

Kostnytte-/kostvirkningsanalyse av IT-støtte i medisinsk koding  
- rapport fra forprosjekt nasjonal kodingsmodul

Versjon: 1.0, 2012-12-07

## Sammendrag

Korrekt medisinsk koding er en nødvendig forutsetning for god dokumentasjon og rapportering av virksomheten i helsetjenesten. Ulike undersøkelser av medisinske journaler i flere helseforetak de siste årene viser imidlertid at kvaliteten på den medisinske kodingen ikke er tilfredsstillende og bør forbedres. Undersøkelsene viser også at det er liten forbedring fra år til år. Manglende IT-basert beslutningsstøtte i kodingsprosessen er blitt identifisert som en av flere mulige kilder til feilkoding.

For å møte utfordringene ved manglende IT-støtte i kodingsprosessen, har Helsedirektoratet i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF igangsatt Forprosjektet Nasjonal kodingsmodul. Forprosjektet skal blant annet utarbeide en kravspesifikasjon til en nasjonal kodingsmodul og IT-støtte i kodingsprosessen generelt, og foreta en kostnytteanalyse for tiltaket.

Hensikten med en nasjonal kodingsmodul integrert med EPJ, og IT-støtte i medisinsk koding generelt, er å bidra til å sikre kvaliteten av primærkodingen. Dette omfatter ikke sekundærklassifisering som for eksempel DRG-gruppering.

Denne rapporten inneholder en analyse av kostnytte/kostvirkning for en nasjonal kodingsmodul og IT-støtte i kodingsprosessen generelt.

# Innhold

<b>Sammendrag</b>	<b>2</b>
<b>1 Innledning</b>	<b>4</b>
<b>2 Om denne analysen</b>	<b>6</b>
2.1 Mål	6
2.2 Metode	6
2.3 Tiltak	6
2.4 Støttetiltak	6
<b>3 Virkninger ved bedre IT-støtte i medisinsk koding</b>	<b>8</b>
3.1 Kvalitative gevinster og virkninger	8
3.1.1 Planlegging og styring	8
3.1.2 Statistikk	8
3.1.3 Forskning	9
3.1.4 Ventelister og ventelistegarantier	9
3.1.5 ISF (Innsatsstyrt finansiering)	9
3.2 Kvantitativt	10
3.2.1 Tid og ressurser brukt til den medisinske kodingen	10
3.2.2 IT-investeringer	10
3.2.3 Kostnader ved innføring av obligatoriske kurs i koding	11
3.2.4 DRG og ISF	11
3.3 Sammenstilling av gevinster og virkninger	12
<b>4 Oppsummering</b>	<b>13</b>
<b>5 Referanser</b>	<b>14</b>

# 1 Innledning

Korrekt medisinsk koding er en forutsetning for et pålitelig datagrunnlag for styring, prioritering, forskning og kvalitetsutvikling i helsetjenesten.

Kan man være fornøyd med et datagrunnlag som bare er ca. 65 % korrekt?

Nytter det å øke kvalitet og presisjon i medisinsk koding?

Undersøkelsene de siste årene viser at den medisinske kodingen av de sykdommer som undersøkes og behandles ved sykehusene er mangelfull. Undersøkelsene viser også at det er liten forbedring fra år til år. Riksrevisjonens undersøkelse i 2008 viser at hovedtilstanden ble feilkodet i 36,2 % av pasientoppholdene som inngikk i undersøkelsen ([1], side 18). Den samme undersøkelsen viser også at 24,5 % av de undersøkte pasientoppholdene er klassifisert i feil DRG (Diagnose Relaterte Grupper<sup>1</sup>).

Medisinsk koding handler primært om å velge koder fra gyldige kodeverk som mest mulig *presist* beskriver pasientens tilstand og den helsehjelp pasienten får. Dette skal dessuten være i samsvar med gjeldende regelsett som utledes fra systematikken i kodeverkene og kodeveiledningene for bruk av disse. Selv om upresis eller feil koding ikke nødvendigvis betyr eller medfører dårligere eller feil pasientbehandling for akkurat den ene aktuelle pasienten, er ”godt nok”-koding for det ene aktuelle pasientopphold ofte ikke godt nok for videre bruk av kodede data. Det kan som en ytterste konsekvens medføre dårligere behandling eller tapt liv for andre pasienter, når et datagrunnlag med for dårlig kvalitet brukes til blant annet medisinsk forskning og prioritering av ventelistepasienter.

