

Kartlegging av finansiering av legemiddelbehandling for multipel sklerose (MS)

Oppsummering av funn fra kartlegging gjennomført av Oslo Economics på oppdrag for Merck Norge



Sammendrag

ISF-andelen utgjør 40% av gjennomsnittskostnaden per diagnoserelaterte grupper (DRG). I gjennomsnitt og over året skal DRG-satsen reflektere de faktiske kostnadene, men variasjonen innad i en DRG-gruppe kan være betydelige. Modellen fordeler midler fra staten til RHF, men i praksis brukes den også fra RHF til HF og ofte fra HF til avdeling. Avdelinger har ikke samme mulighet til å «poole» kostnads-variasjonen som større enheter som HF og RHF og avdelingene kan tilpasse seg strategisk ved å velge rimeligere behandlingsoalternativer, selv om dette ikke er intensjonen.

I 2019 ble det gjort endringer i hvordan MS legemiddelkostnadene beregnes og finansieres. MS-behandling med biologiske legemidler inngår i ISF-grunnlaget ut fra tjenesteforløp (TFG). Ordningen innebærer at det blir utløst en fast sats per år per pasient (ca. 35 000 kroner) som har mottatt minst én legemiddelbehandling (i sykehus eller utenfor), i de årene behandlingen er registrert. Kostnaden til legemiddelet, antall behandlinger i året eller hvilken dose som gis til pasienten påvirker satsen og oppdateres årlig.

Finansieringsløsning medfører at avdelingen/HF får dekket mer enn de faktiske kostnadene for enkelte legemidler, mens for andre behandlinger, særlig nye innovative legemidler er refusjonssatsen langt lavere enn de faktiske kostnadene. I utgangspunktet skal kliniske retningslinjer og beslutningsforums vedtak være styrende for legemiddelbruken og DRG/ISF følge etter. Hvis avdelinger velger rimeligere alternativer påvirkes også gjennomsnittskostnaden slik at satsen for påfølgende år blir enda mindre representativ for pasienter som mottar innovativ behandling. For legemidler som ikke gis hvert år får de regionale helseforetakene heller ikke refusjon de årene pasienten ikke får behandling.

Omleggingen har ført til at behandling med enkelte legemidler nesten får dobbel kompensasjon, mens andre bare får en brøkdel. En overgang til økt vekt på rammefinansiering (jf. Sykehusutvalgets forslag) kan forsterke denne uheldige effekten og redusere tilgangen til innovative legemidler ytterligere.





Innhold

- Formål med kartleggingen
- Introduksjon til finansiering av spesialisthelsetjenester
- Endringer i finansieringen av legemidler på MS-området
- Eksempel på implikasjoner av dagens finansieringsløsning for MS-legemidler
- Sykehusutvalgets forslag om omlegging til rammefinansiering

Formålet med kartleggingen

Formålet med denne kartleggingen var å innhente informasjon om hvordan ulike legemiddelbehandlinger for MS finansieres, og hvordan valg av legemiddelbehandling påvirker refusjonen til helseforetakene. Videre var formålet å belyse eventuelle konsekvenser av endringer i dagens finansieringsordning.

Informasjonsgrunnlag

Kartleggingen er basert på nettsøk og samtaler og dialog med Helsedirektoratet og utvalgte eksperter.

Kartleggingen er finansiert av legemiddelselskapet Merck Norge.

