

Desember 2023



Endurskoðun á mats- og greiðslukerfi hjúkrunarheimila

Útgefandi:

Heilbrigðisráðuneytið

Endurskoðun á mats- og greiðslukerfi hjúkrunarheimila

Desember 2023

hrn@hrn.is

www.hrn.is

Umbrot og textavinnsla:

Heilbrigðisráðuneytið

©2023 Heilbrigðisráðuneytið

ISBN 978-9935-515-38-4

Efnisyfirlit

1. Formáli	5
2. InterRAI mælitækið	6
2.1 Sagan 6	
2.2 Gagnsemi mælitækis	6
2.3 RUG 44 flokkar og 34 flokkar	6
2.4 Vankantar við mælitækið og notkun þess	8
2.5 Tillögur vinnuhóps	10
3. Gæðavísar	12
3.1 Tillögur vinnuhóps	13
4. Greiðslukerfi hjúkrunarheimila erlendis	14
5. Greiðslukerfi hjúkrunarheimila með samning við Sjúkratryggingar	15
5.1 RUG tímabil tengt greiðslum	15
5.2 Gjaldaliðir – breyting á vægi	16
5.3 Kostnaðarþátttaka íbúa	17
5.4 Kostnaðarútlagar	18
5.4.1 Skilgreining á kostnaðarútlaga	18
5.4.2 Kostnaðarútlagasjóður	18
5.4.3 Gagnaöflun um kostnaðarútlaga	20
5.4.4 Úthlutun úr kostnaðarútlagasjóði	21
5.5 Tillögur vinnuhóps	21
6. Samantekt	23
7. Fylgiskjal 1	25

Myndaskrá

Mynd 1: <i>RUG 44 flokkar</i>	7
Mynd 2: <i>RUG 34 flokkar</i>	8
Mynd 3: <i>Samanburður á RUG 44 og RUG 34 flokkum</i>	8
Mynd 4: <i>Gjaldaliðir samninga</i>	15
Mynd 5: <i>Tilfærsla eininga milli gjaldaliða</i>	16
Mynd 6: <i>Þróun kostnaðarþátttöku</i>	17

1. Formáli

Lokaskýrsla þessi er unnin af vinnuhópi um endurskoðun á mats – og greiðslukerfi hjúkrunarheimila sem var skipaður af heilbrigðisráðherra þann 19. ágúst 2022 (HRN2060120). Skipun hópsins er í samræmi við viljayfirlýsingu ráðherra í tengslum við samninga Sjúkratrygginga, Samtaka fyrirtækja í velferðarþjónustu (SFV) og Sambands Íslenskra sveitarfélaga um rekstur og þjónustu hjúkrunarheimila sem undirritaður var í mars 2022.

Vinnuhópurinn er þannig skipaður:

- Heiðbjört Ófeigsdóttir, tilnefnd af Sjúkratryggingum, formaður
- Kristín Lára Ólafsdóttir, tilnefnd af Sjúkratryggingum
- Elsa B. Friðfinnsdóttir, skipuð án tilnefningar frá heilbrigðisráðuneytinu
- Linda Garðarsdóttir, skipuð án tilnefningar frá heilbrigðisráðuneytinu
- Sigurjón Norberg Kjærnested, tilnefndur af Samtökum fyrirtækja í velferðarþjónustu
- Varamaður: María Fjóla Harðardóttir, tilnefnd af Samtökum fyrirtækja í velferðarþjónustu
- Lovísa Agnes Jónsdóttir, tilnefnd af embætti landlæknis
- Ólöf Elsa Björnsdóttir, fyrir hönd embættis landlæknis, tók við af Lovísu Agnesi í maí 2023
- Valgerður Freyja Ágústsdóttir, tilnefnd af Sambandi íslenskra sveitarfélaga

Vinnuhópurinn hefur haldið 25 fundi og vinnustofur.

Vinnuhópurinn skilaði áfangaskýrslu í desember 2022, sbr. fylgiskjal 1.

Markmið þessarar lokaskýrslu er að greina frá því sem vinnuhópurinn hefur skoðað í tengslum við endurskoðun á mats- og greiðslukerfi hjúkrunarheimila, niðurstöður þess og hvaða tillögur að breytingu á mats – og greiðslukerfi til hjúkrunarheimila vinnuhópurinn leggur til.

2. InterRAI mælitækið

2.1 Sagan

InterRAI mælitækið (e. Resident Assessment Instrument) er yfirgripsmikið, staðlað, alþjóðlegt mælitæki sem þróað hefur verið í Bandaríkjunum og Kanada en hefur verið þýtt og staðfært víða um heim. Mælitækið metur heilsufar, hjúkrunarþarfir og aðrar þarfir skjólstaðinga fyrir þjónustu með áherslu á gæði þjónustunnar. Niðurstaða matsins segir til um hjúkrunarþyngd, hér eftir talað um sem RUG stuðul (e. Resource Utilizations Groups) sérhvers íbúa á hjúkrunarheimili.

Á Íslandi var kerfið þýtt og staðfært fyrir íslenskar aðstæður með leyfi frá InterRAI árið 1997. Kerfið var síðast endurskoðað hér á landi árið 2002 í kjölfar tímamælinga árið 2000 á umönnun íbúa á hjúkrunarheimilum. Árið 2015 voru gerðar nýjar tímamælingar að frumkvæði Sjúkratrygginga en þær tímamælingar voru ekki innleiddar. Niðurstöður mælinga, eða hjúkrunarþyngd, eru lagðar til grundvallar við veitingu fjármagns til hjúkrunarheimila. Mælitækið er því mikilvægt í rekstri heimilanna og hefur bein áhrif á fjárhæð daggjalda.

2.2 Gagnsemi mælitækis

Helstu kostir InterRAI mælitækisins eru þeir að það stuðlar að einstaklingsbundinni meðferðaráætlun og markvissri hjúkrunarmeðferð. Þá gefur það möguleika á því að fylgjast með gæðum þjónustunnar og vinna umbótastarf ef þörf krefur. Í skýrslu KPMG, [Mat á InterRAI-mælitækjum og færni- og heilsumati](#), dags. maí 2018, sem unnin var fyrir embætti landlæknis, kemur fram sú sýn forstjóra hjúkrunarheimila að mælitækið sem slíkt meti þarfir einstaklinga heilt yfir nokkuð vel, sé margprófað og ef niðurstöður matsins eru nýttar þá gagnist það við klínísk störf, s.s. skipulag hjúkrunar. Einnig kom fram að tækið nýtist í rekstrarlegum tilgangi þar sem RUG stuðull nýtist sem verkfæri stjórnenda við mönnun og dreifingu starfsfólks innan stofnunar. Það á þó fremur við um stærri heimilin. Þannig veitir tækið vísbendingar um áætlaða þörf fyrir mönnun til að geta veitt fullnægjandi þjónustu. Þá nýtist mælitækið einnig við gæðaeftirlit og hefur tilkoma gæðavísa aukið vægi mælitækisins. Þá veitir mælitækið starfsfólki endurgjöf á störf þeirra sem líklegt er að hafi jákvæð áhrif á starfsánægju.

2.3 RUG 44 flokkar og 34 flokkar

RUG hluti InterRAI mælitækisins skiptir niðurstöðum í sjö flokka. Röð flokkanna ræðst af umfangi umönnunar en einnig kröfu um fjölbreyttari aðkomu faglegrar þjónustu, í formi hjúkrunar-, læknis- og endurhæfingarþjónustu og er þungi þjónustunnar mestur efst í röðinni og fer svo minnkandi. Innan hvers RUG flokks er fjöldi nánar skilgreindra RUG flokka eða hópa. Tvær útgáfur eru til af RUG hluta mælitækisins, annars vegar 44 flokka RUG (mynd 1) sem er notuð á flestum hjúkrunarheimilum í dag, og hins vegar 34 flokka RUG (mynd 2).

RUG III 44 FLOKKAR		ADL STIG															
		4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
SÉRSTÖK ENDURHÆFING	sérstaklega mikil (ultra high inten	RUA 1,16				RUB 1,31						RUC 1,79					
	mjög mikil (very high intensity cri	RVA 1,14				RVB 1,32						RVC 1,59					
	mikil (high intensity criteria)	RHA 1,03				RHB 1,17				RHC 1,32							
	meðal (medium intensity criteria)	RMA 0,96				RMB 1,12						RMC 1,26					
	lítill (low intensity criteria)	RLA 0,98								RLB 1,18							
UMFANGSMIKIL HJÚKRUN		SE1 1,55 - SE2 1,56 - SE3 1,63															
SÉRHÆFÐ HJÚKRUN		SSA 0,96								SSB 1,08				SSC 1,12			
FLÓKIN HJÚKRUN	með þunglyndi	CA2 0,91						CB2 1,08				CC2 1,14					
	án þunglyndiseinkenna	CA1 0,92						CB1 1,09				CC1 1,19					
ANDLEG SKERÐING	0-1 EH (endurhæfing hjúkrunar)	IA1 0,88		IB1 0,95													
	2+ EH (endurhæfing hjúkrunar)	IA2 0,85		IB2 0,93													
HEGÐUNARVANDI	0-1 EH (endurhæfing hjúkrunar)	BA1 0,71		BB1 0,8													
	2+ EH (endurhæfing hjúkrunar)	BA2 0,66		BB2 0,75													
SKERT LÍKAMLEG FÆRNI	0-1 EH (endurhæfing hjúkrunar)	PA1 0,83		PB1 0,89		PC1 0,95		PD1 1,02				PE1 1,12					
	2+ EH (endurhæfing hjúkrunar)	PA2 0,77		PB2 0,87		PC2 0,92		PD2 0,99				PE2 1,09					

Mynd 1: RUG 44 flokkar

Innbyggt reiknirit matstækisins ákvarðar í hvaða yfirflokki íbúi lendir. ADL (athafnir daglegs lífs) stig hans ásamt upplýsingum um tíðni sjúkrabjálfunar/iðjubjálfunar, þunglyndis og endurhæfingar hjúkrunar ákvarða svo hvar hann lendir innan 44 flokkanna.

Lárétta örin vísar á ADL stigin sem geta verið frá 4-18. Því fleiri stig sem íbúi fær því meiri aðstoð þarf hann við athafnir daglegs lífs.

