



JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO
CHYDENIUS-INSTITUUTTI -
KOKKOLAN YLIOPISTOKESKUS

Magnus Björkgren

RUG-III-baserade ersättningsystem för äldreården



SELOSTEITA JA
KATSAUKSIA

Nro 45

Magnus Björkgren

RUG-III-baserade ersättningsystem för äldreården

En beskrivning av system i USA, Kanada, Schweiz, Island och Italien



Chydenius-institutet - Karleby universitetscenter
Karleby 2004

Rapporter och artiklar nr 45

Layout: Päivi Vuorio

ISBN 951-39-1958-7 (pdf)

ISSN 1236-598X

Tiivistelmä

RUG eli Resource Utilization Groups on pitkäaikaishoidon asiakasrakennetta kuvaava luokitus, joka ryhmittelee asiakkaat päivittäisen voimavarakäytön perusteella kliinisesti yhdenmukaisiin ryhmiin. Suomessa RUG-luokituksen kolmannen version luotettavuus ja pätevyys on testattu terveyskeskusten vuodeosasto- ja vanhainkotihoitossa. Vuodesta 2000 sitä on hyödynnetty yksiköiden tuottavuuden ja laadun vertailuun Stakesin, Chydenius-instituutin ja Oy Raisoft Ltd:n RAI-tietojärjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikaishoidon benchmarking -hankkeessa.

Tässä raportissa on selvitetty viiden maan RUG-III-pohjaisia maksujärjestelmiä. Hoitoisuuteen perustuvassa hoitopäivähinnoittelussa tavoitteena on luoda maksajan ja tuottajan kannalta oikeudenmukaisempi korvausjärjestelmä, jossa hoidosta maksettu hinta vastaa voimavarojen tarvetta ja siten hoidon todellisia kustannuksia. Tarkastelun kohteena on ensisijaisesti Yhdysvallat, jossa julkiset vakuutukset (Medicaid ja Medicare) hyödyntävät luokitusta pitkäaikaishoitoa antavien laitosten korvausjärjestelmissä. Myös Kanada, Sveitsi, Islanti ja Italia hyödyntävät RUG-III-pohjaisia maksu- ja budjetointijärjestelmiä.

Selvityksen tavoitteena on hakea malleja RUG-III-luokituksen soveltamisesta Suomen pitkäaikaishoidossa kunnan ostaessa tai myydessä palveluja muille kunnille tai ostaessa palveluja yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Selvityksestä näkee, että RUG-III-pohjaisia maksujärjestelmiä on rakennettu monella eri tavalla. Pohjimmiltaan nämä maksujärjestelmät perustuvat kunkin maan vanhustenhuoltojärjestelmän maksu- ja rahoitusrakenteisiin. Selvityksessä kuvataan esimerkein miten RUG-III-pohjainen hoitopäivän hinta määritellään ja tuodaan esille eri hinnoittelumallien hyöty- ja haittapuolia.

Selvityksessä esitetyt hinnoittelumallit antavat pohjan suomalaisen RUG-III-pohjaisen maksujärjestelmän kehittämiseksi. Suomessa oman hoitoisuuspohjaisen hinnoittelun strategiat, tavoitteet ja rakenteet tulee jatkoselvityksissä määritellä tarkemmin. RUG-III-tyyppiset hinnoittelumallien tulisi antaa kunnille paremmat edellytykset toimia palvelujen tilaajana ja ohjaajana. Palvelun tuottajille hoitoisuuspohjainen hinnoittelu johtaa todennäköisesti myös parempiin toimintaedellytyksiin, koska hoidosta maksettu korvaus ja siihen liittyvät taloudelliset riskit ovat helpommin ennakoitavissa.

