

Riksrevisjonens undersøkelse av kodekvaliteten ved helseforetakene

Dokument nr. 3:7 (2005–2006)



5 364 -577 -7285 -152 4588 315 66574 735 39 216 2 577 634 492



Riksrevisjonens undersøkelse av kodekvaliteten ved helseforetakene

Dokument nr. 3:7 (2005–2006)

Til Stortinget

Riksrevisjonen legger med dette fram Dokument nr. 3:7 (2005–2006)
Riksrevisjonens undersøkelse av kodekvaliteten ved helseforetakene.

Riksrevisjonen, 5. april 2006.

Jørgen Kosmo
riksrevisor

Innhold

1	Innledning	7
2	Oppsummering av undersøkelsen	7
2.1	Årsaker til svak kodekvalitet ved helseforetakene	7
2.2	Konsekvenser av lav kodekvalitet	9
2.3	Tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester	10
2.4	Tilskuddsforvaltning	10
3	Helse- og omsorgsdepartementets kommentarer	11
4	Riksrevisjonens bemerkninger	11
5	Helse- og omsorgsdepartementets svar	12
6	Riksrevisjonens uttalelse	12
Vedlegg:		
	Rapport	13

Helse- og omsorgsdepartementet

Riksrevisjonens undersøkelse av kodekvaliteten ved helseforetakene

1 Innledning

Innsatsstyrt finansiering (ISF) ble innført i 1997. Finansieringssystemet gjør inntektene til de regionale helseforetakene avhengig av aktivitetensnivået. ISF-refusjonen dekket i 2005 60 prosent av antatte behandlingskostnader for de pasientgruppene som var omfattet av ordningen, mens de resterende behandlingskostnadene ble dekket av basisbevilgningen. ISF-refusjonen var på 19,7 mrd. kroner i 2005, jf. Budsj.innst. S. nr. 11 (2004–2005). ISF utgjør en stor del av finansieringen av de regionale helseforetakene, og er derfor et viktig virkemiddel for staten med hensyn til å nå helsepolitiske mål.

ISF som finansieringssystem forutsetter at den medisinske kodingen av pasientbehandlingen er korrekt, slik at de regionale helseforetakene mottar riktig refusjonsbeløp fra staten. En enhetlig kodepraksis er avgjørende for at ISF-ordningen skal oppleves rettferdig og fungere som grunnlag for finansiering av helseforetakene.

Bakgrunnen for forvaltningsrevisjonen er de funn som ble gjort i forbindelse med Riksrevisjonens revisjon av ISF-tilskuddet for 2003. Det ble undersøkt om opplysningene i pasientjournalen for et tilfeldig utvalg pasientopphold ga grunnlag for de medisinske kodene som var rapportert fra helseforetakene. Riksrevisjonen mente at det samlet sett var knyttet stor usikkerhet til kvaliteten på de medisinske kodene som dannet grunnlaget for finansieringen av de regionale helseforetakene i 2003, jf. Dokument nr. 3:2 (2004–2005).

Formålet med undersøkelsen har vært å belyse mulige årsaker til svak kodekvalitet. Undersøkelsen har rettet søkelyset mot hvordan lederne i helseforetakene ivaretar sitt ansvar for å etablere systemer og rutiner som sikrer korrekt koding i forhold til regelverket. Målet har vært å identifisere faktorer ved den interne kontrollen ved sykehusene som kan bidra til å sikre god kvalitet på den medisinske kodingen. Dette vil kunne gi grunnlag for å overføre kunnskap om forbedringsmuligheter mellom sykehusene. Videre har undersøkelsen belyst mulige konsekvenser for helseforetakenes styring av virksomhetene som følge av svak kodekvalitet. Undersøkelsen har også belyst om ISF-systemet påvirker prioriteringen mellom pasienter på en utilsiktet måte, og om tilskuddsordningen forvaltes i samsvar med Stortingets vedtak og forutsetninger.

Rapporten fra undersøkelsen følger som trykt vedlegg, og et utkast ble ved Riksrevisjonens brev av 6. januar 2006 forelagt Helse- og omsorgsdepartementet.

Departementet har gitt sine kommentarer i brev av 7. februar 2006, og det er tatt hensyn til departementets merknader til enkelte formuleringer ved utarbeidelsen av den endelige rapporten. Departementets øvrige kommentarer er gjengitt i punkt 3.

2 Oppsummering av undersøkelsen

Riksrevisjonens undersøkelse tar utgangspunkt i journalrevisjonen som ble gjennomført ved 14 av landets sykehus i 2004. Ved de samme sykehusene ble det i 2005 gjennomført en dokumentanalyse av retningslinjer for medisinsk koding og en spørreskjemaundersøkelse blant legene for å få deres synspunkter på rutinene som skal sikre god kodekvalitet. Ved halvparten av de 14 sykehusene er det i tillegg gjennomført intervjuer med avdelingsledere og andre aktører som er sentrale i kodearbeidet ved sykehusene. I fire av de sju sykehusene er sikkerheten rundt IT-systemene kontrollert. Det er gjennomført en analyse av registerdata fra Norsk Pasientregister (NPR) som omfatter alle landets sykehus. Videre er relevante stortingsdokumenter, regelverk og styringsdokumenter til og fra de regionale helseforetakene analysert.

2.1 Årsaker til svak kodekvalitet ved helseforetakene

Helseforetakene har ikke en tilstrekkelig systematisk styring av kodekvaliteten

De fleste helseforetakene i undersøkelsen har gjennomført en rekke tiltak i løpet av de siste årene for å bedre kodekvaliteten. Disse tiltakene har blant annet ført til en mer fullstendig koding av diagnoser og prosedyrer. Undersøkelsen viser likevel at styrene og ledelsen i helseforetakene ikke i tilstrekkelig grad har ivarettatt sitt ansvar for å etablere gode systemer som sikrer en god kodekvalitet. Ledelsens engasjement på området har avgjørende betydning.

Ledelsen ved alle helseforetakene i undersøkelsen peker på at de har en målsetting om at kodingen skal være korrekt. Undersøkelsen viser likevel at det er mangler i styringen i og med at ingen av helseforetakene i intervjuundersøkelsen har utviklet mål som gjør det mulig å etterprøve om ønsket kodekvalitet er nådd.

I helseforetakene, både sentralt og ute i avdelingene, gjennomføres en løpende vurdering av forhold som kan påvirke kodekvaliteten. Dette fører blant annet til at mindre erfarne leger blir gjenstand for en mer omfattende kontroll enn mer erfarne leger. Undersøkelsen viser at helseforetakene ikke systematisk har analysert

forhold som kan hindre at den medisinske kodingen blir i samsvar med gjeldende regelverk. Dette reduserer foretaksledelsens mulighet til å etablere tiltak og rutiner for å håndtere disse risikoene.

Ledelsesrapportene i helseforetakene inneholder i liten grad informasjon som belyser kodekvaliteten. De fleste ledelsesrapportene presenterer antall pasientopphold i DRG 470. Dette er pasientopphold som er mangelfullt kodet, og som ikke gir helseforetakene inntekter. Et helseforetak eller en avdeling med få eller ingen pasientopphold i DRG 470 har imidlertid ikke nødvendigvis god kodekvalitet, jf. resultatene fra journalrevisjonen. Mangel på etterprøvbare mål og rapportering på kodekvaliteten gjør det vanskelig for styrene og ledelsen i helseforetakene å overvåke hvor effektivt og hensiktsmessig kontrollaktivitetene fungerer i forhold til etterlevelse av regelverket. Ett helseforetak i undersøkelsen skiller seg positivt ut ved at ledelsen får tilbakemelding om utviklingen i kodekvaliteten da det hvert år gjennomføres en journalrevisjon av et utvalg pasientopphold.

Flere av helseforetakene mangler retningslinjer for hvordan regelverket skal etterleves

Ledelsen i helseforetakene har plikt til å sørge for at avdelingene har tilfredsstillende rutiner for koding slik at feil avdekkes og korrigeres. Når ansvaret for kodekvaliteten delegeres til avdelingsleder, har foretaksledelsen også et ansvar for å se etter om det er etablert rutiner som sikrer en tilfredsstillende kvalitet. I flere av helseforetakene er det ikke skriftlige rutiner som beskriver ansvar og myndighet hos de ulike personellgruppene som er involvert i kodearbeidet. Dette fører til at kodekvaliteten i en avdeling blir svært avhengig av avdelingslederens kompetanse, interesse og motivasjon for dette arbeidet.

Undersøkelsen viser at flere helseforetak mangler retningslinjer for hvordan endringer av koder skal skje. I flere av helseforetakene ble koder endret som følge av kontroll uten at epikriseansvarlig lege ble spurt om råd. Det bør i det enkelte helseforetak foreligge rutiner som sikrer klare ansvars- og myndighetsforhold vedrørende endring av koder i det pasientadministrative systemet (PAS). Endringer i PAS bør videre logges slik at det er mulig å avdekke uønskede hendelser i registreringen av kodene. Journalrevisjonen viser i en del tilfeller at kodene kun er rettet opp i PAS og ikke i pasientjournalen. Statens helsetilsyn har framhevet at det er en svikt i helseforetakets journal- og informasjonssystem når de koder som er registrert i pasientens journal, ikke er i overensstemmelse med de kodene som er registrert i PAS.

Helseforetakene gir ikke legene tilstrekkelig opplæring i gjeldende regelverk for koding

Undersøkelsen viser at legene mener at et komplisert fagkodeverk og mangelfull opplæring er de viktigste årsakene til at kodingen ikke blir i samsvar med regelverket. Et komplisert regelverk tilsier at systematisk

opplæring er helt nødvendig for å sikre korrekt koding. Undersøkelsen viser at hver tredje lege mener at de ikke har fått systematisk opplæring i medisinsk koding. Av de som har fått opplæring, fikk nesten halvparten opplæringen før 2003. Mange leger har derfor ikke oppdatert kompetanse i de medisinske fagkodeverkene.

Det er ledelsen i helseforetakene som har det overordnede ansvaret for at legene får tilstrekkelig opplæring i regelverket. I mange helseforetak er ansvaret for opplæringen delegert til avdelingslederne. Det synes som om den enkelte avdelingsleders interesse for medisinsk koding er avgjørende for hvilken opplæring som gis den enkelte lege. Undersøkelsen viser at det er nødvendig for foretaksledelsen å iverksette tiltak som sikrer at opplæringen i kodeverkene skjer på en systematisk og koordinert måte. Foretaksledelsen har også ansvar for å etterprøve at både de som koder og de som kvalitetssikrer kodingen, har nødvendig og oppdatert kompetanse i kodeverkene.

Undersøkelsen viser at mange leger sjelden eller aldri får individuell tilbakemelding på kodingen. Samtidig mener mange leger at den tilbakemeldingen som gis, i stor grad fremmer læring som forbedrer kodekvaliteten. Undersøkelsen indikerer derfor et potensial for å heve kvaliteten gjennom at den enkelte lege får mer individuell tilbakemelding på kodearbeidet.

Mange leger kjenner ikke godt nok til regelverket for medisinsk koding

Legene må kjenne til regelverk og veiledningsmateriale for å kunne kode riktig. Den mangelfulle opplæringen i medisinsk koding er trolig en viktig årsak til at nesten 40 prosent av legene svarer at de ikke kjenner godt til kodeveiledningsmaterialet i ICD-10 boken. Risiko for feil koding forsterkes ved at enda færre leger kjenner godt til annet sentralt kodeveiledningsmateriale. Mangelfull opplæring er også med på å forklare at mange leger ikke synes å kjenne til sentrale prinsipper for koding. Dette gjelder både assistentleger og overleger.

I perioden fra 2001 til 2003 har det vært en sterk vekst i antall registrerte bidiagnoser per pasientopphold. I journalrevisjonen ble det funnet mange kodede bidiagnoser det ikke var grunnlag for i pasientjournalen. Det er derfor grunn til å stille spørsmål ved om kodepraksisen av bidiagnoser er i samsvar med regelverket. Undersøkelsen viser at det er nødvendig med tiltak for å få en mer ensartet forståelse av hvordan regelverket for koding av bidiagnoser skal praktiseres.

Journalrevisjonen viser at en årsak til svak kodekvalitet er at enkelte leger kan ha ignorert kodeveiledningsinformasjonen som helseforetakene skal være kjent med. ICD-10 er en WHO-konvensjon. I regelverket gjelder et prioriteringshierarki for hvilken kode som skal velges for en diagnose når det finnes muligheter flere steder i regelverket. Valg av riktige koder i henhold til prioriteringshierarkiet kan i en del tilfeller være vanskelig fordi

klassifikasjonsreglene ikke alltid er logisk utformet og inkluderer en rekke konvensjoner som ikke alltid er medisinsk sett korrekte ut fra medisinsk praksis. Det framgår av spørreskjemaundersøkelsen at mange leger svarer at de ikke koder i samsvar med regelverket i de tilfeller hvor kodeverket er dårlig tilpasset den medisinske praksis.

Koding og kvalitetssikring av kodingen er ikke tilstrekkelig integrert i driften

I spørreskjemaundersøkelsen svarer 45 prosent av legene at manglende prioritering av kodearbeidet er en viktig årsak til lav kodekvalitet. Tidspress hos den enkelte lege kan føre til svak kodekvalitet. Mange avdelinger gir legene tilgang til en kortliste som viser de mest brukte kodene i avdelingen. Bruken av kortliste skal i utgangspunktet være et hjelpemiddel for legene i kodearbeidet. Undersøkelsen viser at 40 prosent av legene sjelden eller aldri slår opp i regelverket ved bruk av kortliste. Bruken av kortliste kan også være en forklaring på svak kodekvalitet.

Mange av avdelingene i undersøkelsen er på etterskudd med kodingen og kvalitetssikringen av denne. Kodekvaliteten kan bli bedre hvis legene koder fortløpende underveis i pasientoppholdet, slik at skippertak unngås den dagen pasienten skrives ut. Undersøkelsen viser at helseforetakene ikke har etablert gode nok rutiner som sikrer koding av alle biddiagnoser det er grunnlag for i journalen. Tilsvarende viser undersøkelsen at flere avdelinger ikke har etablert rutiner som sikrer at alle prosedyrer som er utført i andre avdelinger, blir kodet. Det er viktig for kvaliteten at det etableres rutiner som sikrer at kodingen og kvalitetssikringen av den i større grad blir integrert i driften.

Alle helseforetakene i undersøkelsen bruker datastyrte kontroller i kvalitetssikringen av kodingen. Formålet er å identifisere pasientopphold hvor det bør gjennomføres en ny vurdering av kodingen. Dette gjøres og eventuelle feil rettes opp, men undersøkelsen viser at erfaringene fra kontrollene i liten grad blir dokumentert og brukt til læring. En del helseforetak har positive erfaringer med at også avdelingene kan gjøre seg nytte av datastyrte kontroller i kvalitetssikringen. Dette kan bidra til å utvikle kontroller som i større grad blir tilpasset risikobildet i den enkelte avdeling. Involvering av flere personer i utførelsen av disse kontrollene vil også føre til at kodekvaliteten i et helseforetak blir mindre sårbar ved personellutskiftninger.

2.2 Konsekvenser av lav kodekvalitet

Styrene og ledelsen i henholdsvis de regionale helseforetakene og de underliggende helseforetakene er ansvarlige for å sikre at regnskap og informasjon om resultater er pålitelig og nøyaktig. ISF-refusjonen utgjør en stor andel av helseforetakenes inntekter. Undersøkelsen viser at svak kodekvalitet vil gi mangelfull pasientstatistikk og styringsinformasjon i helseforetakene. Innføringen av ISF har ført til en bedre pasientstatistikk

gjennom mer fullstendig koding av diagnoser og prosedyrer i helseforetakene. Likevel er det fortsatt et betydelig omfang av koder som ikke er i samsvar med de medisinske fagkodeverkene for diagnoser (ICD-10) og prosedyrer (NCSP). Undersøkelsen viser at 38 prosent av de undersøkte pasientoppholdene ble kodet med en hoveddiagnose som ikke var i samsvar med regelverket. En svak kodekvalitet bidrar til å redusere tilliten til at pasientstatistikken kan benyttes som grunnlag for planlegging, styring og evaluering av helsetjenestene lokalt og nasjonalt. Videre begrenses muligheten til å anvende pasientstatistikken til medisinsk forskning.

Valg av kode for hoveddiagnose er svært sentralt for DRG-grupperingen. For 77 prosent av de undersøkte pasientoppholdene som ble gruppert i ny DRG, ble hoveddiagnosen endret. DRG-systemet er en klassifisering av pasientopphold i ca. 510 pasientgrupper (DRG-er). For hver DRG er det beregnet en kostnadsvekt (pris) som gir uttrykk for hvor ressurskrevende pasientene i DRG-en er å behandle i forhold til gjennomsnittet av alle pasientgruppene. Kostnadsvekten i en DRG viser samtidig hvor høy inntekt et pasientopphold i denne DRG-en genererer.

De regionale helseforetakene bruker informasjon fra DRG-systemet når ISF-refusjonen fordeles videre til de underliggende helseforetakene. Resultatene fra journalrevisjonen viser at den svake kodekvaliteten kan påvirke ressursfordelingen mellom helseforetakene på en utilsiktet måte.

De fleste helseforetakene i undersøkelsen har valgt å fordele ISF-refusjonen helt eller delvis ned på de kliniske avdelingene. En svak kodekvalitet kan dermed også påvirke ressursfordelingen mellom avdelingene internt i helseforetakene. Det kan stilles spørsmål om hvorvidt kodekvaliteten i mange helseforetak er god nok til at informasjonen fra DRG-systemet bør anvendes som grunnlag for å finansiere avdelingene.

Alle avdelingslederne i undersøkelsen har budsjettansvar og er derfor ansvarlige for at beløpsmessige rammer ikke overskrides, og at forutsatte inntekter kommer inn. En svak kodekvalitet kan føre til at avdelingens oversikt over inntektene ikke blir tilstrekkelig pålitelig. Et eventuelt avvik mellom antall planlagte og produserte DRG-poeng kan derfor skyldes svak kodekvalitet, og trenger ikke nødvendigvis å være et reelt avvik. Manglende kvalitet i kodingen kan gjøre det vanskelig for foretaksledelsen å vite i hvilken grad det er behov for å iverksette tiltak i den økonomiske oppfølgingen av avdelingene.

De fleste helseforetakene bruker indikatorene antall DRG-poeng og DRG-indeks i den løpende styringen. I intervjuene kommer det fram at mange mener at DRG-poeng og DRG-indeks gir et forholdsvis godt bilde av henholdsvis aktivitetsnivå og pasienttyngde i avdelingen. Informasjonen brukes både til å sammenligne avdelinger med seg selv over tid og til å sammenligne avdelinger med hverandre. En rekke beslutninger som påvirker driften i helseforetakene, tas på bakgrunn av informasjon

nen fra DRG-systemet. Dersom det etableres systemer og rutiner som sikrer en god kvalitet på den medisinske kodingen, kan helseforetakene oppnå en mer forsvarlig økonomistyring, inkludert bedre kostnadskontroll og mer effektiv ressursutnyttelse.

2.3 Tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester

Departementet har et overordnet ansvar for at de nasjonale retningslinjene i prioriteringen av pasientene følges. ISF skal ikke være styrende for de prioriteringene som gjøres med hensyn til hvilke pasienter som skal tilbys behandling.

Da ISF ble innført i 1997, var det et mål å øke behandlingsaktiviteten og dermed bidra til redusert ventetid til behandling. Undersøkelsen viser at det har vært en sterk vekst i antall elektive (planlagte) sykehusopphold i perioden fra 2001 til 2004. Dagopphold og ettdøgnsopphold har hatt den sterkeste aktivitetsveksten med henholdsvis 47 og 39 prosent. Dette betyr at en stor del av aktivitetsveksten har kommet relativt mindre ressurskrevende pasientgrupper til gode. En forklaring på den sterke veksten i dagopphold og ettdøgnsopphold er at den teknologiske utviklingen gjør det mulig å behandle mange pasientgrupper med færre liggedøgn ved sykehusene. Denne sterke veksten kan derfor likevel være i overensstemmelse med prioriteringsforskriften. Den sterke veksten i antall korttidsopphold har heller ikke resultert i at det behandles færre pasienter med flere liggedøgn (to til åtte dager). Det har imidlertid vært en nedgang i antall pasientopphold med over åtte liggedøgn.

Pasienter som ligger mindre enn fire dager, har hatt en gunstigere utvikling i ventetid enn pasienter med lengre liggetid i perioden fra 2001 til 2004. Undersøkelsen viser imidlertid at pasienter som lå på sykehus mer enn ti dager, hadde en sterk nedgang i ventetid, selv om det ble behandlet færre pasienter med så lang liggetid ved sykehusene. Undersøkelsen gir derfor ingen indikasjoner på at pasienter med behov for lang liggetid ved sykehusene har fått dårligere tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester.

Det kommer fram gjennom intervjuene at flere ledere mener at prioritering av lønnsomme pasientgrupper ikke er i strid med prioriteringsforskriften så lenge prioriteringen av én pasientgruppe ikke går på bekostning av tilbudet til andre pasientgrupper. ISF-ordningen brukes i denne sammenheng som et styringsinstrument, det vil si at pasientgrupper som har en gunstig DRG-vekt, prioriteres for å få kontroll på økonomien. Et eksempel som nevnes av flere av de intervjuede, er iverksettelse av prosjekter som ofte utføres utenfor normal arbeidstid, rettet mot spesielle pasientgrupper. Disse prosjektene iverksettes ofte under forutsetning av at pasientbehandlingen genererer større inntekter enn kostnader. Ventetiden til behandling for enkelte pasientgrupper blir dermed kortere på grunn av en gunstig DRG-vekt. Det kan reises spørsmål om hvorvidt denne praksisen er i samsvar med prioriteringsforskriften.

Undersøkelsen gir ikke klare holdepunkter for at DRG-vektene påvirker prioriteringen av pasientene i helseforetakene. Undersøkelsen viser at et stort flertall av legene tror at DRG-vektene aldri eller sjelden påvirker prioriteringene av pasientene i egen avdeling. Det framkommer imidlertid videre at det i noen av avdelingene er mange leger som tror at DRG-vektene påvirker prioriteringene. Dette viser at det er svært viktig at styrene og ledelsen i helseforetakene har etablert systemer som både kan forebygge og fange opp eventuelle uønskede vridningseffekter mellom pasientgrupper.

2.4 Tilskuddsforvaltning

Departementet har utarbeidet skriftlige retningslinjer for tilskuddsordningen. Med hjemmel i helseforetaksloven § 16 kan departementet sette vilkår for bevilgninger til de regionale helseforetakene. Ifølge helseforetaksloven § 34 skal de regionale helseforetakene hvert år utarbeide en melding om virksomheten til departementet. I meldingen skal det blant annet redegjøres for gjennomføringen av krav departementet har stilt til virksomheten.

Aktiviteten i ISF-ordningen måles i DRG-poeng. En svak kodekvalitet gjør det vanskelig å vurdere hvor stor del av en aktivitetsendring som er reell, og hvor stor del som skyldes endringer i kodepraksis. Hvis økningen i DRG-poeng skyldes endret kodepraksis, ville det være i strid med ISF-ordningen om helseforetakene fikk utbetalt høyere refusjon for samme aktivitet. En bedre kodekvalitet vil derfor gjøre det enklere å vurdere om krav til aktivitetsutviklingen i ISF-ordningen nås.

I de årlige meldingene fra de regionale helseforetakene for 2003 og 2004 gis det begrenset informasjon om utviklingen i ventetider for ulike fagområder og/eller pasientgrupper i virksomhetene. Det er derfor vanskelig å vurdere om kravet i styringsdokumentene om at ISF-ordningen ikke skal være styrende for prioriteringene, er ivaretatt. Analyser av registerdata og informasjon fra spørreskjemaene gir imidlertid ikke klare holdepunkter for at ISF-ordningen bidrar til nedprioritering av pasienter i helseforetakene av økonomiske årsaker.

Undersøkelsen viser at helseforetakene synes at DRG-vektene ikke har vært oppdatert ofte nok. Ifølge St.prp. nr. 1 (2005–2006) har departementet startet arbeidet med full gjennomgang av kostnadene for de ulike behandlingsformene. Bedre kostnadsinformasjon om den enkelte pasient vil gi et bedre grunnlag for å oppdatere ISF-systemet, slik at kostnadsvektene i større grad reflekterer de reelle pasientkostnadene i helseforetakene. Kostnadsvektene skal fra og med 2006 justeres årlig.

Hyppige oppdateringer av kostnadsvektene er et viktig tiltak for å oppnå en mer effektiv tilskuddsforvaltning. Kostnadsvektene vil likevel alltid være gjennomsnittspriser, og vil derfor aldri reflektere kostnadsstrukturen i det enkelte helseforetak. Data fra intervjuene viser at de fleste helseforetakene ikke har gjennomført egne analyser av hva det koster å behandle ulike pasientgrupper.

Dette kan gjøre det vanskelig for helseforetakene å beregne de økonomiske konsekvensene av en planlagt økning i behandlingsaktiviteten og må være en utfordring for helseforetakenes kostnadskontroll. Manglende kjennskap til egne kostnader kan også redusere helseforetakenes muligheter til å iverksette tiltak som fjerner flaskehalser som hindrer effektiv pasientbehandling.

Undersøkelsen viser at ISF-ordningen påvirker behandlingsaktiviteten i helseforetakene, men det kan stilles spørsmål om i hvilken grad ordningen har bidratt til en mer effektiv ressursutnyttelse. De regionale helseforetakene redegjør ikke i årlig melding om utviklingen i forholdet mellom ressursinnsats og aktivitet. Undersøkelsen viser at ikke alle helseforetakene driver et kontinuerlig arbeid for å bedre organiseringen av pasientforløpet på tvers av avdelingene ved sykehusene. Departementet bør vurdere om det i styringsdokumentene bør stilles mer konkrete krav til ressursutnyttelsen for aktivitetene som finansieres av ISF-ordningen. Dette kan stimulere til en mer effektiv ressursutnyttelse av innsatsfaktorene i helseforetakene.

3 Helse- og omsorgsdepartementets kommentarer

Helse- og omsorgsdepartementet har i brev av 7. februar 2006 gitt sine kommentarer til rapporten.

Helse- og omsorgsdepartementet ser rapporten fra Riksrevisjonen som et nyttig bidrag i det videre arbeidet med å forbedre kvaliteten på den medisinske kodingen. Departementet vil blant annet oversende den endelige rapporten til Sosial- og helsedirektoratet og de regionale helseforetakene.

Departementet viser til at Riksrevisjonens og SINTEF Helses journalgjennomgang i 2004, SINTEF-rapporten *Kvaliteten på den medisinske kodingen* og foreliggende forvaltningsrevisjon påpeker at det må utarbeides gode rutiner som sikrer bedre kodepraksis, slik at kodingen blir mer entydig. Departementet mener at korrekt koding er av sentral betydning for anvendeligheten og legitimiteten av medisinsk koding til bruk i forskning, statistikk og styringsinformasjon og dermed som grunnlag for finansiering både fra staten til de regionale helseforetakene og internt i de regionale helseforetakene.

Helse- og omsorgsdepartementet viser til den etablerte strategien for å forbedre kodekvaliteten i helseforetakene. Sentrale elementer i strategien er et samarbeid mellom SINTEF Helse og Legeforeningen og de ulike spesialforeningene for å skape felles forståelse og faglig basert konsensus i forhold til regelverket, kodeovervåking for å kartlegge om kodepraksis som grunnlag for ISF-finansiering samsvarer med diagnosesettingen, mer aktiv bruk av avregningsutvalget som rådgivende organ og mer aktiv seminar- og informasjonsvirksomhet.

Departementet mener at helseforetakene må ha større ledelsesmessig oppmerksomhet mot god virksomhets-

styring, inkludert etablering av et system som sikrer at journalforskriften og retningslinjer for koding følges. Senest i bestillerdokumentet til de regionale helseforetakene for 2006 ble det framhevet at de skal ha et ledelsesmessig fokus på arbeidet med å heve kvaliteten på den medisinske kodingen.

Videre viser departementet til at det i januar 2006 ble avholdt foretaksmøter med de regionale helseforetakene. I protokollene fra foretaksmøtene framgår det at de regionale helseforetakene skal påse at internkontrollen i helseforetakene er sikret i tilstrekkelig omfang og på en systematisk måte, tilpasset risiko og vesentlighet, med nødvendig ledelsesmessig forankring i hele organisasjonen. De regionale helseforetakene skal som en del av rapporteringen for 1. tertial 2006 identifisere risikofaktorer som kan medvirke til at målene for det regionale helseforetaket ikke nås, samt beskrive korrigerende tiltak som med rimelighet kan redusere sannsynligheten for manglende måloppnåelse.

I protokollene fra foretaksmøtene framgår det også at de regionale helseforetakene skal delta aktivt i pågående og planlagt nasjonalt arbeid med utvikling og rapportering av statistikk og styringsinformasjon for spesialisthelsetjenesten. Videre at det etableres rutiner som sikrer at fastsatte nasjonale retningslinjer for korrekt og ensartet koding innenfor de ulike fagområder blir fulgt i virksomhetene. I protokollene legges det vekt på at helseforetakene sørger for at rapportering av kvalitetssikrede data til Norsk Pasientregister og Statistisk sentralbyrå gis høy prioritet, og at fastsatte nasjonale retningslinjer for koding og rapportering etterleves.