Medisinsk koding gir et viktig grunnlag og er en nødvendig forutsetning for dokumentasjon av helsetjenester som tilbys befolkningen. Medisinsk koding gir også et viktig grunnlag for rapportering og prioritering av helsetilbud til befolkningen. Medisinsk koding gir dessuten et viktig grunnlag for kvalitetsutvikling og forskning. God kvalitet og høyt presisjonsnivå i den medisinske kodingen er derfor avgjørende for å oppnå god kvalitet av den videre bearbeidelse og videre bruk av data basert på medisinsk koding, deriblant nasjonal, regional og lokal styring, prioritering, forskning og kvalitetsutvikling.

Et hvert helsesystem har begrensede ressurser. I tillegg til likhetsprinsippet er kravet om rettferdig fordeling av helsetilbudet også sterkt. Lønning-utvalget (NOU 1987:23) operasjonaliserte begrepet rettferdig fordeling av helsetilbudet som fordeling etter tilstandens alvorlighetsgrad og tiltakets nytte. Korrekt medisinsk koding er en nødvendig forutsetning for rett prioritering av helsehjelp og riktig bruk og fordeling av helseressurser.

---

<sup>1</sup> <http://helsedirektoratet.no/finansiering/drg/Sider/default.aspx>

Innsatsstyrt finansiering (ISF)<sup>2</sup> ble innført i 1997 som finansieringsform og forutsetter at den medisinske kodingen er korrekt, slik at de regionale helseforetakene mottar riktig refusjonsbeløp fra staten. Målet med innføring av ISF er at aktivitetsmål og ansvar oppnås på en mest mulig effektiv måte.

Helsedirektoratet og helseregionene har lenge ønsket å bedre kvaliteten i medisinsk koding ([3], [4], [5]). Helsedirektoratet har utredet ulike tiltak og blant annet iverksatt forbedring av kodeveiledninger, og utviklet e-læringsprogram i samarbeid med Helse Sør-Øst. De fleste helseforetakene har iverksatt kvalitetssikringstiltak og opplæring. På tross av dette er kvaliteten på kodingen ikke tilfredsstillende.

IT-basert beslutningstøtte i kodingsprosessen etterlyses og synes nødvendig for å oppnå tilfredsstillende kodingskvalitet. I samarbeid med de regionale helseforetakene gjennomførte Helsedirektoratet nylig en nasjonal internrevisjon ([4]). En stor andel av respondentene oppga her at PAS/EPJ-systemene ikke er "gode nok" og kan utgjøre en potensiell kilde til feilkoding. Internrevisjonens vurdering er at ytterligere satsing på utvikling av brukervennlighet og integrasjon av de verktøy som benyttes, vil kunne bidra både til mindre feilkoding og til reduksjon av medgått tid til koding. Selv om noen leverandører leverer programvare med funksjonalitet for å understøtte kodingsarbeidet, er vektleggingen på DRG. Programvare som finnes på det internasjonale markedet er også hovedsakelig rettet mot DRG og finansiering. IT-støtte for *medisinskfaglig korrekt* koding er lite utviklet og krever dessuten betydelig kompetanse og innsikt i medisinsk koding. Utvikling og vedlikehold av denne type IT-støtte vil således være til stor nytte for alle helseregionene, sekundært også for annen bruk av kodede data for kvalitetsutvikling, forskning, og styring.

I tillegg til flere andre tiltak som ledelsesfokus, opplæring og bedre tilgjengelige kodeveiledninger, ble det i 2012 igangsatt et "forprosjekt Nasjonal kodingsmodul". Forprosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom Helsedirektoratet og Helse Sør-Øst RHF og er basert på omfattende utredninger og drøftinger gjennom flere år i ulike instanser og faglige fora. Det er også i samsvar med ett av flere tiltak for bedre kodingskvalitet vedtatt i styret for Helse Sør-Øst RHF ([5]), som ledd i oppfølging av internrevisjonens rapport ([4]).

Det er i forbindelse med forprosjektet også ønsket at det utføres en kostnytte-/kostvirkningsanalyse. Den skal belyse hva dette vil medføre av kostnader, men også av gevinster både kvalitativt og kvantitativt. Det er mange gevinster ved bedre koding på både kort og lang sikt. For de fleste av disse er det imidlertid vanskelig å fastsette den (samfunns)økonomiske verdien, da nåværende praksis ikke er ensartet, samt at flere gevinster vil kunne komme over tid sekundært til bedret kodingskvalitet. Hva gjelder statens finansiering av helseforetakene, kan en se at riktigere koding vil kunne gi en potensiell statsfinansiell gevinst. Riktigere koding vil også gi en riktigere fordeling av helseressurser mellom de ulike pasientgruppene både innen helseforetakene og mellom de ulike helseforetakene. Disse momentene vil bli belyst i denne rapporten.