Innehållsförteckning

1 Inledning	5
1.1 Utredningens målsättning	5
1.2 Produktifiering av vården	5
2 RUG-III-klassificeringen	7
2.1 Uppbyggnad	7
2.2 Kostnadsvikter	10
3 Ersättning baserad på RUG-III	11
3.1 Medicare i USA	11
3.2 Medicaid i USA	14
3.2.1 Prisbaserade system	16
3.2.2 Kostnadsbaserade system	18
3.2.3 Tilläggsersättningar	24
3.3 Kanada	24
3.4 Schweiz	25
3.5 Island	26
3.6 Italien	26
4 Sammanfattande analys	28
Referenser	31

1 Inledning

1.1 Utredningens målsättning

Målsättningen med denna rapport är att kartlägga olika ersättningsmodeller för institutionsvården för äldre baserade på RUG-III-klassificeringen (Resource Utilization Groups). Utredningen har finansierats med EU-medel och gjorts på uppdrag av Mellersta Österbottens Förbund (MÖF). Avsikten är att hitta nya modeller för kommunerna att utveckla styrsystem för äldreomsorgen. De länder som granskats är USA, där RUG-III-klassificeringen används inom de offentliga försäkringarna Medicare och Medicaid, samt Kanada, Schweiz, Island och Italien. Rapporten är upplagd så att först ges en beskrivning av RUG-III-klassificeringen och dess kostnadsvikter, sedan presenteras olika RUG-III-baserade ersättningsmodeller som används i respektive länder. I rapporten används det engelska ordet "casemix" som en synonym till vårdtyngd, klientstruktur och dyrhetsgrad.

1.2 Produktifiering av vården

I Finland är det kommunerna som har ansvaret för ordnandet av äldreomsorgstjänster. Vården finansieras med kommunala skattemedel och de statsandelar som tilldelas kommunerna. Kommunerna kan antingen producera tjänsterna själva eller köpa tjänster. Institutionsvård ges på hälsocentralernas vårdavdelningar och på åldringshem. Därtill finns ett relativt omfattande utbud av serviceboende med heldygnsomsorg. Den mest krävande vården handhas av hälsocentralerna och produceras nästan uteslutande av den offentliga sektorn.

Hälsocentralernas vårdavdelningar omfattar drygt 19 000 vårdplatser (>65 år) och av dessa används ca 12 000 för långtidsvård. Åldringshemsvården innefattar nästan 21 000 vårdplatser och av dessa produceras drygt 12 % av den privata sektorn. Serviceboende med heldygnsomsorg för äldre omfattar drygt 11 000 vårdplatser och av dessa produceras ca 60 % av den privata sektorn (Sosiaaliturva 2002).

I Finland finns det inget nationellt system för ersättning för och produktifiering av institutionsvården för äldre. Detta försvårar jämförelser av kostnader och uppgörande av köpeavtal mellan beställare (kommunerna) och utförare. Inom specialistsjukvården använder för närvarande åtta sjukvårdsdistrikt i sin fakturering diagnosrelaterad gruppering (DRG), som täcker den somatiska vården på en vårdavdelning och inom dagkirurgin. Denna klassificering av dyrhetsgrad baserad på diagnoser och vårdepisoder utvecklades ursprungligen i USA. DRG-systemet utnyttjas för ersättningar i ett flertal europeiska länder. I en utredning som gjorts på uppdrag av

social- och hälsoministeriet föreslås att alla finländska sjukvårdsdistrikt borde övergå till DRG-baserad produktifiering och prissättning från början av 2005 (Punkari och Kaitokari, 2003).

Inom institutionsvården för äldre finns det ett liknande behov av produktifiering och standardisering av prissättningen. Institutionsvården för äldre skiljer sig däremot från akutvården till sin karaktär, vilket gör att denna vård inte kan beskrivas med DRG-systemet. Därför har ett annat klassificeringssystem, RUG (Resource Utilization Groups) utvecklats, som tar fasta på klientens funktionsförmåga och klassificerar klienterna på basen av det dagliga resursutnyttjandet. RUG utvecklades i USA men har liksom DRG blivit ett internationellt system. I Finland validerades RUG-III-klassificeringen i mitten av 1990-talet då även finländska kostnadsviker för klassificeringen togs fram (Björkgren et al., 1998, 1999).

RUG-III ingår i ett större bedömningsinstrument, RAI (Resident Assessment Instrument), som för närvarande används i totalt 25 kommuner i Finland. Informationssystemet utnyttjas för individuell vårdplanering, kvalitets- och kostnadsuppföljning samt för prestandajämförelser (benchmarking) (se även: www.finrai.org). Utvecklandet av ett ersättningssystem baserat på RUG-III skulle innebära att man tar ett steg längre i utnyttjandet av RAI som styrinstrument.