Departementet viser videre til at de regionale helseforetakene arbeider med å koble elektronisk journal opp mot det pasientadministrative systemet. Dette vil forenkle kvalitetssikringen mellom pasientjournal og pasientadministrativt system.

I tillegg orienterer departementet om at det i 2006 har overført ansvar for forvaltning og utvikling av aktivitetsbasert finansiering til Sosial- og helsedirektoratet. Departementet ser det som en styrke at ett organisatorisk ledd får et helhetlig ansvar for både kode- og klassifikasjonsarbeid og forvaltning/utvikling av aktivitetsbaserte finansieringsordninger.

4 Riksrevisjonens bemerkninger

Departementet viser til at det i de siste årene har iverksatt en rekke tiltak for å bedre kvaliteten på den medisinske kodingen. Det er etter Riksrevisjonens vurdering viktig at disse tiltakene lykkes, siden en enhetlig og korrekt kodepraksis er avgjørende for at finansieringsordningen skal ha nødvendig legitimitet.

Selv om det er iverksatt en rekke tiltak for å bedre kvaliteten, har ikke styrene og ledelsen i helseforetakene i

tilstrekkelig grad ivaretatt sitt ansvar for å etablere systemer som sikrer god kodekvalitet. Journalrevisjonen viste manglende samsvar mellom kodete bidiagnoser og informasjonen i pasientjournalen. Riksrevisjonen finner derfor grunn til å stille spørsmål ved om kodepraksisen av bidiagnosene er i samsvar med regelverket. Riksrevisjonen stiller videre spørsmål ved om styrene og ledelsen kan ha god nok oversikt over utviklingen i kodekvaliteten. I denne forbindelse kan det nevnes at det kun er ett helseforetak i undersøkelsen som årlig har en systematisk etterkontroll av kodekvaliteten. Riksrevisjonen ber departementet vurdere om det bør etableres en nasjonal indikator som belyser kodekvaliteten.

Det framgår av undersøkelsen at det er mangler ved den interne kvalitetssikringen av kodingen. Flere helseforetak mangler rutiner som klargjør ansvar og myndighet for dem som er involvert i kodingarbeidet. Videre er opplæringen av legene i regelverket for kodingen lite systematisk og koordinert. Ansvaret for opplæringen blir i mange tilfeller delegert til sykehusavdelingene. Riksrevisjonen mener at opplæring er av stor betydning for å lykkes, og at det er foretaksledelsen som har det overordnede ansvaret.

Riksrevisjonen vil peke på at god kodekvalitet vil gi positive konsekvenser på flere områder. ISF-refusjonen utgjør en stor andel av helseforetakenes inntekter. Feil i kodingen kan føre til at foretak mottar uriktig beløp fra staten, og brukt internt kan dette gi en skjev ressursfordeling mellom avdelingene. Korrekt koding gjør også ordningen mer forutsigbar ved at enhetsprisen holdes stabil. I tillegg vil pasientstatistikken bli riktigere og styringsinformasjonen i helseforetakene bedre.

5 Helse- og omsorgsdepartementets svar

Saken har vært forelagt Hele- og omsorgsdepartementet som i brev av 21. mars 2006 har svart:

“Helse- og omsorgsdepartementet har ingen ytterligere merknader til saken.”

6 Riksrevisjonens uttalelse

Riksrevisjonen vil peke på at en god kodekvalitet vil kunne bidra til mer korrekt og pålitelig informasjon om

resultater av virksomheten. Det vil videre kunne sikre en bedre ressursutnyttelse i helseforetakene, og vil støtte foretaksledelsen i dens beslutningstaking i forbindelse med ressursfordeling og oppfølging av aktiviteter og resultater.

Riksrevisjonens undersøkelse viser at legene ikke har god nok kunnskap om regelverket for medisinsk koding, og at dette skyldes at mange leger ikke har fått en systematisk opplæring. Videre er det ikke etablert rutiner som sikrer at kodingen og kvalitetssikringen er integrert i driften. På denne bakgrunn mener Riksrevisjonen at foretaksledelsen ikke kan ha god nok oversikt over utviklingen i kodekvaliteten, og at styrene og ledelsen i helseforetakene ikke i tilstrekkelig grad har ivaretatt sitt ansvar for å etablere gode systemer som sikrer en god kodekvalitet.

Riksrevisjonen konstaterer at departementet i sitt svar av 21. mars 2006 ikke har kommentert spørsmålet om utvikling av en nasjonal indikator på kodekvaliteten. Dette ville sikre en rapportering på området, og ville gi foretaksledelsen tilbakemelding på i hvilken grad de ivaretar sitt ansvar for å etterleve nasjonalt regelverk.

Riksrevisjonens undersøkelse viser at ISF-ordningen påvirker behandlingsaktiviteten i helseforetakene, men det er ikke påvist at DRG-vektene påvirker prioriteringen av pasientene i helseforetakene. Undersøkelsen gir derfor ingen indikasjoner på at pasienter med behov for lang liggetid ved sykehusene har fått dårligere tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester. Et viktig formål med ISF-ordningen er å stimulere helseforetakene til å kartlegge kostnader og identifisere og fjerne flaskehalser som hindrer en effektiv pasientbehandling. Riksrevisjonens undersøkelse viser at mange helseforetak ikke har tilstrekkelig oppmerksomhet rettet mot en kostnadseffektiv drift. Riksrevisjonen mener derfor at det i bestil- lerdokumentene til helseforetakene bør stilles konkrete krav til ressursutnyttelsen for aktivitetene som finansieres av ISF-ordningen.

Riksrevisjonen har merket seg at Helse- og omsorgsdepartementet vurderer rapporten som nyttig for arbeidet med å forbedre kodekvaliteten, og at departementet er enig i at god kodekvalitet er av sentral betydning både for forskning, pasientstatistikk og styring. En god kodekvalitet er derfor svært viktig uavhengig av valg av finansieringsmodell.

Saken sendes Stortinget.

Vedtatt i Riksrevisjonens møte 30. mars 2006

Jørgen Kosmo

Jan L. Stub

Annelise Høegh

Ranveig Frøiland

Therese Johnsen

Rapport: Kodekvaliteten ved helseforetakene

Vedlegg til Dokument nr. 3:7 (2005–2006)

Innhold

1	Innledning	16	5.3	Hvilken kjennskap har legene til regelverket?	27
1.1	Bakgrunn for undersøkelsen	16	5.4	Hvilken opplæring gis legene i medisinsk koding?	29
1.2	Formål med undersøkelsen	16	5.5	Hvilke hjelpemidler har legene i kodearbeidet?	32
1.3	Problemstillinger	16	5.6	Hvordan kvalitetssikres kodene ved sykehusene?	34
2	Metode og gjennomføring	17	5.7	Hvordan ivaretas anbefalingene til god IT-skikk?	37
2.1	Analyse basert på registerdata	17	6	Hvilke konsekvenser har lav kodekvalitet?	38
2.2	Revisjon av pasientjournaler	17	6.1	Hvilke konsekvenser har lav kodekvalitet for finansieringen av helseforetakene?	38
2.3	Dybdeundersøkelse ved sykehusene	18	6.2	Hvilke konsekvenser kan lav kodekvalitet få for styringen av driften av helseforetakene?	38
2.4	Dokumentanalyse av regelverk og styringsdokumenter	18	7	Hvordan er utviklingen i tilgjengelighet til behandling for pasientgrupper som finansieres av ISF-ordningen?	40
3	Revisjonskriterier	19	7.1	Hvordan var utviklingen i behandlingsaktivitet og ventetid i perioden fra 2001 til 2004?	40
3.1	Mål for ISF-ordningen	19	7.2	I hvilken grad påvirker ISF-ordningen sykehusene til å endre prioriteringen mellom pasientgrupper?	42
3.2	Krav til tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester	19	8	Hvordan forvaltes tilskuddsordningen?	45
3.3	Krav til kvalitet på den medisinske kodingen	19	8.1	Hvilke aktører er sentrale i tilskuddsforvaltningen?	45
3.4	Krav til internkontroll i helseforetakene	20	8.2	Hvilke sentrale tiltak er iverksatt i tilskuddsforvaltningen?	45
3.5	Krav til tilskuddsforvaltningen	20	8.3	Krav og rapportering	46
4	Hvordan er kodekvaliteten ved norske sykehus?	21	9	Vurderinger	48
4.1	Hvordan kodes hoveddiagnosen?	21	9.1	Årsaker til svak kodekvalitet	48
4.2	Hvordan kodes bidiagnosene?	22	9.2	Konsekvenser av svak kodekvalitet	50
4.3	Hvordan kodes prosedyrer?	23	9.3	Tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester	50
4.4	Hvilken tilbakemelding ga sykehusene på journalrevisjonen?	23	9.4	Tilskuddsforvaltning	51
4.5	Hvilke konsekvenser har lav kodekvalitet for DRG-grupperingen?	24			
5	Hva er mulige årsaker til lav kodekvalitet?	26			
5.1	Hvordan styrer helseforetakene mot god kodekvalitet?	26			
5.2	Hva mener legene er viktige årsaker til at kodene ikke blir i samsvar med regelverket?	26			

Figuroversikt

Figur 4.1	Opphold som endret hoveddiagnose i journalrevisjonen	21
Figur 4.2	Opphold som endret DRG i journalrevisjonen	24
Figur 4.3	Prosentvis endring i refusjonsbeløp for pasientoppholdene som endrer DRG	25
Figur 5.1	"Tilstander som relaterer seg til tidligere innleggelser skal kun kodes når de har innvirkning på den aktuelle behandlingen"	28
Figur 5.2	"I hvilken grad mener du at du har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk koding?"	30
Figur 5.3	"Er det gjennomført tiltak i avdelingen på ditt fagfelt for å få til en enhetlig tolkning av regelverkene for medisinsk koding (ICD-10)?"	31
Figur 5.4	"Er du hovedsakelig enig i de tilbagemeldingene som blir gitt?"	31
Figur 5.5	"I hvilken grad mener du tilbagemeldingen fremmer læring som forbedrer kodekvaliteten?"	32
Figur 5.6	"I hvilken grad har du tilstrekkelig tilgang til hjelpemidler/brukerstøtte i kodearbeidet?"	32
Figur 5.7	"Hender det at du bruker uspesifiserte koder for å unngå å bruke for mye tid på medisinsk koding?"	33
Figur 5.8	"Hvis du benytter deg av kortlister, følger du opp med oppslag i klassifikasjonens systemdel (ICD-10)?"	34
Figur 5.9	"Hvis du benytter deg av den alfabetiske indeksen i ICD-10, følger du opp med oppslag i klassifikasjonens systemdel?"	35
Figur 5.10	Opphold med revidert DRG sortert etter pasientenes liggetid	36
Figur 7.1	Utviklingen i antall sykehusopphold fordelt etter medisinsk og kirurgisk DRG-er, samt fordelt etter innmåte	40
Figur 7.2	Utvikling i median ventetid for medisinske og kirurgiske opphold 2001–2004	41
Figur 7.3	Aktivitetsutvikling elektive opphold fordelt på liggedager i 2001–2004	41

Tabelloversikt

Tabell 2.1	Sykehus i undersøkelsen	17
Tabell 4.1	Prosentvis andel endrede hoveddiagnoser per sykehus etter hierarkisk nivå	22
Tabell 4.2	Endringer i antall bidiagnoser	23
Tabell 4.3	Endring i antall prosedyrekoder	23
Tabell 5.1	Årsaker til at kodingen ikke blir i samsvar med regelverket. Tall i prosent	26
Tabell 5.2	"Hvor godt kjenner du til kodeveiledningsmaterialet for ICD-10?" Tall i prosent	27
Tabell 5.3	"Hvis du har opplevd å finne flere medisinsk dekkende/likestilte koder, hvordan koder du da?" Tall i prosent	27
Tabell 5.4	"I de tilfellene du mener kodeverket er dårlig eller svært dårlig tilpasset den medisinske praksis, hvordan koder du da?" Tall i prosent	29
Tabell 5.5	"Hvilken opplæring har du fått i medisinsk koding ved dette sykehuset?" Tall i prosent	29
Tabell 5.6	"Hva oppgis som årsaker til uriktig/unøyaktig koding, og hvor ofte har du fått denne type tilbagemelding?" Tall i prosent	31
Tabell 7.1	Utvikling i median ventetid fordelt etter antall liggedager	42
Tabell 7.2	Antall prosedyrer sortert etter utvikling i aktivitet og ventetid i perioden fra 2001 til 2004	42
Tabell 7.3	Utvikling i aktivitet og ventetid per prosedyrekode fordelt etter kort og lang liggetid fra 2001 til 2004. Tall i prosent	43
Tabell 7.4	Utvikling i aktivitet og ventetid per prosedyrekode fordelt etter kort og lang liggetid fra 2001 til 2004. Tall i prosent	43

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for undersøkelsen

Innsatsstyrt finansiering (ISF) ble innført i 1997. ISF er et finansieringssystem rettet mot de regionale helseforetakene. ISF er utformet slik at de regionale helseforetakene får refundert et beløp fra staten per behandlet pasient. Refusjonssatsen har i perioden mellom 1997 og 2005 variert fra 30 til 60 prosent av de antatte behandlingskostnadene for de pasientgruppene som omfattes av ordningen. De regionale helseforetakenes øvrige utgifter knyttet til behandlingen av disse pasientgruppene skal dekkes av basisbevilgningen. ISF-refusjonen er på 19,7 mrd. kroner i 2005, jf. Budsj.innst. S. nr. 11 (2004–2005). ISF utgjør en stor del av finansieringen av de regionale helseforetakene, og er derfor et viktig virkemiddel for staten med hensyn til å nå helsepolitiske mål.

ISF som finansieringssystem forutsetter at den medisinske kodingen er korrekt, slik at de regionale helseforetakene mottar riktig refusjonsbeløp fra staten. En enhetlig kodepraksis er avgjørende for at ISF-ordningen skal oppleves rettferdig og fungere som grunnlag for finansiering av helseforetakene. Kontroll- og konstitusjonskomiteen anser at tilliten til ISF som finansieringssystem er helt avhengig av at koding av diagnoser foregår korrekt i helseforetakene, jf. Innst. S. nr. 35 (2003–2004) fra kontroll- og konstitusjonskomiteen til Dokument nr. 3:3 (2003–2004).

Bakgrunnen for forvaltningsrevisjonen er de funn som ble gjort i forbindelse med Riksrevisjonens revisjon av ISF-tilskuddet for 2003. Det ble undersøkt om opplysningene i pasientjournalen for et tilfeldig utvalg pasientopphold ga grunnlag for de medisinske kodene som var rapportert fra helseforetakene. Det framgår av Dokument nr. 3:2 (2004–2005) at Riksrevisjonen mener at det samlet sett var knyttet stor usikkerhet til kvaliteten på de medisinske kodene som dannet grunnlaget for finansieringen av de regionale helseforetakene i 2003. Kontroll- og konstitusjonskomiteen var tilfreds med at Riksrevisjonen har igangsatt en forvaltningsrevisjon på området, blant annet for å undersøke helseforetakenes internkontroll og forvaltningen av ordningen, jf. Innst. S. nr. 138 (2004–2005). Komiteen sluttet seg videre til Riksrevisjonens vurdering om at avviket naturlig vil innebære vanskeligere økonomistyring av helseforetakene. Komiteen merket seg også at departementet har

iverksatt en nasjonal strategi for å forbedre kodekvaliteten i helseforetakene.

Da ISF ble innført i 1997, ble det argumentert for en lav refusjonssats, blant annet på grunn av faren for uønskede vridningseffekter mellom pasientgrupper, jf. St. meld. nr. 44 (1995–96) *Ventetidsgarantien – kriterier og finansiering*. En forutsetning for ISF-ordningen er imidlertid at den ikke skal være styrende for de prioriteringene som gjøres med hensyn til hvilke pasienter som tilbys behandling.

1.2 Formål med undersøkelsen

Undersøkelsen vil belyse mulige årsaker til svak kodekvalitet. Vi vil rette søkelyset mot hvordan lederne i helseforetakene ivaretar sitt ansvar med å etablere systemer og rutiner som sikrer en god kodekvalitet. Dette omfatter blant annet system for opplæring i medisinsk koding og system for kvalitetssikring av de registrerte kodene. Målet er å identifisere faktorer ved den interne kontrollen ved sykehusene som kan bidra til å sikre en god kvalitet på den medisinske kodingen. Dette vil kunne gi grunnlag for å overføre kunnskap om forbedringsmuligheter mellom sykehusene. Videre vil undersøkelsen belyse mulige konsekvenser for helseforetakenes styring av virksomhetene som følge av lav kodekvalitet. Undersøkelsen vil også belyse om ISF-systemet påvirker prioriteringen mellom pasienter på en utilsiktet måte, og om tilskuddsordningen forvaltes i samsvar med Stortingets vedtak og forutsetninger.

1.3 Problemstillinger

- 1 Sikrer den interne kontrollen ved sykehusene en medisinsk koding som er i samsvar med regelverket?
- 2 Hvilke konsekvenser har en eventuell lav kodekvalitet for styringen av helseforetakene?
- 3 I hvilken grad har ISF-ordningen påvirket sykehusene til å endre prioriteringen mellom ulike pasientgrupper innenfor finansieringsordningen?
- 4 Forvaltes tilskuddsordningen i samsvar med Stortingets vedtak og forutsetninger?

2 Metode og gjennomføring

Journalrevisjonen ble gjennomført ved 14 av landets sykehus i 2004.¹ Ved de samme sykehusene ble det i 2005 gjennomført en dybdeundersøkelse som omfattet både en dokumentanalyse av rutiner for medisinsk koding og en spørreskjemaundersøkelse blant legene for å få deres synspunkter på rutinene som skal sikre god kodekvalitet. Ved halvparten av de 14 sykehusene er det i tillegg gjennomført intervjuer med avdelingsledere og andre aktører som er sentrale i kodearbeidet ved sykehusene. I fire av de sju sykehusene er sikkerheten rundt IT-systemene kontrollert. Videre er det gjennomført en analyse av registerdata fra Norsk Pasientregister (NPR) som omfatter alle landets sykehus. Til slutt er det gjennomført en dokumentanalyse av relevante styringsdokumenter for 2003 og 2004 for å belyse forvaltningen av ordningen.

2.1 Analyse basert på registerdata

Analysen basert på registerdata fra NPR er brukt til å belyse i hvilken grad ISF-ordningen påvirker sykehusene til å endre prioriteringen mellom pasientgrupper. Det er gjennomført beregninger av utviklingen i aktivitet og ventetid for elektive (planlagte) opphold i perioden fra 2001 til 2004.²

Journalrevisjonen viser at det er knyttet stor usikkerhet til kvaliteten på diagnosekodene. Dette gjør det vanskelig å vurdere i hvilken grad endringer i antall opphold i en DRG fra 2001 til 2004 skyldes reelle endringer i antall opphold, eller om endringene skyldes endret kodepraksis. Journalrevisjonen viser at det er knyttet mindre

usikkerhet til kvaliteten på prosedyrekodene enn på diagnosekodene. En prosedyrekode er en klassifikasjon av et kirurgisk inngrep, mens diagnosekodene er en klassifikasjon av sykdommer. For å belyse om enkelte pasientgrupper er blitt prioritert eller nedprioritert, beregnes utviklingen i aktivitet og ventetid for pasientoppholdene hvor de hyppigst brukte prosedyrekodene er benyttet. Disse pasientoppholdene utgjør ca. 28 prosent av alle elektive pasientopphold.

2.2 Revisjon av pasientjournaler

Kvaliteten på de medisinske kodene er belyst gjennom en revisjon av 1 400 pasientjournaler i 14 sykehus i ulike helseforetak. Sykehusene består av åtte små og seks store sykehus og gir et forholdsvis representativt bilde av sykehusstrukturen i Norge.³ Tabell 2.1 viser hvilke sykehus som inngår i undersøkelsen.

I Dokument nr. 3:2 (2004–2005) ble det gitt en beskrivelse av metoden for å belyse kodekvaliteten. Antallet pasientjournaler i utvalget er tilstrekkelig til å kunne vurdere om det finnes vesentlige feil ved grunnlaget for ISF-refusjonen. I tolkningen av resultatene må det tas hensyn til at journalrevisjonen kun omfatter ordinære sykehus.⁴ Det må også tas hensyn til at enkelte pasientgrupper ble ekskludert fra populasjonen.⁵ Antall pasientopphold som utvalget er trukket fra, omfatter ca. 67 prosent av det samlede antall opphold ved de 14 sykehusene i 2003.

Tabell 2.1 Sykehus i undersøkelsen

Helseregion	Store sykehus	Små sykehus
Helse Øst RHF	Helse Innlandet HF – Hamar Aker universitetssykehus HF	Universitetssykehuset i Akershus HF – Stensby Lovisenberg Diakonale Sykehus
Helse Sør RHF	Rikshospitalet HF	Helse Blefjell – Rjukan Sykehuset i Vestfold – Larvik
Helse Vest RHF	Helse Førde HF – Førde	Helse Bergen – Voss Helse Fonna – Odda
Helse Midt-Norge	St. Olavs Hospital HF	Helse Sunnmøre HF – Volda
Helse Nord	Universitetssykehuset Nord-Norge	Helgelandssykehuset H – Sandnessjøen

1) Det var opprinnelig 15 sykehus i utvalget. Radiumhospitalet ble ekskludert fra undersøkelsen.

2) Oppholdene er gruppert med DRG-program for 2003 i alle tre årene. Dette gjør at endringer i antall opphold i en DRG fra 2001 til 2004 skyldes enten reelle endringer i antall opphold eller endret kodepraksis av medisinske data.

3) Med små sykehus menes de tidligere lokalsykehusene, mens det med store sykehus menes de tidligere sentral- og regionsykehusene.

4) Fødestuer, rene rehabiliteringsinstitusjoner og spesialiserte sykehus inngår ikke i populasjonen.

5) Opphold knyttet til kjemoterapi og dialyse ble holdt utenfor fordi de omfatter et høyt antall opphold der kodingen ifølge NPR antas å være ukomplisert. Rehabiliteringsoppholdene egner seg ikke for denne type revisjon på grunn av de spesielle refusjonsreglene knyttet til disse oppholdene.

Når ISF-tilskuddet skal revideres, må det tas utgangspunkt i de medisinske kodene som er rapportert til NPR. Kompetansesenteret for informasjonsteknologi i helsevesenet AS (KITH) har undersøkt om opplysningene i pasientjournalene gir grunnlag for de medisinske kodene som er rapportert til NPR. Samtlige 1 400 journaler er kontrollert av to revisorer (leger) som har spesialkompetanse på de medisinske kodeverkene.

2.3 Dybdeundersøkelse ved sykehusene

Dybdeundersøkelsen har lagt COSO-modellen til grunn for å belyse den interne kontrollen ved sykehusene. COSO-rapporten⁶ definerer intern kontroll i videste forstand som en prosess, iscenesatt og gjennomført av foretakets styre, ledelse og ansatte for å sikre måloppnåelse i forhold til målet og kostnadseffektiv drift, pålitelig ekstern regnskapsrapportering og overholdelse av gjeldende lover og regler. COSO-rapporten gir en beskrivelse av de grunnleggende elementene i god intern styring. De fem komponentene i COSO-modellen er:

- 1 Kontrollmiljø – etiske verdier og kompetanse hos virksomhetens ansatte og ledere
- 2 Risikovurdering – identifisering og analyse av relevante risikoer
- 3 Informasjon/kommunikasjon – formidling av sentral informasjon i virksomheten
- 4 Kontrollaktiviteter – rutiner, godkjenning, verifikasjon, anvisning etc.
- 5 Overvåking – vurderinger av internkontrollsystemenes effektivitet over tid

Disse fem innbyrdes sammenhengende komponentene er alle sentrale for å gi rimelig sikkerhet for måloppnåelse i forhold til drift, regnskapsrapportering og overholdelse av lover og regler.

Dybdeundersøkelsen omfatter en spørreskjemaundersøkelse gjennomført i 2005 rettet mot legene ved sykehusene som inngår i journalrevisjonen. Spørreskjemaundersøkelsen skal identifisere ulike årsaker til at den medisinske kodingen ikke er i samsvar med regelverket. Spørreskjemaet ble sendt til alle legene ved de åtte små sykehusene og til alle legene ved et begrenset antall avdelinger ved de seks store sykehusene. Svarprosenten var 73 prosent av 776 utsendte spørreskjemaer, og dette

vurderes som tilfredsstillende. Svarene fra spørreskjemaundersøkelsen vil derfor være representative for de utvalgte avdelingene i undersøkelsen. Samtidig representerer de tilfeldig valgte sykehusene i undersøkelsen et bredt spekter av sykehus, og gir et representativt bilde av sykehusstrukturen i Norge.

Spørreskjemaundersøkelsen er supplert med en intervjuundersøkelse med til sammen 43 personer⁷ ved sju av de 14 sykehusene. I intervjuene, som ble gjennomført i 2005, ble det blant annet stilt spørsmål om gyldigheten av de funn som ble gjort i dokumentanalysen, spørreskjemaundersøkelsen og registeranalysene. Et annet formål med intervjuene var å belyse hvordan sykehusene bruker ISF-ordningen inkludert informasjon fra DRG-systemet i styringen av driften av sykehusene.

I tillegg er det gjennomført en IT-revisjon ved fire av de sju sykehusene i intervjuundersøkelsen. Revisjonen har vurdert IT-sikkerheten i sykehusenes pasientadministrative system (PAS). Data som sendes NPR og som er grunnlag for beregning av ISF-refusjonen, hentes fra dette systemet. Hovedfokus i denne delen av revisjonen har vært knyttet til bruken av IT-systemene og rutinene knyttet til tilgangskontroller, logging/sporbarhet og registreringen i systemene. Gjennom IT-revisjonen har risikoer som kan påvirke data med hensyn til fullstendighet, nøyaktighet, gyldighet og konfidensialitet, blitt identifisert. Det er også kontrollert om virksomheten har satt i verk tiltak for å eliminere eller minimalisere identifiserte risikoer og konsekvenser av dette.

2.4 Dokumentanalyse av regelverk og styringsdokumenter

Undersøkelsen omfatter også en dokumentanalyse for å belyse om forvaltningen av tilskuddet er i samsvar med Stortingets vedtak og forutsetninger. Det er undersøkt om regelverket i ISF-ordningen tilfredsstiller kravene til tilskuddforvaltningen som stilles i Reglement for økonomistyring i staten. Videre er tilskuddforvaltningen belyst gjennom en dokumentanalyse av de årlige meldingene fra de fem regionale helseforetakene til departementet for årene 2003 og 2004. De regionale helseforetakenes rapportering vedrørende ISF-tilskuddet er sammenlignet med kravene som departementet stilte i styringsdokumentene.

6) COSO – the Committee of Sponsoring Organization of the Treadway Commission, USA (1992) – er resultatet av et prosjekt mellom sentrale amerikanske regnskaps-, revisjons- og ledelsesorganisasjoner for å skape et felles grunnlag for anbefalinger når det gjelder intern kontroll i bedrifter. COSO-rapporten bygger på internasjonale revisjonsstandards fra The Institute of Internal Auditors.

7) Utvelgelsen av aktører i intervjuundersøkelsen skjedde i samråd med sykehusene for å sikre at riktige personer ble intervjuet. Representanter for ledelsen ved alle sju sykehus er intervjuet. Videre er 15 ledere for klinikker eller avdelinger intervjuet. Disse har ved mange sykehus ansvar for å sikre kvaliteten på den medisinske kodingen. Ved alle sykehusene er det gjennomført intervju med en kontorleder eller en sekretær. Disse har en viktig rolle i registreringen av de medisinske kodene. Ved noen sykehus har de også en viktig funksjon i forhold til kvalitetssikringen av kodingen. I tillegg er det gjennomført intervju med åtte personer som er sentrale i kvalitetssikringen av den medisinske kodingen og seks representanter for økonomifunksjonen.

3 Revisjonskriterier

3.1 Mål for ISF-ordningen

Formålet med spesialisthelsetjenesteloven er blant annet å bidra til at ressursene i spesialisthelsetjenesten utnyttes best mulig, jf. § 1–1, punkt 4. I forarbeidene til loven, Ot.prp. nr. 10 (1998–99) *Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*, pekes det på at effektivitet lenge har blitt framhevet som et mål for spesialisthelsetjenesten, men at det tidligere i liten grad har kommet til uttrykk i lovgivningen. Det presiseres videre at det med effektiv ressursutnyttelse siktes til graden av målrealisering i forhold til ressursinnsatsen. Det framgår også at et tiltak normalt betegnes som mer effektivt enn et annet hvis målet nås med lavere omkostninger i form av anvendt tid, personellinnsats, utgifter, uheldige bivirkninger mv.

I St.prp. nr. 1 (1997–98) framgår det at hovedmålet med ISF er å øke behandlingsaktiviteten og dermed bidra til å redusere unødig ventetid til behandling. Videre framgår det at ISF bør bidra til at sykehusene legger vekt på å oppnå en kostnadseffektiv drift. I Budsj.innst. S. nr. 11 (1999–2000) peker flertallet i sosialkomiteen på at det i forhold til ISF er helt nødvendig å ha en sterk og kontinuerlig oppmerksomhet mot en optimal utnyttelse av de samlede ressursene ved sykehus. Ifølge St.prp. nr. 1 (2002–2003) er hovedmålet med ISF å øke aktiviteten ved landets somatiske sykehus på en effektiv måte.

