



**FOLKETINGET
STATSREVISORERNE**



**FOLKETINGET
RIGSREVISIONEN**

**Marts 2023
– 13/2022**

**Rigsrevisionens beretning afgivet
til Folketinget med Statsrevisorernes
bemærkninger**

Kontrol med lægers honorarafregning

13/2022

Beretning om

kontrol med lægers honorarafregning

Statsrevisorerne fremsender denne beretning med deres bemærkninger til Folketinget og vedkommende minister, jf. § 3 i lov om statsrevisorerne og § 18, stk. 1, i lov om revisionen af statens regnskaber m.m.

København 2023

Denne beretning til Folketinget skal behandles ifølge lov om revisionen af statens regnskaber, § 18:

Statsrevisorerne fremsender med deres bemærkning Rigsrevisionens beretning til Folketinget og vedkommende minister.

Indenrigs- og sundhedsministeren afgiver en redegørelse med udtalelser fra alle 5 regioner til beretningen.

Rigsrevisor afgiver et notat med bemærkninger til ministerens redegørelse.

På baggrund af ministerens redegørelse og rigsrevisors notat tager Statsrevisorerne endelig stilling til beretningen, hvilket forventes at ske i september 2023.

Ministerens redegørelse, rigsrevisors bemærkninger og Statsrevisorernes eventuelle bemærkninger samles i Statsrevisorernes Endelig betænkning over statsregnskabet, som årligt afgives til Folketinget i februar måned – i dette tilfælde Endelig betænkning over statsregnskabet 2022, som afgives i februar 2024.

Statsrevisorernes bemærkning tager udgangspunkt i denne karakterskala:

Karakterskala

Positiv kritik	<ul style="list-style-type: none">• finder det meget/særdeles positivt• finder det positivt• finder det tilfredsstillende/er tilfredse med
Kritik under middel	<ul style="list-style-type: none">• finder det ikke helt tilfredsstillende
Middel kritik	<ul style="list-style-type: none">• finder det utilfredsstillende/er utilfredse med• påpeger/understreger/henstiller/forventer• beklager/finder det bekymrende/foruroligende
Skarp kritik	<ul style="list-style-type: none">• kritiserer/finder det kritisabelt/kritiserer skarpt/indskærper• påtaler/påtaler skarpt
Skarpeste kritik	<ul style="list-style-type: none">• påtaler skarpt og henleder særligt Folketingets opmærksomhed på

Henvendelse vedrørende denne publikation rettes til:

Statsrevisorerne
Folketinget
Christiansborg
1240 København K

Tlf.: 3337 5987
statsrevisorerne@ft.dk
www.ft.dk/statsrevisorerne

Yderligere eksemplarer kan købes ved henvendelse til:

Stibo Complete lager og logistik
Vandtårnsvej 83A
2860 Søborg

Tlf.: 4322 7300
kundeservice@stibocomplete.com
http://www.stibocomplete.dk

ISSN 2245-3008
ISBN trykt 978-87-7434-800-9
ISBN online 978-87-7434-801-6

Statsrevisorernes bemærkning

Beretning om kontrol med lægers honorar-afregning

Regionerne udbetalte i 2021 honorarer for ca. 9 mia. kr. til 3.298 praktiserende læger. Regionerne skal - ligesom på andre områder, hvor det offentlige køber ydelser og varer af private leverandører - kontrollere, om den ydelse, man betaler for, er leveret, og om afregningen sker i overensstemmelse med overenskomster mv.

Statsrevisorerne og Rigsrevisionen påpegede allerede i 2012 i *beretning nr. 17/2011 om aktiviteter og udgifter i praksissektoren*, at kontrollen med udgifter i praksissektoren ikke var tilfredsstillende, og at rammerne for regionernes kontrol ikke var hensigtsmæssige. Som opfølgning på beretningen ville regionerne udvikle et nyt afregningssystem og styrke kontrolindsatsen. Regionerne tog først et nyt afregningssystem i brug i 2021 efter flere forsinkelser og efter at have skrottet ét system.

Statsrevisorerne finder det utilfredsstillende, at regionerne i perioden 2018 - medio 2021 ikke har ført en effektiv kontrol med praktiserende lægers honorarafregning. Selv om det nye afregningssystem fra 2021 har styrket førkontrollen, er der stadig potentiale for at udvikle og forbedre afregningssystemet, så det gøres mere finmasket. Det er tilsvarende utilfredsstillende, at ingen af regionerne har en effektiv efterkontrol baseret på risiko og væsentlighed.

Der er således risiko for, at regionernes udbetalinger af honorarer til læger er fejlbehæftede. Rigsrevisionen har sandsynliggjort, at regionerne siden medio 2021 har afvist regninger for yderligere ca. 50 mio. kr. årligt, som før formentlig ville være udbetalt.

Statsrevisorerne

20. marts 2023

Mette Abildgaard
Leif Lahn Jensen
Mikkel Irminger Sarbo
Serdal Benli
Lars Christian Lilleholt
Monika Rubin

Statsrevisorerne har hæftet sig ved disse undersøgelsesresultater:

- Det nye afregningssystem er bedre til at finde fejl i førkontrollen af lægernes honorarafregninger, svarende til at regionerne fra medio 2021 har afvist honorarkrav for yderligere ca. 50 mio. kr. årligt. Mange afregninger kræver dog fortsat manuel behandling og skønsmæssige vurderinger, som der kun er fastsat begrænsede kriterier for.
- Regionernes efterkontrol har i perioden 2018-2022 ikke været effektiv, fordi den ikke har været baseret på risiko og væsentlighed, og fordi regionerne ikke i tilstrækkelig grad har anvendt egne data om bl.a. lægernes afregningsmønstre til at målrette kontrollen.
- Da regionerne ikke er direkte aftagere, er det vanskeligt for regionerne at kontrollere, hvilke ydelser borgerne modtager, og om lægens honorar modsvarer den modtagne ydelse. Sundhedsloven giver derfor regionerne mulighed for at indhente patientjournaler hos lægen til brug for kontrollen, men lægen kan afvise at udlevere patientjournalerne og kan modsætte sig et tilbagebetalingskrav. I disse tilfælde skal sagen afgøres - i enighed - af regionens samarbejdsudvalg, hvor der er ligelig repræsentation fra regioner og praksissektorens organisationer, hvorfra sagen kan gå videre til Landssamarbejdsudvalget.

Statsrevisorerne bemærker, at regionernes kontrol og krav om tilbagebetaling vanskeliggøres af, at regionerne i henhold til sundhedsloven ikke kan kræve at modtage patientjournaler fra lægerne til brug for kontrollen.

Statsrevisorerne finder det bekymrende, at indenrigs- og sundhedsministeren - trods kendskabet til problemstillingerne siden 2012 - ikke har sikret hensigtsmæssige rammer i bl.a. sundhedsloven for regionernes kontrol.

Indholdsfortegnelse

1. Introduktion og konklusion	1
1.1. Formål og konklusion	1
1.2. Baggrund	4
1.3. Revisionskriterier, metode og afgrænsning	7
2. Regionernes kontrol med lægers honorarafregning	9
2.1. Regionernes førkontrol	9
2.2. Regionernes efterkontrol	15
2.3. Opfølgning på Indenrigs- og Sundhedsministeriets og regionernes arbejde med rammerne for regionernes kontrol med lægers honorarafregning	19
Bilag 1. Metodisk tilgang	23
Bilag 2. Andelen af afviste regninger med fejl i førkontrollen pr. region	32
Bilag 3. Udbetalte honorarkrav for mere end én grundydelse pr. dag pr. patient opgjort for hver region	35
Bilag 4. Ordliste	40

Rigsrevisionen har selv taget initiativ til denne undersøgelse og afgiver derfor beretningen til Statsrevisorerne i henhold til § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 101 af 19. januar 2012.

Rigsrevisionens mandat til at gennemføre undersøgelsen følger af § 2, stk. 1, nr. 1, jf. § 3 i rigsrevisorloven, og § 4, stk. 1, nr. 1, jf. § 6 i rigsrevisorloven.

Beretningen vedrører finanslovens § 16. Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

I undersøgelsesperioden januar 2012 - juni 2022 har der været følgende ministre:

Astrid Krag: oktober 2011 - februar 2014
Nick Hækkerup: februar 2014 - juni 2015
Sophie Løhde: juni 2015 - november 2016
Ellen Trane Nørby: november 2016 - juni 2019
Magnus Heunicke: juni 2019 - december 2022

Beretningen har i udkast været forelagt Indenrigs- og Sundhedsministeriet og regionerne, hvis bemærkninger i videst muligt omfang er afspejlet i beretningen.

1. Introduktion og konklusion

1.1. Formål og konklusion

1. Denne beretning handler om regionernes kontrol med praktiserende lægers honorarafregning. Når en borger går til en praktiserende læge, sender lægen en regning til regionen. Regionerne modtager hvert år ca. 60 mio. regninger fra lægerne. I 2021 udbetalte regionerne ca. 9 mia. kr. til lægerne. Regionerne skal kontrollere regningerne, inden honoraret udbetales til lægerne.

2. Rigsrevisionen har løbende fulgt regionernes kontrol med honorarafregning, siden vi afgav en beretning om aktiviteter og udgifter i praksissektoren i 2012. Rigsrevisionen konkluderede i beretningen, at der var behov for at forbedre regionernes muligheder for at kontrollere og følge op på de ydelser, der leveres i praksissektoren.

Rigsrevisionen afgav i 2012 beretning nr. 17/2011 til Statsrevisorerne om aktiviteter og udgifter i praksissektoren.

Ministeren for sundhed og forebyggelse (nu indenrigs- og sundhedsministeren) oplyste i sin redegørelse af 7. januar 2013, at regionerne bl.a. var gået sammen om at udvikle et nyt afregningssystem og generelt iværksætte initiativer for at styrke kontrolindsatsen. Derudover oplyste ministeren, at ministeriet ville lægge vægt på, at de kommende overenskomstforhandlinger skulle sikre regionerne øgede kontrolmuligheder.

Regionernes kontrol har sidenhen været genstand for politisk bevågenhed og kritik efter flere mediesager om svig med honorarafregning blandt læger. Statsrevisorerne fandt det i 2020 utilfredsstillende, at regionerne endnu ikke havde implementeret et bedre afregningssystem 8 år efter Rigsrevisionens beretning. Det nye afregningssystem blev efter flere forsinkelser taget i brug i 2021.

3. Regionerne udfører både en kontrol før (førkontrol) og efter (efterkontrol), regningen er betalt. Førkontrollen sker i et afregningssystem, som automatisk screener regningerne for, om de lever op til overenskomsten mellem regionerne og lægernes faglige organisation. Fx bliver regningen screenet for, om der er 9 cifre i cpr-nummeret, eller om en børneundersøgelse er givet til en voksen. Hvis der er fejl i regningen, afviser systemet udbetalingen.

Efterkontrollen skal bl.a. efterprøve, om der er leveret den ydelse, der er betalt for. Hvis det ikke er tilfældet, kan regionerne kræve pengene tilbagebetalt. Da vi undersøgte regionernes efterkontrol i 2012, konkluderede vi, at de daværende rammer ikke gav tilstrækkelige muligheder for at kontrollere, om udbetalingen af honorarer modsvarede den ydelse, lægen havde leveret til patienten, samt at regionerne ikke havde den fulde kompetence til at beslutte sanktioner over for lægerne.

4. Formålet med denne undersøgelse er at vurdere, om regionerne har ført en effektiv kontrol med afregningen af honorarer til praktiserende læger i perioden 2012-2022.

Rigsrevisionen har selv taget initiativ til undersøgelsen i februar 2022.



Hovedkonklusion

Regionerne har samlet set ikke ført en effektiv kontrol med afregningen af honorarer til praktiserende læger i perioden 2018 - medio 2021. Det finder Rigsrevisionen utilfredsstillende. Førkontrollen er blevet bedre siden medio 2021, men regionernes efterkontrol er stadig ikke tilfredsstillende. Konsekvensen er, at der ikke er sikkerhed for, at regionernes afregning med de praktiserende læger i al væsentlighed er korrekt.

Regionerne har ikke ført en effektiv førkontrol med afregningen af honorarer til praktiserende læger

Regionerne har som minimum været bekendt med manglerne i det gamle afregningssystem, siden Rigsrevisionen påpegede dem i 2012. Til trods for enkelte supplerende kontroller har regionerne ikke i tilstrækkelig grad kompenseret for de kritiske mangler i det gamle afregningssystem frem til medio 2021, hvor regionerne tog et nyt og forbedret system i brug.

Førkontrollen har været mere effektiv, siden regionerne tog det nye afregningssystem i brug medio 2021. Det skyldes, at det nye system både er mere finmasket i forhold til at finde fejl og har flere automatiske kontroller. Undersøgelsen viser, at regionerne finder flere fejl i regningerne svarende til, at regionerne nu afviser regninger for yderligere ca. 50 mio. kr. årligt, som før formentlig ville være udbetalt. Mange afregninger kræver dog stadig, at regionerne foretager en skønsmæssig vurdering. Regionerne har kun i begrænset omfang opstillet kriterier for disse vurderinger. Der er således risiko for, at den samme afregning kan afvises af den ene sagsbehandler, men godkendes af den anden.

Regionerne har ikke ført en effektiv efterkontrol med afregningen af honorarer til praktiserende læger

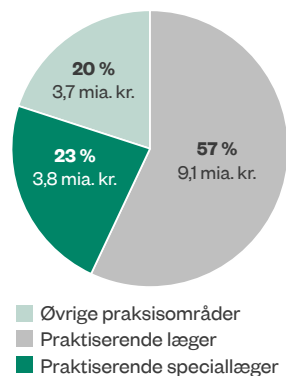
Ingen af regionerne har tilrettelagt og udført en efterkontrol af regningerne baseret på en samlet analyse af risiko og væsentlighed. Derudover har ingen regioner udnyttet muligheden for at analysere regningsdata om lægernes afregningsmønstre tilstrækkeligt og derigennem sikre en mere målrettet kontrol.

Rammerne for regionernes kontrol med afregningen af honorarer til praktiserende læger er i hovedtræk uændrede

Rigsrevisionens opfølgning viser, at rammerne for regionernes kontrol i overenskomsten og sundhedsloven i hovedtræk er uændrede 10 år efter, at Rigsrevisionen fremhævede et behov for at forbedre regionernes muligheder for kontrol. Indenrigs- og Sundhedsministeriet og regionerne har med enkelte tiltag forsøgt at etablere mere hensigtsmæssige rammer for kontrollen. Regionernes mulighed for at kontrollere honorarafregningen afhænger dog stadig af lægens egen vurdering af, om patientjournaler kan udleveres. Dette følger af bestemmelser i sundhedsloven.

