

De fleste pasientopphold i sykehus kan kodes på flere måter.
Problemet oppstår når pengene styrer kodingen

Diagnoserelaterte gråsoner

Leger er lærevillige og vil gjerne være oppdaterte på det siste nye. Derfor er DRG nå en like naturlig del av en sykehusleges vokabular som EKG, og de fleste vet noe om hvordan man kan øke sykehusets inntekter ved å være bevisst på hvordan diagnosen settes og hvor lenge pasienten ligger på sykehuset. Det går utallige historier om hvordan avdelingsoverleger presses av sykehusdirektører til å øke avdelingsinntjeningen både gjennom endret praksis og kodepraksis, og om hvordan avdelingsoverlegene på sin side roser assistentleger som er flinke til å skaffe inntekter til sykehuset – f.eks. ved å skrive ut en pasient tidlig. «Alle» vet at det kan lønne seg å se en ekstra gang på diagnoser, bidiagnoser og prosedyrer, og mange sykehus har ansatt konsulenter for å optimalisere kodingen. Problemet er bare at når alle gjør dette, faller den økonomiske fordelene bort, fordi DRG-systemet ikke er et stykkprissystem, men et fordelingsystem. Da kan det være fristende å bli enda mer kreativ – slik man tilsynelatende var i Arendal.

Det er selvsagt ikke bra. Men spørsmålet er også hvordan en slik praksis har fått utvikle seg og hva helsemyndighetene har gjort for å motvirke dette. Det er et kjent problem i de aller fleste land som har tatt i bruk DRG som finansieringssystem at systemet er sårbart for misbruk i form av såkalt overkoding (1).

Diagnoserelaterte grupper – DRG – ble opprinnelig utviklet av Fetter og medarbeidere ved Yale-universitetet i USA i 1960-årene (2). Ved å dele inn pasientene i et relativt lite antall grupper på bakgrunn av bl.a. diagnose fikk man et instrument for – på overordnet nivå – å kunne beskrive virksomheten i sykehusene. Hensikten var å bruke DRG til styring og kvalitetskontroll av helse-tjenesten i sykehus. Da helsetjenestekostnadene eksploderte i USA utover i 1970 og 80-årene fortsatte utviklingen av DRG i samarbeid med Health Care Financing Administration fordi man ønsket å utvikle et instrument for kostnadskontroll og ressursstyring. Fra 1983 ble et finansieringssystem basert på DRG tatt i bruk i den offentlige helsetjenesten i USA. Dette systemet er videreutviklet og tilpasset i en rekke land.

Da en variant av DRG-finansiering ble innført i den norske helse-tjenesten i 1990-årene, var hensikten ikke først og fremst kostnads-kontroll, snarere det motsatte: Å få sykehusene til å behandle flere pasienter. Sykehusene var rammefinansiert og fikk derfor like mye eller like lite uavhengig av hvor mange pasienter de behandlet. Køene vokste og ventetiden økte selv om bevilgningene ble stadig større. At noe av finansieringen ble gjort avhengig av hvor mange og hva slags pasienter som ble behandlet, gav et insentiv til

å behandle flere. På det punktet har systemet sannsynligvis virket etter hensikten, og få har vel tro på at det vil være noen lykke å gå tilbake til full rammefinansiering.

DRG-systemet brukes forskjellig i forskjellige land, men er altså utviklet og egnet for styring og ev ressursfordeling på overordnet nivå. Det er ikke et stykkprissystem som er ment å dekke kostnadene til behandling av den enkelte pasient. Men da må heller ikke de som skal fordele ressursene, f.eks. til ulike sykehusavdelinger, bruke det slik! Skal systemet fungere etter hensikten og ressursfordelingen bli noenlunde rettferdig, må ikke bare enkeltleger kode riktig, men fagmiljøene må ha ensartede regler for diagnosekoding (3). I tillegg må ledelsen i sykehusene fordele ressursene ut igjen på en fornuftig måte. Helsemyndighetene har på sin side ansvaret for å kontrollere at ingen – verken enkeltavdelinger, sykehus eller regionale foretak – misbruker systemet og får mer enn sin del av ressursene. Hvis ikke undergraves tilliten til systemet.

Kodepraksisen ved øre-nese-hals-avdelingen i Arendal har åpenbart avveket betydelig fra kodepraksis ved andre øre-nese-hals-avdelinger (4). Dette burde helsemyndighetene ha oppdaget og undersøkt videre uavhengig av denne saken. Dermed er det ikke sagt at diagnosekodingen ikke kan forsvares medisinsk. Vi har et meget komplekst diagnose- og prosedyrekodeverk, og det vil nesten alltid finnes alternative måter å kode på som alle kan være riktige – medisinsk sett. Poenget i Helse Sør-saken er ikke om kodingen i Arendal eller på andre sykehus var eller er «medisinsk forsvarlig» – poenget er at omkodingen var økonomisk og ikke medisinsk motivert. Det har ingen lagt skjul på at den var. Og det var også dette som gjorde administrasjonen i Helse Sør interessert i det meget omtalte pilotprosjektet (4). Poenget er altså ikke at det ble kodet feil, men at man etablerte en kodepraksis som gav sykehuset i Arendal mer enn andre sykehus og at administrasjonen i Helse Sør vurderte å videreføre denne praksisen.

Charlotte Haug
redaktør

Litteratur

1. Brown JG. Monitoring the accuracy of hospital coding. <http://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-01-98-00420.pdf> (21.04.2003)
2. Fetter R, Shin Y, Freeman J, Averill R, Thompson J. Case mix definition by diagnosis related groups. *Med Care* 1980; 18 (supplement 2): 1–53.
3. Bredland T. DRG-forum trenger engasjerte leger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 2054.
4. Korrespondanse mellom Helsedepartementet og Helse Sør i forbindelse med diagnosekoding. <http://odin.dep.no/hd/norsk/index-b-n-a.html> (21.04.2003)