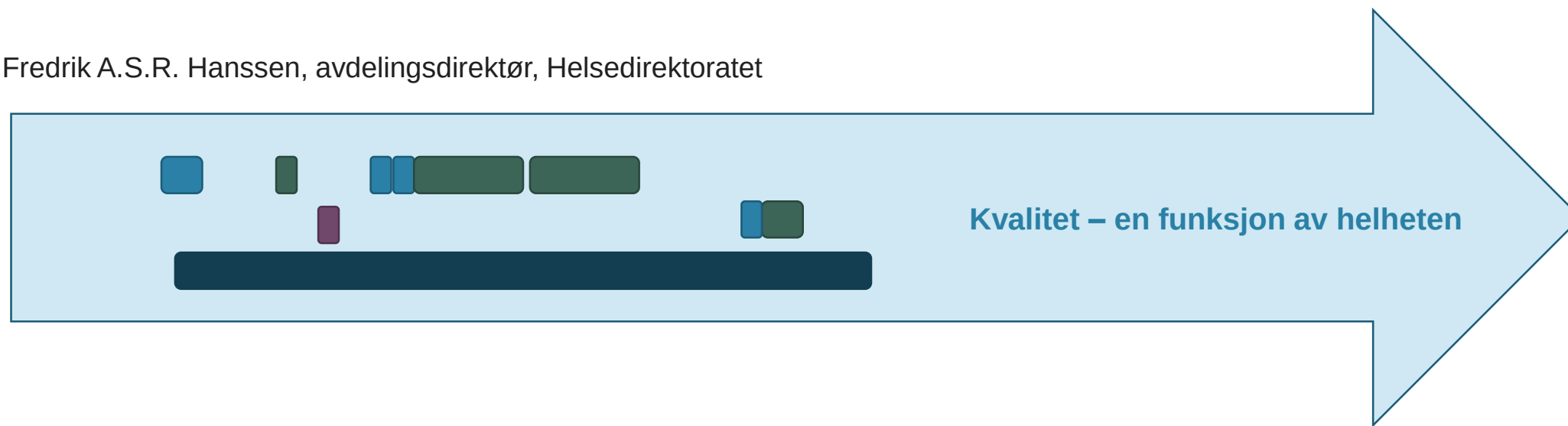


ISF og tjenesteforløp

Dagsmøte om helseøkonomi, NSH, 11.12.2019

Fredrik A.S.R. Hanssen, avdelingsdirektør, Helsedirektoratet



Litt historikk

Hvorfor? Formål

Vi er ikke alene

Forutsetninger for å komme videre

Hva skjer i Norge i 2020 og videre

Tema

Litt historikk

90-tallet: Ulike aktører i USA utviklet grupperingsprogramvare for «Episodes of Care» (EOC). Noe tenkning også i Norge.

Senere: Mange tekniske løsninger er laget, men samlet sett lite innvirkning på finansieringsordningene. Hvorfor?

[SAGE Open Med](#). 2019; 7: 2050312119840200

A practical guide to episode groupers for cost-of-illness analysis in health services research

[Cora Peterson](#),¹ [Scott D Grosse](#),² and [Abe Dunn](#)³

Healthcare episode groupers are complex software analytic tools for systematically bundling healthcare services that patients received—as reported in US medical claims data sets—into clinically meaningful “episodes” to compare quality and cost across patients with the same health condition or disease. Privately-developed groupers have long been used for provider comparisons at US health insurance companies.^{1,2} Now, various such groupers are the analytic basis for Medicaid provider bundled payments in multiple US states.^{3–5} Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) developed its own grouper for hospital-based and follow-up care that determines some provider bundled payments.⁶ Health care providers expect that the prevalence of episode-based bundled payments will increase.⁷

2007: Første oppdrag fra HOD som pekte på forløbsperspektivet spesifikt

Innsatsstyrt finansiering i helsetjenesten

En vurdering og aktuelle tiltak

Sosial- og helsedirektoratet skal videre gjennomgå aktivitetsbasert finansiering med sikte på å legge til rette for bedre pasientforløp, herunder finansieringssystemets håndtering av overflytting mellom institusjoner i spesialisthelsetjenesten, og foreslå eventuelle tiltak på finansieringsområdet som kan forbedre pasientforløpet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, for eksempel ambulante team".

Norsk pasientregister blir etablert med pseudonyme personnummer i nær fremtid. Det blir da mulig å observere pasientforløp på tvers av opphold og sykehus. En slik kunnskap om pasientforløpene gjør det mulig å utvikle en finansiering som i større grad er basert på selve tilbudet og mindre grad avhengig av hvordan dette er organisert. Det vil være nødvendig å se på hvordan definisjonen av behandlingsepisode i finansieringen vil kunne gjøre ISF-ordningen mer robust i forhold til organisatoriske endringer.

På grunnlag av data fra NPR bør det arbeides mot at ISF-ordningen kan legges om i retning av finansiering av andre behandlingsepisoder enn sykehusopphold som i dag. I denne sammenhengen bør det også vurderes om vurdering og kontroll skal defineres inn sammen med eventuell behandlingskontakt i en og samme behandlingsepisode.

Dette tiltaket vil kreve noe lengre tid for realisering, anslagsvis 2-3 år.

Rapport mars 2017 på oppdrag fra HOD:

Endret innretning av ISF-ordningen en viktig del av svaret, herunder økt forløpsorientering som mulighet

Saksreferanse: 17/4033-3

Finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten – Langsiktige utviklingsbehov

Rapport november 2017:

Hvordan gjennomføre på kort sikt?

