

Grønlands sundhedsvæsen – udfordringer for fremtiden.



Økonomi- og strukturanalyse af det grønlandske sundhedsvæsen

Grønlands Selvstyre – departementet for sundhed

14. april 2010

2. Sammenfatning af konklusioner og anbefalinger

Dette kapitel indeholder et fyldigt resumé af rapportens væsentligste konklusioner og anbefalinger. Bagest i kapitlet findes en kortfattet sammenfatning i punktform. Struktureringen af kapitlet følger i øvrigt terminologien i den skitserede analyseramme fra kapitel 1.

2.1 Ressourcer

Forholdsvis lave, men stigende, udgifter – og store budgetoverskridelser

1. Målt i forhold til økonomiens størrelse er sundhedsudgifterne i Grønland på et forholdsvis lavt niveau set i et internationalt perspektiv, og væksten i sundhedsudgifterne har været relativt moderat. Fra 1997-2007 var den samlede realvækst i sundhedsudgifterne omkring 25 procent, hvilket er cirka det halve af stigningen i OECD-området. Det kan samtidig konstateres, at der frem til 2006 generelt har været en god overensstemmelse mellem de budgetterede og faktiske udgifter. Det er på den ene side set en indikation af, at budgetlægningen og økonomistyringen gennemgående har været velfungerende. Heroverfor står dog, at der er en række tegn på udækkede behov og kvalitetsproblemer på nogle områder, jf. nedenfor. Modstykket til den forholdsvis begrænsede udgiftsvækst kan således være, at der er opbygget en opdæmmed efterspørgsel, der ikke er blevet imødekommet.

Udviklingen gennem de seneste 2-3 år har været markant anderledes end gennem de foregående 8-10 år. Realvæksten i sundhedsudgifterne har således siden 2007 været væsentlig højere, og sundhedsudgifternes andel af det samlede offentlige forbrug er steget væsentligt. Samtidig har der været betydelige budgetoverskridelser – i størrelsesordenen fem procent i gennemsnit set i forhold til de oprindelige finanslovsbevillinger.

Mangel på kvalificeret personale reducerer sundhedsvæsenets kapacitet og produktivitet

2. Det grønlandske sundhedsvæsen har gennem mange år været præget af betydelige rekrutteringsproblemer især i forhold til læger, men også i forhold til sygeplejersker og andre personalegrupper, jf. også punkt 17 nedenfor.

Den høje andel af ufaglærte samt løst ansatte læger og sygeplejersker begrænser i sagens natur sundhedsvæsenets samlede kapacitet og bidrager til et lavt produktivitetsniveau. Mange steder, herunder i de små bysamfund, giver den store personaleudskiftning dårlige rammebetingelser for at arbejde struktureret med for eksempel kvalitetsudvikling og effektivisering af arbejdsgange. Ligeledes er det under disse forhold ofte vanskeligt at håndhæve et ledelsesansvar.

Mulighederne for at afhjælpe manglen på personale drøftes under punkt 17 nedenfor.

2.2 Organisation og styring

De igangværende organisationsomlægninger kræver meget ledelsesopmærksomhed

3. Den igangværende reform af organisering og ledelsesstrukturer vil på en række områder forandre den hidtidige styringsmodel for sundhedsvæsenet. Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse er etableret som en enhedsorganisation for driften af sundhedsvæsenet. Den nyetablerede styrelse erstatter således dele af det tidligere direktorat og samler driftsledelsen af Dronning Ingrid's Hospital og sundhedsdistrikterne i én organisation. Samtidig etableres på Dronning Ingrid's Hospital en områdeledelsesstruktur, mens de hidtidige 16 sundhedsdistrikter på kysten erstattes af 5 nye sundhedsregioner. Regionsstrukturen er igangsat med pilotforsøg i to regioner fra den 1. januar 2010 og planlægges fuldt implementeret fra starten af 2011. På Dronning Ingrid's Hospital er der ligeledes igangsat pilotforsøg med områdedannelse – tidsplanen for idriftsættelse af den samlede områdestruktur er imidlertid endnu ikke fastlagt.

Formålet med organisationsændringerne er blandt andet at skabe en enklere administrativ struktur og en mere robust og helhedsorienteret ledelsesmodel med øget fokus på effektiv drift. Erfaringerne med en todelt ledelse for henholdsvis landshospitalet og sundhedsdistrikterne har været præget af en ufrugtbar kassetænkning, hvor de to (ledelses)systemer gensidigt har forsøgt at flytte udgifter mellem hinanden for at overholde eget budget. I forhold til regionsdannelsen er målet for det første at samle det ledelsesmæssige ansvar for sundhedsbetjeningen på kysten i færre enheder for derved at sikre større robusthed og kontinuitet i de mindre byer, hvor det traditionelt har været vanskeligt at rekruttere chefdistriktslæger. Et andet mål er at kunne skabe stærkere faglige miljøer for derigennem at styrke den faglige kvalitet og lette rekrutteringssituationen, herunder via oprettelse af uddannelsesstillinger for læger.

Det er Deloitte's vurdering, at implementeringen af den samlede strukturreform vil kræve betydelig ledelseskraft og ledelsesopmærksomhed

de kommende 1-2 år – det gælder både etableringen af enhedsorganisationen og henholdsvis område- og regionsstrukturen. Den vurdering bygger blandt andet på vores erfaringer fra andre organisationsforandringer, og at vi på baggrund af dataindsamlingen kan konstatere, at der også i den aktuelle kontekst er en vis usikkerhed og forandringsmodstand i driftsorganisationerne. Vi kan samtidig konstatere, at fremdriften i implementeringen af organisationsændringerne er blevet vanskeliggjort af vakancer på centrale poster, herunder stillingen som styrelseschef.

Opmærksomhedspunkter ved implementeringen af strukturreformen

4. Det er endnu for tidligt at vurdere, om sundhedsreformen vil komme til at få de tilstræbte virkninger. Deloitte har dog identificeret en række forhold, som efter vores opfattelse er opmærksomhedskrævende.
 - i. Indførelsen af en enstrengt driftsorganisation for sundhedsvæsenet indebærer, at der ikke fremadrettet vil være en selvstændig ledelse af Dronning Ingrid's Hospital, men at ledelsesopgaven i stedet deles mellem områdecheferne og Sundhedsledelsen. Hospitalet er flagskibet i sundhedsvæsenet, og for Grønland er det vitalt, at hospitalet ledes effektivt både økonomisk og i forhold til den sundhedsfaglige udvikling. Dette tilgodeses efter Deloitte's vurdering som udgangspunkt bedst via en særskilt hospitalsledelse, men inden for rammerne af den nu besluttede organisationsmodel kan der overvejes etableret en driftschefstilling eller lignende. Det er efter vores vurdering væsentligt, for optimering af driften på Dronning Ingrid's Hospital, at Sundhedsledelsen også påtager sig opgaven som reel driftsledelse for hospitalet og at dette understøttes via formulering af eksplicite mål for hospitalets produktion.
 - ii. Tidsplanen for gennemførelsen af regionsstrukturen betyder efter vores vurdering, at mulighederne for erfaringsopsamling fra de igangværende pilotprojekter på nogle områder er forholdsvis begrænsede, fx i forhold til at opbygge stærkere faglige miljøer i regionscentre. Det er på den ene side vigtigt at holde momentum i regionaliseringen, men på den anden side også vitalt, at opstarten af de enkelte regioner er velplanlagt og helst under ledelse af den blivende regionsledelse. Vi finder det mere væsentligt, at opstarten af de enkelte regioner sker i takt med at forudsætningerne for en smidig overgang etableres end at en bestemt tidsplan realiseres.
 - iii. Om regionsstrukturen – som håbet – i sig selv vil forbedre mulighederne for at rekruttere læger i faste stillinger kan ikke vurderes endnu. Der er blandt de personer, vi har interviewet i

forbindelse med undersøgelsen, forskellige opfattelser heraf. Uanset dette er der dog efter vores opfattelse behov for at overveje, om en samling i stærkere (læge)faglige miljøer i givet fald bedst kan finde sted i regionscentrene eller på Dronning Ingrid's Hospital. En samling i regionscentrene vil betyde, at der i disse opbygges en kapacitet, der ligger yderligere ud over, hvad der i det daglige er behov for i hovedbyen. Hvis der skal være et rationale heri, skal det ligge i, at regionscentret kan varetage en væsentlig del af betjeningen af de mindre byer og bygder i regionen også med de akutte opgaver på en bedre måde, end hvis disse opgaver løses med udgangspunkt fra Nuuk. Bedømt ud fra de hidtidige evakueringsmønstre finder vi, at dette er usikkert, for så vidt angår de akutte opgaver. Hertil kommer, at også den almenmedicinske stillingtagen til patientsager, som i fremtiden i stigende grad vil kunne foregå via telemedicin, også kan foregå fra Dronning Ingrid's Hospital.

