



Foretaksgruppen Helse Midt-Norges regnskap for 2002 ga et underskudd på 95 millioner kroner og i 2003 styres det mot et forventet underskudd på 428 millioner kroner.

Økonomi

- Det blir en tøff utfordring for oss alle å nå målet om økonomisk balanse i 2004. Men god budsjett disiplin gir et godt utgangspunkt for å gjennomføre de tiltak som er nødvendig for å effektivisere virksomheten, sier økonomidirektør Jan Morten Søraker i Helse Midt-Norge.

Styret for Helse Midt-Norge har henvendt seg til Helsedepartementet og understreket behovet for større forutsigbarhet når det gjelder inntektsgrunnlaget for sykehusene.

Økte avskrivninger knyttet til omlegging av regnskapsprinsipper for sykehusene i Norge, førte til at resultatet for Helse Midt-Norge ble svekket med 130 millioner kroner. I tillegg kom bortfall av 36 millioner knyttet til innsatsbaserte inntekter gjennom DRG-systemet. Årsaken er en betydelig høyere vekst i den rapporterte aktiviteten enn forutsatt. I sum fører dette til et underskudd for hele foretaksgruppen på 94,9 millioner kroner.

Helsedepartementet har klart gitt uttrykk for at det helseforetakene vil bli målt på i 2002, er resultat før investeringstilskudd og avskrivninger. Legger man en slik betraktning til grunn, er resultatet for foretaksgruppen Helse Midt-Norge et overskudd på 35,2 millioner kroner for 2002.

Helsedepartementet oppnevnte på foretaksmøtet i juni nytt styre for Helse Midt-Norge RHF. Styret trer i funksjon fra 1. juli. Styreleder er Per Sævik, Herøy.

Nytt styre

Det nye styret består av:

- administrerende direktør Per Rolf Sævik, Herøy, styreleder
- organisasjonssjef Anne-Brit Skjetne, Levanger, nestleder i styret
- professor Rigmor Austgulen, Trondheim
- kommunelege/førsteamanuensis Anders Grimsmo, Surnadal
- fylkessekretær Marianne Bjerke, Klæbu
- trygdesjef Egil Hestnes, Hitra

De ansattes representanter i styret er som før:

- Ellen Marie Wøhni, Trondheim
- Helge Haarstad, Trondheim
- Ingegjerd S. Sandberg, Namsos

- Det blir en viktig oppgave å få styret til å fungere som et team. En styreleder skal både fungere som veiviser og bølgedemper. Styret har en oppgave i å være tydelig i de signaler man gir til administrasjonen, og jeg vil legge vinn på å få til et godt samarbeid, sier Per Sævik.

Ventetiden for behandling ved sykehusene i Midt-Norge fortsetter å gå ned. Ved utgangen av mai 2003 var gjennomsnittlig ventetid 112 dager. Ved inngangen til året var den 156 dager.

Ventetider

Også antallet pasienter på venteliste er redusert til 34.779 – fra 38.702 ved inngangen til 2003.

Antallet pasienter som har ventet over 120 dager på behandling er så langt i år redusert med 28,2 prosent.



Per Rolf Sævik, Herøy



Anne-Brit Skjetne, Levanger



Rigmor Austgulen, Trondheim



Anders Grimsmo, Surnadal



Marianne Bjerke, Klæbu



Egil Hestnes, Hitra

- I Helse Midt-Norge skal det stilles korrekte medisinske diagnoser. Det er det eneste som teller. Diagnosen som stilles skal være medisinsk forsvarlig og den skal kodes i tråd med de regler som gjelder for DRG-systemet. Så vanskelig og så enkelt er dette. Vi skal stille rett diagnose uansett hvordan kostnadsbildet for behandlingen måtte se ut, sier fagdirektør Jan Eirik Thoresen i Helse Midt-Norge.



● TEMA: DRG

I debatten om DRG-systemet, mener han det er betimelig å stille spørsmålet: Hvorfor skal det stilles korrekt diagnose?