Det framgår av St.prp. nr. 1 (2003–2004) at behovet for sterk stimulans til videre vekst i pasienttilbudet ikke er like stort som tidligere. Det framgår også at et viktig formål med ordningen er at staten påtar seg et delansvar for kostnader ved flere pasientbehandlinger enn det som er planlagt. En slik risikodeling mellom staten og de regionale helseforetakene er et viktig rasjonale bak ordningen. Dette legger til rette for at de regionale helseforetakene kan aktivitetsbasere underliggende helseforetak. Det pekes videre på at ISF gir helseforetakene insitament til å kartlegge kostnader og identifisere og fjerne flaskehalser som hindrer effektiv pasientbehandling. Kostnadskontrollen ivaretas blant annet gjennom de rammer de regionale helseforetakene får stilt til disposisjon gjennom basisbevilgningen, og ved at refusjonen ikke er ment å dekke merkostnadene ved økt behandlingskapasitet.

3.2 Krav til tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester

Helseforetakenes formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning, jf. helseforetaksloven § 1. I vedtektene

til de regionale helseforetakene § 5 framgår det at formålet for virksomheten er å bidra til at spesialisthelsetjenestens målsetting blir oppfylt innen det geografiske ansvarsområdet som er angitt i § 3.

I Innst. S. nr. 27 (1996–97) til St.meld. nr. 44 (1995–96) *Ventetidsgarantien – kriterier og finansiering* forutsetter flertallet i sosialkomiteen at den gjennomsnittlige ventetiden blir redusert for alle pasientgrupper som følge av innføringen av ISF. I St.prp. nr. 1 (2003–2004) legges det til grunn at de regionale helseforetakene skal innrette sin virksomhet i henhold til de overordnede prinsipper for prioritering, jf. pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften.

3.3 Krav til kvalitet på den medisinske kodingen

Det forventes at retningslinjene for koding av diagnoser og prosedyrer følges lojalt ved sykehusene, jf. St.prp. nr. 1 (2003–2004). Her pekes det videre på at en enhetlig kodepraksis av pasientbehandlingen ved sykehusene er avgjørende for at ISF-systemet skal oppleves som rettferdig og i størst mulig grad avspeile kostnadene ved behandlingen.

Ifølge Forskriften om pasientjournal fastsatt av Sosial- og helsedepartementet skal pasientjournalen inneholde opplysninger om foreløpig diagnose, observasjoner, funn, undersøkelser, diagnose, behandling, pleie og annen oppfølging som settes i verk og resultat av dette, jf. § 8, bokstav f. Med bakgrunn i den dokumenterte informasjonen i pasientjournalen skal det fastsettes koder som skal representere journalinformasjonen i et statistisk system for diagnoser og prosedyrer.

Regelverket for ISF-ordningen utgis fra departementet hvert år i form av et rundskriv: *informasjonshefte om ISF*. I forhold til medisinsk koding orienteres det hva som er gjeldende kodeverk. Ifølge departementets rundskriv var følgende regelverk for henholdsvis diagnose- og prosedyrekoder gyldige i 2003:

- Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. Norsk utgave av ICD-10, revidert 2001
- Klassifikasjon av kirurgiske inngrep 2001 med oppdateringer for 2003. Norsk utgave av "The NOMESCO Classification of Surgical Procedures"

I journalrevisjonen har følgende andre dokumenter vært sentrale ved tolkning av de norske versjonene av de medisinske regelverkene:

- Helsedepartementets informasjonshefte om innsatsstyrt finansiering med prisregler for 2003
- Opplæringshefte for ICD-10, Statens helsetilsyn (2000)
- ICD-10 Kodeveiledning. KITH Rapport 20/2000

3.4 Krav til internkontroll i helseforetakene

I vedtektene til de regionale helseforetakene § 6 framgår det at de har ansvaret for å samordne virksomheten i de helseforetakene de eier, med sikte på en samlet sett hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse.

I merknadene til helseforetakslovens § 28 *Styrets oppgaver* i Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.* framgår det at styret må sørge for at det etableres interne kontrollsystemer som sikrer betryggende kontroll med foretakets måloppnåelse, økonomi og ressursbruk.

Departementet har i foretaksmøtene⁸ stilt krav om at styrene i de regionale helseforetakene i 2005 skal sikre at det er etablert et samlet opplegg for internkontroll for virksomheten. Videre skal styret minimum én gang per år ha gjennomgang av tilstanden i foretaksgruppen med hensyn til oppfølging av internkontrollen og tiltak for avvik.⁹

Stortinget vedtok i forbindelse med behandlingen av St.prp. nr. 65 (2004–2005), jf. Innst. S. nr. 240 (2004–2005), at kravet om økonomisk balanse for de regionale helseforetakene i 2005 skal utsettes til 2006.

ISACA (Information Systems Audit and Control Association) har utarbeidet anbefalinger til god IT-skikk. Med god IT-skikk menes de tiltak en virksomhet bør iverksette i forbindelse med sin bruk av IT for å imøtekomme kravene som stilles i lover, forskrifter og allment aksepterte standarder. Reglementet for økonomistyring i staten har i kapittel 4.3 krav til funksjonalitet i (elektroniske) økonomisystemer. Hovedfokus i IT-revisjonen kan knyttes opp mot følgende punkter ut fra anbefalinger i *God IT-skikk* (ISACA) og krav i reglementet for økonomistyring i staten:

- Rutiner for å etablere tilgangsrettigheter. Tilgangsrettigheter skal blant annet hindre at uautoriserte brukere får tilgang til systemet. Det er også viktig å etablere en arbeidsdeling ved å gi tilgangsrettigheter kun til det en person har behov for i forbindelse med sin oppgaveløsning.

- Rutiner for registrering og endring av data. Ved registrering og endring av data er det viktig å sikre fullstendighet, nøyaktighet og gyldighet. Dette gjelder også overføring av data mellom ulike system.
- Rutiner for logging som sikrer revisjonsspor og grunnlag for å avdekke uønskede hendelser.
- Rutiner for generering og oversendelse av datafiler til andre. Ved oversendelse av data til NPR er det viktig å sikre fullstendighet, nøyaktighet og gyldighet i datagrunnlaget. Det må også tas hensyn til kravet om konfidensialitet, det vil si at informasjon kun blir gjort tilgjengelig for dem den er ment for.

3.5 Krav til tilskuddsforvaltningen

Ifølge reglementet for økonomistyring i staten § 10 skal virksomheter som har overordnet ansvar for blant annet særlovselskaper, utarbeide skriftlige retningslinjer om hvordan styrings- og kontrollmyndigheten skal utøves overfor hvert enkelt selskap eller grupper av selskaper. Staten skal, innenfor gjeldende lover og regler, forvalte sine eierinteresser i samsvar med overordnede prinsipper for god eierstyring med vekt på blant annet at målene fastsatt for selskapet nås og at styret fungerer tilfredsstillende, jf. bokstavene c) og d).

Når det gjelder tilskudd, framgår det av § 8 i reglement for økonomistyring at departementet for den enkelte tilskuddsordning skal beskrive mål, kriterier for måloppnåelse og tildelingskriterier samt fastsette bestemmelser om oppfølging og kontroll. Disse hovedelementene skal inngå i tildelingsbrev, oppdragsbrev til tilskuddsforvaltere utenom tilskuddsforvaltningen eller i særskilt regelverk for tilskuddsordningen. Tilskuddsforvaltere skal ivareta kontroll med at tilskuddsmottakere oppfyller de vilkår som er stilt for tilskuddet, jf. § 15.

Med hjemmel i helseforetaksloven § 16 kan departementet sette vilkår for bevilgninger til de regionale helseforetakene. Vilkårene inntas i de årlige styringsdokumentene til de regionale helseforetakene. Etter helseforetaksloven § 34 skal de regionale helseforetakene hvert år utarbeide en melding om virksomheten til departementet. Meldingen skal også omfatte de helseforetak som det regionale helseforetaket eier. I meldingen skal det blant annet redegjøres for gjennomføringen av krav departementet har stilt til virksomheten.

8) Foretaksmøtene ble avholdt i januar 2005.

9) Jf. Helse- og omsorgsdepartementets brev av 23. februar 2005 til Kontroll- og konstitusjonskomiteen.

4 Hvordan er kodekvaliteten ved norske sykehus?

ISF er et finansieringssystem rettet mot de regionale helseforetakene. Finansieringssystemet gjør inntektene til de regionale helseforetakene avhengig av hvor mange pasienter som behandles. ISF-refusjonen dekket i 2003 60 prosent av antatte behandlingskostnader for de pasientgruppene som var omfattet av ordningen, mens de resterende behandlingskostnadene ble dekket av basisbevilgningen. Refusjonssatsen ble redusert til 40 prosent i 2004. Denne endringen var hovedårsaken til at de samlede utbetalingene i ISF ble redusert fra 19 mrd. kroner i 2003 til tolv mrd. kroner i 2004. I 2005 ble refusjonssatsen igjen økt til 60 prosent.

Aktiviteten i ISF-ordningen måles i antall DRG-poeng (diagnoserelatert gruppe). DRG-systemet er en klassifisering av pasientopphold i ca. 510 pasientgrupper (DRG-er). For hver DRG er det beregnet en kostnadsvekt (pris) som gir uttrykk for hvor ressurskrevende pasientene i DRG-en er å behandle i forhold til gjennomsnittet av alle pasientgruppene. Kostnadsvekten i en DRG viser samtidig hvor mange DRG-poeng et pasientopphold i denne DRG-en genererer. Refusjonen til de regionale helseforetakene i 2005 blir i hovedsak fastsatt av samlet antall produserte DRG-poeng multiplisert med 60 prosent av enhetsprisen. Enhetsprisen gir uttrykk for hvor ressurskrevende det er å behandle en gjennomsnittspasient og er i statsbudsjettet for 2005 anslått til 30 323 kroner.

De regionale helseforetakene mottar høyere refusjon for ressursmessig relativt sett tunge pasienter enn for lette pasienter. Refusjonens størrelse er avhengig av i hvilken

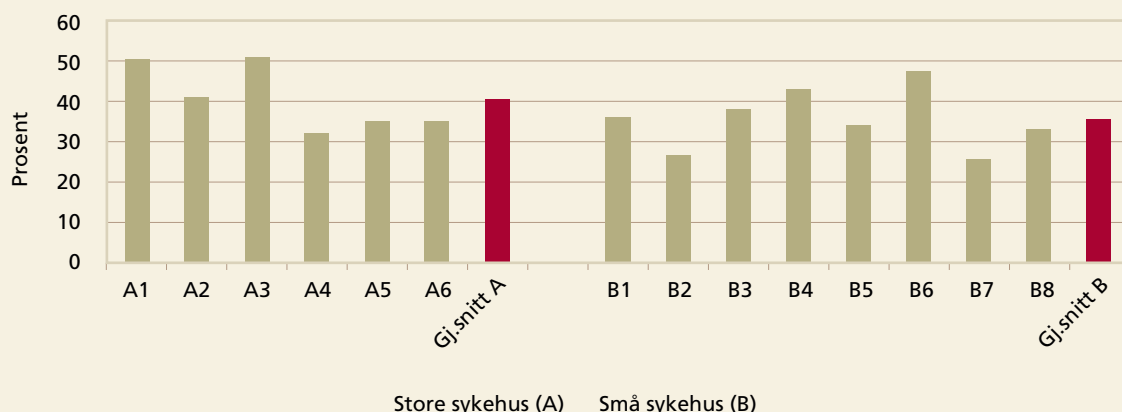
DRG pasienten blir gruppert. Grupperingen av et pasientopphold i DRG-er blir i hovedsak påvirket av kodevalg for hovedtilstand (hoveddiagnose), andre tilstander (bidiagnoser) og prosedyrer.

4.1 Hvordan kodes hoveddiagnosen?

Alle pasientopphold skal kodes med kun én hovedtilstand. I det etterfølgende brukes begrepet hoveddiagnose synonymt med begrepet hovedtilstand. Hoveddiagnosen er normalt den diagnosen eller det symptomet som er hovedårsaken til at pasienten trenger behandling eller undersøkelse. Hoveddiagnose ble for 37,8 prosent av oppholdene i journalrevisjonen endret i henhold til regelverket for ICD-10.¹⁰ Figur 4.1 viser andelen opphold som fikk endret hoveddiagnose fordelt per sykehus.

Andelen pasientopphold som endrer hoveddiagnose etter journalrevisjonen, varierer fra 26 til 51 prosent mellom sykehusene. Det må understrekes at journalrevisjonen ikke gir grunnlag for å rangere kodekvaliteten mellom sykehusene, men figuren viser likevel at kvaliteten på kodingen av hoveddiagnoser er et gjennomgående problem ved alle de undersøkte sykehusene. Ved de store sykehusene endrer i gjennomsnitt 40 prosent av oppholdene i undersøkelsen hoveddiagnose, mens 35 prosent av oppholdene endrer hoveddiagnose ved de små sykehusene. Figuren viser imidlertid at det er store forskjeller mellom sykehusene i de to gruppene.

Figur 4.1 Opphold som endret hoveddiagnose i journalrevisjonen



Kilde: Journalrevisjonen

10) Antall journaler som er revidert, tilsier at den reelle verdien i hele populasjonen, med 95 prosent sikkerhet, er mellom 35 og 42 prosent.

Diagnosekodeverket ICD-10 er inndelt i kapitler, kategoriblokker, tretegnscategorier og er oftest detaljert til firetegnsnivå. En måte å sortere feilene på er etter hvilket hierarkisk nivå i klassifikasjonen feilen kan henføres til. Disse nivåene er:

- Nivå 1: Kode er valgt fra feil kapittel
- Nivå 2: Kode er valgt fra rett kapittel, men fra feil kategori
- Nivå 3: Kode er valgt fra rett kategori, men fra feil 3.tegnsgruppe
- Nivå 4: Kode er valgt fra rett 3.tegnsgruppe, men fra feil 4.tegnsgruppe

Tabell 4.1 viser prosentvis feil i kodingen av hoveddiagnoser sortert etter hierarkisk nivå.

Tabell 4.1 Prosentvis andel endrede hoveddiagnoser per sykehus etter hierarkisk nivå

Sykehus	Kodevalg fra feil kapittel	Kodevalg fra feil kategori	Kodevalg fra feil 3. tegnsgruppe	Kodevalg fra feil 4. tegnsgruppe	Sum
Store					
A1	40	34	10	16	100
A2	41	29	17	12	100
A3	41	27	16	16	100
A4	59	13	9	19	100
A5	60	20	17	3	100
A6	24	29	26	21	100
Gj.snitt A	44	25	16	15	100
Små					
B1	53	19	8	19	100
B2	41	11	19	30	100
B3	32	26	24	18	100
B4	42	19	14	26	100
B5	41	12	32	15	100
B6	50	15	19	17	100
B7	35	19	12	35	100
B8	39	18	12	30	100
Gj.snitt. B	42	17	18	24	100
Sum andel endringer	43	22	17	19	100

Kilde: Journalrevisjonen

Tabell 4.1 viser at 43 prosent av oppholdene som endrer hoveddiagnose, burde vært valgt fra et annet kapittel (nivå 1). De minst alvorlige feilene for pasientstatistikken vil normalt anses å være valg av feil kode på 4.tegnnivå (nivå 4). Hvert femte opphold (19 prosent) har denne feilen, jf. tabell 4.1. Videre viser tabellen at hoveddiagnose valgt fra feil kapittel er den vanligste type feil ved de fleste sykehusene. Et sykehus (A6) skiller seg positivt ut fra de andre sykehusene ved at kun hvert fjerde opphold med endret hoveddiagnose er valgt fra feil kapittel. Sykehusene A4 og A5 skiller seg nega-

tivt ut ved at ca. 60 prosent av oppholdene med endret hoveddiagnose er valgt fra feil kapittel.

I journalrevisjonen ble hoveddiagnosen endret til bidiagnose i seks prosent av pasientoppholdene i undersøkelsen. Tilsvarende ble bidiagnose revidert til hoveddiagnose for sju prosent av oppholdene.

4.2 Hvordan kodes bidiagnosene?

I tillegg til hoveddiagnosen skal man kode hver enkelt av de *andre tilstandene* som håndteres eller som det må tas hensyn til i løpet av behandlingsperioden. I opplæringsheftet ICD-10 utgitt av Statens helsetilsyn er *andre tilstander* de tilstandene som eksisterer samtidig med hovedtilstanden, eller som utvikler seg i løpet av behandlingsperioden, og som får konsekvenser for behandlingen av pasienten. Tilstander som relaterer seg til tidligere innleggelser, og som ikke har innvirkning på den aktuelle behandlingen, skal ikke tas med. I det etterfølgende brukes begrepet bidiagnoser synonymt med begrepet *andre tilstander*.

For de undersøkte pasientoppholdene hadde sykehusene opprinnelig kodet 1 817 bidiagnoser. I journalrevisjonen ble det ikke funnet grunnlag i pasientjournalen for 1 006 kodete bidiagnoser. Dette betyr at over halvparten av alle bidiagnosene (55 prosent) som var registrert i NPR, ble strøket i forbindelse med revisjonen.¹¹ Motsatt ble det funnet grunnlag i pasientjournalen for å tilføye 566 bidiagnoser som ikke var kodet. Dette betyr at revisjonen fant grunnlag for 1 377 bidiagnoser i pasientjournalene for de undersøkte pasientoppholdene.

Tabell 4.2 viser gjennomsnittlig antall bidiagnoser per opphold før og etter revisjonen ved de enkelte sykehusene. Videre viser tabellen antall bidiagnoser strøket og antall bidiagnoser lagt til ved de enkelte sykehusene. Gjennomsnittlig antall bidiagnoser per pasientopphold ble redusert fra 1,3 til 1,0 som følge av journalrevisjonen (reduksjon på 25 prosent). Videre viser tabellen at antall bidiagnoser per opphold ble redusert ved alle de 14 sykehusene. Dette betyr at alle sykehusene får strøket flere bidiagnoser enn de får lagt til. Tabellen viser imidlertid at forholdet mellom antall strøkne bidiagnoser og antall bidiagnoser som blir lagt til, varierer mellom sykehusene. Noen av sykehusene får strøket et langt høyere antall bidiagnoser enn det som blir lagt til, mens andre sykehus har en mer lik fordeling mellom antall strøkne bidiagnoser og antall bidiagnoser som legges til.

For pasientoppholdene i undersøkelsen hadde de store sykehusene samlet sett kodet færre bidiagnoser per opphold enn de små sykehusene. I revisjonen ble det ved de store sykehusene både strøket færre bidiagnoser og lagt til flere bidiagnoser som det var grunnlag for i pasient-

¹¹ Noen av disse strykningene skyldes at det var grunnlag i journaldokumentasjonen for at oppholdene kunne vært kodet mer spesifisert.

Tabell 4.2 Endringer i antall bidiagnoser

Sykehus	Antall bidiagnoser per opphold før revisjonen	Antall bidiagnoser per opphold etter revisjonen	Prosentvis endring	Antall bidiagnoser lagt til	Antall bidiagnoser strøket	Netto endring	Brutto endring
<i>Store</i>							
A1	1,35	1,23	9	55	67	12	122
A2	1,27	0,83	35	28	72	44	100
A3	1,71	1,26	26	57	102	45	159
A4	1,08	0,93	14	38	53	15	91
A5	1,23	1,19	3	50	54	4	104
A6	1,05	0,92	12	32	45	13	77
Gj.snitt. A	1,28	1,06	17	43	66	22	109
<i>Små</i>							
B1	1,64	0,89	46	33	108	75	141
B2	1,78	1,29	28	55	104	49	159
B3	1,57	1,25	20	42	74	32	116
B4	0,92	0,57	38	34	69	35	103
B5	1,39	0,92	34	38	83	45	121
B6	1,23	0,96	22	43	70	27	113
B7	1,52	1,09	28	33	76	43	109
B8	0,49	0,45	8	28	29	1	57
Gj.snitt. B	1,32	0,93	28	38	77	38	115
Sum	1,30	0,98	25	566	1006	440	1572

Kilde: Journalrevisjonen

journalene enn ved de små sykehusene. Etter revisjonen hadde derfor de store sykehusene totalt sett flere bidiagnoser per opphold enn de små sykehusene. Tabell 4.2 viser at det er store forskjeller mellom sykehusene i de to gruppene når det gjelder koding av bidiagnoser.

4.3 Hvordan kodes prosedyrer?

Prosedyrekodene (NCSP) er en klassifikasjon av kirurgiske inngrep. For de undersøkte oppholdene var det opprinnelig kodet 1 107 prosedyrer. I journalrevisjonen ble 178 koder tilføyd ved revisjonen, mens 116 ble strøket. Dette betyr at ca. hver tiende prosedyrekode ble strøket i forbindelse med journalrevisjonen.

Tabell 4.3 viser at de fleste sykehusene får lagt til flere prosedyrekoder enn det de får strøket. Kun ett sykehus får strøket flere prosedyrekoder enn det får tilføyd. Journalrevisjonen indikerer derfor en underrapportering av prosedyrekoder. Dette innebærer isolert sett at mange sykehus kan oppnå høyere inntekter ved en mer fullstendig koding av prosedyrer.

4.4 Hvilken tilbakemelding ga sykehusene på journalrevisjonen?

Riksrevisjonen mottok skriftlige kommentarer på journalrevisjonen fra ni av de 14 sykehusene. Fra seks av

Tabell 4.3 Endring i antall prosedyrekoder

Sykehus	Lagt til	Strøket	Netto antall endringer	Brutto antall endringer
<i>Store</i>				
A1	13	9	4	22
A2	8	4	3	12
A3	10	7	3	17
A4	18	15	3	33
A5	23	15	6	38
A6	14	9	5	23
<i>Små</i>				
B1	8	6	2	14
B2	13	3	10	16
B3	12	15	-3	27
B4	20	8	12	28
B5	8	4	4	12
B6	9	5	4	14
B7	10	10	0	20
B8	12	6	6	18
Sum	178	116	59	294

Kilde: Journalrevisjonen

disse var kommentarene knyttet til enkeltopphold. Sykehusene var ikke enig i mange av de endringene som ble gjort i forbindelse med revisjonen. Flere sykehus pekte

på at regelverket er komplisert og vanskelig, og hevder at veiledningen gir stort rom for skjønn for hvordan den medisinske kodingen skal fastsettes. Dette gjelder spesielt i vurderingen av når bidiagnoser skal kodes. Videre kan det tyde på at en del koder er blitt endret på grunn av at dokumentasjonen i journalen var mangelfull i henhold til journalforskriften. I tillegg pekes det på at en del vurderinger bak kodingen ikke kan leses direkte ut fra journaldokumentasjonen.

KITH mener at innvendingene fra sykehusene ikke rokker vesentlig ved de funn som ble gjort gjennom revisjonen. De mener blant annet at noen sykehus kan ha ignorert den offisielle og nødvendige veiledningsinformasjonen som sykehusene skal være kjent med. Enkelte innvendinger viser at det ved enkelte sykehus er uklart om forholdet mellom kliniske diagnoser og bruk av diagnosekategorier i ICD-10. Undersøkelsen omfatter ingen revisjon av de kliniske diagnosene. Flere av de innvendinger som ble mottatt, krevde ny tilgang til journalene for at KITH skulle kunne ta stilling til om sykehusenes innvendinger var relevante. Kun ett av sykehusene ønsket å gi ytterligere informasjon slik at KITH kunne revurdere sin vurdering av den medisinske kodingen.

Sintef Helse har i 2005 utarbeidet rapporten *Kvaliteten på medisinsk koding og refusjoner* (februar 2005). Rapporten er utarbeidet med utgangspunkt i datamaterialet fra journalrevisjonen. Riksrevisjonen har gitt Sintef Helse tilgang til sykehusenes tilbakemelding på journalrevisjonen. Basert på tilbakemelding fra sykehusene har de ekskludert noen typer pasientopphold.¹² På nasjonalt nivå endres likevel ikke resultatene på kodekvaliteten vesentlig. Andelen opphold som endrer hovedtilstand som følge av journalrevisjonen, er fortsatt 38 prosent.

4.5 Hvilke konsekvenser har lav kodekvalitet for DRG-grupperingen?

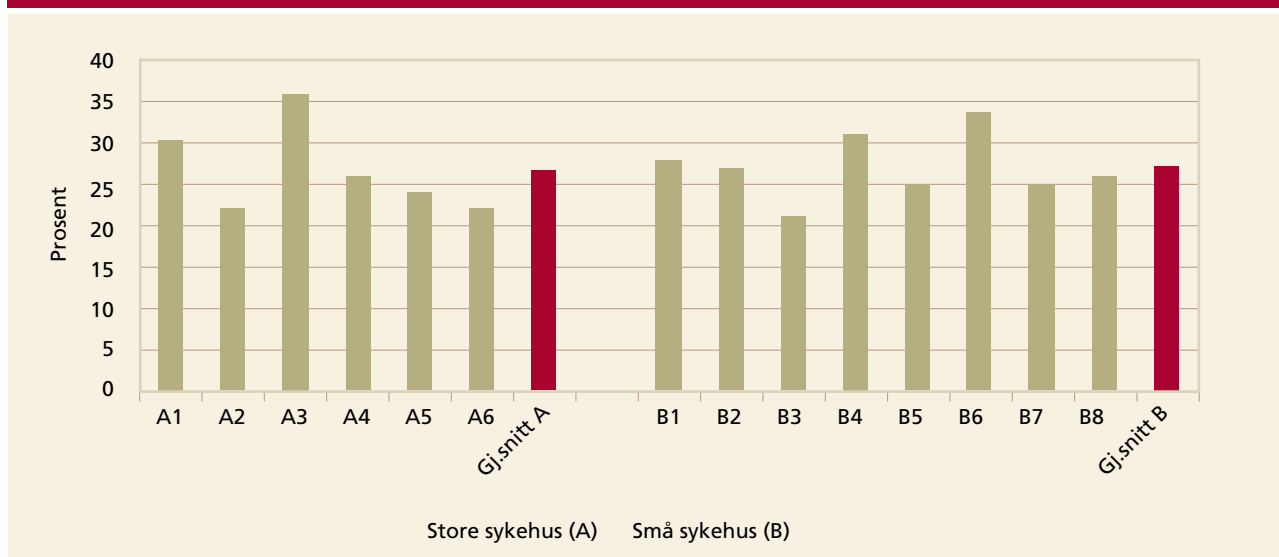
Valg av hoveddiagnose, bidiagnoser og prosedyrer påvirker generelt DRG-grupperingen for det enkelte pasientopphold. En ny DRG-gruppering basert på forslag til nye koder etter journalrevisjonen viser at 376 pasientopphold i utvalget ble gruppert i en annen DRG. Dette innebærer at de regionale helseforetakene ville fått et annet refusjonsbeløp fra staten for mer enn hvert fjerde opphold (27 prosent) i undersøkelsen.¹³

Figur 4.2 viser at andelen pasientopphold som endrer DRG etter journalrevisjonen, varierer fra 21 til 36 prosent mellom sykehusene. Dette viser at journalrevisjonen påvirker DRG-grupperingen ved alle de undersøkte sykehusene. Samlet sett er det en like stor andel av pasientoppholdene som endrer DRG i de store sykehusene som i de små sykehusene.

Resultatene viser at antall pasientopphold som endrer DRG, er lavere enn antall opphold som endrer hoveddiagnose. Ifølge KITH er det flere årsaker til at 240 opphold hadde feil hoveddiagnose uten at dette fikk konsekvenser for DRG-grupperingen. Koding av feil hoveddiagnose innen samme tretegnskategori vil ofte ikke ha konsekvenser for DRG-grupperingen. Av og til vil også viktige bidiagnoser som burde vært kodet som hoveddiagnose, lede til korrekt DRG. Videre vil prosedyrekoder i en del tilfeller styre direkte til rett DRG selv om feil hoveddiagnose er valgt.

Valg av hoveddiagnose er likevel svært sentralt for DRG-grupperingen. Hoveddiagnosen er endret for 77 prosent av pasientoppholdene med endret DRG i under-

Figur 4.2 Opphold som endret DRG i journalrevisjonen



Kilde: Journalrevisjonen

12) Sintef Helse har fjernet ca. 60 opphold vedrørende "metastaser" og 17 fleravdelingsopphold.

13) Utvalgsstørrelsen tilsier at den reelle verdi i hele populasjonen med 95 prosent sikkerhet er mellom 24 og 29 prosent.

søkelsen. Dette betyr samtidig at nesten hvert fjerde pasientopphold med endret DRG hadde riktig hoveddiagnose. Endret DRG må derfor i disse tilfellene skyldes tillegg/strykning av bidiagnoser og/eller prosedyrekoder.