---

<sup>2</sup> <http://helsedirektoratet.no/finansiering/isf/Sider/default.aspx>

## 2 Om denne analysen

### 2.1 Mål

Målet for tiltaket er en bedring i kodingskvaliteten der en ønsker å oppnå så god kodingskvalitet som mulig i form av mindre feilkoding, ensartet kodingspraksis og komplett koding. I denne sammenheng er det også ønske om at en kan si noe om kostnytte/kostvirkning av en ny nasjonal kodingsmodul og bedre IT-støtte i kodingsprosessen generelt.

To større revisjoner ([1], [2]) har vist en riktig kodingsprosent på i underkant av 65 %. Denne analysen tar utgangspunkt i et mål om å oppnå en forbedring av kodingskvaliteten med minst 20 prosentpoeng til minimum 85 % rett koding i løpet av 5 års tid etter innføring av bedre IT-støtte for medisinskfaglig korrekt koding.

### 2.2 Metode

Denne kostnytte-/kostvirkningsanalysen har tatt utgangspunkt i Senter for statlig økonomistyrings dokument "Samfunnsøkonomisk analyse og gevinstrealisering av IKT-prosjekter" ([6]). Metoden er imidlertid modifisert da det mangler data for noen relevante parametre. Denne analysen er en blanding av en kostnytteanalyse og en kostvirkningsanalyse.

### 2.3 Tiltak

Det er igangsatt et "Forprosjekt nasjonal kodingsmodul" som blant annet skal spesifisere krav til en nasjonal kodingsmodul og IT-støtte i kodingsprosessen generelt (se egen rapport angående dette). Med bedre IT-støtte vil det bli bedre tilgang til oppdaterte kodeverk, kodeveiledninger og kodingsregler, og dette vil bidra til riktigere koding direkte samt mer ensartet koding.

Funksjonalitet som er spesifisert i forprosjektet kan realiseres som en nasjonal kodingsmodul, eller at leverandører implementerer all (eller deler av) funksjonalitet i hvert sitt system basert på en felles spesifisering. For å kunne kostnadsanalysere sistnevnte alternativ, bør man først analysere gapet mellom ønsket funksjonalitet og det som allerede finnes i dagens systemer. Av praktiske grunner har forprosjektet ikke mulighet til å foreta en slik gapanalyse. En antar også at det på samfunnsøkonomisk makronivå, er liten forskjell mellom nevnte alternative realiserings-tilnærminger, det være seg kostnader eller gevinster/virkninger av å ha bedre IT-støtte i kodingsprosessen, antatt at løsningene realisert ved de ulike tilnærmingsalternativene er like gode.

### 2.4 Støttetiltak

Opplæring innen medisinsk koding er et viktig støttetiltak for å nå målet om best mulig koding og bedring av kodingskvaliteten. Med hensyn til medisinsk koding, finnes det i dag ingen krav om formalisert og standardisert opplæring av legene. Det er leger som behandler, diagnostiserer og gjennomfører prosedyrer, og dermed

leverandør av materialgrunnlaget for medisinsk koding. I følge Riksrevisjonen (Dokument nr. 3:7 (2005-2006), [7], side 8) er mangelfull opplæring i medisinsk koding trolig en viktig årsak til at hver tredje lege mente at de ikke hadde fått systematisk opplæring i medisinsk koding, og at nesten 40 % av legene svarte at de ikke kjente godt til kodeveiledningsmaterialet. Mangelfull opplæring er også med på å forklare at mange leger ikke synes å kjenne til sentrale prinsipper for koding. Dette gjelder både leger i spesialisering og spesialister.

Et tiltak som vil kunne øke sannsynligheten for å oppnå bedre kodingskvalitet ved å gi bedre IT-støtte, vil være opplæring av leger i koding. En måte å gjennomføre et slikt tiltak på, vil være å standardisere opplæringsdelen for leger gjennom for eksempel å gjennomføre obligatorisk kurs i medisinsk koding under spesialistutdannelsen for alle leger. Ved at dette gjøres obligatorisk og som en del av utdannelsen sikrer en at alle leger gjennomfører denne opplæringen. Fordelen ved å legge dette til spesialistutdannelsen, er at en i tillegg til å nå ut til alle leger i spesialisering, vil kunne gi legene spesifikk opplæring innen den delen av kodeverket de gjennom sin spesialitet hovedsakelig vil bruke (se tabellen i avsnitt 3.3).