- iv. Der bør på den baggrund foretages en nærmere vurdering af fordele og ulemper ved en model, hvor i princippet al egentlig sygehusbetjening fremadrettet varetages af Dronning Ingrid's Hospital. Og hvor sundhedstilbuddet på kysten er fokuseret på primærsektor, kronikerindsats og forebyggelse suppleret med hel basal kirurgi i regionscentrene på få udvalgte områder som for eksempel kejsersnit, abort og simple frakturer. Opbygningen af stærkere faglige miljøer vil under alle omstændigheder være en gradvis proces, og den foreslåede nærmere vurdering af fordele og ulemper ved forskellige modeller vil derfor efter vores vurdering ikke have opsættende virkning på de øvrige elementer i regionaliseringen.
- v. Regionsledelserne vil i den nye struktur være nøglepersoner. Vi anser det derfor for afgørende i forhold til at høste gevinsterne af regionaliseringen, at regionsledelserne tildeles vidtstrakte beføjelser til at lede, planlægge og disponere inden for regionen, og at de påtager sig denne udvidede ledelsesopgave. Vi anbefaler, at der under hensyntagen til geografien og de konkrete ledelsesudfordringer i hver af de kommende regioner hvilke støttefunktioner for regionsledelserne, der er påkrævede.

Strukturereformen løser ikke alle problemer

5. Med en succesfuld implementering er det vores vurdering, at strukturereformen kan blive et værdifuldt bidrag til at løse en række udfordringer i forhold til rekruttering, ledelse og styring. Det er dog samtidig vigtigt at være opmærksom på, at reformen ikke løser de fundamentale udfordringer omkring sundhedsvæsenet – rekruttering, kvalitet, folkesundhed, udgiftspres og begrænsede finansieringsmuligheder. Det er

derfor efter vores opfattelse vigtigt, at sundhedsreformen kan gennemføres, *samtidig* med at fokus på løsninger af disse udfordringer fastholdes – og helst forstærkes.

Økonomistyringen er skredet de seneste år

6. Som nævnt under punkt 1 har der gennem de seneste 2-3 år kunnet konstateres en væsentlig højere udgiftsvækst, samtidig med at der har været store budgetoverskridelser. Mens regnskabet for 2006 stort set var i balance, var der i 2007 et merforbrug i forhold til den oprindelige finanslovsbevilling på mere end 30 mio. kr., og i 2008 var overskridelsen steget til næsten 65 mio. kr. Regnskabstal for 2009 har ikke været tilgængelige for nærværende analyse, men meget tyder på en overskridelse af nogenlunde samme størrelse som i 2008. Det skal bemærkes, at der i løbet af både 2008 og 2009 via tillægsbevillinger til finanslovsbevillingen er sket en politisk godkendelse af udgiftsniveaue. Selvom bevillingsformalia således er på plads udgør det store merforbrug sammenlignet med den vedtagne finanslov ikke desto mindre et væsentligt styringsproblem.

Der er flere medvirkende årsager til den beskrevne udvikling. For det første har der især i 2008 været en kraftig stigning i udgifterne på en række vanskeligt styrbare delområder, herunder teleudgifter og udgifter til vikarer og evakueringer. På de to sidstnævnte områder synes presset at være aftaget i 2009, mens der fortsat kan konstateres en høj vækst i teleudgifterne, blandt andet som følge af udrulningen af telemedicinprojektet. Det sidste er ikke overraskende. Den nuværende takstpolitik på teleområdet påfører således sundhedsvæsenet væsentlige årlige merudgifter, uden at Tele Greenland har tilsvarende meromkostninger som følge den stigende teletrafik – en udvikling som i øvrigt på alle måder er ønskelig set ud fra et overordnet sundhedsfagligt og samfundsmæssigt perspektiv. Deloitte finder, at det vil være naturligt at overveje ændringer i takstpolitikken, således at sundhedsvæsenet fremadrettet betaler et fast beløb for forbrug af teletjenester eller alternativt at udgifterne til teleområdet holdes uden for den overordnede rammestyring.

For det andet synes underbudgettering og/eller manglende præcision i budgetlægningen at være en del af forklaringen. Det kan konstateres, at der for flere af de væsentlige budgetposter – særligt Dronning Ingrid's Hospital og udlandsbehandling – systematisk har været et merforbrug gennem de senere år. Dette kan skyldes (en kombination af) underbudgettering og utilstrækkelig økonomistyring. Ansvar for underbudgetteringen påhviler ikke sundhedsvæsenet alene, men skal ses i sammenhæng med de overordnede finanspolitiske prioriteringer og procedurerne omkring finanslovsudarbejdelsen mere generelt.

I forhold til udlandsbehandling ser der ud til at være en kraftig underliggende udgiftsvækst, på trods af at der siden 2002 ikke er blevet visiteret til elektiv behandling i udlandet. Det er især udgifterne til behandling på Rigshospitalet, der vokser. Kredsløbssygdomme og kræft er blandt de diagnoser, hvor forbruget er stigende. Efter det oplyste vil taksterne til behandling på Rigshospitalet stige næsten 10 procent i indeværende år, hvilket med uændret forbrugsmønster vil føre til en budgetoverskridelse på cirka 17 mio. kr. Det er vores vurdering, at der i budgetlægningen ikke i tilstrækkelig grad er taget stilling til det underliggende udgiftspres på dette område.

På Dronning Ingrid's Hospital var der i 2006 og 2007 et merforbrug på cirka 20 mio. kr. svarende til 8-9 procent af finanslovsbevillingen. Dette blev i 2008 forøget til hele 45 mio. kr., hvilket svarer til 17 procent af budgettet. Overskridelser af denne størrelse er efter vores opfattelse udtryk for, at økonomistyringen ikke har været under kontrol. De oplysninger, der er til rådighed, giver ikke et entydigt billede af aktivitetsudviklingen – antallet af udskrivninger og især antallet af sengedage steg kraftigt i 2008, mens antallet af operationer faldt. Tilsyneladende har der samtidig været en kraftig stigning i antallet af ambulante behandlinger.

Budget- og bevillingsstyringen kan forbedres

7. Vi finder, at den eksisterende praksis, hvorefter sundhedsvæsenets økonomi er rammestyreret, udgør en fornuftig styringsmodel. Sundhed er imidlertid et udgiftsområde, hvor der i Grønland – ligesom i de fleste andre lande – er et underliggende udgiftspres, og hvor der år for år må påregnes en vis realvækst. Demografi, nye behandlinger og ny dyr medicin er blandt de faktorer, der trækker i retning af øgede udgifter.

God økonomistyring forudsætter, både at budgetterne er fastlagt på et realistisk niveau – og at de holdes. Der er efter vores vurdering en del, der tyder på, at bevillingsrammen ikke i alle tilfælde har været realistisk – eller at der ikke på forhånd har været tilstrækkelig politisk erkendelse af, at det fastsatte bevillingsniveau ville betyde et lavere serviceniveau. Det kan for eksempel konstateres, at finanslovsbevillingen for 2009 (vedtaget i efteråret 2008) var cirka 5 procent lavere end forbruget i 2008. Og at bevillingen for Dronning Ingrid's Hospital i 2010 er nominelt lavere end forbruget to år tidligere. Vi har også noteret, at der i løbet af 2009 er givet tillægsbevillinger til sundhedsvæsenet på cirka 88 mio. kr. svarende til mere end 8 procent af finanslovsbevillingen for 2009. Det er efter vores vurdering meget uhensigtsmæssigt, at der efter finanslovens vedtagelse kan opstå behov for merbevillinger af denne størrelse. Ud over at forringe de offentlige finanser kan det betyde, at der opstår usikkerhed om, hvilke regler der reelt gælder i den offentlige økonomistyring.

