
Kostnader ved pasientbehandling

REDAKSJONELT

DAG BRATLID

Dag Bratlid (f. 1944) er spesialist i pediatri, professor ved NTNU og sjeflege ved Regionsykehuset i Trondheim med forskningsinteresse innen ressursbruk og organisering i institusjonshelsetjenesten.

Barneklubben

Regionsykehuset i Trondheim

7006 Trondheim

I dette nummer av Tidsskriftet presenteres en artikkel av Agnete Bache-Wiig Mathisen og medarbeidere om DRG-refusjonen av behandlingen av neonatalkirurgiske pasienter (1). Som forfatterne påpeker er det grunn til å tro at flere pasientgrupper ikke dekkes godt nok av den gjeldende DRG-refusjon og -sats (2). Det er derfor fortjenstfullt at man har påtatt seg den omfattende oppgaven det er å prøve å beregne hva det faktisk har kostet å behandle en definert gruppe pasienter.

I sitt arbeid har forfatterne valgt å følge pasientene prospektivt gjennom behandlingsforløpet. Man har i størst mulig grad prøvd å beregne kostnader til behandlingen for den enkelte pasient, bl.a. gjennom å registrere forbruk av blodprøver, undersøkelser, materiell, infusjonsvæsker og blodprodukter knyttet til hvert enkelt barn. I tillegg har man brukt fordelingsnøkler der f.eks. bygningsareal (antall kvadratmetre) og antall IT-terminaler ved relevante avdelinger er tatt med for å beregne relativ andel av felleskostnader og administrative kostnader. Dette er i og for seg imponerende.

Det er imidlertid en viss fare for at denne graden av tilsynelatende spesifisering kan gi et feilaktig inntrykk av objektivitet og nøyaktighet, idet en rekke andre kostnadsvektorer er mer overfladisk vurdert. Bl.a. har man tatt for gitt at sykehusets inntekter ved poliklinisk virksomhet tilsvarer sykehusets utgifter til dette, uten at det er nærmere begrunnet. Da de aller fleste kostnadssteder som angår inneliggende pasienter også er kostnadssteder for den polikliniske virksomhet (f.eks. legetjeneste, kontorfunksjon og laboratorievirksomhet), vil et avvik her derfor kunne få store konsekvenser når man beregner prosentvis andel av driftsregnskapet for disse kostnadsstedene i behandlingen av inneliggende pasienter. Det vil dessuten alltid være en skjønnsmessig vurdering

om og eventuelt hvor mye av personalkostnadene som skal korrigeres for utgifter til nødvendige vaktordninger og andre fellesoppgaver når kostnadssatsen for den enkelte pasient skal beregnes. Derfor spørres det om den ressurskrevende prospektive registreringen av deler av kostnadsgrunnlaget som forfatterne har gjennomført, nødvendigvis bør kopieres av andre, når andre og kanskje viktigere kostnadselementer er unntatt fra en slik omfattende analyse?

Det er interessant å se at den faktor som slo mest ut i kostnadsberegningen faktisk var hvor lenge pasienten lå i avdelingen. Således er de fire pasientene som hadde det største antall liggedager (pasient 5, 10, 13 og 20) også de pasientene det var dyrest å behandle. Da disse pasientene hadde tre forskjellige hoveddiagnoser, kan dette indikere at for nyfødte er kostnadene ved behandlingen i mindre grad forbundet med en medisinsk diagnose, men i større grad forbundet med hvordan alvorlig sykdom vil påvirke barnets mulighet til å takle overgangen fra intrauterint til ektrauterint liv. Dette gjør det selvfølgelig vanskelig å beregne en korrekt DRG for denne pasientgruppen, noe den betydelige spredningen for samme DRG, som forfatterne påpeker, også viser. Denne sterke sammenhengen mellom kostnad og total liggetid viser også at det sannsynligvis ikke er så store forskjeller mellom kostnadene for den enkelte fase av oppholdet (intensivfase, intermediær fase og vanlig sengepostid) som man skulle tro.