DRG-systemet består av mange DRG-par. Ett DRG-par består av en komplisert DRG og en ukomplisert DRG. Et pasientopphold i en komplisert DRG gir høyere refusjon (høyere kostnadsvekt) enn et opphold i en ukomplisert DRG. Hvorvidt oppholdet klassifiseres i en komplisert eller ukomplisert DRG, bestemmes oftest av tilhørende bidiagnoser og utførte prosedyrer. Flere bidiagnoser per opphold fører isolert sett til at flere opphold blir gruppert som kompliserte, noe som innebærer en høyere refusjon fra staten. Undersøkelsen viser at mer enn hvert femte opphold (22 prosent) med revidert DRG var knyttet til DRG-par. Totalt 55 opphold ble endret fra komplisert DRG til ukomplisert DRG, mens 26 opphold ble endret fra ukomplisert DRG til komplisert DRG. Kun ett sykehus fikk endret flere opphold fra ukomplisert DRG til komplisert DRG enn motsatt.

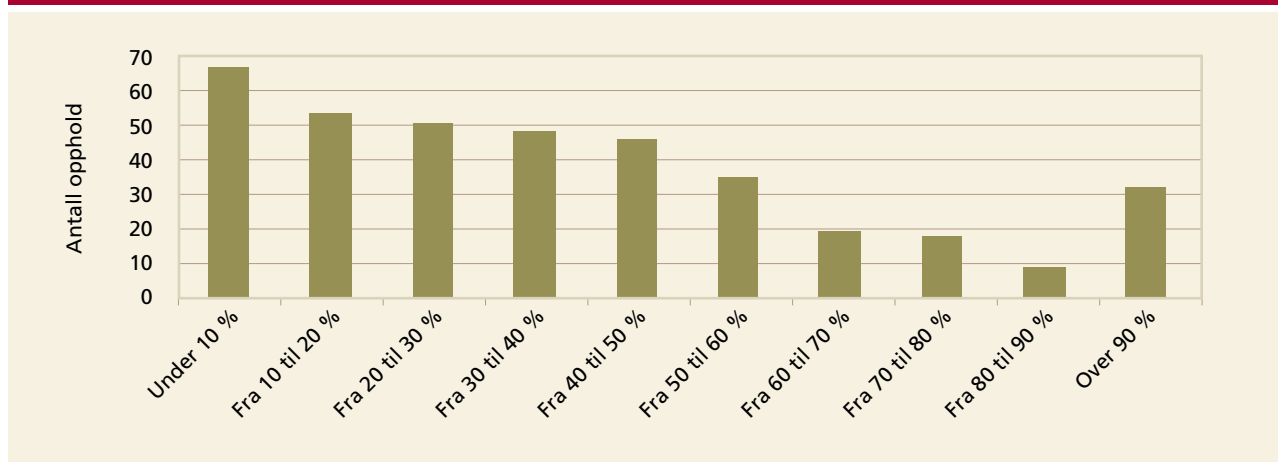
Figur 4.3 viser prosentvis spredning i refusjonsbeløp for de 376 pasientoppholdene som fikk endret DRG i undersøkelsen. Figuren viser at for 66 pasientopphold

med revidert DRG endres refusjonsbeløpet fra staten med mindre enn ti prosent. Det framgår imidlertid av figuren at refusjonsbeløpet fra staten endres betydelig for mange av oppholdene med revidert DRG.

Beregninger viser at for over 80 prosent av pasientoppholdene med revidert DRG endres refusjonsbeløpet fra staten med mer enn ti prosent. For over halvparten av pasientoppholdene med revidert DRG endres refusjonsbeløpet fra staten med mer enn 30 prosent.

Selv om refusjonsbeløpet endres relativt mye for pasientoppholdene med revidert DRG, er likevel de økonomiske konsekvensene samlet sett mindre for det undersøkte materialet. Dette skyldes at ny DRG-gruppering for de undersøkte pasientoppholdene fører til både positive og negative endringer i refusjonsbeløpet fra staten. Sykehusene ville fått mindre i refusjon for 62 prosent av pasientoppholdene med revidert DRG, mens de ville fått mer i refusjon for 27 prosent av oppholdene.¹⁴ De regionale helseforetakene ville etter journalrevisjonen samlet sett mottatt seks prosent mindre i netto refusjon (DRG-poeng) fra staten enn det de faktisk mottok for de undersøkte pasientoppholdene.¹⁵ Det er derfor ikke slik at summen av positive og negative endringer i refusjonsbeløp jevnes helt ut for de undersøkte pasientoppholdene.

Figur 4.3 Prosentvis endring i refusjonsbeløp for pasientoppholdene som endrer DRG



Kilde: Journalrevisjonen

14) Ny DRG-gruppering fikk ikke konsekvenser for kostnadsvekten for elleve prosent av oppholdene.

15) I Sintefs rapport "Kvaliteten på den medisinske kodingen og refusjoner" blir den prosentvise endringen i antall DRG-poeng redusert fra seks til fire prosent.

5 Hva er mulige årsaker til lav kodekvalitet?

5.1 Hvordan styrer helseforetakene mot god kodekvalitet?

De fleste lederne i intervjuundersøkelsen hevder at de har som mål at kodingen skal være korrekt, og at såkalt ”kreativ koding” ikke er akseptert. Flere av lederne ved sykehusene peker likevel på at det ikke er nedfelt skriftlige mål for kodekvaliteten. Lederne gir uttrykk for at målet om korrekt koding først og fremst blir framhevet i forbindelse med ledelsesmøter, kurs og ved mer uformelle anledninger.

Ingen av sykehusene i intervjuundersøkelsen synes å ha utviklet mål som gjør det mulig å etterprøve om ønsket kvalitet på den medisinske kodingen er nådd. Flere av de intervjuede opplever likevel at det er et mål å ha færrest mulig opphold i DRG 470 ved tertiallukking. Pasientopphold grupperes i DRG 470 dersom hoveddiagnose ikke er registrert eller kodene ikke finnes i gjeldende regelverk. Sykehusene oppnår ikke inntekter for disse pasientoppholdene.

Vesentlige interne og eksterne risikoer som kan hindre sykehuset i nå fastsatte mål, bør identifiseres og evalueres. En risikovurdering innebærer en vurdering av sannsynligheten for at en situasjon skal oppstå, og hvor vesentlige konsekvensene av situasjonen kan bli. På denne måten kan strategier og rutiner utvikles for å håndtere slike risikoer. Ingen av sykehusene oppgir at det er blitt gjennomført en systematisk identifisering og vurdering av mulige risikofaktorer for at den medisinske kodingen ikke blir i samsvar med regelverket. Flere av de intervjuede mener likevel at en slik analyse hadde vært nyttig.

Intervjuundersøkelsen viser at det i det daglige gjennomføres en form for risikovurdering, både sentralt og ute i avdelingene. Eksempelvis gjennomføres det i de fleste sykehus en mer omfattende kontroll av kodingen som utføres av turnuskandidater og uerfarne assistenter. I tillegg blir enkelte pasientgrupper kontrollert mer enn andre, og det skjer en tettere oppfølging av avdelinger hvor nøkkelpersonell¹⁶ skiftes ut. Intervjuundersøkelsen viser også at enkelte avdelinger blir kontrollert grundigere av administrasjonen på grunn av erfaring fra tidligere kvalitetskontroller.

Dokumentanalysen viser at ledelsesrapportene ved de fleste sykehusene inneholder informasjon om antall pasientopphold i DRG 470. Formålet med å følge opp

disse pasientoppholdene er først og fremst å sikre sykehuset inntekter for alle pasientopphold. Intervjuundersøkelsen viser imidlertid at denne indikatoren også brukes til å sammenligne kodekvaliteten mellom avdelingene. Enkelte av de intervjuede peker på at dette bidrar til å skjerpe kodingen i avdelingene, fordi få avdelingsledere ønsker å bli ”hengt ut” i disse rapportene. Samtidig kommer det fram i intervjuundersøkelsen at mange opplever at antall pasientopphold i DRG 470 i svært liten grad gir uttrykk for kodekvaliteten til en avdeling. Dokumentanalysen viser at ledelsesrapportene i begrenset grad inneholder annen informasjon som belyser kodekvaliteten.

Sykehusene må rette opp kodingen før tertiallukking for å oppnå inntekter for opphold i DRG 470. De fleste sykehusene i intervjuundersøkelsen følger opp antall opphold i DRG 470 hver måned, mens en sentral enhet i ett av sykehusene sender en liste til sine avdelinger med oversikt over pasientopphold som bør følges opp hver uke. I flere avdelinger i intervjuundersøkelsen går man gjennom disse oppholdene omgående, mens det i andre avdelinger synes å være tilstrekkelig å rette kodingen før tertiallukking.

5.2 Hva mener legene er viktige årsaker til at kodene ikke blir i samsvar med regelverket?

Det er den enkelte lege som velger medisinske koder. I spørreskjemaundersøkelsen ble legene spurt om årsaker til at den medisinske kodingen ikke blir i samsvar med regelverket, jf. tabell 5.1.

Tabell 5.1 Årsaker til at kodingen ikke blir i samsvar med regelverket. Tall i prosent

Årsak	Svært viktig	Viktig	Noe viktig	Lite viktig	Svært lite viktig	Totalt
Vanskelig kodeverk	17	42	30	9	2	100
For lite opplæring	14	36	32	13	4	99
Oppgaven prioriteres ikke	13	32	35	14	5	99
Dårlig brukerstøtte	7	30	38	20	5	100
Mangelfull tilbakemelding	7	25	37	24	7	100

Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen

Tabell 5.1 viser at legene oppgir opplæring og vanskelig kodeverk som de viktigste årsakene til at kodingen ikke er i samsvar med regelverket. Over halvparten av legene mener at vanskelig kodeverk (59 prosent) og for lite

16) Dette kan for eksempel være avdelingsoverlege, DRG-ansvarlig lege eller kontorpersoneell.

opplæring (50 prosent) er viktige eller svært viktige årsaker til at kodingen ikke er i henhold til regelverket.¹⁷

Samtidig viser tabellen at det er flere forhold som kan forklare resultatene i journalrevisjonen. Nesten halvparten av legene (45 prosent) oppgir at oppgaven ikke prioriteres som en viktig eller svært viktig forklaring på svak kodekvalitet. Færre leger opplever dårlig brukerstøtte og mangelfull tilbakemelding som viktige forklaringer på at kodingen ikke blir i samsvar med regelverket.

Intervjuundersøkelsen viser også at mangelfull opplæring, et komplekst regelverk og manglende prioritering av kodearbeidet er viktige årsaker til at kodingen ikke blir i samsvar med regelverket. I tillegg ble legenes interesse for koding ansett som en viktig grunn til dette.

5.3 Hvilken kjennskap har legene til regelverket?

Legene må kunne regelverket for å kode riktig. I ICD-10-boken er det innledningsvis for hvert kapittel gitt en rekke premisser for koding.¹⁸ Videre finnes det et opplæringshefte utgitt av Statens helsetilsyn og en kodeveiledning for ICD-10 utgitt av KITH. Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet et regelverk for ISF-ordningen. Regelverket utgis hvert år i form av et rundskriv: *informasjonshefte om innsatsstyrt finansiering*. Rundskrivet inneholder blant annet siste års endringer av kodereglene.

I spørreskjemaundersøkelsen ble legene spurt om sin kjennskap til nevnte regelverk og veiledninger, jf. tabell 5.2.

Tabell 5.2 "Hvor godt kjenner du til kodeveiledningsmaterialet for ICD-10?" Tall i prosent

Kodeveiledningsmaterieill	Godt	Verken godt eller dårlig	Dårlig	Ukjent	Totalt
ICD-10-boken	63	29	6	2	100
Opplæringshefte for ICD-10	9	31	36	23	99
Årlig informasjonshefte fra departementet	5	17	38	40	100
Kodeveiledning fra KITH	4	17	35	43	99

Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen

17) Svarfordelingen varierer mellom stillingskategoriene. For eksempel mener avdelingsoverlegene at opplæring er en mindre viktig årsak til svak kodekvalitet enn det de andre legene gjør.

18) Her gis det også referanse til andre kapitler og beskrivelse av hvilke tilstander (diagnoser) som inngår eller ikke inngår i de kategorier det gjelder. I tillegg gis det koderegler i form av merknader om inklusjoner, eksklusjoner (med kryssreferanser) og eksempler på tilstander som hører inn under aktuell kategori.

Tabell 5.2 viser at nesten to av tre leger (63 prosent) svarer at de kjenner godt til kodeveiledningsmaterialet i ICD-10-boken. Videre viser tabellen at nesten hver tiende lege (åtte prosent) kjenner materialet dårlig eller er ukjent med det. Når det gjelder opplæringsheftet for ICD-10, viser tabellen at det kun er ni prosent av legene som kjenner dette godt. Enda færre leger kjenner godt til departementets årlige informasjonshefte og kodeveiledningen fra KITH.

I spørreskjemaundersøkelsen svarer nesten 80 prosent av overlegene og avdelingsoverlegene at de kjenner godt til kodeveiledningsmaterialet i ICD-10-boken, mens kun fire prosent av dem svarer at de kjenner dårlig til dette. Spørreskjemaundersøkelsen viser imidlertid at mange av dem heller ikke kjenner godt til annet sentralt veiledningsmateriale i medisinsk koding.

Spørreskjemaundersøkelsen viser at nesten halvparten av legene synes at ICD-10-koding er komplisert.¹⁹ Videre ble legene spurt om hvor ofte de er usikre på hvilke koder de skal velge. Hver fjerde lege svarte at de *ofte* er usikre på valg av kode, mens ca. halvparten av legene svarte *det hender* de er usikre på valg av kode. Hver femte lege er *sjelden* usikker på valg av kode.

Velger legene korrekt hovedtilstand (hoveddiagnose)?

Ifølge ICD-10 er det et prinsipp at dersom mer enn én tilstand kan betraktes som hovedtilstand, skal den mest ressurskrevende tilstanden (diagnosen) velges. I spørreskjemaundersøkelsen fikk derfor legene spørsmål om hvordan de velger kode for hoveddiagnose når det er mulig å velge mellom flere medisinsk dekkende koder (ICD-10) for ett pasientopphold. Tabell 5.3 viser hva de ulike legegruppene svarte på spørsmålet.

Tabell 5.3 "Hvis du har opplevd å finne flere medisinsk dekkende/likestilte koder, hvordan koder du da?" Tall i prosent

Hvordan koder du hvis flere medisinsk dekkende koder?	Alle	Assistentleger	Overleger	Avdelingsoverleger
Medisinsk riktig uten hensyn til ressursbruk	49	52	48	43
Medisinsk riktig med hensyn til ressursbruk	50	48	51	57
Kun hensyn til ressursbruk	1	0	1	0
Totalt	100	100	100	100

Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen

Tabell 5.3 viser at halvparten av legene ikke vil velge den mest ressurskrevende diagnosen hvis det finnes flere medisinske dekkende koder ved valg av hoveddiagnose. Spørreskjemaundersøkelsen indikerer derfor at mange leger ikke har tilstrekkelig kunnskap om et av

19) Kun 13 prosent av legene mener at medisinsk koding er ukomplisert eller svært ukomplisert.

hovedprinsippene i retningslinjene om koding av hoveddiagnoser. Dette gjelder også avdelingsoverleger og overleger.

De fleste intervjuede kjenner til prinsippet i regelverket for hvilken kode som skal velges som hoveddiagnose når det finnes flere medisinsk dekkende koder. I mange tilfeller vil likevel valg av hoveddiagnose være preget av skjønn fordi det er vanskelig å avgjøre hva som er den mest ressurskrevende tilstanden.

Velger legene korrekte andre tilstander (bidiagnose)?

I kapittel 4.1.2 framgår det at 55 prosent av de opprinnelige kodede bidiagnosene ble strøket i forbindelse med journalrevisjonen.²⁰ Ifølge regelverket skal man ikke kode bidiagnoser som relaterer seg til tidligere innleggelser og som ikke har innvirkning på den aktuelle behandlingen. I spørreskjemaundersøkelsen ble derfor legene bedt om å ta stilling til hvor enig de var i påstanden ”tilstander som relaterer seg til tidligere innleggelser, skal kun kodes når de har innvirkning på den aktuelle behandlingen”, jf. figur 5.1.

Figur 5.1 viser at bare 63 prosent av legene er helt enig i prinsippet i regelverket om når bidiagnoser skal kodes. Spørreskjemaundersøkelsen viser at 20 prosent av legene er uenig i eller ikke kjenner til dette prinsippet. Svarene varierer ikke vesentlig mellom assistentlegene, overlegene og avdelingsoverlegene.

KITH peker på at formålet med kodingen ikke er å gi all informasjon om den enkelte pasient. Det gjør man i fri tekst i pasientjournal og epikrise. Prinsippet for sykdomskoding er ikke at man skal kode alle de helseproblemene som pasienten *i og for seg har*, men bare de helseproblemer som er gjenstand for *undersøkelse, vurdering eller behandling ved det aktuelle kontaktilfelle*. KITH har gjennom journalrevisjonen registrert en del

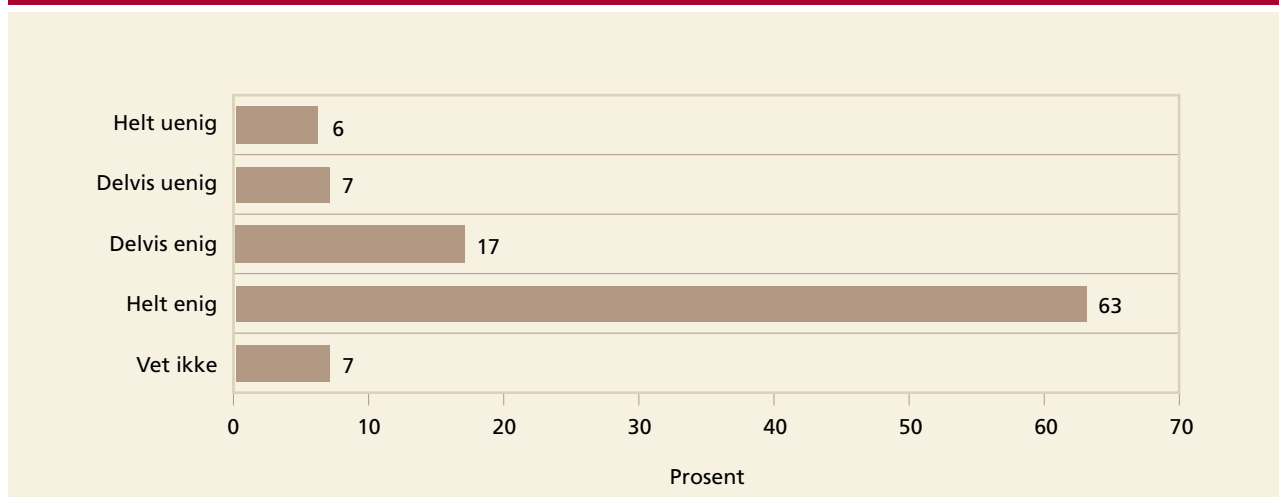
tilfeller hvor diagnosekoder som knytter seg til sykdom eller komplikasjon som inntraff under et av de siste sykehusoppholdene i en behandlingsserie, er blitt kodet for hele serien uten at tilstanden har innvirkning for det siste pasientoppholdet.

Intervjuundersøkelsen viser at de intervjuede kjenner til prinsippet om når bidiagnoser skal kodes. Det er imidlertid uenighet om hvordan man skal tolke prinsippene for når bidiagnoser skal kodes, og flere av de intervjuede peker på at koding av pasientopphold i mange situasjoner preges av skjønn. De mener at reglene ikke er entydige, og at det finnes rom for individuell tolkning. Det pekes blant annet på at det kan være skjønnsmessig å vurdere om kroniske sykdommer, som for eksempel hjertesvikt og leddgikt, har innvirkning på vurdering og behandling av en akutt sykdom. Flere sykehus mener derfor at man i forbindelse med journalrevisjon bør være forsiktig med å stryke koder av sykdomstilstander som er nevnt i journalen og som legen har valgt å registrere med koder.

Det kommer fram i intervjuundersøkelsen at det finnes ulike strategier for å løse tolkningsproblemet for når bidiagnoser skal kodes. Noen mener at retningslinjene bør spesifiseres, mens andre mener at det er for mye skjønn til at dette er mulig. Flere av de intervjuede har større tro på at det pågående arbeidet med Legeforeningen og de ulike spesialforeningene kan skape felles forståelse og konsensus i forhold til regelverket.

I rapporten *Endring i DRG-indeks 2001–2003* (Sintef Helse, 2004) pekes det på at ca. halvparten av veksten i DRG-indeksen²¹ skyldes endringer i kodepraksis. Videre hevdes det at dette i stor grad skyldes en økning i omfanget av koding av bidiagnoser. I perioden fra 2001 til 2003 var det en samlet vekst i antall bidiagnoser per

Figur 5.1 ”Tilstander som relaterer seg til tidligere innleggelser, skal kun kodes når de har innvirkning på den aktuelle behandlingen”



Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen

20) En del av disse bidiagnosene ble erstattet med mer spesifiserte koder.

21) DRG-indeksen er et mål på pasienttyngde. Samlet antall DRG-poeng dividert med antall sykehusopphold.

opphold på 27 prosent. Gjennomsnittlig antall registrerte bidiagnoser per sykehusopphold var henholdsvis 1,24 i 2001, 1,44 i 2002 og 1,58 i 2003. Dette er ifølge Sintef Helse høyere enn i for eksempel Sverige, hvor det i 2000 ble registrert 0,8 bidiagnoser per sykehusopphold. Økt registrering av bidiagnoser kan føre til at flere opphold vil bli gruppert i en komplisert DRG. Et sentralt spørsmål er om kodingen som er lagt til grunn for de kompliserte DRG-ene, er i samsvar med regelverket. I journalrevisjonen ble DRG-en for flere opphold endret fra komplisert DRG til ukomplisert DRG enn motsatt, jf. kapittel 4.

Prioriteringshierarkiet for valg av koder

ICD-10 er en WHO-konvensjon. I regelverket gjelder et prioriteringshierarki for hvilken kode som skal velges for en diagnose når det finnes muligheter flere steder i regelverket. Ifølge KITH kan valg av riktige koder i henhold til prioriteringshierarkiet i en del tilfeller være vanskelig fordi klassifikasjonsreglene ikke alltid er logisk utformet, og inkluderer en rekke konvensjoner som ikke alltid er medisinsk sett korrekte ut fra medisinsk praksis. I intervjuundersøkelsen kom det fram at prioriteringshierarkiet synes å være ukjent blant mange leger. Det kom fram at prioriteringshierarkiet burde bli langt mer tilgjengelig i opplæringsheftet i medisinsk koding.

I spørreskemaundersøkelsen ble legene spurt om ICD-10-kodeverket er godt tilpasset den medisinske praksis for de pasientgrupper de behandler. Svarene viser at mer enn hver tredje lege (36 prosent) mener at regelverket er godt tilpasset den medisinske praksis for disse gruppene. Samtidig mener nesten hver femte lege (18 prosent) at kodeverket er dårlig tilpasset den medisinske praksis for de pasientgruppene de behandler. I spørreskemaet ble legene spurt om hvordan de koder i de tilfellene kodeverket er dårlig eller svært dårlig tilpasset den medisinske praksis, jf. tabell 5.4.

Tabell 5.4 "I de tilfellene du mener kodeverket er dårlig eller svært dårlig tilpasset den medisinske praksis, hvordan koder du da?" Tall i prosent

Hvordan koder du hvis kodeverket er dårlig tilpasset medisinsk praksis?	Alle	Assistentleger	Overleger	Avdelingsoverleger
Koder etter medisinsk fornuft/logikk	82	87	79	74
Koder etter regelverket	18	13	21	26
Totalt	100	100	100	100

Kilde: Spørreskemaundersøkelsen

Tabell 5.4 viser at 18 prosent av legene vil kode i samsvar med regelverket i ICD-10 i de tilfeller kodeverket er dårlig tilpasset den medisinske praksis, mens 82 prosent av legene svarer at de ikke tar hensyn til regelverket når kodeverket ikke er tilpasset den medisinske praksis. Tabellen viser at en noe høyere andel av overlegene og avdelingsoverlegene vil kode i samsvar med regelverket

i de tilfellene de mener kodeverket er dårlig tilpasset den medisinske praksis. Hver femte overlege og hver fjerde avdelingsoverlege i undersøkelsen svarer at de vil kode i samsvar med regelverket i disse tilfellene.

5.4 Hvilken opplæring gis legene i medisinsk koding?

Halvparten av legene (50 prosent) mener at mangelfull opplæring er en viktig eller svært viktig årsak til at kodingen ikke blir i samsvar med regelverket. I spørreskemaundersøkelsen fikk legene spørsmål om hvilken opplæring de har fått i medisinsk koding.²² Hver tredje lege svarer at de ikke har fått opplæring i medisinsk koding, verken gjennom kurs eller systematisk veiledning fra andre.²³ Av de legene som har fått opplæring, har nesten halvparten (45 prosent) fått denne før 2003. Hver femte lege (21 prosent) fikk sist opplæring i 2003, mens hver tredje lege (34 prosent) sist fikk systematisk opplæring i 2004. Tabell 5.5 viser hvilken type opplæring disse legene har fått.

Tabell 5.5 "Hvilken opplæring har du fått i medisinsk koding ved dette sykehuset?" Tall i prosent

Opplæring i medisinsk koding	Alle	Assistentleger	Overleger	Avdelingsoverleger
Kurs	35	28	39	47
Systematisk planlagt opplæring i avdeling	19	11	24	27
Systematisk veiledning av kollega	20	19	20	23
Systematisk veiledning av DRG-ansvarlig	19	13	21	31
Annet	18	18	17	20

Kilde: Spørreskemaundersøkelsen

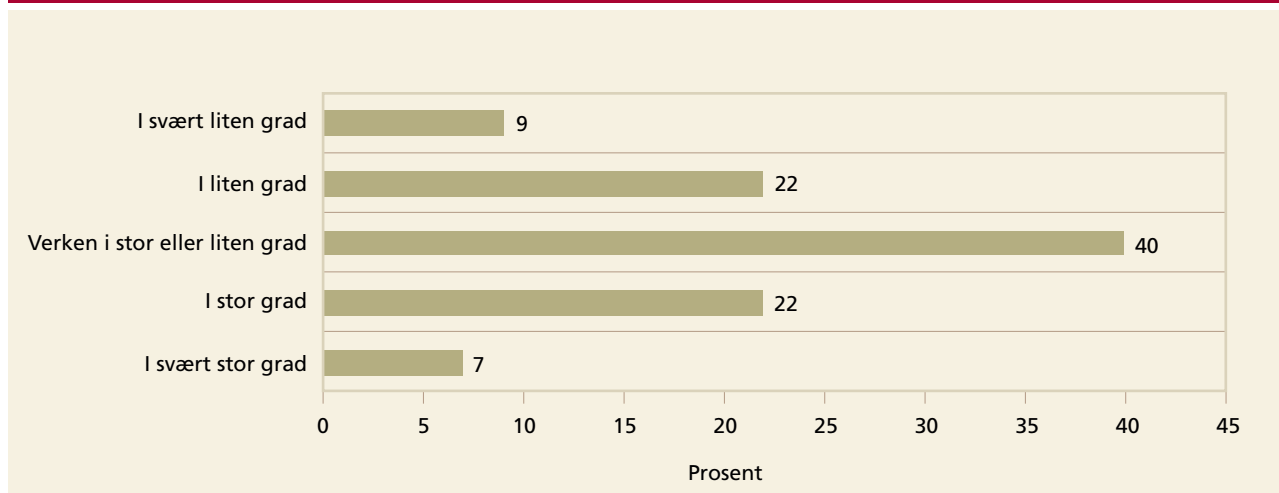
Tabell 5.5 viser at kurs er den mest vanlige formen for opplæring i medisinsk koding. Hver tredje (35 prosent) lege har fått kurs i medisinsk koding. Fordelt etter legegruppe har hver fjerde assistentlege (28 prosent) deltatt på kurs i medisinsk koding, mens en større andel av overlegene (39 prosent) og avdelingsoverlegene (47 prosent) har gjennomført et slikt kurs. Videre viser tabellen at hver femte lege har fått systematisk planlagt opplæring i avdelingen. Tilnærmet like mange leger har fått systematisk veiledning av kollega og/eller systematisk veiledning av DRG-ansvarlig.

Tabell 5.5 viser dessuten at i underkant av hver femte lege har fått en annen form for opplæring. I spørreskemaundersøkelsen ble disse legene bedt om å konkretisere hvilke opplæringstiltak dette var. På dette spør-

22) Med opplæring menes her både kurs og systematisk veiledning fra andre.

23) Spørreskemaundersøkelsen viser at 41 prosent av assistentlegene, 30 prosent av overlegene og 18 prosent av avdelingsoverlegene ikke har fått opplæring i medisinsk koding.

Figur 5.2 "I hvilken grad mener du at du har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk koding?"



Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen

målet svarte mange leger at denne opplæringen skjer gjennom diskusjoner i interne møter om tvilstilfeller ved kodingen av enkeltopphold. Orienteringer fra DRG-controllere, DRG-ansvarlige leger og eksterne aktører ble også nevnt av mange. Videre nevnes egenopplæring og løpende diskusjon med erfarne leger som viktige kilder for opplæring. I tillegg ble legene også spurt i hvilken grad de mener at de har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk koding, jf. figur 5.2.

Figur 5.2 viser at nesten hver tredje lege (31 prosent) mener at de i liten eller i svært liten grad har fått tilstrekkelig opplæring i medisinsk koding. Samtidig mener 29 prosent av legene at de i stor eller i svært stor grad har fått tilstrekkelig opplæring.

