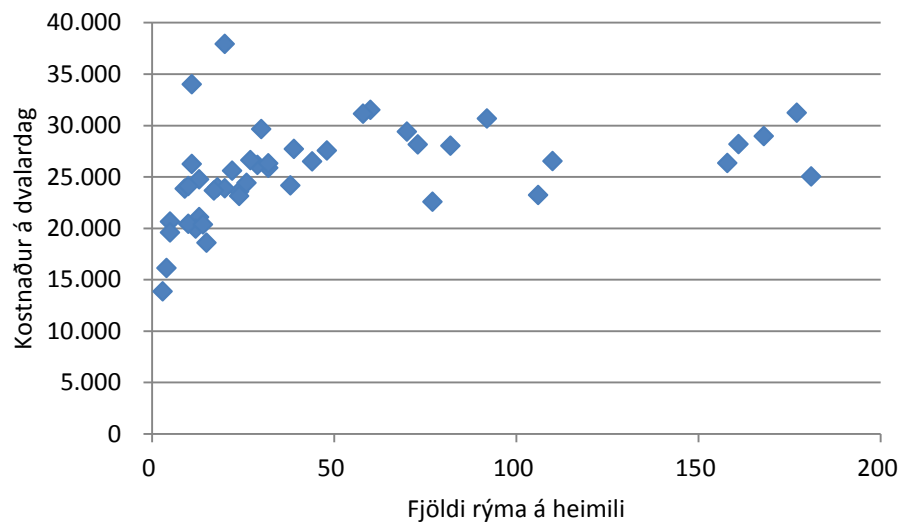
þarf að taka tillit til mismunandi stærðar og hjúkrunarþyngdar heimilanna en eins og fram hefur komið eru hjúkrunarheimilin afar mismunandi hvað þetta varðar.

Ef mögulegt á að vera að reka hjúkrunarheimilin án halla miðað við núverandi tekjur þyrftu flest þeirra að geta hagrætt með því að draga úr kostnaði og lækka einingarkostnað sinn. Að sjálfsögðu eru takmörk fyrir því hversu langt er hægt að ganga við að draga úr kostnaði án þess að slíkt hafi áhrif á magn og gæði þjónustu sem heimilin veita þeim sem þar dvelja. Einnig ber að hafa hugfast að sumir þættir sem hafa áhrif á einingarkostnað eru ekki á valdi stjórnenda einstakra heimila og má þar einkum nefna stærð heimila og staðsetningu þeirra.

Kostnaður og afkoma eftir stærð heimila

Á myndum 4.6 og 4.8 og í töflu 4.7 má sjá kostnað á dvalardag í hjúkrunarrýmum út frá stærð hjúkrunarheimila.