Regionerne kan gøre mere for at styrke kontrollen, men så længe rammerne er uændrede, vil kontrollen ikke kunne være lige så effektiv, som det forventes på andre områder, hvor det offentlige køber ydelser og varer af private leverandører. Alle regionerne har over for Rigsrevisionen understreget vigtigheden af at få løst denne udfordring.

Regionernes udgifter til praksissektoren i 2021



Ud af de ca. 9 mia. kr. til praktiserende læger er de 3 mia. kr. faste honorarer og de 6 mia. kr. ydeshonorarer.

Regionernes Lønnings- og Takstnævn

Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) består af repræsentanter fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Medarbejder- og Kompetencestyrelsen (Finansministeriet), regionerne og Kommunernes Landsforening (KL). Danske Regioner fungerer som sekretariat for RLTN.

1.2. Baggrund

5. Praksissektoren består af private leverandører af bl.a. lægehjælp, psykologhjælp og fysioterapi. Størstedelen af udgifterne til praksissektoren er til praktiserende læger. I 2021 fik 3.298 praktiserende læger samlet udbetalt honorarer for ca. 9 mia. kr.

I modsætning til andre praksisområder, fx fysioterapi og psykologhjælp, hvor borgerne selv betaler dele af regningen, er besøg hos praktiserende læger stort set fuldt offentligt finansieret.

Ansvar for kontrollen med praktiserende læger

6. Regionerne har pligt til at sikre, at alle borgere har adgang til sundhedsydelser fra praktiserende læger, og til at betale for de ydelser, borgerne modtager, jf. sundhedslovens § 57. Det er dermed også regionernes ansvar at kontrollere, at afregningen med de praktiserende læger er korrekt.

Når regionerne betaler regninger fra lægerne, skal regionerne foretage de fornødne kontroller af grundlaget for udbetalingen, jf. cirkulære om budget- og regnskabssystem for regioner. Det betyder, at regionerne skal sikre, at ydelsen afregnes i henhold til det, der er aftalt, og at ydelsen er leveret og svarer til det, der fremgår af regningen. Lovgivningen fastsætter ikke specifikke regler for, hvordan regionerne skal føre kontrol med honorarafregningen, men en bestemmelse i sundhedsloven giver regionerne mulighed for at kunne modtage patientjournaler fra lægerne i forbindelse med kontrollen, jf. boks 1.

Boks 1

Bestemmelse om udlevering af sundhedsoplysninger

Det fremgår af sundhedslovens § 43, stk. 2, nr. 3, at sundhedspersoner uden patientens samtykke kan videregive oplysninger om patienters helbredsforhold og andre fortrolige oplysninger, når oplysningerne er nødvendige for myndigheders tilsyns- og kontrolopgaver. Derudover fremgår det af § 43, stk. 3, at det er den sundhedsperson, der er i besiddelse af patientens fortrolige oplysninger, der afgør, om videregivelsen er berettiget.

Note: Understregningen er Rigsrevisionens markering.

Kilde: Sundhedsloven.

7. Mens regionerne er ansvarlige for afregningen og kontrollen med honorarer til de praktiserende læger, har Indenrigs- og Sundhedsministeriet ansvaret for de lovgivningsmæssige rammer for udleveringen af patienternes helbredsoplysninger i forbindelse med kontrollen, herunder for at vejlede og fortolke de lovgivningsmæssige rammer. De specifikke rammer og krav fastsættes primært i overenskomster mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (herefter RLTN) og Praktiserende Lægers Organisation (herefter PLO).

Regionernes kontrol med regninger

8. Overenskomsten, der er indgået mellem RLTN og PLO, fastsætter størrelsen på honoraret for en given sundhedsydelse, og hvor ofte ydelsen må afholdes. I overenskomsten er det fx aftalt, at en læge kun må afregne ét opsøgende hjemmebesøg hos en skrøbelig, ældre patient om året. Regionerne modtager årligt ca. 60 mio. regninger, som skal kontrolleres for, om afregningen sker i overensstemmelse med overenskomsten. Derudover kontrollerer regionerne udvalgte regninger for, om ydelsen rent faktisk er leveret. Figur 1 viser, hvordan regionerne kontrollerer lægernes regninger.

Figur 1
Regionernes før- og efterkontrol af regninger fra læger



Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra regionerne.

Det fremgår af figur 1, at lægerne sender regningerne til regionernes afregningssystem. Systemet har en indbygget automatisk kontrol, som er opsat på baggrund af en række valideringsregler, regionerne har defineret ud fra overenskomsterne. Hvis en regning ikke lever op til valideringsreglen, afvises betalingen. Det kan fx være, hvis en patient har fået 2 opsøgende hjemmebesøg på ét år, hvis cpr-nummeret ikke eksisterer, eller hvis der er 2 ens regninger fra samme dag. Hvis en fejlbehæftet regning fanges i førkontrollen, kan regionerne afvise regningen, inden pengene udbetales.

Valideringsregler

Valideringsregler er en række krav, der er indkodet i afregningssystemet, og som alle regninger bliver holdt op imod.

Når regionen tager en regning ud til efterkontrol og skal kontrollere, om ydelsen rent faktisk er leveret til patienten, er det ikke nok at kontrollere regningen. Her er regionen nødt til at indhente dokumentation hos den praktiserende læge. Efterkontrollen går således ud på at sammenholde regningen med dokumentation, fx i form af journaloplysninger, for, at ydelsen er leveret. Hvis lægen ikke dokumenterer, at ydelsen er leveret, kan regionen kræve pengene tilbagebetalt. Lægen er dog ifølge sundhedslovens § 43 ikke forpligtet til at udlevere journaloplysninger til regionen og kan modsætte sig tilbagebetalingskravet. I de tilfælde skal sagen håndteres i regionens samarbejdsudvalg og eventuelt tages videre til Landssamarbejdsudvalget, jf. boks 2.

Boks 2

Samarbejdsudvalg vedrørende almen praksis

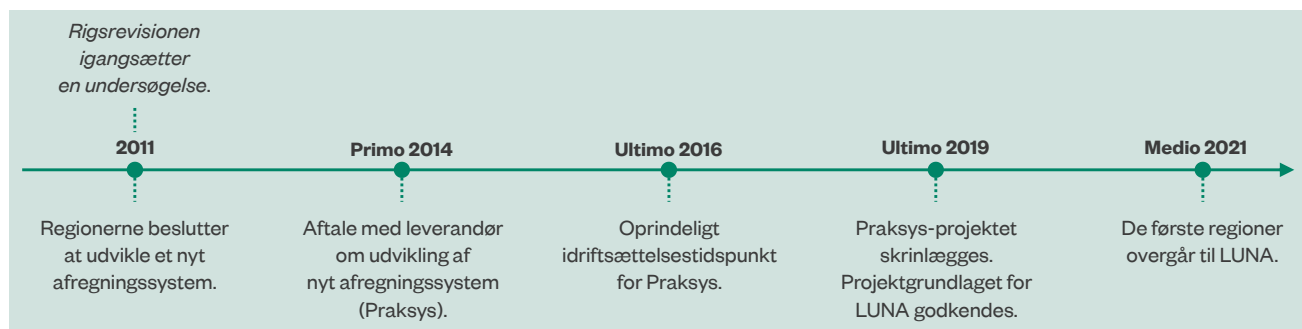
Hver region har et samarbejdsudvalg vedrørende almen praksis, som behandler sager om overenskomstfortolkning, klager mv. Samarbejdsudvalgene er paritetiske – dvs. ligeligt sammensat af repræsentanter fra regionsrådet og repræsentanter for lægerne i regionen – og kan kun træffe afgørelser i enighed.

Hvis samarbejdsudvalget ikke kan nå til enighed i en sag, skal sagen overdrages til et landsdækkende samarbejdsudvalg, der ligeledes er paritetisk sammensat, og som også kun kan træffe afgørelser i enighed. Hvis parterne stadig ikke kan blive enige, kan sagen videresendes til behandling i en voldgift eller slutte uden en afgørelse.

Nyt afregningssystem til at styrke kontrollen

9. I forbindelse med at Rigsrevisionen igangsatte en undersøgelse af regionernes styring af aktiviteter og udgifter i praksissektoren, besluttede regionerne i 2011, at der var behov for at udvikle et nyt fælles afregningssystem (Praksys). Det nye afregningssystem skulle erstatte det forældede system Notus. Figur 2 viser forløbet med udviklingen af det nye afregningssystem.

Figur 2
Forløbet for udviklingen af det nye afregningssystem



Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af oplysninger fra regionerne.

Det fremgår af figur 2, at regionerne i 2014 indgik en aftale om et nyt it-system, Praksys. Projektet blev flere gange ramt af forsinkelser, og ultimo 2019 blev Praksys-projektet skrinlagt. Praksys-projektet havde et samlet budget på 276 mio. kr. I samme forbindelse besluttede regionerne at udbygge Region Midtjyllands eksisterende afregningssystem og udrulle det til de resterende 4 regioner under navnet LUNA. Formålet med LUNA blev af regionerne beskrevet som "en redningsmission", der skulle bringe dem ud af en uholdbar systemmæssig situation og imødekomme kritikken fra Rigsrevisionen. Fra medio 2021 blev LUNA taget i brug i alle regioner.

10. Rigsrevisionen har løbende fulgt arbejdet med at implementere et nyt afregningssystem, siden vi afgav beretningen i 2012. Der er fortsat et udestående opfølgingspunkt i forhold til beretningen fra 2012. Statsrevisorerne bemærkede i februar 2020, at "Statsrevisorerne finder det særdeles kritisabelt, at regionerne siden 2011 har brugt tid og resurser på et nyt afregningssystem, som aldrig er taget i brug, men kasseret i 2019. Regionerne har nu igangsat et nyt projekt med samme kvalitetskrav og formål". Vi vil i denne beretning følge op på regionernes arbejde med at implementere det nye afregningssystem til udbetaling og registrering af sygesikringsydelser og samtidig vurdere, om afregningssystemet har gjort førkontrollen mere effektiv.

Et opfølgingspunkt er et udtryk for forhold i en beretning. Rigsrevisionen løbende vil følge op på. Et opfølgingspunkt afsluttes, når Statsrevisorerne på baggrund af indstilling fra Rigsrevisionen vurderer, at myndighedernes initiativer er tilfredsstillende.

1.3. Revisionskriterier, metode og afgrænsning

11. Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om regionerne har ført en effektiv kontrol med afregningen af honorarer til praktiserende læger i perioden 2012-2022. Vi har undersøgt:

- om regionerne har ført en effektiv førkontrol af honorarafregningen
- om regionerne har ført en effektiv efterkontrol af honorarafregningen
- om Indenrigs- og Sundhedsministeriet og regionerne har arbejdet med at skabe mere hensigtsmæssige rammer for kontrollen med lægernes honorarafregning.

Undersøgelsesperioden for de 2 første spørgsmål er januar 2018 - juni 2022. Undersøgelsen omfatter en dataanalyse af alle ca. 270 mio. afregninger med praktiserende læger i perioden januar 2018 til juni 2022. Undersøgelsesperioden for det sidste spørgsmål er januar 2012 - juni 2022. I bilag 1 findes en detaljeret beskrivelse af undersøgelsesmetode.

Undersøgelsen er afgrænset til at omhandle regionernes kontrol med praktiserende læger, fordi den gruppe af private leverandører af sundhedsydelser tegner sig for mere end halvdelen af de offentlige udgifter til praksissektoren. Behandlinger hos praktiserende læger er desuden stort set fuldt offentligt finansierede, og vi vurderer derfor, at risikoen for fejl er større, når patienten ikke selv skal betale en del af ydelsen i modsætning til fx behandlinger hos tandlæge og psykolog.

12. For at understøtte revisionen har vi holdt møder med Indenrigs- og Sundhedsministeriet, de 5 regioner, Danske Regioner og LUNA-administrationen.

13. Revisionen er udført i overensstemmelse med standarderne for offentlig revision, jf. bilag 1.

14. I bilag 1 er undersøgelsens metodiske tilgang beskrevet. Bilag 2 viser andelen af afviste regninger med fejl i førkontrollen pr. region. Bilag 3 viser udbetalte honorarkrav for mere end én grundydelse pr. dag pr. patient opgjort for hver region. Bilag 4 indeholder en ordliste, der forklarer udvalgte ord og begreber.

2. Regionernes kontrol med lægers honorarafregning

15. Dette kapitel handler om, hvorvidt regionerne har ført en effektiv før- og efterkontrol med afregningen af honorarer til praktiserende læger i perioden 2018-2022. Derudover har vi fulgt op på de lovgivningsmæssige og aftalebestede rammer for regionernes kontrol.

2.1. Regionernes førkontrol

16. Vi har undersøgt, om regionerne har gennemført en effektiv førkontrol af honorarafregningen i perioden 2018-2022. En effektiv førkontrol skal først og fremmest sikre, at regninger, der ikke lever op til overenskomstens krav, afvises inden udbetaling. Vi har undersøgt:

- om regionerne har kompenseret for de kendte mangler i det gamle afregningssystem, som blev anvendt frem til medio 2021
- om det nye afregningssystem understøtter en effektiv førkontrol.

I de tilfælde, hvor systemet ikke automatisk kan kontrollere, om regningen stemmer overens med overenskomstaftalen, er der behov for at foretage en manuel, skønsmæssig vurdering. Vi har derfor også undersøgt:

- om regionernes praksis for afregning, der kræver skøn, er ensartet.

17. Undersøgelsen viser samlet set, at regionerne ikke har gennemført en effektiv førkontrol i undersøgelsesperioden. Regionerne har, til trods for enkelte supplerende kontroller, ikke i tilstrækkelig grad kompenseret for kritiske, kendte mangler i det gamle afregningssystem, som blev anvendt frem til medio 2021. Med det nye afregningssystem afviser regionerne honorarkrav for yderligere 50 mio. kr. årligt, som tidligere formentlig ville være udbetalt.

Selv om afregningssystemet nu er mere finmasket, er der fortsat behov for at foretage manuelle, skønsmæssige vurderinger på grund af undtagelsesbestemmelser i overenskomstens ydelsesbeskrivelser. Undersøgelsen viser, at regionerne ikke har sikret, at praksis for afregning, der kræver skøn, er ensartet. Regionerne har i begrænset omfang opstillet kriterier for de skønsmæssige vurderinger. Når regionerne ikke har opstillet sådanne kriterier, er der risiko for, at et honorarkrav, der afvises af én sagsbehandler, ville kunne blive godkendt, hvis det var blevet behandlet af en anden sagsbehandler.