Intervjuundersøkelsen viser at ansvaret for opplæring i de medisinske fagkodeverkene ved mange sykehus er delegert til avdelingslederne. Hvilken opplæring som gis den enkelte lege, blir dermed avhengig av den respektive avdelingsleder. Flere peker på at opplæringen ved sykehuset er lite koordinert, og at ansvaret for kodekvaliteten i større grad burde vært forankret i toppledelsen.

Videre ble det reist spørsmål fra de intervjuede om det hadde vært hensiktsmessig med en form for sertifisering i forbindelse med opplæring i koding. Ved bruk av e-læring kunne det utarbeides kurs hvor legene måtte "klikke" seg gjennom for å lære de mest grunnleggende reglene for medisinsk koding. Ved å svare korrekt på en del testspørsmål ville legene ha dokumentert kompetanse på sentrale deler av regelverkene i medisinsk koding. Enkelte av de intervjuede peker i den sammenheng på at denne type opplæring ved sykehuset har vært svært vellykket på andre områder enn medisinsk koding.

Hvilke tiltak er gjennomført for å få en lik kodepraksis ved sykehusene?

Spørreskjemaundersøkelsen viser at 66 prosent av legene tror at like diagnoser i stor grad kodes på samme

måte i avdelingen, mens fire prosent av legene tror at dette skjer i liten grad. I spørreskjemaet ble legene spurt om det er gjennomført tiltak i avdelingen for å oppnå en enhetlig tolkning av regelverkene for medisinsk koding, jf. figur 5.3.

Figur 5.3 viser at nesten hver fjerde lege (22 prosent) mener det ikke er gjennomført tiltak i avdelingen for å oppnå en enhetlig tolkning av regelverket, mens 41 prosent av legene kjenner til at det er gjennomført et slikt tiltak. Nesten like mange leger svarer vet ikke på spørsmålet (37 prosent). Spørreskjemaundersøkelsen viser at nesten to av tre avdelingsoverleger mener at det er gjennomført tiltak for å få en enhetlig tolkning av regelverket, mens under hver tredje assistentlege kjenner til dette.²⁴

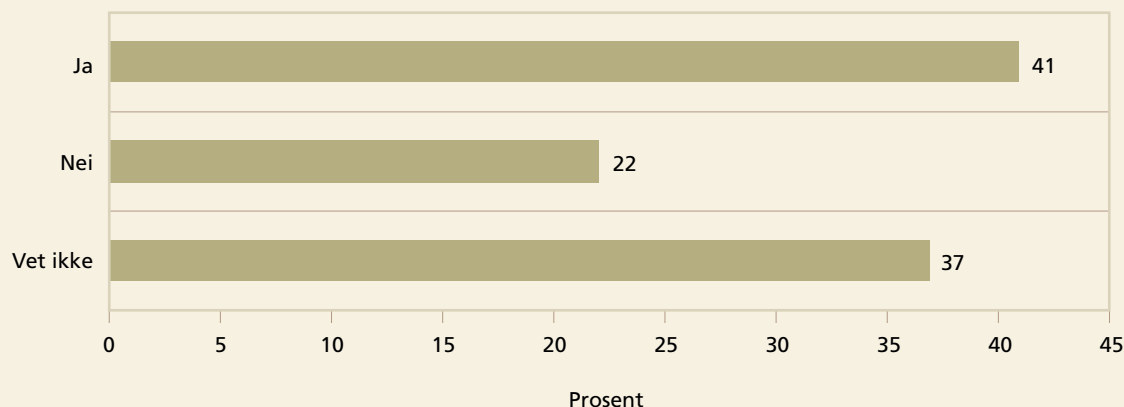
Intervjuundersøkelsen viser at kodespørsmål tas opp som eget tema på ledermøter, klinikk møter, avdelingsmøter etc. Svært mange avdelingsledere i intervjuundersøkelsen kjenner likevel ikke til hvordan kodearbeidet er organisert i andre avdelinger. I noen av helseforetakene samles sentrale aktører i kodearbeidet på tvers av avdelingene eller sykehusene et par ganger i året for å drøfte kodespørsmål. Ved ett av sykehusene har de på overordnet nivå etablert et nettverk som møtes et par ganger i året. Formålet med nettverket er blant annet å sikre systematisk kompetanseoverføring vedrørende kodespørsmål ved sykehuset. Endringer i kodeverket og aktuelle kodespørsmål blir drøftet på disse samlingene.

Hvilken tilbakemelding får legene på den medisinske kodingen?

I spørreskjemaundersøkelsen ble legene spurt om hvor ofte de får tilbakemelding på uriktig eller unøyaktig

24) I spørreskjemaundersøkelsen ble legene bedt om å oppgi hva disse tiltakene omfattet. Tiltak som nevnes av flest leger, er orienteringer fra DRG-ansvarlige leger, DRG-controllere eller eksterne aktører. Videre nevnes deltakelse i diskusjoner på interne møter hvor tvilstilfeller rundt koding diskuteres, som et viktig tiltak for å sikre ensartet koding.

Figur 5.3 "Er det gjennomført tiltak i avdelingen på ditt fagfelt for å få til en enhetlig tolkning av regelverkene for medisinsk koding (ICD-10)?"



Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen

koding. Svarene viser at 16 prosent av legene aldri har fått tilbakemelding på kodekvaliteten. Over halvparten (54 prosent) av legene svarer at de får tilbakemelding på kodingen sjeldnere enn hver måned. I spørreskjemaundersøkelsen ble legene også spurt om hva de får tilbakemelding på i forbindelse med den medisinske kodingen, jf. tabell 5.6.

Tabell 5.6 viser at 84 prosent av legene aldri har fått tilbakemelding på at de har registrert for mange koder. Flere leger får tilbakemelding på at de har registrert for få koder. Ca. hver fjerde lege opplyser at de av og til får tilbakemelding på at de ikke har registrert koder som det er grunnlag for i pasientjournalen. En tilsvarende andel av legene oppgir at de av og til får tilbakemelding på feil kode på hoveddiagnose (28 prosent) eller feil rekkefølge på koder (22 prosent). I spørreskjemaundersøkelsen ble legene spurt i hvilken grad de er enig i den tilbakemeldingen de får, jf. figur 5.4.

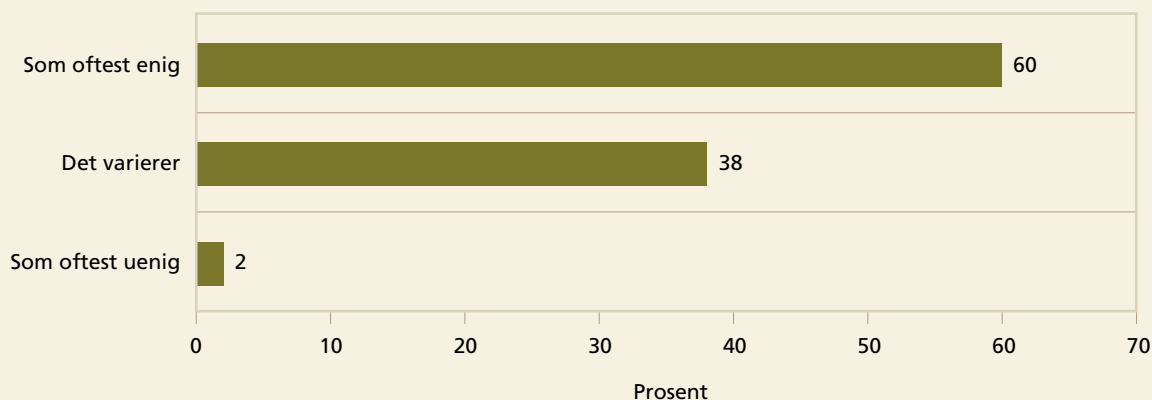
Tabell 5.6 "Hva oppgis som årsaker til uriktig/unøyaktig koding, og hvor ofte har du fått denne type tilbakemelding?" Tall i prosent

Tilbakemelding	Ofte	Av og til	Sjelden	Aldri	Totalt
For mange koder	0	2	13	84	99
For få koder	4	22	30	43	99
Feil kode på hoveddiagnose	2	28	44	25	99
Feil rekkefølge på koder	2	22	38	37	99

Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen

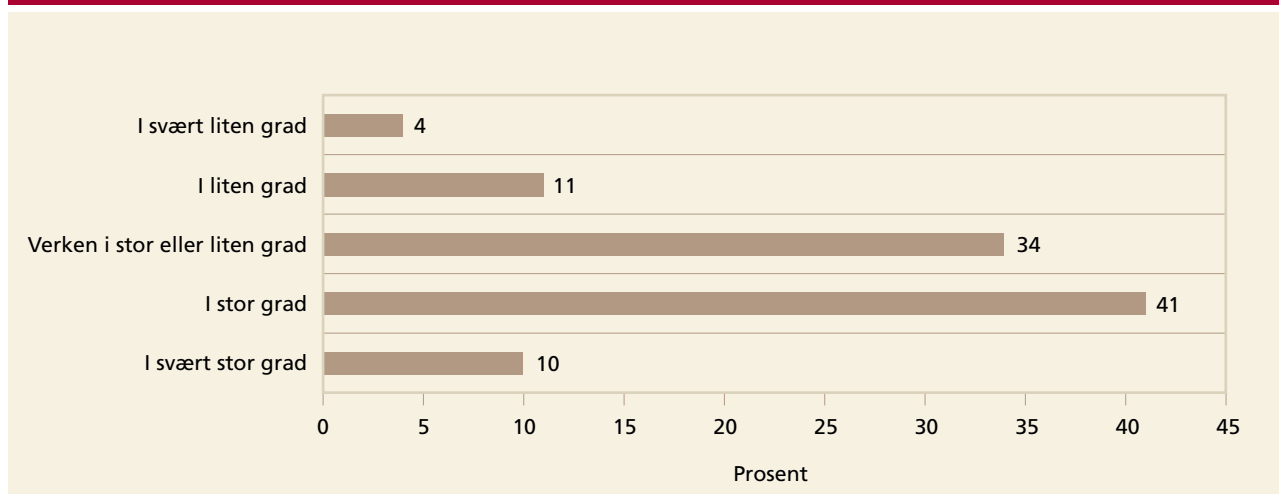
Figur 5.4 viser at over halvparten av legene som oftest er enig i de tilbakemeldingene som gis, mens kun to prosent av legene som oftest er uenig. Spørreskjemaundersøkelsen viser at overlegene og avdelingsoverlegene i noe mindre grad enn assistentlegene er enig i de tilbakemeldingene som gis. I spørreskjemaundersøkelsen

Figur 5.4 "Er du hovedsakelig enig i de tilbakemeldingene som blir gitt?"



Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen

Figur 5.5 "I hvilken grad mener du tilbakemeldingen fremmer læring som forbedrer kodekvaliteten?"



Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen

søkelsen ble legene spurt i hvilken grad de mener tilbakemeldingen fremmer læring, jf. figur 5.5.

Figur 5.5 viser at over halvparten av legene (51 prosent) mener at den tilbakemeldingen som gis, i stor eller i svært stor grad fremmer læring som forbedrer kodekvaliteten. Kun 15 prosent av legene mener at tilbakemeldingen i liten eller i svært liten grad fremmer læring.

Intervjuundersøkelsen viser at tilbakemelding på koding som oftest skjer i plenumsmøter. Flere av de intervjuede mener at det ville være nyttig å gi den enkelte lege mer individuell tilbakemelding. En idé for å oppnå konsensus om kodepraksisen kan være å gi hver lege tilbakemelding om egen kodeprofil og kodeprofilen til avdelingen. Det ville ha medført større oppmerksomhet blant legene om kodepraksisen i avdelingene. Flere av de intervjuede understreker samtidig at det ville være tidkrevende å gi legene individuell tilbakemelding.

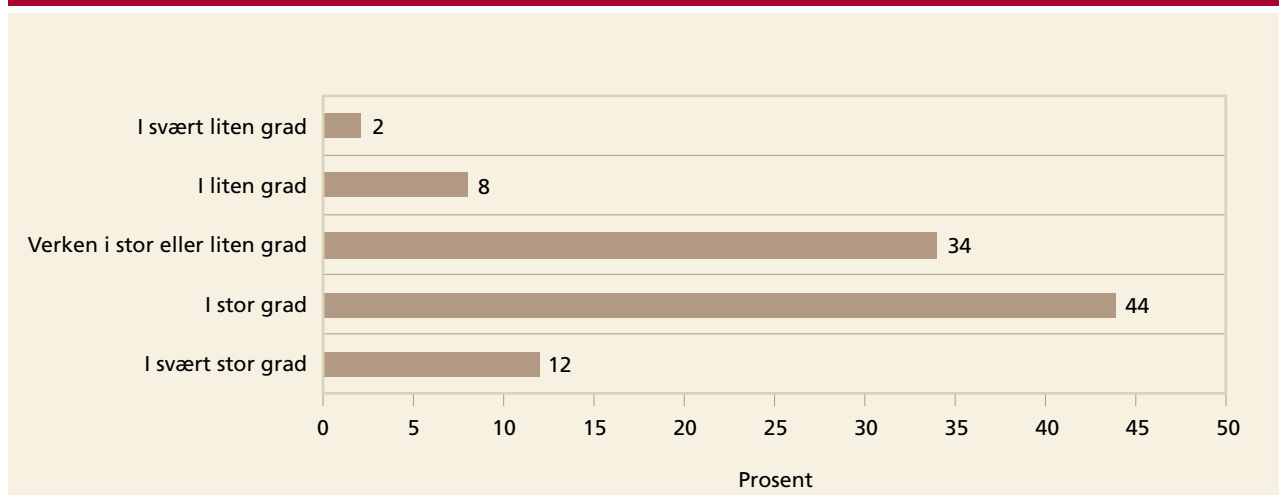
5.5 Hvilke hjelpemidler har legene i kodearbeidet?

Dårlig brukerstøtte oppgis av 37 prosent av legene som en viktig eller svært viktig årsak til at kodingene ikke blir i samsvar med regelverket. I spørreskjemaet ble legene spurt i hvilken grad de har tilgang til tilstrekkelig hjelpemidler/brukerstøtte i kodearbeidet, jf. figur 5.6.

Figur 5.6 viser at over halvparten (56 prosent) av legene svarer at de i stor eller i svært stor grad har tilgang til tilstrekkelig hjelpemidler/brukerstøtte i kodearbeidet. Kun hver tiende lege mener at de i liten eller i svært liten grad har tilstrekkelig tilgang til hjelpemidler i kodearbeidet.

Spørreskjemaundersøkelsen viser at alle legene (98 prosent) har tilgang til skriftlig oppslagsverk (ICD-10). En noe mindre andel (70 prosent) svarer at de også har tilgang til elektronisk oppslagsverk. Mange leger (80 prosent) har dessuten tilgang til en kortliste som viser de

Figur 5.6 "I hvilken grad har du tilstrekkelig tilgang til hjelpemidler/brukstøtte i kodearbeidet?"



Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen

mest brukte kodene i avdelingen. Flere av de intervjuede peker på at kortlisten er utviklet fordi regelverket er komplisert.

I spørreskjemaet ble legene også spurt hvilke hjelpemidler de faktisk bruker. Her svarer 93 prosent av legene at de bruker skriftlig oppslagsverk, mens bare 37 prosent bruker det elektroniske oppslagsverket. Flere av de intervjuede i undersøkelsen mente at kodingen kunne blitt bedre hvis yngre leger, som ofte har gode datakunnskaper, fikk bedre tilgang på elektronisk oppslagsverk med en bedre søkemotor enn i dag. Videre viser undersøkelsen at to av tre leger (66 prosent) bruker kortliste som et hjelpemiddel i kodearbeidet.

Hvordan prioriteres arbeidet knyttet til medisinsk koding?

Manglende prioritering av kodearbeidet oppgis av 45 prosent av legene i spørreskjemaundersøkelsen som en viktig eller svært viktig årsak til at kodingen ikke blir i samsvar med regelverkene. Prioritering av oppgaven kan svekkes av både interesse og tilgjengelig tid. Selv om 35 prosent av legene svarer at de er interessert i medisinsk koding, oppgir hver femte lege at de er ikke er interessert i medisinsk koding. I intervjuundersøkelsen kommer det i tillegg fram at tidspress hos den enkelte lege kan føre til svak kodekvalitet.

I journalrevisjonen ble det ved en del opphold avdekket uspesifiserte diagnosekoder, til tross for at det i journalen tydelig var grunnlag for en nærmere spesifisering av kodingen. I tillegg til at uspesifisert koding ikke er faglig korrekt, kan det også av og til ha betydning for DRG-grupperingen. I spørreskjemaundersøkelsen ble derfor legene spurt om de bruker uspesifiserte koder for å unngå å bruke for mye tid på medisinsk koding, jf. figur 5.7.

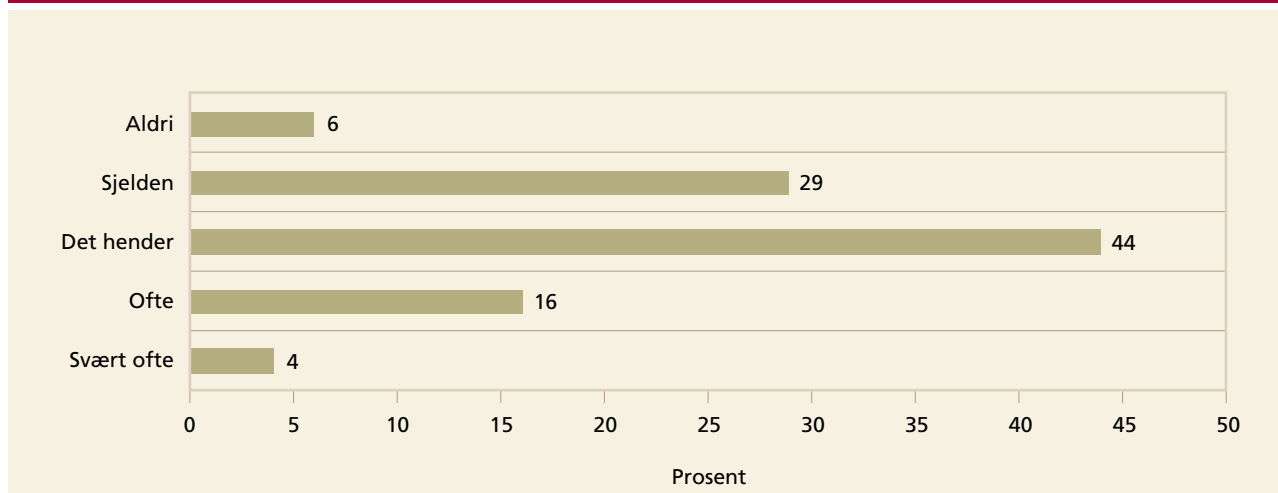
Figur 5.7 viser at hver femte lege svarer at de ofte eller svært ofte bruker uspesifiserte koder for å unngå å bruke for mye tid på kodearbeid. Figuren viser imidlertid at 35 prosent av legene svarer at de sjelden eller aldri bruker uspesifisert koder for å unngå å bruke for mye tid på kodearbeid.²⁵

Intervjuundersøkelsen viser at bruken av kortlister er en viktig forklaring på forekomsten av uspesifiserte koder. Enkelte av kortlistene som var i bruk ved avdelingene i intervjuundersøkelsen, var ikke blitt oppdatert på flere år. Videre pekte flere av de intervjuede på at kortlistene kan bli en sovepute om man ikke følger opp med oppslag i klassifikasjonens systemdel i regelverket. I spørreskjemaundersøkelsen ble derfor legene spurt i hvilken grad de følger opp med oppslag i klassifikasjonens systemdel når de benytter seg av kortlister, jf. figur 5.8 på neste side.²⁶

Figur 5.8 viser at færre enn hver fjerde lege (23 prosent) ofte eller alltid følger opp med oppslag i klassifikasjonens systemdel ved bruk av kortliste, mens 40 prosent av legene sjelden eller aldri gjør dette.

Bruk av søkefunksjoner i elektronisk bok og søkeverktøy for ICD-10 har mange fortrinn. Det elektroniske verktøyet utnytter alle søkeord både i alfabetisk indeks og i selve klassifikasjonen i regelverket. I tillegg gis det automatisk oppslag i selve boken, hvor ulike kodingsinstruksjoner kan studeres. Bruk av alfabetisk indeks i ICD-10-boken kan være nyttig for å finne korrekt kode. Legene bør likevel gjøre oppslag i systematisk del av ICD-10 for kontroll av inklusjons- og eksklusjonskriterier når de bruker alfabetisk indeks. Ifølge KITH er norsk alfabetisk indeks mangelfull når det gjelder synonymer og bør brukes med varsomhet. Dette tilsier risiko for at

Figur 5.7 "Hender det at du bruker uspesifiserte koder for å unngå å bruke for mye tid på medisinsk koding?"

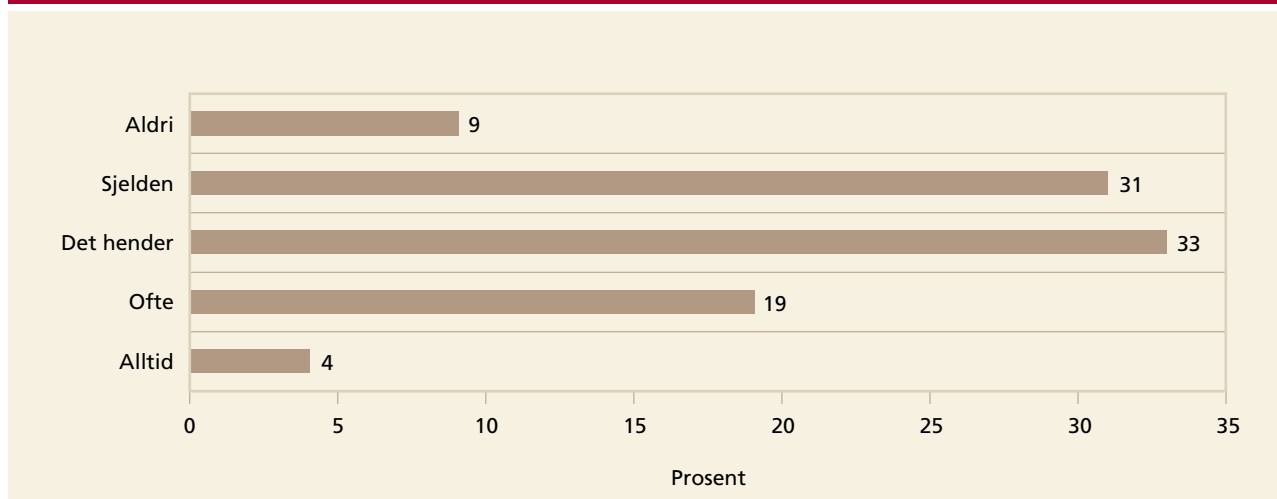


Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen

25) Denne figuren summerer ikke til 100 fordi noen har svart "bruker ikke" til tross for at dette ikke var en svarkategori.

26) Denne figuren summerer ikke til 100 fordi noen har svart "bruker ikke" til tross for at dette ikke var en svarkategori.

Figur 5.8 "Hvis du benytter deg av kortlister, følger du opp med oppslag i klassifikasjonens systemdel (ICD-10)?"



Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen

bruk av alfabetisk indeks uten oppslag i systematisk del av ICD-10 kan gi feil kode. I spørreskjemaundersøkelsen ble derfor legene spurt om de følger opp med oppslag i klassifikasjonens systemdel når de benytter seg av den alfabetiske indeksen i ICD-10, jf. figur 5.9.²⁷

Figur 5.9 viser at 62 prosent av legene svarer at de ofte eller alltid følger opp med oppslag i klassifikasjonens systemdel ved bruk av alfabetisk indeks, mens nesten hver fjerde lege (23 prosent) svarer at det hender de gjør det. Tabellen viser imidlertid at 15 prosent av legene sjelden eller aldri følger opp med oppslag i systemdelen ved bruk av den alfabetiske indeksen i ICD-10.

5.6 Hvordan kvalitetssikres kodene ved sykehusene?

Det er viktig å overvåke hvor godt kontrollaktivitetene fungerer i forhold til å sikre en god kodekvalitet. En slik overvåkning kan identifisere muligheter til å korrigere systemet som skal bidra til en tilfredsstillende kodekvalitet. Intervjuundersøkelsen viser at ingen av sykehusene har gjennomført en systematisk evaluering av organiseringen av kodearbeidet. Flere peker likevel på at det gjennomføres en løpende vurdering av kodekvaliteten. Dette kan resultere i beslutninger vedrørende opplæring og omfordelinger av oppgaver etc.

De fleste sykehusene har delegert ansvaret for å sikre god kodekvalitet til avdelingssjefene. Disse synes å ha avgjørende innflytelse med hensyn til hvordan kodearbeidet skal organiseres, og hvordan kodingen i avdelingene skal kvalitetssikres. Dette fører til at det er en relativ stor variasjon i systemene for kodekontroll mellom avdelingene. Mange av de intervjuede peker på at avdelingslederens kompetanse, interesse, motivasjon og evne til å delegere ansvaret for kodingen vil ha stor innfly-

telse på kodekvaliteten i en avdeling. Undersøkelsen viser at tre av sju sykehus i intervjuundersøkelsen har skriftlige ansvarsbeskrivelser for kode- og registreringspersonell. Kun ett av sykehusene har skriftlige rutiner som beskriver ansvar og myndighet for de ulike personellgruppene.²⁸

Hvordan kvalitetssikres epikrisene ved sykehusene?

Intervjuundersøkelsen viser at i noen avdelinger registrerer legene selv koder/prosedyrer i det pasientadministrative systemet (PAS), men i de fleste avdelingene er det sekretærer som gjør denne registreringen. Når sekretæren har skrevet epikrisen, inkludert kodene, basert på diktat fra legen, sendes den tilbake til epikriseansvarlig lege for godkjenning. Legen får da muligheten til å endre koder på epikrisen før disse registreres i systemet hvis dette er nødvendig. Blant annet vil tastefeil kunne fanges opp i denne kontrollen. Dersom epikrisen er diktet av turnuslege eller uerfaren assistentlege, skal den kontrasigner av en mer erfaren lege. Ved de fleste avdelingene er det flere enn én lege som kontrasigner. Flere representanter ved sykehusene trekker fram at det er viktig å ansvarliggjøre flere av legene i kontrollarbeidet, fordi man ønsker å unngå at kodekvaliteten i en avdeling skal avhenge av én person.

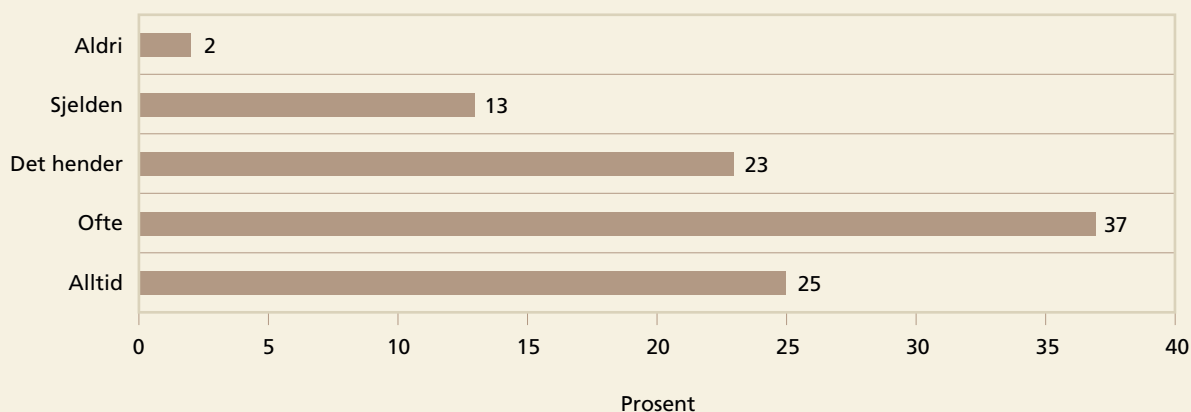
Intervjuundersøkelsen viser at avdelingene i ulik grad involverer kontorpersonalet i kvalitetssikringen av kodingen. Det er ulikt hvor grundig kontorpersonalet utfører kontrollen av kodingen når de registrer kodene i det pasientadministrative systemet. Noen sekretærer skriver det legen dikterer, mens andre sekretærer sender kopi av epikrisen tilbake til epikriseansvarlig lege i de tilfeller de tror noen koder kan være feil eller glemt.

Lederne synes å ha ulik oppfatning av i hvilken grad kontorpersonalet kan bidra i kvalitetssikringen av

27) Med personellgrupper menes her blant annet epikriseansvarlig lege, DRG-ansvarlig lege og sekretær.

28) Sintef Helse rapport INTORG – De somatiske sykehusenes interne organisering – en kartlegging av 50 somatiske sykehus, mars 2004.

Figur 5.9 "Hvis du benytter deg av den alfabetiske indeksen i ICD-10, følger du opp med oppslag i klassifikasjonens systemdel?"



Kilde: Spørreskjemaundersøkelsen

kodingen. Flere mener at kontorpersonalet kan ha en nyttig rolle i kvalitetssikringen av kodingen. De kan blant annet kontrollere om alle operasjoner som er gjennomført, blir kodet. Ett av sykehusene i intervjuundersøkelsen har nå sendt kontorpersonalet på et eksternt kurs i medisinsk koding. Dette gjøres bevisst for at kontorpersonalet i større grad skal kunne bidra i arbeidet med kvalitetssikringen av kodingen. Andre ledere mener at kontorpersoneell i liten grad bør involveres i kvalitetssikringen av de medisinske kodene.