Det er på baggrund af ovenstående eksempler vores vurdering, at der er behov for at styrke kvaliteten i det budgetforberedende arbejde på sundhedsområdet. Vi anbefaler således, at der i finanslovens planlægningsfase udvises større grundighed med at fastlægge en bevillingsramme, der er realistisk, og som tager afsæt i det forventede udgiftsniveau i det indeværende finansår. Det gælder for både den samlede bevillingsramme og bevillingerne på hovedkontoniveau, hvor der på en række områder kan konstateres systematiske afvigelser de senere år mellem finanslovsbevillingen og det efterfølgende opgjorte forbrug ved regnskabsafslutningen. For det samlede sundhedsvæsen viser undersøgelsen, at den historiske realvækst i udgifterne ikke videreføres i finansloven, hverken i finansåret eller budgetoverslagsårene. Det tyder på, at problemstillingerne også vedrører finanslovsprocessen mere generelt.

Bedre aktivitetsregistrering og ledelsesinformation

8. Flere af de afvigelser, der er beskrevet ovenfor, har været af en størrelse, så de efter vores vurdering med den til rådighed værende information kunne have været indarbejdet i de oprindelige budgetter eller være forudset på et tidligere tidspunkt.

Der er dog samtidig et markant behov for at forbedre aktivitetsregistreringen. De aktivitetsdata, der i dag er til rådighed, er således ikke tilstrækkelige til en effektiv budget- og økonomistyring. Dette er ikke et spørgsmål om at indføre nye komplekse it-systemer eller registreringsprocedurer. Men basale oplysninger om vikarforbrug, patienthenvendelser (antal samt henvendelseskanaler og –tidspunkter, fx dagtid eller vagt) og produktion (operationer, udskrivinger og ambulante behandlinger) på måneds- eller kvartalsbasis er grundforudsætninger for at kunne styre sundhedsvæsenets budgetter med en tilfredsstillende præcision.

Denne type oplysninger er samtidig påkrævede som grundlag for at kunne arbejde mere målrettet med at øge produktiviteten og sikre en omkostningseffektiv ressourceudnyttelse. Det er efter vores vurdering en svaghed ved den hidtidige økonomistyringspraksis, at fokus ikke i tilstrækkelig grad har været rettet mod at optimere produktivitet og effektiv ressourceudnyttelse. Vi vender tilbage til dette spørgsmål senere.

Deloitte anbefaler, at der igangsættes et arbejde med at etablere en bedre aktivitetsregistrering og styrke ledelsesinformationen. Et sådant arbejde bør tage udgangspunkt i en initialt besluttet ”registreringsramme”, der fastlægger, hvilke styringsdata der anses for nødvendige. Projektet bør igangsættes således, at budgetteringsforudsætningerne til FL 2011 kan tage udgangspunkt i den fremtidige styringsramme, og

således at systemet og de ændrede registreringsprocedurer kan idriftsættes fra 1. januar 2011.

Administrative og styringsmæssige ressourcer

9. Vi kan på baggrund af undersøgelsen konstatere, at der er et betydeligt fokus på de administrative udgifter i sundhedsvæsenet, herunder fra politisk hold. Dette fokus er forståeligt.

Det er dog samtidig væsentligt, at der er tilstrækkelige administrative og styringsmæssige ressourcer til at sikre en effektiv (økonomi)styring. Det er Deloittes vurdering, at det grønlandske sundhedsvæsen snarere er understyret end det modsatte. En række af de afdækkede problemstillinger om budget- og ressourcestyringen samt utilstrækkelige styringsdata kan meget vel have sammenhæng med, at der mangler administrativ styringskraft. Vi anbefaler derfor, at det overvejes, om den aktuelle dimensionering af de administrative funktioner er den rette eller om der eventuelt er behov for en styrkelse.

2.3 Ydelser

Sundhedspolitisk fastlæggelse af serviceniveau og befolkningens forventninger

10. På baggrund af samtaler med en lang række aktører fra – og omkring – sundhedsvæsenet er det vores indtryk, at de politiske målsætninger og prioriteringer på sundhedsområdet kunne være tydeligere, og at der fra mange sider efterlyses en større klarhed om, hvilket serviceniveau der ønskes.

Det er dog samtidig vores indtryk, at der både politisk og i befolkningen generelt er en rimelig tilfredshed med tilgængelighed og kvalitet – eller i hvert fald en forståelse for, at det aktuelle serviceniveau givet de vanskelige rammebetingelser er udtryk for, hvad der realistisk set er realisabelt.

Der synes dog at være begyndende tegn på, at forventningspresset er stigende, og tendensen til en øget udbredelse af private (herunder arbejdsgiverfinansierede) sundhedsforsikringer kan være udtryk herfor. Hertil kommer det forhold, at der efter vores vurdering er udsigt til et øget pres på sundhedsudgifterne, jf. punkt 20, og dermed også et øget pres på sundhedsvæsenets knappe (personale)ressourcer i fremtiden.

På den baggrund anbefaler vi, at der overvejes etableret mere formaliserede rammer for sundhedspolitisk drøftelse og stillingtagen til serviceniveauet i sundhedsvæsenet. Dette er særlig vigtigt, såfremt det ikke er muligt – eller politisk prioriteret - at øge bevillingsrammerne til sundhedsvæsenet svarende til det underliggende udgifts-pres (efter lø-

bende produktivetsforbedringer). I så fald vil der være behov for skarpere sundhedspolitiske prioriteringer og reduceret serviceniveau på nogle områder.

Høj tilgængelighed er dyrt

11. Der er efter vores vurdering grund til på en række områder at revurdere balancen mellem kvalitet og tilgængelighed.

Det gælder spørgsmålet om (døgndækket) lægebetjening i mindre bysamfund. Med de rette forudsætninger ville det formentlig være muligt at opnå et samlet set bedre sundhedstilbud ved at nedlægge nogle lægestillinger og omallokere de herved frigjorte ressourcer. Det skal ses i sammenhæng med, at det erfaringsmæssigt er vanskeligt at rekruttere læger i faste stillinger, jf. punkt 17 nedenfor, og at den tilstedeværende læge derfor meget ofte er korttidsansat og måske uden særligt kendskab til grønlandske sundhedsforhold. Desuden er der mange ressourcer bundet i honorering for (rådigheds)vagter, hvilket reducerer den reelle tilstedetid. Den oplevelse af tryghed, som befolkningen i de mindste byer kan have ved lægebetjeningen, kan derved blive af psykologisk karakter mere end at være en reel tryghed.

Overvejelserne om lægebemanding i 1-lægedistrikterne er efter vores opfattelse dog primært et spørgsmål om dels politisk prioritering, dels hvad der praktisk er muligt. At det er et politisk prioriteringsspørgsmål skal ses i lyset af, at der i forvejen er samfund i Grønland, som er uden daglig lægebetjening, og hvor grænsen går for, hvor stor en by/bygd skal være for at være berettiget til fast lægebetjening, kan kun fastlægges politisk. Om der kan etableres bedre og billigere alternative løsninger kan ikke vurderes (og planlægges) med sikkerhed

På mange distriktssygehuse synes der desuden at være en betydelig overkapacitet af senge. Ligeledes binder støttefunktioner som for eksempel køkken og rengøring forholdsvis store ressourcer i de mindste sundhedsdistrikter set i forhold til aktivitetsniveauet – i hvert af de tre mindste distrikter er der således kun ca. 500 sengedage per år, dvs. mindre end 1½ patient per døgn. Vores overvejelser om effektiviseringsmuligheder på disse områder præsenteres senere.

Det er samlet set vores vurdering, at der i de sundhedstilbud, der stilles til rådighed i de mindre bysamfund, er bundet en del ressourcer, hvor afkastet – forstået som *sundhed for pengene* – er forholdsvis begrænset.

Det er et (politisk) prioriteringsspørgsmål, hvor store ressourcer man vil anvende på sundhedsbetjening af de små byer og bygder i forhold til andre anvendelsesformål, fx større behandlingskapacitet i Nuuk med henblik på reduktion af ventelister. Det ligger i sagens natur, at opretholdelse af sundhedstilbud – og alle andre offentlige serviceydel-

ser - til de små samfund forholdsmæssigt er meget omkostningskrævende. Det er i sidste instans et spørgsmål om, hvilket bosætningsmønster man har råd til.