Slik en nasjonal kodingsmodul er tenkt å kunne fungere, vil modulen også kunne brukes til opplæringsformål. Fordelen med dette er at modulen også kan brukes til å vedlikeholde kompetanse i medisinsk koding, i tillegg til at oppdaterte opplæringsmateriale lettere blir gjort tilgjengelig for alle som bruker modulen.

## 3 Virkninger ved bedre IT-støtte i medisinsk koding

Det er flere både kvalitative og kvantitative gevinster ved bedre IT-støtte i kodingsprosessen. En del av disse gevinstene vil imidlertid være vanskelig å fastsette den (samfunns)økonomiske verdien av. Det vil derfor være riktigere å gjøre en blanding av en kostnytteanalyse og en kostvirkningsanalyse.

Dette kapitlet er inndelt etter kvalitativ henholdsvis kvantitativ analyse, selv om det for flere punkter er en blanding av kvalitative og kvantitative drøftinger.

### 3.1 Kvalitative gevinster og virkninger

#### 3.1.1 *Planlegging og styring*

Den medisinske kodingen er bakgrunn for nasjonal, regional og lokal planlegging og styring av helsetjenester. Planlegging inkluderer også budsjettplanlegging basert på virksomhetsrapporter. En bedring i kodingskvaliteten vil kunne gi et bedre datagrunnlag for styring og utvikling, med riktigere bruk og fordeling av helseressurser som resultat.

Helsepolitiske beslutninger blir ofte tatt på bakgrunn av resultater som baserer seg på medisinsk koding. Den er også bakgrunn for evaluering, virksomhetsrapporter og vurderinger. I tillegg til virksomhetsstyring der en henter ut tall for antall behandlede pasienter med hensyn til diagnoser og ulike prosedyrer, brukes også disse dataene for politisk styring. Politisk styring innebærer også konkret fordeling av helsepersonell og stillinger mellom de ulike helseforetakene på bakgrunn av aktivitetsdata, og også hvilken behandling som skal gjøres hvor og av hvem på bakgrunn av pasientgrunnlag, diagnoser og antall prosedyrer som gjennomføres på de ulike helseforetakene. Politiske beslutninger som sentralisering av enkelte behandlinger foretas også på bakgrunn av prognoser ved behandling samt antall behandlede pasienter og prosedyrer som gjennomføres, som igjen utregnes ved hjelp av datagrunnlag basert på medisinsk koding.

I tillegg til planlegging og styring på virksomhetsnivå, vil for eksempel den enkelte lege i spesialisering også kunne nyttegjøre seg disse dataene for optelling av prosedyrer med henblikk på godkjenning av spesialistutdannelsen.

#### 3.1.2 *Statistikk*

Medisinsk koding er bakgrunn for mangfoldige rapporter i helse-Norge. En bruker for eksempel data fra medisinsk koding for å kunne si noe om sykdomsutbredelse, sykdomsutvikling, prognoser og behandling. Statistikk brukes også som grunnlag for medisinsk forskning (se avsnitt 3.1.3).

Det er også bakgrunn for statistikk vedrørende virksomhetsrapporter. Dette er igjen bakgrunn for styring, politiske beslutninger, ressurs- og økonomisk fordeling innen ulike satsningsområder.

Innføring av en ny nasjonal kodingsmodul og bedre IT-støtte i kodingsprosessen generelt, vil kunne gi en signifikant bedring av kvaliteten på helsestatistikk og



sekundært gi betydelige økonomiske gevinster, siden statistikk brukes til planlegging, styring, forskning, kvalitetsutvikling osv.

### **3.1.3 *Forskning***

Kodingen er også bakgrunn for data brukt til medisinsk forskning. Det å begynne med et datagrunnlag som i utgangspunktet er i underkant av 65 % riktig, vil kunne gi større feil i forskningsresultater, som igjen vil kunne påvirke anbefalinger og igangsetting av helsetiltak. Epidemiologi og prognoser for ulike diagnoser og behandlinger er også ofte estimert med bakgrunn i medisinsk koding. Sekundært vil derfor en bedring i kodingskvaliteten gi en betydelig gevinst i form av mer korrekte resultater innen medisinsk forskning. Det er derfor viktig å bedre kvaliteten i kodingen slik at datagrunnlagene den medisinske forskningen baserer seg på, er mest mulig presise og korrekte. Dette gir også et bedre grunnlag for evaluering og sammenlikning av behandlingsmetoder og for å kunne sammenligne behandlingsresultater.