Lóðrétta örin vísar á yfirflokkana sem eru sjö. Matstækið byrjar að athuga hvort viðkomandi lendir í efsta flokknum þ.e. „sérstök endurhæfing“ og svo koll af kalli þar til það finnur flokk sem viðkomandi lendir í. Matstækið hættir að leita um leið og það getur staðsett íbúann í flokk. Ef viðkomandi er í t.d. í lítilli endurhæfingu t.d. RLA 0,98, þá leitar kerfið ekki lengra niður og staðsetur íbúann þar. Ef íbúinn væri t.d. líka með umfangsmikla hjúkrun (lyf í æð, sog og fl.) og ætti samkvæmt því að fá RUG stuðulinn 1.56 þá sér kerfið það ekki því það hættir að leita um leið og það getur staðsett íbúann í „sérstakri endurhæfingu“. Raunveruleg hjúkrunarþyngd mælist því ekki og sú umfangsmikla þjónusta sem íbúinn er að fá frá læknum, hjúkrunarfræðingum og öðrum fagstéttum kemur ekki fram í mælingunni.

Á mynd 2 má sjá uppbyggingu 34 flokka kerfisins. Það er eins uppbyggt og 44 flokka kerfið þ.e. út frá ADL stigum og flokkum.

34 flokka kerfið		4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
UMFANGSMIKIL HJÚKRUN		SE1 1,66 - SE2 1,89 - SE3 2,21															
SÉRSTÖK ENDURHÆFING		RAA 1,15				RAB 1,34				RAC 1,42				RAD 1,79			
SÉRHÆFD HJÚKRUN		SSA 1,37												SSB 1,44		SSC 1,55	
FLÓKIN HJÚKRUN	með þunglyndi	CA2 1,14						CB2 1,14						CC2 1,56			
	án þunglyndiseinkenna	CA1 1,02						CB1 1,14						CC1 1,37			
ANDLEG SKERÐING	0-1 EH	IA1 0,58		IB1 0,82													
	2+ EH	IA2 0,76		IB2 0,93													
HEGÐUNARVANDI	0-1 EH	BA1 0,64		BB1 0,8													
	2+ EH	BA2 0,68		BB2 0,76													
SKERT LÍKAMLEG FÆRNI	0-1 EH	PA1 0,63		PB1 0,7		PC1 0,9		PD1 0,94				PE1 1,10					
	2+ EH	PA2 0,66		PB2 0,69		PC2 0,92		PD2 0,91				PE2 1,09					

Mynd 2: RUG 34 flokkar

Á mynd 3 má sjá samanburð á RUG 44 flokka og 34 flokka kerfunum eftir vægi þátta. Þar sést að umfangsmikil hjúkrun er efst í 34 flokka kerfinu en sérstök endurhæfing er efst í 44 flokka kerfinu. Því má segja að 44 flokka kerfið sé meira endurhæfingarmiðað en 34 flokka kerfið, en það er einmitt ein af megin athugasemdunum varðandi 44 flokka kerfið sem fram hafa komið frá rekstraraðilum hjúkrunarheimila.

Aðferðafræði	44 flokka kerfið	34 flokka kerfið
Röðun yfirflokka (eftir þyngd)	Sérstök endurhæfing	Umfangsmikil hjúkrun
	Umfangsmikil hjúkrun	Sérstök endurhæfing
	Sérhæfð hjúkrun	Sérhæfð hjúkrun
	Flókin hjúkrun	Flókin hjúkrun
	Andleg skerðing	Andleg skerðing
	Hegðunarvandi	Hegðunarvandi
	Skert líkamleg færni	Skert líkamleg færni

Mynd 3: Samanburður á RUG 44 og RUG 34 flokkum

2.4 Vankantar við mælitækið og notkun þess

Þrátt fyrir ýmsa kosti og styrkleika InterRAI mælitækisins eru veikleikar tengdir því og notkun þess á hjúkrunarheimilum á Íslandi.

a) Rangur forgangur

Í 44 flokka kerfinu vegur hluti endurhæfingar þungt á kostnað hjúkrunar- og umönnunarþátta, sbr. mynd 1. Þó vissulega sé mikilvægt að í matinu sé horft til iðjubjálfunar og sjúkraþjálfunar þá eru íbúar á hjúkrunarheimilum

mun veikari og hrumari í dag en áður var og því mikilvægt að matið endurspegli þann veruleika.

b) Göt í mælingunni

Mælitækið hefur einnig verið gagnrýnt fyrir að meta ekki nægilega vel hjúkrunarþarfir einstaklinga sem eru vel á sig komnir líkamlega en eru t.d. með heilabilunarsjúkdóm, geðvanda eða fíknsjúkdóm og þurfa mikla þjónustu og eftirlit af hálfu starfsfólks. Þeir einstaklingar mælast með lægri RUG stuðul með InterRAI mælitækinu en hjúkrunarþörfin er í raun og veru, að mati starfsfólks hjúkrunarheimila. Slíkt getur haft áhrif á daggjöld og þar af leiðandi rekstrargrundvöll hjúkrunarheimila.

Í vinnu hópsins var t.d. skoðað dæmi um einstakling með mikla vitræna skerðingu og hegðunarröskun gagnvart öðru heimilisfólki og starfsfólki. Þar var um að ræða einstakling sem gat ekki tekið þátt í sjúkra- eða iðjubjálfun en þurfti mikla aðstoð við athafnir daglegs lífs, jafnvel tvo starfsmenn. Sú auka mönnun hefur ekkert vægi í matstækinu og því fékk viðkomandi einstaklingur RUG stuðullinn 1,12, í yfirflokknum „skert líkamleg færni“ sbr. mynd 1 hér að ofan. Mat umrædds hjúkrunarheimilis á þjónustupörf viðkomandi einstaklings var RUG stuðullinn 1,56.

c) Villur í mælitækinu

Við yfirferð RAI fagnefndar hjúkrunarheimila á InterRAI mælitækinu árin 2016/2017 komu í ljós villur í RUG stuðlum. Í fjórum flokkum (flókin hjúkrun, andleg skerðing, hegðunarvandi og skert líkamleg færni) af sjö endurspegluðu RUG stuðlarnir ekki aukna hjúkrunarþyngd samhliða aukinni umönnun og þjónustu líkt og aðrir flokkar (sérstök endurhæfing, umfangsmikil hjúkrun og sérhæfð hjúkrun) og erlendir stuðlar og tímamælingar frá 2015 sýndu. Til dæmis voru þeir sem voru með þunglyndi flokkaðir með lægri hjúkrunarþyngd en þeir sem voru ekki með þunglyndi. Vinna við að leiðrétta ofangreindar villur er þegar hafin.

d) Uppfærsla mælitækisins

Líkt og áður segir var InterRAI mælitækið síðast endurskoðað hér á landi árið 2002 í kjölfar tímamælinga á umönnun íbúa á hjúkrunarheimilum árið 2000. Lengi hefur staðið til að uppfæra í nýrri útgáfu en önnur verkefni tengd InterRAI og heilsumatsgrunninum verið í meiri forgangi.

e) Greiðslur endurspegla ekki núverandi hjúkrunarþyngd

Þá hefur verið gagnrýnt að sú hjúkrunarþyngd sem lögð er til grundvallar við útreikning á daggjöldum sé niðurstaða úr gömlu InterRAI-mati en ekki því sem liggur næst í tíma (sjá nánar kafla 5.1). Þannig miðast greiðslur til hjúkrunarheimila við veruleika sem er liðinn og endurspegla því ekki raunverulega hjúkrunarþyngd heimila hverju sinni. Í þessu samhengi hefur

verið bent á að hjúkrunarheimili eigi oft erfitt með að aðlaga mönnun að breytingum á hjúkrunarþyngd.

f) Skortur á miðlægri fræðslu og stuðningi

Notendur mælitækisins hafa bent á skort á miðlægri fræðslu og stuðningi til þeirra við notkun kerfisins. InterRAI mælitækið nýtist því misvel þar sem þekking notenda er misjöfn. Þar sem þekkingin er mest eru niðurstöður nýttar fyrir bæði notendur, íbúa og starfsmena í heild. Þar sem þekkingarstigið er lægra eru minni líkur á að starfsfólk nýti niðurstöður með markvissum hætti m.a. til að auka árangur og vera fagfólki hvatning í starfi. Þá getur þekkingarskortur auðveldlega leitt af sér ranga skráningu sem getur haft áhrif á stöðu heimilis m.t.t. tekna. Einnig er mikilvægt að miðlæg fræðsla sé til staðar svo að sameiginlegur skilningur sé á kerfinu, bæði hjá starfsmönnum hjúkrunarheimila en einnig hjá eftirliti og þjónustukaupanda, embætti landlæknis og Sjúkratryggingum.

g) Óæskilegir hvatar og tortryggni

Bent hefur verið á að greiðslutenging kerfisins geti skapað óæskilega hvata og rýrt trúverðugleika mælitækisins sem og skapað tortryggni milli þjónustuveitanda og þjónustukaupanda. Þótt mælitækið sé í grunninn gæðamatskerfi þá er það einnig grunnur að mælingu á hjúkrunarþyngd sem hefur bein áhrif á daggjöld til hjúkrunarheimila. Því er mikilvægt að sama þekking á kerfinu sé til staðar hjá þjónustukaupanda og þjónustuveitanda.

h) Tvískráning

Í ljós hefur komið að mikið er af tvískráningum milli þeirra kerfa sem hjúkrunarheimilin nota. Færa þarf upplýsingar um íbúa inn í fleiri en eitt rafrænt kerfi þar sem þær streyma ekki á milli sjúkraskrárkerfisins Sögu og InterRAI.

2.5 Tillögur vinnuhóps

Í tengslum við það sem fram hefur komið í kafla 2 er lagt til að stofnaður verði stýrihópur sem fengi það verkefni að þróa áfram notkun á núverandi matskerfi og að skipuleggja, samhliða því, prófun á öðru InterRAI matskerfi. Lagt er til að hópurinn verði skipaður fulltrúum frá hjúkrunarheimilum, heilbrigðisráðuneytinu, embætti Landlæknis, Sjúkratryggingum, SFV og Sambandi íslenskra sveitarfélaga. Verkefni stýrihópsins:

1. Ýta úr vör þróunarverkefni sem fæli í sér samstarf við þrjú til fjögur hjúkrunarheimili um að taka tímabundið upp annað InterRAI matskerfi, samhliða núverandi kerfi.
 - i. Til skoðunar væri að nota 34 flokka kerfið og mögulega uppfæra það kerfi með nýjum tímamælingum. Þá mætti skoða að notast við aðrar nýjar uppfærslur á alþjóðlega InterRAI kerfinu.