Udlandsbehandling og evakueringer

12. Patientbehandling i udlandet, primært Danmark, udgør en væsentlig del af den samlede aktivitet og tegner sig for cirka 14 procent af de samlede udgifter. Udgifterne har været stigende gennem de senere år. De behandlingsydelser, der tilkøbes i udlandet, er primært på områder, hvor der i Grønland ikke er den fornødne lægefaglige ekspertise eller et tilstrækkeligt patientmæssigt underlag. Det er alene akutte patienter, der tilbydes behandling i udlandet, idet der af budgetmæssige årsager ikke er visiteret elektive patienter siden 2002.

Det er vores vurdering, at de nuværende rammer for visitationen til udlandsbehandling og samarbejdet mellem det grønlandske sundhedsvæsen og Rigshospitalet med flere vedrørende udlandsbehandlingen i Danmark generelt er velfungerende. Der er stor opmærksomhed omkring udgiftsstyringen, men området må karakteriseres som vanskeligt styrbart. For det første har de grønlandske myndigheder i sagens natur ingen indflydelse på driftseffektiviteten i de leverede ydelser. Ligeledes fastsættes afregningstaksterne for de fleste behandlinger af leverandørerne uden påvirkningsmuligheder for de grønlandske myndigheder - på Rigshospitalet afregnes fx til de generelt gældende lands- og landsdelstakster. Styringsmulighederne er således på kort sigt i al væsentlighed begrænset til at fastlægge serviceniveauet.

I den mere langsigtede planlægning kan der være visse handlingsmuligheder med hensyn til at substituere dele af den nuværende aktivitet til alternative leverandørmodeller. Det kan for eksempel være 1) hjemtagning af behandlinger, 2) anvendelse af indrejsende specialistteam med henblik på udførelse af behandlinger i Grønland eller 3) øget samarbejde med leverandører på (f.eks.) Island, hvor udgifterne til evakuering i gennemsnit er lavere.

Det er dog vores vurdering, at substitutionsmulighederne er begrænsede. For så vidt angår indrejsende specialistteam, er det en udfordring, at aktiviteterne omfatter planlagte patienter. Med hensyn til et øget samarbejde med Island er det en udfordring, at der vil være øget administration samt behov for udbygning af patienthotel- og tolkefunktioner mv., som følge af en spredning på flere leverandører, ligesom det er usikkert, om der vil kunne opnås lavere afregningstakster. Endelig er det vores vurdering, at det kun i begrænset omfang vil være muligt at etablere en kvalitetsmæssigt tilfredsstillende behandling i Grønland for de behandlingstyper, der i dag tilkøbes i udlandet. Vi anbefaler under alle omstændigheder, at der i forbindelse med eventuelle overvejelser herom i hvert tilfælde udarbejdes en grundig medicinsk tekno-

logivurdering (MTV). Vi finder det mest sandsynligt, at udviklingen i retning af øget specialisering inden for sundhedsvæsenet samlet set vil betyde, at flere typer behandlinger fremadrettet vil skulle tilkøbes i udlandet – enten i form af udlandsbehandling eller via indrejsende specialistteam fra udlandet.

13. Det er vores vurdering, at de eksisterende rammer for styringen af evakueringerne generelt er effektive og velfungerende. Denne vurdering skal også ses i lyset af, at sundhedsvæsenet reelt har meget begrænsede styringsmuligheder, herunder i forhold til at påvirke Air Greenlands kapacitet.

2.4 Effekt

Produktiviteten kan forbedres

14. Produktiviteten i det grønlandske sundhedsvæsen er væsentlig lavere end i for eksempel det danske, hvilket ikke er overraskende. For det første er omkostningsniveauet som allerede nævnt højere. Og for det andet er det uundgåeligt, at den høje andel af korttidsansatte læger og sygeplejersker og den høje andel af ufaglærte bidrager til at trække produktiviteten ned. En præcis opgørelse af forskellen i produktivetsniveau har vi dog ikke forsøgt at estimere – dertil er forskelle i rammebetingelser, sygdomsmønstre og datagrundlag for store.

Udviklingen i produktiviteten kan kun vurderes ud fra forholdsvis overordnede indikatorer – og derfor med en vis usikkerhed. Det er dog vores vurdering, at produktivitetsudviklingen i det grønlandske sundhedsvæsen har været relativt svag over de seneste 5-10 år. Der har for eksempel i perioden 2001-2007 ikke været noget nævneværdigt fald i den gennemsnitlige indlæggelsestid. En anden observation er, at udgifterne til Dronning Ingrid's Hospital fra 2003-2008 steg med ca. 25 procent målt i faste priser, mens antallet af operationer i samme periode steg kun med 6-7 procent.

Det er vores vurdering, at der er et betydeligt potentiale for at øge produktiviteten og således opnå en højere aktivitet inden for uændrede budgetrammer.

For eksempel viser undersøgelsen, at der hverken på Dronning Ingrid's Hospital eller i sundhedsdistrikterne har været et reelt ledelsesmæssigt fokus på at optimere produktionen. Der er indikationer af, at der på kysten gennem en årrække har været en overkapacitet af både senge, plejepersonale og medarbejdere i ikke-kliniske støttefunktioner som køkken, vaskeri og rengøring. På Dronning Ingrid's Hospital er det vores vurdering, at fokus i højere grad har været på budgetoverholdelse end på optimering og effektivisering af driften. Blandt andet i kraft af de ledelsesmæssige ændringer har der dog som tidligere anført også

været betydelige budgetoverskridelser de senere år. Med et stærkere ledelsesfokus på effektiv drift, hvilket efter vores opfattelse er påkrævet, vil det også være muligt at øge produktiviteten. På kysten er etableringen af de nye sundhedsregioner en god organisatorisk ramme herfor. På Dronning Ingrid's Hospital er det afgørende, at den nyetablerede Sundhedsledelse prioriterer driftsoptimering meget højt. Desuden anbefaler vi, at der overvejes indført incitamentsstrukturer, der tilskynder til en øget produktion, for eksempel via resultatkontrakter, produktivitetskrav eller mulighed for merbevillinger (inden for et loft) ved produktion ud over et på forhånd aftalt niveau.

Et andet eksempel er, at bedre styringsdata vil kunne forbedre grundlaget for at træffe beslutninger, der bidrager til at øge produktiviteten.

Et tredje eksempel er det igangværende telemedicinprojekt, som efter vores opfattelse rummer et betydeligt potentiale for flere og bedre behandlinger inden for uændrede økonomiske rammer – en gevinst på 5 procent eller mere er ikke urealistisk. Der henvises i øvrigt til punkt 19 nedenfor.

Vi har ikke som en del af nærværende undersøgelse foretaget detailanalyser af for eksempel arbejdsgange, udnyttelse af operationskapacitet, vagtplanlægning eller andre temaer, hvor en styrket indsats kunne bidrage til en mere effektiv drift. Et effektiviseringspotentiale på 10 procent er dog efter vores opfattelse et forsigtigt estimat. For Dronning Ingrid's Hospital og sundhedsregionerne svarer det til en samlet effektivisering på cirka 70 mio. kr. Indfaset over eksempelvis fire år ville det svare til et årligt merproduktivitetskrav på cirka 2,5 procent. Det skal afslutningsvis bemærkes, at det relevante perspektiv ved en produktivetsforøgelse er at kunne opnå en højere produktionskapacitet inden for uændrede budgetmæssige rammer. Derimod er det henset til de betydelige ventelisteproblemer og det fremadrettede udgiftspres næppe et realistisk scenarie at indhøste en produktivetsstigning via en budgetreduktion.

Den faglige kvalitet er under pres

15. Det er ikke muligt at anlægge en absolut målestok for, om det grønlandske sundhedsvæsen er velfungerende, og om tilgængelighed og kvalitet af de sundhedstilbud, der stilles til rådighed for befolkningen, er tilfredsstillende. Dette må ses i forhold til de krav og forventninger, befolkningen og politikerne har til sundhedsvæsenet – og til den politiske prioritering af området, og som kommer til udtryk ved den i finansloven fastlagte finansieringsramme.

Den kvalitet og tilgængelighed af sundhedstilbud, som er typisk for de fleste vestlige lande, er ikke en realistisk referenceramme for det grønlandske sundhedsvæsen. Geografi, rekrutteringsvanskeligheder og sær-

lige kulturtræk ved de arktiske samfund er blandt de forhold, der er specifikke for Grønland. De to førstnævnte forhold betyder, at enhedsomkostningerne notorisk er højere i Grønland. Det betyder, at selv hvis der blev anvendt de samme økonomiske ressourcer, måtte aktivitetsniveauet i Grønland forventes at være lavere. Med de vanskeligere rammebetingelser er det uomgængeligt, at man får mindre sundhed for de samme penge.