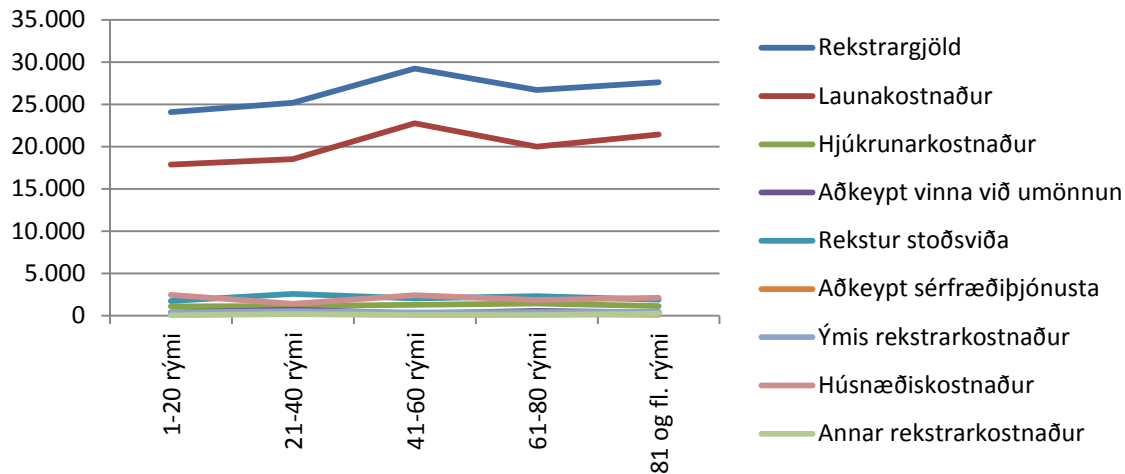
4.6 Stærð heimila og einingarkostnaður



4.7 Kostnaður á dvalardag í hjúkrunarrými eftir stærð heimila (meðaltöl)

Tegund kostnaðar	1–20 rými	21–40 rými	41–60 rými	61–80 rými	81 og fleiri rými	Öll heimili
Rekstrargjöld	24.087	25.154	29.221	26.673	27.613	27.033
Launakostnaður	17.851	18.514	22.733	19.966	21.420	20.707
Hjúkrunarkostnaður	1.072	1.107	1.271	1.406	1.110	1.151
Aðkeypt vinna við umönnun	359	717	257	540	348	400
Rekstur stoðsviða	1.726	2.568	2.021	2.308	1.877	1.993
Aðkeypt sérfræðiþjónusta	220	178	135	164	104	133
Ýmis rekstrarkostnaður	376	525	350	404	443	432
Húsnæðiskostnaður	2.443	1.376	2.391	1.839	2.089	2.051
Annar rekstrarkostnaður	40	169	65	46	222	165

4.8 Kostnaður á dvalardag í hjúkrunarrými eftir stærð heimila (meðaltöl)



Ætla mætti að stærri hjúkrunarheimili hefðu möguleika á að ná fram meira hagræði í rekstri en hin minni sem aftur myndi skila sér í betri afkomu. Úttektin leiðir hins vegar í ljós að þetta er ekki einhlítt heldur hækkar einingarkostnaður í fyrstu eftir því sem heimilin stækka, en lækkar síðan heldur eftir því sem rýmum fjölgar. Einingarkostnaður er hæstur hjá heimilum með á bilinu 41–60 rými.

Skýringin á þessu er að hjúkrunarþyngd er meiri hjá stærri heimilunum sem aftur þýðir að gera þarf meiri kröfur um fjölda og fagmenntun starfsfólks sem svo leiðir til hærri kostnaðar. Það sýnir sig t.d. að stærri heimilin bjóða almennt upp á sérhæft starfsfólk eins og sjúkraþjálfara og iðjuþjálfara, en það er mun fátíðara eða þekktist jafnvel ekki á minni heimilunum. Stærðarhagkvæmnin er síðan meiri hjá stærstu heimilunum, m.a. vegna þess að lægra hlutfall stjórnenda þýðir að launakostnaður á einingu lækkar.⁶ Þá skiptir hér einnig máli að minni heimilin fá sérstakt smæðarálag á daggjaldið sem bætir afkomu þeirra.

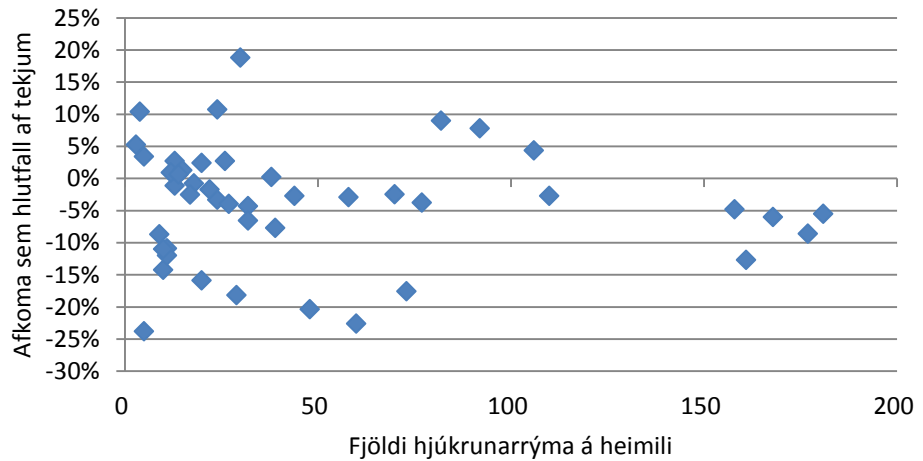
Afcoma minni heimilanna er mun breytilegri heldur en stærri heimila og eru sum þeirra rekin með talsverðum halla á meðan afkoma annarra er mun betri eða jafnvel góð. Til skýringa á þessum mun má m.a. benda á að rekstur minni heimila er iðulega sveiflukenndari en þeirra sem stærri eru. Minni heimili eiga t.d. erfiðara með að bregðast við óvæntum upptökum í rekstri eða skyndilegum atvikum, s.s. langtíma-veikindum starfsmanna, aukinni þjónustuþörf íbúa, óhjákvæmilegu viðhaldi o.s.frv. Þá skiptir að sjálfsgöðu máli hversu vel aðhalds er gætt í rekstrinum.

Ekki einhlítt að stærðarhagkvæmni gæti í rekstri

Afcoma minni heimila breytilegri en þeirra stærri

⁶ Stærðarflokkurinn 61–80 rými er ekki að fullu marktækur þar sem aðeins er um að ræða þrjú heimili.