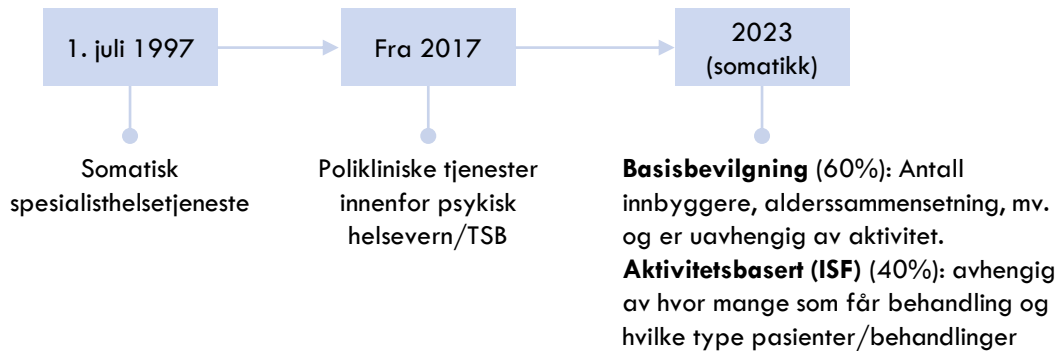


Introduksjon til finansiering av spesialisthelsetjenester



Innsatsstyrt finansiering (ISF)

ISF er en aktivitetsbasert finansieringsordning fra staten til de regionale helseforetakene (RHF) for somatisk spesialisthelsetjeneste, samt for polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB). Finansieringsordningens viktigste formål er å understøtte sørge-for-ansvaret til RHF-ene.



System for klassifisering av behandling

Til grunn for beregning av ISF-refusjon ligger et system for klassifisering av ulike pasientbehandlinger basert på tilstand (diagnoser) og tiltak (prosedyrer):

- DRG (DiagnoseRelaterteGrupper)
- STG (SærTjenesteGrupper)
- TFG (TjenesteForløpGrupper)

Kostnadsvektene (beregnet ressursbruk) fremkommer gjennom beregninger basert på gjennomsnittskostnader. Forenklet kan man si at en kostnadsvekt uttrykker hva et opphold innen en DRG koster i gjennomsnitt, relativt til opphold i andre DRG-er. Kostnadsvektene brukes til å beregne poeng som gir grunnlag for ISF-refusjon.

ISF brukes på gruppenivå. Dette gjelder både ressursbruk og aktivitet. For enkeltpasienter eller undergrupper er det derfor vanlig at ressursbruken er forskjellig fra gjennomsnittet.

DiagnoseRelaterteGrupper (DRG)

DRG er et pasientklassifiseringssystem hvor sykehusopphold eller polikliniske konsultasjoner i somatiske institusjoner klassifiseres i grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene. DRG klassifiseres basert på følgende sentrale variabler: Diagnoser, prosedyrer, kjønn, alder og utskrivningsstatus.

SærTjenesteGrupper (STG)

Særtjenestene kategorisert og poengberegnet gjennom STG-systemet, som bygger på samme rammeverk som DRG-systemet. Forskjellen ligger i at man ikke teller kontakter. STG inneholder aktivitet som strekker seg over tid, og slik at pasienten selv i større grad står for administrering av behandlingen (eks legemidler).

TjenesteForløpGrupper (TFG)

TFG er definert som tjenester som sees i sammenheng og finansieres samlet innad i spesialisthelsetjenesten. I hovedsak gjelder tjenesteforløp avgrensede/deler av et pasientforløp.

Fordeling av midler fra HOD til RHF

Finansieringssystemet skal ikke være til hinder for god organisering av tilbudet. Kodingen dokumenterer helsehjelpen pasienten mottar, og RHF-ene skal sikre at den er faglig korrekt og ikke benyttes for å øke inntjeningen i strid med god faglig praksis og hensiktsmessig organisering.

Aktiviteten i RHF-ene benyttes som grunnlag for å fordeler midler fra HOD til RHF

- Regelverket er ikke bestemmende for hvordan RHF-ene finansierer virksomheter, offentlige eller private, for å realisere sitt sørge-for-ansvar
- Utbetalingene gjennom ISF-ordningen skal baseres på reell aktivitet rapportert til Norsk pasientregister (NPR)
- ISF omfatter somatisk spesialisthelsetjeneste, både innleggelser, poliklinisk utredning og -behandling, samt pasientbehandling utenfor sykehus, herunder pasientadministrert legemiddelbehandling.