- Diagnosen skal gi pasienten svar og grunnlag for kvalitet på tilbudet eller behandlingen han eller hun får. Dernest skal diagnosen gi svar på bestillingen fra primærhelsetjenesten. Og som det tredje elementet, gir stykkprisfinansiering grunnlag for å beregne inntekter til sykehuset, sier Thoresen.

I dag er psykiatrien ikke omfattet av DRG-systemet, men på en eller annen måte vil også stykkprisfinansiering bli introdusert for denne del av medisinen. Thorsen mener at selv om DRG-systemet har sine svakheter, så må man også – midt i all den kritikken som er kommet – være villig til innrømme at stykkprisfinansiering fungerer som en stimulans til økt aktivitet. Det betyr at flere pasienter får behandling og blir kvitt sine plager.

Helse Midt-Norge har inngått rammeavtaler for innleie av helsepersonell med Manpower, Active Nurse, Medpro og NursePartner.

● Innleie-avtaler

Rammeavtalens formål er å sikre at behovet for helsepersonell i helsefortaksgruppen Helse Midt-Norge blir dekket når kapasiteten til sykepleiere, radiografer og radiologer ansatt i ordinær stilling ikke er tilstrekkelig for å dekke helseforetaksgruppens behov.

Avtaleperiode er fra 01.06.2003 til 01.06.2005

Ved inngangen til juni lanserte Helse Sunnmøre og Helse Nordmøre og Romsdal sine nye nettsteder.

● Nye nettsteder

Dermed har fire av helseforetakene i Helse Midt-Norge egne nettsteder. I tillegg kommer Helse Midt-Norge RHF's nettsted - og vår utbyggingsorganisasjon Helsebygg Midt-Norge. Du finner informasjon om IT-prosjekter knyttet til helse på Midt-Norsk Helsenett.

Se mer på:
www.helse-midt.no

Den stykkprisfinansierte delen av sykehusenes økonomi – DRG-systemet – er kommet i fokus både på grunn av mistanke om bevisst feilkoding og fordi DRG-inntektene har vokst spesielt mye i 2002. Denne artikkelen er ment å gi et innblikk i hvordan DRG-systemet fungerer og bakgrunn for debatten som pågår.

● DRG – et innblikk

Stykkpris betyr at det er pasientens sykdom som avgjør hvor mye sykehuset får utbetalt for å behandle en pasient. Hoveddiagnose stilles av behandlende lege og registreres i den elektroniske journalen (EPJ) og i det pasientadministrative systemet (PAS). Det finnes utall diagnoser og sykdommer. "Like" sykdommer er plassert i samme gruppe – derav navnet DRG – diagnoserelatert gruppe.

Har pasienten tilleggssykdommer som kroniske sykdommer eller det oppstår komplikasjoner under sykehusoppholdet, kan det kodes én eller flere bidiagnoser i tillegg til hoveddiagnosen. Opereres pasienten, skal dette vises ved operasjonskode(r). Ut fra kodingen plasseres ett sykehusopphold i én av ca. 500 grupper som er vektet ut fra gjennomsnittskostnaden knyttet til aktuell gruppe.

Sykehuset får samme betaling uavhengig av liggetid, og beløpet er regnet ut etter gjennomsnitt. En pasient som legges inn med blødende mavesår, gir altså et bestemt beløp. Har pasienten en kronisk lidelse i tillegg til sitt mavesår, for eksempel sukkersyke som også blir kodet, vil oppholdet bli flyttet over til en tyngre gruppe. Dette gir økte inntekter fordi sykehuset bruker større ressurser på en slik pasient. Inntekten skal stå i forhold til kostnaden.

Etter at en pasient er utskrevet, skal epikrise skrives og diagnoser og evt operasjonskoder skal registreres i EPJ og i PAS. Opplysningene i PAS brukes for statistiske formål og av bl.a. SINTEF ved Norsk Pasientregister (NPR).