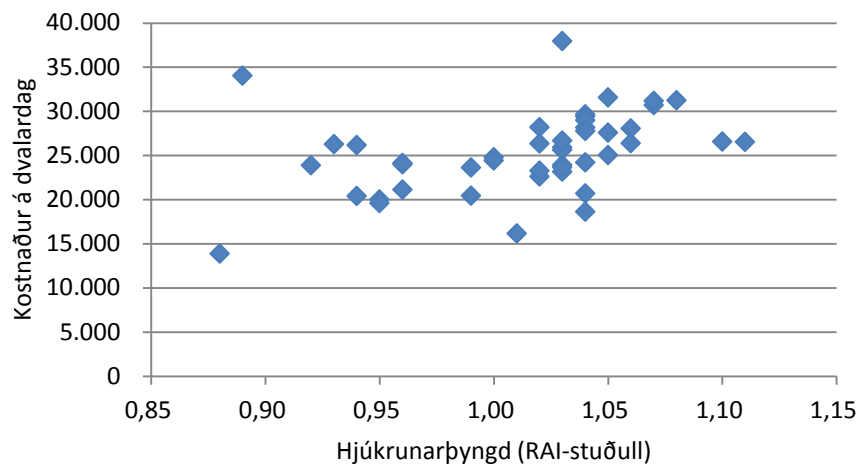
4.9 Stærð heimila og leiðrétt rekstrarafkoma



Kostnaður og afkoma eftir hjúkrunarþyngd heimila

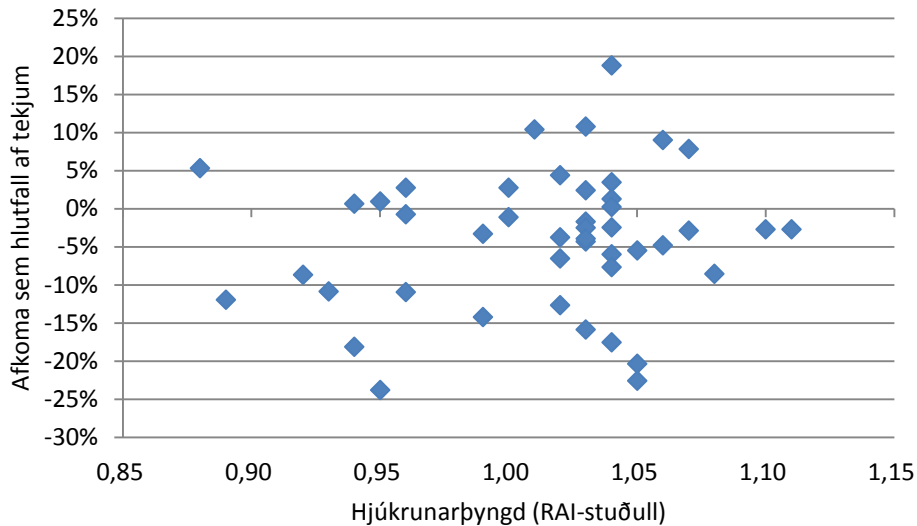
Eins og við er að búast er sterkt samband á milli hjúkrunarþyngdar og einingar-kostnaðar (kostnaðar á dvalardag), þ.e. kostnaður heimila er meiri eftir því sem íbúarnir þurfa meiri umönnun. Meiri hjúkrunarþyngd kallar þannig á hlutfallslega fleiri og sérhæfðari starfsmenn.