Helsedirektoratet advarer mot bruk på avdelingsnivå

Selv om nasjonale DRG-vektene beregnes på detaljert kostnads- og aktivitetsinformasjon fra mange sykehus, er ikke beregningene robuste nok til å videreføres til den enkelte pasient eller den enkelte avdeling. Til dels er kostnadsvektene utarbeidet basert på informasjon fra helseforetak med ulik pasientsammensetning og ulikt kostnadsnivå. Til dels omfatter en kostnadsvekt for en DRG ikke bare kostnader fra behandlende avdeling, men også kostnader som relateres til støtteavdelinger (f.eks. laboratorie- og radiologikostnader) og felleskostnader (administrasjon m.m.). Man bør være varsom med å benytte ISF-refusjonen direkte ned på avdelingsnivå, da kostnadsvektene er beregnet med utgangspunkt i kostnadsinformasjon fra alle landets helseforetak.

Kontroll: NPR kontrollerer innrapporterte aktivitetsdata og rapporterer hvert tertial tilbake til sykehusene for å kvalitetssjekke datagrunnlaget.



Endringer i finansieringen av legemidler på MS-området



Legemidler finansiert av helseforetakene

Legemidler administrert i sykehus

Pasientadministrerte legemidler (H-resept)

ISF og legemidler

En del av legemiddelbehandlingen i spesialisthelsetjenesten har særskilte registrerings- og rapporteringsregler. Dette dreier seg i hovedsak om kostbar legemiddelbehandling. Koding av legemiddelbehandling i sykehus forutsetter at legemiddelbehandlingen har relevans for helsehjelpsepisoden og forutsetter at administrasjonen av legemiddelbehandlingen har økonomisk betydning for helseforetaket.

- Kreftlegemidler
- Infusjonsbehandling med særskilte (immunmodulerende) legemidler (MS, psoriasis, leddgikt, IBD)
- Behandling av makuladegenerasjon eller makulødem
- Bruk av botulinumtoksin for ulike indikasjoner
- Påfyll av baklofen ved ITB-behandling av dystoni og spastisitet

Virksomheter i spesialisthelsetjenesten som registrerer E-resepter er ansvarlig for at registrert informasjon er tilstrekkelig som grunnlag for kategorisering av behandlingsaktiviteten, herunder gjennom identifikasjon av pasienten, behandlingsindikasjon (tilstandsinformasjon ICD-10 i feltet «refusjonskode») og spesifikasjon av legemiddel (ATC-kode).

Endringer i finansieringen i 2019

Inntil 2018 ble behandlingen finansiert gjennom DRG-er og STG-er, men fra 2019 er det innført TFG. TFG innebærer at MS finansieres som "tjenesteforløp". Det betyr forenklet forklart at man har slått sammen all legemiddelbehandling og beregnet vekt for 1 års "gjennomsnittsbehandling". Konkret består MS-forløp av to grupper, 1 DRG og 1 STG.

Krav om rapportering av ATC-koder

De nasjonale særkodene for legemiddelbehandling opphører fra 2022, og erstattes av ATC koder. ATC-koder for legemiddelbehandling har kun betydning for legemiddelbehandling i sykehus for gruppering til utvalgte DRG-er.

Eksempel rapporteringskrav:

Infusjonsbehandling med særskilte (immunmodulerende) legemidler

Poliklinisk behandling av multipel sklerose, alvorlig psoriasis, inflammatoriske ledd- og tarmsykdommer eller SLE med infusjon av særskilte legemidler skal kodes med:

- Pasientens sykdom (indikasjon) som hovedtilstand
- NCMP-kode WBG00 for å angi infusjon
- ATC-kode for aktuelt legemiddel knyttes til kode for administrasjonsmåte

Typer legemidler MS



Infusjon (i sykehus)



Pasientadministrert

Nærmere om ny finansiering av MS-legemidler

MS-behandling med biologiske legemidler inngår i ISF-grunnlaget ut fra tjenesteforløp (TFG). Grunnlaget er antall pasienter som er registrert med minst ett poliklinisk opphold i DRG 801H og eller får utlevert minst en resept på MS-legemiddel som ut fra kombinasjon av ATC-kode og tilstandskode blir grupper til Særtjenestegruppe (STG) AS01. DRG 801H gir 0 i ISF-poeng, og det gis heller ikke uttelling for STG AS01.