Bidiagnoser

NPR har de siste år påpekt at St. Olavs Hospital muligens har vært for dårlig til å kode bidiagnoser. Dette har de begrunnet ved å sammenligne med andre regionsykehus. Et av spørsmålene som St. Olavs Hospital ble stilt av NPR i brev av 5.mai, var hvorfor bidiagnose for alderdomssvekkelse (demens) var brukt hyppigere i 2003 enn 2002. Forklaringen er enkel. Demensdiagnosen ble innført som kompliserende diagnose (les høyere inntekt) fra og med 2002. Dette ble det orientert om i sykehuset. Fortsatt er andelen demensdiagnoser langt lavere enn gjennomsnitt for befolkningen og det kan tyde på underkoding, og at sykehuset må bli enda flinkere til å kode for å ha korrekte data til fremtidig forskning og også ut fra et økonomisk motiv. Siden kodingen av pasientoppholdene faktisk er sykehusenes faktureringsgrunnlag, er man forpliktet til å gjøre kodingen så fullstendig og korrekt som mulig.

Det er svært viktig for sykehusene å få med alle relevante opplysninger før innrapportering til SINTEF/NPR som gjør sine utregninger slik at man til slutt vet hvor mye penger staten må ut med til sykehusene i Norge. Slik

kvalitetssikring er trappet opp. Kodingsansvarlige leger er ofte overleger med lang og bred erfaring eller spesielt interesserte assistentleger.

Det har vist seg at en del bidiagnoser ikke blir registrert i første omgang. Ofte er det slik at bitilstanden er diktert med tekst i epikrisen, men kodene er ikke registrert i journalen og eksisterer da heller ikke i PAS, som er grunnlag for både medisinsk statistikk og for fakturering. WHO har laget retningslinjer for dette, og disse prøver man å følge.

Hva er hoveddiagnosen?

Det kan være uenighet om hva som er hoveddiagnosen. Et eksempel: Pasient kommer inn med angina. Fra før er hjertesykdom påvist. Her kan man diskutere om symptomet (anginaen) eller den underliggende hjertesykdommen skal kodes som hoveddiagnose. Regelen ved St. Olavs Hospital er at symptomet kodes først i dette tilfellet, selv om man ville kommet bedre ut økonomisk ved å kode omvendt.

St. Olavs Hospital og Molde sjukehus må forklare seg for NPR fordi DRG-indeksen (som er et mål på pasienttyngden) i 2002 har steget mer enn forutsatt. SINTEF/NPR har fått i oppdrag å analysere de sykehusene som har sterkest indeksevækst fra 2001 til 2002. På nasjonalt nivå utgjør den uforutsette veksten av indeksen en merutgift på 200 millioner kroner. Foretakene som har forbedret sin kodekvalitet "for mye" fra 2001 til 2002 belastes

merutgiften. I Helse Midt-Norge er det bestemt at det regionale foretaket skal dekke dette (36 mill. kr.)

Det er ikke bare bidiagnoser som gjør at et sykehusopphold havner i en tyngre kostnadsgruppe. Operasjonskoder vil også flytte et opphold fra en medisinsk gruppe til en kirurgisk, som er høyere vektet. Ved St. Olavs Hospital er en del operasjonskoder ikke registrert i PAS-systemet i første omgang av ulike årsaker. Ved å sammenligne PAS med de lokale operasjonsregistre der alle operasjoner blir registrert med blant annet operasjonskoder, kan man fange opp denne feilen og etterregistrere manglende operasjonskoder i PAS. Dette arbeidet har generert en inntekt på 7-8 millioner på årsbasis.

Feilregistrering

Det er påpekt at ulike sykehus har krevd refusjon for samme behandling når pasient er overflyttet fra et sykehus til et annet. Ved Orkdal sanitetsforenings sjukehus, er det funnet én – 1 – mulig feilregistrering. Én prosedyrekode er registrert både ved Orkdal og ved St. Olavs Hospital. St. Olavs Hospital har ett tilfelle der samme prosedyrekode er registrert ved to sykehus: En pasient ble overflyttet fra Ålesund til St. Olavs Hospital. Journalen viser at prosedyren ble gjort "på nytt" i Trondheim. Sykehusene i Ålesund og Kristiansund har også fått anmerkning for hvert sitt enkelttilfelle av slik feilregistrering.