Saksreferanse: 17/38403-1

Forløpsbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten – Vurdering av endringer i ISF-ordningen for 2019

1	Oppdraget	2
1.1	Kjerneoppdraget	2
1.2	Tilleggsmomenter	2
1.3	Avgrensning	2
2	Problemforståelse, premisser og målbilde	4
2.1	Eksisterende, overordnede mål	4
2.2	Problemforståelse	7
2.3	Premisser	8
2.4	Konkretisering av særskilte målsetninger i utviklingsarbeidet	10
3	tilnærming langs tre hovedakser	11
3.1	Utvikling langs tre hovedakser	11
3.2	«Horisontalt» – Mer forløpsstenkning innen dagens DRG- og STG-system	11
3.3	«Vertikalt» – Aggregering og samlet finansiering på tvers av DRG og STG	15
3.4	«Dybde» – Inklusjon av tjenester som finansieres gjennom andre ordninger	17
4	Øvrige forhold	19
4.1	Egenandeler	19
4.2	Resultatdata	19
4.3	Pakkeforløp	19
5	Mulige endringer for 2019	20

1

To typer tjenesteforløp skissert som grunnlag for ISF 2019:

- Dialysebehandling
- Behandling med biologiske legemidler

ISF-regelverket 2019 (desember 2018): Implementering i tråd med rapport i 2017



Innsatsstyrt finansiering 2019

Regelverk
IS-2791

- Tjenesteforløp for dialyse og visse typer legemiddelbehandling som grunnlag for ISF
- Lik finansiering for lignende pasienter, uavhengig av organisering og metodevalg



Rapport desember 2018:

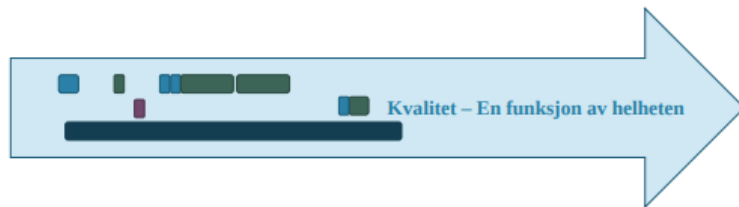
Hvordan gjennomføre på lengre sikt?



Tjenesteforløp som grunnlag for Innsatsstyrt finansiering

Beskrivelse av videre arbeid

RAPPORT
IS-2788



- En grundig beskrivelse av mål, fremgangsmåte og forutsetninger
- Fulgt opp gjennom arbeid i 2019

Nasjonal helse- og sykehusplan november 2019:



Meld. St. 7

(2019–2020)

Melding til Stortinget

Nasjonal helse- og sykehusplan
2020–2023

11.5 Videreutvikling av finansieringsordningene

Regjeringen vil videreutvikle innsatsstyrt finansiering for å understøtte ønsket utvikling av tjenesten, jf. kapittel 1. Regjeringen vil videreutvikle finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten langs følgende hovedspor:

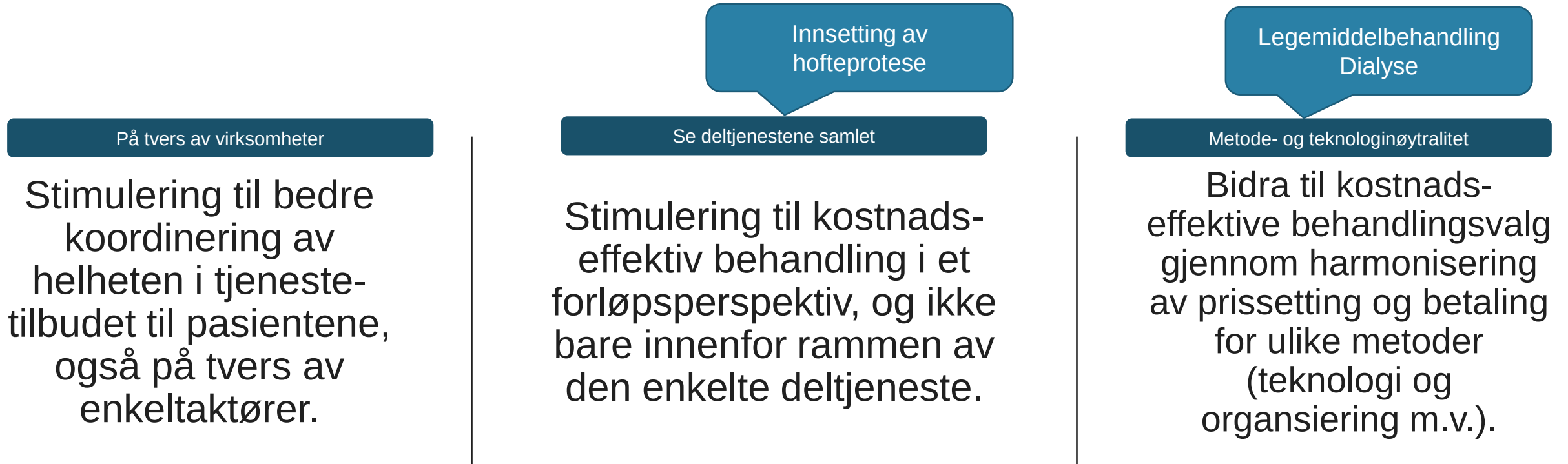
- Finansieringen skal i større grad knyttes til innholdet i tjenestene, ikke til hvem som yter behandling, hvor behandlingen ytes eller hvordan behandlingen ytes.
- Finansieringen skal understøtte helhetlige tjenesteforløp.
- Finansieringen skal understøtte forløp på tvers av sykehus og kommuner.
- Kvalitetsbasert finansiering skal knyttes tettere til sentrale mål for utvikling av spesialisthelsetjenesten.