- ii. Verkefni stýrihópsins tæki tvö til þrjú ár. Vænt afurð þróunarverkefnis væri mælitæki sem mælir betur raunverulega hjúkrunarþörf íbúa á hjúkrunarheimilum.
2. Útfæra það að InterRAI matstímabil sem tengjast greiðslum daggjalda verði færð nær í tíma - sjá tillögu í kafla 5.1 hér fyrir neðan.
3. Að vinna og koma í framkvæmd skilvirkri þjálfunar- og kennsluáætlun á InterRAI mælitækin.
4. Að koma á samstarfsvettvangi notenda InterRAI mælitækjanna.

Tillögur þrjú og fjögur hér að ofan eru í samræmi við tillögur í ofangreindri skýrslu „Mat á InterRAI-mælitækjum og færni og heilsumati“ og skýrslu vinnuhóps um áframhaldandi vinnu í kjölfar úttektar KPMG, [InterRAI-mælitækin og færni- og heilsumat](#), dags. maí 2019.

3. Gæðavísar

Gæðavísar eru tölulegir mælikvarðar sem gefa vísbendingar um gæði og öryggi þeirrar heilbrigðisþjónustu sem verið er að veita. Markmið gæðavísa er að fylgjast með gæðum og öryggi þjónustunnar og stuðla að því að þessir þættir séu sýnilegir þannig að hægt sé að meta þjónustuna. Landlæknir hefur sett fram [Áætlun um gæðabróun í heilbrigðisþjónustu 2019-2030](#) samkvæmt 11. gr. laga um landlækni og lýðheilsu nr. 41/2007 og heilbrigðisráðherra staðfesti í desember 2018. Áætluninni er ætlað að vera leiðsögn til þeirra sem veita heilbrigðisþjónustu um hvaða kröfur eru gerðar til þeirra og hvernig þau geta uppfyllt þær kröfur. Gæðavísar eru einn af lykilþáttum áætlunarinnar.

Gæðavísa er hægt að nota til að meta hvort gæði og öryggi þjónustunnar sé í samræmi við viðurkennda faglega staðla og viðmið. Auk þess stuðla gæðavísar að aukinni gæðavitund og umbótum innan heilbrigðiskerfisins. Við val á gæðavísnum þarf að hafa í huga að þeir tengist ferlum (e. processes), skipulagi (e. structure) eða árangri (e. outcome) og falli undir einhvern af meginþáttum gæða í heilbrigðisþjónustu s.s. öryggi, rétta tímasetningu þjónustu, skilvirka þjónustu, jafnræði eða notendamiðaða þjónustu. Eins þurfa gæðavísar að vera mælanlegir, gefa upplýsingar um heilbrigðisþjónustu, sjúkdóma eða líðan. Þeir þurfa að hafa möguleika á því að leiða til umbóta og vera samanburðahæfir t.d. á milli stofnana.

Árið 2010 voru sett íslensk gæðaviðmið fyrir interRAI gæðavísa á hjúkrunarheimilum. Þessi viðmið eru stöðluð og taka mið af aðstæðum á Íslandi og byggja á vísindalegri þekkingu. Dæmi um gæðavísa eru algengi byltna, þunglyndiseinkenna, þvagfærasýkinga, þyngdartaps og þrýstingssára. Íbúar á hjúkrunarheimilum eru metnir tvisvar til þrisvar á ári með interRAI matstækinu og í kjölfarið eru reiknaðir út gæðavísar samkvæmt skilgreiningum. Embætti landlæknis í samvinnu við hagaðila hefur hannað [gagnvirkt mælaborð með niðurstöðum interRAI gæðavísa](#). Markmið með birtingu mælaborðsins er að gera niðurstöður gæðavísanna sýnilegar þannig að notendur heilbrigðisþjónustunnar, stjórnvöld, stjórnendur heilbrigðisstofnana og heilbrigðisstarfsmenn geti metið gæði þjónustunnar og tekið ákvarðanir til umbóta á faglegum og upplýstum grundvelli.

Vinnuhópurinn ræddi ýmsar hugmyndir varðandi möguleika á að tengja niðurstöður gæðavísa við greiðslur til hjúkrunarheimila en telur það ekki vera ákjósanlega leið a.m.k. að svo stöddu. Þeir gæðavísar sem byggja á InterRAI mælitækinu og eru birtir í mælaborði embættis landlæknis eru flestir svonefndir árangursgæðavísar og vinna þarf áfram að því að skilgreina gæðavísa sem tengjast ferlum og skipulagi til að fá betri heildarmynd. Við mat á niðurstöðum gæðavísa er einnig nauðsynlegt að taka mið af stærð hjúkrunarheimila sem er mjög mismunandi. Á fámönnum hjúkrunarheimilum getur niðurstaða hjá fáum íbúum orðið til þess að gæðavísir uppfylli ekki viðmið t.d. þarf mun færri byltur til að gæðavísir komi verr út á heimili með innan við

20 íbúa en á heimili með 100 íbúa. Að mati vinnuhópsins er því varhugavert að tengja niðurstöður gæðavísa InterRAI kerfisins við greiðslur, þar sem það gæti dregið úr möguleikum hjúkrunarheimilis á að efla umbótastarf og auka þannig gæði og öryggi þjónustunnar.

3.1 Tillögur vinnuhóps

Tillaga vinnuhópsins er að tengja ekki gæðavísa InterRAI kerfisins við greiðslur. Að mati vinnuhópsins væri hins vegar vert að skoða hvernig byggja megi inn hvata sem stuðla að samvinnu hjúkrunarheimilanna í umbótastarfi og að hjúkrunarheimilin leggi meiri áherslu á að vinna sameiginlega gæðahandbók og innleiða gagnreynda samræmda verkferla t.d. er varðar líknarþjónustu, byltuvarnir og fleira.

4. Greiðslukerfi hjúkrunarheimila erlendis

Vinnuhópurinn lagði upp í skoðun á greiðslukerfum hjúkrunarheimila erlendis. Var þar lögð sérstök áhersla á þau lönd sem notast við svipuð kerfi og á Íslandi, svo og þau lönd sem iðulega eru notuð í samanburði við heilbrigðiskerfið hér á landi. Þannig var áhersla lögð á að skoða kosti og galla greiðslukerfa hjúkrunarheimila á norðurlöndunum (sérlega Finnlandi), Bandaríkjunum, Kanada og Englandi.

Mat vinnuhópsins er að yfirferð þessi hafi verið gagnleg en ekkert þar hafi komið fram sem yfirfæra megi á íslenskar aðstæður að óbreyttu. Ef lagt verður upp í framtíðarvinnu byggða á niðurstöðum þessa vinnuhóps leggur hópurinn til að áfram verði horft til þróunar erlendis og samstarfs við viðeigandi erlenda sérfræðinga, stjórnvöld og þjónustuveitendur.

5. Greiðslukerfi hjúkrunarheimila með samning við Sjúkratryggingar

Í samningum Sjúkratrygginga við hjúkrunarheimilin koma fram gjaldaliðir sem greitt er samkvæmt. Bakvið hvern gjaldalið er ákveðinn einingarfjöldi. Greiðsla fyrir hvert hjúkrunarrými/dvalarrými byggist á ákveðnum tegundum og fjölda gjaldaliða, sjá mynd 4.

Nr	Gjaldaliður	Einingar
1	Dvalarkostnaður í hjúkrunar- og dvalarrými	126,36
2	Grunnheilbrigðisþjónusta í hjúkrunar- og dvalarrými	10,86
3	Hjúkrunarþjónusta (RUG 1,00) í hjúkrunarrými	126,35
4	Húsnæðisgjald (hámarksgjald)	20,56
5	Komugjald í dvalarrými	137,22
6	Komugjald í hjúkrunarrými (RUG 1,00)	263,57
7	Blóðskilun	18,47
9	Smæðarálag	
10	Álag vegna sérhæfðrar þjónustu	
11	RAI-mat (C-tímabil) pr. rými	41,32

Mynd 4: Gjaldaliðir samninga

Einingarverð hvers árs/tímabils er margfaldað með einingum til að finna út greiðslu fyrir hvern gjaldalið og þannig daggjald fyrir hverja tegund rýma. Til nánari útskýringa er vísað í óútgefna áfangaskýrslu vinnuhópsins frá desember 2022, kafla 5a. og 5c., sbr. fylgiskjal 1.