Supplerende kontroller i perioden 2018 - medio 2021

18. Vi har undersøgt, om regionerne har kompenseret for kendte mangler i afregningssystemet Notus i perioden 2018 - medio 2021. Konkret har vi undersøgt, om regionerne har foretaget supplerende førkontroller for at undgå udbetaling af uberettigede honorarer til lægerne.

Regionerne har kendt til mangler i det gamle afregningssystem, siden de besluttede at udskifte systemet i 2011. Det gamle system kunne bl.a. ikke kontrollere på tværs af regninger, hvilket medførte en væsentlig risiko for fejl- og dobbeltudbetalinger. Overenskomsten sætter også en række begrænsninger for, hvilke ydelser der må kombineres, og hvor ofte en ydelse må opkræves.

Notus havde ca. 800 valideringsregler, mens LUNA har mere end dobbelt så mange. Valideringsregler er de automatiske kontroller, som alle regninger bliver holdt op imod. De mange nye valideringsregler udspringer bl.a. af, at LUNA nu kan kontrollere på tværs af regninger, så systemet fanger fejl, når ydelser kombineres.

I den periode, hvor regionerne afventede det nye system, var det nødvendigt at gennemføre kompenserende førkontroller for at undgå at udbetale uberettigede honorarer.

19. Vores undersøgelse viser, at regionerne har gennemført supplerende kontroller i varierende omfang. Region Sjælland og Region Nordjylland har gennemført flere supplerende kontroller, mens Region Syddanmark og Region Hovedstaden kun har gennemført en enkelt. Region Midtjylland har siden 2011 haft det system, Praksys.RM, som siden blev udrullet til de øvrige regioner under navnet LUNA. Regionen har derfor i langt højere grad tidligt kunnet foretage automatiske kontroller af dobbeltudbetalinger, overenskomststridige ydelseskombinationer mv. end de øvrige regioner.

20. I 2018 blev der indført en ny metode for udregningen af honorar for behandling af kronikere i almen praksis. Notus understøttede ikke denne ændring, og alle regioner var derfor nødsaget til at foretage manuelle beregninger og kontroller. Det har alle regioner gjort. Dog har Region Hovedstaden først gennemført kontrollen med kronikerhonorarer fra 2020.

21. Region Sjælland og Region Nordjylland har foretaget supplerende førkontroller ud over kontrollen med kronikerhonorarerne. Region Sjælland har fx gennemført supplerende kontroller af bestemte konsultationstyper og vaccinationshonorarer, der ikke må opkræves i kombination med en række andre ydelser. Vores analyse af Region Sjællands udbetalingsmønster for de pågældende ydelseskombinationer viser, at kontrollerne har haft en signifikant effekt. Kontrollerne har betydet, at regionen afviste 83 % af de pågældende regninger. Region Hovedstaden, der til sammenligning ikke har gennemført disse kontroller, afviste 0,6 % af regningerne for tilsvarende konsultationstyper.

Boks 3 viser et lignende eksempel på effekten af Region Nordjyllands supplerende førkontroller.

Boks 3

Eksempel på effekten af supplerende førkontroller

Region Nordjylland har siden 2018 foretaget supplerende førkontroller for en række konsultationstyper, der ifølge overenskomsten ikke kan honoreres samme dag. Det betød, at regionen i en enkelt måned i 2018 bremsede udbetalingen af fejlregninger for 126.000 kr., som systemet ellers ville have udbetalt.

Kilde: Region Nordjyllands beregninger.

Regionernes nye afregningssystem og effekten heraf

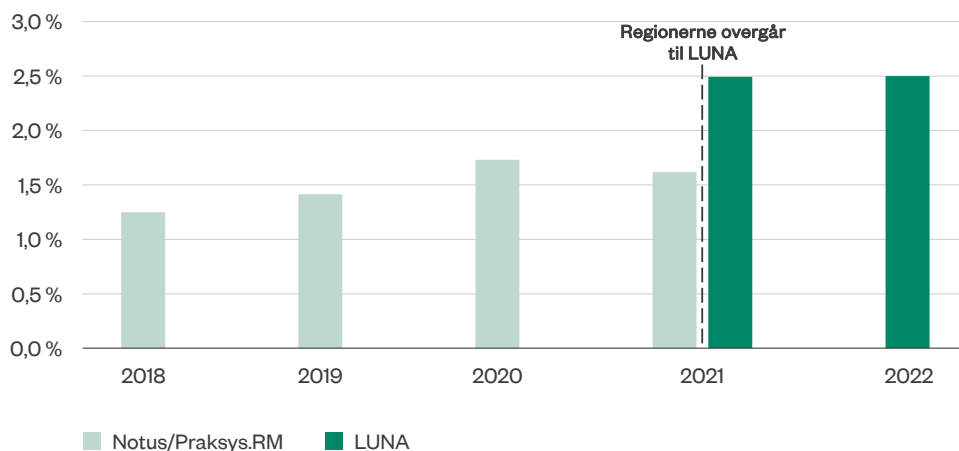
22. Vi har undersøgt, om regionerne med det nye afregningssystem, LUNA, finder flere fejl i regningerne, end de gjorde i det gamle afregningssystem, Notus. Konkret har vi undersøgt effekten af regionernes nye afregningssystem ved at analysere data for alle ca. 270 mio. afregninger med praktiserende læger i perioden 2018-2022. Analysemetoden er uddybet i bilag 1.

23. Vores gennemgang viser, at LUNA finder signifikant flere fejl i regningerne end Notus gjorde, da systemet har flere valideringsregler og kan kontrollere på tværs af regninger.

24. Figur 3 viser udviklingen i andelen af opdagede fejl i regningerne før og efter implementeringen af LUNA.

Figur 3

Andelen af afviste regninger med fejl fordelt på afregningssystem i perioden 2018-2022



Note: De regionsspecifikke tal fremgår af bilag 2.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af regningsdata fra regionerne.

Supplerende førkontroller og valideringsregler

At LUNA har 800 flere valideringsregler end det gamle afregningssystem betyder ikke, at regionerne burde foretage 800 supplerende førkontroller for at kompensere for manglerne i det gamle system. Det kræver ofte flere valideringsregler at gennemføre en førkontrol. Hvis regionen fx vil kontrollere honoraropkrævning for børnevaccination, kræver det både en valideringsregel, der sikrer, at vaccinationen gives til et barn i målgruppen, og at ydelsen ikke opkræves i tillæg til andre ydelseskoder.

Fejl i regninger

Når læger sender regninger ind til regionerne, som bliver fanget i afregningssystemet med fejl, kan det skyldes 3 ting:

1. Tastefejl.
2. Lægen er ikke opmærksom på en regel i overenskomsten.
3. Lægen prøver at få udbetalt mere i honorar, end lægen har krav på.

Det fremgår af figur 3, at andelen af afviste regninger er steget ved overgangen til LUNA. Regionernes afregningssystem fandt i gennemsnit fejl i 1,5 % af regningerne årligt i perioden 2018 - medio 2021, mens der i perioden medio 2021-2022 årligt er fundet fejl i 2,5 % af regningerne. Det svarer til, at regionerne i gennemsnit har fundet fejl i regninger for 98,5 mio. kr. årligt i det gamle system Notus, og at regionerne har fundet fejl i regninger for 148,7 mio. kr. årligt i det nye system LUNA.

25. Effekten af overgangen til LUNA ses ikke kun samlet, men også for hver enkelt region. Her viser vores undersøgelse, at alle regioner, der tidligere benyttede Notus, afviser signifikant flere regninger med LUNA. De specifikke opgørelser for hver region fremgår af bilag 2.

Den signifikante stigning i afviste regninger, både samlet og for hver region, viser, at selv om regionerne foretog supplerende førkontroller i varierende omfang før overgangen til LUNA, har kontrollerne ikke i tilstrækkelig grad kompenseret for manglerne i det gamle afregningssystem Notus.

Boks 4 viser et eksempel på en ydelseskombination, som valideringsreglerne ikke fangede i Notus.

Boks 4

Kontrol af dobbelt lungetest i Notus og LUNA

Det fremgår af overenskomsten på almenområdet, at en læge ikke må afregne honorar for 2 forskellige test af lungefunktion for samme borger på samme dag. Analysen viser, at andelen af udbetalte honorarer for dobbelttest af lungefunktion er faldet fra 83 % i perioden med Notus til 4 % i perioden med LUNA.

Vores analyse viser, at der i strid med reglerne er blevet udbetalt i alt 750.353 kr. for dobbelttest af lungefunktion i perioden fra 2018 til overgangen til LUNA medio 2021.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af regningsdata fra regionerne.

Med LUNA har regionerne fået mere end dobbelt så mange valideringsregler sammenlignet med Notus. Derudover giver LUNA fleksibilitet til at opsætte midlertidige valideringer. Regionerne kan fx opsætte valideringsregler specifikt for nogle lægers afregninger for specifikke ydelser. På den måde har regionerne med LUNA fået mulighed for at overvåge lægers usædvanlige afregningsmønstre i førkontrollen.

Boks 5 viser et eksempel på, hvordan LUNA har standset udbetalingen af honorarer for samtaleterapi i kombination med andre ydelser, der før LUNA ikke blev afvist.

Boks 5

Usædvanlig brug af samtaleterapi

Samtaleterapi honoreres næsten 3 gange så højt som en almindelig konsultation. Til gengæld kan ydelsen ikke, med få undtagelser, kombineres med andre ydelser. Vores analyse viser, at en læge alligevel har fået godkendt regninger for samtaleterapi i kombination med andre ydelser i næsten halvdelen af lægens honorarkrav for samtaleterapi, uden regionen har afvist regningen. Dermed har lægen fået udbetalt 290.500 kr. for denne kombination af ydelser i perioden 2018 - medio 2021. Efter regionen indførte det nye afregningssystem, har samme læge fået afvist 97 % af opkrævningerne for samtaleterapi i kombination med andre ydelser.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af regningsdata fra regionerne.

26. Regionerne har oplyst, at de løbende vil udvikle og forbedre afregningssystemet, herunder udvide antallet af valideringsregler, for at gøre systemet endnu mere finmasket. I efteråret 2022 har regionerne fx igangsat et tværregionalt arbejde med at harmonisere valideringsreglerne og sagsbehandlingen i LUNA. Dette arbejde forventes afsluttet i løbet 2023.

Regionernes kontrol af overenskomstens skønsmæssige bestemmelser

27. Selv om afregningssystemet kan automatisere kontrollen af regningsmaterialet, vil der fortsat være dele af kontrollen, som kræver manuel sagsbehandling. Dette skyldes, at der ikke kan opstilles klare valideringsregler for de ydelser, som ifølge overenskomsten kræver skønsmæssige vurderinger. Det kan fx være ydelser, der kun undtagelsesvist eller i særlige tilfælde må anvendes. Et eksempel på sådan en undtagelsesbestemmelse er ved opkrævning af mere end én grundydelse pr. dag til samme patient (herafter dobbeltgrundydelse). Ifølge overenskomsten må der i udgangspunktet ikke opkræves dobbeltgrundydelse.

28. Vi har undersøgt, om regionernes praksis for afregning af ydelser, der kun undtagelsesvist må anvendes, er ensartet. For at sikre ensartethed i de skønsmæssige vurderinger bør regionerne udarbejde forretningsgange med kriterier for, om honoraropkrævningen falder inden for undtagelsesbestemmelserne i overenskomsten. Derudover har vi analyseret data om regionernes afregning af honorarkrav for dobbeltgrundydelse. Analysen har til formål at afdække, hvor ofte regionerne udbetaler honorarer for dobbeltgrundydelse, og hvad overgangen til LUNA har betydet for regionernes afregningspraksis.

Vores undersøgelse viser, at ingen regioner har haft kriterier for de skønsmæssige vurderinger i hele perioden. Når regionerne ikke har opstillet sådanne kriterier, er der risiko for, at et honorarkrav kan afvises af en sagsbehandler, men godkendes af en anden. Regionerne har således ikke sikret, at afregningen af ydelser, der kræver en skønsmæssig vurdering, er ensartet.

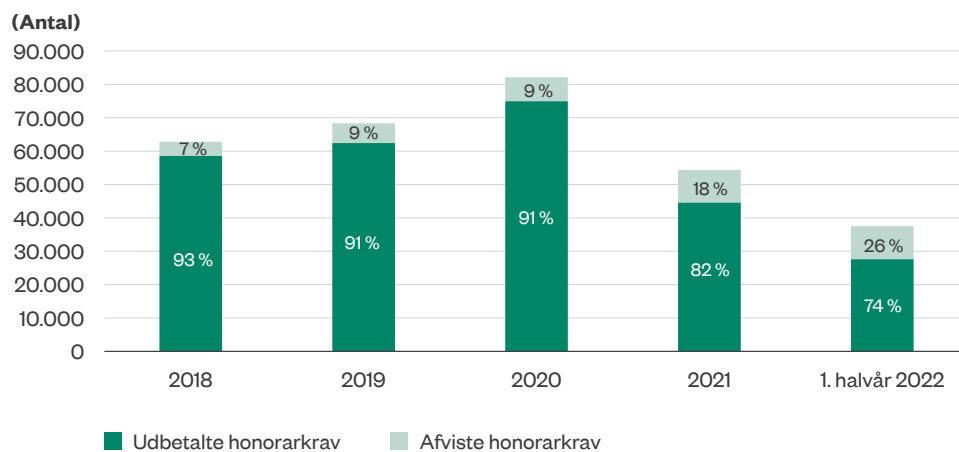
Dobbeltgrundydelse

Grundydelse er den type ydelser, lægerne oftest udfører. Ifølge overenskomsten kan der i udgangspunktet kun afregnes én grundydelse pr. dag pr. patient. En grundydelse er fx en konsultation, årsstatus eller et sygebesøg. En undtagelse til udgangspunktet er, hvis patientens behov for lægehjælp er imødekommet ved første konsultation, men helbredssituationen senere samme dag udvikler sig, så der opstår behov for endnu en konsultation – fx ved forværring i en tilstand, eller der opstår et akut problem.

Nogle regioner har i løbet af undersøgelsesperioden opstillet kriterier for udvalgte skønsmæssige vurderinger, mens andre har oplyst, at de har iværksat et arbejde med at opstille sådanne kriterier.