Mer forløpsbasert utvikling av innsatsstyrt finansiering kan understøtte helhetlige og koordinerte tjenester og gi sykehusene sterkere insentiver til å fokusere på kvalitet og kostnader knyttet til hele forløp. Begrepet tjenesteforløp



Hvorfor? Formål

Helsedirektoratet:



Slik endring beveger også ISF-ordningen nærmere den overordnede beskrivelsen av finansieringssystemet: «gjennom ISF-ordningen gjøres bevilgningen [...] avhenging av hvor mange og hva slags pasienter som mottar behandling».

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (kap 11.5)

Mer forløpsbasert utvikling av innsatsstyrt finansiering kan understøtte helhetlige og koordinerte tjenester og gi sykehusene sterkere insentiver til å fokusere på kvalitet og kostnader knyttet til hele forløp. Begrepet tjenesteforløp

Ved å knytte finansiering til helhetlige tjenesteforløp kan man stimulere til koordinerte og integrerte tjenester gjennom forløpet, fremfor å stimulere til mange kontakter og et mer oppdelt forløp. Det kan bidra til bedre og mer kostnadseffektiv behandling. Finansiering av tjenesteforløp kan stimulere tjenesten til å ta i bruk ny teknologi og nye behandlingsformer, og bidra til innovasjon.

Betaling for helhetlige spesialisthelsetjenester



Kvalitet – En funksjon av helheten

Utviklingsretning

- Likt tjenesteinnhold gir lik finansiering fra staten til RHF, uavhengig av organisering, hvem som utfører og hvilken metode man benytter.
- Fortsatt operasjonalsiserbar finansiering til utøvende nivå.
- Ikke utvidede rapporteringskrav for å realisere tjenesteforløp.

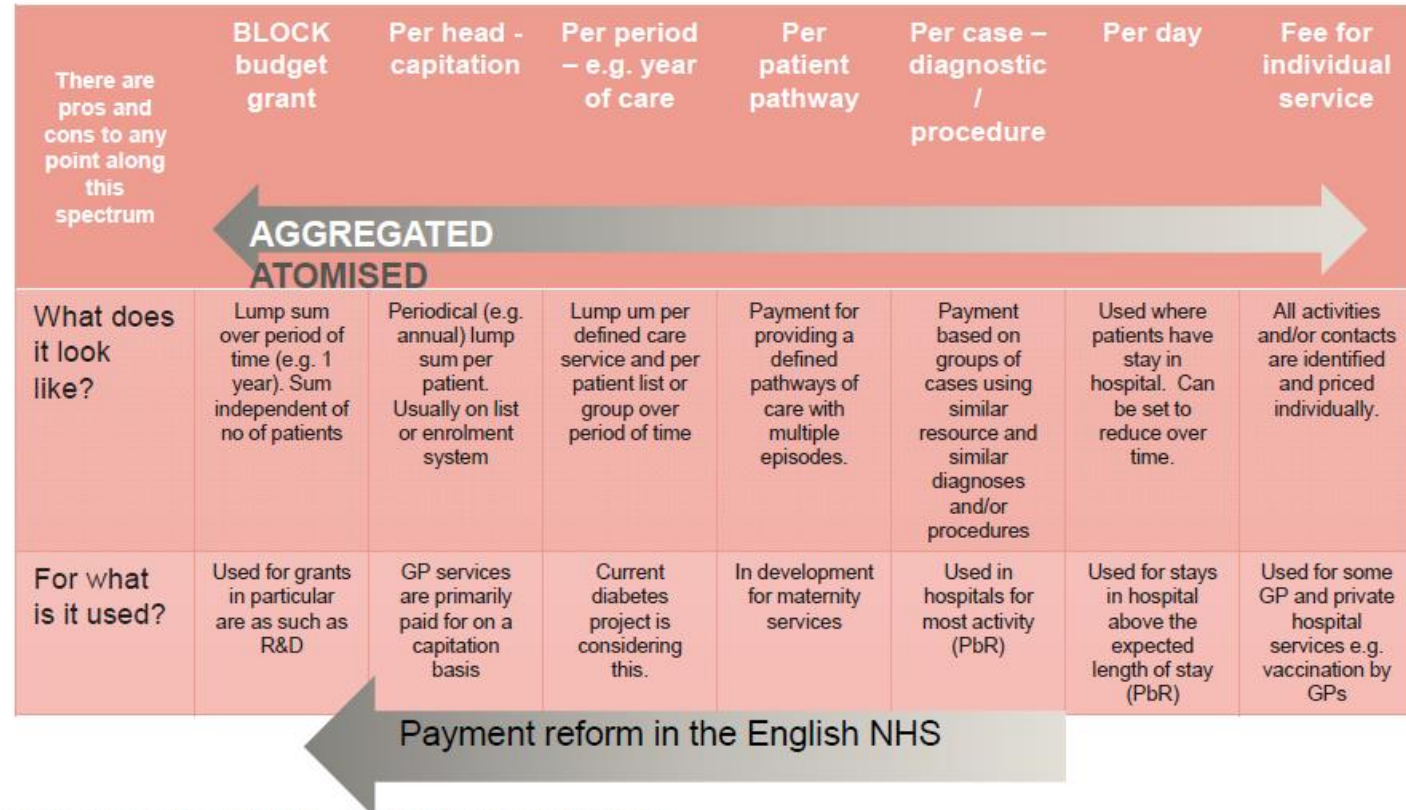
Vi er ikke alene

NHS England

(PCSI-konferansen 2019)