2 RUG-III-klassificeringen

RUG kommer från det engelska *Resource Utilization Groups* och kan översattas till svenska med "resurs-utnyttjande-grupper". RUG-klassificeringens tredje version (RUG-III) utvecklades i USA i början av 1990-talet (Fries et al, 1994) och har sedan dess reviderats ett par gånger. RUG-III-klassificeringen utarbetades på basen av tre kriterietyper: *statistiska*, *kliniska* och *administrativa*. De statistiska kriterierna grundades på klassificeringens förklaringsvärde, dvs. förmågan att förklara skillnaderna i resursåtgången mellan olika typer av klienter. Variansförklaringen (R^2) har i valideringsstudierna legat mellan 35 och 55 % (Björkgren, 2002). Klassificeringen konstruerades enligt kliniskt meningsfulla kriterier så att grupperna reflekterar typiska långvårdsklienter, lätta för kliniker och vårdpersonal att känna igen. Till de administrativa kriterierna hörde användningen av klientkaraktäristika som beskriver vårdbehovet snarare än erbjuden vård. Man valde även att basera klassificeringen på ett välgrundat bedömningsinstrument (RAI) för utvärdering av klientens funktionsförmåga och hälsotillstånd (Hawes et al., 1995, Clauser & Fries 1992).

2.1 Uppbyggnad

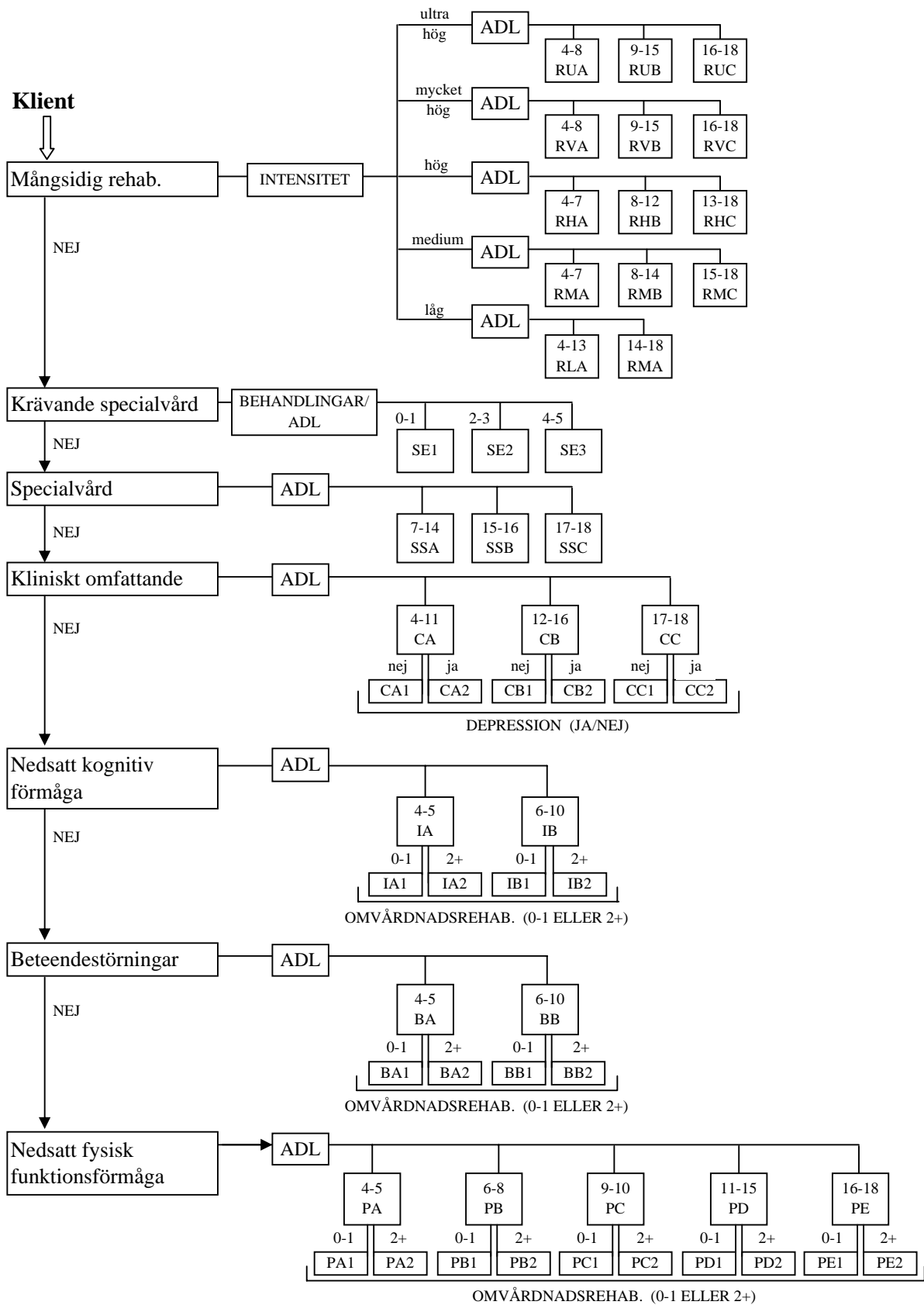
Bedömningsformuläret i RAI kallas för MDS (Minimum Data Set) och omfattar nästan 400 frågor om klientens funktionsförmåga, hälsotillstånd, specialbehandlingar m.m. Bedömningen görs av en sjuksköterska. På basen av drygt 100 MDS variabler klassificeras en klient i en RUG-III-grupp. Klassificeringen omfattar sju kliniska huvudgrupper ordnade hierarkiskt enligt dyrbetsgrad: 1) *mångsidig rehabilitering*, 2) *krävande specialvård*, 3) *specialvård*, 4) *kliniskt omfattande*, 5) *nedsatt kognitiv förmåga*, 6) *beteendestörningar* och 7) *nedsatt fysisk funktionsförmåga*. Dessa huvudgrupper fördelas i mindre grupper på basen av fysisk funktionsförmåga enligt ett ADL-index (4-18) inom RUG-III, baserat på rörlighet i sängen, förflyttning, födointag och toalettbesök (4=oberonde och 18=totalt beroende). I gruppen *kliniskt omfattande* görs en tredje indelning på basen av sinness tillstånd (depression) och i de tre sista kliniska huvudgrupperna görs en tredje indelning på basen av rehabiliterande åtgärder av omvårdnadspersonalen.