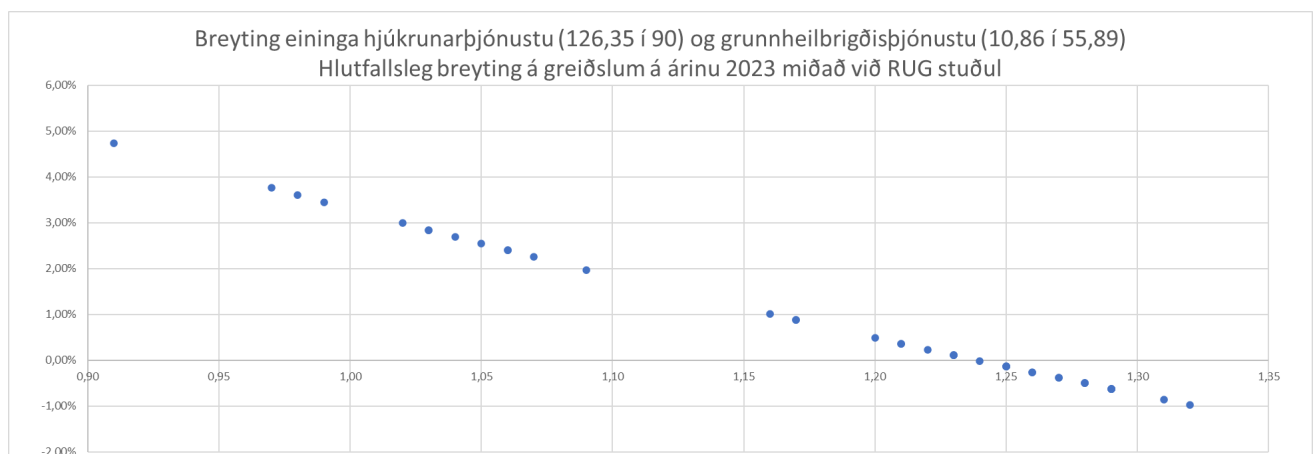
5.1 RUG tímabil tengt greiðslum

Hluti greiðslna vegna hjúkrunarrýma hjá heimilum með samning við Sjúkratryggingar eru tengdar við RUG stuðul viðkomandi heimilis (sbr. mynd 4, gjaldaliður nr. 3, hjúkrunarþjónusta í hjúkrunarrými). Íbúar í varanlegum hjúkrunarrýmum eru metnir samkvæmt InterRAI mælitækini og það mat leiðir af sér RUG stuðul viðkomandi heimilis. InterRAI mats tímabilin eru þrjú, júní til október (A tímabil), nóvember til febrúar (B tímabil) og mars til maí (C tímabil). Hver íbúi er metinn a.m.k. einu sinni á hverju tímabili að undanskyldu C tímabili sem er valkvætt. RUG stuðull fyrir komandi ár er tekinn út í Heilsumatskerfi Klappa einu sinni á ári. Fyrir árið 2023 er það tímabilið frá júní 2021-maí 2022 (heilt ár, þrjú tímabil). Það líður því töluverður tími þangað til hjúkrunarþyngd heimilis hefur áhrif á greiðslur daggjalda til viðkomandi heimilis. Meðal annars vegna þessa veigra rekstraraðilar sér við að taka inn einstaklinga sem þurfa umfangsmikla og flókna hjúkrun þar sem greiðslur endurspeglu ekki þjónustuþörfina fyrr en löngu seinna. Erfitt er að auka faglega mönnun eða bæta við umönnunarklukkustundum í samræmi við aukna þjónustuþörf ef fjármagn fylgir ekki. Forsvarsmenn heimilanna hafa gagnrýnt þetta og óskað

eftir að skoða möguleikann á að færa tengingu RUG stuðuls við greiðslur nær í tíma (sjá einnig í kafla 2.4). Ástæða þess að greiðslur daggjalda eru tengdar við RUG stuðla svona langt aftur í tímann er sú að upplýsingar vegna fjárlagavinnu hvers árs þurfa að liggja fyrir að vori árið fyrir gildandi fjárlög.

5.2 Gjaldaliðir – breyting á vægi

Gjaldaliðir samninga við hjúkrunarheimilin, sbr. mynd 4, hafa mis mikið vægi í daggjaldi heimilanna. Vinnuhópurinn skoðaði það að minnka vægi gjaldaliðs 3, hjúkrunarþjónusta sem tengist RUG stuðli viðkomandi heimilis og auka vægi gjaldaliðs 2, grunnheilbrigðisþjónusta sem tengist ekki RUG stuðli og breytist því eingöngu í takt við þróun einingarverðs. Með því myndu meðal annars ófyrirséðar sveiflur í greiðslum ríkisins til heimilanna minnka. Við útreikninga kom í ljós að skipting á greiðslum til heimilanna riðlast þar sem miðað var við sama fjármagn og er til skiptanna dag. Fjármagn færðist á milli heimila þannig að heimili með hærri RUG stuðul fengu hlutfallslega minna en áður og færðist það fjármagn yfir á heimili með lægri RUG stuðul, sjá mynd 5. Á myndinni má sjá að skurðpunkturinn miðast við RUG 1,23 þ.e. greiðslur til heimila með RUG \geq 1,23 skerðast á meðan greiðslur til heimila með RUG \leq 1,23 aukast. Þar sem heimili með færri rými eru í mörgum tilfellum með lægri RUG stuðul þá hækkuðu greiðslur til minni heimila á meðan greiðslur til stærri heimila lækkuðu.



Mynd 5: Tilfærsla eininga milli gjaldaliða

Tilfærslan myndi kosta aukið fjármagn í upphafi þar sem greiðslur fyrir dvalarrými myndu hækka þar sem útfærslan byggir á fjölgun eininga í gjaldalið 2, grunnheilbrigðisþjónustu. Komið hefur fram að margir íbúar í dvalarrýmum eru komnir með færni- og heilsumat í hjúkrunarrými og einnig fer dvalarrýmum hratt fækkandi. Í staðinn kæmi meiri stöðugleika á fjárframlag ríkisins til heimilanna þegar fram í sækir og fámennari hjúkrunarheimili sem oftast en ekki eru með lægri RUG stuðul yrðu betur sett.

5.3 Kostnaðarþátttaka íbúa

Umræða um breytingar á fyrirkomulagi kostnaðarþátttöku/dvalargjaldi íbúa á dvalar- og hjúkrunarheimilum hefur lengi verið í gangi og hafa bæði samtök aldraðra og forsvarsmenn hjúkrunarheimila óskað eftir að þetta ferli verði endurskoðað. Einnig hefur breytt fyrirkomulag verið ofarlega á lista í samningviðræðum Sjúkratrygginga við hjúkrunarheimilin (sbr. áfangaskýrslu vinnuhópsins, kafla 5b).

Vinnuhópurinn skoðaði þróun kostnaðarþátttöku íbúa á hjúkrunarheimilum árin 2017-2021, sbr. mynd 6. Gögnin byggja á heimilum sem voru með samning um rekstur og þjónustu við Sjúkratryggingar þessi ár.

Ár	2017	2018	2019	2020	2021	Samtals
1. Uppgjör kr. (greiðslur með dvalargjaldi)	27.376.300.127	29.309.558.821	31.145.975.633	34.906.004.946	38.991.917.420	161.729.756.947
2. Fjöldi einstaklinga (bakvið uppgjör)	4.130	4.161	4.162	4.082	4.300	20.835
3. Kostnaðarþátttaka/dvalargjald	1.510.320.717	1.720.460.700	1.939.593.086	2.168.194.186	2.304.719.450	9.643.288.139
4. Fjöldi sem greiðir dvalargjald	1.692	1.749	1.868	1.944	2.064	9.317
5. Hlutfall sem greiðir dvalargjald	41%	42%	45%	48%	48%	45%
6. Meðaldvalargjald þeirra sem greiða	892.625	983.683	1.038.326	1.115.326	1.116.628	1.035.021
7. Hlutfall dvalargj./uppgjör (með dvalargj.)	5,5%	5,9%	6,2%	6,2%	5,9%	6,0%

Mynd 6: Þróun kostnaðarþátttöku

Við greiningu gagnanna kom m.a. fram:

- Fjöldi einstaklinga/íbúa sem greiða dvalargjald eykst. Árið 2020 fóru þrjú heimili á föst fjárlög svo heildarfjöldi íbúa bakvið samningana minnkaði en þrátt fyrir það fjölgaði þeim sem greiða dvalargjald.
- Heildar upphæðir dvalargjalds aukast í samræmi við aukinn fjölda íbúa sem greiða dvalargjald.
- Upphæð dvalargjalds íbúa fer hækkandi.
- Hlutfall dvalargjalds af uppgjóri (greiðslu til heimilanna) hækkar en lækkar árið 2021. Helsta skýringin er sú að aukið fjármagn var lagt til hjúkrunarheimila í fjárlögum þess árs, annars vegar 800 m.kr. vegna styttingar vinnuviku og 1.000 m.kr. til að styrkja rekstrargrunn heimilanna.

Af þessu má leiða líkur að því að hluti ríkisins í daggjaldagreiðslum til heimilanna minnki á móti fjölgun íbúa sem greiða dvalargjald.

Árið 2016 skipaði félags- og húsnæðismálaráðherra starfshóp sem falið var að útfæra og koma á tilraunaverkefni í samvinnu við eitt eða fleiri hjúkrunarheimili um nýtt fyrirkomulag um greiðsluþátttöku íbúa á dvalar- og hjúkrunarheimilum. Eftir viðræður við mögulega þátttakendur í tilraunaverkefninu kom í ljós að ýmsar forsendur skorti fyrir því að framkvæma tilraunaverkefnið eins og til stóð.

Því var ákveðið að breyta nálgun verkefnisins og miða að því að koma með tillögu að breyttu greiðslufyrirkomulagi með það að leiðarljósi að gera íbúum dvalar- og hjúkrunarheimila kleift að halda sjálfræði og fjárhagslegu sjálfstæði. Starfshópurinn skilaði skýrslu, „Skýrsla starfshóps velferðarráðuneytisins um breytt greiðslufyrirkomulag íbúa á dvalar- og hjúkrunarheimilum“ þann 13. mars 2019 (óbirt skýrsla).

Tillaga sem starfshópurinn setti fram var að íbúar á dvalar- og hjúkrunarheimilum greiði gjald fyrir almennan heimiliskostnað s.s. húsnæði, fæði og þrif. Miðað var við að íbúarnir héldu ellilífeyri og öðrum greiðslum frá TR, lífeyrisgreiðslum, fjármagnstekjum og eftir atvikum öðrum tekjum. Þessar tekjur yrðu grunnur að greiðslum íbúans samkvæmt samningi við það hjúkrunarheimili sem hann byggði á. Ríkið myndi greiða fyrir heilbrigðisþjónustu og viðbótargreiðslu til þeirra einstaklinga sem hefðu ekki nægar tekjur til að greiða fyrir almennan heimiliskostnað.

Eins og fram kemur hér að ofan hafa forsvarsmenn hjúkrunarheimila bent á að gera þurfti breytingar á því fyrirkomulag sem er í kringum innheimtu á kostnaðarþátttöku íbúa á hjúkrunarheimilum. Í grunninn byggist það á því að hjúkrunarheimili fá útreikning á því hvað eigi að innheimta hjá hverjum einstaklingi og sjá svo um innheimtu. Hjúkrunarheimilin hafa bent á að það sé ekki hluti af þeirra grunnhlutverki eða þekkingu að sjá um innheimtu, sem oft getur falið í sér t.d. að sækja í dánarbú og fleira. Þá geta orðið afföll af þessum greiðslum sem hjúkrunarheimilin taka á sig í formi minni tekna, sem þeim er ekki bætt úr ríkissjóði.