Nov 2019

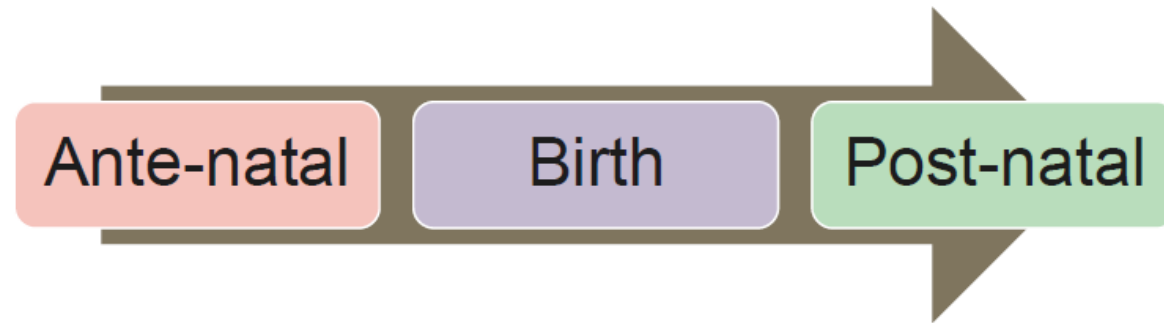
Payment reform to improve value in the English NHS



Source: NHS & Department of Health – A simple guide to payment by results

Maternity pathway payments

- Pathway payments are a single payment for a bundle of services that may be provided by several providers for an entire episode or whole pathway of care for a patient.
- They are designed to encourage better organisation and co-ordination of care across a pathway and among different healthcare providers.



Frankrike

(PCSI-konferansen 2019)



Background



- Section 51 of the Social Security Financing Law 2018:
 - Experiments on new financing models, incl. Integrated funding based on healthcare pathway
 - **Why?** Develop innovative organisations (better coordination) between the different healthcare providers and improve the quality of care for patients
 - **Which healthcare?** 3 surgery interventions: [hip replacement](#), knee replacement and colon surgery
 - **How?** Create decompartmentalized payment methods
 - Lump sum payment for the whole healthcare pathway
 - Payment for quality
 - **Who?** Facilities (about 30) who want to experiment this new model of funding (on a voluntary basis)

«Over there»

Harvard
Business
Review



ECONOMICS & SOCIETY

How to Pay for Health Care

by Michael E. Porter and Robert S. Kaplan

FROM THE JULY–AUGUST 2016 ISSUE

Bundling Care and Payment: Evidence From Early Adopters

PREPARED BY:

Jacobs J^{1,2}, Daniel I^{2,3}, Baker GR^{2,6}, Brown A², Wodchis WP^{2,4,5}

1. Ivey Business School, Western University.
2. Institute of Health Policy Management and Evaluation, University of Toronto.
3. Ontario Hospital Association.
4. Toronto Rehabilitation Network.
5. Institute for Clinical Evaluative Sciences.
6. Li Ka Shing Knowledge Institute, St. Michael's Hospital.

AUGUST 2015

CMS.gov

Centers for Medicare & Medicaid Services

Learn about

Medicare

Medicaid/CHIP

Medicare-Medicaid
Coordination

Private
Insurance

Innovation
Center

[Innovation Center Home](#) > [Innovation Models](#) > BPCI Advanced

CMS

Mange modeller for
«bundling»

Til dels høy kompleksitet

Likevel mye å lære

One of the most important goals at CMS is fostering **an affordable, accessible healthcare system that puts patients first**. A bundled payment methodology involves combining the payments for physician, hospital, and other health care provider services into a single bundled payment amount. This amount is calculated based on the expected costs of all items and services furnished to a beneficiary during an episode of care. Payment models that provide a single bundled payment to health care providers can **motivate health care providers to furnish services efficiently, to better coordinate care, and to improve the quality of care**. Health care providers receiving a bundled payment may either realize a

The screenshot shows the CMS website's 'Category Descriptions' page. It features a search bar at the top with the text 'Search by: word or phrase' and a 'More search options' link. Below the search bar, there are navigation links for 'Home', 'About', and 'Contact'. The main content area displays a grid of payment models, each with a title, a brief description, and a status indicator. The models are organized into four columns and several rows. The first column includes 'Accountable Care Organization (ACO) - General Information', 'Medicare Health Care Quality Demonstration', 'Pioneer ACO Model', and 'BPCI Model 1: Retrospective Acute Care Hospital Stay Only'. The second column includes 'ACO Investment Model', 'Next Generation ACO Model', 'Pioneer, Forward Care Model for the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)', 'BPCI Model 2: Retrospective Acute Care Hospital Stay Only', and 'BPCI Model 3: Retrospective Post-Acute Care Only'. The third column includes 'Advance Payment ACO Model', 'BPCI Model 4: Prospective Acute Care Hospital Stay Only', and 'BPCI Model 5: Prospective Post-Acute Care Only'. The fourth column includes 'Comprehensive Care Model', 'Physician Group Practice Transition Demonstration', 'BPCI Advanced', and 'BPCI Model 6: Prospective Acute Care Hospital Stay Only'. Each model's status is indicated by a color-coded box: 'Stage: Not Applicable', 'Stage: Ongoing', 'Stage: No Longer Active', or 'Stage: Participants Announced'.