I tillegg til den kontrollen som gjøres av epikriseansvarlig lege og sekretær, har noen sykehus pekt ut en DRG-ansvarlig lege som kontrollerer kodingen i avdelingen. Denne løsningen begrunnes med at en DRG-ansvarlig lege kan redusere arbeidsbelastningen til avdelingslederen, dels være en diskusjonspartner i kodespørsmål og dels bidra til å øke oppmerksomheten på medisinsk koding. Flere sykehus har positive erfaringer med at en enkeltperson utpekes til DRG-ansvarlig, men det er en utfordring å få leger til å påta seg denne oppgaven. I intervjuundersøkelsen kom det fram at mange mener at denne løsningen kan føre til at kodekvaliteten ved et sykehus og/eller en avdeling i stor grad blir avhengig av noen få nøkkelpersoner. Dersom disse blir syke eller slutter, kan dette direkte påvirke kodekvaliteten på kort sikt.

Intervjuundersøkelsen viser at kodekvaliteten kunne blitt bedre dersom legene koder fortløpende underveis i pasientoppholdet. Det vil da bli mer løpende diskusjon mellom legene, og dermed unngås skippertak på utskrivningsdagen, noe som blant annet kan resultere i forglemmelse av koder eller prosedyrer. Flere av de intervjuede tror at kodekvaliteten er blitt bedre som følge av økte krav til kortere epikrisetider, noe som har tvunget legene til å kode nærmere hendelsen.

Kontroll med kodingen av DRG-controllere

Alle sykehusene i intervjuundersøkelsen har DRG-controllere som gjennomfører datastyrte kontroller av de

registrerte kodene i pasientssystemet. Gjennom datastyrte nøkkelkontroller identifiserer DRG-controllere en del pasientopphold hvor det kan være risiko for at kodingen ikke er i samsvar med regelverket, og/eller at sykehusene ikke oppnår rettmessige inntekter for oppholdene. De fleste sykehusene har kun en liste som viser hvilke kontroller som gjennomføres. Ett av sykehusene i undersøkelsen har imidlertid for hver kontroll utviklet en beskrivelse av formålet med kontrollen, og angitt hvilken frekvens kontrollen skal gjennomføres etter.

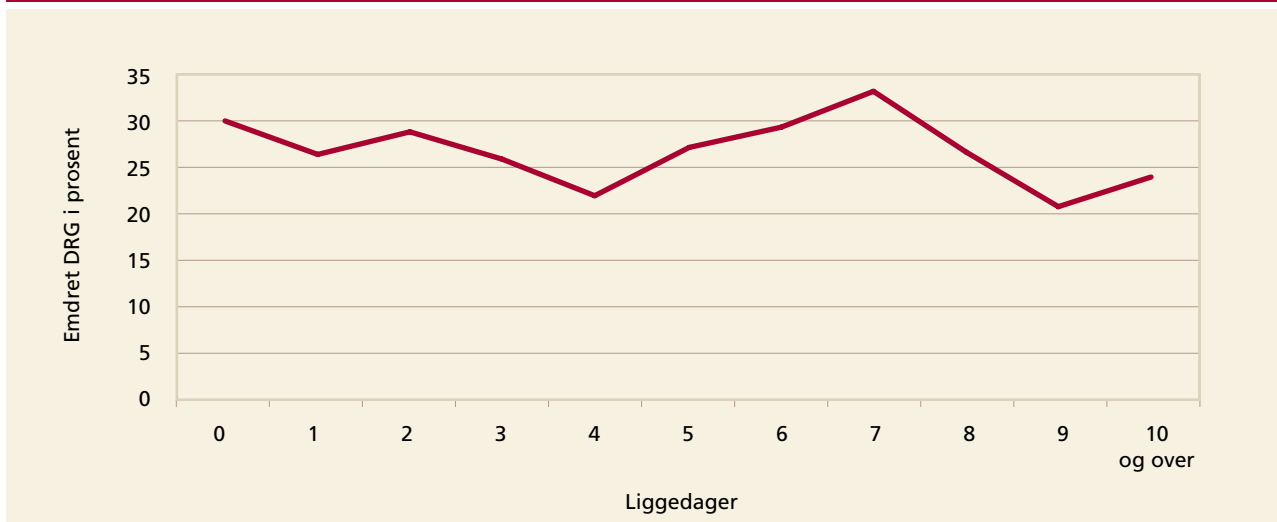
Ved de fleste sykehusene gjennomføres kontrollene av DRG-controllere i sentrale enheter. Disse enhetene er normalt organisatorisk tilknyttet økonomiavdelingen, men ved ett av sykehusene er denne enheten organisatorisk tilknyttet en medisinsk enhet. Dette ble gjort bevisst for å gi et signal til organisasjonen om at man ønsket å skille oppmerksomheten på medisinsk koding fra hensynet til økonomi. Flere sykehus får bistand fra konsulentfirmaer i forbindelse med disse kontrollene.

DRG-controllene gjennomfører jevnlig en rekke forskjellige typer kontroller. Kontroll av pasientopphold i bestemte DRG-er som indikerer lav kodekvalitet, gjennomføres i alle sykehusene, jf. tekstboks 5.1. Det må understrekes at ikke alle oppholdene i disse DRG-ene nødvendigvis er feil kodet.

Tekstboks 5.1 DRG-er med indikasjoner på lav kodekvalitet

- DRG 470** – Ikke grupperbar på grunn av manglende opplysninger
- DRG 469** – Hoveddiagnose ubrukbar som utskrivningsdiagnose
- DRG 468** – Større operasjoner uten sammenheng med hoveddiagnosen
- DRG 477** – Mindre operasjoner uten sammenheng med hoveddiagnosen

Figur 5.10 Opphold med revidert DRG sortert etter pasientenes liggetid



Kilde: Journalrevisjonen

Videre følger de fleste sykehusene blant annet opp pasientopphold med lang liggetid og lav DRG-vekt. For disse oppholdene er det en risiko for at bidiagnoser ikke er kodet, noe som kan føre til at sykehusets inntekter ikke blir fullstendige. Det gjennomføres også kontroller på pasientopphold hvor reglene for koding er klare, og samtidig er forholdsvis enkle å avsløre ved hjelp av dataverktøy.

De sentrale enhetene gjennomfører en del kontroller av korttidsopphold, men flere av de intervjuede peker likevel på at det er større oppmerksomhet på langtidsoppholdene i nøkkeltkontrollene. Det er derfor undersøkt om korttidsoppholdene har svakere kodekvalitet enn langtidsoppholdene i journalrevisjonen. Figur 5.10 viser hvor stor andel av oppholdene fra journalrevisjonen som endrer DRG sortert etter pasientenes liggetid.

Figur 5.10 viser at 30 prosent av dagoppholdene i undersøkelsen endrer DRG som følge av revisjonen. Videre framgår det av figuren at andelen opphold som endrer DRG i journalrevisjonen, ikke synes å være avhengig av hvor lenge pasientene ligger på sykehuset. Figuren indikerer derfor at pasientopphold med relative korte liggetider ikke har noe bedre kodekvalitet enn opphold med lengre liggetid.

De sentrale enhetene fanger opp mange opphold som kan ha mangelfull koding. Mange av de intervjuede mener likevel at kodekvaliteten i en avdeling først og fremst er avhengig av kompetansen til de som koder og til de som kvalitetssikrer kodingen i avdelingen. I noen av avdelingene i intervjuundersøkelsen har enkelte leger, kontorledere og sekretærer fått tilgang til dataverktøy, noe som gjør at de kan gjennomføre de samme nøkkeltkontrollene som den sentrale enheten. En positiv erfaring med dette er at de datastyrte kontrollene i større grad kan tilpasses risikoen i den enkelte avdeling.

Flere av de intervjuede mente at sykehusene i for liten grad benytter resultatene fra disse kontrollene til læring.

Disse resultatene kunne vært brukt som grunnlag til å utvikle rapporter som viste trender i kodekvaliteten. Dette ville gitt et bedre grunnlag for å iverksette tiltak for å bedre kodekvaliteten

Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) kommer spesielt godt ut sammenlignet med de andre sykehusene når det gjelder kontroll av registrerte data. Dette sykehuset har kommet relativt langt med datastyrte kontroller. Sykehuset skiller seg imidlertid først og fremst ut ved at det tester kodekvaliteten ved å revidere et tilfeldig utvalg journaler i enkelte avdelinger. I denne revisjonen involveres også den enkelte avdelingsleder. I tillegg blir kodekvaliteten ved sykehuset etterprøvd ved at en ekstern aktør hvert år gjennomfører en journalrevisjon av ca. 150 journaler. Det synes som om dette sykehuset var tidlig ute med tiltak for å sikre en god kodekvalitet.

Oppfølging av mulige feil på lister fra DRG-controllere

Alle sykehus har ansvarlige som går gjennom kodingen for de pasientoppholdene der DRG-controllere stiller spørsmål til den medisinske kodingen. Flere avdelingsledere i intervjuundersøkelsen gjennomgår selv kodingen av pasientoppholdene på denne listen. Andre avdelingsledere har delegert denne oppgaven til en DRG-ansvarlig lege. Intervjuundersøkelsen viser at ved noen av sykehusene fordeles lister med pasientopphold hvor det stilles spørsmål til kodingen, til de leger som er ansvarlige for disse oppholdene. Det gjøres med andre ord ikke endringer uten at epikriseansvarlig lege er blitt rådført. Ved andre sykehus retter flere av avdelingsoverlegene og de DRG-ansvarlige legene kodene uten å ta kontakt med epikriseansvarlig lege, med mindre de synes det er behov for det.

Flere sykehus i intervjuundersøkelsen mangler retningslinjer for hvordan endringer av koder skal skje. Undersøkelsen viser videre at det er ulik praksis mellom sykehusene når det gjelder registrering av endringer. Ved noen avdelinger registrerer legene selv endringene,

mens ved andre avdelinger gjør sekretærer/kontorleder eller DRG-controller dette med godkjenning fra avdelingsoverlegen.

5.7 Hvordan ivaretas anbefalingene til god IT-skikk?

IT-baserte journal- og pasientadministrative systemer benyttes ved sykehusene i forbindelse med pasientbehandling. Systemene som sykehusene benytter, kan være totalt integrerte løsninger med en felles database. Alternativt kan det være to separate systemer med automatisk kommunikasjon seg imellom. Det finnes også løsninger med pasientadministrativt system (PAS) og papirjournal. Data fra PAS rapporteres tertiærvis til Norsk pasientregister (NPR) og danner grunnlag for sykehusenes aktivitetsbaserte finansiering.

Gode rutiner for tilgangskontroll til IT-systemene er viktig for å sikre at kun de som skal ha tilgang, får tilgang til det som er nødvendig med hensyn til gjennomføring av daglige arbeidsoppgaver. Tilgangskontroll ivaretas som regel gjennom bruk av brukeridentiteter og passord. IT-revisjonen viser at det er en tilfredsstillende sikkerhet for at brukerne får de rettigheter de har behov for og kun disse rettighetene. Det er observert enkelte svakheter i passordoppsett og noe manglende dokumentasjon på tildelt tilgang ved et par sykehus. Den største risikoen i forhold til tilgangskontrollsystemene knytter seg til bruk av upersonlige brukeridenter. Ved tre av de fire sykehusene som var omfattet av IT-revisjonen, var det i bruk upersonlige brukeridenter. Faren med upersonlige brukeridenter er at det ikke er mulig å spore endringene til en bestemt person.

Gode rutiner for registrering og endring av data i systemene er viktig for å sikre fullstendighet, nøyaktighet og gyldighet. For å sikre dette mellom flere systemer som behandler like data, er det nødvendig med konsistens i datagrunnlaget. Det er konsistens dersom det ved registrering og/eller endring av data i ett system skjer en automatisk oppdatering av det andre systemet. Sykehusene har rutiner for at legen etterkontrollerer og godkjenner elektronisk det som er registrert i journalen og i PAS av sekretær/sykepleier. Ved ett sykehus godkjenner systemet automatisk det som er registrert i PAS etter 60 dager. Ved dette sykehuset er det dermed mulig for annet personell enn lege å registrere i PAS uten at registreringene blir godkjent av lege. Det vil da være risiko for at registrert informasjon ikke stemmer med det legen faktisk har ment.

I forbindelse med helseforetakenes kvalitetssikring av kodene før de oversendes NPR, avdekkes en del feil i kodingen. Etter Statens helsetilsyns vurdering bør kodene rettes opp både i PAS og i pasientjournalen. Etter tilsynets vurdering er det en svikt i sykehusenes journal- og informasjonssystemer når pasientens diagnose- og prosedyrekode nedtegnet i journalen ikke er i overensstemmelse med det som registreres i PAS, jf.

rapport fra Statens helsetilsyn *Tilsyn med kodepraksis* (10/2004). Både i tilsynets undersøkelse og i journalrevisjonen, jf. kapittel 5, ble det funnet mange tilfeller hvor kodene var rettet i PAS, men ikke i pasientjournalen. Noe av det som antas å gi risiko for avvik mellom de medisinske kodene i pasientjournalene og kodene som er registrert i PAS, knytter seg til rutiner for registrering i systemene.

IT-revisjonen viser at risikoen for at det kan være inkonsistens mellom kodene i PAS og kodene i journalen, er avhengig av om dataene overføres manuelt eller automatisk mellom de to systemene. I systemer hvor det kreves manuell oppdatering mellom systemene, vil det være risiko for inkonsistens mellom kodene i journal og i PAS. Ved automatisk oppdatering sikres konsistens mellom kodene i journalen og i PAS, så lenge alle endringer skjer før epikrisen er godkjent og sendt ut. I de tilfellene det er nødvendig med endringer i PAS etter at epikrisen er sendt ut, viser intervjuundersøkelsen at det ikke skjer en automatisk oppdatering av kodene i journalen. Det må da lages et tilleggsnotat til epikrisen.

Initiering av endringer i pasientdata skjer fortrinnsvis av lege eller sekretær. IT-revisjonen viser noe varierende grad av dokumentasjon/begrunnelse for endringene i de undersøkte sykehusene. Dokumentasjon av før- og etterkoder skjer fortrinnsvis i forhold til journalsystemet. I PAS vil det i de fleste tilfellene kun framgå siste registrerte kode, det vil si tidligere kode vil ikke framgå.

Hendelser som skjer i systemene, kan logges. Dette gir revisjonsspor og skaper et grunnlag for å avdekke uønskede hendelser, for eksempel uautoriserte endringer i systemene. IT-revisjonen viser at systemene som har vært med i kontrollen, har en loggfunksjonalitet. Tre av de besøkte sykehusene har et logg-grunnlag som sikrer god sporbarhet for endringer i systemene. Ett sykehus logger imidlertid ikke når det skjer endringer i systemene. Ved dette sykehuset er det derfor ikke mulig å spore hva som ble endret, hvem som endret kodene, når kodene ble endret, og heller ikke endring eller sletting av koding.

Rutiner for gjennomgang og oppfølging av logger er vesentlig dersom man skal kunne oppdage uønskede hendelser i systemene. IT-revisjonen viser at kun ett sykehus har skriftlige rutiner for gjennomgang av loggmaterialet. Selv om dette sykehuset hadde rutiner for gjennomgang av logger, var det ikke nedfelt i rutinen hvor ofte kontroll skulle foretas. De andre tre sykehusene går igjennom loggen sporadisk eller ved mistanke om feil. Mangelfull logging og gjennomgang av logger medfører risiko for at uautoriserte endringer ikke oppdages. Ingen av sykehusene kan dokumentere gjennomgang av logger.

IT-revisjonen viser at sykehusene i undersøkelsen gjennomgående synes å ha tilfredsstillende rutiner for generering og oversendelse av datafil til NPR.

6 Hvilke konsekvenser har lav kodekvalitet?

6.1 Hvilke konsekvenser har lav kodekvalitet for finansieringen av helseforetakene?

Ifølge regelverket for ISF-ordningen 2005 er det en sentral målsetting at finansieringssystemet skal ha en slik kvalitet at det kan gi god styringsinformasjon når ISF-refusjonen skal fordeles fra de regionale helseforetakene til helseforetakene. Over halvparten av landets sykehus fordelte ISF-refusjonen, helt eller delvis, ned på de kliniske avdelingene avhengig av antall behandlede pasienter i 2003, jf. Sintef-rapport.²⁹ De fleste sykehusene i intervjuundersøkelsen har også valgt å fordele ISF-refusjonen ned på avdelingsnivå.

Ved et sykehus i intervjuundersøkelsen er de avdelingsvise budsjettene ikke aktivitetsavhengige. Representanten for ledelsen ved sykehuset begrunner dette med at ISF- og DRG-systemet er store og komplekse systemer som ikke er ment å anvendes på så små enheter som en avdeling i et sykehus. Et annet sykehus i intervjuundersøkelsen fordeler ISF-refusjonen ned på klinikknivå, men ikke videre ned på avdelingsnivå. Denne løsningen begrunnes med at avdelingene ikke skal gis økonomiske insentiver til å tøye grenser i forhold til koding og prioritering.

Ved de fem andre sykehusene i intervjuundersøkelsen er de avdelingsvise budsjettene aktivitetsbasert. Her blir budsjettene tilpasset den statlige ordningen, slik at en større andel av budsjettet ble aktivitetsavhengig da refusjonssatsen økte fra 40 til 60 prosent i 2005. I intervjuundersøkelsen gis det flere begrunnelser for at de avdelingsvise budsjettene gjøres aktivitetsavhengige. En leder ved et sykehus mener det er nødvendig å fordele refusjonen ned på avdelingsnivå for å oppnå intensjonen med ISF-ordningen. Avdelingene stimuleres til å bli mer bevisst på logistikken for å sikre en kortere behandlingstid. ISF-ordningen har derfor bidratt til at dette sykehuset i større grad enn tidligere har sett på rutinene for samhandling mellom avdelingene hvor pasientene behandles.

En annen begrunnelse som gis for å fordele refusjonen ned på avdelingene, er å få fram hvor verdiene skapes. Avdelingene oppfattes i den sammenheng som egne resultatenheter. Ved å fordele DRG-poengene ned på avdelingene gir det et uttrykk for ressursene som går med til å behandle de pasientene den enkelte avdeling har. Flere av de intervjuede hevder videre at dette kan danne grunnlag for å få en riktigere kostnadsfordeling

mellom avdelingene, og dermed bedre forutsetningene for å oppnå mer realistiske budsjetter og en bedre kostnadskontroll ved sykehusene.

Intervjuundersøkelsen viser at det ikke er vanlig at ISF-refusjonen fordeles mellom avdelingene når pasientene behandles ved flere avdelinger. Dette betyr at en avdeling får hele ISF-refusjonen, selv om behandlingen medfører økte kostnader i flere andre avdelinger.³⁰

6.2 Hvilke konsekvenser kan lav kodekvalitet få for styringen av driften av helseforetakene?

I St. meld. nr. 50 (1993–94) *Samarbeid og styring* framgår det at DRG-systemet skal være et hjelpemiddel for oppbyggingen av et funksjonelt driftssystem som skal gi bedre og mer rasjonell styring ved det enkelte sykehus. Dokumentanalysen viser at ledelsesrapportene inneholder informasjon om antall DRG-poeng, på både sykehus og avdelingsnivå, ved alle de 14 sykehusene i journalrevisjonen. Videre viser dokumentanalysen at indikatoren DRG-indeks³¹ inngår i over halvparten av ledelsesrapportene. I tillegg inneholder ledelsesrapportene en oversikt over antall pasientopphold i DRG 470 ved elleve av de 14 sykehusene.

Intervjuundersøkelsen viser at de fleste sykehusene mener at indikatorene DRG-indeks og DRG-poeng gir et godt bilde av henholdsvis pasienttyngde og behandlingsaktivitet i avdelingene. Ledelsesrapportene ved de fleste sykehusene inneholder også andre indikatorer som belyser aktivitetsnivået, for eksempel antall sykehusopphold, antall polikliniske konsultasjoner og antall elektive behandlinger. Noen sykehus rapporterer imidlertid behandlingsaktiviteten kun i antall DRG-poeng i sine ledelsesrapporter.

De fleste ledelsesrapportene inneholder informasjon om eventuelle avvik mellom budsjetterte DRG-poeng og faktisk produserte DRG-poeng. Avviket i DRG-poeng er ofte knyttet til både den aktuelle måneden og samlet hittil i år. Dette gjør at avdelingene har mulighet til å følge sin egen utvikling over tid. Produksjonen av antall DRG-poeng hittil i år sammenlignes med fjorårets produksjon av antall DRG-poeng på samme tidspunkt.

Flere av sykehusene i intervjuundersøkelsen bruker også informasjon fra DRG-systemet til å sammenligne avde-

29) Kun ett sykehus i intervjuundersøkelsen gjennomfører internprising av varer og tjenester mellom avdelingene.

30) DRG-indeks er et mål på pasienttyngde. Samlet antall DRG-poeng dividert med antall sykehusopphold.

31) St.prp. nr. 1 (1996–97), side 226.

linger med hverandre. Ledelsen ved ett av sykehusene brukte blant annet informasjon om DRG-indeks og antall DRG-poeng til å fordele stillingshjemler mellom avdelinger i forbindelse med en omorganiseringssprosess. Flere av de intervjuede peker også på at mange avdelingsledere bruker informasjon fra DRG-systemet aktivt i forhandlinger med ledelsen i den økonomisk planleggingen.

ISF-ordningen påvirker budsjettprosessen i alle sykehusene. Sykehusene må budsjettere med antall DRG-poeng for å estimere sine samlede inntekter. Alle avdelingene i intervjuundersøkelsen får et krav om hvor mange DRG-poeng de skal produsere. Det er likevel forskjell mellom sykehusene med hensyn til hvordan de bruker informasjonen fra DRG-systemet i budsjettprosessen. Noen av de intervjuede oppga at budsjettene i stor grad fastsettes ved et estimert påslag på bakgrunn av tidligere DRG-produksjon. De fleste sykehusene legger likevel vekt på hvorvidt det har skjedd endringer i personalsammensetningen i avdelingen, eller andre forhold som det må tas hensyn til i planleggingen av neste års aktivitetsnivå. Deretter oversettes eventuelle endringer til DRG-poeng og tas med i budsjettberegningene.

Flere sykehus i intervjuundersøkelsen trekker fram at budsjettet skal være en konsekvens av planlagt aktivitet, og derfor skal være styrende for driften. Mange sykehus brukte kostnadsvektene i DRG-systemet for 2003 i budsjetteringen for 2004. Flere av de intervjuede pekte på at forutsetningene for de avdelingsvise budsjettene endres som følge av at kostnadsvektene ikke er kjent før budsjettåret. Dette fører til at budsjettene må revideres når kostnadsvektene er kjent. Dette bidrar til å øke usikkerheten til budsjettet som et styringsredskap ved sykehusene. Flere mener i den sammenheng at det hadde vært en fordel at nye kostnadsvekter ble kjent på et tidligere tidspunkt, slik at sykehusene kan ta hensyn til dette i budsjettprosessen.

Intervjuundersøkelsen viser at det er forskjeller mellom sykehusene med hensyn til hvor aktivt de følger med i utviklingen i antall DRG-poeng på avdelingsnivå. De

fleste lederne er likevel opptatt av ikke å legge for stor vekt på antall DRG-poeng i styringen. Avdelingslederne må forklare hvorfor et eventuelt avvik mellom planlagte og reelt produserte DRG-poeng har oppstått. Dersom det finnes en naturlig forklaring til avviket, blir dette akseptert av overordnet ledelse. En årsak kan for eksempel være at en avdeling ikke har klart å produsere antall planlagte DRG-poeng som følge av at en lege har sluttet.

Manglende reaksjon på avvik i antall DRG-poeng begrunnes med at det først og fremst er på utgiftssiden man kan iverksette tiltak for å bedre økonomien. Det skyldes at inntektssiden er mindre styrbar, særlig i avdelinger hvor det er et betydelig innslag av akuttvirksomhet. Flere av de intervjuede peker imidlertid på at svikt i sykehusets samlede inntekter, som følge av en reduksjon i antall DRG-poeng, kan føre til at det iverksettes kostnadsbesparende tiltak som tilsetningsstopp og mindre bruk av overtid. Ofte rammer disse tiltakene flere avdelinger enn de som har svikt i antall produserte DRG-poeng.

Ved flere av sykehusene i undersøkelsen var det en intensjon om at avdelingene skulle få beholde et eventuelt overskudd av driften, men overskuddet blir i stedet i praksis brukt til å finansiere underskudd i andre avdelinger. Noen avdelingsledere i intervjuundersøkelsen anser dette som en akseptabel løsning, mens andre avdelingsledere mener dette reduserer budsjettdisiplinen ved sykehusene.

Et formål med ISF-ordningen er at den skal gi helseforetakene insitamenter til å kartlegge kostnader og identifisere og fjerne flaskehalser som hindrer effektiv pasientbehandling. Intervjuundersøkelsen viser at flere av sykehusene ikke har kartlagt kostnader for ulike pasientgrupper. Flere sykehus kjenner derfor ikke til de økonomiske konsekvensene av å endre behandlingsaktiviteten. De er også i begrenset grad gjennomført systematiske analyser som kan bidra til å sikre en bedre organisering av pasientflyten på tvers av avdelingene.

7 Hvordan er utviklingen i tilgjengelighet til behandling for pasientgrupper som finansieres av ISF-ordningen?

7.1 Hvordan var utviklingen i behandlingsaktivitet og ventetid i perioden fra 2001 til 2004?

Gjennom ISF-ordningen ønsker staten å rette innsatsen mot pasientbehandlingen og samtidig redusere ventetiden for å bli behandlet ved norske sykehus.³² Beregninger av registerdata viser at det var en vekst i antall sykehusopphold på 19 prosent fra 2001 til 2004. Det har vært en aktivitetsvekst i alle de tre årene, men veksten var særlig sterk fra 2002 til 2003 (elleve prosent). Aktiviteten i ISF-ordningen måles i antall DRG-poeng. Ifølge Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten³³ var veksten i antall DRG-poeng 18 prosent i perioden fra 2001 til 2004.

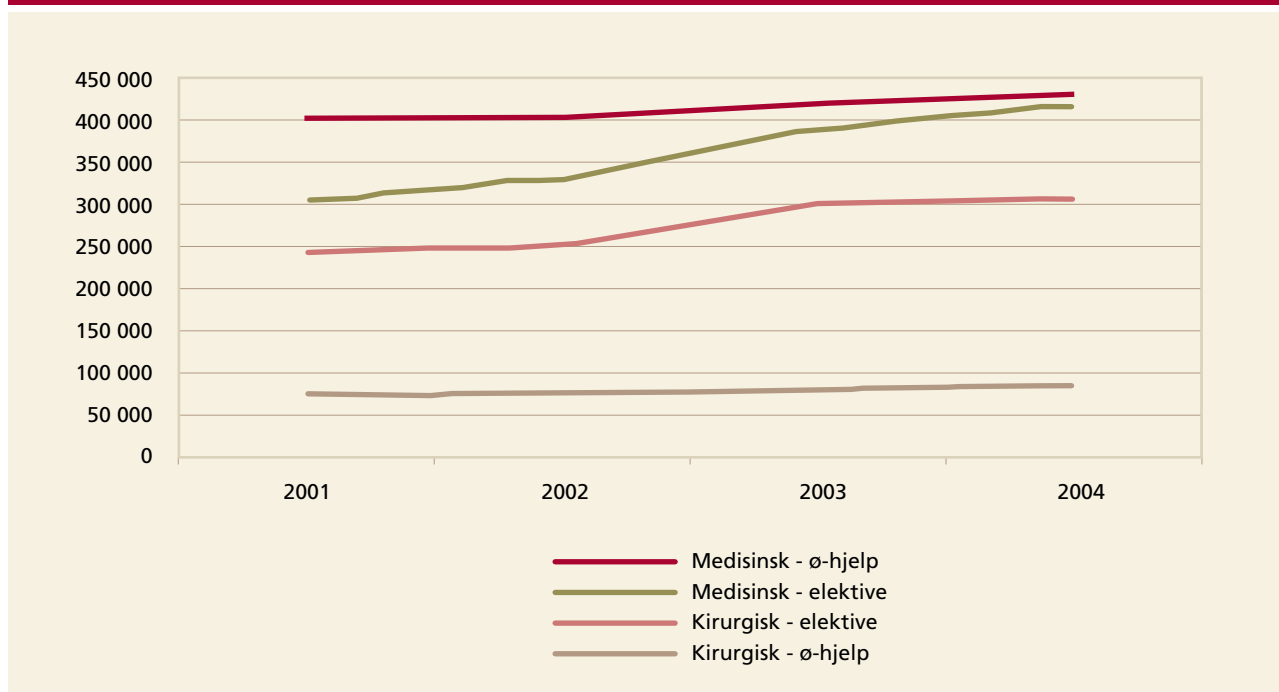
Sykehusopphold defineres enten som et elektivt (planlagt) opphold eller som et øyeblikkelig-hjelp-opphold. Pasientene i de elektive sykehusoppholdene har stått på en venteliste før behandling. Det antas generelt at det er lettere å planlegge behandlingsaktiviteten hvis andelen øyeblikkelig-hjelp-pasienter er lav enn hvis den er høy. Andelen øyeblikkelig-hjelp-pasienter er langt høyere for medisinske opphold enn for kirurgiske opphold. I 2004

var elektivandelen for de kirurgiske og medisinske oppholdene henholdsvis 78 og 49 prosent. Figur 7.1 viser utviklingen i antall elektive og øyeblikkelig-hjelp-sykehusopphold for henholdsvis medisinske og kirurgiske opphold i perioden fra 2001 til 2004. Videre viser figuren i hvilken grad veksten i antall sykehusopphold er knyttet til øyeblikkelig-hjelp.