5.4 Kostnaðarútlagar

Í áfangaskýrslu vinnuhópsins frá desember 2022 var ekki fjallað um kostnaðarútlaga en vinnuhópurinn ákvað að taka þá fyrir í þessari lokaskýrslu vegna annmarka við úthlutun úr kostnaðarútlagasjóðnum í samræmi við samninga við hjúkrunarheimilin sem skrifað var undir í mars 2022.

5.4.1 Skilgreining á kostnaðarútlaga

Útlaga má skilgreina sem „Öfgagildi (e. outlier), mæligildi sem er mjög óvenjulegt í samanburði við önnur mæligildi í sama gagnasafni og ástæður fyrir öfgagildum eru ekki alltaf þær sömu“. Í samningum Sjúkratrygginga við hjúkrunarheimilin er kostnaðarútlagi skilgreindur sem „...kostnaður, fyrir tiltekinn íbúa hjúkrunarheimilis, sem þarfnast sérhæfðrar og óvenju kostnaðarsamrar heilbrigðisþjónustu, sjúkraflugs og/eða lyfjameðferðar, borið saman við þjónustu við aðra íbúa.“

5.4.2 Kostnaðarútlagasjóður

Kostnaðarútlagasjóður er sjóður sem hjúkrunarheimilin geta sótt um greiðslur í vegna kostnaðar við þjónustu tiltekinna íbúa, kostnaðarútlaga. Sjóðurinn hefur verið til frá upphafi samninga við hjúkrunarheimilin árið 2016. Forsendur, framkvæmd og umsóknareyðublað var endurskoðað í samningum við

hjúkrunarheimilin árið 2019 og aftur í framlengingu samninga í mars 2022. Sjóðurinn hefur úr takmörkuðu fjármagni að spila og er fyrir utan aðrar greiðslur til hjúkrunarheimila. Hann tekur nú til kostnaðar vegna hvers og eins einstaklings í eftirfarandi liðum, A-D:

A. Einstaklingsbundnar sérstakar aðstæður

Komi til þess að þörf sé á sérstökum búnaði eða auka mönnun, til lengri tíma vegna umönnunar tiltekins íbúa. Hér er átt við einstaklinga sem eru t.d. bundnir öndunarvél (m. tracheostómíu), hafa þörf á mikilli umönnun vegna lömunar eða mænuskaða.

Hægt er að sækja sérstaklega um greiðslur vegna ofangreinds úr kostnaðarútlagasjóði. Kostnaðaráætlun þarf að liggja til grundvallar í upphafi. Umsókn skal taka til afgreiðslu innan 5 virkra daga frá því kostnaðaráætlun berst Sjúkratryggingum. Þá er hægt að endurskoða kostnaðaráætlun ef ástand eða aðstæður breytast.

B. Sjúkraflug

Tekið er tillit til 80% af reikningi vegna sjúkraflugs.

C. Ýmis þjónusta (raðað eftir vægi)

1. Uppsafnað vegna lyfseðilsskyldra lyfja sem almennt eru með greiðsluþátttöku hins opinbera. Umsókninni þarf að fylgja staðfesting á heildarkostnaði allra lyfseðilsskyldra lyfja yfir árið.
2. Tímabundin tilvik m.a. vegna aukinnar gæslu eða annarra sérstakra aðstæðna vegna breytinga á heilsufari. Miðað er við tilvik þegar ástand hefur varað samfellt í viku eða lengur.
3. Sondunæring. Miðað skal við frádrátt á fæðiskostnaði vegna kostnaðar við sondunæringu og fylgihluti. Frádrátturinn skal nema 45% af kostnaði við sondunæringu ásamt fylgihlutum.
Dæmi: Ef mánaðarlegur reikningur vegna sondunæringar ásamt fylgihlutum er 120 þús. kr. skal draga 54 þús. (45%) kr. frá vegna fæðiskostnaðar sem ekki fellur til.
4. Uppsafnað vegna blóðgjafa.
5. Uppsafnað vegna sárasogsmeðferðar/sérhæfðra sáraumbúða vegna langvinnra sára.
6. Koma án innlagnar á sjúkrahús eða læknastofu.
7. Uppsafnað vegna talþjálfunar.

Tekið er tillit til kostnaðar vegna einstaklings, umfram kr. 300.000,- á almanaksári. Ekki er heimilt að leggja saman kostnað vegna ofangreindra liða.

D. Vangoldin kostnaðarhlutdeild íbúa við andlát og/eða búskipti t.d. gjaldþrots

Sækja má um í útlagasjóð vegna afskrifta sem til koma þegar ekki tekst að innheimta kostnaðarhlutdeild/kostnaðarþátttöku heimilismanna. Greitt er að hámarki 50% af afskrifaðri kostnaðarhlutdeild heimilismanns. Leggja þarf fram viðeigandi gögn þessu til staðfestingar.

Upphæð kostnaðarútlagasjóðs er ákveðin í fjárlögum hvers árs sem þýðir að ef samanlögð fjárhæð umsókna er hærrí en það sem er til umráða í sjóðnum er forgangsraðað með þeim hætti að A liður gengur fyrir, síðan B, þá C og loks D liður. Jafnframt ef umsóknir innan síðasta liðar sem kemur til afgreiðslu eru umfram þá upphæð sem eftir er til úthlutunar úr sjóðnum þarf að úthluta hlutfallslega.

5.4.3 Gagnaöflun um kostnaðarútlaga

Þar sem fjöldi og þarfir einstaklinga sem falla undir kostnaðarútlaga var mjög á reiki ákvað vinnuhópurinn að senda spurningar á rekstraraðila hjúkrunarheimila með samning við Sjúkratryggingar til að fá betri yfirsýn yfir stöðuna.

Spurningarnar sem rekstraraðilar fengu voru:

1. *Hvað er heimilið með heimild fyrir mörg almenn hjúkrunarrými?*
2. *Telur þú að einhver af íbúum í almennu hjúkrunarrými flokkist sem kostnaðarútlagi?*
 - a. *Ef já – hversu margir?*
 - b. *Ef já - hvað gerir viðkomandi íbúa að kostnaðarútlaga (vinsamlegast rökstyðjið)?*

Spurningarnar voru sendar út í byrjun maí 2023 og bárust svör frá 30 heimilum af þeim 45 sem fengu spurningarnar sendar (67% svörun). 23 rekstraraðilar af 30 sögðust vera með einstakling/einstaklinga á heimilinu sem flokkuðust sem kostnaðarútlagar (77%). Sjö rekstraraðilar sögðu að enginn íbúi á þeirra heimilið flokkaðist sem kostnaðarútlagi (23%). Fjöldi hjúkrunarrýma á þessum tíma sem tilheyrðu heimilunum sem svöruðu voru 2.139 en heildarfjöldi hjúkrunarrýma á öllum 45 heimilunum var 2.284 (þ.a.l. svörun fyrir um 94% hjúkrunarrýma).

Fjöldi kostnaðarútlaga á viðkomandi 23 heimilum voru 163 einstaklingar sem eru 7,62% af heildarfjölda hjúkrunarrýma á viðkomandi heimilum. Hlutfall kostnaðarútlaga á milli heimila var mjög misjafnt eða frá 1,25% til 36,36% af fjölda hjúkrunarrýma á viðkomandi heimilum. Þar sem fjöldi rýma á þeim heimilum sem svöruðu voru allt frá 11 til 199 hjúkrunarrými þá skýrir það að stórum hluta þennan mikla mun.

Ástæður þess að íbúar flokkast sem kostnaðarútlagar eru fjölmargar. Langflestar þeirra falla undir núverandi fyrirkomulag sjóðsins og er lyfjakostnaður (C1) og kostnaður vegna einstaklingsbundinna sérstakra aðstæðna (A) stærstu kostnaðarliðirnir.

5.4.4 Úthlutun úr kostnaðarútlagasjóði

Ferlið við úthlutun úr kostnaðarútlagasjóðnum hefur frá upphafi verið flókið í framkvæmd bæði fyrir rekstraraðila hjúkrunarheimila og Sjúkratryggingar. Hvað á að falla undir sjóðinn og ferli við úthlutun hefur verið til umræðu í samstarfsnefnd hjúkrunarheimila frá upphafi án þess að farsæl lausn hafi fundist sem allir eru sáttir við og geta unnið eftir. Samstarfsnefnd hjúkrunarheimila samanstendur af fulltrúum frá Sjúkratryggingum, SFV og Sambandi íslenskra sveitarfélaga. Það hefur meðal annars reynst hjúkrunarheimilunum erfitt og tímafrekt að taka saman þau gögn sem þarf til að skila inn með umsókn þar sem gögn þurfa að vera niður á einstaklinga með tilheyrandi aðgreiningu úr bókhaldi. Nokkuð ósamræmi hefur verið á milli innsendra gagna frá hjúkrunarheimilum sem hefur gert Sjúkratryggingum erfitt fyrir við úthlutun með tilliti til mats á umsóknum, gagnsæis og að gæta samræmis milli hjúkrunarheimila.

Í framlengingu samninga við hjúkrunarheimilin árið 2022 var reglum við úthlutun breytt og nýir liðir, A, C-2 og D, komu inn (sjá kafla 5.4.2). Í upphafi árs 2023 fóru umsóknir í A lið að berast og kom í ljós að samantögd upphæð þeirra var hærrí en heildarfjárhæð sem var til ráðstöfunar úr sjóðnum fyrir árið 2023. Þessar umsóknir hafa verið til umfjöllunar í samstarfsnefnd hjúkrunarheimila og ekki komin niðurstaða í framkvæmd úthlutunar.

Ákvarðanir um fjárveitingar til hjúkrunarheimila vegna kostnaðarþyngsta heimilisfólksins fela eðli málsins samkvæmt í sér að verið er að taka ákvarðanir um magn og gæði heilbrigðisþjónustu. Það er mat hópsins að mikilvægt sé að slíkar ákvarðanir séu gagnsæjar og komið sé í veg fyrir að úthlutun úr kostnaðarútlagasjóðnum leiði til mismununar og ófullnægjandi heilbrigðisþjónustu. Því þarf að endurskoða ferlið enn á ný svo hægt verði að afgreiða umsóknir á sanngjarnan og gagnsæjan hátt.