Accountable Care Organization (ACO) - General Information	ACO Investment Model	Advance Payment ACO Model	Comprehensive Care Model
ACOs are groups of clinicians, hospitals, and other health care providers that choose to come together to deliver coordinated, high-quality care to the Medicare population they serve.	The ACO Investment Model is designed to provide a single payment to the ACO for the care of Medicare patients. The ACO is responsible for the care of Medicare patients and is responsible for the quality of care.	The Advance Payment ACO Model provides a single payment to the ACO for the care of Medicare patients. The ACO is responsible for the care of Medicare patients and is responsible for the quality of care.	The Comprehensive Care Model is designed to provide a single payment to the ACO for the care of Medicare patients. The ACO is responsible for the care of Medicare patients and is responsible for the quality of care.
Stage: Not Applicable	Stage: Ongoing	Stage: No Longer Active	Stage: Ongoing, Announced
Medicare Health Care Quality Demonstration	Next Generation ACO Model	Running Home Value-Based Purchasing Demonstration	Physician Group Practice Transition Demonstration
The Medicare Health Care Quality Demonstration is testing major changes in payment quality of care while increasing efficiency across an entire health care system.	This model allows provider groups to receive a higher level of financial risk and reward than are available under the current Pioneer ACO Model and Shared Savings Program through extensions and support tools.	Running Home Value-Based Purchasing Demonstration provides incentive payment awards to participating home health agencies that performed the best or improved the most in terms of quality.	A precursor to the Medicare Shared Savings Program, the Physician Group Practice Transition Demonstration incentivized groups for efficiency and high-quality care.
Stage: Ongoing	Stage: Ongoing	Stage: No Longer Active	Stage: No Longer Active
Pioneer ACO Model	Pioneer, Forward Care Model for the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)	Verment All-Payer ACO Model	BPCI Advanced
The Pioneer ACO Model awarded groups of health care providers experienced in working together to coordinate care.	This demonstration studied the quality and cost of providing PACE program services under the Medicare and Medicaid Programs.	This alternative payment model incentivizes delivery of high-quality care and quality among significant veteran patients in residential health care for veterans population.	BPCI Advanced is a voluntary demonstration payment model that will quality as an Advanced Alternative Payment Model (APM) under the Quality Payment Program to test a new iteration of bundled payments.
Stage: No Longer Active	Stage: No Longer Active	Stage: Announced	Stage: Participants Announced
BPCI Model 1: Retrospective Acute Care Hospital Stay Only	BPCI Model 2: Retrospective Acute Care Hospital Stay Only	BPCI Model 3: Retrospective Post-Acute Care Only	BPCI Model 4: Prospective Acute Care Hospital Stay Only
Stage: No Longer Active	Stage: No Longer Active	Stage: No Longer Active	Stage: No Longer Active

Clinical Episodes

◆ BPCI Advanced Episode Initiators and Clinical Episode Selections - October 2018 (XLS)

BPCI Advanced will initially include 29 inpatient Clinical Episodes and 3 outpatient Clinical Episodes. Based on rapid-cycle feedback and experience to date in the initiative, CMS may elect to revise the Clinical Episodes in BPCI Advanced on an annual basis beginning January 1, 2020, which will apply to both new Participants and existing Participants. Participants selected to participate in BPCI Advanced beginning on October 1, 2018, must commit to be held accountable for one or more Clinical Episodes and may not add or drop such Clinical Episodes until January 1, 2020.

For a list of the **29 Inpatient Clinical Episodes**, please see below:

- ◆ Disorders of the liver excluding malignancy, cirrhosis, alcoholic hepatitis *
- ◆ *(New episode added to BPCI Advanced)
- ◆ Acute myocardial infarction
- ◆ Back & neck except spinal fusion
- ◆ Cardiac arrhythmia
- ◆ Cardiac defibrillator
- ◆ Cardiac valve
- ◆ Cellulitis
- ◆ Cervical spinal fusion
- ◆ COPD, bronchitis, asthma
- ◆ Combined anterior posterior spinal fusion
- ◆ Congestive heart failure

Porter og Kaplan

Kraftig for «bundled payments»