Vores undersøgelse viser også, at regionerne som hovedregel udbetaler pengene, når læger opkræver honorarer for dobbeltgrundydelse. Det til trods for, at overenskomsten foreskriver, at dobbeltgrundydelse i udgangspunktet ikke må opkræves. Figur 4 viser udviklingen i antallet af honoraropkrævninger for dobbeltgrundydelse på månedsbasis i alle regioner. Figuren viser også, hvor stor en andel af honoraropkrævningerne, der udbetales og afvises pr. måned.

Figur 4
Udbetalte og afviste honoraropkrævninger af dobbeltgrundydelse pr. måned fordelt på år i perioden 2018 - 1. halvår 2022



Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af regningsdata fra regionerne.

Det fremgår af procentsatserne i figur 4, at regionerne afviste ca. hver tiende honoraropkrævning for dobbeltgrundydelse i 2018, 2019 og 2020. Efter indførelsen af LUNA medio 2021 steg andelen af afviste honorarkrav, så det i 1. halvår 2022 var ca. hver fjerde honorarkrav, der blev afvist. Figuren viser samtidig, at lægerne indsender langt færre honoraropkrævninger for dobbeltgrundydelse, efter regionerne indførte det nye afregningssystem. I 2020 indsendte lægerne fx honoraropkrævninger for dobbeltgrundydelse ca. 82.000 gange hver måned, mens det i 1. halvår 2022 skete ca. 37.500 gange hver måned. Det skal dog bemærkes, at regionerne fortsat udbetalte honorar i 74 % af sagerne i 1. halvår 2022.

Udviklingen kan formentlig tilskrives, at det nye afregningssystem kan kontrollere på tværs af regninger og således udtager langt flere honoraropkrævninger for dobbeltgrundydelse til sagsbehandlernes skønsmæssige vurdering. Faldet i antallet af indsendte honorarkrav indikerer desuden, at det øgede kontroltryk har kvalificeret lægernes vurdering af, hvornår honoraropkrævningen falder inden for undtagelsesbestemmelserne i overenskomsten.

2.2. Regionernes efterkontrol

29. Vi har undersøgt, om regionerne har ført en effektiv efterkontrol af de ca. 60 mio. regninger, de modtager årligt. En effektiv efterkontrol skal sikre, at de regninger, hvor risikoen for fejl er størst og væsentligst, bliver kontrolleret. Regionerne bør udvælge kontrolsager ud fra en systematisk og dokumenteret risikovurdering af, hvor lægerne kan lave fejl i afregningen. Analyserne og vurderinger bør trække på de mange data, regionerne har om tidligere afregninger. Sådanne analyser og vurderinger vil også kunne bruges i førkontrollen som nye valideringsregler. Vi har undersøgt:

- om regionerne har tilrettelagt efterkontrollerne med udgangspunkt i risiko og væsentlighed
- om regionerne har anvendt tilgængelige regningsdata til at understøtte efterkontrollerne.

30. Da overgangen til det nye system LUNA ikke har haft væsentlig betydning for regionernes efterkontrol, skelner vi ikke mellem perioden før og efter implementeringen af LUNA.

31. Undersøgelsen viser samlet set, at regionerne ikke har ført en effektiv efterkontrol. Ingen af regionerne har tilrettelagt deres efterkontroller med udgangspunkt i risiko og væsentlighed. Derudover har ingen af regionerne udnyttet mulighederne for at analysere regningsdata om lægernes afregningsmønstre tilstrækkeligt og derigennem sikret en mere målrettet kontrol. Vores gennemgang og analyse af regionernes regningsdata viser, at regionernes egne data kan understøtte regionernes risikoanalyse af afregningsområdet.

Risikobaseret tilrettelæggelse

32. Vi har undersøgt, om regionerne har tilrettelagt deres efterkontroller med udgangspunkt i risiko og væsentlighed. Konkret har vi undersøgt, om regionerne har udarbejdet en kontrolstrategi, der beskriver, hvordan regionerne identificerer og vurderer risici for at sikre, at de udtager de sager til kontrol, som forventes at have størst effekt. På grund af det omfattende regningsmateriale er det ikke muligt for regionerne at foretage en fuldstændig kontrol af alle regninger.

Undersøgelsen viser, at ingen af regionerne har tilrettelagt deres efterkontroller med udgangspunkt i risiko og væsentlighed.

33. Boks 6 beskriver, hvad kontrol med udgangspunkt i risiko og væsentlighed indebærer.

Boks 6

Kontrol med udgangspunkt i risiko og væsentlighed

Rigsrevisionen definerer risiko som en afvejning af væsentligheden af et regelbrud og sandsynligheden for, at et regelbrud indtræffer. At kontrolindsatsen afpasses efter risiko, betyder således, at kontrollen målrettes de områder, hvor konsekvensen ved regelbrud er mest alvorlig, og hvor der er størst sandsynlighed for regelbrud. Myndigheder bør ud fra et samlet skøn segmentere virksomhederne i forhold til risikoen for regelbrud eller kortlægge og risikovurdere fejltypen med det formål at prioritere udvælgelsen af virksomheder til kontrol.

Kilde: Rigsrevisionens beretning til Statsrevisorerne om effektiv kontrol (nr. 15/2016).

34. Tabel 1 viser, om regionernes kontrolstrategier har taget udgangspunkt i risiko og væsentlighed.

Tabel 1

Oversigt over regionernes kontrolstrategi i perioden 2018-2022

	Kontrolstrategien tager udgangspunkt i risiko og væsentlighed	Kontrolstrategien indeholder
Region Nordjylland	Delvist	Regionens kontrolstrategi indeholder væsentlighedskriterier i udvælgelsen af kontrolsager.
Region Midtjylland	Nej	Regionen har ikke haft en strategi i undersøgelsesperioden.
Region Syddanmark	Nej	Regionen har ikke haft en strategi i undersøgelsesperioden.
Region Sjælland	Delvist	Regionens kontrolstrategi indeholder væsentlighedskriterier i udvælgelsen af kontrolsager.
Region Hovedstaden	Delvist	Regionens kontrolstrategi beskriver økonomisk væsentlighed og identificering af forebyggende indsatser og førkontroller i forhold til controllerteamets opgaver.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af dokumentation fra regionerne.

Vores gennemgang viser, at 3 regioner har haft kontrolstrategier i hele undersøgelsesperioden, der beskriver kontrolopgaven med honorarafregningen og væsentlighedskriterier for udvælgelsen af sager. 2 regioner har ikke haft en kontrolstrategi. Ingen af regionerne har beskrevet, hvordan de identificerer risici for, at ydelser ikke bliver afregnet i overensstemmelse med overenskomsten.

35. Alle regionerne har oplyst, at de i undersøgelsesperioden har igangsat arbejdet med at opdatere eller udarbejde en kontrolstrategi på området.

Regionerne har oplyst, at de udvælger og prioriterer emnerne for kontrol ad hoc. Det kan fx være, når sagsbehandlere er blevet opmærksomme på afvigende mønstre i afregningen, der giver anledning til yderligere kontrol af enten bestemte ydelser eller læger. Nogle regioner arbejder derudover med et årshjul for enkelte faste kontroller. Regionerne har desuden oplyst, at de løbende prioriterer blandt de ad hoc-udvalgte kontrolemner ud fra betragtninger om væsentlighed samt vurderer, om sagerne er af principiel karakter.

36. Undersøgelsen viser, at regionerne samlet har fået tilbagebetalt 23,2 mio. kr. i perioden 2018-2022 som følge af efterkontrollen. Regionerne har desuden politianmeldt 4 læger som følge af kontrollen.

I langt hovedparten af tilfældene tilbagebetaler den praktiserende læge honoraret, men der er også tilfælde, hvor lægen ikke er enig i regionens krav om tilbagebetaling. I de tilfælde kan regionen vælge at føre sagen videre til samarbejdsudvalget. Regionerne har oplyst, at der er sager, hvor regionerne vælger ikke at forfølge sagen, hvis de skønner, at processen gennem samarbejdsudvalget bliver for resursetung i forhold til tilbagebetalingskravet, eller at regionerne på forhånd skønner, at samarbejdsudvalget ikke vil nå frem til en afgørelse.

Dataunderstøttet efterkontrol

37. Vi har undersøgt, om regionerne har anvendt tilgængelige regningsdata til at identificere risikofyldte områder til efterkontrollen. En måde aktivt at identificere risici er ved at foretage analyser af regningsdata og dermed identificere risikofyldte ydelses-typer eller afvigende afregningsmønstre blandt læger.

38. Boks 7 viser en overordnet liste over mulige analyser, som regionerne kan foretage ud fra de tilgængelige variable i deres egne afregningsdata.

Boks 7

Eksempler på mulige analyser til udvælgelse til efterkontrol

Regionerne kunne med udgangspunkt i en række variable i afregningssystemerne fx identificere:

- 1) ydelseskoder, som regionen oftest afviser
- 2) ydelseskoder, hvor fejl i honorarafregningen koster regionen flest penge
- 3) ydelseskoder, som har størst udsving i lægernes brug
- 4) læger, der oftest får afvist honorarkrav.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af regionernes regningsdata.

Af boks 7 fremgår 4 mulige overordnede analyser, der alle kan anvendes til at identificere og monitorere risikoområder. Regionerne kunne bruge analyserne til at afdække brug af ydelser, som i den daglige førkontrol ikke fremstår atypiske, men som samlet giver grund til undren. Analyserne kan også vise effekten af allerede igangsatte kontroller og bruges til både at opsætte flere automatiske kontroller i førkontrollen og målrette vejledningen af lægerne. Hvilke analyser, der kan bidrage til at afdække risici i den enkelte region, kræver faglig indsigt og viden om lokale forhold.

Eksempel på vurdering af risiko og væsentlighed

En identificeret risiko kan være, at læger afregner en e-konsultation som en fysisk konsultation. Konsekvensen vil være, at lægerne fejlagtigt vil få udbetalt 102 kr., hvis dette ikke opdages i kontrollen. Det er her, regionen skal vurdere, om væsentligheden ved 102 kr. er stor nok til, at det er en risiko, der skal prioriteres. Væsentligheden er også afhængig af, om det vurderes, at der er en risiko for, at mange læger afregner e-konsultationer urigtigt, da væsentligheden så vil være større.

Samarbejdsudvalgets proces

Både de regionale samarbejdsudvalg og Landssamarbejdsudvalget er paritetisk sammensat og kan kun træffe afgørelser ved enighed mellem regionens og PLO's repræsentanter.

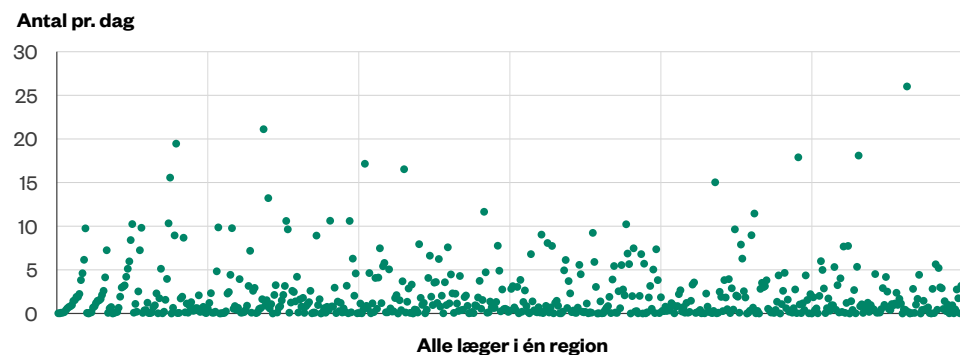
Hvis parterne ikke kan blive enige, kan sagen videresendes til behandling i en voldgift eller slutte uden en afgørelse.

39. Regionerne har haft adgang til afregningsdata fra både Notus og LUNA og har derfor haft mulighed for både at foretage risikovurderinger og analyser af afregningsdata i hele undersøgelsesperioden. Ingen af regionerne har dog anvendt disse data til at skabe et samlet overblik over risikoområder i kontrollen. Regionerne har løbende anvendt data til at undersøge lægernes opkrævning for nogle få udvalgte ydelser, som regionen allerede ved ofte er fejlbehæftede.

40. Da regionerne ikke har udarbejdet overordnede risikoanalyser, har vi – for at illustrere, hvad data kan bruges til – udarbejdet en analyse på baggrund af regionernes regningsdata for perioden 1. januar 2018 - 1. juni 2022. Analysen viser lægernes opkrævning af honorarer for dobbeltgrundydelse. Som vi tidligere har beskrevet, må dobbeltgrundydelse som udgangspunkt ikke opkræves. Regionerne modtog ca. 82.000 af disse opkrævninger hver måned i 2020 og udbetalte 9 ud af 10 af dem, jf. figur 4. Analysen er et eksempel på, at den enkelte regning måske ikke i sig selv giver anledning til undren hos regionernes sagsbehandlere. Hvis regionerne derimod kortlægger hyppigheden i lægernes opkrævninger for ydelser over tid, kan dette give anledning til at se nærmere på enkelte lægers afregningsmønstre.

41. Figur 5 viser resultatet af vores analyse af lægernes brug af dobbeltgrundydelse i én tilfældig region.

Figur 5
Gennemsnitligt antal gange pr. dag, lægen har sendt et honorarkrav for dobbeltgrundydelse i 2019



Note: Analysen er udarbejdet på baggrund af data fra 2019 for ikke at overlape perioder med midlertidige aftaler om brug af grundydelse under COVID-19.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af én regions regningsdata.

Hver prik i figur 5 repræsenterer en læge og viser det antal gange, lægen i gennemsnit har indsendt en regning med dobbeltgrundydelse hver arbejdsdag i 2019. Det fremgår af figuren, at langt de fleste læger i gennemsnit indsender mellem 0 og 4 regninger med dobbeltgrundydelse dagligt. Det fremgår også af figuren, at en række læger indsender langt flere.

I vores analyse ses eksempler på læger, som dagligt opkræver honorarer for 10, 15 og i et enkelt tilfælde 26 dobbeltgrundydelse. Disse læger har altså – baseret på deres afregningsmønster – dagligt haft mange patienter, der har været i kontakt med lægen og senere samme dag har fået behov for endnu en konsultation, fordi deres helbreds-situation er forværret, eller der er opstået et akut behov. En analyse og sammenligning af lægernes afregningsmønstre kan give regionen anledning til at målrette kontrollen mod de læger, som anvender dobbeltgrundydelse i et langt større omfang, og hvor der er risiko for, at lægen opkræver honorarer i strid med overenskomsten. Analysen ville også kunne bruges i førkontrollen som nye valideringsregler eller midlertidige va- lideringsregler til monitorering af bestemte læger.