Figur 7.1 viser at veksten i antall sykehusopphold i stor grad er knyttet til elektive opphold. Det har vært en vekst på 37 prosent for elektive medisinske opphold i perioden fra 2001 til 2004, mens veksten har vært noe lavere for kirurgiske elektive opphold (25 prosent). Videre framgår det av figuren at veksten har vært langt lavere både for medisinske og kirurgiske øyeblikkelig-hjelp-opphold i samme periode (henholdsvis sju og 14 prosent). Dette viser at veksten i sykehusopphold i stor grad er knyttet til opphold som sykehusene kan ta hensyn til i planleggingen av driften. Det framgår også av figur 7.1 at den sterkeste veksten i behandlingsaktivitet skjedde fra 2002 til 2003.

Den sterke veksten i antall sykehusopphold har ført til at

Figur 7.1 Utviklingen i antall sykehusopphold fordelt etter medisinske og kirurgiske DRG-er, samt fordelt etter innmåte



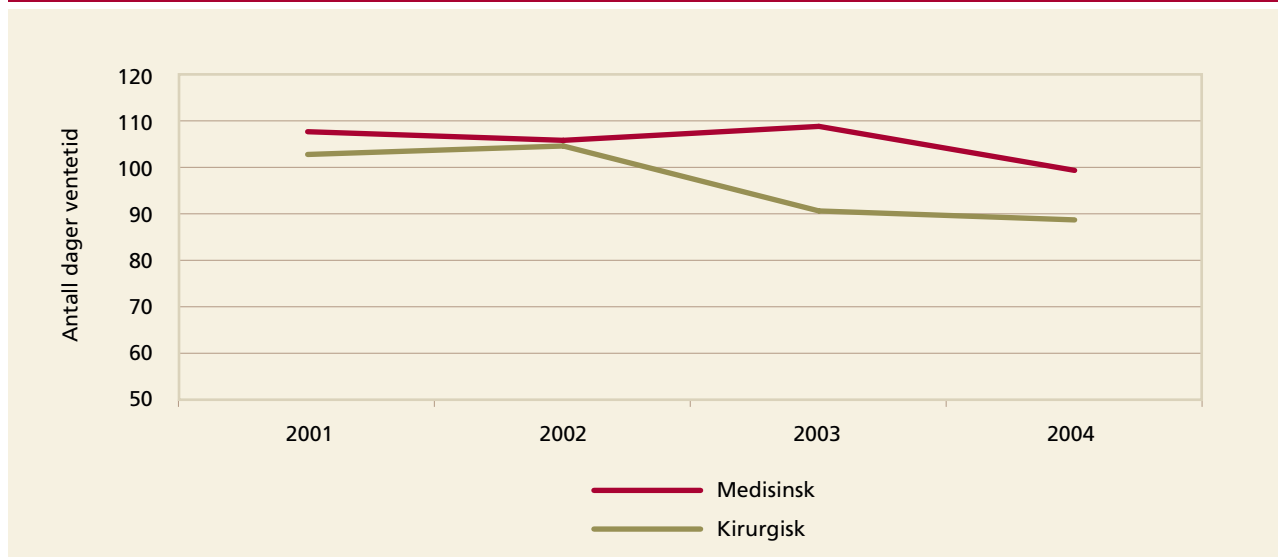
Kilde: Data fra Norsk Pasientregister

32) Årsrapport, Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten, juli 2005.

33) Det tas utgangspunkt i prosedyrekoder på grunn av at disse synes å ha en høyere datakvalitet enn diagnosekodene, jf. journalrevisjonen. Det

benyttes ca. 6 000 prosedyrekoder, men mange av disse prosedyrekodene har et lavt volum. Alle de 77 prosedyrekodene har et volum høyere enn 1 000 opphold per år.

Figur 7.2 Utvikling i median ventetid for medisinske og kirurgiske opphold 2001–2004



Kilde: Data fra Norsk Pasientregister

ventetiden i gjennomsnitt er redusert med ca. ti prosent, fra 105 dager i 2001 til 94 dager i 2004. Det er en intensjon i ordningen at den gjennomsnittlige ventetiden blir redusert for alle pasientgrupper som følge av innføringen av ISF. Figur 7.2 viser utviklingen i median ventetid for henholdsvis kirurgiske og medisinske opphold i perioden fra 2001 til 2004.

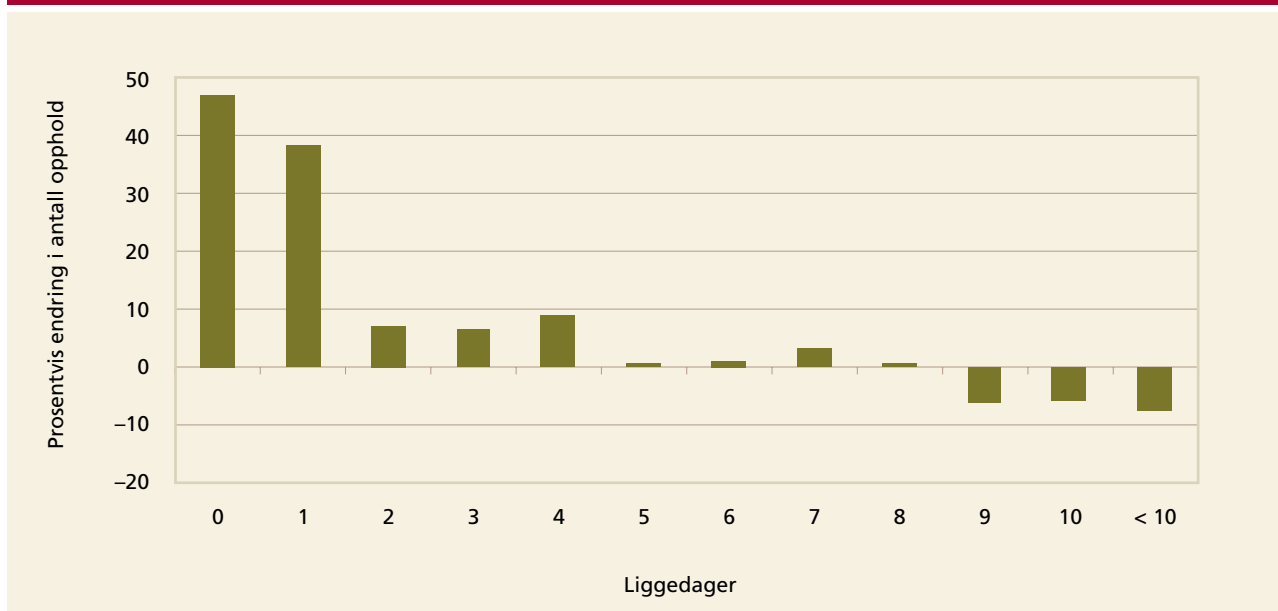
Figur 7.2 viser at kirurgiske sykehusopphold har lavere ventetider enn medisinske opphold. I 2001 var ventetiden henholdsvis 103 og 108 dager for kirurgiske og medisinske pasienter. Videre viser figuren at kirurgiske pasienter har hatt en sterkere reduksjon i ventetiden enn medisinske pasienter fra 2001 til 2004 (henholdsvis 14 og sju prosent). Dette betyr at utviklingen i ventetid har vært gunstigere for kirurgiske opphold, til tross for en

sterkere prosentvis vekst i antall elektive medisinske opphold i samme periode, jf. figur 7.1.

Pasientens liggetid gir en indikasjon på alvorlighetsgraden av oppholdet. Alvorlige og kompliserte opphold vil nødvendigvis kreve mer omfattende behandling, rekonvalesens og derfor lengre liggetid. Figur 7.3 viser prosentvis endring i antall elektive opphold fordelt etter liggedager i perioden fra 2001 til 2004.

Figur 7.3 viser at det har vært sterkest vekst for antall sykehusopphold med kort liggetid i perioden fra 2001 til 2004. Dagopphold og ettdøgnsopphold har hatt den sterkeste veksten (henholdsvis 47 og 39 prosent). Figuren viser likevel at den sterke veksten for korttidsopphold ikke har resultert i at det behandles færre pasienter med

Figur 7.3 Aktivitetsutvikling elektive opphold fordelt på liggedager i 2001–2004



Kilde: Data fra Norsk Pasientregister

flere liggedøgn (to til åtte dager). Det har imidlertid vært en nedgang i antall pasientopphold med over åtte liggedager.

Tabell 7.1 viser utviklingen i median ventetid fordelt etter liggedager i perioden fra 2001 til 2004.

Tabell 7.1 Utvikling i median ventetid fordelt etter antall liggedager

Liggetid (dager)	Ventetid 2001	Ventetid 2002	Ventetid 2003	Ventetid 2004	Prosentvis endring i ventetid 2001–2004
0	112	116	105	99	-12
1	96	98	96	88	-8
2	105	100	92	86	-18
3	99	98	95	92	-7
4	106	103	98	101	-5
5	99	100	96	102	3
6	83	85	83	84	1
7	76	77	74	73	-4
8	71	74	74	71	0
9	84	77	73	79	-6
10	88	87	82	88	0
Over 10 dager	76	67	63	62	-18

Kilde: Data fra Norsk Pasientregister

Tabell 7.1 viser at de pasientene som ventet lengst på behandling i 2001, var de som ikke overnattet (112 dager), mens ventetiden var kortere for de som ble lagt inn på sykehuset. Tabellen viser videre at pasienter som ligger mindre enn fire dager, har hatt en gunstigere utvikling i ventetid enn pasienter med lengre liggetid. Det framgår imidlertid også av tabellen at pasienter som lå på sykehus mer enn ti dager, hadde en sterk nedgang i ventetid, selv om det ble behandlet færre pasienter med så lang liggetid ved sykehusene, jf. figur 7.3. Tabell 7.1 viser at det i 2004 er slik at de pasientene som ventet lengst på behandling, var dagpasienter (99 dager) og pasienter som lå fire og fem dager på sykehuset. Ventetiden var også, i 2004, kortere for pasienter med lang liggetid ved sykehusene. I 2004 er det mindre forskjeller i ventetid for pasienter som hadde få og mange liggedøgn på sykehusene sammenlignet med i 2001.

7.2 I hvilken grad påvirker ISF-ordningen sykehusene til å endre prioriteringen mellom pasientgrupper?

For å belyse problemstillingen vedrørende prioritering og eventuelle nedprioritering av pasientgrupper tas det utgangspunkt i de 77 mest brukte prosedyrekodene.³⁴ En prosedyrekode er en klassifikasjon av et kirurgisk inngrep. Tabell 7.2 viser de 77 prosedyrekodene sortert

34) Det er individuelt for hver prosedyrekode hvor grensen mellom kort og lang liggetid går (median).

etter vekst i behandlingsaktivitet og utvikling i ventetid i perioden fra 2001 til 2004. Prosedyrekodene er gruppert etter om de har hatt en høyere eller lavere utvikling i aktivitet og ventetid enn gjennomsnittet for alle elektive opphold i perioden fra 2001 til 2004. Antall elektive opphold har i gjennomsnitt økt med 31 prosent, mens ventetiden er redusert med ca. ti prosent.

Tabell 7.2 Antall prosedyrer sortert etter utvikling i aktivitet og ventetid i perioden fra 2001 til 2004

Aktivitet	Ventetid		Sum prosedyrekoder
	Gunstig utvikling ventetid	Ugunstig utvikling ventetid	
Høyere	8	7	15
Lavere	34	28	62
Sum prosedyrekoder	42	35	77

Kilde: Data fra Norsk Pasientregister

Tabell 7.2 viser at åtte av prosedyrekodene har hatt en gunstig utvikling i både aktivitet og ventetid i perioden fra 2001 til 2004, og kan ha vært gjenstand for prioritering. Videre framgår det at 28 av prosedyrekodene har hatt en negativ utvikling i både aktivitet og ventetid i samme periode, og kan være gjenstand for nedprioritering. Undersøkelsen viser dermed at enkelte pasientgrupper på nasjonalt nivå har fått redusert tilgjengelighet målt ved utviklingen i ventetid til behandling.

Beregninger viser at oppholdene med de 28 ”nedprioriterte” prosedyrekodene hadde en gjennomsnittlig liggetid fra 2,1 dager i både 2001 og 2004. Pasientoppholdene med de åtte ”prioriterte” prosedyrekodene hadde en nedgang i gjennomsnittlig liggetid fra 1,75 dager i 2001 til 1,5 dager i 2004. Undersøkelsen viser videre at pasientene i de ”prioriterte” prosedyrekodene venter lenger på behandling enn pasientene i de ”nedprioriterte” prosedyrekodene. Median ventetid i 2001 for henholdsvis de ”prioriterte” og ”nedprioriterte” prosedyrekodene var 118 og 41 dager. I 2004 var den mediane ventetiden henholdsvis 82 og 53 dager for de samme to gruppene. Dette gjør at forskjellen i ventetiden har blitt mindre i perioden fra 2001 til 2004.

Beregninger viser at en stor andel av pasientoppholdene innenfor samme prosedyrekode blir gruppert til samme DRG. Sykehusene mottar samme refusjon for alle pasientopphold i en DRG. Dette innebærer at pasienter med kort liggetid i en DRG ofte vil være mer lønnsomme å behandle enn pasienter med lang liggetid innenfor samme DRG. Undersøkelsen har derfor belyst om de mest lønnsomme pasientene (kort liggetid) er blitt prioritert innenfor de åtte prosedyrekodene som hadde en gunstig utvikling i både aktivitet og ventetid sammenlignet med gjennomsnittet for alle elektive opphold, jf. tabell 7.2. Tabell 7.3 viser utviklingen i aktivitet og ventetid for pasienter med henholdsvis kort og lang liggetid

Tabell 7.3 Utvikling i aktivitet og ventetid per prosedyrekode fordelt etter kort og lang liggetid fra 2001 til 2004. Tall i prosent

	Endring i aktivitet	Endring i ventetid	Endring i aktivitet	Endring i ventetid
Prose-dyrekode	Kort liggetid	Kort liggetid	Lang liggetid	Lang liggetid
P1	-31	-32	-48	-25
P2	16	-36	71	-9
P3	44	-16	4	-18
P4	145	-21	30	-23
P5	200	-81	-20	-40
P6	41	-14	-13	-37
P7	76	-14	17	-11
P8	15	-60	315	4
Totalt	14	-30	-23	-28

Kilde: Data fra Norsk Pasientregister

for hver av de åtte prosedyrekodene i perioden fra 2001 til 2004.³⁵

Tabell 7.3 viser at pasienter med kort liggetid har hatt en aktivitetsvekst på 14 prosent, mens aktiviteten er redusert med 23 prosent for pasienter med lang liggetid. For to av de åtte prosedyrekodene (P2 og P8) har vekslen i aktivitet vært sterkere i kategorien med lang liggetid enn for kategorien med kort liggetid. Til tross for en mindre gunstig utvikling i behandlingsaktivitet for pasientene som ligger lengst, viser tabell 7.3 at disse pasientene har hatt en nesten like gunstig utvikling i ventetid som pasienter i kategorien med kort liggetid (henholdsvis 28 og 30 prosent reduksjon i ventetid).

På tilsvarende måte er det belyst om de mest lønnsomme pasientene (pasientoppholdene med kortest liggetid innenfor den enkelte prosedyrekode) er blitt prioritert innenfor de 28 prosedyrekodene som hadde en mindre gunstig utvikling i aktivitet og ventetid sammenlignet med gjennomsnittet for alle elektive opphold, jf. tabell 7.2. Tabell 7.4 viser aktivitetsendringen og utviklingen i ventetid for pasienter med henholdsvis kort og lang liggetid for hver enkelt av de 28 prosedyrekodene i perioden fra 2001 til 2004.

Tabell 7.4 viser at samlet reduksjon i behandlingsaktivitet for disse 28 prosedyrekodene var på ca. elleve prosent i kategorien for pasienter med kort liggetid, mens det var en reduksjon i aktivitet på ni prosent for pasientene med lang liggetid. For ni av de 28 prosedyrekodene har utviklingen i aktivitet vært mer gunstig for pasienter med lang liggetid enn med kort liggetid (N4, N5, N7, N8, N13, N15, N18, N27, N28).

Videre viser tabell 7.4 at ventetiden har økt med 31 prosent for pasienter med kort liggetid, mens den har økt

35) Det er individuelt for hver prosedyrekode hvor grensen mellom kort og lang liggetid går (median)

Tabell 7.4 Utvikling i aktivitet og ventetid per prosedyrekode fordelt etter kort og lang liggetid fra 2001 til 2004. Tall i prosent

	Endring i aktivitet	Endring i ventetid	Endring i aktivitet	Endring i ventetid
Prose-dyrekode	Kort liggetid	Kort liggetid	Lang liggetid	Lang liggetid
N1	1	-7	-26	9
N2	-3	-6	-31	5
N3	0	10	-55	379
N4	9	0	50	-6
N5	-21	15	-19	-12
N6	-23	1	-24	24
N7	-26	-23	-10	21
N8	-12	-21	80	17
N9	-3	-13	-19	-2
N10	-6	19	-39	-6
N11	-38	0	-74	-30
N12	0	10	-57	97
N13	-33	3	28	0
N14	29	1	20	12
N15	14	8	54	0
N16	8	288	-13	278
N17	35	-7	5	-18
N18	-21	6	-18	6
N19	-5	16	-10	20
N20	13	20	-6	55
N21	67	49	-1	-4
N22	-3	-17	-19	17
N23	29	-2	-8	62
N24	-5	10	-22	-7
N25	49	36	5	119
N26	-17	0	-22	27
N27	-72	1	-52	-16
N28	-24	121	18	20
Totalt	-11	31	-9	13

Kilde: Data fra Norsk Pasientregister

med 13 prosent for pasientene med lang liggetid. Pasientene med lang liggetid har hatt en mer gunstig utvikling i ventetid enn pasientene med kort liggetid. For tolv av de 28 prosedyrekodene er det en gunstigere utvikling i ventetid for pasientene som ligger lengst (N4, N5, N10, N11, N13, N15, N16, N17, N21, N24, N27, N28). Beregningene indikerer derfor at de mest ressurskrevende pasientene (lang liggetid) innenfor disse prosedyrene på nasjonalt nivå ikke synes å ha en mindre gunstig utvikling i ventetid enn de minst ressurskrevende pasientene.

Prioriteringer eller nedprioriteringer av pasientgrupper som skjer på lokalt nivå, kan være vanskelig å identifisere gjennom ovennevnte registeranalyse. Det kan være mange årsaker til at en avdeling har en endring i behandlingsvolumet. Den enkelte lege har relativt liten

innflytelse over hvilke pasienter han eller hun behandler, men kan likevel ha oppfatninger om det skjer en prioritering eller nedprioritering av pasienter i avdelingen. Legene ble derfor spurt om prisen på ulike DRG-er påvirker prioriteringen av hvilke pasientgrupper som blir behandlet i avdelingen. Over halvparten av legene (54 prosent) svarte at de tror dette *aldri* skjer. På enkelte avdelinger svarer imidlertid hver fjerde lege *det hender* på dette spørsmålet.

Det er et klart flertall av de intervjuede som svarer at pasienter eller pasientgrupper ikke prioriteres av økonomiske årsaker. Flere av lederne som ble intervjuet, svarer likevel at det skjer en prioritering av pasientgrupper på økonomisk grunnlag. De mener at ISF-ordningen fungerer som et styringsinstrument, slik at de som har en gunstig DRG-vekt, prioriteres. Dette kan føre til at andre pasientgrupper må vente lenger enn nødvendig på behandling. Enkelte av de intervjuede mener at de ikke nedprioriterer noen pasientgrupper av økonomiske årsaker, men har likevel et bevisst forhold til hvilke pasientgrupper som er lønnsomme. De mener i den sammenheng at det ikke er i strid med prioriteringsforskriften å prioritere noen lønnsomme pasientgrupper, så lenge dette ikke går på bekostning av andre pasientgrupper.

Ledelsen ved flere av sykehusene peker på at prioritering av pasienter av økonomiske årsaker kan skje i forbindelse med et ønske om å oppnå bedre kontroll over økonomien. Det pekes i den sammenheng på at et aktivitetsbasert finansieringssystem kan gjøre dette mulig gjennom inntektsgenererende tiltak. I forbindelse med en produksjonsøkning kan sykehusene velge ut pasienter som er mer lønnsomme enn andre, slik at sykehuset oppnår høyere inntekter enn de økte kostnadene en slik produksjonsøkning generer. Slike tiltak framstår ofte som prosjekter rettet mot en spesiell pasientgruppe utført utenfor normal arbeidstid. I denne typen prosjekter synes det som at det velges pasientgrupper som er tilstrekkelig lønnsomme.

I intervjuundersøkelsen pekes det på at slike prosjekter i større grad ble gjennomført tidligere, og at tilbøyeligheten til å gjøre prosjekter synes å være avhengig av refusjonssatsen. I intervjuundersøkelsen kommer det fram at når refusjonssatsen i ISF-ordningen er på 60 prosent, blir marginalinntekten så stor at det er mulig å igangsette prosjekter ut fra økonomiske hensyn.

8 Hvordan forvaltes tilskuddsordningen?

Helse- og omsorgsdepartementet er tilskuddsforvalter, og har utarbeidet et eget regelverk for ISF-ordningen. Regelverket utgis som et rundskriv hvert år: *informasjonshefte om innsatsstyrt finansiering*. Regelverket gir blant annet en orientering om formålet med ordningen, hva som er nytt fra tidligere år og hvordan ISF-refusjonen beregnes. Videre redegjøres det for generelle rapporterings- og registreringskrav som helseforetakene må være kjent med. I forhold til medisinsk koding orienteres det om registreringskrav til særskilte pasientgrupper, samt om hva som er gjeldende kodeverk. I tillegg gis det en beskrivelse av DRG-systemet. I vedlegg til regelverket presenteres DRG-vektene (prisene) for hver enkelt DRG.

8.1 Hvilke aktører er sentrale i tilskuddsforvaltningen?

Helse- og omsorgsdepartementet eier Norsk Pasientregister (NPR). Sintef Helse har ansvaret for driften av pasientregisteret, og det gis årlige tilskudd til dette formålet. Arbeidsoppgavene til NPR omfatter blant annet innsamling, kvalitetssikring, arkivering og formidling av pasientdata fra somatisk og psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Data fra NPR benyttes blant annet som grunnlag for utbetalingene i ISF-ordningen.

NPR er en egen seksjon i Sintef Helse. En annen seksjon, Sintef Helse PaFi, har sin bakgrunn i en intensjonsavtale fra 1999 mellom daværende Sosial- og helsedepartementet og Sintef Unimed om utvidelse av NPRs oppgaver. Det ble her lagt til grunn at Sintef dermed skulle bygge opp et fagmiljø som kunne ta et totalansvar for drift og utvikling av finansieringssystemet. Oppgavene til PaFi omfatter blant annet oppdatering/revisjon av DRG-systemet og oppdatering/revisjon av kostnadsvektberegninger i DRG-systemet.

Sosial- og helsedirektoratet har ansvaret for å utvikle og vedlikeholde kode- og pasientklassifiseringssystemene innenfor spesialisthelsetjenesten. Det omfatter blant annet de medisinske fagkodeverkene for koding av diagnoser (ICD-10) og prosedyrer (NCSP). KITH AS har ansvar for IT-støttet utvikling, vedlikehold, brukerveiledning og distribusjon av kodeverkene. I St.prp. nr. 1 (2005–2006) foreslår departementet å overføre ansvaret for utvikling og vedlikehold av aktivitetsbasert finansiering til Sosial- og helsedirektoratet. Departementet ser det som en styrke at ett organisatorisk ledd får et helhetlig ansvar for både kode- og klassifikasjonsarbeidet og forvaltning/utvikling av aktivitetsbaserte finansieringsordninger. Videre framgår det at siktemålet også er en

tettere oppfølging slik at eventuelle systemsvakheter i den aktivitetsbaserte finansieringen fanges opp og korrigeres så tidlig som mulig. Departementet vil i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2006 redegjøre for status i saken.

Videre er det opprettet et uavhengig faglig utvalg (Avregningsutvalget) som skal gi råd til departementet i medisinskfaglige spørsmål knyttet til registrering og kvalitetskontroll av medisinske data. Avregningsutvalget skal gi råd til departementet om utbetalingene i ISF-ordningen er i samsvar med intensjonene bak finansieringsordningen. I tillegg skal det også gi råd til de kliniske miljøene slik at kodingen blir medisinsk korrekt i forhold til retningslinjene for diagnose- og prosedyreregistrering.

DRG-systemet blir oppdatert årlig. Utviklingen skjer i samarbeid med andre nordiske land, gjennom NordDRG. Her blir innspill fra alle land samlet og vurdert av nordiske eksperter. Norge har i tillegg en egen ekspertgruppe som vurderer aktuelle endringer med hensyn til norske forhold. Endringer vedtatt i NordDRG blir som regel også innført i Norge.

8.2 Hvilke sentrale tiltak er iverksatt i tilskuddsforvaltningen?

Det er i de siste årene gjennomført flere tiltak i departementets tilskuddsforvaltning. Helse- og omsorgsdepartementet uttaler i brev til Riksrevisjonen av 13. august 2004 og 11. oktober 2004 at resultatene i journalrevisjonen bekrefter tidligere funn om kodepraksisen ved sykehusene. Departementet iverksatte i samarbeid med Sintef Helse i 2003 en nasjonal strategi med formål å heve kodekvaliteten. Et sentralt tiltak i denne strategien er blant annet et samarbeidsprosjekt med Legeforeningen og de ulike spesialforeningene for å skape felles forståelse og faglig enighet i forhold til regelverket. Andre tiltak i denne strategien er mer aktiv kvalitetssikring av kodekvaliteten, mer aktiv bruk av Avregningsutvalget og en mer aktiv seminar- og informasjonsvirksomhet rettet mot journalansvarlige i helseforetakene.

Sykehusene skal kvalitetssikre DRG-dataene før de taltvis rapporteres til NPR. NPR bearbeider, kvalitetssikrer og DRG-grupperer dataene. Kvalitetssikringen skal sørge for å identifisere feil og mangler som gjør at pasientoppholdene ikke kan DRG-grupperes, eller blir gruppert i feil DRG. Dette kan være både ugyldige koder, logiske feil eller urimeligheter i den medisinske kodingen. Tidligere var det mulig for sykehusene å

endre innsendte data løpende helt til årsavslutningen i januar/februar. Det ble fra 2004 innført låsing av tertialdata som benyttes til økonomiske beregninger i ISF. Datafilene vil etter kontroll hos NPR være det endelige beregningsgrunnlaget for størrelsen på ISF-refusjonen. Registreringer i sykehusenes pasientadministrative system (PAS) etter tertiallukking påvirker derfor ikke de økonomiske beregningene i ISF. Tidligere lukking har også tvunget sykehusene til å kvalitetssikre kodingen mer løpende gjennom hele året.

Innenfor hver DRG vil det være pasientopphold som er mer ressurskrevende enn gjennomsnittsoppholdet i DRG-en.

Tekstboks 8.1

DRG-systemet klassifiserer sykehusopphold i 510 grupper som medisinsk og ressursmessig er tilnærmet homogene. Grupperingen bygger på 20 000 diagnoser og 6 500 prosydyrekoder. DRG-systemet innebærer en betydelig skjematisk og forenkling av den kliniske virkeligheten og innebærer at det innenfor hver diagnosegruppe vil være opphold som er mer eller mindre ressurskrevende enn gjennomsnittsoppholdet.

Intervjuundersøkelsen viser at mange er kritiske til at kostnadsvektene ikke blir oppdatert oftere. Dette har ført til at kostnadsvektene i liten grad har gjenspeilet kostnadsforholdene ved sykehusene. Fra og med 2006 skal imidlertid kostnadsvektene oppdateres årlig. Ifølge regelverket for ISF-ordningen vil hyppige revisjoner av kostnadsvektene sikre at refusjonen i størst mulig grad avspeiler kostnadsforholdene ved sykehusene på en tilfredsstillende måte. I St.prp. nr. 1 (2005–2006) framgår det at departementet har iverksatt et arbeid for å få på plass bedre registreringssystemer og bedre kostnadsinformasjon per pasient. Kostnad per pasient (KPP) er en metode for å knytte de faktiske kostnadene til hver enkelt pasient. KPP sammenstiller hvilke tjenester den enkelte pasient mottar på sykehuset og beregner hva disse tjenestene koster. Bedre kostnadsinformasjonssystemer vil ifølge departementet kunne gi et bedre grunnlag for å vedlikeholde ISF-ordningen.