Undersøkelsen av arbeidsmiljø i foretakene i Helse Midt-Norge er utsatt til august 2003.

● Arbeidsmiljø

- Begrunnelsen for at selve undersøkelsen er utsatt, er at med mange medarbeidere på ferie så blir det vanskelig å få til en god gjennomføring. Utsettelsen gir oss også tid til å finpusse spørreskjemaene, sier direktør for ledelsesutvikling i Helse Midt-Norge, Ragnhild Meirik.

Undersøkelsen skal gjennomføres i perioden 18.-30. august. Ved å konsentrere perioden for innhenting av svar, håper man også at svarprosenten blir høyere.

Behandlingen av to omfattende planer som har vært ute til høring fra Helse Midt-Norge første halvår 2003 – "Psykiatriplan for Helse Midt-Norge" og "Utredning om prehospitaltjenester" – slutføres til høsten.

● Høringer

Høringsrunden har gitt mange innspill, og disse gjøres tilgjengelig for interesserte på Helse Midt-Norges nettsted.

Det er arbeidet med å sammenfatte uttalelsene og saksbehandlingen skal kunne ut i saksforelegg for styret i Helse Midt-Norge RHF.

De endelige plandokumentene vil bli tilgjengelig i elektronisk form gjennom internet.

Se: www.helse-midt.no

Helse Midt-Norge forventer å spare 10-15 millioner kroner som følge av en avtale med Telenor om telefonitjenester.

● Telefonavtale

De fem regionale helseforetakene i Norge har inngått avtale med Telenor om leveranse av telefonitjenester. Avtalen omfatter fast- og mobiltelefoni og kombinasjoner av disse. Dessuten omfatter avtalen en rekke avanserte telefonitjenester. Umiddelbar innsparing for Helse-Norge vil være 10-15 millioner kroner i året, avhengig av hvilke avtaler helseforetakene tidligere har hatt med andre leverandører.

- Denne avtalen er helt i tråd med tankene bak helsereformen, fremholder stabsdirektør Per-Holger Broch i Helse Midt-Norge.

Ved å gå sammen i forhandlingene har vi fått gode økonomiske vilkår. Dessuten har vi etablert et forhold til Telenor som gir mulighet til mer effektiv bruk av kommunikasjonsteknologi i helsesektoren.

En vurdering som avtalepartnerne har foretatt viser at dersom de tiltak og opsjoner som ligger i avtalen blir benyttet fullt ut, kan de samlede innsparingsmulighetene komme opp i 25-30 millioner kroner i året. Dette tallet er ikke en direkte rabatt, men effekten av de tiltak og opsjoner som er foreslått i avtalen.

Avtalen gjelder kun foretakenes telefonforhold, og inneholder ikke spesielle avtaler med hensyn til ansattes private telefonabonnementer.

Den offentlige helsetjenesten i Norge markerer sitt 400 års jubileum i 2003. Utstillingen "Spyt ikke i trappen" på Sverresborg, Trøndelag Folkemuseum i Trondheim, er ett av tiltakene i Midt-Norge

● 400 år - utstilling

Fra da den danske legen Villads Nilsen i 1603 fikk lønn fra kongen for sin tjeneste for Bergens syke, kan vi si at vi har hatt et offentlig helsevesen i Norge.

Utstillingen "Spyt ikke i trappen" åpnet i mai på Sverresborg og skal siden på vandring i Midt-Norge. Den bruker kampen mot tuberkulose som eksempel på forebyggende helsearbeid. Til utstillingen er det også utarbeidet en ressursperm til bruk i undervisning i skolen fra 8. klassetrinn.