42. Regionerne har oplyst, at de er i gang med at udvikle standardrapporter i LUNA, som kan hjælpe dem med at overvåge udsving i ydelsesmønstre og læger med afvi- gende honoraropkrævninger. Med LUNA er det også muligt for regionerne at foreta- ge analyser af den enkelte regions sagsbehandling, da LUNA indeholder data for, om sagsbehandleren i regionen har godkendt eller afvist en regning. Det kunne fx bruges til at undersøge, om sagsbehandlerne anlægger samme skønsmæssige betragtninger, når de behandler lægers honorarkrav.

2.3. Opfølgning på Indenrigs- og Sundhedsministeriets og regionernes arbejde med rammerne for regionernes kontrol med lægers honorarafregning

43. Rigsrevisionen konkluderede i beretningen om aktiviteter og udgifter til praksissek- toren fra 2012, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet i samarbejde med regionerne bur- de øge indsatsen for at etablere mere hensigtsmæssige rammer for kontrollen. Stats- revisorerne fandt det utilfredsstillende, at det ikke i højere grad var muligt at styre, kon- trollere og følge op på aktiviteter og udgifter i praksissektoren. Boks 8 beskriver, hvor- dan offentlige myndigheders kontrol med private leverandører normalt er.

Boks 8

Kontrol med private leverandører

Når en offentlig myndighed køber ind hos en privat leverandør, skal der føres kontrol med, at de i regningen nævnte varer, ydelser mv. er leveret, og at regningen er korrekt. Kontrol- len og godkendelsen af regningen omfatter således både regningens materielle og økono- miske forhold, jf. regnskabsbekendtgørelsens § 46. Myndigheden skal derfor først sikre sig, at det, der står på regningen, er til den aftalte pris og mængde, og dernæst tjekke, at varerne rent faktisk er leveret. Den private leverandør skal på den anden side dokumen- tere, at varen er leveret til den aftalte pris, mængde og kvalitet for at få betaling.

Kilde: Bekendtgørelse om statens regnskab mv. (bek. nr. 116 af 19. februar 2018).

44. Regionernes kontrol med de praktiserende læger adskiller sig fra den kontrol, som offentlige myndigheder normalt foretager, når de indkøber hos private leverandører. Regionerne har således ikke mulighed for at kontrollere modtagelsen af hver enkelt sundhedsydelse, da det er patienterne og ikke regionen selv, der modtager ydelserne. Lægen er forpligtet til at føre journal efter reglerne i journalføringsbekendtgørelsen (bek. nr. 1225 af 8. juni 2021), men er ikke forpligtet til at udlevere patientjournalerne til regionen i forbindelse med kontrol. Det skyldes, at reglerne om videregivelse af helbredsoplysninger til brug for kontrol er beskrevet som en ret i konkrete tilfælde og ikke en generel pligt, jf. sundhedslovens § 43. Det er derfor op til hver enkelt læge at vurdere, om patientjournaler kan udleveres til regionen.

På samme måde afhænger en regions mulighed for at sanktionere en læge af, at lægernes interesseorganisation, PLO, er enig i beslutningen. Sanktionssager om fejlagtig afregning drøftes i de regionale samarbejdsudvalg, hvor der skal opnås enighed mellem regionen og repræsentanter for PLO. I tilfælde, hvor regionen mener, at en opkrævning er overenskomststridig, kan PLO modsætte sig et tilbagebetalingskrav eller andre sanktioner, hvis PLO ikke deler regionens tolkning. Ved uenighed kan en sag overgå til Landssamarbejdsudvalget, men også her kræves det, at der kan opnås enighed mellem repræsentanter for PLO og regionerne.

45. Vores undersøgelse viser, at rammerne for kontrol med praksissektoren i hovedtræk er uændrede, siden Rigsrevisionen i 2012 afgav en beretning om emnet. Indenrigs- og Sundhedsministeriet og regionerne har med enkelte tiltag forsøgt at etablere mere hensigtsmæssige rammer for kontrollen, men regionernes mulighed for at kontrollere honorarafregningen afhænger stadig af lægens egen vurdering af, om der kan udleveres dokumentation for afregningen i form af patientjournaler. Rammerne tilsiger også stadig, at der skal opnås enighed mellem PLO og regionerne, før sanktioner kan iværksættes.

46. Alle regionerne har oplyst, at adgangen til patientjournaler i kontroløjemed og muligheden for at sanktionere er afgørende for deres mulighed for at føre en effektiv kontrol af honorarafregningen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriets tiltag for at præcisere og justere rammerne for kontrol

47. Indenrigs- og sundhedsministeren redegjorde over for Statsrevisorerne som opfølgning på beretningen i 2012 for, at der i den forestående overenskomstforhandling ville blive lagt vægt på, at regionerne fik øgede kontrolmuligheder og muligheder for sanktionering.

48. Vores gennemgang viser, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet i december 2012 satte gang i et arbejde med et forslag til en ny sundhedslov, der bl.a. skulle stille dokumentationskrav til lægerne og give regionerne beslutningskompetencen til at iværksætte kontrol og sanktioner på praksisområdet. Det fremsatte lovforslag, som blev vedtaget i sommeren 2013, omfattede dog ikke disse elementer. Den nye sundhedslov indeholdt en udvidelse af § 195, der bl.a. skulle give regionerne adgang til aggregeret patientdata for at styrke regionernes tilsyns- og planlægningsmuligheder.

49. Regionerne har oplyst, at bestemmelsen ikke har betydning for deres kontrol af udbetalte tilskud og honorarer, da de aggregerede patientdata ikke kan benyttes i forbindelse med en egentlig regningskontrol.

50. Landsamarbejdsudvalget henvendte sig i juni 2016 til Indenrigs- og Sundhedsministeriet for at få afklaret, hvordan lovens bestemmelse om udlevering af helbredsoplysninger skulle fortolkes. Henvendelsen kom på baggrund af flere sager, hvor regionerne og PLO ikke var enige om, hvorvidt det alene var op til lægen at kunne beslutte, om udleveringen af patientjournaler var relevant for kontrollen, og om udleveringen skulle ske som journaluddrag eller redegørelse. Ministeriet svarede i september, at loven ikke er til hinder for, at lægerne kan udlevere hele eller dele af patienternes journaler. Det er dog lægen, der skal vurdere, om det er nødvendigt på baggrund af en konkret vurdering af, hvad og hvor meget der bør videregives. Region Midtjylland henvendte sig til ministeriet i september 2014, og PLO henvendte sig til ministeriet i juli 2015 om samme problemstilling. Ministeriet besvarede ikke Region Midtjyllands og PLO's henvendelser.

Regionernes arbejde med at sikre kontrolbeføjelser i overenskomsterne

51. Sideløbende med Indenrigs- og Sundhedsministeriets arbejde med en ny sundhedslov, igangsatte regionerne et arbejde, som skulle identificere konkrete tiltag til at styrke kontrollen. Her blev der peget på, at regionerne med fordel kunne forsøge at få iværksat en model, hvor patienten modtog en kopi af lægens regning efter endt behandling. På samme måde kunne regionerne forsøge at stramme kravet om, at alle patienter i udgangspunktet skal scanne deres sundhedskort, når de ankommer til lægehuset.

Vores gennemgang af regionernes krav til de efterfølgende overenskomstforhandlinger viser, at kravene hverken omfattede modellen med en kopi af regningen eller scanning af sundhedskort. Region Nordjylland pressede på for, at lægerne skulle forpligtes til at indkøbe scanningsudstyr, der understøttede de nye digitale sundhedskort i forbindelse med overenskomstforhandlingen i 2022. Dette blev dog ikke en del af den færdigforhandlede overenskomst.

Gennemgangen viser også, at regionerne løbende har peget på upræcise formuleringer i overenskomsten. Region Midtjylland foreslog fx, at ord som *sædvanligvis* og *undtagelsesvis* blev byttet ud med konkrete beskrivelser, så regionerne kan opstille automatiske kontroller.

52. RLTN og PLO har i april 2022 nedsat et honorarstrukturråd, der som en del af deres kommissorium skal stille forslag om forskellige honoreringsmodeller, som bl.a. skal forenkle kompleksiteten af aftalerne og fjerne uklarerheder om anvendelsen af ydelser. Rådets forslag forventes afleveret i april 2023.

Scanning af sundhedskort

Lægeklinikkerne har længe været forpligtet til at scanne sundhedskort, når patienten møder op hos lægen. Det nuværende måltal er, at ca. 80 % af patienterne registrerer deres ankomst i klinikken ved at scanne deres sundhedskort.

53. Boks 9 viser et eksempel på begrænsningen i en regions kontrolmuligheder i en sag fra 2019.

Boks 9

Eksempel på kontrol med en lægeklinik

I sommeren 2019 blev en region kontaktet af en ansat på en klinik. Den ansatte oplyste, at der blev fremsendt uretmæssige honorarkrav fra klinikken, hvilket fik regionen til at igangsætte en undersøgelse. Her konstaterede regionen en række mistænkelige forhold. På udvalgte dage havde lægen ekstraordinær høj aktivitet og havde fx sendt regninger for op mod 61 konsultationer og 28 sygebesøg på én enkelt dag. Derudover var op mod 38 % af regningerne på udvalgte dage markeret med et "G", som betyder, at patienterne havde glemt deres sundhedskort og derfor ikke kunne scanne det i klinikken.

Regionen anmodede om journaloplysninger på behandlingen af 15 patienter på en udvalgt dag i juli 2019, hvilket lægen udleverede. Gennemgangen af de 15 journaler viste, at der i 7 af dem ikke var overensstemmelse mellem de ydelser, der stod på regningen, og den behandling, der var beskrevet i journalerne.

Resultatet af kontrollen fik regionen til at anmode om journaloplysninger for yderligere 300 patienter med henblik på at udarbejde et mere kvalificeret tilbagebetalingskrav. Dette afviste lægen. Ifølge lægen skyldtes afvisningen, at lægen var arbejdsbelastet og ikke havde tid til at fremsende flere journaler. Lægen inviterede i første omgang regionen til at gennemgå journalerne i klinikken, men ændrede sidenhen mening.

Regionen indstillede i september 2020 et tilbagebetalingskrav til det regionale samarbejdsudvalg på de 7 uberettigede honoraropkrævninger. I alt beløb det sig til ca. 1.500 kr. Samarbejdsudvalget var enig i at pålægge lægen at betale de ca. 1.500 kr. tilbage og indstillede desuden sagen til Landssamarbejdsudvalget med ønske om, at der blev taget stilling til, om lægen kunne pålægges at give adgang til en journalgennemgang. Landssamarbejdsudvalget behandlede sagen på et møde i marts 2021. Her fandt de, at lægen skulle betale de ca. 1.500 kr. tilbage, men at hverken regionens samarbejdsudvalg eller Landssamarbejdsudvalget kunne pålægge lægen at udlevere journaloplysninger på grund af bestemmelsen i sundhedslovens § 43.

Regionen anmeldte sagen til politiet, men fik oplyst, at politiet ikke havde mulighed for at gå videre med den specifikke sag.

Kilde: Sagsfremstilling til Landssamarbejdsudvalgets behandling.

Eksemplet viser, at det er vanskeligt for regionerne at forfølge en sag, hvis lægen ikke ønsker at udlevere oplysninger. Det gælder også i de tilfælde, hvor der er mistanke om svig.

Rigsrevisionen, den 9. marts 2023

Birgitte Hansen

/Inge Laustsen

Bilag 1. Metodisk tilgang

Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om regionerne har ført en effektiv kontrol med afregningen af honorarer til praktiserende læger i perioden 2012-2022. Derfor har vi undersøgt:

- om regionerne har ført en effektiv førkontrol af honorarafregningen
- om regionerne har ført en effektiv efterkontrol af honorarafregningen
- om Indenrigs- og Sundhedsministeriet og regionerne har arbejdet med at skabe mere hensigtsmæssige rammer for kontrollen med lægernes honorarafregning.

I undersøgelsen indgår alle 5 regioner, dvs. Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark, Region Sjælland og Region Hovedstaden, som er ansvarlige for at levere sundhedsydelser til borgerne. For at understøtte revisionen har vi holdt møder med Indenrigs- og Sundhedsministeriet, de 5 regioner, Danske Regioner og LUNA-administrationen.

For at få de forskellige undersøgelsesspørgsmål grundigt belyst strækker undersøgelsen sig over 2 overlappende perioder. Den ene går fra 1. januar 2012 til 1. juni 2022. Den anden går fra 1. januar 2018 til 1. juni 2022. Vi uddyber de 2 undersøgelsesperioder i det følgende.

I afsnit 2.1 og 2.2 undersøger vi regionernes kontrol med lægernes afregning fra den 1. januar 2018 til den 1. juni 2022. Vi går tilbage til 2018 for at dække en periode, hvor nogle regioner benyttede afregningssystemet Notus/Praksys.RM, mens andre benyttede LUNA. For at øge sammenligneligheden på tværs af år og ydelser er undersøgelsesperioden afgrænset til kun at dække de seneste 2 overenskomstaftaler fra 2018 og 2022. Afsnittene bygger på en dokumentgennemgang af regionernes strategier og forretningsgange for kontrollen med honorarafregningen og på en dataanalyse af ca. 270 mio. afregninger med praktiserende læger.

I afsnit 2.3 undersøger vi ændringer i rammerne for regionernes kontrol fra 1. januar 2012 til 1. juni 2022. Denne undersøgelsesperiode dækker således hele perioden, fra Rigsrevisionens beretning til Statsrevisorerne om aktiviteter og udgifter i praksissektoren (nr. 17/2011), hvor regionernes kontrol med honorarafregning senest blev undersøgt. Undersøgelsen bygger på en dokumentgennemgang af Indenrigs- og Sundhedsministeriets arbejde med at justere sundhedsloven i perioden 2012-2013, gennemgang af henvendelser til ministeriet om § 43 i sundhedsloven i perioden 2012-2022 og gennemgang af regionernes henvendelser til ministeriet om afklaringer af regionernes kontrolbeføjelser. Endvidere indeholder afsnittet en gennemgang af regionernes arbejde med at sikre kontrolbeføjelser ved overenskomstforhandlingerne i 2018 og 2022.

Nedenfor beskrives vores kvalitetssikring, data og metode i flere detaljer.

Væsentlige dokumenter

Vi har gennemgået en række dokumenter, herunder:

- kontrolstrategier og forretningsgange for regionernes kontrol
- overenskomstaftaler mellem RLTN og PLO
- sundhedsloven (lovbek. nr. 210 af 27. januar 2022).

