

Legene må ikke la seg presse til å handle i strid med etiske retningslinjer og lovgivning. Det må de budsjettansvarlige i helseforetakene respektere.

## Innsatsstyrt finansiering – et system som må forvaltes med omhu

Helseforetak og leger anklages for juks med innsatsstyrt finansiering (ISF) som er basert på diagnoserelevante grupper (DRG). I mars ble det i Aftenposten og andre medier hevdet at diagnoser justeres med det formål å skaffe sykehusene større inntekter. Legene skulle angivelig være delaktige i slik virksomhet.

Delvis stykkprisfinansiering av sykehus tjenester ble innført i 1997 og avløste det tidligere rammefinansieringssystemet. Hensikten var å stimulere til høyere aktivitet, kortere ventetid for pasientene og bedre utnyttelse av ressursene. Aktiviteten er økt og ventetiden er blitt kortere. Det var ikke ukjent at et incentivsystem av denne karakter hadde sidevirkninger, blant annet i form av utilsiktede tilpasninger hos tjenesteytere. Man visste også at prissystemet slo ulikt ut for de ulike fagområder. Det var også kjent at et betalings-system av denne karakter alltid innebærer en risiko for at tjenesteyter noen ganger får for lite betalt, andre ganger for mye. Ønsker man helt å unngå slike utslag, må man velge å betale for tjenestene på en annen måte. Alternativene er etter Legeforeningens syn befengt med enda større svakheter. Vi har derfor støttet ISF som system og mener, først og fremst av hensyn til tilgjengelighet for pasientene, at det er riktig å videreføre denne betalingsordningen. Problemene som nå avdekkes, tilsier etter Legeforeningens mening et behov for gjennomgang av systemet og hvordan det brukes.

Den medisinske diagnosen er grunnlaget for medisinsk virksomhet og forsvarlig tjenesteutøvelse. Å knytte betaling for tjenester opp mot diagnoser innebærer et potensielt problem. Ved å sette en diagnose i stedet for en annen, kan betalingen øke. Behovet for en sterk etisk bevissthet hos legene og en like sterk faglig uavhengighet overfor administrativ ledelse ved sykehusene er helt nødvendig.

Problemstillingen er ikke av ny dato. I 1999 leverte en arbeidsgruppe i Legeforeningen en rapport som viste at vel 10 % av avdelingsoverlegene helt eller delvis hadde opplevd press og/eller blitt instruert av sykehusets ledelse om takstbruk som det ikke var medisinsk grunnlag for. En tilsvarende andel hadde opplevd press og/eller blitt instruert fra sykehusets ledelse om prioritering av pasientgrupper som gav poliklinikkene høyere inntekter.

Det som er nytt ved de siste oppslagene i pressen, er at det skal være leger selv som ønsker å tøyne de medisinske konklusjoner etter et sykehusopphold for på den måten å øke inntektene. At sykehus etablerer rutiner for å kvalitetssikre faktureringene, er det ingen grunn til å kritisere. Tvert om – dette kan og bør bidra til at man unngår både underbetaling og overbetaling. Legitimiteten til betalingssystemet kan også bedres på denne måten. Opplæring av leger i kodeverk for å sikre riktig bruk av systemet må være helt legitimt og nødvendig. Legene kan ikke la være å engasjere seg i dette arbeidet.

Legene kan derimot ikke, etter oppfordring fra ledelsen eller på eget initiativ, gå på akkord med egne faglige og etiske vurderinger for å øke avdelingens inntekter. Dersom det skjer, undergraves den tillit både legene, helsevesenet og betalingssystemet er avhengig av.

Legeforeningen ser svært alvorlig på påstander om at sykehus lar personell som ikke er involvert i behandlingen av den enkelte pasient, gå gjennom journaler i den hensikt å endre diagnosene for å øke inntektene utover det det er medisinsk grunnlag for. Dette er dessuten lovstridig (helsepersonelloven § 26 jf. 45). Det er i loven ikke åpnet for innsyn i pasientjournal og endring av denne, med sikte på økonomiske forhold.

ISF vil aldri kunne bli verken 100 % riktig eller rettferdig. Lagt i hendene på personell som setter hensynet til økonomi foran hensynet til pasientene, vil det imidlertid kunne føre til prioriteringer på feil grunnlag og uriktig diagnosesetting. Det stilles strenge krav til journalføring av hensyn til kontinuitet i behandling og til etterkontroll av behandlingen. Selv om pasientene etter all sannsynlighet har fått adekvat behandling ved det aktuelle oppholdet, vil det å være «omtrentlig» i diagnosesettingen kunne gi et galt utgangspunkt ved neste innleggelse eller ved etablering av kontrollopplegg hos allmennlegen.

Dette kan i enkelte situasjoner innebære unødig risiko for den enkelte pasient i tillegg til at det kan få betydning for senere ressursbruk. Diagnoser benyttes også i stor grad som grunnlag for kvalitetssikring og forskning. Verdien av denne type arbeid svekkes raskt dersom utgangspunktet er galt.

Det er etter Legeforeningens syn behov for å gjøre DRG-systemet mer presist, slik at behovet for egne «ekspertes» innen feltet kan reduseres. Foretakenes kompetanse må benyttes til å lære opp og oppdatere de som har ansvaret for behandlingen, legene. Legen på sin side må se det som sitt ansvar å sørge for at virksomhetene får de inntektene de rettmessig har krav på. Like viktig er det å gjennomgå DRG-systemet med tanke på å utlikne urimelige skjevheter, en prosess som må gå parallelt med den kontinuerlige medisinske utvikling og som også av den grunn må ha forankring i fagmiljøene. I likhet med systemet for innsatsstyrt finansiering av privatpraktiserende spesialister og fastleger, må også betalingen til poliklinikker og sykehusavdelinger følges av et kontrollsystem som kan fange opp feil bruk, tilsiktet eller ikke. Gjennom en slik kontroll vil man tidlig kunne fange opp utilsiktede skjevheter i betalingssystemet.

Legene og helsevesenet er avhengig av tillit fra både pasientene og myndighetene. Ledelsens ønske om økte inntekter i en tid med svært stram sykehusekonomi er forståelig. Legene må ikke la seg presse til å handle i strid med etiske retningslinjer og lovgivning. Det må de budsjettansvarlige i helseforetakene respektere.



*Hans Kristian Bakke*

**Hans Kristian Bakke**  
hans.kristian.bakke@legeforeningen.no  
president