MDS-bedömning → RUG-grupperare → RUG-grupp

För närvarande används två varianter av RUG-III-klassificeringen i USA, en version med 44 grupper (Figur 1) och en med 34 grupper. Skillnaden ligger närmast i antalet rehabiliteringsgrupper. I Finland har man använt en version med 22 grupper (Björkgren et al, 1998). Jämfört med 44-grupperingen har även denna version färre rehabiliteringsgrupper och i de fyra lägsta kliniska huvudgrupperna används inte den tredje fördelningsnyckeln baserad på depression och omvårdnadsrehabilitering. Läsaren hänvisas till andra källor för närmare beskrivning av RUG-III/22-modellen (Björkgren et al., 1999) och de andra versionerna (Fries et al., 1994) (Se även www.cms.hhs.gov/medicaid/mds20/ och www.interrai.org).

Tabell 1. RUG-III-versioner

Kliniska huvudgrupper	RUG-III Version 5.12_44	RUG-III Version 5.12_34	RUG-III/22 Finland Version 5.12_22
Mångsidig rehabilitering	14	4	3
Krävande specialvård	3	3	3
Specialvård	3	3	3
Kliniskt omfattande	6	6	4
Nedsatt kognitiv förmåga	4	4	2
Beteendestörningar	4	4	2
Nedsatt fysisk funktionsförmåga	10	10	5
RUG-grupper totalt	44	34	22



Figur 1. RUG-III

Version 5.12 med 44 grupper.

2.2 Kostnadsvikter

För varje RUG-grupp beräknas en kostnadsvikt, ett tal som beskriver den relativa skillnaden i resursåtgången. I den finländska RUG-III/22-versionen är den lägsta kostnadsvikten 0,42 och den högsta 2,52. Den dyraste klientgruppen är således 6 gånger mera resursintensiv än den billigaste. Kostnadsvikten 1,00 representerar genomsnittet i klassificeringssystemet. Följaktligen innebär en kostnadsvikt på 1,20 en klient som är 20 % mera kostnadskrävande än genomsnittet och 0,80 en klient som är 20 % mindre kostnadskrävande än genomsnittet.