Formålet med gennemgangen af dokumenterne har været dels at afdække regionernes kontroltilgange og klarlægge forhold, der gør sig gældende for regionernes muligheder for at føre effektiv kontrol med honoraropkrævning, dels at afdække Indenrigs- og Sundhedsministeriets og regionernes arbejde med rammerne for kontrollen.

Dataanalyse af regningsmateriale fra LUNA og Notus

Regningsdata

For at besvare, om regionerne har gennemført en effektiv før- og efterkontrol, har vi indhentet regningsmateriale fra regionerne.

Vi har via LUNA-administrationen, der er fællesregional systemadministrator for afregningssystemet LUNA, fået et dataudtræk af alle afregninger for perioden 1. januar 2018 - 1. juni 2022. Vi har foretaget 4 afgrænsninger af data, der består af ca. 270 mio. anonymiserede afregninger.

For det første har vi på grund af vores afgræsning af praksissektoren udelukkende indsamlet regningsmateriale fra praktiserende læger. Konkret indeholder data således kun afregninger fra specialekode 80 (praktiserende læger). For det andet har vi udeladt alle afregninger, som har en ukendt ydelseskode, da afregningen ikke kan henføres til en bestemt ydelse. For det tredje har vi udeladt alle ydelseskoder, som dækker særlige COVID-19-ymdelser. Det skyldes, at disse ydelser blev introduceret med kort varsel og under helt ekstraordinære omstændigheder. Vores vurdering er, at COVID-19-ymdelserne ikke giver et retvisende billede af, hvordan afregning og kontrol almindeligvis fungerer, og derfor ikke bidrager til besvarelsen af, om kontrollen generelt er effektiv. For det fjerde har vi udeladt alle afregninger for ydelser, der er foregået i vagttid, fordi regionerne har forskellige vagttidsordninger og dermed afregner forskelligt.

Tabel A beskriver de indhentede datas variable:

Tabel A
Afregningsdata indhentet fra regionerne

Variabel	Beskrivelse
Anonymiseret ydernummer	Unikt identifikationsnummer for den læge, som har leveret ydelsen i almen praksis. Afhængig af praksistypen kan nummeret dække over én eller flere praktiserende læger.
Anonymiseret cpr-nummer	Unikt identifikationsnummer for den patient, der har modtaget ydelsen i almen praksis.
Producerende region	Den region, hvor lægen, der har leveret ydelsen, hører til.
Ydelseskode	Den unikke ydelseskode for den ydelse, som lægen har leveret til patienten i almen praksis.
Ydelsesdato	Den dato, hvor patienten har modtaget ydelsen i almen praksis.
Honorardato	Den dato, hvor lægen har indsendt regningen for den leverede ydelse til regionen.
Afregningssystem	Det system, som regningen er blevet afregnet i (Notus, Praksys.RM eller LUNA).
Farvetekst	Regningens status i forhold til, om den er blevet godkendt/udbetalt (grøn) eller afvist/ikke udbetalt (rød).
Forceret	Sagsbehandlerens forcering af regningen til enten grøn eller rød. Muligheden for at identificere forceringen indtræder først med LUNA.
Honorar	Honoraret for den leverede ydelse i almen praksis.

Kilde: Regionernes data.

Databehandling

Regionerne overgik til LUNA over en periode på 4 måneder i 2021. Implementeringsdatoerne for LUNA fremgår af tabel B. Region Midtjylland har dog for hele perioden haft en tidligere version af LUNA, kaldet Praksys.RM. Vi har derfor efter aftale med Region Midtjylland lagt til grund, at Region Midtjylland er overgået til LUNAs nye version samtidig med Region Nordjylland den 1. juni 2021. Vi har kodet alle afregninger før denne dato, som er foretaget i Praksys.RM, for at kunne skelne mellem de 2 afregningssystemer.

Tabel B
Regionernes udrulning af LUNA

Region	Implementering af LUNA
Region Nordjylland (og Region Midtjylland)	Juli 2021
Region Sjælland	August 2021
Region Syddanmark	September 2021
Region Hovedstaden	Oktober 2021

Kilde: Regionerne.

Analyser i afsnit 2.1 om regionernes førkontroller

Analyse af effekten ved supplerende førkontroller (boks 3)

Den første analyse i afsnit 2.1 tager udgangspunkt i en række supplerende førkontroller, som Region Sjælland benyttede inden overgangen til LUNA. Vi har undersøgt, om der er en signifikant effekt af at have etableret supplerende førkontroller i forhold til ikke at have etablerede førkontroller. Tabel C viser de ydelseskoder, som Region Sjælland havde supplerende førkontroller for. Kontrollen bestod af en række ydelseskoder, som ikke måtte kombineres for den samme patient på den samme dag, og at den samme patient kun måtte modtage én samtaleterapiydelse om dagen.

Tabel C

Ydelseskombinationer, Region Sjællands førkontrol ikke tillod

Ydelseskode	Beskrivelse
0101 + 0120	Konsultation + Aftalt specifik forebyggende indsats
0101 + 0121	Konsultation + Opsøgende hjemmebesøg
0101 + 6101	Konsultation + Samtaleterapi
0101 + 8708	Konsultation + Tillæg til vaccinationshonorar, uden børneundersøgelse
0122 + 2143	Abortstøttesamtale + Vejledning og undersøgelse ved anmodning om svangerskabsafbrydelse/fosterreduktion og/eller sterilisation
6101	Samtaleterapi
8708 + 8211-8217	Tillæg til vaccinationshonorar, uden børneundersøgelse + Børneundersøgelse
8708 + 8328-8330	Tillæg til vaccinationshonorar, uden børneundersøgelse + HPV-vaccination (børn)
8945 + 8913-8915, 8917, 8921, 8923 og 8925	Pneumokok-kroniker i eget hjem + Influenzavaccination i eget hjem

Kilde: Region Sjælland.

Analyse af effekten af regionernes nye afregningssystem (figur 3)

I anden analyse i afsnit 2.1 undersøger vi, om LUNA fanger flere fejl i regningerne, end det gamle afregningssystem Notus gjorde. Vi undersøger, om der er forskel på, hvor mange regninger der afvises i førkontrollen i henholdsvis Notus/Praksys.RM og LUNA. I analysen har vi inddraget alle ydelseskoder, hvis der er mere end 30 afregninger i henholdsvis Notus/Praksys.RM og LUNA i perioden.

For alle 5 regioner har vi undersøgt, om der er en signifikant effekt af skiftet mellem Notus/Praksys.RM og LUNA i forhold til, hvor stor en andel af afregningerne der afvises i førkontrollen. Vi har undersøgt dette samlet for hver region og for den enkelte ydelseskode inden for hver region.

Da der er tale om en afhængig variabel (afvist vs. godkendt) og en uafhængig variabel (Notus/Praksys.RM vs. LUNA) med 2 mulige udfald, er effekten af skiftet i afregningssystem analyseret ved logistisk regression med udgangspunkt i 95 %-konfidensintervaller ($p < 0,05$).

Vi har illustreret forskellen mellem LUNAs og Notus'/Praksys.RM's evne til at fange fejlbehæftede regninger ved at udregne andelen af afviste regninger i perioden 2018-2022. I figur 3 fremgår andelen samlet for alle regionerne. I bilag 2 fremgår dette desuden for hver region.

Analyse af regionernes kontrol af overenskomstens skønsmæssige bestemmelser (figur 4)

I den tredje analyse i afsnit 2.1 undersøger vi, hvor ofte der i forbindelse med førkontrollen er blevet godkendt honoraropkrævninger for 2 eller flere grundydelse (dobbeltgrundydelse) til samme patient hos det samme ydernummer på den samme dag.

Det er aftalt i overenskomsten mellem RLTN og PLO, at læger som udgangspunkt ikke må afregne mere end én grundydelse pr. patient pr. dag. Vi har derfor undersøgt, om den samme læge har indsendt honorarkrav for mere end én grundydelse til den samme patient på den samme dato. Vi estimerer, hvor mange ekstra honorarkrav for grundydelse der er indsendt i kombination med andre grundydelse, ved at frasortere den første grundydelse. Vi har derefter summeret antallet af grundydelse og honorarerne, der er henholdsvis udbetalt og afvist for hver region. Analysen er illustreret i figur 4, der viser antallet af dobbeltgrundydelse, der er udbetalt og afvist i gennemsnit pr. måned vist pr. år. Vi har valgt at vise resultatet i gennemsnit pr. måned for at gøre data sammenlignelige i hele undersøgelsesperioden, da data fra 2022 kun udgøres af 5 måneder.

I bilag 3 præsenterer vi opgørelser for hver region fordelt på årene i perioden 2018-2022. Tabel D viser de grunddydelser, som er inkluderet i analysen.

Tabel D
De inkluderede grunddydelser

Ydelseskode og beskrivelse
0101 Konsultation
0102 Konsultation, ved behandling af anden patient i samme hjem
0105 E-mailkonsultation
0120 Aftalt specifik forebyggende indsats
0121 Opsøgende hjemmebesøg
0122 Abortstøttesamtale
0127 E-kommunikation, kommune
0130 Kroniker, KOL
0131 Kroniker, diabetes 2
0132 Kroniker, KOL og diabetes 2
0201 Telefonkonsultation
0411 Sygebesøg indtil 4 km
0421 Sygebesøg fra påbegyndt 5 km indtil 8 km
0431 Sygebesøg fra påbegyndt 9 km indtil 12 km
0441 Sygebesøg fra påbegyndt 13 km indtil 16 km
0451 Sygebesøg fra påbegyndt 17 km indtil 20 km
0461 Sygebesøg fra påbegyndt 21 km og derudover
6101 Samtaleterapi

Note: Opgørelsen omfatter alle overenskomstfastsatte grunddydelser. Opgørelsen omfatter ikke eventuelle lokalaftalte grunddydelser.

Kilde: Regionerne.

Analyse af ydelseskombinationer, som valideringsreglerne ikke fangede i Notus (boks 4)

Boks 4 viser et eksempel, hvor vi har undersøgt, om regionerne har udbetalt honorarer for 2 forskellige lungefunktionstest for samme borger på samme dag. Det er aftalt i overenskomsten mellem RLTN og PLO, at en alment praktiserende læge ikke må afregne honorar for 2 forskellige lungefunktionstest for samme borger på samme dag. Konkret fremgår det af overenskomsten, at lungefunktionsundersøgelser ved spirometri ikke må kombineres med andre lungefunktionsundersøgelser. Vi har derfor undersøgt, om den samme læge har indsendt en regning med honorarkrav for en lungefunktionsundersøgelse ved spirometri og honorarkrav for en anden lungefunktionsundersøgelse til den samme patient på den samme dato. Tabel E viser de ydelseskoder, som er inkluderet i analysen.

Spirometri

Spirometri er en undersøgelse, hvor man undersøger lungefunktionen ved at måle, hvor meget og hvor hurtigt luften kan pustes ud af lungerne.

Tabel E**De inkluderede lungefunktionsundersøgelser**

Ydelseskode og beskrivelse
7113 Udvidet lungefunktionsundersøgelse ved spirometri
7121 Lungefunktionsundersøgelse astma eller ved spirometri i samme konsultation
7183 Lungefunktionsundersøgelse

Kilde: Regionerne.

Analyse af brug af samtaleterapi (boks 5)

Vi har analyseret brugen af samtaleterapi i kombination med andre ydelser. Ifølge overenskomsten mellem RLTN og PLO "kan samtaleterapiydelsen ikke kombineres med andre ydelser, heller ikke 0101. Der kan ikke gennemføres flere samtaleterapiydelser på samme patient samme dag". Overenskomsten beskriver enkelte undtagelser for reglen. Det fremgår således, at "til samtaleterapi kan i relevante tilfælde knyttes tillægsydelse 2149, psykometrisk test, samt tillæg ved brug af kvalificeret tolk, ydelse 2161".

I vores analyse har vi beregnet, hvor mange penge den udvalgte læge har opkrævet og fået udbetalt for samtaleterapi i kombination med andre ydelser på nær ved tillæg af 2149 og 2161 i perioden 2018 - medio 2021 og fra medio 2021 - juni 2022.

Analyse i afsnit 2.2 om regionernes efterkontroller

I afsnit 2.2 har vi på baggrund af regionernes regningsdata for perioden 1. januar 2018 - 1. juni 2022 foretaget en analyse som et eksempel på, hvordan regionerne kunne have anvendt data til at afdække mulige risikoområder forud for tilrettelæggelsen af kontrollen.

Analysen er en opgørelse af, hvor mange gange dagligt én regions læge i gennemsnit har indsendt regninger med mere end én grundydelse pr. dag for samme patient. Eksemplet bygger på data fra én region for året 2019. Vi har analyseret data fra én region for at gøre analysen mere overskuelig at aflæse i en figur. Vi har valgt data fra 2019, da det var før COVID-19, hvor der bl.a. blev indført videokonsultationer med et andet regelgrundlag. Regionernes data er opgjort pr. anonymiseret ydernummer, men vi har i beretningen formidlet det som pr. læge, på trods af at der kan være tilknyttet flere læger/sundhedspersoner til ét ydernummer. Der kan dog ikke være flere patienter pr. ydernummer, end der er aftalt i overenskomsten. Vi har i analysen opgjort det antal grundydelse, som hvert anonymiseret ydernummer har afregnet ud over den ene grundydelse pr. dag pr. patient og divideret det med antal arbejdsdage i 2022 modregnet 6 ugers ferie, i alt 222 dage. Resultatet af analysen fremgår af figur 5.

Gennemgang af dokumenter

Vi har gennemgået en række dokumenter, herunder:

- kontrolstrategier og forretningsgange for regionernes kontrol
- afgørelser fra samarbejdsudvalgene og Landsamarbejdsudvalget
- regionernes ønsker til overenskomstforhandlingerne
- overenskomstaftaler mellem RL TN og PLO
- henvendelser til Indenrigs- og Sundhedsministeriet
- korrespondance mellem Indenrigs- og Sundhedsministeriet og regionerne
- sundhedsloven (lovbek. nr. 210 af 27. januar 2022)
- lovforberedende arbejde i forbindelse med ændring af sundhedsloven i 2012-2013.

Formålet med gennemgangen af dokumenterne har været at afdække regionernes kontrolstrategier og forretningsgange for kontrol af afregningen af honorarer mellem læger og regioner samt vurdere, om regionernes kontroller har været baseret på risiko og væsentlighed. Derudover har formålet været at belyse, om rammerne for regionernes kontrol er blevet ændret de seneste 10 år, og at tydeliggøre forhold, der fortsat gør sig gældende for regionernes muligheder for at føre en effektiv kontrol med honoraropkrævning.