5.5 Tillögur vinnuhóps

Tillaga vinnuhópsins tengt kafla 5.1 um RUG tímabil tengt greiðslum er að færa tengingu RUG stuðla við daggjaldgreiðslur til heimilanna nær í tíma. Tvær útfærslur eru mögulegar:

1. Miða við B-A (B, C, A) tímabil sem endar í lok október árið áður en nýr RUG stuðull tekur gildi. Hér væri hægt að skoða tímabilin A-C fyrir fjárlög næsta árs til að áætla breytingar tengt aukinni hjúkrunarþyngd, en taka síðan mið af B-A í tengslum við daggjald næsta árs.
2. Hafa eitt tímabil undir á hverjum tíma, t.d. láta RUG stuðul A tímabils taka gildi einum mánuði eftir að tímabilinu líkur. Þá myndi stuðullinn breytast þrisvar á ári og endurspegla nokkurn veginn hjúkrunarþyngd heimilislins á þeim tíma sem greiðslurnar fara fram.

Vinnuhópurinn leggur til að farin verið leið tvö. Við þá breytingu yrði InterRAI mat á C-tímabili ekki lengur valkvætt og greiðslur Sjúkratrygginga, gjaldaliður nr. 11 tengt InterRAI mati á C-tímabili, þ.a.l. falla niður. Með þessari breytingu

myndi hjúkrunarþvingd mögulega aukast með auknum útgjöldum sem áætla þyrfti fyrir í fjárlögum hvers árs.

Tengt kafla 5.2 um gjaldaliði þ.e. hugmynd um breytingu á vægi eininga, leggur vinnuhópurinn til að verði tekin inní komandi samningaviðræður við hjúkrunarheimilin.

Tillaga vinnuhópsins tengt kafla 5.3 um kostnaðarþátttöku íbúa er að unnið verði áfram með niðurstöður og tillögur starfshóps velferðarráðuneytisins um breytt greiðslufyrirkomulag íbúa á dvalar- og hjúkrunarheimilum, sbr. skýrslu dags. 13. mars 2019 með það að markmiði að koma þeim í framkvæmd. Ef núverandi fyrirkomulag um innheimtu kostnaðarþátttöku íbúa hjúkrunarheimila verður áfram við líði er lagt til að viðeigandi ríkisstofnun, t.d. Tryggingastofnun ríkisins eða Fjársýslu ríkisins verði falin innheimtan í stað hjúkrunarheimilanna.

Vinnuhópurinn bendir einnig á að í samræmi við minnisblað sem fór fyrir ríkisstjórn í janúar 2023 var skipaður starfshópur með fulltrúum frá fjármála- og efnahagsráðuneytinu og heilbrigðisráðuneytinu. Hópurinn fékk það verkefni að vinna að sameiginlegri útfærslu á breyttu fyrirkomulagi fasteignamála hjúkrunarheimila ásamt því að útbúa fjárhagsgreiningu og tillögur til lagabreytinga. Starfshópurinn hefur skilað skýrslu til viðkomandi ráðherra.

Tillögur vinnuhópsins tengdar kafla 5.4 er að gera breytingar á fyrirkomulagi greiðslna til hjúkrunarheimila vegna íbúa sem flokkast sem kostnaðarútlagar. Þær breytingar fela í sér að A og C2 hluti kostnaðarútlagasjóðs í núverandi mynd verði lagður niður. Í stað þeirra kemur óháð nefnd sem tekur við umsóknum um greiðslur vegna kostnaðarútlaga í rauntíma (þ.e. þegar kostnaður liggur fyrir). Umsóknir yrðu metnar faglega af nefndinni, tekin afstaða til þeirra innan ákveðins tímaramma og hversu miklu auka fjármagni yrði úthlutað. Ef til dæmis umsókn snýst um auka mönnun, þá skoðar nefndin forsendur þeirrar umsóknar og úrskurðar um hversu mikla auka mönnun þarf og þá hvaða fjármagn þarf til. Munurinn á nýju fyrirkomulagi og því sem unnið hefur verið eftir er að í stað sjóðs kæmi ferli þar sem sótt er um fjármagn/mönnun í rauntíma til að tryggja fullnægjandi umönnun heilbrigðisþjónustu. Nýja fyrirkomulagið myndi fela í sér óvissu um nákvæma upphæð og því þyrfti að gera áætlun fyrir fjárlög hvers árs.

Vinnuhópurinn leggur einnig til að einstaklingar haldi réttindum sínum til Sjúkratrygginga þegar þeir flytjast inn á hjúkrunarheimili. Það myndi fela í sér að lyfjakostnaður og ýmis annar kostnaður yrði ekki greiddur af hjúkrunarheimilum og myndi þá ekki heldur koma inn í nýtt ferli í stað útlagasjóðs eins og fjallað er um hér að ofan. Með þessari breytingu myndu flestir flokkar skv. núverandi fyrirkomulagi falla niður. Útfærsla á þessari breytingu og undirbúningur vegna mögulegra breytinga sem gera þarf á lögum vegna þessa yrði unnin af heilbrigðisráðuneytinu og Sjúkratryggingum og samráð haft við SFV og Samband íslenskra sveitarfélaga.

6. Samantekt

Megin verkefni vinnuhópsins var að leggja mat á kosti og galla núverandi mats- og greiðslukerfi sem mælir hjúkrunarþyngd og liggur til grundvallar greiðslum til hjúkrunarheimila og gera tillögur til úrbóta ef hópurinn teldi þörf á. Greining vinnuhópsins leiddi í ljós að þó ýmsir kostir séu við núverandi mats- og greiðslukerfi, þ.e. að byggja greiðslur á mati á þjónustupörf þeirra einstaklinga sem búa á hverju heimili, eru vankantar á mælitækinu, sem liggur að baki mats- og greiðslukerfinu, og við notkun þess. Einnig hafa komið fram villur í mælitækinu en unnið er að lagfæringu þeirra. Vankantarnir felast einkum í því að núverandi matskerfi leggur áherslu á endurhæfingu fremur en hjúkrun, sem þó er viðamesti þjónustupátturinn innan hjúkrunarheimila. Því leggur vinnuhópurinn m.a. til að í stað 44 flokka RUG matskerfisins sem nú er notað á flestum hjúkrunarheimilum, verði 34 flokka matskerfi keyrt sem tilraunaverkefni á þremur til fjórum hjúkrunarheimilum í samanburðarskyni. Ákvarðanir um breytingar á matskerfi verði teknar á grundvelli þess samanburðar. Einnig telur vinnuhópurinn mikilvægt að bæta fræðslu og þjálfun tengt notkun kerfisins og koma á samstarfsvettvangi notenda. Samkvæmt 2. gr. reglugerðar 544/2008 á heilbrigðisráðherra að skipa sérstaka RAI-matsnefnd sem á að hafa umsjón með RAI-mati og notkun þess á hjúkrunarheimilum. Matsnefndin hefur hins vegar ekki starfað um þó nokkra hríð.

Í ljósi þess hversu meðal dvalartími íbúa hjúkrunarheimila hefur styst á síðustu árum, telur vinnuhópurinn mikilvægt að matstímabil sem tengjast greiðslum daggjalda verði færð nær í tíma. Nú byggjast greiðslur á mati á þjónustupörf íbúa allt að einu og hálfu ári aftur í tímann. Það leiðir til þess að greiðslurnar miðast ekki við þjónustupörf þeirra íbúa sem búa á heimilum þegar greiðslur fara fram. Vinnuhópurinn leggur því til að RUG stuðull samkvæmt InterRAI mati verði uppfærður í greiðslukerfum Sjúkratrygginga mánuði eftir að hverju matstímabili lýkur. Greiðslur daggjalda byggjast þá á mati á þjónustupörf íbúa á viðkomandi hjúkrunarheimili nánast í rauntíma.

Vinnuhópurinn skoðaði hvort tengja eigi gæðavísa InterRAI kerfisins við greiðslur en komst að þeirri niðurstöðu að það væri ekki æskilegt þar sem flestir þeirra eru árangursgæðavísar. Að mati vinnuhópsins væri hins vegar vert að skoða hvernig byggja megi inn hvata sem stuðla að samvinnu hjúkrunarheimilanna í umbótastarfi og að hjúkrunarheimilin leggi meiri áherslu á að vinna sameiginlega t.d. gæðahandbók og innleiða gagnreynda samræmda verkferla s.s. er varðar líknarþjónustu, byltuvarnir og fleira.

Ljóst er að á næstu árum mun þeim íbúum hjúkrunarheimila fjölga sem hafa greitt alla starfsævina í lífeyrissjóð og muni því að óbreyttu greiða vaxandi hluta dvalargjalda. Starfshópurinn tekur undir þær tillögur sem settar eru fram í Skýrslu starfshóps velferðarráðuneytisins um breytt greiðslufyrirkomulag íbúa á dvalar- og hjúkrunarheimilum frá 2019 (sbr. kafla 5.3), þar sem gert er ráð fyrir að íbúar á dvalar- og hjúkrunarheimilum greiði gjald fyrir almennan

heimiliskostnað s.s. húsnæði, fæði og þrif. Þá er gert ráð fyrir að íbúarnir haldi ellilífeyri og öðrum greiðslum frá TR, lífeyrisgreiðslum, fjármagnstekjum og eftir atvikum öðrum tekjum. Þessar tekjur yrðu grunnur að greiðslum íbúans samkvæmt samningi við það hjúkrunarheimili sem hann byggir á. Ríkið myndi greiða fyrir heilbrigðisþjónustu og viðbótargreiðslu til þeirra einstaklinga sem hefðu ekki nægar tekjur til að greiða fyrir almennan heimiliskostnað.

Vinnuhópurinn leggur einnig til að gera breytingu á framkvæmd greiðslna tengt kostnaðarútlögum. Þær breytingar fela í sér að A og C2 liðir kostnaðarútlagasjóðs í núverandi mynd verði lagðir niður og stofnuð verði óháð nefnd sem tekur við umsóknum í rauntíma. Jafnframt leggur vinnuhópurinn til að einstaklingar haldi réttindum sínum til sjúkratrygginga þegar þeir flytjast inn á hjúkrunarheimili. Það myndi leiða til þess að lyfjakostnaður og ýmis annar kostnaður yrði ekki greiddur af hjúkrunarheimilum og því myndu flestir aðrir liðir skv. núverandi fyrirkomulagi kostnaðarútlagasjóðs falla niður. Undirbúningur vegna mögulegra breytinga sem gera þarf á lögum vegna þessa yrði unnin af heilbrigðisráðuneytinu og Sjúkratryggingum og samráð haft við SFV og Samband íslenskra sveitarfélaga.

