

# „Mér líst nokkuð vel á DRG sem stjórnþæki“

– segir Jón Hilmar Alfreðsson sviðsstjóri kvennasviðs Landspítala en það var fyrst til að innleiða DRG-greiðslukerfi sem á að bæta reksturinn

AÐ UNÐANFÖRNU hefur hljóðið sem heyrir frá Landspítala heldur verið að breytast. Örvæntingaróp þeirra sem lentu undir niðurskurðarhnífnum eru ekki eins hávær og áður þótt vissulega sé enn verið að brýna þann kuta. En í sumar fóru að koma öllu jákvæðari fréttir af rekstri spítalans. Fyrirsjáanlegur halli virðist ætla að verða minni en menn óttuðust og svo virðist vera sem ýmsar aðhaldsaðgerðir séu farnar að skila árangri. Eflaust á innleiðing svonefnds DRG-greiðslukerfis sinn þátt í því en þetta kerfi breiðist nú ört út um deildir og svið hins mikla sjúkrahúss.

DRG er skammstöfun á heitinu Diagnosis Related Groups og merkir eiginlega Sjúkdómamiðuð flokkun. Jón Hilmar Alfreðsson sviðsstjóri kvennasviðs spítalans lýsir því svo að það sé millivegur á milli tveggja kerfa. Annars vegar daggjaldakerfisins sem byggðist á föstu framlagi á hvert sjúkrarúm, óháð því hvað var verið að gera við þann sem í því lá. Hins vegar var sú aðferð að kostnaðargreina hvern einasta sjúkling og

telja alla plástra, sprautur og nálar sem í hann fara. Fyrirnefnda kerfið er alltof ónákvæmt og óskilvirkt og það síðarnefnda alltof flókið og erfitt í framkvæmd.

Í DRG-kerfinu sem upprunnið er í Bandaríkjunum fyrir tveimur áratugum eru um 500 sjúkdómflokkar af sjúkdómssgreiningum sem eiga að ná yfir velflesta þá krankleika sem hrjád getur mannfólki. Gerð er kostnaðaráætlun fyrir hvern flokk og síðan eiga lækna að meta í hvaða flokk hver aðgerð skuli sett. Deildirnar fá svo greitt fyrir þær aðgerðir sem gerðar eru.

Á kvennasviði Landspítala var gerður samningur árið 2001 um fyrstu tilraunina til að innleiða DRG-greiðslukerfið á spítalanum. Jón Hilmar Alfreðsson sviðsstjóri segir að kvennasviðið hafi orðið fyrir valinu vegna þess að það var hæfilega stórt.

„Það var samið um að fyrstu árin yrði 30% af rekstrinum á þessu formi. Nú erum við komin í 50% og stefnum að því að reksturinn verði að öllu leyti á

**Próstur  
Haraldsson**

## „Allir vilja vera með“

– segir Guðrún Björg Sigurbjörnsdóttir verkefnisstjóri

GUÐRÚN BJÖRG Sigurbjörnsdóttir deildarstjóri á skrifstofu fjárræiðna og upplýsinga er verkefnisstjóri í hópi sem skipaður var til að koma DRG-kerfinu í gagnið á Landspítala. Hún segir að menn hafi byrjað að skoða DRG-kerfið skömmu eftir að það kom fram í Bandaríkjunum en haustið 2000 var hafist handa við að koma því skipulega í gagnið. Markmiðið var að geta samið við ríkið um breytta fjármögnun á rekstri spítalans árið 2005 og það virðist ætla að nást þótt ekki sé enn farið að semja.

Hún segir að kerfið sé þegar farið að skila árangri og gefi góða raun. Það veldur því að áætlanir um að innleiða það skref fyrir skref, fyrst á þessari deild og svo á þeirri næstu, hafi riðlast.

„Þegar fólk sá hvernig þetta virkaði vildu allir vera með svo við ákváðum að skella okkur út í djúpu laugina. Það er búið að innleiða kerfið á flestum deildum, öllum klínískum legudeildum og erum að laga kerfið að göngudeildum en sú vinna á einnig að geta gagnast læknum sem starfa á

eigin stofum. Við sjáum fram á að geta komið á DRG eða öðru framleiðslutengdu kerfi á öllum deildum á næsta ári eða snemma árs 2006. Við erum reyndar búin að reikna spítalareksturinn í heild út sem DRG-einingar en það er bara ramminn, svo á eftir að fylla upp í hann.

Þetta hefur valdið hugarfarsbreytingu sem sést á því að þótt einhverjir hafi haft efasemdir í upphafi þá veit ég ekki um starfsmenn sem eru á móti framleiðslumælikerfi. Þetta hefur aukið kostnaðarvitund starfsmanna og er farið að nýttast okkur til að fylgjast með gæðum starfsins. Á því áttum við ekki von svo þetta starf fer fram úr okkar björtustu vonum. Þetta er þegar farið að skila sér í breytingum á skráningu og hugsun um nýtingu og hvernig fólk getur gert hlutina betur. Áherslan hefur færst frá því að einblína á peningana í það að skoða þjónustuna sem verið er að veita. Upp úr þessu hafa sprottið ýmis verkefni sem horfa til úrbóta hér og þar í starfi spítalans.“



Guðrún Björg segir að kerfið veiti samburð á milli deilda og stofnana sem auðveldi starfsfólki að velja hagkvæmstu og bestu þjónustuna. Það getur verið innlög eða göngudeild eða kannski heimahjúkrun. En eykur þetta ekki álag á starfsfólk og skriffinnsku?