Beräkningen av kostnadsvikter sker genom tidsstudier där vårdpersonalen följer upp hur den egna arbetstiden fördelas mellan olika klienter i en normal arbetssituation. Eftersom de rörliga kostnaderna inom långvården till stor del består av lönekostnader, beaktar man vanligen endast omvårdnadstiden för att mäta skillnaderna i dyrhetsgrad. Den patientrelaterade tiden används för beräkning av kostnadsvikterna, och tiden viktsätts med löneindex för att omvandla tiden till kostnader. För varje klient summeras den vägda omvårdnadstiden till en total arbetskostnad som knyts till klientens RUG-grupp. Gruppens kostnadsvikt beräknas genom att dividera medeltalet av gruppens omvårdnadskostnad med medeltalet för hela klassificeringssystemets omvårdnadskostnad.

Tidsstudier är kostsamma och kräver stora patientmängder. För att ta fram kostnadsvikter för RUG-III behövs en datamängd motsvarande 2 000–3 000 klienter för att antalet observationer per grupp skall bli tillräckligt stort. Vanligen görs tidsstudier med intervaller på 5–10 år för att säkerställa att klassificeringssystemet återspeglar gällande vårdpraxis. Tidsstudier för RUG-klassificeringar har gjorts i ett tiotal länder: USA, Holland, Japan, Sverige, Storbritannien, Finland, Spanien, Schweiz, Island, Italien och Tjeckien. Studierna visar att klassificeringen fungerar bra över nationsgränserna (Carpenter et al., 1997, Björkgren, 2002). I vissa länder, t.ex. i Kanada, har man inte gjort egna tidsstudier utan man har utnyttjat de som gjorts i USA, eftersom vården där är likartad. Man har däremot utnyttjat egna kanadensiska löneindex för att justera omvårdnadstiden.

Olika typer av kostnadsvikter kan räknas fram beroende på vilka personalkostnader man önskar inkludera i kostnadsvikterna.

Totalkostnadsvikter – i dessa inkluderas personalinsatserna från all vårdpersonal (omvårdnadspersonal, rehabilitering, läkare m.m.)

Kostnadsvikter för omvårdnad – i dessa inkluderas personalinsatserna från enbart omvårdnadspersonal (t.ex. sjuksköterska, närvårdare och vårdbiträde).

Kostnadsvikter för rehabilitering – i dessa inkluderas personalinsatserna från enbart rehabiliteringspersonal (fysio-, ergo- och talterapeut).

3 Ersättning baserad på RUG-III

Casemix-baserade ersättningssystem kan utvecklas på olika sätt. I de mest rudimentära modellerna kan casemix- och kostnadsdata exempelvis utnyttjas som beslutsunderlag vid budget- och kontraktsförhandlingar. I egentliga ersättningssystem handlar det om att fastställa specifika RUG-III-baserade vårddygnspriser eller årsanslag som betalas till vårdgivarna. De ersättningssystem som har utvecklats på basen av RUG-III är alla olika, samtidigt som grundprinciperna är likartade.

Ersättningssystemen består vanligen av följande delar:

Casemix-klassificering. En RUG-III-gruppering som utgör grunden för produktifiering och bedömning av svårighetsgrad.

Kostnadsvikter. De specifika kostnadsvikter för RUG-III (omvårdnads-, rehabiliteringsvikter o.d.) som används för att justera en bestämd ersättning.

Kostnadskomponenter. De kostnadslag som ingår i den totala ersättningen. Vanligen görs en uppdelning i kostnader som justeras med casemix, t.ex. vårdrelaterade kostnader och sådana kostnader som inte justeras, t.ex. administrativa kostnader och kapitalkostnader.

Ersättningsmetod. I de flesta systemen fastställs ersättningen som ett på förhand bestämt (prospektivt) anslag. Ersättningen betalas som ett individbaserat vårddygnspris eller årsanslag. Ersättningsmetoderna kan vara *prisbaserade* eller *kostnadsbaserade*, med detta menas i vilken utsträckning vårdgivarens egna kostnader påverkar ersättningen.

