

Med stadige krav til effektivisering og innsparing er det vanskelig for norske sykehus å ta i bruk nye og bedre behandlingsmetoder

Fremskritt og høykostmedisin

Mange av de senere års fremskritt innen medisinsk diagnostikk og behandling bygger på ny og avansert teknologi. Tidligere enkle og billige prosedyrer blir erstattet med kompliserte og langt mer kostbare metoder, men som også gir større diagnostisk treffsikkerhet og bedre behandlingsresultater. Selv om de fleste nyvinninger bare medfører beskjedne utslag på statistikker over dødelighet og livslengde i totalbefolkningen, er det liten tvil om at nyvinningene, når de anvendes på en fornuftig måte, forbedrer prognose og livskvalitet for den enkelte pasient. I en tid der det reises stadig større krav til innsparinger i helsevesenet, er det et betimelig spørsmål om samfunnet har råd til å bevilge seg denne nye høykostmedisinen. Men har vi råd til å la være?

Innsatsstyrt finansiering tar utgangspunkt i «vanlige» omkostninger knyttet til hver enkelt diagnosegruppe, uten at det er korrigert for sykdommens alvorlighetsgrad og i mange tilfeller uten at det korrigeres for kostbare prosedyrer og inngrep. Dette representerer i særlig grad et problem på store sentral- og regionsykehus som driver med høyspesialisert virksomhet. Disse sykehusene får henvist de «tyngste» og «vanskeligste» pasientene og har derfor større omkostninger knyttet til hver pasient.

Sykdommer i nervesystemet er ett av flere medisinske områder der det har skjedd en sterk utvikling av det terapeutiske armamentarium uten at finansieringssystemet har klart å holde tritt (1). Injeksjonsbehandling med botulinumtoksin mot dystoni og spastisitet, intravenøst gammaglobulin mot autoimmune lidelser i nervesystemet og kontinuerlig intratekal infusjon av baklofen mot spastisitet er bare noen eksempler på dette (2–4). Bare etterfyllingen av en «baklofenpumpe» kan påføre sykehusavdelingen som har lagt den inn, utgifter i størrelsesorden 30 000–40 000 kroner i året, mens den innsatsstyrte refusjonen knapt overstiger 10 % av beløpet.

Et særlig spesielt problem er knyttet til implantatkirurgi, for eksempel innleggelse av pacemakere som stimulerer vagusnerven. Dette er et tilbud til pasienter med en invalidiserende og medikamentelt behandlingsrefraktær epilepsi hvor utredning har vist at operasjon på selve hjernen ikke er mulig (5). Rikshospitalet har beregnet de direkte kostnadene til operasjonsoppholdet til kr 132 990 kroner (per 2003). Den innsatsstyrte finansieringen består av operasjonskode ABD 00 (13 000 kroner) samt en engangs implantatrefusjon på 45 000 kroner (2), hvilket utgjør 43 % av operasjonskostnadene.

Et annet eksempel er finansiering av innleggelse av hjernestimulatore til pasienter med Parkinsons sykdom, dystoni og tremor. Disse inngrepene er enda svakere finansiert. Rikshospitalet har nylig kostnadsberegnet innleggelsesoppholdet inklusive utgiftene til hjernestimulatoren til 352 619 kroner (per 2001). Bruk av operasjonskode AAW 01 utløser DRG 1, som med 60 % DRG gir sykehuset 57 000 kroner i tillegg til at 75 000 kroner av operasjonsmaterialkostnadene på 184 764 kroner gis som en tilleggsrefusjon (6). Med andre ord dekker den innsatsstyrte finansieringen kun 37 % av operasjonskostnadene. Det hører med i regnestykket at Rikstrygdeverket vanligvis vil spare flere titusener av kroner i året i reduserte utgifter til medikamenter som den opererte pasienten vanligvis ikke lenger har behov for. Ikke sjelden vil de reduserte medikamentutgifter alene overstige operasjonskostnadene flere år før nevroimplantatets batterilevetid er gått ut.

Ved hjelp av slike operasjoner kan man nå endre livet for mange pasienter som ikke lenger har tilstrekkelig nytte av medikamentell behandling (7). Forutsatt at man bruker aksepterte kriterier for operasjonsindikasjon, vil de aller fleste pasientene få en markert bedring av motorisk funksjonsnivå og bedret livskvalitet. Behandlingen av pasienter som er alvorlig rammet av bevegelsesforstyrrelser, krever ressurser på mange måter. Samfunnsøkonomisk må implantatkirurgi til slike pasienter oppfattes som meget lønnsomt både på grunn av mindre behov for kostbare medisiner og på grunn av mindre omsorgs- og pleiebehov. Noen pasienter kan også holde seg yrkesaktive vesentlig lenger enn det som ellers ville være mulig, eller endog komme tilbake i arbeid. Men det er et stort problem for de sykehusene som utfører slike operasjoner, at det er mangelfull eller manglende utgiftsdekning, selv av implantatene. Det er et paradoks at samfunnet som, gjennom kommunale helsetjenester og blåreseptordningen dekker alle utgifter ved kostbar, men suboptimal behandling, underfinansierer de utgiftene sykehusene har ved det oftest både billigere og bedre behandlingsalternativet. Resultatet er at de aktuelle sykehusene blir nødt til å avpasse plantallet for slike operasjoner etter egen økonomi og ikke etter medisinske vurderinger. Dette fører igjen til at det samlede tilbudet av slike operasjoner på landsbasis blir langt mindre enn behovet, at ventelister og ventetid øker, og at terskelen for operasjonsindikasjon blir satt unødvendig høyt.

Innsatsstyrt finansiering burde være et viktig incitament for effektiv pasientbehandling. Samtidig kan systemet virke mot sin hensikt og uønsket begrense et godt behandlingstilbud. Det må tas overordnede samfunnsøkonomiske hensyn når høyspesialiserte virksomheter og hensiktsmessig, men kostbar spesialbehandling blir prissatt. I en tid der det stadig settes søkelys på helseøkonomi, har vi ikke råd til å la være, spesielt ikke av hensyn til pasientene.

Geir Ketil Røste

geir.ketil.roste@rikshospitalet.no

Espen Dietrichs

espen.dietrichs@rikshospitalet.no

Geir Ketil Røste (f. 1957) er dr.med., spesialist i nevrokirurgi og seksjonsoverlege ved Seksjon for funksjonell nevrokirurgi ved Nevrokirurgisk avdeling, Rikshospitalet.

Espen Dietrichs (f. 1956) er dr.med. og spesialist i nevrologi og arbeider som avdelingssjef og professor ved Nevrologisk avdeling, Rikshospitalet.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Dietrichs E. Økende behov for nevrologiske tjenester, men hvordan kan de dekkes? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 1552.
2. Jankovic J. Botulinum toxin in clinical practice. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004; 75: 951–7.
3. Romi F, Gilhus NE, Aarli JA. Myasthenia gravis: clinical, immunological, and therapeutic advances. *Acta Neurol Scand* 2005; 111: 134–41.
4. Ochs G, Naumann C, Dimitrijevic M et al. Intrathecal baclofen therapy for spinal origin spasticity: spinal cord injury, spinal cord disease, and multiple sclerosis. *Neuromodulation* 1999; 2: 108–19.
5. Wheless JW, Baumgartner J. Vagus nerve stimulation therapy. *Drugs Today* 2004; 40: 505–15.
6. Innsatsstyrt finansiering 2005. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2005.
7. Krack P, Batin A, Van Blercom N et al. *N Engl J Med* 2003; 349: 1925–34.