Aktivitet i og utenfor sykehus sees i sammenheng og ISF-poengene beregnes ut fra aggregert nivå, TFG AT01. Det vil si at det er antall unike pasienter som mottar denne legemiddelbehandling i eller utenfor sykehus som gir grunnlag for ISF-poeng. Finanseringsperioden er per år og det må derfor være minst en registrering av pasienten i datagrunnlaget det aktuelle året. I 2023 beregnes 1,791 i ISF-refusjon for AT01.

Oppsummert

- Uavhengig av om behandlingen gis i eller utenfor sykehus utløses en refusjon til RHF på 1,791*enhetsprisen (TFG AT01) per år
- Antall infusjoner/h-resepter eller dose per år har ingen betydning for nivået på refusjonen
- Satsen på 1,791 gis hvert år så lenge pasienten mottar minst en infusjon eller hentet ut en resept med et aktuelt MS legemiddel i løpet av året
- Ved infusjonsbehandling får RHF ikke betalt for oppholdet knyttet til infusjonene som gis
- For å utløse refusjon må det kodes riktig tilstand, prosedyre og ATC-kode

Eksempel på implikasjoner av dagens finansieringsløsning for MS-legemidler



Finansering av legemiddelbehandling for MS

Inntil 2018

Legemiddel	Infusjoner/tabletter (pr år)	Legemiddel- kostnad* (pr år)	Gruppe i ISF	Kostnadsvekt	Poeng (pr år)	Refusjon (pr år)	«Dekningsgrad»
Legemiddel A - L01FA (infusjon)	2	kr 20 000	DRG 801H	0,275 pr gang	0,55	kr 10 886	54 %
Legemiddel B - L04AA (pasientadministrert)	8	kr 209 920	STG AS01	2,337 pr år	2,337	kr 46 258	22 %

2023

Legemiddel A - L01FA (infusjon)	2	kr 20 000	TFG AT01	1,791	1,791	kr 35 450	177 %
Legemiddel B - L04AA (pasientadministrert)	8	kr 209 920	TFG AT01	1,791	1,791	kr 35 450	17 %

2023 ISF regelverk

Enhetspris	kr 49 484
Refusjonssats	40 %
Antatt pasientvekt	80 kg

Eksempel på økonomiske konsekvenser av valg av behandling

	År 1	År 2	År 3	År 4	Totalt
  Legemiddelkostnad	20 000	20 000	20 000	20 000	80 000
Inntekt (ISF)	35 450	35 450	35 450	35 450	141 800

Behandling med Legemiddel A ved poliklinikken to ganger i året



Nettoutgift RHF:

- 61 800

	År 1	År 2	År 3	År 4	Totalt
  Legemiddelkostnad	209 920	209 920	0	0	419 840
Inntekt (ISF)	35 450	35 450	0	0	70 900

Behandling med Legemiddel B 1 to år (8 tabletter per år)



Nettoutgift RHF:

348 940

	År 1	År 2	År 3	År 4	Totalt
  Legemiddelkostnad	419 840	0	0	0	419 840
Inntekt (ISF)	35 450	0	0	0	35 450

Behandling med Legemiddel B der behandlingen gis i januar og desember i år 1 (8 tabletter per gang)