### **3.1.4 *Ventelister og ventelistegarantier***

Medisinsk koding danner også datagrunnlag for rapporter vedrørende ventelister ved sykehusene med dertil styring av ventelistegarantier og konsekvenser for fristbrudd. Brudd på ventelistegarantier utgjør også en statsfinansiell utgift slik at en riktigere koding vil kunne gi et mer korrekt bilde av ventelister og dertil en statsfinansiell gevinst i form av at ressurser brukes på rette pasientgrupper.

Statistikk for ventelistene baserer seg på antall henvisninger og medisinsk koding for tilstander (ICD-10) samt kirurgiske prosedyrer (NCSP) og medisinske prosedyrer (NCMP)<sup>3</sup>. Den medisinske kodingen danner derfor grunnlaget for å si noe om blant annet andelen som har rett på behandling. I somatikken har mellom 46 % (Helse Vest) til 65 % (Helse Nord) av nyhenviste pasienter rett til prioritert helsetjeneste.<sup>4</sup> Når ca. 50 % har rett på prioritert helsetjeneste vil det være viktig at en koder rett slik at de pasientene som har krav på og trenger hjelp, får det i tide. Dette vil igjen kunne ha innvirkning på statens finansiering og utgifter til behandling i hjem- eller utland, noe som igjen vil kunne ha økonomiske implikasjoner. Feilkoding vil også kunne gjøre at pasienter som skulle hatt prioritert helsehjelp ikke havner i riktig gruppe og derfor vil en i ytterste konsekvens kunne risikere at liv går tapt på grunn av manglende behandling i tide.

Manglende mulighet i dagens systemer for å kunne kode for "årsaken til henvisning eller til å iverksette utredning" eller lignende, kan også være med på å gjøre det vanskelig å beregne og telle garantibrudd korrekt.

### **3.1.5 *ISF (Innsatsstyrt finansiering)***

I 1997 ble ISF innført for å øke produktiviteten i spesialisthelsetjenesten. ISF er utformet slik at de regionale helseforetakene får refundert et beløp per behandlet pasient. Refusjonssatsen fra staten har variert mellom 30 og 60 %. ISF er også et stort helsepolitisk virkemiddel.

---

<sup>3</sup> NPR, datagrunnlag, Helsedirektoratet

<sup>4</sup> Rapport fra Helsedirektoratet, ventelistegarantier

ISF baserer seg på rapporter fra NPR som igjen baserer seg på innrapporteringer av den medisinske kodingen foretatt ved de ulike helseforetakene. Den medisinske kodingen danner da grunnlag for finansieringen av helseforetakene og fordelingsnøkkelen mellom de ulike helseforetakene, og mellom ulike avdelinger og nivåer i sykehusene.

ISF som finansieringssystem forutsetter derfor at den medisinske kodingen er korrekt, slik at de regionale helseforetakene mottar riktig refusjonsbeløp fra staten. En korrekt, enhetlig og komplett kodingspraksis er derfor 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 ([7], side 16).

Se også kvantitative beregninger med hensyn på DRG og ISF i avsnitt 3.2.4.

## **3.2 Kvantitativt**

Når det gjelder kvantitative målbare gevinster av økt kodingskvalitet er dette et vanskelig tema. Det er vanskelig å estimere de ovennevnte punktene i kroner, men på sikt vil en tenke seg at alle de nevnte kvalitative gevinstene vil kunne føre til økonomiske gevinster.

### **3.2.1 Tid og ressurser brukt til den medisinske kodingen**

Det er vanskelig å fastsette hvor mye tid og ressurs som brukes til den medisinske kodingen i 2012. Dagens praksis av medisinsk koding og den interne kontrollen av kodingen i og mellom de ulike helseforetakene er ikke ensartet verken med hensyn til tid eller ressurser. Mangelfull koding og feilkoding er også en konsekvens av dagens praksis.