„Jú, en við höfum reynt að vinna með upplýsingakerfin til að gera þau auðveldari og notendavænni og þetta starf hefur ýtt undir þróun rafrænnar sjúkraskrár. Kerfið hefur leitt til endurskoðunar á vöktum í þeim tilgangi að jafna vinnuálag en það hefur ekki leitt til uppsagna og ekki fyrirsjáanlegt að það gerist,“ segir Guðrún Björg.

*Jón Hilmar Alfredsson  
sviðsstjóri kvennasviðs  
Landspítala segir DRG-  
kerfið þegar farið að hafa  
áhrif á viðhorf starfsfólks  
sviðsins.*



DRG-forminu. Kvennasviðið var talið heppilegt, það er ekki stórt, reksturinn kostar tæpan milljarð af 25 milljörðum sem rekstur spítalans kostar alls. Það er líka tiltölulega afmarkað þó við kaupum þjónustu af ýmsum öðrum sviðum.“

Undirbúningurinn tók sinn tíma því það þurfti að kostnaðargreina hverja aðgerð sem unnin er. „Það þurfti að greina það nákvæmlega hvað hver fæðing kostar sem og keisaraskurður, legnám og allt annað. Síðan þurfti að ákveða DRG-einingaverð og þá fóru þeir strax að bera okkur saman við Svíþjóð og Norveg og sáu að við vorum í ódýrari kantinum. Eftir það hefur einingaverðið hækkað í takt við verðlagið.“

### Vitum hvað við höfum

Jón Hilmar segir að honum lítist að ýmsu leyti vel á þetta stjórnæki. „Þetta er virðingarverð tilraun til að ná utan um kostnaðinn og leggja mat á hvort hann sé eðlilegur. Spítalinn er að verðleggja þjónustu sína svo kaupandi geti athugað hvort hún er dýrari eða ódýrari en annars staðar.“

Fyrir okkur þýðir þetta að við vitum hvað við fáum fyrir hverja aðgerð og getum gert betri áætlanir en áður. Og þar sem við vitum um tekjurnar hvetur það okkur til að athuga hvort ekki er hægt að gera eitthvað til að lækka kostnaðinn. Þetta síast út frá okkur sviðsstjórunum til yfirlæknanna og áfram til annarra starfsmanna. Hagfræðingarnir tóku eftir því að við vorum strax byrjuð að ræða um leiðir til að ná niður kostnaðinum og þá brostu þeir breitt því tilganginum var náð.“

– Breytir þetta vinnubrögðum starfsfólks? Hefur þessi flokkun ekki aukna skrifinnsku í för með sér?

„Jú, en þá kemur þessi nýja rafræna tækni okkur

til góða. Henni hefur fleygt fram og DRG-kerfið ýtir undir hana. Það þarf að ljúka við sjúkraskýrslu hvers sjúklings ekki síðar en 10 dögum eftir að hann er útskrifaður. Skráningin þarf líka að vera rétt því ef sjúklingur er skráður inn með hálsbólgu og svo er tekinn úr honum botnlanginn þá lætur kerfið vita af því að hér sé einhver villa í skráningunni. Flokkunin getur hins vegar breyst eftir að meðferð sjúklings er hafin. Stundum kemur í ljós að það er meira að honum en talið var við innlögn og eins getur meðferðin haft í för með sér ófyrirséða fylgikvilla. Þetta kallar á nákvæma skráningu, að öðrum kosti fær deildin ekki greitt fyrir þær aðgerðir sem þarf að gera.“

### Þafnast stöðugar endurskoðunar

Eins og áður er nefnt er DRG-kerfið rúmlega tuttugu ára gamalt og á þeim tíma hefur það verið í stöðugri endurskoðun. Norðurlöndin hafa þróað sína eigin útgáfu af kerfinu og raunar þarf að laga það að hverri stofnun og hverri deild. Jón Hilmar segir að kerfið virki best í þeim tilvikum sem sjúklingur er lagður inn og eitthvað gert við hann. Það hefur ekki virkað eins vel á göngudeildum og raunar er verið að þróa sérstaka útgáfu fyrir þær. Sama máli gegnir um endurhæfingar-, öldrunar-, líknar- og geðdeildir. Öldrunardeildir hafa um árabíl notast við annað kerfi sem nefnist RAI og áformað er að halda sig við það en laga það ef til vill að DRG-kerfinu að einhverju leyti.

„En það þarf stöðugt að endurskoða kerfið því meðferðir breytast og ýmsir óvissuþættir koma til sögunnar. Það er kannski ákveðið að kaupa einhverja þjónustu utan að í stað þess að sinna henni sjálf og það breytir forsendunum. Enn á eftir að reikna ýmislegt inn í kerfið, til dæmis kennslu- og rannsóknarkostnað. Svo geta komið upp faraldrar sem kollvarpa öllum áætlunum. Í slíkum tilvikum verður eflaust að semja upp á nýtt.“

Hann segir að DRG-kerfið geti auðveldað samanburð við aðrar stofnanir, bæði innanlands og utan. „Við erum þegar farin að sjá að við gerum suma hluti öðruvísi en aðrir. Til dæmis hefur komið í ljós að sjúklingar okkar liggja lengur inni eftir aðgerð en á sambærilegum sjúkrahúsum á Norðurlöndum. Þar er reynt að senda þá heim sem fyrst en veita þeim meiri stuðning heimafyrir. Hér virðumst við ekki komin eins langt í að byggja upp slíka heimaþjónustu.“

Jón Hilmar lætur vel af því samstarfi sem starfsfólk sviðsins hefur átt við yfirstjórnina og vinnuhópin sem skipaður var til að undirbúa innleiðingu kerfisins. „Mér sýnist ýmislegt gott hafa komið út úr þessu. En þetta er ekki einfalt og ekki alltaf víst að menn nái samkomulagi um alla hluti. Og það er ljóst að þetta leysir ekki allan rekstrarvanda sjúkrahússins.“