I artikkelen konkluderes det med at neonatalkirurgiske pasienter har en DRG-refusjon på bare en tredel av faktiske kostnader, med gjennomsnittlige utgifter på ca. kr 300 000 og inntekter på ca. kr 100 000 dersom man regner med at den direkte DRG-refusjonen er på 50 % av kostnaden. Selv om pasientmaterialet er lite, er det grunn til å tro at denne konklusjonen er rimelig holdbar. Differansen mellom kostnader og inntekter er også betydelig når median kostnad og median inntekt beregnes.

Året 1999 har vist at de fleste sykehus sliter med å få ressursene til å strekke til i pasientbehandlingen. En budsjettsprekke på 2 – 5 % er ikke uvanlig, og det pekes stadig på at DRG-satsene er for lave. Sykehusenes økonomi blir i økende grad bestemt av denne DRG-refusjonen, ved at staten betaler sykehusene ut fra en forventet kostnad for de behandlingene sykehusene gir til hver enkelt innlagte pasient. For inneværende år refunderer staten 50 % av disse beregnede kostnadene, og trekker et tilsvarende beløp fra rammebevilgningene. Nå er ikke hver enkelt pasient og hver enkelt sykdom kostnadsberegnet, men liknende sykdomstilfeller er samlet i diagnoserelaterte grupper (DRG) (3), som er gitt en lik kostnadsvekt og pris (2). Dette er selvfølgelig en betydelig forenkling av virkeligheten. I tillegg er systemet svært komplisert, og en rekke sykehus har oppdaget at riktig koding av den behandlingen som gis, er viktig for å oppnå korrekt refusjon.

Det er imidlertid liten grunn til å tro at underdekningen i gjeldende DRG-satser generelt sett er like store som det Bache-Wiig Mathisen og medarbeidere har påpekt når det gjelder neonatalkirurgiske pasienter (1). Forutsetter vi at de polikliniske utgifter og inntekter ved de fleste sykehus balanserer (1), er underbudsjetteringen med henblikk på DRG antakeligvis tilsvarende budsjettsprekken, dvs. 2 – 5 %. Muligens er problemet ikke bare at mange

DRG-satser er for lave, det er også sikkert mange satser som i dag er for høye, ikke minst på grunn av den medisinsk-teknologiske utvikling (1). Helsevesenet som helhet vil være tjent med at denne refusjonsordningen ble mest mulig korrekt. Det er heller ingen grunn til å tro at kostnadene vil være like store ved forskjellige sykehus, idet effektiviteten heller ikke er lik. Slike kostnadsanalyser vil derfor også kunne gi informasjon om den mest hensiktsmessige organisering av behandlingsopplegg, behandlingsteam og pasientflyt for den enkelte pasientgruppe, og derved bidra til ytterligere kvalitetsforbedring og effektivisering. Det er på denne bakgrunn behov for å få gjennomført flere undersøkelser av reelle pasientkostnader, og slike undersøkelser bør gjennomføres ved forskjellige typer sykehus, noe også forskergruppen ved Senter for epidemiologi og sykehusstatistikk, Rikshospitalet har tatt initiativet til. Både myndigheter og sykehuseiere bør bidra til finansieringen av slike undersøkelser, og de må være villige til å akseptere og bruke resultatene.

LITTERATUR

1. Mathisen AB-W, Vaaler S, Amlie E. Diagnoserelaterte grupper og neonatalkirurgiske pasienter Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2666 – 71.
2. Prislister DRG 1999 med kodeveiledning. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1999.
3. Buhaug H, Nyland K, Solstad K. Beregning av norske kostnadsvekter til HCFA-12 versjonen av DRG-systemet. NIS-Norsk institutt for sykehusforskning. Trondheim: SINTEF UNIMED, 1999.

Publisert: 20. september 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.