



Innst. S. nr. 198

(2005-2006)

Innstilling til Stortinget frå kontroll- og konstitusjonskomiteen

Dokument nr. 3:7 (2005-2006)

Innstilling frå kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse av kodekvaliteten ved helseforetakene

Til Stortinget

1. SAMANDRAG

1.1 Innledning

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.

1.2 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.

1.2.1 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. 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 GJELDENE 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 pst. 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.

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. 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 pst. 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 pst. 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 etter-skudd 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 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.

1.2.2 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 pst. 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 pst. av de undersøkte pasientoppholdene som ble gruppert i ny DRG, ble hoved-

diagnosen 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 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.

1.2.3 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. Den sterke veksten i antall korttidsopphold har 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.

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. 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.

1.2.4 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 flaskehalsen 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.

1.3 Helse- og omsorgsdepartementets kommentarer

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 virksomhetsstyring, 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 ledel-

sesmessig 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.

1.4 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 kode-

kvaliteten. 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 kodearbeidet. Videre er opplæringen av legene i regelverket for kodingen lite systematisk og koordinert. Ansvar 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 riktige og styringsinformasjonen i helseforetakene bedre.

1.5 Helse- og omsorgsdepartementets svar

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

"Helse- og omsorgsdepartementet har ingen ytterligere merknader til saken."

1.6 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 indikasjonar på at pasienter med behov for lang liggetid ved sykehusene har fått dårlegare 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 ikkje har tilstrekkelig oppmerksomhet rettet mot en kostnadseffektiv drift. Riksrevisjonen mener derfor at det i bestillerdokumentene 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.

2. MERKNADER FRÅ KOMITEEN

Komiteen, medlemene frå Arbeidarpartiet, Berit Brørby, Svein Roald Hansen og Ivar Skulstad, frå Framstegspartiet, Carl I. Hagen og leiaren Lodve Solholm, frå Høgre, Per-Kristian Foss, frå Sosialistisk Venstreparti, Inge Ryan, frå Kristeleg Folkeparti, Dagfinn Høybråten, og frå Senterpartiet, Magnhild Meltveit Kleppa, viser til at innsatsstyrt finansiering (ISF) vart innført i 1997. ISF inneber at staten refunderer ein del av kostnadene som regionale helseforetak har ved handsaming av pasientar. Frå 1. januar i år utgjer ISF 40 pst. av finansieringa av helseforetaka. Staten dekkjer resten av kostnadene gjennom basisløyvingar til helseforetaka. Ei rettviss refundering krev at den medisinske kodinga av pasienthandsaminga er korrekt. Dårlig kvalitet på den medisinske kodinga har uheldige følgjer når data skal nyttast til forskning, statistikk, styringsinformasjon og når ISF-refusjonar skal fordelast innanfor dei regionale helseforetaka. Stortinget har tidlegare meint at tilliten til ISF som finansieringssystem er heilt avhengig av at helseforetaka evnar å koda diagnosar og prosedyrar einskapleg og korrekt, jf. Innst. S. nr. 110 (2003-2004).

Komiteen viser også til at Riksrevisjonen tidlegare har peika på dårleg kvalitet på dei medisinske kodane som ISF byggjer på, og ein var då nøgd med at det vart sett i gang ein forvaltningsrevisjon på dette området, jf. Innst. S. nr. 138 (2004-2005). Utfallet av denne revisjonen ligg no føre i form av Dokument nr. 3:7 (2005-2006). Komiteen meiner handsaminga av denne meldinga til Stortinget er særskilt viktig av di denne forvaltningsrevisjonen har vore venta og dessutan gjeld monalege offentlege utgifter. Den omfattande ressursbruken som denne forma for revisjon krev, gjer også at det kan gå ei tid før Stortinget på ny får eit naturleg høve til å handsama dette emnet.

Komiteen har merka seg dei viktigaste resultatane: Nær 38 pst. av hovuddiagnosane er koda feil, noko som

inneber at ein med 95 pst. sannsyn kan seia at mellom 35 og 42 pst. av desse hovuddiagnosane er koda feil. Feilkoding av bidiagnosar (andre tilstandar som vert handterte eller oppstår i løpet av behandlingsperioden) er endå meir omfattande. I tillegg er om lag kvar tiande prosedyrekode (klassifikasjon av kirurgiske inngrep) feil.

Komiteen vil samstundes peika på at dårleg kodekvalitet ikkje nødvendigvis fører til feilutbetalingar til dei regionale helseforetaka gjennom ISF-systemet. Riksrevisjonen si undersøking er ei oppfølging av ein journalgjennomgang frå 2004, som vart gjennomført i samarbeid med SINTEF Helse. Ifølgje SINTEF Helse er det ikkje grunnlag for å hevda at det samla sett har vore betalt ut for mykje gjennom ISF-systemet. Årsaka til dette er at kodeendringar fører til justeringar i einingsprisen og oppdatering av kostnadsvektene. Dette medfører at endra kodepraksis og feilkoding på nasjonalt nivå ikkje får konsekvensar for ISF-refusjonen over statsbudsjettet.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet meiner justeringa av enhetsprisen for å tilpasse den samlede utbetalingen til helseforetakene er en praksis som gjør ISF-finansieringen uforutsigbar og vanskelig å forholde seg til for foretakene.