Verifikation. System som används för att granska MDS-bedömningarna och övervaka ersättningssystemet.

I de länder som granskats är det betalaren, t.ex. den offentliga försäkringen som fastställer den RUG-III-baserade ersättningen. De olika ersättningssystemen beskrivs i följande avsnitt. Målsättningen är inte att redogöra för alla detaljer utan för de huvudsakliga strukturerna. Ersättningssystemens policymålsättningar omnämns också.

3.1 Medicare i USA

Medicare är den allmänna skattefinansierade sjukvårdsförsäkringen för personer som fyllt 65 år. Inom institutionsvården för äldre täcker Medicare-försäkringen endast kostnaderna för den s.k. efterakuta (post-akuta) vården som utgör ca 10 % av de totala kostnaderna. Ett RUG-III-baserat ersättningssystem för sådan vård infördes år 1998. En viktig orsak till reformen var att

man ville förbättra vårdgivarnas kostnadsmedvetenhet och stävja den prisstegring av vårdkostnaderna som pågått under flera år (Cotterill & Gage, 2002).

Efterakut vård definieras enligt följande:

- Patienten har vårdats på akutsjukhus under minst 3 vårddygner under de senaste 30 dagarna.
- Patienten är i behov av efterakut vård. Här används som riktgivande kriterier de fyra första kliniska huvudgrupperna i RUG-III: 1) *mångsidig rehabilitering*, 2) *krävande specialvård*, 3) *specialvård eller* 4) *kliniskt omfattande*. Undergrupperna till dessa kategorier är 26 till antalet.
- Vården ersätts i högst 100 dagar.
- (Ersättningsreformen påverkade inte patientavgifterna).

Ersättningssystemets huvudprinciper:

RUG-III-prisklasser: Vårddygnspriser beräknas för de totalt 44 RUG-III-grupperna. Ersättningen är avsedd att täcka vårdens samtliga kostnader: direkta kostnader, indirekta kostnader och kapitalkostnader.

Casemix-justering: Endast de direkta kostnaderna för omvårdnad och rehabilitering justeras med RUG-III.

Geografisk prisjustering: Ersättningarna justeras med löneindex för att beakta regionala prisskillnader. Det finns också en skild prislista för vårdgivare i tätorter och för de på landsbygden.

Årlig prisjustering: Priserna justeras årligen på basen av ett konsumentprisindex.

Övergångsperiod: Ersättningssystemet togs i bruk 1.7.1998 och implementerades stegvis under en inkörsperiod på 3 år.

Vårddygnsersättningen består av fyra priskomponenter:

- A. Omvårdnad** (nursing component), ersättning som justeras med kostnadsvikter för omvårdnadspersonal.
- B. Mångsidig rehabilitering** (therapy component), ersättning som justeras med kostnadsvikter för rehabilitering och används endast i grupperna för mångsidig rehabilitering.
- C. Annan rehabilitering** (non-casemix therapy component), fast ersättning för rehabilitering i andra grupper än de för mångsidig rehabilitering.
- D. Övriga kostnader** (non-casemix component), fast ersättning för kapital- och andra indirekta kostnader.

Genom att summera ihop de fyra priskomponenterna får man den totala vårddygnsersättningen. Nedan ges ett exempel på hur ett RUG-III-pris räknas ut.

Exempel:

RUG-III-gruppen är RMC (medelsvår rehabilitering) och vi antar att vårdgivaren finns i staden Portland i delstaten Oregon. Vårdgivaren verkar i en tätort och därmed beräknas vårddygnersättningen på basen av priskomponenter som tagits fram utgående från dessa förhållanden. Priserna grundar sig på en nationell kostnadsstudie.