4.10 Kostnaður á dvalardag og hjúkrunarþyngd



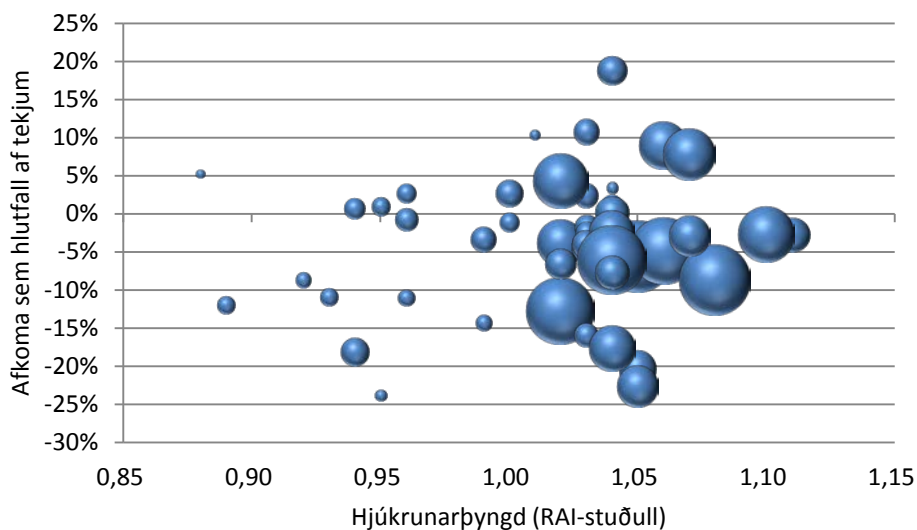
Á móti kemur að heimilin fá meiri hjúkrunarþyngd bættu í formi hærra daggjalds. Reikniaðferðin sem notuð er til að greiða heimilunum virðist taka nokkuð gott tillit til mismunandi hjúkrunarþyngdar heimila, þar sem leiðrétt afkoma heimila sem eru með hjúkrunarþyngd í hærra lagi er heldur betri en heimila með lægri hjúkrunarþyngd.

4.11 Hjúkrunarþyngd og leiðrétt rekstrarafkoma



Jafnframt er ljóst að heimili með sömu hjúkrunarþyngd geta verið með misháan einingarkostnað vegna þess að þau nota mismikil og misdýr aðföng til starfseminnar, sem aftur leiðir til mismunandi rekstrarafkoma. Meira kostnaðaraðhald skilar sér því í lægri einingarkostnaði sem aftur þýðir betri afkomu viðkomandi heimila.

4.12 Hjúkrunarþyngd, stærð heimila og leiðrétt rekstrarafkoma

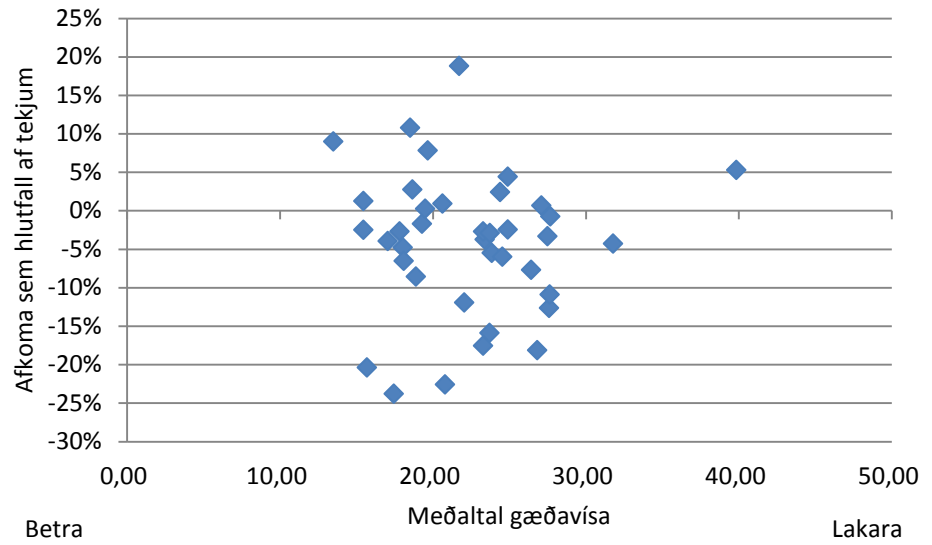


Kostnaður og afkoma eftir gæðavísu heimila

Eins og fyrr segir er haldið utan um 23 gæðavísa í RAI-gagnagrunni. Hægt er að reikna út meðaltal fyrir þessa gæðavísa fyrir hvert heimili. Ekki er að sjá að samband sé á milli útkomu slíks meðaltals og rekstrarafkomu heimilanna, þ.e. rekstrarafkoma þeirra hefur ekki áhrif á gæðavísa. Þannig er t.d. ekki unnt að fullyrða að kostnaður heimila umfram tekjur þeirra skili sér í betri gæðum þjónustu við íbúa.

Ekki samband á milli gæðavísa og afkomu heimila

4.13 Gæðavísar og leiðrétt rekstrarafkoma



5 Starfsmannahald heimila

5.1 Ársverk og launakostnaður heimila

Tafla 5.1 sýnir ársverk einstakra starfsstétta og launakostnað fyrir hjúkrunarheimilin í heild. Um er að ræða ársverk og launakostnað allra starfsmanna heimilanna.