Fjöldi rýma á hjúkrunarheimilum er afar misjafn, eða allt frá átta rýmum í 199 rými. Fámennu heimilin eru langflest í dreifbýli og því mikilvægur þáttur í heilbrigðisþjónustu svæðisins. Ef framangreindar tillögur um uppfærslu/breytingu á InterRAI matskerfi, breytt greiðslutímabil og breytingar á greiðsluþátttöku og sjúkratryggingarstöðu íbúanna ná fram að ganga myndi það bæta rekstrargrundvöll hjúkrunarheimila, ekki síst fámennari heimila.

7. Fylgiskjal 1

Endurskoðun á mats- og greiðslukerfi hjúkrunarheimila Áfangaskýrsla

1. Formáli

Áfangaskýrsla þessi er unnin af vinnuhópi um endurskoðun á mats – og greiðslukerfi hjúkrunarheimila sem var skipaður af heilbrigðisráðherra þann 19. ágúst 2022 (HRN2060120). Skipun hópsins er í samræmi við viljayfirlýsingu ráðherra í tengslum við samninga Sjúkratrygginga Íslands, Samtaka fyrirtækja í velferðarþjónustu og Samband íslenskra sveitarfélaga um rekstur og þjónustu hjúkrunarheimila sem undirritaðir voru í mars sl.

Vinnuhópurinn er þannig skipaður:

- Heiðbjört Ófeigsdóttir, tilnefnd af Sjúkratryggingum Íslands, formaður
- Kristín Lára Ólafsdóttir, tilnefnd af Sjúkratryggingum Íslands
- Elsa B. Friðfinnsdóttir, skipuð án tilnefningar frá heilbrigðisráðuneytinu
- Linda Garðarsdóttir, skipuð án tilnefningar frá heilbrigðisráðuneytinu
- Sigurjón Norberg Kjærnested, tilnefndur af Samtökum fyrirtækja í velferðarþjónustu
- Varamaður: María Fjóla Harðardóttir, tilnefnd af Samtökum fyrirtækja í velferðarþjónustu
- Lovísa Agnes Jónsdóttir, tilnefnd af Embætti landlæknis
- Valgerður Freyja Ágústsdóttir, tilnefnd af Sambandi íslenskra sveitarfélaga
- Vinnuhópurinn hefur haldið níu fundi.

Markmið þessarar áfangaskýrslu er að greina frá því sem vinnuhópurinn hefur skoðað í tengslum við endurskoðun á mats- og greiðslukerfi hjúkrunarheimila, niðurstöður þess og hvað verður skoðað frekar í framhaldi þessarar skýrslu. Gert er ráð fyrir að lokaskýrslu vinnuhópsins verði skilað um miðjan maí 2023.

2. InterRai mælitækið

InterRai mælitækið er umfangsmikið staðlað mælitæki sem gefur góðar upplýsingar um ástand íbúans, bæði með gæðavísum sem mæla gæði þjónustunnar en einnig í formi RUG-stuðuls sem sýnir hjúkrunarþyngd. Mælitækið býr yfir um 400 spurningum um líkamlegt og andlegt ástand íbúans sem og færni hans. Það nýtist við skipulagningu hjúkrunarskráningar og meðferðaráætlunar með það í huga að efla lífsgæði íbúans eins og kostur er þrátt fyrir hugsanlegar takmarkanir. Tækið gefur einnig upplýsingar um hver áætluð mönnun þurfi að vera til staðar til að geta sinnt fullnægjandi þjónustu.

Kostir:

- Mælitækið gefur gott yfirlit yfir gæði hjúkrunar og vísbendingar um það sem vel er gert og hvað má betur fara.

- Það gefur vísbendingar um áhættuþætti sem ekki enn hafa komið í ljós en munu verða að veruleika ef ekki verður gripið strax inn í.
- Mælitækið er gott tæki til að vinna með í að efla gæði hjúkrunar.
- Nokkrar fagstéttir koma að skráningu í mælitækinu sem eykur þverfaglega vinnu í þágu íbúans.

Gallar:

- InterRAI mælitækið sem verið er að nota í dag er MDS 2.0 og var síðast uppfært árið 2014.
- Bent hefur verið á að áherslur í kerfinu endurspegli ekki þá umönnun sem á sér stað, t.d. m.t.t. vægi endurhæfingar og hjúkrunar.
- Viðmiðunarmörk á gæðavísu þarf að yfirfara og uppfæra. M.a. m.t.t. aukinnar hjúkrunarþyngdar á hjúkrunarheimilum undanfarin ár (10-15 ár amk.) og tilkomu færni- og heilsumatsnefndar (og tilsvareandi reglugerðarbreytingar).
- Það er einnig galli að kerfin tali ekki saman, þ.e. interRAI-NH, -interRAI-HC og Sögukerfið.
- Þjálfun og kennslu á mælitækið er ábótavant.
- Mælitækið nær ekki nægilega vel utan um svokallaða kostnaðarútlaga, sem eru einstaklingar þar sem umönnun felur í sér mun meiri kostnað en annars heimilisfólks hjúkrunarheimila.

Hugmyndir að breytingum sem hafa verið ræddar á fundum vinnuhópsins og verða skoðaðar í áframhaldandi vinnu eru m.a.:

- Uppfæra mælitækið og skoða viðmiðunarmörk gæðavísa.
- Mikilvægt er að mælitækið sé lýsandi fyrir þá þjónustu sem verið er að veita og val á mælitæki sé gert í samstarfi við ríki og rekstraraðila.
- Tryggja að kerfin tali saman.
- Útfæra greiðslukerfið í heild þannig að það nái betur utan um kostnaðarútlaga, þannig að ekki þurfi að sækja um greiðslur v. þeirra í sérstakan sjóð, eins og er í dag.
- Bæta þjálfun og kennslu á mælitækið.

Í skýrslu KPMG [Embætti landlæknis, mat á InterRAI-mælitækjum og færni- og heilsumati](#) og skýrslu vinnuhóps um áframhaldandi vinnu í kjölfar úttektar KPMG [InterRAI-mælitækin og færni- og heilsumat](#) koma þessar hugmyndir fram t.d. er bent á að tryggja þurfi aðgang að upplýsingum og þjálfun á interRAI mælitækin.

3. Gæðavísar

Sett hefur verið fram [Áætlun um gæðabróun í heilbrigðisþjónustu 2019-2030](#) samkvæmt 11. gr. laga um landlækni og lýðheilsu, nr. 41/2007 og heilbrigðisráðherra staðfesti í desember 2018. Áætluninni er ætlað að vera leiðsögn til þeirra sem veita heilbrigðisþjónustu um hvaða kröfur eru gerðar til

þeirra og hvernig þeir geta uppfyllt þær körfur. Gæðavísar eru einn af lykilþáttum áætlunarinnar.

Gæðavísar eru tölulegir mælikvarðar sem gefa vísendingar um gæði og öryggi þeirrar heilbrigðisþjónustu sem verið er að veita. Gæðavísar stuðla að aukinni gæðavitund og umbótum innan heilbrigðiskerfisins. Gæðavísar þurfa að vera mælanlegir, gefa upplýsingar um heilbrigðisþjónustu, sjúkdóma eða líðan.

Á Íslandi hefur interRAI matstækið (e. Resident Assessment Instrument) verið notað um árabíl en það metur hjúkrunarþarfir og heilsufar íbúa á hjúkrunarheimilum ásamt því að mæla gæði þjónustunnar. Árið 2010 voru sett íslensk gæðaviðmið fyrir interRAI gæðavísa á hjúkrunarheimilum. Þessi viðmið eru stöðluð og taka mið af aðstæðum á Íslandi og byggja á vísindalegri þekkingu. Dæmi um gæðavísa eru algengi byltna, þunglyndiseinkenna, þvagfærasýkinga, þyngdartaps og þrýstingssára. Allir íbúar á hjúkrunarheimilum eru metnir þrisvar á ári með interRAI matstækinu og í kjölfarið eru reiknaðir út gæðavísar. Embætti landlæknis í samvinnu við hagaðila hefur hannað gagnvirkt mælaborð með niðurstöðum interRAI gæðavísa. Markmið með birtingu mælaborðsins er að gera niðurstöður gæðavísanna sýnilegar þannig að notendur heilbrigðisþjónustu, stjórnvöld, stjórnendur heilbrigðisstofnana og heilbrigðisstarfsmenn geti metið gæði þjónustunnar og tekið ákvarðanir til umbóta á faglegum og upplýstum grundvelli.

Hugmynd að breytingu sem hefur verið rædd á fundum vinnuhópsins og verður skoðuð í áframhaldandi vinnu er sú spurning hvort tengja eigi gæðavísa við greiðslur til hjúkrunarheimila.

4. Hjúkrunarheimili á samningi við Sjúkratryggingar Íslands

Í október 2022 voru Sjúkratryggingar með samning um rekstur og þjónustu við 44 hjúkrunarheimili.

Heilbrigðisumdæmi höfuðborgarsvæðisins:

- 18 heimili
- 1698 hjúkrunarrými
- 1 dvalarrými

Heilbrigðisumdæmi Suðurnesja:

- 2 heimili
- 90 hjúkrunarrými
- 0 dvalarrými

Heilbrigðisumdæmi Vesturlands:

- 7 heimili
- 185 hjúkrunarrými
- 26 dvalarrými

Heilbrigðisumdæmi Norðurlands:

- 9 heimili
- 282 hjúkrunarrými
- 47 dvalarrými

Heilbrigðisumdæmi Austurlands:

- 1 heimili
- 11 hjúkrunarrými
- 0 dvalarrými

Heilbrigðisumdæmi Suðurlands:

- 7 heimili
- 222 hjúkrunarrými
- 52 dvalarrými

Samanlagður fjöldi rýma í október 2022 voru 2488 hjúkrunarrými (skammtíma og varanleg) og 126 dvalarrými. Sérhæfð/sértæk/bið/endurhæfingar- og geðhjúkrunarrými falla undir hjúkrunarrými í tölunum fyrir ofan. Ekkert heimili í heilbrigðisumdæmi Vestfjarða er með samning við Sjúkratryggingar Íslands um rekstur og þjónustu hjúkrunarheimilis. Rétt er að benda á að hér er eingöngu um að ræða rými sem eru með samning við Sjúkratryggingar Íslands.