Komiteen viser til at den påviste feilkodinga kan synast høg jamført med ei rekkje internasjonale studiar av medisinsk koding i andre land, jf. Sintef-rapport "Kvalitet på medisinsk koding og ISF-refusjoner" (2005). Til dømes vert det vist til ein analyse av koding i Sveits basert på over 2 500 sjukehusopphald ved til saman 14 sjukehus i 2002. Her var 76 pst. av hovuddiagnosane riktig registrerte, 7 pst. var delvis korrekte og berre 17 pst. av hovuddiagnosane feil.

Målet med forvaltningsrevisjonen har vore å bera til torgs ein grundig analyse av årsaker til denne låge kodekvaliteten. Komiteen har lagt merke til at Riksrevisjonen meiner mangelfull opplæring i gjeldande regelverk for medisinsk koding er ei slik årsak. Dette er vidare bakgrunnen for at nesten halvparten av lækjarane i Riksrevisjonen si spørjeskjemaundersøking melder at dei ikkje kjenner godt nok til den sentrale koderetteleiinga. Komiteen sluttar seg til Riksrevisjonen si vurdering av at dette eit stykke på veg kjem av at helseforetaka har lite systematisk styring av kodekvaliteten, og at koding og kvalitetssikring av denne kodinga ikkje er tilstrekkeleg integrert i drifta av dei regionale helseforetaka. Komiteen meiner det ligg til styra og leiinga i helseforetaka å sjå til at det vert etablert system som syter for god kodekvalitet.

Komiteen ønskjer å streka under at betre kodekvalitet er avgjerande med omsyn til både pasientstatistikk, forskning og styring av helseforetaka. Dette gjeld uavhengig av val av finansieringsmodell. Komiteen viser til at regjeringa Bondevik II i 2003 sette i verk ein nasjonal strategi for å betra kodekvaliteten. Sentrale element i denne strategien var hyppigare kostnadsrevisjonar, kartlegging av registreringsendring og standardiseringsarbeid i samarbeid med det kli-

niske miljøet. I tillegg er Avrekningsutvalet nytta for å sikra at utbetalingane til dei regionale helseforetaka vert mest mogeleg korrekte og rettvisе.

Komiteen vil peika på at det trass i desse tiltaka framleis er viktig å ha fokus på dette arbeidet for å betra kvaliteten på koding og DRG-poeng.

Komiteen viser til Helse- og omsorgsdepartementet sine skriftlege kommentarar til Riksrevisjonen sin rapport. Komiteen er nøgd med at Helse- og omsorgsdepartementet signaliserer brei og djup vilje til å betra kodekvaliteten. Mellom anna vart dette seinast framheva i tingardokumentet til dei regionale helseforetaka for 2006, medan Sosial- og helsedirektoratet no har fått eit heilskapleg ansvar for kode- og klassifikasjonsarbeid.

Komiteen viser til brev til Helse- og omsorgsdepartementet, dagsett den 23. mai 2006, der komiteen ber departementet kommentera Riksrevisjonen sitt framlegg om utvikling av ein nasjonal indikator på kodekvaliteten. Komiteen seier seg nøgd med svarbrevet, dagsett den 31. mai 2006, der det mellom anna heiter at

"Departementet finn forslaget frå Riksrevisjonen interessant, og vil be Sosial- og helsedirektoratet gjere eit utviklingsarbeid med sikte på å skaffe til vege eit grunnlag for å utvikle indikatorar som kan gje eit mest mogleg balansert og dekkjande bilete av kodekvaliteten. I eit slikt arbeid vil det vere naturleg å involvere dei regionale helseforetaka, fagmiljø og naudsynt forskingsmiljø. Det vil i ein slik samanheng vere naturleg òg å gjere ei nærare kartlegging av måleindikatorar som eventuelt er tekne i bruk i andre land som det er naturleg å samanlikne seg med."

Komiteen har elles merka seg at departementet uttaler at slike nasjonale indikatorar for systematisk måling av kvalitet på den medisinske kodinga tidlegast kan takast i bruk i løpet av 2007.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet understreker viktigheten av Riksrevisjonens forvaltningsrevisjon av IFS-tilskuddet som gjør sykehusenes (foretakenes) inntekter avhengige av aktivitetsnivået. Disse medlemmer ser klart at i de perioder hvor IFS refusjonen har ligget på 60 pst., kan man vise til en klar nedgang i både ventetid og ventelister, som igjen har tendens til å øke når IFS-refusjonen igjen er blitt redusert ned til 40 pst. Slik disse medlemmer tolker det historiske erfaringsmaterialet, er det altså en klar sammenheng mellom betalingsystem og effektivitet i helseforetakene.