5.1 Ársverk einstakra starfsstétta og heildarlaunakostnaður hjúkrunarheimila		
Starfsstétt	Ársverk	Launakostnaður (þús.kr.)
Læknar	8,90	144.886
Hjúkrunarfræðingar	274,76	2.595.208
Sjúkrapjálfarar	31,96	236.152
Iðjupjálfar	18,29	118.303
Sjúkraliðar	476,29	3.038.567
Annað fagfólk við umönnun	82,33	472.833
Ófaglært starfsfólk við umönnun	1.294,45	7.439.235
Ársverk og launakostnaður í umönnun	2.186,95	14.045.184
Eldhús	238,02	1.488.407
Þvottur	30,30	136.097
Eftirlit, umsjón fasteigna	61,37	365.386
Stjórnun	118,84	1.082.085
Annað fagfólk, ekki við umönnun	27,91	121.940
Ófaglært starfsfólk, ekki við umönnun	57,51	266.659
Ræsting	135,75	634.647
Starfsfólk við annað en umönnun	670,18	4.095.223
Starfsfólk samtals	2.857,09	18.140.408

5.2 Mönnun heimila

Flest heimilin skiluðu upplýsingum um fjölda ársverka og er því hægt að reikna út mönnun þeirra, bæði í heild og eftir starfshópum. Tafla 5.2 sýnir fjölda ársverka sem heimilin færa á hjúkrunarrými eftir stærð þeirra⁷. Ljóst er að ársverk á hvert hjúkrunarrými eru fleiri hjá stórum heimilum heldur en þeim minni. Reyndar er fjöldi ársverka hæstur hjá meðalstóru heimilunum, þ.e. þeirra sem eru með 41–80 rými. Mönnun minnstu heimilanna er að meðaltali aðeins 77% af mönnun þeirra heimila sem hafa hlutfallslega flest starfsfólk, en þetta hlutfall er 86% fyrir þau stærstu. Nokkur munur er síðan innan hvers flokks hvað mönnun áhrærir.

Fjöldi fagmenntaðra starfsmanna er einnig mismunandi á milli heimila. Þannig eru hlutfallslega mun færri ársverk hjúkrunarfræðinga á minni heimilum en á þeim stærri. Þá þjóða fæst minni heimilin upp á sérhæfða þjónustu eins og sjúkra- og iðjupjálfun á meðan slík þjónusta er í boði hjá öllum stærri heimilunum. Iðjupjálfun er nánast ekki fyrir hendi hjá minni og meðalstórum heimilum á meðan slík þjónusta er til staðar hjá öllum stærstu heimilunum.

Stór heimili með hlutfallslega fleiri ársverk

Minni heimili með hlutfallslega færri fagmenntaða starfsmenn

⁷ Geðhjúkrunarrými á Fellsenda, Ási og Mörk eru hér talin með hjúkrunarrýmum.

5.2 Ársverk á hjúkrunarrymi eftir stærð heimila (meðaltal fyrir hvern stærðarflokk heimila)

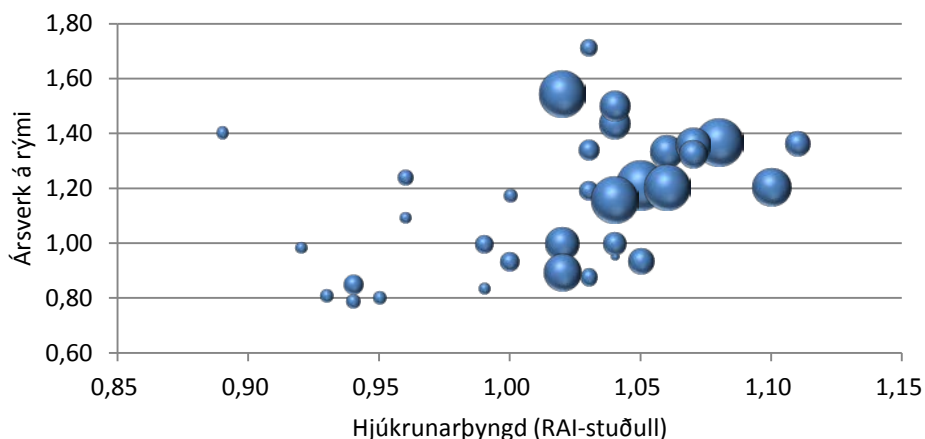
	1-20	21-40	41-60	61-80	81 og fleiri	Öll heimili
Hjúkrunarfræðingar	0,079	0,106	0,180	0,162	0,130	0,131
Sjúkraþjálfarar og iðjuþjálfar	0,009	0,016	0,014	0,017	0,026	0,021
Sjúkraliðar	0,207	0,205	0,261	0,177	0,203	0,208
Ófagl. starfsf. við umönnun	0,587	0,505	0,650	0,874	0,564	0,591
Starfsfólk samtals	1,127	1,217	1,448	1,471	1,262	1,282

Stærstu heimilin komast af með hlutfallslega færri starfsmenn en meðalstór heimili. Hjá þeim kann því að gæta ákveðinnar stærðarhagkvæmni, s.s. hvað varðar vaktafyrirkomulag og fjölda starfsmanna sem gegna stjórnunarstörfum.