5. Greiðslukerfi hjúkrunarheimila

a. Gjaldaliðir

Í samningum Sjúkratrygginga Íslands við hjúkrunarheimilin koma fram gjaldaliðir sem greitt er samkvæmt og einingarfjöldi á bakvið hvern gjaldalið. Hvert rými er samsett úr ákveðnum tegundum og fjölda gjaldaliða, sjá töflu hér að neðan.

Nr	Gjaldaliður	Einingar
1	Dvalarkostnaður í hjúkrunar- og dvalarrými	126,36
2	Grunnheilbrigðisþjónusta í hjúkrunar- og dvalarrými	10,86
3	Hjúkrunaþjónusta (RUG 1,00) í hjúkrunarrými	126,35
4	Húsnæðisgjald (hámarksgjald)	20,56
5	Komugjald í dvalarrými	137,22
6	Komugjald í hjúkrunarrými (RUG 1,00)	263,57
7	Blóðskilun	18,47
9	Smæðarálag	
10	Álag vegna sérhæfðrar þjónustu	
11	RAI-mat (C-tímabil) pr. rými	41,32

Til viðbótar við ofangreinda gjaldaliði er greitt fyrir andlátsdaga (7/2 dagar), flutningsdaga (7 dagar), sjúkrahúsdvöl (85% daggjalds í 60 daga) og síðan er kostnaðarpátttaka/dvalargjald íbúa dregin frá uppgjöri við heimilin (kemur frá Tryggingarstofnun ríkisins).

Einingarverð hvers árs/tímabils er margfaldað með einingum til að finna út greiðslu fyrir hvern gjaldalið og þannig daggjald fyrir hverja tegund rýma.

Einingarverð samninga Sjúkratrygginga við hjúkrunarheimilin breytist 1. janúar ár hvert í samræmi við launa- og verðlagsforsendur fjárlaga fyrir viðkomandi ár en breytingar hafa einnig orðið innan árs. 80% einingarverðsins telst vegna launakostnaðar, að meðtöldum verktakagreiðslum heilbrigðisstarfmannanna, og 20% vegna annars rekstrarkostnaðar.

b. Kostnaðarpátttaka og uppgjör hjúkrunarheimila

Kostnaðarpátttaka/dvalargjald er reiknað út af Tryggingarstofnun ríkisins. Tölurnar koma rafrænt inni kerfi Sjúkratrygginga og dregst sú upphæð sem íbúar heimilanna eiga að greiða af uppgjöri við heimilin. Heimilin sjá síðan um að innheimta upphæðirnar af íbúunum. Rekstraraðilar heimilanna hafa bent á að það samræmist ekki þeirra hlutverki að sjá um þá innheimtu og óskað eftir að því verði breytt. Íbúinn byrjar að taka þátt í dvalargjaldi fyrst dag næsta mánaðar eftir að hann flytur á hjúkrunarheimili í varanlega dvöl. Dvalargjaldið er endurreiknað ef breytingar verða á fjárhag íbúa og getur því breyst 12 mánuði aftur í tímann og jafnvel lengra. Það er því mikil vinna og umstang fyrir heimilin að halda utan um þennan hluta daggjaldsins.

Í töflunni hér að neðan má sjá kostnaðarpátttöku/dvalargjald og uppgjör við heimili á samning við Sjúkratryggingar árin 2017-2021:

Ár	2017	2018	2019	2020	2021	Samtals
1. Uppgjör kr. (greiðslur án dvalargjalds)	25.865.979.410	27.589.098.121	29.206.382.547	32.737.810.760	36.687.197.970	152.086.468.808
2. Uppgjör kr. (greiðslur með dvalargjaldi)	27.376.300.127	29.309.558.821	31.145.975.633	34.906.004.946	38.991.917.420	161.729.756.947
3. Fjöldi einstaklinga (bakvið uppgjör)	4.130	4.161	4.162	4.082	4.300	20.835
4. Daggjald (á kennitölur án smæðarálags)	25.226.201.702	27.067.598.878	28.863.823.935	32.037.638.785	35.858.015.654	149.053.278.954
5. Kostnaðarpátttaka/dvalargjald	1.510.320.717	1.720.460.700	1.939.593.086	2.168.194.186	2.304.719.450	9.643.288.139
6. Fjöldi sem greiðir dvalargjald	1.692	1.749	1.868	1.944	2.064	9.317
7. Hlutfall sem greiðir dvalargjald	41%	42%	45%	48%	48%	45%
8. Meðaldvalargjald sem greiða	892.625	983.683	1.038.326	1.115.326	1.116.628	1.035.021
9. Hlutfall dvalargj./uppgjör (með dvalargj.)	5,5%	5,9%	6,2%	6,2%	5,9%	6,0%

Á tímabilinu 2017-2021 fjölgaði þeim sem greiddu dvalargjald þó að fjöldi einstaklinga á bakvið uppgjör við heimilin fækkaði (þrjú heimili fóru á föst fjárlög árið 2020). Hlutfall þeirra sem dvelja í varanlegu rými á hjúkrunarheimilum í dag og greiða dvalargjald á tímabili eru á bilinu 41-48%. Meðalgreiðsla þeirra sem greiða dvalargjald hækkar á tímabilinu en hlutfall dvalargjalds af uppgjöri við heimilin hækkaði þar til árið 2021 og skýrist lægra hlutfall á árinu 2021 af því að einingarverð/greiðslur voru hækkaðar í tvígang það ár, annars vegar vegna fjárveitingar sem ætluð var til að mæta auknum rekstrarkostnaði vegna styttri vinnutíma í vaktavinnu og hins vegar vegna fjárveitingar sem ætluð var til að styrkja rekstrargrunn heimilanna. Þessar hækkunir höfðu þó ekki áhrif á greiðslu dvalargjaldsins.

c. Þróun RUG stuðuls

Gjaldaliður nr. 3, Hjúkrunarþjónusta (RUG 1,00) í hjúkrunarrými tekur mið af RUG stuðli heimila. Í töflunni hér að neðan má sjá meðaltal RUG stuðla heimila innan hvers heilbrigðisumdæmis ásamt landsmeðaltali árin 2017-2022.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Hlutfallsleg breyting 2017-2022
A. Heilbrigðisumdæmi höfuðborgarsvæðisins	1,16	1,17	1,21	1,23	1,23	1,24	7,13%
B. Heilbrigðisumdæmi Suðurnesja	1,20	1,23	1,26	1,30	1,28	1,27	6,24%
C. Heilbrigðisumdæmi Vesturlands	1,04	1,09	1,12	1,13	1,13	1,18	12,97%
D. Heilbrigðisumdæmi Norðurlands	1,09	1,11	1,11	1,13	1,16	1,18	8,47%
E. Heilbrigðisumdæmi Austurlands	1,03	0,99	0,97	0,97	1,00	0,88	-14,84%
F. Heilbrigðisumdæmi Suðurlands	1,06	1,07	1,07	1,10	1,13	1,16	9,66%
Landsmeðaltal	1,12	1,15	1,17	1,19	1,20	1,23	9,73%

Á árunum 2017-2022 hefur stuðullinn hækkað hægt og sígandi sem hefur töluverð áhrif á daggjald heimilanna. Heilbrigðisumdæmi Austurlands sker sig þarna úr en kemur það til vegna þess að tvö heimili á Austurlandi fóru á föst fjárlög árið 2020.

Hugmyndir að breytingum sem hafa verið ræddar á fundum vinnuhópsins og verða skoðaðar frekar í áframhaldandi vinnu eru m.a.:

- Taka kostnaðarpátttökuna úr uppgjörsferli við heimilin og losa þau undan því að innheimta þannig hluta af daggjaldinu.

- Minnka vægi hjúkrunarþjónustu, gjaldaliðs 3, sem tengd er við RUG stuðul og færa einingar í grunnheilbrigðisþjónustu eða hafa fastar einingar fyrir hjúkrunarþjónustu og minnka þannig sveiflur sem tengjast breytilegum á RUG stuðli.
- Að færa RUG stuðul sem daggjald miðar við nær í tíma. Fyrir árið 2023 munu greiðslur tengt RUG miðast við matstímabil frá júní 2021 til maí 2022.

6. Tölulegar upplýsingar um íbúa á hjúkrunarheimilum

Nefndin skoðaði tölulegar upplýsingar frá embætti landlæknis varðandi lengd dvalar íbúa á hjúkrunarheimilum eftir heilbrigðisumdæmum síðastliðin 12 ár. Einnig voru fjöldi einstaklinga á biðlista eftir hjúkrunarrými skoðaður. Miðað var við tölur frá 1. janúar hvers ár frá árinu 2010 með útlögum. Helstu niðurstöður voru að meðaldvöl íbúa á hjúkrunarheimilum síðastliðin 12 ár sýna að lengd dvalar hefur verið að sveiflast milli ára og er mislöng milli heilbrigðisumdæma. Síðastliðin ár hafa langflestir beðið eftir hjúkrunarrými á höfuðborgarsvæðinu og hefur sá fjöldi farið vaxandi frá árinu 2015. Aukinn fjöldi einstaklinga er líka á biðlista á Norðurlandi. Biðlistar annars staðar hafa verið svipaðir síðastliðin 10 ár. Meðalbiðtími sl. þrjú ár er hækkandi í flestum umdæmum og er alls staðar lengri en fjórir mánuðir og er biðin lengst á Norðurlandi.

Nefndin mun skoða fleiri tölulegar upplýsingar eftir þörfum við áframhaldandi vinnu sína.

7. Lokaorð

Í þessari áfangaskýrslu starfshóps um mats- og greiðslukerfi hjúkrunarheimila hefur verið tæpt á helstu þáttum sem starfshópurinn hefur haft til skoðunar. Þá er tæpt á nokkrum þeim hugmyndum sem fram hafa komið um mögulegar breytingar á mats- og greiðslukerfinu en nánari skoðun og upplýsingasöfnun er þörf til að hægt verði að leggja fram ákveðnar tillögur. Það býður lokaskýrslu.

