

Kremmerånden har nådd behandlingen av den enkelte pasient

## Fra epikrise til faktura

På en internasjonal kongress jeg nylig var, snakket påfallende mange foredragsholdere om *costs and reimbursement* i sine rent vitenskapelige foredrag. Flere fortalte at operative prosedyrer som ikke har en takst i det nasjonale finansieringssystem, bare unntaksvis blir utført.

Skjer dette bare i utlandet og ikke i Norge? Neppes. Den sterke oppmerksomheten på økonomi i helsevesenet, har nådd behandlingen av den enkelte pasient på en uheldig måte. Personlig har jeg opplevd personell ved to sykehus krangle om hvilket sykehus som skal betale drosjen for kjøring av røntgenbilder for en pasient. Et lokalsykehus kunne akseptere å ta imot en intensivpasient fra regionsykehuset under den forutsetning at pasienten ikke ble trakeotomert før avreise. Denne prosedyren ville lokalsykehuset gjøre selv. Kan det at en slik prosedyre blir utført på det presumptivt minst erfarne og kompetente sykehus, ha noe med at refusjonstaksten er på om lag 400 000 kroner? Regionsykehus sender pasienter til lokalsykehus for noen dagers venting mellom ferdig utredning og operasjon for at pasienter som gir bedre fortjeneste, skal ha sengen de dagene. I dagens refusjonssystem takseres en hjerteoperasjon på et barn mange titusen kroner lavere enn tilsvarende inngrep hos en voksen. Torakotomi er taksert svært mye høyere enn torakoskopi, som er teknisk mer krevende, forbruker mer kostbart utstyr og er mindre belastende for pasienten. Dessuten endres takstene i et uforutsigbart tempo og mønster.

Disse eksemplene er ikke enestående. Takstsystemet med diagnose-relaterte grupper (DRG-systemet) og ordningen med innsattsstyrt finansiering har medført eksempler på rent lureri. Sykehusdirektør og leder for regionalt helseforetak har måttet gå av pga. medieoppslag om dette. Behandlingstilbud er blitt opprettet med DRG-takster som motivasjon. Mange epikriser fra en sykehusavdeling ser nå mer ut som en faktura enn et medisinsk dokument. Tidsånden, eller mer konkret den overordnede politiske styring, har villet ha det slik. Også i denne sammenheng vil vi leger være flinke i klassen og hoster villig opp diagnosekoder og prosedyrekoder som kan gi DRG-poeng. Problemet med økonomiske incentiver er at de virker (1). De virker dessverre så altfor godt.

Sykehusdirektører og de regionale helseforetakene synes å være langt mer opptatt av økonomi enn av tjenestenes innhold. Når har noen av disse lederne spurt om kvalitet på internundervisningen og avdelingenes spesialistutdanning? DRG-systemet har mange steder mer fått preg av å være et mål enn et middel for et godt helsevesen. Gradvis er det blitt klart at innsattsstyrt finansiering i sykehusene har en rekke omkostninger og negative følger som ikke kan neglisjeres (2).

Selv om noen av skjevhetene med takstsystemet kan rettes opp, er det grunn til å diskutere hvor stort omfang prinsippet om stykkprisfinansiering skal ha i helsevesenet. Før vi vikler oss enda mer inn i et stykkprisbasert og fakturabasert helsevesen, må det avklares om ikke økonomikontroll, behandlingsstatistikk og optimal effektivitet kan oppnås med andre og bedre midler.

Det finnes alternativer til innsattsstyrt finansiering. Enhver behandlingssenheter i sykehus kan få definert sine oppgaver og hvilke tjenester som skal leveres i løpet av et år og til hvilken pris. En avdelings-sjef må kunne forplikte seg til leveransen og til å holde et avtalt budsjett. Selv vaktbelastning og omfanget av øyeblikkelig hjelp kan i stor grad forutses, om ikke fra time til time, så fra uke til uke. Så må man utvikle et system som gjør at man gjennom året har full kontroll over hva som er utført og hvilke ressurser som er brukt. Avtalen om hvilke tjenester som skal leveres, må ikke bare omfatte den rent kliniske virksomheten knyttet til pasienter, men også undervisning, forskning, utdanning og fagutvikling.

**Steinar Solberg**  
steinar.solberg@rikshospitalet.no

*Steinar Solberg (f. 1953) er dr.med. og spesialist i generell kirurgi og thoraxkirurgi. Han arbeider som overlege ved Thoraxkirurgisk avdeling, Rikshospitalet og er leder i Tidsskriftets redaksjonskomité.*

### Litteratur

1. Haug C. Juks med diagnoser. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 753.
2. Wyller TB. Tilbake til faget. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 473.