Ólík mönnun heimila með svipaða hjúkrunarþyngd

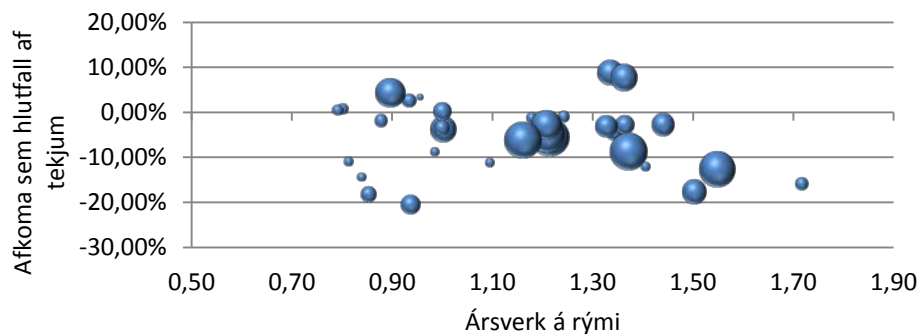
Hafa þarf í huga að hjúkrunarþyngd stærri heimila er að jafnaði meiri heldur en þeirra minni. Almenn er gengið út frá því að fleiri starfsmenn þurfi eftir því sem hjúkrunarþyngdin er meiri og að fjöldi ársverka á hvert rými hækki þar með. Eins og mynd 5.3 sýnir er þetta raunin þótt heimili með svipaða hjúkrunarþyngd og af svipaðri stærð geti verið misjafnlega mönnuð.

5.3 Hjúkrunarþyngd, ársverk á rými og stærð heimila



Mönnun hefur einnig áhrif á rekstrarafkomu hjúkrunarheimila. Þannig sýna þau heimili sem komast af með færra starfsfólk á hvert rými almennt betri afkomu en heimili sem eru með hlutfallslega fleiri starfsmenn, en eins og áður er þetta síður en svo einhlítt.

5.4 Ársverk á rými, leiðrétt rekstrarafkoma og stærð heimila

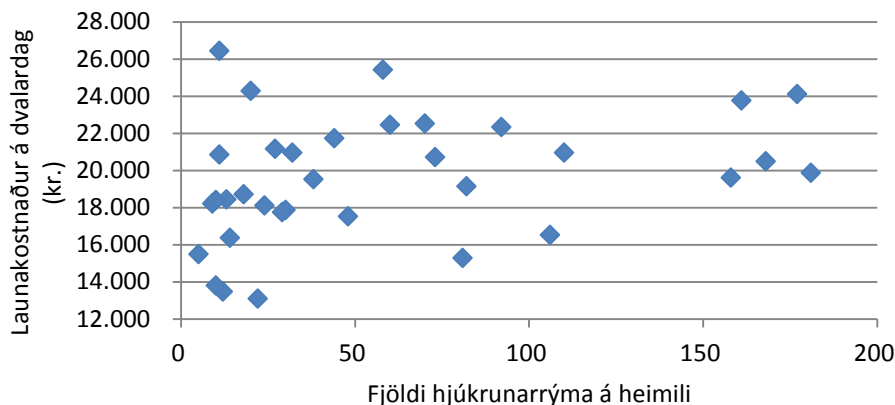


5.3 Launakostnaður heimila

Mismunandi mönnun heimila endurspeglast í launakostnaði á dvalardag. Þessi kostnaður er reyndar all mismunandi á milli heimila og liggur almennt á bilinu 15–25 þús.kr. á dag. Nokkur minnstu heimilin eru reyndar með launakostnað á dvalardag undir 15 þús.kr. á meðan stærstu heimilin eru með þennan kostnað á bilinu 20–25 þús.kr.