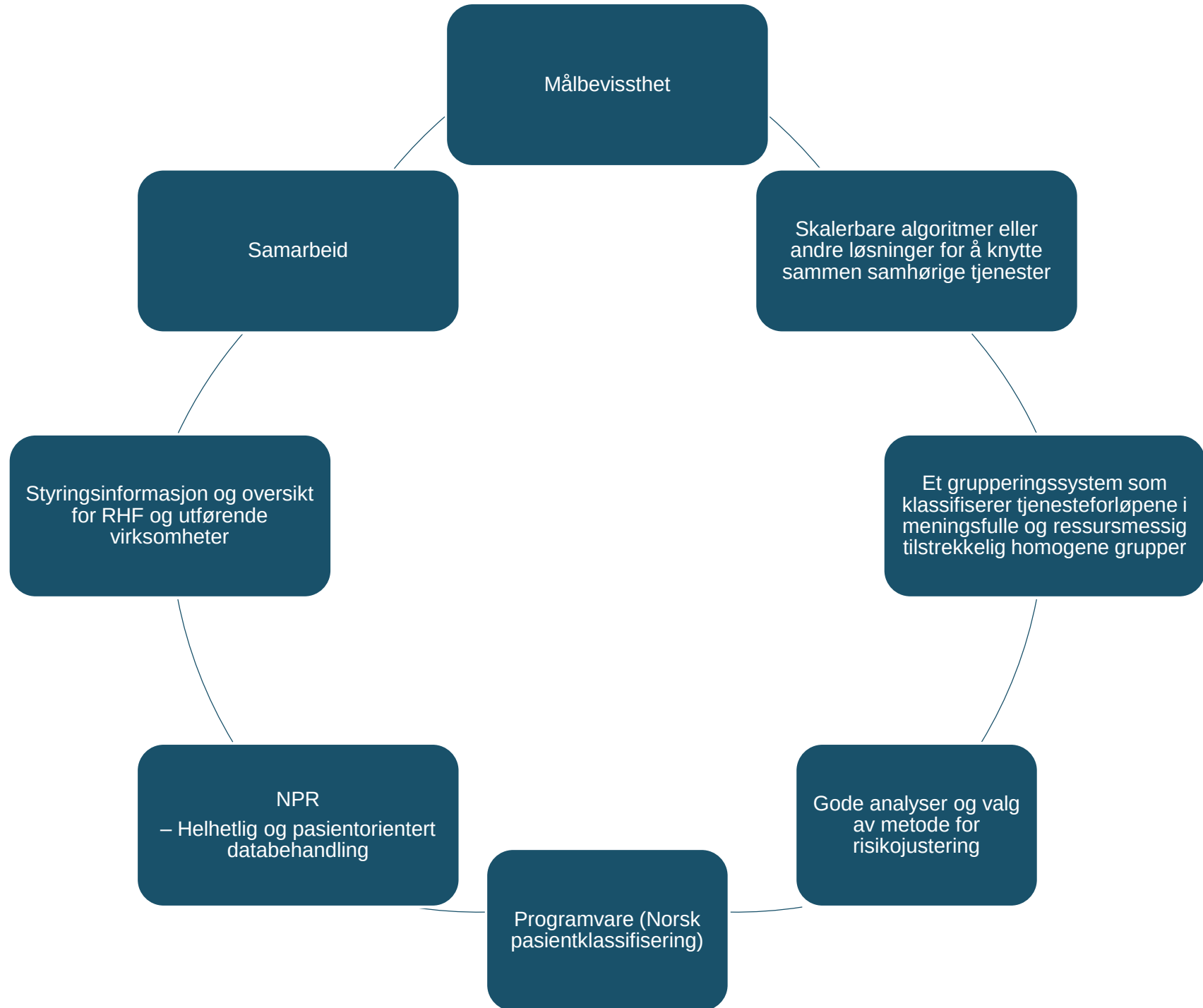
(Men glemmer de noe av fordelene med blandingsmodeller)

Fee for service rewards the quantity but not the quality or efficiency of medical care. The most common alternative payment system today—fixed annual budgets for providers—is not much better, since the budgets are disconnected from the actual patient needs that arise during the year. Fixed budgets

That doesn't mean, however, that health care is converging on a solution. The broad phrase “value-based reimbursement” encompasses two radically different payment approaches: capitation and bundled payments. In capitation, the health care organization receives a fixed payment per year per covered life and must meet all the needs of a broad patient population. In a bundled payment system, by contrast, providers are paid for the care of a patient's medical condition across the entire care cycle—that is, all the services, procedures, tests, drugs, and

A battle is raging, largely unbeknownst to the general public, between advocates of these two approaches. The stakes are high, and the outcome will define the shape of the health care system for many years to come, for better or for worse. While we recognize that capitation can achieve modest savings in the short run, we believe that it is not the right solution. It threatens patient choice and competition and will fail to fundamentally change the trajectory of a broken system. A bundled payment system, however, would truly transform the way we deliver care and finally put health care on the right path.

Forutsetninger for å komme videre



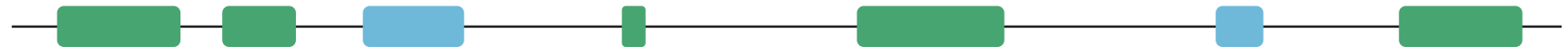
Teknisk sett, hva er et Tjenesteforløp?

Sentral oppgave:
God algoritme for å knytte de riktige deltjenestene sammen

Et sett av hendelser som ut fra gitte definisjoner hører sammen.

EOC

Episode of Care. An entity covering a period of time, containing one or more Events. Through adjustments of the Definition Data, the user can decide what kind of Events belong to the same EOCs.



Hvilke Opphold og Særtjenester hører sammen?