Det er i tidligere rapporter forsøkt å klargjøre hvordan kodingen foregår uten at det er tatt stilling til hva dette koster. Det er ikke utført noen nasjonal undersøkelse av hva som brukes av tid og ressurser og dertil kostnader på koding ved de forskjellige helseforetakene. I første seanse foretas kodingen av den som diagnostiserer og eventuelt behandler pasienten i forbindelse med medisinsk dokumentasjon under og etter oppholdet/konsultasjonen. I en eventuell neste seanse er det også ulik kontroll av den medisinske kodingen ved de ulike helseforetakene. Det skal være samsvar mellom den skriftlige journaldokumentasjonen og de medisinske opplysninger som er kodet. Med en kodingskvalitet som i presisjon ligger på under 65 % er det helt klart et større behov for at dette gjøres riktig. Bedre IT-støtte i kodingsprosess vil bidra til at kodingen blir riktigere, ved at den gir blant annet mulighet til bedret opplæring, lettere tilgang på oppdaterte kodeverk, kodeveiledninger og kodingsregler.

Bedre kvalitet av kodingen kan kreve mer tidsbruk for den som koder, samtidig kan en ved riktigere koding i første seanse også spare tid for NPR og de ved helseforetakene som kontrollerer kodingen.

### **3.2.2 IT-investeringer**

Med den begrensede tidsrammen for forprosjektet, er det ikke mulig å kartlegge grundig hva eventuelle IT-investeringer vil koste. For å kunne sammenligne kostnader ved utvikling av en felles nasjonal kodingsmodul med kostnader ved at

leverandører implementerer ønsket IT-støtte i hvert system, må man også først foreta en analyse av gapet mellom ønsket funksjonalitet og det som allerede finnes i dagens systemer. Dette er av praktiske årsaker ikke mulig å gjennomføre i forprosjektet.

En antar allikevel at det vil koste noe mindre med utvikling av en felles nasjonal kodingsmodul enn at hver leverandør utvikler all den ønskede funksjonalitet i hvert sitt system - vel å merke at dette antageligvis ikke bare handler om PAS/EPJ, men også de ulike kliniske fagsystemer der koding inngår. Man må også påregne kostnader ved integrering av de ulike, aktuelle fagsystemene (blant annet PAS/EPJ) med en nasjonal kodingsmodul. En antar med andre ord at det er mulige besparelser i IT-investeringer, men ikke av de store, og en har derfor ikke tatt denne type besparelser med i analysen.

Kostnader for utvikling og pilotering av nasjonal kodingsmodul er estimert til å være ca. 8 millioner kroner.<sup>5</sup> Det er ikke beregnet kostnader for utbredelse og videre vedlikehold av løsningen.

### **3.2.3 Kostnader ved innføring av obligatoriske kurs i koding**

Innføring av støttetiltak med obligatorisk kurs i koding i spesialistutdannelsen vil øke sjansen for å oppnå målet med en bedring i kodingskvaliteten. Dette støttetiltaket er estimert til en årlig kostnad på ca. 2 millioner kroner, med bakgrunn i antall nye spesialister i Norge årlig, samt tapt arbeidsfortjeneste ved innføring av kurs og penger til gjennomføring av selve kursene.

### **3.2.4 DRG og ISF**

Medisinsk koding danner et viktig grunnlag for DRG-gruppering som igjen danner grunnlaget for ISF-utbetalinger fra staten til helseforetakene.

Dokument nr. 3:2 (2009-2010) fra Riksrevisjonen ([1]) viser at de helseforetakene som var med i undersøkelsen i 2008, ville samlet sett ha mottatt 5,24 % mindre i *netto* ISF-utbetalinger fra staten enn det de faktisk gjorde, hvis kodingen var korrekt. Tilsvarende rapport fra Riksrevisjonen ([2]) viser at de helseforetakene som var med i undersøkelsen i 2003, ville samlet sett ha mottatt 5,14 % mindre i *netto* ISF-utbetalinger fra staten. Man kan slik sett tenke seg at dette ikke bare skjedde disse to årene, men det er kun disse to årene en har en større revisjonsrapport fra.

Beløpet som fastsettes til ISF skjer gjennom statsbudsjettet. Slik sett kan en tenke seg at riktigere koding vil kunne gi en potensiell statsfinansiell gevinst, ved at grunnlaget for denne posten i statsbudsjettet blir justert ned i henhold til den estimerte netto positive feilkodingen på i overkant av 5 %, som ovennevnte revisjonsrapportene viser.

Følgende utregninger er basert på tall fra Dokument nr. 3:2 (2009-2010) ([1]):

- ISF-utbetalinger i 2008 på landsbasis var 16,8 milliarder kroner
  - 5,24 % av 16,8 milliarder kroner = ca. 880 millioner kroner
  - Man kan derfor tenke seg en statsfinansiell besparelse på ca. 880 millioner kroner i ISF-utbetalinger i 2008, ved 100 % korrekt koding

---

<sup>5</sup> Basert på estimat som er gjort før oppstartning av forprosjektet.