Launakostnaður á dvalardag mismunandi eftir heimilum

5.5 Stærð heimila og launakostnaður á dvalardag

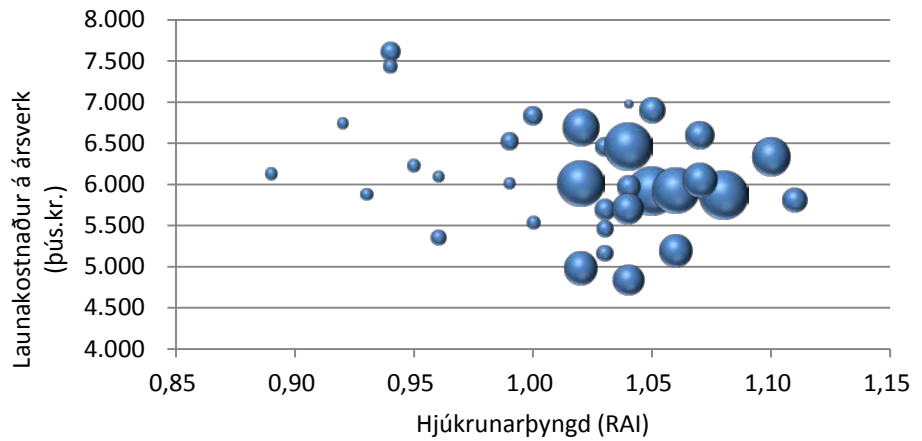


5.6 Launakostnaður á dvalardag í hjúkrunnarrými eftir stærð heimila (meðaltal fyrir hvern stærðarflokk)

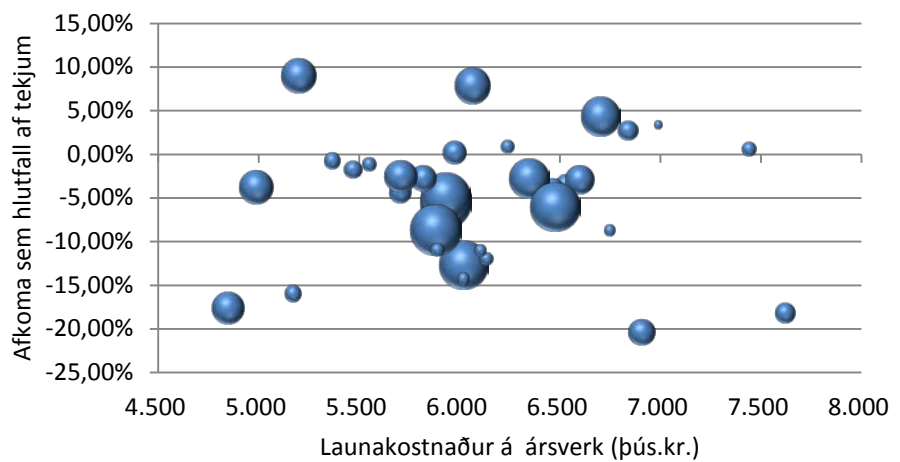
	1–20 rými	21–40 rými	41–60 rými	61–80 rými	81 og fleiri rými	Öll heimili
Læknar	0	34	263	0	251	182
Hjúkrunarfræðingar	2.577	2.460	3.536	2.764	3.143	3.023
Sjúkraþjálfarar	120	212	195	244	311	267
Iðjuþjálfar	26	38	51	71	182	130
Sjúkraliðar	3.464	3.538	4.336	2.539	3.554	3.510
Annað fagfólk við umönnun	848	23	329	57	710	549
Ófaglært starfsfólk við umönnun	7.742	7.306	8.348	8.749	8.378	8.253
Eldhús	1.698	2.063	1.529	1.842	1.357	1.524
Þvottur	252	196	301	237	81	144
Eftirlit, umsjón fasteigna	56	432	291	710	428	413
Stjórnun	884	1.042	1.760	1.132	1.337	1.286
Annað fagfólk, ekki við umönnun	3	163	20	126	191	149
Ófaglært starfsfólk, ekki við umönnun	197	201	246	297	318	287
Ræsting	318	739	667	684	729	684
Samtals launakostnaður	18.186	18.447	21.873	19.453	20.969	20.401

Loks má nefna að launakostnaður á hvert ársverk er talsvert mismunandi á milli heimila án þess að stærð eða hjúkrunarþyngd heimilanna ráði þar endilega. Þá er heldur ekki um það að ræða að rekstrarafkoma heimila ráðist af því hvað hvert ársverk kostar

5.7 Hjúkrunarþyngd, launakostnaður á ársverk og stærð heimila



5.8 Launakostnaður á ársverk, leiðrétt rekstrarafkoma og stærð heimila



6 Fjárhagsstaða heimila

6.1 Eignir heimila

Bókfært verðmæti eigna hjúkrunarheimila nam samtals 16.094 m.kr. í árslok 2013. Þess ber samt að gæta að sérstakur efnahagsreikningur er ekki gerður fyrir öll heimilin, sérstaklega ekki þau sem rekin eru af sveitarfélögum heldur er fjárhagur þeirra hluti af fjárhag viðkomandi sveitarfélags.