Trods ovenstående kvalificerende bemærkninger er det vores vurdering, at det grønlandske sundhedsvæsen er tydeligt udfordret på kvalitetssiden. I forhold til den specialiserede indsats på Dronning Ingrid's Hospital er det en væsentlig kvalitetsmæssig udfordring for de enkelte afdelinger at skulle dække adskillige specialer – med det patientunderlag og den lægelige bemanding, der er i Grønland. Der kan i bygder og mindre byer være et efterslæb i forhold diagnosticeringen af indbyggernes sygdomsbillede, der kan betyde underbehandling af visse befolkningsgrupper eller sygdomme. Lange ventelister på eksempelvis det ortopædkirurgiske område og periodevise nedlukninger af sengekapaцитet kan ligeledes rejse kvalitetsmæssige udfordringer. Rehabiliteringsindsatsen, f.eks. efter apopleksi, er derudover et område, der af mange sundhedsprofessionelle aktører fremhæves som et område med et betydeligt kvalitetsmæssigt efterslæb.

Lav middellevetid og problemer med folkesundheden

16. En lang række indikatorer tyder desuden på, at befolkningens generelle sundhedstilstand er forholdsvis dårlig – og ikke mindst at der er en betydelig ulighed i sundhedstilstanden. Middellevetiden er væsentlig lavere end i andre vestlige lande og lidt lavere end i andre arktiske områder. Vores beregninger indikerer, at højere spædbørnsdødelighed og selvmordsrater kun forklarer en mindre del af forskellen i middellevetiden. Forekomsten af tuberkulose, smitsom leverbetændelse og kønssygdomme m.v. er høj (ligesom i andre arktiske områder). Desuden er andelen af rygere blandt unge meget høj, og rygning og misbrugsproblemer er i det hele taget udbredt, selvom der er sket et fald i både alkohol- og tobaksforbruget gennem de senere år. Parallelt med ovenstående stiger udbredelsen af moderne livsstilssygdomme hurtigt, blandt andet er fedme, hjerte-kar-sygdomme og diabetes i kraftig vækst. Endelig hører det med til billedet af folkesundheden, at mange af problemstillingerne har sammenhæng med mere generelle sociale forhold.

2.5 Centrale udfordringer – og handlemuligheder

Rekruttering og uddannelse

17. Rekruttering og fastholdelse af kvalificeret personale har traditionelt været en af de grundlæggende udfordringer for sundhedsvæsenet og er det fortsat. Grønland er således afhængig af at kunne tiltrække personale især fra Danmark. Det har gennem årene været et grundvilkår, at midlertidige ansættelser, vikarer og timelønsansat personale har udgjort en væsentlig andel af de samlede medarbejderressourcer. I 2008 var således kun halvdelen af de cirka 100 læger ansat i faste stillinger, mens knap to ud af tre sygeplejersker var fastansat. De øvrige medarbejdere var enten korttidsansatte eller fra vikarbureauer. Problemet er særlig markant på kysten, hvor en del distrikter gennem flere år slet ikke har haft fastansatte læger. Generelt på lægesiden er det grønlandske sundhedsvæsen meget afhængigt af enkeltpersoners indsats og engagement.

Grønland har siden 1994 haft sin egen sygeplejeuddannelse, og der er i dag uddannet cirka 80 sygeplejersker herfra, hvilket svarer til omkring en fjerdedel af behovet. Hidtil er alle kvalificerede ansøgere blevet optaget, og det er således søgningen til uddannelsen, der sætter begrænsningen på kapacitetsopbygningen. Med det nuværende optag på uddannelsen vil der dog gå mindst 20 år endnu, før Grønland er selvforsynende. Det må således påregnes, at Grønland også i mange år fremover vil være afhængig af at kunne rekruttere sygeplejersker fra udlandet, herunder primært Danmark.

At personaleomsætningen er høj kan illustreres ved, at de cirka 1.200 fuldtidsstillinger i det grønlandske sundhedsvæsen i 2009 var fordelt på cirka 2.100 personer – endda ekskl. personale fra vikarbureauer. Den høje personaleomsætning påvirker først og fremmest kontinuiteten i den sundhedsfaglige betjening, og det er vanskeligt at undgå, at også kvaliteten påvirkes negativt. Dernæst betyder det store gennemtræk i basisstillingerne, at der trækkes store vekslere på det ledende personale, hvilket også øger personafhængigheden. For det tredje koster personaleomsætningen betydelige ressourcer – til annoncering, oplæring og introduktion, løn- og personaleadministration og administration af boliger til vikarer og korttidsansatte m.v.

Initiativer til styrkelse af uddannelsesniveaet udgør et vigtigt element i strukturreformen af det grønlandske sundhedsvæsen. Det er således en del af strategien at give medarbejderne i de forskellige faggrupper en bredere kompetenceprofil. Hertil kommer at satse på uddannelses-tiltag, der kan fremme en struktureret og forsvarlig opgaveglidning mellem faggrupperne. Uddannelserne til behandlersygeplejerske og

bygdesundhedsarbejdere sigter således blandt andet mod at give ikke-lægeligt uddannet sundhedspersonale nogle målrettede kompetencer, der understøtter opgaveglidning faggrupperne imellem. Uddannelsen i grønlandsk medicin sigter mod, at lægerne på kysten gives bedre faglige forudsætninger for håndtering af de meget forskelligartede situationer, der kan opstå.

De aktuelle uddannelsesinitiativer er efter vores opfattelse yderst relevante. Der er dog samtidig en række væsentlige forhold, der ikke er fuldt afklaret, og som efter vores vurdering har stor betydning for den mulige effekt af initiativerne.

Først og fremmest anbefaler vi, at der formuleres en samlet strategi, hvor der opsættes mere præcise mål for den ønskede opgavefordeling mellem forskellige personalegrupper, og hvor dette ses i sammenhæng med, hvad der er realistisk henset til uddannelsernes kapacitet og søgningen til uddannelserne.

Det er således efter vores vurdering ikke realistisk på kort(ere) sigt at ændre opgavefordelingen væsentligt i retning af, at ikke-lægeligt uddannet personale skal påtage sig flere typer opgaver, for eksempel inden for diagnosticering eller behandling. Hastigheden, hvormed en sådan opgaveflytningsstrategi i givet fald kan realiseres, skal ses i sammenhæng med den uddannelses- og opkvalificeringsindsats, der vil være en forudsætning, samt af den eventuelt nødvendige tilpasning af autorisationsbestemmelser.

Det har ikke været en del af denne undersøgelse at foretage en nærmere analyse af uddannelsessystemet i Grønland. Vi kan dog konstatere, at det generelle uddannelsesniveau er forholdsvis lavt set i et internationalt perspektiv, også blandt unge i de uddannelsessøgende aldersgrupper. Antallet af fuldførte uddannelser har således gennem de senere år svinget omkring et niveau på 450, hvilket kan sammenholdes med, at de fødselsårsgange, der i dag er i 20'erne, gennemsnitligt er på cirka 700 personer. Det er samtidig sådan, at erhvervsmulighederne i mange byer er forholdsvis begrænsede, ligesom en stor del af befolkningen i de erhvervsaktive aldersgrupper modtager offentligt finansierede indkomstoverførsler. Set i det lys er det sandsynligt, at det i et samfundsøkonomisk perspektiv ville være en fordel, såfremt uddannelsesfrekvensen kunne øges også for uddannelser, som primært retter sig mod ansættelse i den offentlige sektor.

Telemedicin

18. Det grønlandske sundhedsvæsen har igangsat et omfattende telemedicinprojekt, som indebærer landsdækkende implementering og anvendelse af nyt telemedicinudstyr – kaldet *Pipaluk* – på alle sundhedsvæ-

senets lokaliteter med over 50 indbyggere. Det forventes, at systemet er fuldt implementeret og i drift i hele Grønland 1. juli 2010.

Telemedicinprojektet rummer efter vores vurdering et betydeligt potentiale for især en styrkelse af kvalitet og tilgængelighed i sundhedsvæsenet. Det skyldes især potentialet for tidligere og bedre diagnostisering og dermed også igangsættelse af rettidig og relevant behandling. Om – og i givet fald hvor meget – telemedicinudstyret vil kunne reducere behovet for evakueringer er dog efter vores opfattelse meget usikkert.