- Feilkodingsprosenten av de undersøkte pasientoppholdene var på 36,2 %
  - Med mål om å oppnå kodingskvalitet på 85 %, kan man tenke seg en potensiell statsfinansiell besparelse i ISF-utbetalinger, på ca. 515 millioner kroner på et år

Kvantitativ utregning med hensyn til besparelser i form av riktigere ISF-utbetalinger vil imidlertid ikke gi en samfunnsøkonomisk gevinst og heller ingen direkte statsfinansiell gevinst. Dette fordi en gjør årlige justeringer i enheten for ISF-utbetalingene slik at den totale utbetalingen holdes som budsjettert.

Revisjonsrapportene viser også en større systematisk feilfordeling av ISF-utbetalinger innen og mellom de ulike helseforetakene på grunn av dårlig kodingskvalitet. I følge Dokument nr. 3:7 (2005-2006), ville helseforetakene fått mindre refusjon i 62 % av de undersøkte pasientoppholdene, og mer refusjon i 27 % av oppholdene. Mer korrekt medisinsk koding vil i hvert fall gi riktigere fordelingsnøkler, dermed også riktigere fordeling av helseressurser mellom ulike pasientgrupper og helseforetak.

### 3.3 Sammenstilling av gevinster og virkninger

Tabellen under er en sammenstilling av gevinster og virkninger som er belyst foran i dette kapittelet.

Tabell: Gevinster og virkninger ved bedre IT-støtte i kodingsprosessen

	Gevinst i kroner og øre	Liv og livskvalitet	Positiv effekt ikke målbar i kroner	Med støttetiltak d)
Statistikk (Riktigere tall for beregninger som følge av mer korrekt medisinsk koding)	a)	Sekundært vil dette kunne ha direkte innvirkning på liv og livskvalitet i form av riktige anbefalinger og tiltak på bakgrunn av korrekt statistikk ++	+++	++++
Planlegging og styring	b)	+++	+++	++++
Ventelister og ventelistegarantier	b)	+++	+	++++
Tid og ressurser	a)	+	+	++++
Finansiering (inkludert ISF)	c)	+++	++	++++

- a) Ingen konkrete tall på dette, men antatt sekundær gevinst både statsfinansielt og etter hvert også samfunnsøkonomisk.
- b) Her er det heller ingen tall, men også her er det sannsynlig at en vil oppnå en statsfinansiell gevinst.
- c) Riksrevisjonens rapport fra 2003 og 2008 viste disse årene en for høy utbetaling på grunn av feil i kodingen, på ca. 880 millioner kroner.
- d) Samtidig innføring av støttetiltak vil øke sannsynligheten for å oppnå ønsket resultat, det vil også øke kostnadene noe men samtidig øke gevinsten betydelig.
- + Jo flere plusstegn, jo større antatt positiv virkning.

## 4 Oppsummering

Medisinsk koding danner basisgrunnet for rapporter vedrørende nasjonal, regional og lokal styring, økonomi, forskning, politikk og statistikk. Gjennomførte tidligere revisjonsrapporter viser en for dårlig kodingskvalitet ved helseforetakene.

Det er nødvendig å se på tiltak som kan bedre kodingskvaliteten ved helseforetakene i Norge. Det vil være uforsvarlig ikke å innføre tiltak som kan bedre kodingskvaliteten slik at basisgrunnet blir mer korrekt. Det er her sett på nytten ved bedre IT-støtte i kodingsprosessen. Ved innføring av ny nasjonal kodingsmodul og bedre IT-støtte i kodingsprosessen generelt, vil en kunne oppnå flere kvalitative og kvantitative gevinster:

- En bedret kodingskvalitet vil kunne gi et bedre grunnlag for styring med riktigere bruk og fordeling av helseressurser. Helsepolitiske beslutninger med fordeling av ressurser og finansiering innen og i helseforetakene gjøres på bakgrunn av data fra medisinsk koding.
- Ventelistegarantier og dertil prioritering av pasientgrupper baserer seg blant annet på medisinsk koding. Feil i medisinsk koding synes å kunne føre til statsfinansielle utgifter samt i ytterste konsekvens kunne sette liv og helse i fare.
- En bedring i kodingskvaliteten kan gi en betydelig gevinst i form av mer korrekte resultater innen medisinsk forskning. Det er derfor viktig å bedre kvaliteten i kodingen slik at datagrunnlagene som forskningen baserer seg på, er mest mulig presise og korrekte da en rekke tiltak og anbefalinger dannes på bakgrunn av medisinsk forskning.
- Innføring av ny nasjonal kodingsmodul og bedre IT-støtte i kodingsprosessen, vil være med å bedre kodingskvalitet hos den som koder, ved å gi mulighet til blant annet bedret opplæring, samt lettere tilgang på oppdaterte kodeverk, kodeveiledninger og kodingsregler. Ved riktigere koding i første seanse vil en også kunne spare tid og ressurser på gjennomgang og kontroll i etterkant, slik at dette på sikt ikke blir mer tidkrevende enn i dag, men heller at en totalt sett kan spare tid og ressurser.
- En nasjonal kodingsmodul som også kan brukes til opplæringsformål vil gjøre opplæringen tilgjengelig via arbeidsflaten til de som koder, gjøre oppdaterte opplæringsmateriale tilgjengelig til alle brukere, og gjøre det lettere for brukere å vedlikeholde kompetanse i medisinsk koding.
- Resultatet av en riktigere koding vil med hensyn til ISF være at en kan oppnå en potensiell statsfinansiell gevinst ved mer korrekt DRG-gruppering og ISF-utbetaling, samt viktigst en riktigere fordeling av helseressurser mellom ulike pasientgrupper og helseforetak.
- Samtidig innføring av støttetiltak i form av obligatorisk opplæring i medisinsk koding for leger under spesialistutdannelsen, vil øke sjansen for å oppnå ønsket resultat med bedret kodingskvalitet ved helseforetakene.

## 5 Referanser

- [1] Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2008, Dokument 3:2 (2009-2010), 10. november 2009.  
<http://www.riksrevisjonen.no/Rapporter/Sider/selskapskontrollen.aspx>
- [2] Riksrevisjonens kontroll av statsrådets (departementets) forvaltning av statens interesser i selskaper, banker mv. for 2003, Dokument nr. 3:2 (2004-2005), 4. november 2004.  
[http://www.riksrevisjonen.no/Rapporter/Sider/Dokumentbase\\_Dok\\_3\\_2\\_2004\\_2005.aspx](http://www.riksrevisjonen.no/Rapporter/Sider/Dokumentbase_Dok_3_2_2004_2005.aspx)
- [3] Rapport IS-1598 "Bedre kvalitet på medisinsk koding i spesialisthelsetjenesten", oktober 2008. <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/bedre-kvalitet-pa-medisinsk-koding-i-spesialisthelsetjenesten/Publikasjoner/bedre-kvalitet-pa-medisinsk-koding-i-spesialisthelsetjenesten.pdf>
- [4] Nasjonal internrevisjon av medisinsk kodepraksis, oktober 2011.  
<http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/medisinsk-koding-og-kodeverk/medisinsk-koding/Sider/nasjonal-gjennomgang-av-medisinsk-kodepraksis.aspx>
- [5] Helse Sør-Øst RHF Styresak nr. 081-2011. Nasjonal internrevisjon av medisinsk kodepraksis i helseforetakene - resultat og oppfølging. 9. november 2011.  
<http://www.helse-sorost.no/omoss/styret/Documents/Styremoter/2011/17.november/081-2011%20Saksframlegg%20-%20Nasjonal%20internrevisjon%20av%20medisinsk%20kodepraksis%20i%20Helse%20-%20resultat%20og%20oppf.pdf>
- [6] Samfunnsøkonomisk analyse og gevinstrealisering av IKT-prosjekter, 9. mai 2006,  
[http://www.sfso.no/upload/forvaltning\\_og\\_analyse/Publikasjoner%20og%20rapporter/IKTveiledernettpdf.pdf](http://www.sfso.no/upload/forvaltning_og_analyse/Publikasjoner%20og%20rapporter/IKTveiledernettpdf.pdf)
- [7] Riksrevisjonens undersøkelse av kodekvaliteten ved helseforetakene, Dokument 3:7 (2005-2006), 5. april 2006.  
[http://www.riksrevisjonen.no/Presserom/Pressemeldinger/Sider/Pressemelding\\_Dok\\_3\\_7\\_2005\\_2006.aspx](http://www.riksrevisjonen.no/Presserom/Pressemeldinger/Sider/Pressemelding_Dok_3_7_2005_2006.aspx)





**Helsedirektoratet**

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