Stærsti eignaliður heimilanna eru fasteignir en þær eru færðar til eignar hjá 17 af 45 heimilum á samtals 12.522 m.kr. í árslok 2013. Í öðrum tilvikum eru fasteignir ekki færðar í ársreikninga heimilanna og á það við þegar heimili leigja fasteignir fyrir starfsemi sína eða fá af þeim endurgjaldslaus afnot.

Aðrir eignaliðir eru handbært fé (bankainnstæður og sjóðir) að fjárhæð 1.872 m.kr., viðskiptakröfur 910 m.kr., áhöld og tæki 405 m.kr., vörubirgðir 27 m.kr. og aðrar eignir 360 m.kr.

6.2 Skuldir heimila

Skuldir hjúkrunarheimila námu samtals 12.485 m.kr. í árslok 2013. Þar af voru skammtímaskuldir 3.855 m.kr., langtímaskuldir 4.983 m.kr. og bókfærðar lífeyrisskuldbindingar 3.786 m.kr. Í sambandi við lífeyrisskuldbindingar er rétt að hafa tvennt í huga. Annars vegar er mismunandi hvort heimilin hafa bókfært áfallnar lífeyrisskuldbindingar og því gefur framangreind fjárhæð ekki rétta mynd af stöðu þeirra. Hins vegar ákvað ríkið á þessu ári að yfirtaka áfallnar lífeyrisskuldbindingar hjúkrunarheimila sem rekin eru af öðrum en sveitarfélögum og sem metnar eru á tæplega sex milljarða króna. Í samkomulaginu fólst að hjúkrunarheimilin fullnusta lífeyrisávinnslu núverandi starfsmanna sinna í B-deild Lífeyrissjóðs starfsmanna ríkisins og Lífeyrissjóðs hjúkrunarfræðinga og þar með hækka lífeyrisðgjöld vegna þeirra starfsmanna um rúmlega 50%. Samtök fyrirtækja í velferðarþjónustu áætla að nettó lækkun lífeyrissjóðsiðgjalda vegna umræddra starfsmanna verði til að byrja með 20-30% og muni væntanlega aukast þegar fram líða stundir, en benda um leið á að í heildarrekstri heimilanna séu þetta mjög lágar tölur.

6.3 Veltufjárstaða og eigið fé heimila

Veltufjárhlutfall, þ.e. hlutfallið á milli veltufjár og skammtímaskulda, er mælikvarði á greiðslustöðu. Að meðaltali var veltufjárhlutfall heimilanna 0,7 í árlök 2013 en hlutfallið þarf að vera um 1,0 til að heimilin geti staðið í skilum með greiðslur á réttum tíma. Skýringin á því að fæst heimilin eru í greiðsluvanda þrátt fyrir þetta liggur í því að Tryggingastofnun ríkisins greiðir daggjöld næsta mánaðar að stærstum hluta í lok fyrri mánaðar. Laun og annar kostnaður vegna liðins mánaðar eru því oftast nær greiddur með tekjum næsta mánaðar.

Misjafnt hvort gerður er efnahagsreikningur fyrir heimilin

Ekki alltaf getið um lífeyrisskuldbindingar í ársreikningum heimila

Bókfært eigið fé hjúkrunarheimila nam samtals 3.470 m.kr. í árslok 2013 og var hlutfall eiginfjár að meðaltali 21,6%. Staða einstakra heimila hvað þetta varðar er hins vegar misjöfn. Þannig voru 18 heimili með jákvæða eiginfjárstöðu á meðan 19 voru með neikvæða stöðu. Átta heimili voru ekki með bókfærðan efnahag vegna þess að efnahagsreikningur þeirra er hluti af viðkomandi sveitarsjóðum.

6.4 Viðhorf stjórnenda til afkomu og fjárhagsstöðu heimilanna

Helmingur stjórnend telur fjárhagsstöðu bágborna

Í könnun Ríkisendurskoðunar var leitað eftir viðhorfum stjórnenda hjúkrunarheimila til afkomu og fjárhagsstöðu heimilanna. Af þeim töldu 8% stöðuna vera góða, 41% að hún væri sæmileg og 51% að staða heimilisins væri bágborin.

Í samanburði við fyrri ár töldu 8% að staðan væri betri, 39% töldu stöðuna svipaða en 53% að staða þess heimilis sem þeir stjórna væri verri en áður.



Ríkisendurskoðun – Bríetartúni 7
Pósthólf 5350 – 125 Reykjavík
Sími 569-7100
postur@rikisend.is – www.rikisendurskodun.is