Såfremt de opregnede potentielle gevinster skal realiseres, er der efter vores vurdering behov for et større overordnet ledelsesmæssigt fokus på projektets implementering, gennemførelse og løbende drift. Erfaringerne fra brugen af telemedicinsystemet i Alaska viser, at realiseringen af gevinstpotentialerne kræver, at både ledelsen og alt involveret sundhedspersonale har et kontinuerligt og stærkt ejerskab til systemet – det skal ikke være et it-projekt, men ses som ”just the way we do business”. Vi anbefaler i forlængelse heraf en række specifikke implementeringsaktiviteter, herunder en styrket it-mæssig support i forhold til det telemedicinske udstyr, der allerede er i drift.

Bedre arbejdstilrettelæggelse og vagtplanlægning kan bidrage til at øge produktiviteten

19. Det er som beskrevet i punkt 14 vores vurdering, at der er et betydeligt potentiale for at øge produktiviteten i det grønlandske sundhedsvæsen, og at større ledelsesfokus og ledelsesansvar samt bedre styringsdata i den forbindelse er væsentlige indsatsområder.

Det har ikke været en del af denne undersøgelse at gennemføre detailanalyser af forhold som arbejdsgange, vagtplanlægning og disponering af personaleressourcer. Vi anser det dog for overvejende sandsynligt, at der med et øget fokus på sådanne områder vil kunne frigøres et betydeligt potentiale, og der er i undersøgelsen identificeret en række muligheder, der bestyrker dette.

For det første har vi estimeret, at varetagelsen af lægevagter i weekenden og på sønehelligdage årligt resulterer i cirka 2.750 erstatningsfridage i det grønlandske sundhedsvæsen, hvilket i arbejdstid svarer til cirka 13 fuldtidslægestillinger – eller mere end 10 procent af den samlede lægekapacitet målt i tid. Det vil efter vores vurdering kunne bidrage til en mere effektiv anvendelse af de samlede lægeressourcer, hvis de fastansatte lægers gennemsnitlige arbejdstid kunne øges – for eksempel ved mulighed for at konvertere erstatningsfridage til udbetalt løn. Dette er i sagens natur et forhandlingsspørgsmål mellem overenskomstparterne.

For det andet er der bundet ganske væsentlige ressourcer i de lægelige vagtordninger på Dronning Ingrid's Hospital – løntillæg i forbindelse med det planlagte vagtberedskab udgør således cirka 25 procent af det samlede lønforbrug for lægegruppen. Det er vores vurdering, at man via en bedre samordning af vagtberedskabet på tværs af afdelinger antageligt kan nedbringe ressourcerne i vagttiden, som dermed kan omallokeres til mere højproduktive aktiviteter i dagtiden. En anden mulighed er at øge de kliniske aktiviteter i vagterne. For eksempel kan det overvejes at søge en del af den tidligste vagttid anvendt til elektive operationer.

Et tredje indsatsområde vedrører mere generelt kapacitetsudnyttelsen på kystsygehuse. Vi kan konstatere, at der på de fleste kystsygehuse er et væsentligt personaleforbrug til varetagelse af støttefunktioner som køkken, vaskeri og rengøring – i alt cirka 85 årsværk svarende til en lønudgift på omkring 20 mio. kr. i 2010. Vi kan også konstatere, at der i 2010 er der bundet 71,5 årsværk plejepersonale i fremmøde i aften- og nattevagter på kystsygehuse, hvilket svarer til en samlet lønudgift på 24,9 mio. kr. Det er samlet set vores vurdering, at et forsigtigt skøn indebærer et effektiviseringspotentiale på 10 procent, også henset til de muligheder, som følger af regionaliseringen og implementeringen af Pipaluk. I hvilken udstrækning et sådant potentiale skal anvendes til lavere udgifter eller øget aktivitet er en ledelsesmæssig og politisk prioritering. Såfremt rekrutteringssituationen kan forbedres, vil det være muligt at opnå yderligere forbedringer i effektiviteten.

Vi anbefaler, at der forfølges en todelt strategi, hvor der for hver(t) region/ sundhedsdistrikt fastlægges et langsigtet effektiviseringskrav baseret på en nærmere analyse, samtidig med at der som konkrete skridt til at realisere dette i en periode pålægges årlige krav om besparelser og/eller aktivitets-/produktionsforøgelse.

Et fjerde muligt indsatsområde er specialistrejserne på kysten. Det er vores vurdering, at ordningen rummer en række styrker, herunder at den specialiserede indsats kan ydes tæt(tere) på patienternes hjem. Den tidsafgrænsede og målrettede tilstedeværelse af specialisterne giver mulig for høj produktivitet under kystbesøget, hvis dette er velplanlagt.

Det er imidlertid også vores vurdering, at der ikke er et tilstrækkeligt grundlag for effektiv drift, aktivitetsplanlægning og styring på området. Det er således ikke muligt at opgøre og sammenligne enhedsomkostningerne ved udførelse af (forskellige typer) operationer i sundhedsdistrikterne med omkostningerne ved tilsvarende aktiviteter foretaget på Dronning Ingrid's Hospital. Vi anbefaler endelig, at den økonomiske styringspraksis overvejes ændret således, at det samlede budget- og finansieringsansvar placeres på Dronning Ingrid's Hospital – og det nuværende delte finansieringsansvar dermed ophæves. Dermed

kan der skabes økonomiske incitamentter til at øge aktiviteterne i ordningen.

Udsigt til øget pres på sundhedsudgifterne

20. Det er efter vores vurdering ikke et realistisk scenarie, at sundhedsudgifterne set over en mellemlang tidshorizont kan reduceres – hverken absolut eller som andel af den samlede økonomi. Kombinationen af et i udgangspunktet tydeligt aktivitets- og kvalitetsmæssigt efterslæb, udsigten til en ældre befolkning samt nye og bedre behandlingsmuligheder (inklusive ny dyr medicin) m.v. må tværtimod forventes at betyde, at sundhedsudgifterne sættes under pres de næste 5-10 år.

Den demografiske udvikling er en selvstændig årsag hertil, men ikke den eneste. Især tre faktorer bidrager til, at den grønlandske befolkning bliver ældre i løbet af de kommende årtier. For det første forventes fertiliteten at falde. For det andet er der udsigt til, at middellevetiden vil stige. Og for det tredje vil de store fødselsårge fra 1960'erne efterhånden nå pensionsalderen. Da sundhedsforbruget stiger med alderen, vil denne udvikling medføre et afledt pres på sundhedsudgifterne. Vores beregninger peger på, at demografien isoleret set vil betyde merudgifter på cirka 10 procent frem til 2020 og yderligere merudgifter på 5-10 procent i løbet af de efterfølgende 20 år.

Desuden er det erfaringsmæssigt sådan, at øget velstand tenderer til at øge efterspørgslen efter sundhedsydelse. Udfordringen for sundhedsvæsenet vil derfor være at kunne absorbere den forventede stigning i efterspørgslen inden for en så begrænset realvækst i budgetterne som muligt. Det vil efter vores opfattelse kræve en flerstrengt indsats, som omfatter både en skarpere prioritering, herunder reduceret geografisk spredning af nogle tilbud, øget produktivitet og ændret arbejdsdeling mellem personalegrupperne i sundhedsvæsenet og mellem sundhedsvæsenet og andre erhverv i de mindre bysamfund.

I modsat fald vil presset på udgifterne som sagt kunne blive betragteligt, efter vores beregninger svarende til, at der årligt skal omprioriteres 20-30 mio. kr. til fordel for sundhedsvæsenet. Mulighederne for at finansiere en sådan udgiftsstigning vil i givet fald forudsætte, at der kan omallokeres midler fra andre udgiftsområder, eller at der kan tilvejebringes øget finansiering, for eksempel fra højere skatter eller øget brugerbetaling for visse ydelser. I modsat fald vil konsekvensen være, at efterspørgslen ikke imødekommes. Samtidig vil uligheden formentlig stige yderligere, og nogle befolkningsgrupper må forventes at tilkøbe behandlingsrettigheder via sundhedsforsikringer. Det skal afslutningsvis bemærkes, at såfremt der som anbefalet ovenfor kan realiseres en merproduktivitetsstigning i sundhedsvæsenet hen over de kommende år, vil det i en periode kunne medgå til at finansiere udgiftspresset.