Ersättningar för tätorter (år 1998)

	A Ersättning för casemix- justerad omvårdnads kostnad (Nursing casemix)	B Ersättning för casemix- justerad rehabiliteringskostnad (Therapy casemix)	C Fast icke-casemix- justerad ersättning för rehabilitering (Therapy – non casemix)	D Fast icke- casemix justerad del (Non- casemix)
Priskomponenter	\$109,48	\$82,67	\$10,91	\$55,88

Vårddygnersättning = (A × kostnadsvikt för omvårdnad) + (B × kostnadsvikt för rehabilitering) + (C) + (D)

RMC-gruppens kostnadsvikt för omvårdnad = 1,35

RMC-gruppens kostnadsvikt för rehabilitering = 0,77

$$\text{Vårddygnspris för RMC} = (109,48 \times 1,35) + (82,67 \times 0,77) + 55,88 = \mathbf{\$267,34}$$

I följande steg justeras den beräknade kostnaden (267,34) på basen av ett löneindex som beaktar de regionala skillnaderna i lönekostnader. För detta ändamål indelas kostnaderna i lönerelaterade och icke-lönerelaterade kostnader. På basen av studier som gjorts omfattar de lönerelaterade kostnaderna 77,545 % av totalkostnaderna. För RMC blir indelningen följande:

RUG-III-grupp	Lönerelaterade	Icke-lönerelaterade	Totalt
RMC.....	\$207,31	\$60,03	\$267,34

Den slutliga ersättningen bestäms genom att justera den lönerelaterade delen med respektive områdes löneindex. I vårt exempel är Portlands löneindex 1,0974, dvs. kostnadsnivån är 9,74 % högre än genomsnittet. Den slutliga ersättningen för en RMC-klient blir därmed:

$$\text{RMC} = 207,31 \times 1,0974 + 60,03 = \mathbf{\$287,53}$$

På motsvarande sätt räknar man ut vårddygnspriser för de övriga grupperna. RUG-III-prislistor fastställs därmed skilt för varje geografiskt område i USA. Ersättningen betalas ut som ett enda vårddygnspris på basen av de producerade vårddygnen.

Ersättningsdagar

Klientens dagliga RUG-grupp grundas på den senaste MDS-bedömningen. MDS-bedömningen görs vanligen vid inskrivning, vid förändrat hälsotillstånd och med jämna intervaller, t.ex. kvartals-, halvårs- eller helårsbedömning. För Medicare-klienterna görs MDS-bedömningar med kortare intervaller. Den första bedömningen färdigställs redan den femte dagen och på basen av denna bedömning ersätts högst 14 dagar. Följande tabell anger MDS-bedömningarna och deras respektive ersättningsdagar.

MDS-bedömningar för Medicare

MDS-bedömningsintervaller (för RUG-III)	Uppföljningsdygn vid MDS-bedömning (inklusive tilläggsdagar)	Högsta antalet vårddygn som ersätts på basen av respektive MDS-bedömning	Vårddygn som ersätts på basen av respektive bedömning
5-dag	dagarna 1 – 8*	14	1 – 14
14-dag	dagarna 11 – 19	16	15 – 30
30-dag	dagarna 21 – 34	30	31 – 60
60-dag	dagarna 50 – 64	30	61 – 90
90-dag	dagarna 80 – 94	10	91 – 100

*ifall patienten skrivs ut eller remitteras till en annan vårdenhet måste MDS-bedömningen färdigställas för att ersättningen skall kunna bestämmas på basen av RUG-III. I annat fall betalas ett standardpris enligt den lägsta (billigaste) RUG-III-gruppen PA1.

Medicare-reformen utvidgades år 2002 till att gälla även små akutsjukhus som erbjuder efterakut vård. Ersättningar för dessa s.k. "swing beds" bestäms enligt samma RUG-III-baserade prissättningsmetod som för långvårdsinrättningarna.

3.2 Medicaid i USA

Medicaid är den offentliga försäkringen för mindre bemedlade. Medicaid svarar för drygt hälften av långvårdens totala kostnader och är vårdgivarnas viktigaste inkomstkälla. Närmare 70 % av de vårddygn som produceras på långvårdsinrättningar består av Medicaid-klienter. Medicaid-försäkringen administreras på delstatsnivå och försäkringsgrunderna varierar något mellan delstaterna. Det finns ingen övre gräns för hur många vårddygn som kan ersättas av Medicaid.

Delstaten New York var den första som införde ett RUG-baserat ersättningssystem i mitten av 1980-talet. Numera använder drygt hälften av delstaterna RUG-III som bas för sina ersättningssystem. Målsättningarna med betalningsreformerna har varit inriktade på att förbättra tillträdet till vården, kostnadseffektiviteten, kostnadskontrollen och vårdkvaliteten.