I undersøgelsen forstås en effektiv kontrol som værende opdelt i en førkontrol og en efterkontrol, der er baseret på risiko og væsentlighed. En førkontrol er en kontrol, der udføres, inden pengene udbetales, mens efterkontrol er en kontrol, der udføres, efter pengene er udbetalt. Kontroller er som regel mest effektive, hvis de er systemunderstøttede, herunder automatiserede og dataunderstøttede. Hvis der er fravær af en effektiv systemunderstøttelse, kan en manglende systemunderstøttelse kompenseres igennem systematiske supplerende førkontroller.

Kompenserende supplerende førkontroller

I afsnit 2.1 har vi undersøgt, om regionernes førkontroller har været underlagt en effektiv systemunderstøttelse i hele undersøgelsesperioden. Hvis dette ikke var tilfældet, har vi undersøgt, om regionerne kompenserede for disse mangler gennem systematiske supplerende førkontroller. Denne type førkontrol har ikke nogen fast udformning. Kriterierne for en supplerende førkontrol kan dog fx være tilstedeværelsen af en systematisk manuel kontrol ud fra kendte mangler i afregningssystemerne eller ud fra uhenigtsmæssige regningspraksisser blandt lægerne.

Risikobaseret tilrettelæggelse og dataunderstøttelse af efterkontrollen

I afsnit 2.2 har vi undersøgt, om regionerne har udarbejdet kontrolstrategier, som beskriver, hvordan regionerne udvælger og vurderer risici for at sikre, at de sager, der udtages til kontrol, også er dem, der forventes at være af størst væsentlighed eller indeholde størst risiko for fejl.

En risikobaseret tilrettelæggelse kan fx ske med afsæt i dataanalyser af ydelsesmønstre eller afregningsmønstre ved brug eksisterende regningsmateriale. Vi har derfor i denne forbindelse gennemgået potentielle datakilder til brug for regionernes tilrettelæggelse af efterkontrol og dernæst undersøgt, om regionerne har udnyttet disse datakilder i forbindelse med deres tilrettelæggelse af efterkontrol ved at gennemgå materiale, der beskriver regionernes planlægning af efterkontrol.

Endvidere har vi undersøgt, om det fremgår af regionernes kontrolstrategier, hvordan regionerne vurderer væsentligheden af en risiko, så det sikres, at risikoen håndteres mest effektivt, fx ved at opstille væsentlighedskriterier for, hvornår en risiko skal håndteres. Et væsentlighedskriterie kan dannes ud fra enten en økonomisk eller en principiel betragtning.

Vi har gennemgået regionernes egne opgørelser over de tilbagebetalingskrav, regionerne har stillet på egen hånd eller rejst i Landssamarbejdsudvalget.

Rammerne for regionernes kontrol med lægers honorarafregning

Til afsnit 2.3 har vi indhentet materiale fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet gennem en søgning i ministeriets journalsystem med udgangspunkt i en række søgeord udpeget af Rigsrevisionen. Vi har fået tilsendt en aktliste med resultaterne af disse søgninger, hvorfra vi har udvalgt relevant materiale, bl.a. alle henvendelser til ministeriet vedrørende § 43, sagsbehandling af og svar på spørgsmål vedrørende udlevering af dokumentation fra praktiserende læger samt dele af ministeriets arbejde med at ændre lovgivningen om udlevering af sundhedsoplysning til brug for kontrol. Vi har desuden modtaget materiale, der belyser ministeriets arbejde i forbindelse med overenskomstforhandlingerne i 2011-2012. Vi har ligeledes indhentet supplerende materiale fra Danske Regioner om regionernes input til overenskomsthandlinger siden 2012. Fra regionerne har vi derudover modtaget dokumenter, der belyser regionernes arbejde med at klargøre mulighederne for kontrol, herunder regionernes henvendelser til Indenrigs- og Sundhedsministeriet vedrørende spørgsmål om bestemmelser for udlevering af journaloplysninger.

Kvalitetssikring

Denne undersøgelse er kvalitetssikret via vores interne procedurer for kvalitetssikring, som omfatter høring hos den reviderede samt ledelsesbehandling og sparring på forskellige tidspunkter i undersøgelsesforløbet med chefer og medarbejdere i Rigsrevisionen med relevante kompetencer.

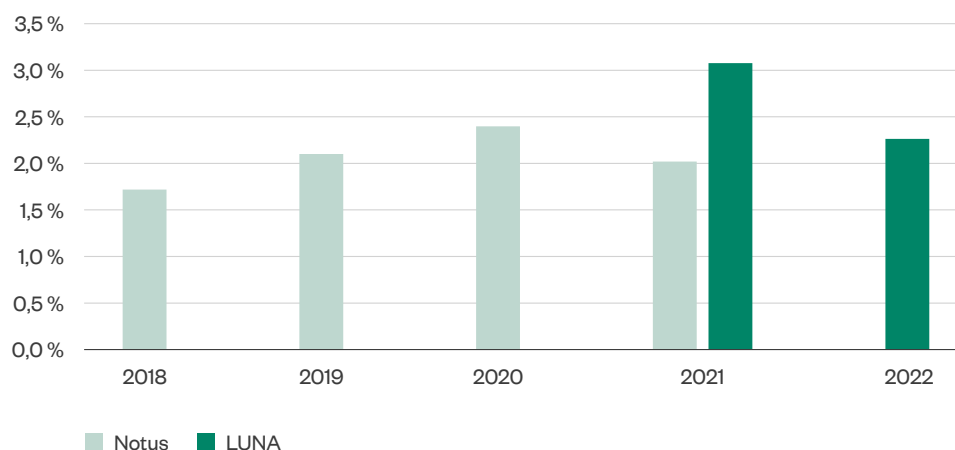
Standarderne for offentlig revision

Revisionen er udført i overensstemmelse med standarderne for offentlig revision. Standarderne fastlægger, hvad brugerne og offentligheden kan forvente af revisionen, for at der er tale om en god faglig ydelse. Standarderne er baseret på de grundlæggende revisionsprincipper i rigsrevisionernes internationale standarder (ISSAI 100-999).

Bilag 2. Andelen af afviste regninger med fejl i førkontrollen pr. region

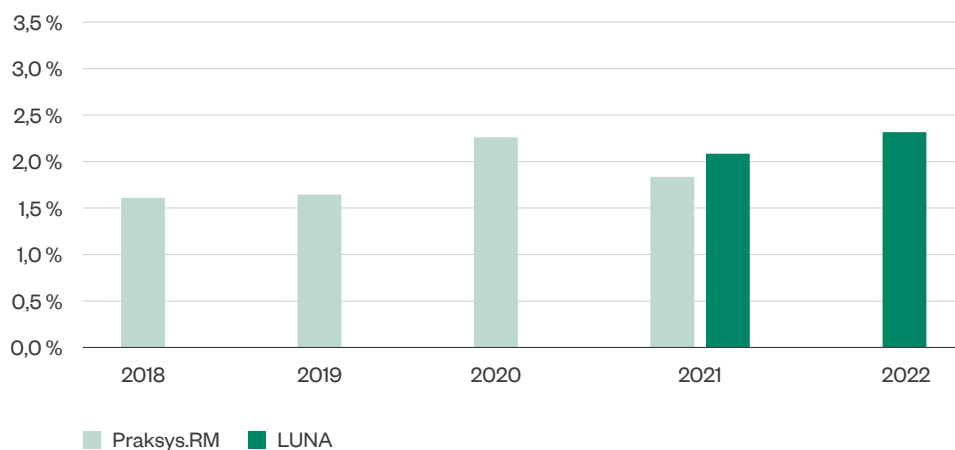
Dette bilag viser resultaterne i figur 3 fordelt på de enkelte regioner.

Region Nordjylland - andelen af afviste regninger med fejl fordelt på afregningssystem i perioden 2018-2022



Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af regningsdata fra regionerne.

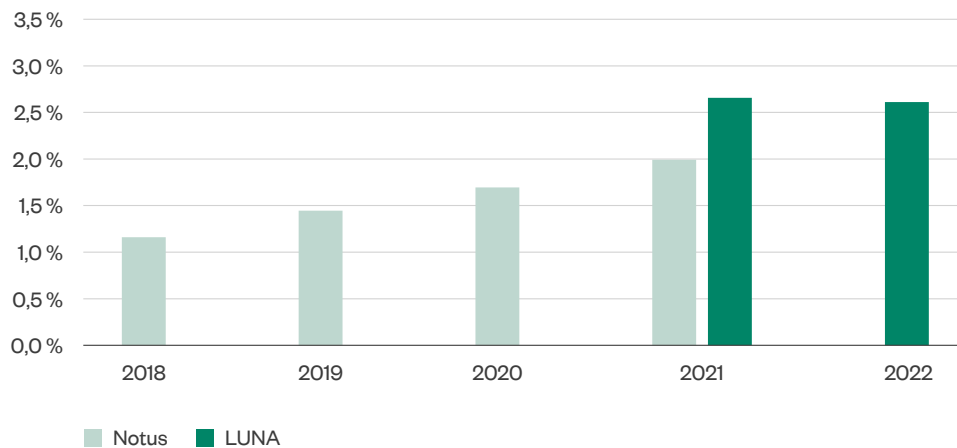
Region Midtjylland - andelen af afviste regninger med fejl fordelt på afregningssystem i perioden 2018-2022



Note: Forskellen mellem Region Midtjyllands tidligere afregningssystem Praksys.RM og LUNA er ikke i sig selv signifikant, hvilket er forventeligt, da LUNA bygger på Region Midtjyllands tidligere afregningssystems valideringsregler.

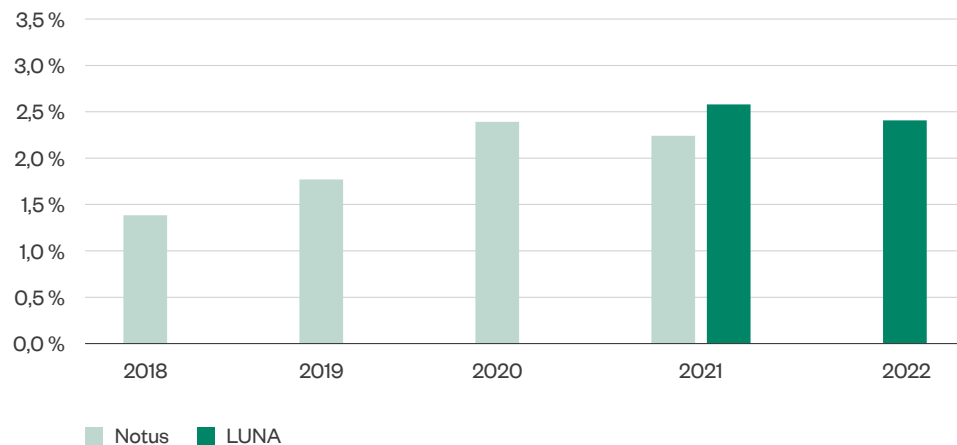
Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af regningsdata fra regionerne.

Region Syddanmark - andelen af afviste regninger med fejl fordelt på afregningssystem i perioden 2018-2022



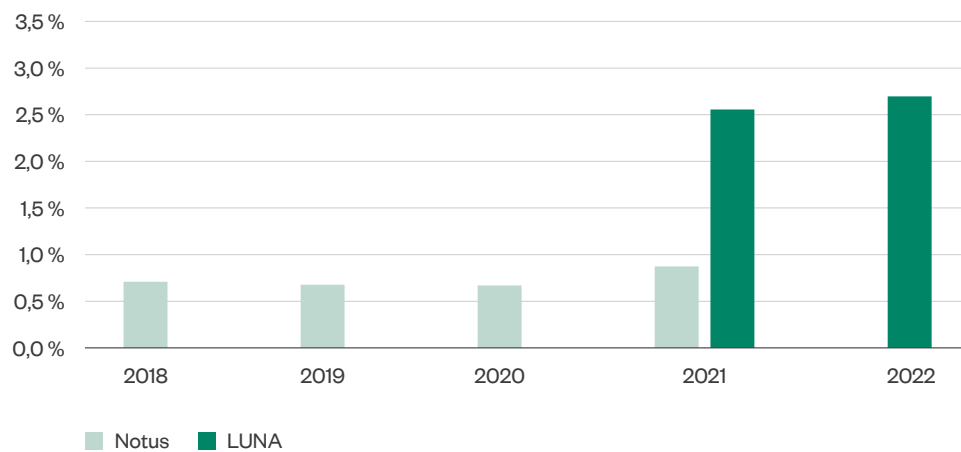
Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af regningsdata fra regionerne.

Region Sjælland - andelen af afviste regninger med fejl fordelt på afregningssystem i perioden 2018-2022



Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af regningsdata fra regionerne.

Region Hovedstaden - andelen af afviste regninger med fejl fordelt på afregningssystem i perioden 2018-2020

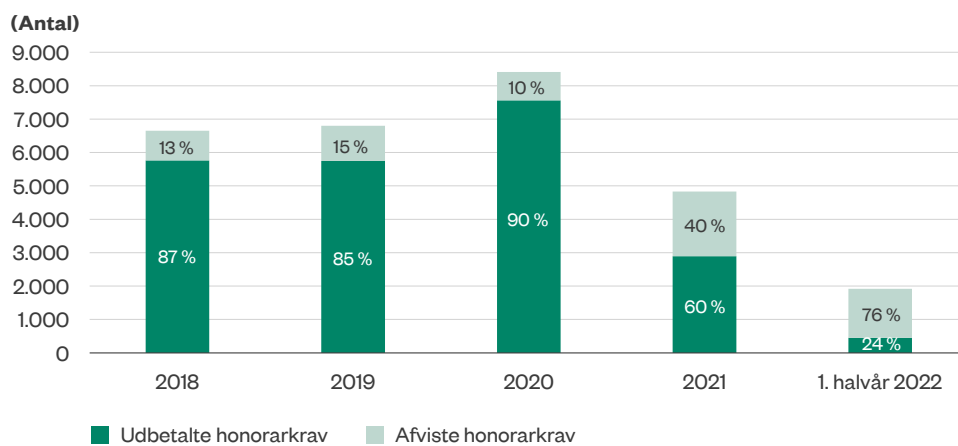


Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af regningsdata fra regionerne.

Bilag 3. Udbetalte honorarkrav for mere end én grundydelse pr. dag pr. patient opgjort for hver region

Dette bilag viser resultaterne i figur 4 fordelt på de enkelte regioner.

Region Nordjylland - udbetalte og afviste honoraropkrævninger af dobbeltgrundydelse på månedsbasis fordelt på årene i perioden 2018 - 1. halvår 2022



Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af regningsdata fra regionerne.

