

Underkoding er vanligere enn overkoding

DRG-systemet kan og bør forbedres ved at alle sykehusopphold kodes for diagnoser og prosedyrer mest mulig fullstendig. Dette vil gi et mer korrekt grunnlag for beregning av kostnadsvekter, forutsatt at taket på rapportering av diagnoser og prosedyrer fjernes.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Systemet med diagnoserelaterte grupper (DRG) og dets følgesvenn, innsatsstyrt finansiering (ISF), fortsetter å være gjenstand for interesse og debatt, både i dagspresse og i fagmedier. Nylig arrangerte Legeforeningen, for tredje gang, DRG-seminar hvor formålet var å arbeide med de problemene som er knyttet til praktiseringen av DRG og innsatsstyrt finansiering. SINTEF Helse samarbeider nå med spesialforeningene for å forbedre koding og klassifikasjonsverktøy (1).

Det var i en periode stor offentlig oppmerksomhet rundt såkalt kreativ koding, dvs. at sykehus bevisst valgte å kode diagnoser og/eller prosedyrer slik at inntekten ble maksimert, til tross for at koden(e) var beregnet på mer kompliserte sykdommer eller prosedyrer. Derimot har det vært taushet omkring det forhold at underkoding av sykehusopphold sannsynligvis har betydelig større omfang enn overkoding. Allerede ved innføringen av innsatsstyrt finansiering viste Terje Hagen og medarbeidere at det var langt frem til en rimelig dekkende registrering av diagnoser og prosedyrekoder ved sykehusopphold i Norge (2). I en studie gjennomgikk jeg kodingen for diagnoser og prosedyrer for fire årsklasser i perioden 1994–2000 ved en nyfødmedisinsk intensivavdeling (3). Etter at journalene var blindet for kodeinformasjon, ble 10 % av oppholdene for hvert av de fire årene kodet på nytt. Den nye kodingen av diagnoser innebar en økning på 52 % i forhold til den opprinnelige, mens kodingen av prosedyrer var 76 % høyere.

Nylig presenterte Aardal og medarbeidere i Tidsskriftet en undersøkelse av hvorvidt oppholdet på en intensivavdeling under en sykehusinnleggelse er dekkende beskrevet og korrekt kodet i den endelige epikrisen (4). Ikke overraskende fant de betydelige mangler. Disse manglene fikk klare negative

konsekvenser for sykehusets økonomi, idet en korrigering av kodingen ville ført til en økning i sykehusets ISF-refusjon med 11,2 millioner kroner. Forfatterne beskrev også de negative konsekvensene det kan få for pasientens senere medisinske behandling at viktige opplysninger mangler i epikrisen. I en ledsagende lederartikkel i samme nummer av Tidsskriftet kommenterte Glomsaker blant annet de manglene som vil hefte ved offentlige statistikker når kodingen av sykehusopphold er ufullstendig (5).

Samlet sett synes det altså å være gode holddepunkter for at underkoding av sykehusopphold har et betydelig større omfang enn overkoding. Med den logikken som har vært anvendt på tilfellene av «kreativ koding», kan man kanskje si at sykehusene derved «snytes» for betydelige inntekter? Så vidt jeg har kunnet se, har Aftenpostens helsejournalister, som har vist stor interesse for å avsløre den kreative kodingen, ikke vært tilsvarende interessert i det forhold at sykehusene ved omfattende underkoding går glipp av store inntekter.

DRG-systemet er nok kommet for å bli, og finansieringen av sykehusene vil nok fortsatt være knyttet til denne måten å måle sykehusenes arbeidsinnsats på. Som leger bør vi nå velge om vi vil «forbanne mørket» eller være med å «tenne lys». Legene har her en viktig rolle, slik også andre har påpekt (5, 6). Epikrisen er et medisinsk dokument som bør forfattes av leger. Diagnose- og prosedyrekoder forteller noe viktig om pasientens opphold på sykehuset, og denne informasjonen kan være essensiell for leger og for andre sykehus som senere skal yte helsehjelp til pasienten (4). Korrekt koding av diagnoser og prosedyrer er dessuten et nødvendig grunnlag både for å beskrive vår virksomhet og for senere å kunne drive epidemiologisk og helseøkonomisk forskning.

Noen velger å bruke andre personellkategorier til å kode sykehusopphold. Hvis man tror at det ikke er likegyldig hva som figurerer som hoveddiagnose og hva rekkefølgen på bidiagnosene er, er det problematisk å overlate kodingen til andre enn leger. Et annet problem med å la andre enn leger stå for kodingen, er at diagnosene i ICD-10 har et ganske variabelt presisjonsnivå. I norsk nyfødmedisin har vi tatt konsekvensene av dette, og et arbeid er nå i gang for å komme til enighet om hvordan man skal forstå

og definere diagnosene i kapittel XVI (P00–96) i ICD-10. Diskusjonen på barnelegens nettside www.barnelegeforeningen.no så langt viser at vi har en del arbeid foran oss før vi blir helt enige. Det ville forbaure meg om forholdene var vesentlig enklere og klarere for andre kapitler i ICD-10.

Vektingen av DRG i forhold til innsatsstyrt finansiering er avhengig av at DRG-fastsettelsen er korrekt og fullstendig. Målsettingen må derfor være at kodingen skal bli medisinsk korrekt og i samsvar med en faglig konsensus om forståelsen av og kriteriene for de enkelte diagnosene. Dernest må kodingen være fullstendig, det vil si at alle forhold som har vært gjenstand for behandling eller diagnostisk utredning under sykehusoppholdet, er tatt med. Da bør spørsmålet om «taktisk koding» bli irrelevant og diskusjonen om hva som «lønner seg» kan returneres til den politisk-administrative arena der den egentlig hører hjemme.

Spørsmålet om hva som er «rettfærdige» kostnadsvekter, må det også finnes et svar på som tilgodeser behovet for at systemet skal oppfattes som rimelig legitimt. Den nåværende ordningen, der bare et begrenset antall diagnose- og prosedyrekoder rapporteres sentralt, har en innebygd skjevvinning (bias) mot de sykehusene som behandler de mest komplekse pasientene, og fører til at omfanget av variasjonen i pasientkompleksiteten ikke blir synlig for de politisk-administrative myndigheter.

Thor Willy Ruud Hansen

t.w.r.hansen@medisin.uio.no
Barneklinikken
Rikshospitalet
0027 Oslo
og
Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Sundar T. Vil ha med spesialforeningene i DRG-dialog. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1430.
2. Hagen T, Iversen T, Magnussen J. ISF og sykehusenes effektivitet. HERO Skriftserie 2000: 1. Oslo: Universitetet i Oslo, 2000.
3. Hansen TWR. Bruk av diagnose- og prosedyrekoder i nyfødmedisinen – effekter av innsatsstyrt finansiering (ISF). Oppgave for graden Master of Health Administration, 2003. Oslo: Universitetet i Oslo, 2003.
4. Aardal S, Berge K, Breivik K et al. Epikriser, DRG og intensivpasienter. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 903–6.
5. Glomsaker T. Epikrisen – faktura eller medisinsk dokument? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 866.
6. Johannessen LB. Positivt samarbeid om DRG. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1233.