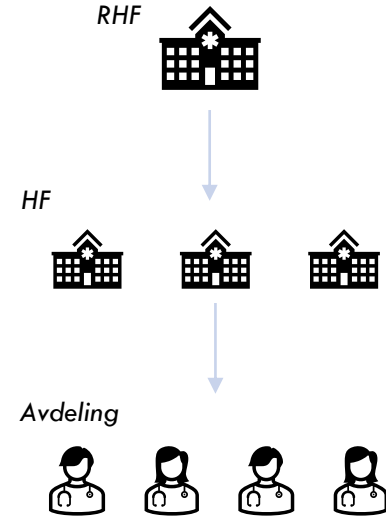
Nettoutgift RHF:

384 390

Hvilke insentiver har den enkelte behandler eller sykehus?

ISF-finansieringen går til RHF og ikke direkte til sykehusene eller enkeltavdeling. Hvordan RHF fordeler pengene videre til sykehusene er ikke noe som reguleres av ISF, men bestemmes av hvilken inntektsfordeling/budsjettmodell som benyttes.

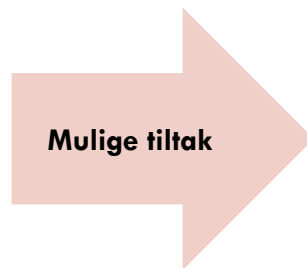
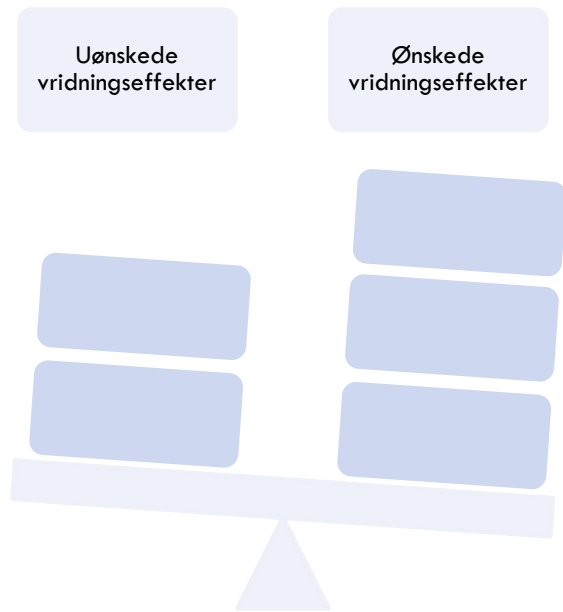
Informantene i denne kartleggingen peker på at det ved flere sykehus er en inntektsfordelingsmodell som innebærer at pengene går fra RHF til sykehuset sentralt, og at dette ikke videreføres til avdelingsnivå. Det trekkes imidlertid frem at det finnes eksempler der enkelte kostnadsposter, for eksempel infusjonskostnader går på avdelingsnivå.



Sykehusutvalgets forslag om omlegging til rammefinansiering



ISF kan gi ulike konsekvenser



Kontroll



Justering av vekter



Endring av styrke (andel ISF)



Opplæring og kunnskap



Etikk

Hva sier forskningen om effekter av ISF?

På oppdrag for Sykehusutvalget ble det i 2022 gjennomført en kunnskapsoppsummering av erfaringene med ISF i spesialisthelsetjenesten og land med fellestrekk til den norske modellen. Oppsummeringen inneholder også en vurdering av fordeler og ulemper ved ytterligere å avgrense bruken av ISF i spesialisthelsetjenesten i Norge. Hovedfunnene fra kunnskapsoppsummeringen inkluderer:

- Finansieringsordningene sykehusene står overfor er med å påvirke effektene av konkurranse
- En avgrensning i bruken av ISF vil føre til at det er mindre økonomisk gunstig for sykehusene å tiltrekke seg pasienter. Dette vil bidra til å svekke konkurransen i spesialisthelsetjenesten.
- Usikkert hvilke effekter endringen vil ha for tjenestekvalitet på norske sykehus

ISF har også en effekt på den økonomiske risikofordelingen mellom betaler og utfører