Indsatsen for bedre folkesundhed bør styrkes og revurderes

21. Selvstyret¹ har i 2006 i erkendelse af de alvorlige problemer i forhold til befolkningens generelle sundhedstilstand iværksat et *Folkesundhedsprogram* for perioden 2007-2012. Programmet har et bredt sigte, herunder på sociale forhold og forebyggelse. Desuden er det en bevidst del af strategien at inddrage en bred kreds af aktører, herunder sundhedsvæsenet, de sociale myndigheder, kommunerne samt foreninger og frivillige organisationer.

Det er vores vurdering, at en forbedring af den generelle sundhedstilstand er et af de områder, hvor der vil kunne opnås *mere sundhed for pengene*, og et område, som bør opprioriteres, blandt andet gennem en mere offensiv socialmedicinsk strategi. Det er endvidere vores vurdering, at den hidtidige indsats – inklusive folkesundhedsprogrammet og koordinationen i de lokale forebyggelsesudvalg – ikke er et tilstrækkeligt svar på de aktuelle udfordringer.

At Grønland deler en række af problemerne på folkesundhedsområdet med tilsvarende geografier i Canada og Alaska vidner om, at der er tale om forhold, der har et stærkt kulturelt præg, og hvor der ikke nødvendigvis kan forventes hurtige resultater. Ikke desto mindre er det vores vurdering, at alternativet til en markant forstærket socialmedicinsk indsats vil være, at Grønland sakker bagud, og at sundhedsvæsenet også fremover vil skulle bruge uforholdsmæssigt mange ressourcer på patienter med sygdomme relateret til nye og gamle livsstilssygdomme. Disse ressourcer kunne anvendes bedre andre steder.

Deloitte anbefaler derfor, at det overvejes at udarbejde en ny strategi på folkesundhedsområdet. Den nye strategi bør efter vores opfattelse bygge på, 1) at indsatsen delvis flyttes fra generelle oplysnings- og vejledningsaktiviteter til at være integreret i de eksisterende driftsorganisationer på det sundheds- og socialfaglige område, 2) at ansvaret for indsatsen placeres mere entydigt, og 3) at der foretages en stærkere central koordinering og styring af indsatsen.

Vi finder, at det primære ledelsesansvar bedst kan placeres hos Sundhedsledelsen og regionsledelserne. Heri ligger også, at indsatsen bør placeres mere centralt. Det er efter vores opfattelse ikke realistisk, at kommunerne kan bære et væsentligt ansvar, idet organisationerne er for små og har for smalle kompetencer og ressourcer. Vi anbefaler i den forbindelse, at der som hidtil er forebyggelseskonsulenter i alle byerne, men at disse organisatorisk placeres i de kommende sundhedsregioner. Det er vores vurdering, at det vil være af stor betydning, at indsatsen i højere grad end hidtil bliver forankret i og båret af drifts-

¹ I denne rapport anvendes konsekvent betegnelsen selvstyre også i relation til beskrivelsen af initiativer, der er iværksat før selvstyrets indførelse i 2009.

ganisationerne. Den hidtidige indsats har i vid udstrækning været båret af oplysnings- og vejledningsaktiviteter, og effekten heraf fremstår usikker set i lyset af den faktiske udvikling i folkesundheden. Vi finder endelig, at folkesundhedsprogrammet i dets nuværende form ikke har potentiale til at kunne blive et kraftfuldt svar på de store udfordringer.

Det er efter vores vurdering muligt at realisere en forstærket indsats inden for de eksisterende økonomiske rammer, i hvert fald i den indledende fase. Her tænkes på, at der i byerne er mulighed for en øget involvering af de nuværende medarbejderressourcer, ligesom det anbefales at omallokere midler fra oplysnings- og vejledningsaktiviteter til driftsmidler. Med henblik på at opnå viden om effekten af en ændret indsats kan det overvejes at afprøve strategien i et eller flere bysamfund som pilotprojekter, inden den udbredes til hele befolkningen.

2.6 Oversigt

De foranstående punkter – og de efterfølgende kapitler – tegner et billede af et sundhedsvæsen, der står over for meget store udfordringer. Det gælder i forhold til rekruttering og uddannelse, håndtering af eksisterende kvalitetsefterslæb og store ventelisteproblemer samt indsatsen for at forbedre den generelle sundhedstilstand i befolkningen. Der er endvidere udsigt til, at den demografiske udvikling vil øge behandlingsbehovene, og at stigende forventninger i befolkningen vil øge efterspørgselspresset yderligere. Endelig er der behov for en hurtig genopretning af udgifts- og budgetstyringen.

Det er Deloitte's sammenfattende vurdering, at det grønlandske sundhedsvæsens og samfunds kapacitet og muligheder for at imødegå disse udfordringer er usikre. En række af de strukturelle problemstillinger vil utvivlsomt kræve, at der udformes langsigtede strategier og findes andre og nye løsningsveje end dem, der har været fulgt hidtil. Det er dog samtidig vores vurdering, at det er vigtigt at fokusere på løsningerne og mulighederne, og at der på flere områder er gode muligheder for at opnå hurtige forbedringer. Det gælder ikke mindst i forhold til økonomistyringen, hvor det med det rette fokus vil være en overkommelig opgave at forbedre budgetstyringen, og hvor det med et stærkere ledelsesfokus på effektiv kapacitetsudnyttelse vil være muligt at øge produktiviteten betydeligt både på Dronning Ingrid's Hospital og på kysten.

Neden for er de væsentligste konklusioner vedrørende økonomi samt Deloitte's væsentligste anbefalinger gengivet i oversigtsform.

Boks 2.1 Oversigt over centrale konklusioner og anbefalinger

Konklusioner vedrørende økonomi

1. Udgifterne til det grønlandske sundhedsvæsen er forholdsvis lave set i internationalt perspektiv og realvæksten har de seneste ca. 10 år været lavere end i de fleste andre lande.
2. Der må forventes et betydeligt pres på udgifterne de kommende 5-10 år. Demografien vil isoleret set øge aktiviteten med ca. 10 procent frem til 2020, og samlet er det sandsynligt, at der årligt vil skulle omprioriteres 20-30 mio. kr. til fordel for sundhedsområdet for at følge med udviklingen i behandlingsmuligheder og øget efterspørgsel.
3. Der er grundlæggende tre måder til at imødegå et sådant udgiftspres, nemlig
 - i. effektiviseringer i sundhedsvæsenet via øget produktivitet og/eller strukturreformer
 - ii. tilførsel af øgede ressourcer via omprioriteringer eller øgede indtægter fra skatter eller brugerbetaling
 - iii. Strammere (politisk) prioritering og reduceret serviceniveau på udvalgte områder.
4. Siden 2007 er udgiftsvæksten accelereret, uden at dette har været planlagt. De uforudsete udgiftsstigninger er løbende blevet dækket ind via tillægsbevillinger, men set i forhold til Finansloven har merforbruget været ca. 5 procent og i 2009 formentlig 7-8 procent.
5. En del af forklaringen er stigende udgifter på vanskeligt styrbare områder, herunder udlandsbehandling. Der har dog også været usikkerhed i økonomistyringen og budgetlægningen. Det gælder særligt i forhold til Dronning Ingrid's Hospital, hvor merforbruget i forhold til finanslovsbevillingen i 2006-2007 udgjorde 8-9 procent og i 2008 mere end 15 procent.
6. Sundhedsvæsenets budgetter synes ikke altid at hvile på et realistisk grundlag. Det gælder både den generelle budgetlægning i forbindelse med Finansloven og detailbudgetteringen internt i sundhedsvæsenet. Fx budgetteres der ikke med realvækst på sundhedsområdet, selv om udgiftshistorikken klart tilsiger dette. Der har desuden på nogle hovedkonti i flere år har været afvigelser af samme størrelse og fortegn mellem regnskab og budget.
7. Der mangler dækkende og rettidige oplysninger om aktivitet og produktion. Det gælder især i sundhedsdistrikterne, men også på landshospitalet er de tilgængelige oplysninger på flere områder for summariske eller forsinkede til at kunne danne grundlag for en effektiv økonomistyring. Der mangler således basal viden om produktivitet og enhedsomkostninger.
8. Økonomistyring handler dels om budgetstyring og dels om ressourcestyring.
 - *Budgetstyring* omfatter f.eks. om budgetterne er realistiske og baseret på tydelige budgetteringsforudsætninger samt om budgetopfølgningen sikrer at afvigelser opdages i tide og at budgetterne i sidste ende overholdes. I lyset af udviklingen gennem de seneste to til tre år er der behov for at forbedre budgetstyringen.
 - *Ressourcestyring* handler om, hvorvidt driften er tilrettelagt omkostningseffektivt. På grund af dårligt kendskab til produktivitet og enhedsomkostninger må ressourcestyringen karakteriseres som mangelfuld og med et underfokus på de mest udgiftstunge områder - sundhedsdistrikterne og Dronning Ingrid's Hospital.