Slik IFS- og DRG-systemene virker, mottar de regionale helseforetakene en høyere refusjon for tunge pasienter enn for lette, og slik disse medlemmer tolker systemet, er korrekt refusjon avhengig av at grupperingen av pasienter er riktig, i hvilken DRG de er plassert, og at de riktige kodene benyttes ved vektningen.

Disse medlemmer vil fokusere på at IFS-systemet påvirker budsjettprosessen i alle sykehusene hvor de må budsjettere med antall DRG-poeng for å kunne estimere sine samlede inntekter. I denne sammenheng

mener imidlertid disse medlemmer at det er stor forskjell mellom sykehusene på hvordan de benytter informasjonen fra DRG-systemet i budsjettprosessen.

Disse medlemmer er opptatt av kodepraksisen hvor de fleste foretakene har som mål at "kreativ koding" ikke skal forekomme. I denne forbindelse vil disse medlemmer vise til at det ikke er nedfelt skriftlige krav til kodekvaliteten og at det ikke er utviklet mål som gjør det mulig å etterprøve om ønsket kvalitet på kodingen er oppnådd. Slik disse medlemmer oppfatter situasjonen, finnes det imidlertid en kode som de fleste har som mål å unngå, nemlig DRG 470 som må benyttes dersom hoveddiagnose ikke er registrert eller kodene ikke finnes i gjeldende regelverk. Sykehusene får ingen inntekt av disse pasientene, slik disse medlemmer konstaterer.

Det er den enkelte lege som velger medisinske koder, og disse medlemmer registrerer at de fleste leger mener at kodeverket er vanskelig og at opplæringen og kunnskapen om regelverket er for dårlig.

Disse medlemmer har merket seg at Riksrevisjonen mener mange helseforetak ikke har tilstrekkelig oppmerksomhet rettet mot kostnadseffektiv drift, og ønsker derfor at bestillerdokumentene bør stille konkrete krav til ressursutnyttelsen for de aktiviteter som finansieres av IFS-ordningen.

Der er betryggende for disse medlemmer å vite at det er satt i gang et arbeid med å forbedre systemene og for å oppnå bedre kostnadsinformasjon når det gjelder den enkelte pasient.

Videre har disse medlemmer den oppfatning at det bør utdannes merkantilt personell som blir spesialisert på dette området og som brukes utelukkende til å utføre disse kodeoppgaver. Disse medlemmer mener at høyt kvalifisert helsepersonells tid ikke bør benyttes til koding, men i stedet benyttes til de oppgaver de først og fremst er utdannet til. I tillegg mener disse medlemmer at helseforetakene må bevisstgjøres i forhold til sitt ansvar for korrekt koding samt at retningslinjene for koding må være så klare at dette kan gjøres likt over hele landet.

Man kan få den oppfatning at legen ofte ikke har tid eller kunnskaper til å foreta koding og at mye av dette arbeid utføres som "venstrehåndsarbeid" i full fart og litt tilfeldig, slik disse medlemmer oppfatter situasjonen. Disse medlemmer ser viktigheten av at ISF-systemet må videreføres og at DRG-ene må bli i mest mulig i samsvar med de reelle kostnader ved den enkelte pasientbehandling.

Disse medlemmer minner om behandlingen av St.meld. nr. 5 (2003-2004) hvor Fremskrittspartiet fremmet et forslag om å utrede muligheten for etablering av et eget frittstående sykehusdirektorat som skulle gis hovedansvaret for den videre utviklingen av IFS og DRG-systemet, samt sørge for at det totale helsestilbudet, både det private og det offentlige, blir utnyttet. Videre mener disse medlemmer at dette direktoratet også skal gis ansvaret for å kontrollere at de regionale helseforetakene etterfølger sitt "sørge for"-ansvar. Disse medlemmer mener at ISF-

refusjonen skal overføres direkte til det behandlende sykehus og ikke til det regionale helseforetak.

Disse medlemmer er enige i at høy sats på ISF fører til høy aktivitet, og det er nettopp derfor Fremskrittspartiet gjennom ulike budsjettforlik har sørget for å øke satsen fra 40 pst. til 60 pst. Disse medlemmer vil peke på at vi fortsatt har altfor lange og økende ventelister til sykehusbehandling. Disse medlemmer mener den eneste måten å få løst dette problemet på, er å øke den aktivitetsbaserte delen av finansieringen (ISF) til minst 60 pst.

3. TILRÅDING FRÅ KOMITEEN

Komiteen har elles ingen merknader, viser til dokumentet og rå Stortinget til å gjere slikt

vedtak:

Dokument nr. 3:7 (2005-2006) Riksrevisjonens undersøkelse av kodekvaliteten ved helseforetakene - vert lagd ved protokollen.

Oslo, i kontroll- og konstitusjonskomiteen, den 6. juni 2006

Lodve Solholm
leiar

Magnhild Meltveit Kleppa
ordførar