Sykehusutvalget har nylig forslått å erstatte ISF med rammefinansiering. Forslaget innebærer følgende:

- ISF avvikles som finansieringsmodell **fra første pasient** og erstattes med en modell med rammefinansiering
- ISF som en toppfinansiering
- Resultatbasert finansiering (liten andel i dag) beholdes og videreutvikles

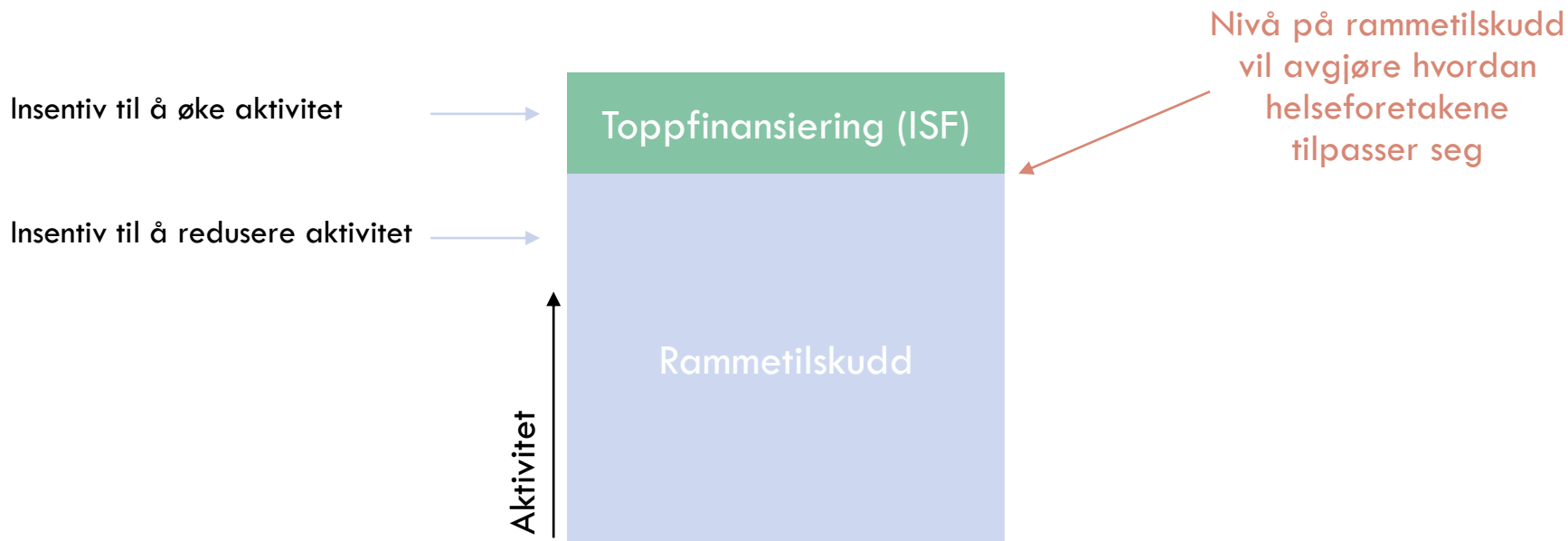


FORESLÅR ENDRINGER: Sykehusutvalgets leder Jon Magnussen presenterte utvalgets forslag om endringer i finansieringen av sykehusene mandag. Foto: Lise Åserud / NTB

Sykehusutvalget vil erstatte innsatsstyrt finansiering med rammefinansiering

Sykehusutvalget foreslår en rekke endringer for Sykehus-Norge, blant dem ordningen med innsatsstyrt finansiering. – Vi vet at innsatsstyrt aktivitet stimulerer til aktivitet, vi er litt usikre på om det stimulerer til den aktiviteten vi vil at det skal stimulere til, sa utvalgsleder Jon Magnussen.

Potensielle virkninger av forslaget



oslo**economics**

www.osloeconomics.no