Anbefalinger

Deloitte anbefaler, at

1. man politisk overvejer at etablere mere formaliserede rammer for sundhedspolitisk drøftelse og stillingtagen til serviceniveauet i sundhedsvæsenet – især hvis det ikke er muligt (eller politisk prioriteret) at øge bevillingsrammerne til sundhedsvæsenet svarende til det underliggende udgiftspres
2. der sker en styrkelse af kvaliteten i det budgetforberedende arbejde på sundhedsområdet, herunder at der med finansloven fastlægges en bevillingsramme, der er realistisk, og som tager afsæt i det forventede udgiftsniveau i det indeværende finansår
3. man indenfor overordnet rammestyring overvejer at indføre incitamentsstrukturer, der tilskynder til en øget produktion, for eksempel via resultatkontrakter, produktivitetskrav eller mulighed for merbevillinger (inden for et loft) ved produktion ud over et på forhånd aftalt niveau.
4. der bliver fastlagt krav til den årlige stigning i produktivitet og produktion
5. der bliver udarbejdet bedre styringsdata, herunder forbedret og ensartet registrering af aktivitets- og produktionsoplysninger
6. man overvejer at søge ændringer i takspolitikken på teleområdet, således at sundhedsvæsenet fremadrettet betaler et fast beløb for forbrug af teletjenester eller alternativt at udgifterne til teleområdet holdes uden for den overordnede rammestyring
7. ledelsen sikrer den igangværende, samlede strukturreform stor opmærksom især i forhold til:
 - a. En reel driftsledelse af Dronning Ingrid's Hospital, idet der med den valgte organisationsmodel ikke længere er en selvstændig ledelse af hospitalet.
 - b. At opstarten af de 5 nye regioner på kysten sker i takt med at forudsætningerne for en smidig overgang til den nye struktur er på plads, herunder i forhold til etableringen af regionsledelser, tilvejebringelse af lokale kompetencer og anvendelse af telemedicin som ”just the way we do business”.
 - c. At der bør foretages en nærmere vurdering af fordele og ulemper ved en model, hvor i princippet al egentlig sygehusbetjening fremadrettet varetages af Dronning Ingrid's Hospital. Og hvor sundhedstilbuddet på kysten er fokuseret på primærsektor, kronikerindsats og forebyggelse suppleret med hel basal kirurgi i regionscentre på få udvalgte områder som for eksempel kejsersnit, abort og simple frakturer.
8. ledelsen sikrer en samlet strategi (opgavefordeling og kapacitet mv.) i forhold til en række af de perspektivrige, aktuelle uddannelsesinitiativer (behandlersygeplejerske samt bygdesundhedsmedarbejder), der har tæt sammenhæng til realiseringen af strukturreformen
9. ledelsen sikrer et større fokus på det perspektivrige og aktuelle telemedicinprojektets implementering, gennemførelse og løbende drift, så gevinstpotentialer realiseres i praksis
10. der bliver taget initiativ til en ny strategi på folkesundhedsområdet, der bygger på:
 - a. at indsatsen delvis flyttes fra generelle oplysnings- og vejledningsaktiviteter til at være integreret i de eksisterende driftsorganisationer på det sundheds- og socialfaglige område,
 - b. at ansvaret for indsatsen placeres mere entydigt, og
 - c. at der foretages en stærkere central koordinering og styring af indsatsen i regi af sundhedsvæsenet.
11. ledelsen tager initiativ til detailanalyser med henblik på identifikation og gennemførelse af produktivtetsforbedringer. Et effektiviseringspotentiale på 10 procent er efter vores opfattelse et forsigtigt estimat, hvilket for Dronning Ingrid's Hospital og sundhedsregionerne svarer det til en samlet effektivisering på cirka 70 mio. kr. Der er i vores overordnede analyse identificeret en række potentialer, der bestyrker denne anbefaling og vurdering, herunder:

- i. Det vil kunne bidrage til en mere effektiv anvendelse af de samlede lægeressourcer på Dronning Ingrid's Hospital og på kysten, hvis de fastansatte lægers gennemsnitlige arbejdstid kunne øges – for eksempel ved mulighed for at konvertere erstatningsfridage til udbetalt løn. Dette er i sagens natur et forhandlingsspørgsmål mellem overenskomstparterne.
 - ii. Det vil bidrage til en mere effektiv anvendelse af de omfattende ressourcer, der er bundet i de lægelige vagtordninger på Dronning Ingrid's Hospital, hvis der kan sikres en bedre samordning af vagtberedskabet på tværs af afdelinger eller ved at øge de kliniske aktiviteter i vagterne.
 - iii. Det vil kunne bidrage til en mere effektiv anvendelse af de personaleressourcer, der i dag anvendes på støttefunktioner som køkken, vaskeri og rengøring på kystsygehuse, hvis der i højere grad sker en samdrift i den enkelte by med for eksempel kommunen, hotellet eller andre større arbejdspladser.
 - iv. Det vil bidrage til en mere effektiv anvendelse af de ressourcer, der er bundet i plejepersonale på kystsygehuse, hvis der mere generelt bliver taget lokale oplærings- og uddannelsesinitiativer med henblik på struktureret opgaveglidning og mere fleksibel anvendelse af ikke mindst plejepersonalets ledige ressourcer i forhold til rengøring eller servering af mad til indlagte patienter samt andre opgavetyper, der ikke er omfattet af autorisationsbestemmelser.
 - v. Det vil bidrage til en mere effektiv anvendelse af de ressourcer, der er bundet i plejepersonale i fremmøde i aften- og nattevagter på kystsygehuse, hvis der sættes fokus på følgende forhold (hvoraf nogle formentlig vil forudsætte forhandlinger med de relevante faglige organisationer):
 - a. Øget samarbejde og arbejdsdeling på tværs af regionssygehuse og sundhedscentre mv. i de fem nye regioner, herunder for eksempel fælles telefonvagter for hele regionen.
 - b. Målrettede initiativer med henblik på at øge plejepersonalets tryghed og trivsel i aften- og nattevagterne, således at flere accepterer at påtage sig fremmødevagterne, selvom de er alene på vagten.
 - c. Øget ansættelse af plejepersonale på deltid med henblik på at muliggøre en mere fleksibel tilpasning af plejepersonalets normeringer/fremmøde til behovet.
 - d. At differentiere fremmødet i forhold til behovet, således at fremmødet søges reduceret i perioder med få patienter.
12. man følger en todelt strategi i forhold til realiseringen af produktivetsgevinsterne på kysten, hvor der for hver(t) region/ sundhedsdistrikt fastlægges et langsigtet effektiviseringskrav baseret på en nærmere analyse, samtidig med at der som konkrete skridt til at realisere dette i en periode pålægges årlige krav om besparelser og/eller aktivitets-/produktionsforøgelse
 13. ledelsen i forhold til styringen af specialistrejerne på kysten dels tager initiativ til at opgøre og sammenligne enhedsomkostningerne ved udførelse af (forskellige typer) operationer i sundhedsdistrikterne med omkostningerne ved tilsvarende aktiviteter foretaget på Dronning Ingrid's Hospital. Dels anbefaler vi, at den økonomiske styringspraksis overvejes ændret således, at det samlede budget- og finansieringsansvar placeres på Dronning Ingrid's Hospital – og det nuværende delte finansieringsansvar dermed ophæves.
 14. der især i forhold til (døgndækket) lægebetjening i mindre bysamfund er grund til at revurdere balancen mellem kvalitet og tilgængelighed, idet overvejelserne om lægebemanding i 1-lægedistrikterne efter vores opfattelse dog primært er et spørgsmål om politisk prioritering, og hvad der praktisk er muligt
 15. der i den mere langsigtede planlægning af leverandørmodeller for den specialiserede sundhedsbetjening/ udlandsbehandling udarbejdes en grundig medicinsk teknologi vurdering (MTV) af substitutionsmuligheder.