Hva skjer i Norge i 2020 og videre

Forsiktig utvikling, med ett nytt område for finansiering basert på tjenesteforløp i 2020

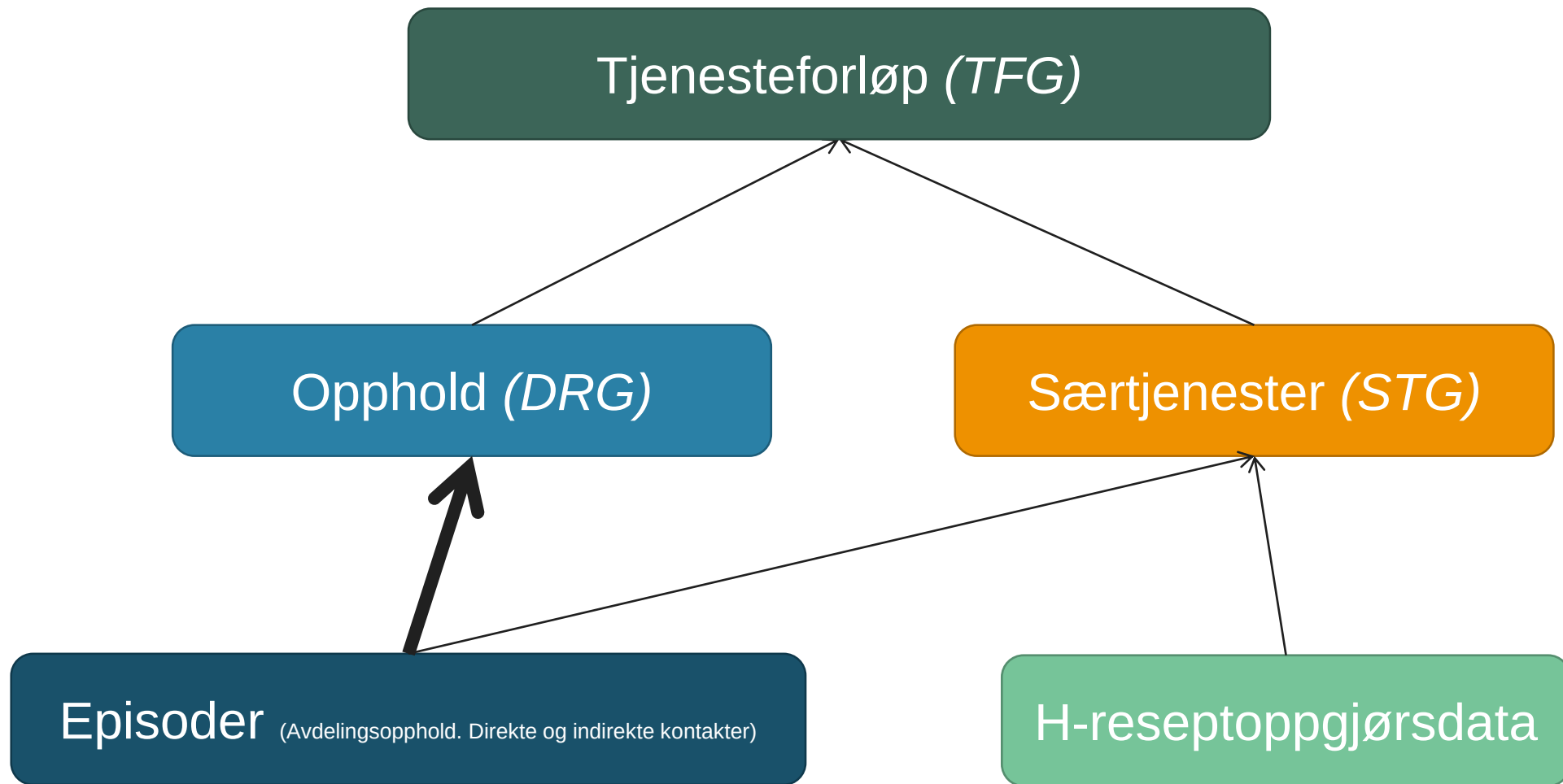
- Prosess med RHF gjennom 2019
- Obs styringsinformasjon
- Obs omlegging av databehandlingsprosesser i NPR
- Obs kompleksitet i utvikling av meningsfullt grupperingssystem

Fra rapporterte data til ISF (2020)

ISF 2020
på noen
områder

Hovedmodell
ISF 2020

Rapporterings-
nivå



Registreres som før

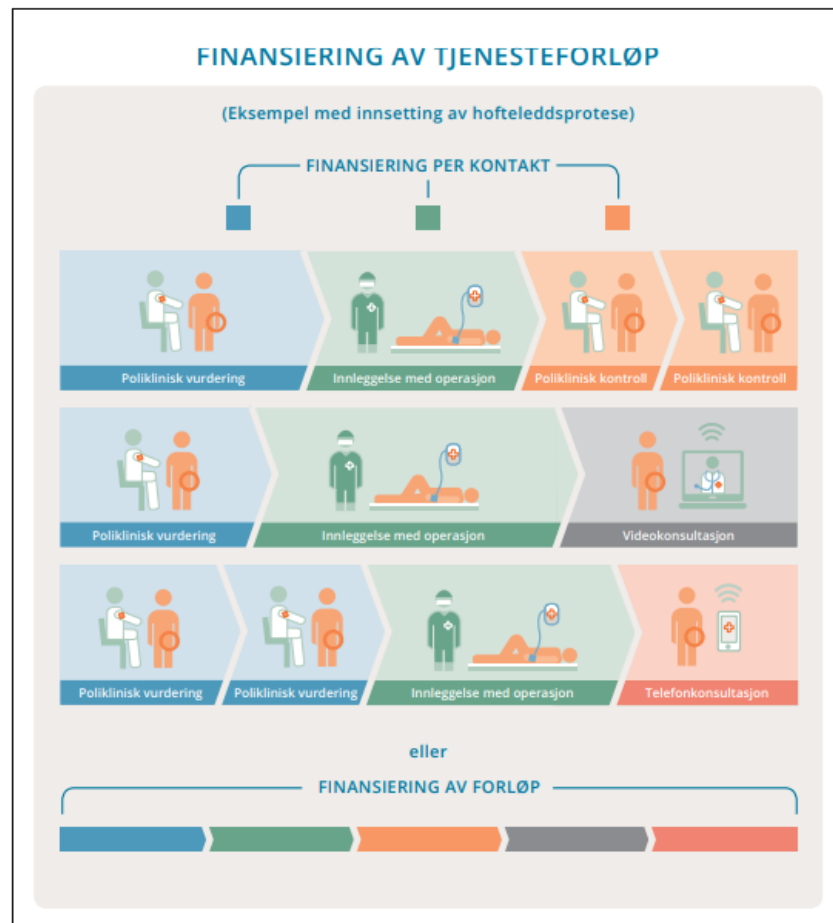
Innsetting av hofteprotese (primærbehandling)

