

# Kodeakrobatikk?

Norske sykehus er delvis finansiert ved innsatsstyrt finansiering (ISF) basert på diagnoserelaterte grupper (DRG). Hvilken gruppe og dermed også hvilken refusjon (DRG-vekt) en type pasientbehandling kommer i, er avhengig av hvilke diagnose- og prosedyrekoder som benyttes. Er det mulig å forbedre kodepraksisen og få mer forutsigbare DRG-vekter for sykehusene?

*Interessekonflikter:* Ingen

Kodeverk og beregninger for diagnoserelaterte grupper (DRG) ved innsatsstyrt finansiering av sykehus er basert på nordiske og internasjonale maler, men det er et klart behov for videreutvikling og forbedringer. SINTEF Unimed har hatt ansvaret for dette arbeidet i Norge og samarbeider med en gruppe medisinske eksperter. Denne gruppen har imidlertid ikke hatt noe systematisk samarbeid med de medisinske fagmiljøer i Norge.

Kodeverket ICD-10 er omfattende og kunne vært mer logisk og systematisk oppbygd. I mange tilfeller er det ikke helt klart hva som er riktig kode og hvilken koderekkefølge som er mest korrekt. Kodesettingen har betydning for hvilken DRG-gruppe pasientbehandlingen kommer i. Det kan skille titusener av kroner mellom gruppene, og dette kan føre til såkalt kreativ koding. Alle parter er i prinsippet enige om at det er de medisinske korrekte kodene som skal angis, ikke de som gir størst økonomisk uttelling.

Kodesetting er i mange tilfeller tidkrevende. Klinikernes kodesetting kan være mangelfull, men er blitt bedre de siste årene. For ytterligere forbedringer har enkelte sykehus ansatt egne kodeeksperter. Det er da fare for at klinikerens medisinske vurderinger kommer i bakgrunnen, og at det blir to kodesett. Det ene blir bestemt av klinikerens ut fra medisinske vurderinger og skjønn, slik det fremgår av epikrisen. Det andre kodesettet blir bestemt av kodeeksperter, eller kodesekretæren, ut fra hva som finnes av dokumentasjon i journalen og sannsyn-

ligvis på grunnlag av visse økonomiske vurderinger. Dette kodesettet registreres i det pasientadministrative systemet (PAS), som er grunnlaget for rapportering til SINTEF Unimed.

Myndighetene endrer DRG-refusjonen fra år til år for å fange opp endringer i kodepraksis, medisinsk praksis, kostnadsforhold og politiske beslutninger. DRG-refusjonen blir således et styringsverktøy for myndighetene. Dagkirurgiske inngrep kan f.eks. bli høyere honorert i håp om at klinikerne utfører flere slike inngrep. DRG-vektene kan også reduseres der myndighetene mener det er overforbruk, overbehandling eller overkoding. I de fleste tilfeller skyldes nok «overkoding» og «overforbruk» forbedring av tidligere kodepraksis (1). Det finnes også flere urimelige DRG-vekter med for lav eller for høy godtgjøring i forhold til reelle kostnader. Det tar noe tid før nyere og bedre behandlingsformer blir satt i rett DRG-gruppe. Oppdatering og vedlikehold av kostnadsvektene og DRG-systemet er en nødvendig og tidkrevende prosess. Man kan derfor lett komme på etterskudd, slik at planlegging kan bli vanskelig.

Innføring av DRG-systemet har ført til at klinikerne er blitt bedre til å kode medisinsk korrekt. Om den tendensen fortsetter, kan vi forhåpentligvis stole mer på medisinsk statistikk som er basert på DRG-koding.

Det er sannsynligvis vanskelig å forbedre logikk og systematikk i ICD-10. Legene må få bedre opplæring i kodeprinsippene og eventuelt tilgang på søkeverktøy eller oppslagshefter som kan lette arbeidet. Uklarheter som kan skape tvil og flere tolkingsmuligheter i kodeverket, bør fjernes. Legene skal fortsatt bare forholde seg til medisinske diagnoser ved kodesetting og ikke skule til de økonomiske konsekvensene.

Hagen-utvalget anbefaler at det utarbeides et enhetlig, diagnosebasert klassifikasjons- og prissystem for somatisk spesialisthelsetjeneste (2). Dette systemet skal også omfatte rehabilitering, habilitering og pasientopplæring. Prosedyrekoder skal bli felles for innleggelser og poliklinisk behandling. Ifølge helseminister Dagfinn Høybråten skal arbeidet med sikring av en mer enhetlig og standardisert koding skje i samarbeid med SINTEF Unimed, Kompetansesenter for informasjonsteknologi i helsevesenet (KITH)

og Legeforeningen (3). Medisinsk fagpersonell er invitert til å samarbeide mer om kostnadsberegningene.

Selv om DRG-systemet er basert på gjennomsnittsbetraktninger, kan det korrigeres og oppdateres. Systemet bør være basert på medisinske forhold og ikke på økonomiske prioriteringer. Kan en behandling medisinsk sett best gjennomføres poliklinisk, skal den gjennomføres poliklinisk. Også i disse prioriteringene får nå medisinsk fagpersonell større muligheter til å uttale seg. Oppdatering bør gjøres årlig. For å hjelpe brukerne i koderåd og for å få tilbakemelding om logiske feil og uheldige virkninger av DRG-koding har SINTEF Unimed og KITH opprettet egne nettsted der brukerne kan henvende seg ([drginfo@sintef.no](mailto:drginfo@sintef.no) og [kodehjelp@kith.no](mailto:kodehjelp@kith.no)).

En medisinsk korrekte kode må ikke fravikes pga. manglende fagkunnskap eller økonomisk påvirkning. Dersom det ansettes kodeeksperter uten nødvendig medisinsk kompetanse, er det fare for at vi får ett medisinsk og ett paramedisinsk rapporteringssystem.

Både Legeforeningen og DRG-forum planlegger kurs og seminarer om DRG-spørsmål i 2004. SINTEF Unimed og Helsedepartementet er medspillere i dette arbeidet. Alle parter i DRG-arbeidet ønsker et tettere samarbeid med klinikerne og de medisinske fagmiljøene (3, 4). Dersom Legeforeningen og spesialforeninger i Legeforeningen tar imot denne invitasjonen, er det håp om at man i fellesskap kan gjennomføre tiltak som forbedrer klinikerens diagnosesetting og kodepraksis ytterligere og at sykehusene får mer forutsigbare og medisinske korrekte DRG-vekter og dermed bedre økonomikontroll.

**Tobias Bredland**

*Tobias.bredland@stolav.no*  
St. Olavs Hospital

## Litteratur

1. Amlie EIB. Kodeforbedring ved sykehusene – en trussel mot finansieringsordningen? Tidsskrift HMT 2003; 4: 16–7.
2. Norges offentlige utredninger. Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten. NOU 2003: 1. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 2002.
3. Høybråten D. Bedre koding skal ikke gi bedre inntekt. Aftenposten 19.6.2003.
4. Innsatsstyrt finansiering. Informasjonshäfte 1–1/2003. Oslo: Helsedepartementet, 2003.