Refusjonen i ISF-ordningen skal baseres på reell aktivitet. Deler av en aktivitetsendring kan skyldes endringer i registreringspraksisen av medisinske koder. Det vil være i strid med ISF-ordningen dersom sykehusene har fått utbetalt en høyere ISF-refusjon for samme aktivitet. Det er fra 2002 innført en praksis der enhetsprisen justeres dersom det er identifisert endret registreringspraksis. Dette gjør at sykehus og/eller avdelinger som har økt DRG-indeksen uten en reell endring i behandlingsaktiviteten, får avkortet refusjonen. Flere av de intervjuede pekte på at denne praksisen får en del utilsiktede økonomiske konsekvenser ved at sykehus og/eller avdelinger som ikke har endret kodepraksis, også får tilført mindre ressurser.

8.3 Krav og rapportering

Målsettingen med ISF-ordningen var ifølge St.prp. nr. 1 (2002–2003) å øke aktiviteten ved landets sykehus på en effektiv måte. Den økte aktiviteten skulle bidra til å redusere unødig ventetid til behandling. Departementet peker på at selv om utviklingen i ventetid har vist en positiv trend, er ventetidene fremdeles for lange innen flere fagområder. Videre framgår det at det skal fokuseres spesielt på å redusere ventetiden for de pasientene som har ventet lengst. Det understrekes likevel at dette må skje med utgangspunkt i foretakenes ressursituasjon slik at det også på dette området vil være en stor utfordring å finne tiltak som kan gi bedre ressursutnyttelse. Målene er formidlet til de regionale helseforetakene gjennom styringsdokumentet for 2003. Her framgår det at de regionale helseforetakene har mulighet til å øke aktiviteten utover opprinnelig måltall, så lenge basisbevilgningen ikke overskrides.

Det framgår av St.prp. nr. 1 (2003–2004) at departementet, etter Stortingets behandling av St.prp. nr. 65 (2002–2003), jf. Innst. S. nr. 260 (2002–2003), sendte ut et revidert styringsdokument for 2003 til de regionale helseforetakene. Departementet gjorde her rede for at prognosene for aktivitetsutviklingen for 2003 indikerte en langt høyere aktivitet enn forutsatt. Gjennom det reviderte styringsdokumentet ga departementet supplerende styringssignaler knyttet til premissene for de aktivitetsbaserte tilskuddene, og til at de regionale helseforetakene skulle styre aktiviteten inn mot de forutsetningene som lå til grunn for budsjettet for 2003.

Basert på reaksjoner på det reviderte styringsdokumentet sendte departementet ut et nytt brev til de regionale helseforetakene der det ble varslet om en gjennomgang av situasjonen i de regionale helseforetakene, og at de regionale helseforetakene ikke skulle gjennomføre tiltak som følge av revidert styringsdokument før denne gjennomgangen var foretatt. På bakgrunn av tilbakerapporteringer og effektanalyser fra de regionale helseforetakene, og vurderinger ut fra "sørge-for"-ansvaret, fant ikke departementet grunnlag for å iverksette tiltak for å redusere den sterke veksten i 2003, jf. St.prp. nr. 1 (2003–2004).

I St.prp. nr. 1 (2003–2004) framgår det at behovet for stimulans til videre vekst i pasienttilbudet ikke er like stort som tidligere, og det utelukkes ikke at det finnes en overkapasitet på noen områder. Det ble i budsjettet lagt opp til en videreføring av aktiviteten på om lag samme høye nivå i 2004 som i 2003, noe som krevde at de regionale helseforetakene måtte effektivisere driften. ISF-ordningen skulle ifølge St.prp. nr. 1 (2003–2004) gi helseforetakene insitamenter til å kartlegge kostnader og identifisere og fjerne flaskehalser som hindrer effektiv pasientbehandling. I styringsdokumentene til de regionale helseforetakene for 2004 og 2005 stilte ikke departementet noen konkrete krav til effektiv ressursutnyttelse av innsatsfaktorene i ISF-ordningen. Det ble imidlertid

stilt flere andre krav vedrørende ISF-ordningen i styringsdokumentene for 2004:

- Budsjettet for 2004 legger til rette for en videreføring av aktiviteten på om lag samme høye nivå som aktiviteten i 2003.
- Helseforetakene må fortsatt ha oppmerksomhet mot å holde ventelistene på et lavt nivå.
- ISF-systemet skal ikke være styrende for de prioriteringene som gjøres med hensyn til hvilke pasienter som skal tilbys behandling. De regionale helseforetakene må derfor blant annet se til at de avtalene som inngås med helseforetak og private tjenesteleverandører, er av en slik karakter at det ikke medfører uheldige prioriteringer.
- Refusjonene gjennom ISF-systemet skal baseres på reell aktivitet, og skal fastsettes i samsvar med dette i forbindelse med endelig avregning våren 2005.
- De regionale helseforetakene skal etablere et system som sikrer at lover og forskrifter, herunder retningslinjer for koding, følges i virksomheten.
- Det forventes at de regionale helseforetakene etablerer rutiner som sikrer en mest mulig enhetlig koding i samarbeid med blant annet Legeforeningen.
- Det forutsettes at de regionale helseforetakene deltar aktivt i det nasjonale utviklings- og gjennomførings-

arbeidet vedrørende retningslinjer for korrekt og ensartet koding, blant annet gjennom seminar rettet mot journalansvarlige i helseforetakene.

I årlig melding for 2004 rapporterer de regionale helseforetakene om utviklingen i aktivitet og ventetider, men det rapporteres i begrenset grad om hvordan utviklingen har vært for de ulike pasientgruppene. Når det gjelder prioriteringsproblematikk, rapporterer Helse Nord RHF om enkelte områder hvor de har henholdsvis over- og underkapasitet. Ingen av de regionale helseforetakene rapporterer på hvilken måte ISF-ordningen har bidratt til å kartlegge kostnader og til å fjerne flaskehalser som hindrer effektiv pasientbehandling. Videre har de regionale helseforetakene i årlig melding i liten grad redegjort for hvordan de har gjennomført departementets krav vedrørende koding. Vedtatt budsjett for 2004 forutsatte om lag uendret aktivitet fra 2003 til 2004. Det framgår av St.prp. nr. 1 (2005–2006) at den reelle veksten i 2004 var på om lag én prosent.

I styringsdokumentene til de regionale helseforetakene for 2005 ba departementet de regionale helseforetakene om å ha et ledelsesmessig fokus på arbeidet med å høyne kvaliteten på den medisinske kodingen.

9 Vurderinger

Helse- og omsorgsdepartementet er tilskuddsforvalter for ISF-ordningen, og har derfor et overordnet ansvar for at de regionale helseforetakene har en tilfredsstillende internkontroll som blant annet sikrer en korrekt medisinsk koding av pasientbehandlingen i helseforetakene. Departementet har de siste årene iverksatt en rekke tiltak for å bedre kvaliteten på den medisinske kodingen. For eksempel er det igangsatt et samarbeidsprosjekt med Legeforeningen og de ulike spesialforeningene for å få en felles forståelse og faglig enighet om kodingen. Det er sentralt at disse tiltakene lykkes, siden en enhetlig og korrekt kodepraksis er avgjørende for at finansieringsordningen skal ha nødvendig legitimitet.

Undersøkelsen viser at styrene og ledelsen i helseforetakene ikke i tilstrekkelig grad har ivarett sitt ansvar med å etablere systemer som sikrer en god kodekvalitet. Mangelfull opplæring i gjeldende regelverk for medisinsk koding er en viktig årsak til en svak kodekvalitet. Videre har flere av helseforetakene i undersøkelsen ikke utarbeidet retningslinjer for hvordan regelverket skal etterleves. I tillegg har helseforetakene i undersøkelsen lite systematisk oppfølging av utviklingen i kodekvaliteten. Undersøkelsen viser at ledelsens engasjement på området har avgjørende betydning for kodekvaliteten i helseforetaket.

En svak kodekvalitet kan på en utilsiktet måte påvirke ressursfordelingen mellom både helseforetakene og avdelingene i det enkelte helseforetak. Videre svekker en svak kodekvalitet muligheten til å oppnå en forsvarlig økonomistyring i helseforetakene. Departementet har et overordnet ansvar for at de regionale helseforetakene følger de nasjonale retningslinjene i prioriteringen av pasientene. Undersøkelsen gir ikke klare holdepunkter for at ISF-ordningen bidrar til nedprioritering av pasienter i helseforetakene av økonomiske årsaker.

9.1 Årsaker til svak kodekvalitet

Helseforetakene har lite systematisk styring av kodekvaliteten

De fleste helseforetakene i undersøkelsen har gjennomført en rekke tiltak i løpet av de siste årene for å bedre kodekvaliteten. Disse tiltakene har trolig ført til en bedre kodekvalitet blant annet gjennom en mer fullstendig koding av diagnoser og prosedyrer. Undersøkelsen viser likevel at det fortsatt er behov for at styrene og ledelsen i helseforetakene iverksetter ytterligere tiltak for å sikre en bedre intern kontroll.

Ledelsen ved alle helseforetakene i undersøkelsen peker på at de har en målsetting om at kodingen skal være korrekt. Undersøkelsen viser likevel at det er mangler i styringen i og med at ingen av helseforetakene i intervjuundersøkelsen har utviklet mål som gjør det mulig å etterprøve om ønsket kodekvalitet er nådd.

I helseforetakene, både sentralt og ute i avdelingene, gjennomføres en løpende vurdering av forhold som kan påvirke kodekvaliteten. Dette fører blant annet til at mindre erfarne leger blir gjenstand for en mer omfattende kontroll enn mer erfarne leger. Undersøkelsen viser likevel at ingen av helseforetakene systematisk har analysert forhold som kan hindre at den medisinske kodingen utføres i samsvar med gjeldende regelverk. Dette reduserer foretaksledelsens mulighet til å etablere tiltak og rutiner for å håndtere disse risikoene.

Ledelsesrapportene i helseforetakene inneholder i liten grad informasjon som belyser kodekvaliteten. De fleste ledelsesrapportene presenterer antall pasientopphold i DRG 470. Dette er pasientopphold som er mangelfullt kodet, og som ikke gir helseforetakene inntekter. Et helseforetak eller en avdeling med få eller ingen pasientopphold i DRG 470 har imidlertid ikke nødvendigvis god kodekvalitet, jf. resultatene fra journalrevisjonen. Mangel på etterprøvbare mål og rapportering på kodekvaliteten vil gjøre det vanskelig for styrene og ledelsen i helseforetakene å overvåke hvor effektivt og hensiktsmessig kontrollaktivitetene fungerer i forhold til overholdelse av gjeldende regelverk. Et helseforetak skiller seg positivt ut ved at ledelsen får tilbakemelding om utviklingen i kodekvaliteten ved at det hvert år gjennomføres en journalrevisjon av et utvalg pasientopphold.

Helseforetakene mangler retningslinjer for hvordan regelverket skal etterleves

Helseforetakene har plikt til å sørge for at avdelingene har tilfredsstillende rutiner for koding slik at feil avdekkes og korrigeres. Når ansvaret for kodekvaliteten delegeres til avdelingsleder, har foretaksledelsen også et ansvar for å se etter om det er etablert rutiner som sikrer en tilfredsstillende kodekvalitet. I tre av sju helseforetak i intervjuundersøkelsen finnes det skriftlige ansvarsbeskrivelser for kode- og registreringspersonell. Kun i ett av helseforetakene finnes det skriftlige rutiner som beskriver ansvar og myndighet hos de ulike personellgruppene som er involvert i kodearbeidet. Mange helseforetak i intervjuundersøkelsen har med andre ord ikke utarbeidet skriftlige retningslinjer for hvordan de medisinske regelverkene skal etterleves. Dette fører til at kodekvaliteten i en avdeling blir svært avhengig av avdelingslederens kompetanse, interesse og motivasjon for koding.

Undersøkelsen viser at flere helseforetak mangler retningslinjer for hvordan endringer av koder skal skje. I flere av helseforetakene ble koder endret som følge av kontroll uten at epikriseansvarlig lege ble rådført. Det bør i det enkelte helseforetak foreligge rutiner som sikrer klare ansvars- og myndighetsforhold vedrørende endring av koder i det pasientadministrative systemet (PAS). Endringer i PAS bør videre logges slik at det er mulig å avdekke uønskede hendelser i registreringen av kodene. Journalrevisjonen viser i en del tilfeller at kodene kun er rettet opp i PAS og ikke i pasientjournalen. Statens helsetilsyn har framhevet at det er en svikt i helseforetakets journal- og informasjonssystem når de koder som er registrert i pasientens journal, ikke er i overensstemmelse med de kodene som er registrert i PAS.

Undersøkelsen viser at enkelte helseforetak har utviklet et system som dokumenterer begrunnelser for endringer av kodene. Begrunnelsene gir mulige årsaker til at pasientoppholdene er kodet feil. For å bedre kodekvaliteten kan helseforetakene og avdelingene derfor iverksette tiltak for å utnytte denne informasjonen bedre.

Helseforetakene gir ikke legene tilstrekkelig opplæring i gjeldende regelverk for koding

Undersøkelsen viser at legene mener at et komplisert fagkodeverk og mangelfull opplæring er de viktigste årsakene til at kodingen ikke blir i samsvar med regelverket. Et komplisert regelverk tilsier at systematisk opplæring er helt nødvendig for å sikre en god kodekvalitet. I spørreskjemaundersøkelsen svarer hver tredje lege at de ikke har fått systematisk opplæring i medisinsk koding. Av de som har fått opplæring, fikk nesten halvparten opplæringen før 2003. Mange leger har derfor ikke oppdatert kompetanse i de medisinske fagkodeverkene.

Det er ledelsen i helseforetakene som har det overordnede ansvaret for at legene får tilstrekkelig opplæring i regelverket. I mange helseforetak er ansvaret for opplæringen delegert til avdelingslederne. Det synes som om den enkelte avdelingsleders interesse for medisinsk koding er avgjørende for hvilken opplæring som gis den enkelte lege. Undersøkelsen viser at det er nødvendig for foretaksledelsen å iverksette tiltak som sikrer at opplæringen i kodeverkene skjer på en systematisk og koordinert måte. Foretaksledelsen har også ansvar for å etterprøve at både de som koder og de som kvalitetssikrer kodingen, har nødvendig og oppdatert kompetanse i kodeverkene.

Undersøkelsen viser at mange leger sjelden eller aldri får individuell tilbakemelding på kodingen. Samtidig mener mange leger at den tilbakemeldingen som gis, i stor grad fremmer læring som forbedrer kodekvaliteten. Undersøkelsen indikerer derfor et potensial for å heve kodekvaliteten gjennom at den enkelte lege får mer individuell tilbakemelding på kodearbeidet.

Mange leger kjenner ikke godt nok til regelverket for medisinsk koding

Legene må kjenne til regelverk og veiledningsmateriale for å kunne kode riktig. Mangelfull opplæring i medisinsk koding er trolig en viktig årsak til at nesten 40 prosent av legene i spørreskjemaundersøkelsen svarer at de ikke kjenner godt til kodeveiledningsmaterialet i ICD-10-boken. Risiko for feil koding forsterkes ved at enda færre leger kjenner godt til annet sentralt kodeveiledningsmateriale. Mangelfull opplæring er også med på å forklare at mange leger ikke synes å kjenne sentrale prinsipper for koding. Dette gjelder både assistentleger og overleger.

I perioden fra 2001 til 2003 har det vært en sterk vekst i antall registrerte bidiagnoser per pasientopphold. I journalrevisjonen ble det funnet mange kodede bidiagnoser det ikke var grunnlag for i pasientjournalen. Det er derfor grunn til å stille spørsmål om kodepraksisen av bidiagnoser er i samsvar med regelverket. Undersøkelsen viser at det er nødvendig med tiltak for å få en mer ensartet forståelse av hvordan regelverket for koding av bidiagnoser skal praktiseres.

Journalrevisjonen indikerte at en årsak til svak kodekvalitet er at enkelte leger kan ha ignorert kodeveiledningsinformasjonen som helseforetakene skal være kjent med. Det framgår av spørreskjemaundersøkelsen at mange leger svarer at de ikke koder i samsvar med regelverket i de tilfeller kodeverket er dårlig tilpasset den medisinske praksis.

Koding og kvalitetssikring av kodingen er ikke tilstrekkelig integrert i driften

I spørreskjemaundersøkelsen svarer 45 prosent av legene at manglende prioritering av kodearbeidet er en viktig årsak til lav kodekvalitet. Tidspress hos den enkelte lege kan føre til svak kodekvalitet. Mange avdelinger gir legene tilgang til en kortliste som viser de mest brukte kodene i avdelingen. Bruken av kortliste skal i utgangspunktet være et hjelpemiddel for legene i kodearbeidet. Undersøkelsen viser at 40 prosent av legene sjelden eller aldri slår opp i regelverket ved bruk av kortliste. Dette fører til at bruken av kortliste også blir en forklaring til svak kodekvalitet.

Mange av avdelingene i undersøkelsen er på etterskudd med kodingen og kvalitetssikringen av denne. Kodekvaliteten kan bli bedre hvis legene koder fortløpende, underveis i pasientoppholdet, slik at skippertak unngås den dagen pasienten skrives ut. Undersøkelsen viser at helseforetakene ikke har etablert gode nok rutiner som sikrer koding av alle bidiagnoser det er grunnlag for i journalen. Tilsvarende viser undersøkelsen at flere avdelinger ikke har etablert rutiner som sikrer at alle prosedyrer som er utført i andre avdelinger, blir kodet. Det er viktig for kodekvaliteten at det etableres rutiner som sikrer at koding og kvalitetssikringen av kodingen i større grad blir integrert i driften.

Alle helseforetakene i undersøkelsen bruker datastyrte kontroller i kvalitetssikringen av kodingen. Formålet er å identifisere pasientopphold hvor det bør gjennomføres en ny vurdering av kodingen. Dette gjøres og eventuelle feil rettes opp, men undersøkelsen viser at erfaringene fra kontrollene i liten grad blir dokumentert og brukt til læring. En del helseforetak har positive erfaringer med at også avdelingene kan gjøre nytte av datastyrte kontroller i kvalitetssikringen. Dette kan bidra til å utvikle kontroller som i større grad blir tilpasset risikobildet i den enkelte avdeling. Involvering av flere personer i utførelsen av disse kontrollene vil også føre til at kodekvaliteten i et helseforetak blir mindre sårbar ved personellutskiftninger.

9.2 Konsekvenser av svak kodekvalitet

Styrene og ledelsen i henholdsvis de regionale helseforetakene og helseforetakene er ansvarlig for å sikre at regnskap og informasjon om resultater er pålitelig og nøyaktig. ISF-refusjonen utgjør en stor andel av helseforetakenes inntekter. Undersøkelsen viser at svak kodekvalitet vil gi mangelfull styringsinformasjon i helseforetakene.

De regionale helseforetakene bruker informasjon fra DRG-systemet når ISF-refusjonen fordeles videre til helseforetakene. Resultatene fra journalrevisjonen viser at den svake kodekvaliteten kan påvirke ressursfordelingen mellom helseforetakene på en utilsiktet måte. Dette reduserer de regionale helseforetakenes mulighet til å ivareta sitt ansvar for på en hensiktsmessig og rasjonell måte å samordne virksomheten i de helseforetakene de eier. De fleste helseforetakene i undersøkelsen har valgt å fordele ISF-refusjonen helt eller delvis ned på de kliniske avdelingene. En svak kodekvalitet kan dermed også påvirke ressursfordelingen mellom avdelingene internt i helseforetakene. Det kan stilles spørsmål om kodekvaliteten i mange helseforetak er god nok til at informasjonen fra DRG-systemet bør anvendes som grunnlag for å finansiere avdelingene.

Alle avdelingslederne i undersøkelsen har budsjettansvar, og er derfor ansvarlig for at beløpsmessige rammer ikke overskrides, og at forutsatte inntekter kommer inn. En svak kodekvalitet fører trolig til at avdelingens oversikt over inntektene ikke blir tilstrekkelig pålitelig. Et eventuelt avvik mellom antall planlagte og produserte DRG-poeng kan derfor skyldes svak kodekvalitet, og trenger nødvendigvis ikke å være et reelt avvik. En svak kodekvalitet kan gjøre det vanskelig for foretaksledelsen å vite i hvilken grad det er behov for å iverksette tiltak i den økonomiske oppfølgingen av avdelingene.

De fleste helseforetakene bruker indikatorene antall DRG-poeng og DRG-indeks i den løpende styringen på ulike nivå i helseforetakene. I intervjuundersøkelsen kommer det fram at mange mener at DRG-poeng og DRG-indeks gir et forholdsvis godt bilde av henholdsvis

aktivitetsnivå og pasienttyngde i avdelingen. Informasjonen brukes både til å sammenligne avdelinger med seg selv over tid og til å sammenligne avdelinger med hverandre. En rekke beslutninger som påvirker driften i helseforetakene, tas på bakgrunn av informasjonen fra DRG-systemet. Dersom det etableres systemer og rutiner som sikrer en god kvalitet på den medisinske kodingen, kan helseforetakene oppnå en mer forsvarlig økonomistyring, inkludert bedre kostnadskontroll og mer effektiv ressursutnyttelse.

Innføringen av ISF har ført til en bedre pasientstatistikk gjennom mer fullstendig koding av diagnoser og prosedyrer i helseforetakene. Likevel er det fortsatt et betydelig omfang av koder som ikke er i samsvar med de medisinske fagkodeverkene for diagnoser (ICD-10) og prosedyrer (NCSP). Undersøkelsen viser at 38 prosent av de undersøkte pasientoppholdene ble kodet med en hoveddiagnose som ikke var i samsvar med regelverket. Valg av kode for hoveddiagnose er svært sentralt for DRG-grupperingen. For 77 prosent av de undersøkte pasientoppholdene som ble gruppert i ny DRG, ble hoveddiagnosen endret. En svak kodekvalitet bidrar til å redusere tilliten til at pasientstatistikken kan benyttes som grunnlag for planlegging, styring og evaluering av helsetjenestene lokalt og nasjonalt. Videre begrenses muligheten til å anvende pasientstatistikken til medisinsk forskning.

9.3 Tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester

Da ISF ble innført i 1997, var det et mål å øke behandlingsaktiviteten og dermed bidra til å redusere ventetid til behandling. ISF skal ikke være styrende for de prioriteringene som gjøres med hensyn til hvilke pasienter som skal tilbys behandling. Undersøkelsen viser at det har vært en sterk vekst i antall elektive (planlagte) sykehusopphold i perioden fra 2001 til 2004. Dagopphold og ettdøgnsopphold har hatt den sterkeste aktivitetsveksten med henholdsvis 47 og 39 prosent. Dette betyr at en stor del av aktivitetsveksten har kommet relativt mindre ressurskrevende pasientgrupper til gode. Pasientenes liggetid gir en indikasjon på alvorlighetsgraden av oppholdet. En forklaring til den sterke veksten i dagopphold og ettdøgnsopphold er imidlertid at den teknologiske utviklingen gjør det mulig å behandle mange pasientgrupper med færre liggedøgn ved sykehusene. Den sterke veksten i dagopphold og ettdøgnsopphold er derfor ikke nødvendigvis i strid med prioriteringsforskriften. Undersøkelsen viser også at veksten i korttidsopphold ikke har ført til at det samlet sett behandles færre pasienter med lengre liggetid. Undersøkelsen gir heller ingen indikasjoner på at pasienter med behov for lang liggetid ved sykehusene har fått dårligere tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester.

Det kommer fram gjennom intervjuundersøkelsen at flere ledere mener at prioritering av lønnsomme pasientgrupper ikke er i strid med prioriteringsforskriften så

lenge prioriteringen av én pasientgruppe ikke går på bekostning av tilbudet til andre pasientgrupper. ISF-ordningen brukes i denne sammenheng som et styringsinstrument, det vil si at pasientgrupper som har en gunstig DRG-vekt, prioriteres for å få kontroll på økonomien. Et eksempel som nevnes av flere av de intervjuede, er iverksettelse av prosjekter som ofte utføres utenfor normal arbeidstid, rettet mot spesielle pasientgrupper. Disse prosjektene iverksettes ofte under forutsetning av at pasientbehandlingen genererer større inntekter enn kostnader. Ventetiden til behandling for enkelte pasientgrupper blir dermed kortere på grunn av en gunstig DRG-vekt. Det kan reises spørsmål om denne praksisen er i samsvar med prioriteringsforskriften.

Undersøkelsen gir ikke klare holdepunkter for at DRG-vektene påvirker prioriteringen av pasientene i helseforetakene. Spørreskjemaundersøkelsen viser imidlertid at det i noen av avdelingene er mange leger som svarer at de tror at DRG-vektene påvirker prioriteringen av pasientene i egen avdeling. Dette viser at det er svært viktig at styrene og ledelsen i helseforetakene har etablert systemer som både kan forebygge og fange opp eventuelle uønskede vridningseffekter mellom pasientgrupper.

9.4 Tilskuddsforvaltning

Departementet har utarbeidet skriftlige retningslinjer for tilskuddsordningen. Med hjemmel i helseforetaksloven § 16 kan departementet sette vilkår for bevilgninger til de regionale helseforetakene. Etter hjemmel i helseforetaksloven § 34 skal de regionale helseforetakene hvert år utarbeide en melding om virksomheten til departementet. I meldingen skal det blant annet redegjøres for gjennomføringen av krav departementet har stilt til virksomheten.

Aktiviteten i ISF-ordningen måles i DRG-poeng. En svak kodekvalitet gjør det vanskelig å vurdere hvor stor del av en aktivitetsendring som er reell, og hvor stor del som skyldes endringer i kodepraksis. Hvis økningen i DRG-poeng skyldes endret kodepraksis, ville det være i strid med ISF-ordningen om helseforetakene fikk utbetalt høyere refusjon for samme aktivitet. En bedre kodekvalitet vil derfor gjøre det enklere å vurdere om krav til aktivitetsutviklingen i ISF-ordningen nås.

I 2003 ble behandlingsaktiviteten mye høyere enn forventet. Undersøkelsen viser at departementet relativt tidlig avdekket at rapporterte tall fra helseforetakene indikerte et langt høyere aktivitetsnivå enn forutsatt. Departementet iverksatte derfor tiltak for å redusere denne utviklingen gjennom et revidert styringsdokument.

I styringsdokumentene til de regionale helseforetakene fokuseres det på at ISF-systemet ikke skal være styrende for de prioriteringene som gjøres med hensyn til hvilke pasienter som skal tilbys behandling. I de årlige meldingene fra de regionale helseforetakene for 2003 og 2004 pekes det på at ventetiden ble redusert, men det gis begrenset informasjon om utviklingen i ventetider for ulike fagområder og/eller pasientgrupper i virksomhetene. Basert på de årlige meldingene er det derfor vanskelig å vurdere om de regionale helseforetakene har ivarettatt kravet om at ISF-ordningen ikke skal være styrende for de prioriteringene som gjøres med hensyn til hvilke pasienter som tilbys behandling.

Undersøkelsen viser at helseforetakene ikke synes at DRG-vektene har vært oppdatert ofte nok. Ifølge St.prp. nr. 1 (2005–2006) har departementet startet arbeidet med full gjennomgang av kostnadene for de ulike behandlingsformene. Bedre kostnadsinformasjon om den enkelte pasient vil gi et bedre grunnlag for å oppdatere ISF-systemet, slik at kostnadsvektene i større grad reflekterer de reelle pasientkostnadene i helseforetakene. De årlige kostnadsvektene skal fra og med 2006 justeres årlig.

Hyppige oppdateringer av kostnadsvektene er et viktig tiltak for å oppnå en mer effektiv tilskuddsforvaltning. Kostnadsvektene vil likevel alltid være gjennomsnittspriser, og vil derfor aldri reflektere kostnadsstrukturen i det enkelte helseforetak. Intervjuundersøkelsen viser at de fleste helseforetakene ikke har gjennomført egne analyser av hva det koster å behandle ulike pasientgrupper. Dette kan gjøre det vanskelig for helseforetakene å beregne de økonomiske konsekvensene av en planlagt økning i behandlingsaktiviteten og være en utfordring for helseforetakenes kostnadskontroll. Manglende kjennskap til egne kostnader kan også redusere helseforetakenes muligheter til å iverksette tiltak som fjerner flaskehalser som hindrer effektiv pasientbehandling.

Undersøkelsen viser at ISF-ordningen påvirker behandlingsaktiviteten i helseforetakene, men det kan stilles spørsmål om i hvilken grad ordningen har bidratt til en mer effektiv ressursutnyttelse. De regionale helseforetakene redegjør ikke i årlig melding om utviklingen i forholdet mellom ressursinnsats og aktivitet.

Undersøkelsen viser at ikke alle helseforetakene driver et kontinuerlig arbeid for å bedre organiseringen av pasientforløpet på tvers av avdelingene ved sykehusene. Departementet bør vurdere om det i styringsdokumentene bør stilles mer konkrete krav til ressursutnyttelsen for aktivitetene som finansieres av ISF-ordningen. Dette kan stimulere til en mer effektiv ressursutnyttelse av innsatsfaktorene i helseforetakene.



Riksrevisjonen
Pilestredet 42
Postboks 8130 Dep
0032 Oslo

sentralbord 22 24 10 00
telefaks 22 24 10 01
riksrevisjonen@riksrevisjonen.no

www.riksrevisjonen.no



23 257 -3 918 240 1 255 712 474 320 120 3 924 22 781 329 781 528