2019–2020

Meld. St. 7

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023

155



Figur 11.2 Finansiering av tjenesteforløp – eksempel med innsetting av primær hofteprotese

- To refusjonskategorier (TFG-er)
- Slår sammen innleggelsen med selve kirurgien, samt definerte polikliniske tjenester før og etter
- Enkel risikojustering – «De kompliserte og de mindre kompliserte» (m/u/ bk)
- Ikke hensyntatt til nå:
 - Rehabilitering
 - Innleggelser for komplikasjoner
 - Polikliniske og radiologi- og lab.tjenester

Klassifikasjonen (TFG-systemet) utvikles videre

- System for gruppering av aktiviteten i et forløpsperspektiv
- Må være meningsfullt innrettet, *uavhengig av evt. finansieringsformål*
- Gradvis videreutvikling av et heldekkende system
- Iterativ prosess: Starte med store grupper; lage egne grupper for pasientene som skiller seg vesentlig ut fra andre; analysere og gjenta prosessen.

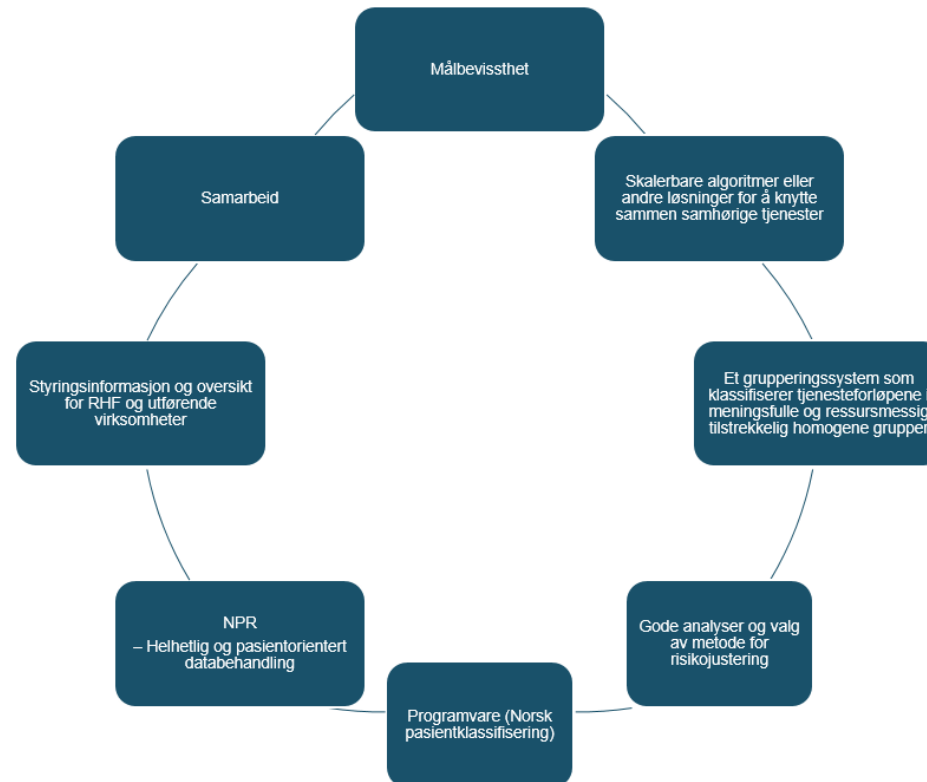
Samtidige tilnærminger er hesiktsmessig

1. Modell for å beskrive og gruppere aktiviteten generelt
2. Vurdering av hvordan systemet kan brukes for finansiering

- Utprøving av finansiering basert på tjenesteforløp på konkrete områder
- For illustrasjon av ulike formål

Videre arbeid med de øvrige forutsetningene

- i samarbeid med RHF og andre aktører



Hva med kommunene og forløp mellom nivåene?

«...utvikle løsninger og gjøre seg erfaringer med forløps-orientert finansiering innad i spesialist-helsetjenesten før man går løs på den mer komplekse oppgaven med å inkludere kommunenes tjenester i modellene»

Samtidige prosesser knyttet til primærhelsetjenester.
Symmetri og understøttelse av god oppgavedeling.