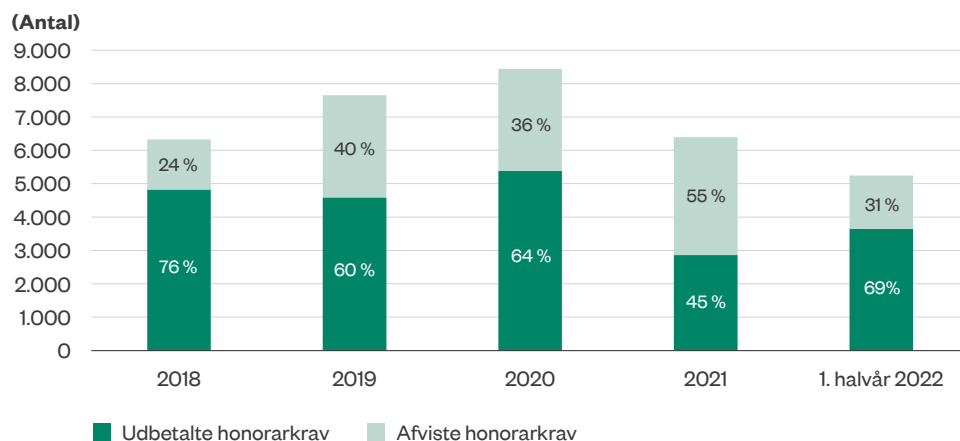
Region Nordjylland - antal indsendte, udbetalte og afviste honoraropkrævninger af dobbeltgrundydelse pr. måned og samlet

	Indsendte honorarkrav pr. måned (total i parentes)	Udbetalte honorarkrav pr. måned (total i parentes)	Afviste honorarkrav pr. måned (total i parentes)
2018	6.654 (79.852)	5.763 (69.156)	891 (10.696)
2019	6.802 (81.618)	5.750 (68.998)	1.052 (12.620)
2020	8.410 (100.921)	7.562 (90.744)	848 (10.177)
2021	4.832 (57.976)	2.893 (34.711)	1.939 (23.265)
<i>Notus</i>	5.587 (33.522)	5.046 (30.275)	541 (3.247)
<i>LUNA</i>	4.075 (24.454)	739 (4.436)	3.336 (20.018)
2022 (5 måneder)	1.915 (9.578)	451 (2.257)	1.464 (7.321)

Note: Region Nordjylland overgik til LUNA i juli 2021.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af regningsdata fra regionerne.

Region Midtjylland - udbetalte og afviste honoraropkrævninger af dobbeltgrundydelse på månedsbasis fordelt på årene i perioden 2018 - 1. halvår 2022



Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af regningsdata fra regionerne.

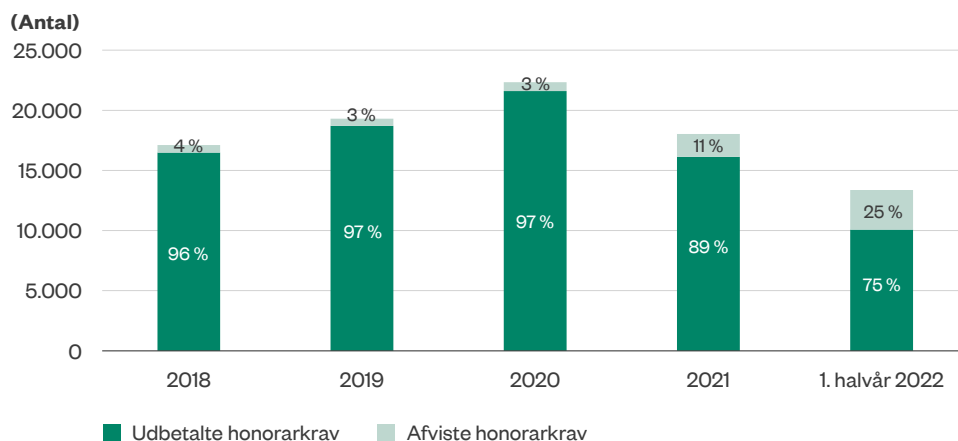
Region Midtjylland - antal indsendte, udbetalte og afviste honoraropkrævninger af dobbeltgrundydelse pr. måned og samlet

	Indsendte honorarkrav pr. måned (total i parentes)	Udbetalte honorarkrav pr. måned (total i parentes)	Afviste honorarkrav pr. måned (total i parentes)
2018	6.329 (75.949)	4.825 (57.897)	1.504 (18.052)
2019	7.652 (91.821)	4.591 (55.093)	3.061 (36.728)
2020	8.440 (101.277)	5.390 (64.683)	3.050 (36.594)
2021	6.392 (76.705)	2.859 (34.307)	3.533 (42.398)
<i>Praksys.RM</i>	5.433 (32.598)	3.437 (20.622)	1.996 (11.976)
<i>LUNA</i>	7.351 (44.107)	2.281 (13.685)	5.070 (30.422)
2022 (5 måneder)	5.247 (26.236)	3.642 (18.212)	1.605 (8.024)

Note: Region Midtjylland overgik til LUNA i juli 2021.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af regningsdata fra regionerne.

Region Syddanmark - udbetalte og afviste honoraropkrævninger af dobbeltgrundydelse på månedsbasis fordelt på årene i perioden 2018 - 1. halvår 2022



Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af regningsdata fra regionerne.

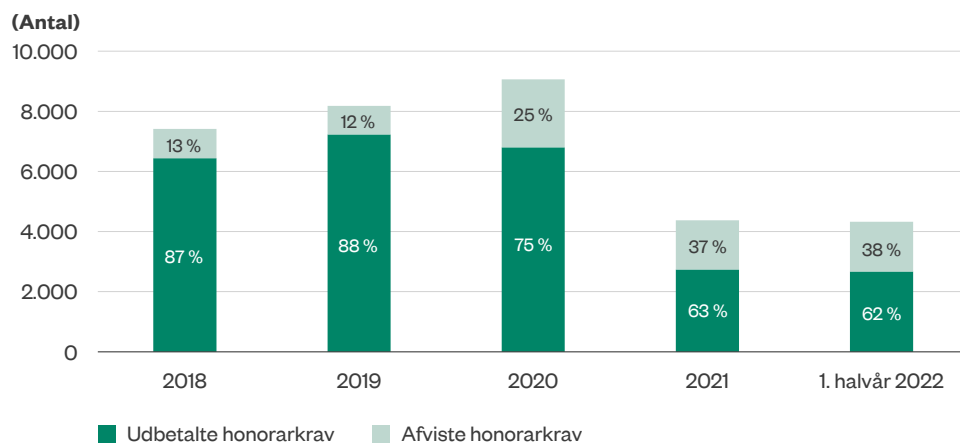
Region Syddanmark - antal indsendte, udbetalte og afviste honoraropkrævninger af dobbeltgrundydelse pr. måned og samlet

	Indsendte honorarkrav pr. måned (total i parentes)	Udbetalte honorarkrav pr. måned (total i parentes)	Afviste honorarkrav pr. måned (total i parentes)
2018	17.117 205.393	16.486 197.826	631 7.567
2019	19.301 231.610	18.704 224.442	597 7.168
2020	22.343 268.117	21.611 259.333	732 8.784
2021	18.031 (216.368)	16.137 (193.646)	1.894 (22.722)
<i>Notus</i>	18.452 (147.608)	17.782 (142.252)	670 (5.356)
<i>LUNA</i>	17.191 (68.760)	12.849 (51.394)	4.342 (17.366)
2022 (5 måneder)	13.381 (66.905)	10.072 (50.362)	3.309 (16.543)

Note: Region Syddanmark overgik til LUNA i september 2021.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af regningsdata fra regionerne.

Region Sjælland - udbetalte og afviste honoraropkrævninger af dobbeltgrunddydelser på månedsbasis fordelt på årene i perioden 2018 - 1. halvår 2022



Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af regningsdata fra regionerne.

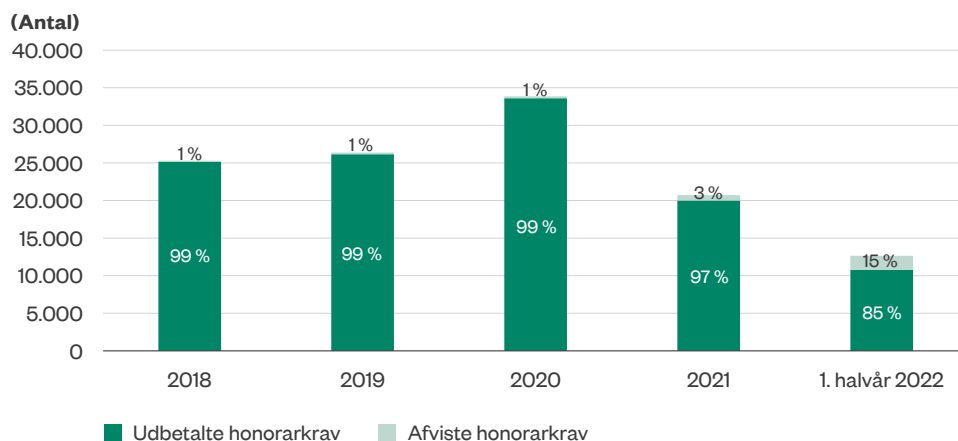
Region Sjælland - antal indsendte, udbetalte og afviste honoraropkrævninger af dobbeltgrunddydelser pr. måned og samlet

	Indsendte honorarkrav pr. måned (total i parentes)	Udbetalte honorarkrav pr. måned (total i parentes)	Afviste honorarkrav pr. måned (total i parentes)
2018	7.418 (89.015)	6.444 (77.324)	974 (11.691)
2019	8.179 (98.157)	7.231 (86.777)	948 (11.380)
2020	9.067 (108.812)	6.802 (81.629)	2.265 (27.183)
2021	4.377 (52.527)	2.736 (32.835)	1.641 (19.692)
<i>Notus</i>	4.761 (33.326)	3.050 (21.348)	1.711 (11.978)
<i>LUNA</i>	3.840 (19.201)	2.297 (11.487)	1.543 (7.714)
2022 (5 måneder)	4.326 (21.633)	2.669 (13.346)	1.657 (8.287)

Note: Region Sjælland overgik til LUNA i august 2021.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af regningsdata fra regionerne.

Region Hovedstaden - udbetalte og afviste honoraropkrævninger af dobbeltgrundydelse på månedsbasis fordelt på årene i perioden 2018 - 1. halvår 2022



Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af regningsdata fra regionerne.

Region Hovedstaden - antal indsendte, udbetalte og afviste honoraropkrævninger af dobbeltgrundydelse pr. måned og samlet

	Indsendte honorarkrav pr. måned (total i parentes)	Udbetalte honorarkrav pr. måned (total i parentes)	Afviste honorarkrav pr. måned (total i parentes)
2018	25.303 (303.635)	25.129 (301.550)	174 (2.085)
2019	26.384 (316.605)	26.154 (313.844)	230 (2.761)
2020	33.849 (406.195)	33.612 (403.347)	237 (2.848)
2021	20.711 (248.537)	20.008 (240.101)	703 (8.436)
<i>Notus</i>	23.284 (209.557)	23.060 (207.544)	224 (2.013)
<i>LUNA</i>	12.993 (38.980)	10.852 (32.557)	2.141 (6.423)
2022 (5 måneder)	12.655 (63.277)	10.790 (53.951)	1.865 (9.326)

Note: Region Hovedstaden overgik til LUNA i oktober 2021.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af regningsdata fra regionerne.

Bilag 4. Ordliste

Afregningssystem	Et it-system, der understøtter regionernes udbetaling og kontrol af honorarer.
Efterkontrol	En kontrol, der udføres efter udbetalingen af honoraret. Det kan fx være en kontrol af ydelsens berettigelse.
Førkontrol	En kontrol, der udføres før udbetalingen af honoraret. Denne kontrol kan enten være manuel eller automatiseret.
Grundydelse	De primære ydelser, en læge skal afregne i forbindelse med konsultationer, fx almindelige konsultationer, telefonkonsultationer eller samtaleterapi.
LUNA	Regionernes nuværende afregningssystem, der blev implementeret medio 2021.
LUNA-administrationen	En fællesregional administration, der varetager al udvikling og vedligeholdelse af afregningssystemet af LUNA. Til dagligt omtales det af regionerne som LUNA-programmet.
Notus	Det afregningssystem, som Region Nordjylland, Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Syddanmark benyttede indtil medio 2021.
Praksissektor	Består af privatpraktiserende leverandører af sundhedsydelser til borgere, fx praktiserende læger, speciallæger, fysioterapeuter eller psykologer.
Praksys	Det afregningssystem, som regionerne forsøgte at udvikle i perioden 2014-2019. Systemet blev efter flere forsinkelser skrinlagt i 2019.
Praksys.RM	Det afregningssystem, som Region Midtjylland benyttede indtil medio 2021. Afregningssystemet blev i 2021 udrullet i alle 5 regioner i en fornyet version under navnet LUNA.
Praktiserende Lægers Organisation (PLO)	De praktiserende lægers yderorganisation, der forhandler overenskomster på vegne af de praktiserende læger.
Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN)	Et nævn bestående af én repræsentant fra hver region, 2 repræsentanter fra kommunerne, én repræsentant fra Finansministeriet og én repræsentant fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet. RLTN udarbejder aftaler eller fastsætter løn- og øvrige ansættelsesvilkår for ansatte i regionerne, herunder forhandling af overenskomster.
Risikobaseret kontrolstrategi	En plan for, hvordan sager skal udvælges til kontrol. Planen beskriver, hvordan risici skal identificeres og vurderes for at sikre, at det er de sager, som forventes at have størst risiko eller mest væsentlighed, der bliver udtaget til kontrol.
Samarbejdsudvalg	Aftalebestemte paritetiske udvalg, hvis formål er at styrke samarbejdet mellem regionerne og yderorganisationerne. Udvalgene består af lige dele repræsentanter fra regionerne og organisationerne. Samarbejdsudvalgssystemet er opdelt i 2 instanser, der består af 5 regionale samarbejdsudvalg (SU) og 1 landssamarbejdsudvalg.
Valideringsregler	En række krav, der er indkodet i afregningssystemet, og som alle regninger bliver holdt op imod.
Ydelseskode	Det nummer, der identificerer en given sundhedsydelse, som skal benyttes ved afregning af sundhedsydelser.
Ydernummer	Det nummer, der identificerer en praktiserende sundhedsperson som yder af behandling med tilskud fra den offentlige sygesikring.