Inom Medicaid-systemen fastställs ersättningen vanligen som ett vårdgivarspecifikt vård-dygnspris. I stället för att använda sig av prislistor räknar man ut ett vårddygnspris för varje enskild vårdgivare baserat på dennes genomsnittliga vårdtyngd. Bland Medicaid-systemen kan man urskilja två huvudsakliga ersättningsmodeller:

Kostnadsbaserade – ett ersättningssystem där vårdgivarens egna kostnader används som grund för fastställande av casemix-justerad ersättning.

Prisbaserade – ett ersättningssystem där vårdgivarens egna kostnader inte direkt påverkar ersättningsnivån, utan det casemix-justerade vårddygnspriset fastställs på basen av median- eller genomsnittskostnader för hela delstaten.

I Medicaid-ersättningssystemen utnyttjas de MDS-bedömningar som varje vårdgivare enligt lag måste utföra:

- Första inskrivning (inom 14 dagar)
- Väsentlig förändring i hälsotillståndet
- Kvartalsbedömning
- Helårsbedömning

Konsultföretaget Myers & Stauffer Inc. (2003) har i en enkät utrett de olika RUG-III-baserade delstatliga ersättningsmodellerna. Av utredningen framgår (Tabell 2) att de flesta delstaterna utnyttjar kostnadsbaserade system. Ersättningen bestäms som ett vårdgivarspecifikt (RUG-III-justerat) vårdtygnspris som vanligen uppdateras var tredje månad. I de flesta delstaterna utnyttjas klassificeringen med 34 grupper. I likhet med Medicare justerar man endast de direkta vårdkostnaderna med RUG-III. De flesta delstaterna utnyttjar också någon form av verifiering och kontrollsystem av MDS-bedömningarna. Omräkningen av priserna med nya kostnadsdata varierar från årlig omräkning till omräkning vart fjärde år.

Tabell 2. RUG-III-baserade ersättningssystem i olika delstater¹

Delstat	Implemen- teringsår	RUG-III- version	Ersättnings- metod	Omräkning av priser med nya kostnadsdata	Justering av ersättningen på basen av casemix
Colorado	2000	5.12-34	Kostnad	Årligen	Halvår
Georgia	2003*	5.12-34	Kostnad	Årligen	Kvartal
Idaho	2000	5.12-34	Kostnad	Årligen	Kvartal
Indiana	1998	5.12-34	Kostnad	Årligen	Kvartal
Iowa	2001	5.12-34	Kostnad	Vartannat år	Kvartal
Kansas	1994	5.01	Kostnad	Årligen	Kvartal
Kentucky	1990/ 2000*	5.12-34	Pris	Vart fjärde år	Kvartal
Louisiana	2003	5.12-34	Pris	Vartannat år	Kvartal
Maine	1993/ 2000	5.12-44	Kostnad	Tillsvidare	Kvartal
Mississippi	1993/ 1998*	5.12-34	Kostnad	Årligen	Kvartal
Montana	2001	5.12-34	Pris	Tillsvidare	År
Nebraska	1992	Annan	Kostnad	Vart tredje år	NA
Nevada	2002	5.12-34	Pris	Vartannat år	Kvartal
New Hampshire	1999/ 2001*	5.12-34	Kostnad	Tillfälligt	Halvår
New York	1986	(RUG-II)	Annan	NA	Kvartal
North Carolina	2003	5.12-34	Kostnad	Årligen	Kvartal
North Dakota	1990/ 1999*	5.12-34	Blandad	Enligt beslut	NA
Ohio	1993	5.12-44	Kostnad/ Blandad	Årligen	Kvartal
Pennsylvania	1996	Annan	Kostnad/ Blandad	Årligen	Kvartal
South Dakota	1993/ 1998*	5.12-34	Kostnad	Årligen	NA
Texas	1989	(TILE)	Kostnad	Vartannat år	NA
Vermont	1991/1998*	Annan	Kostnad	Vart tredje år	Kvartal
Washington	1998/ 2000*	5.12-44	Kostnad	NA	Kvartal
*Nytt system					

¹ Myers & Stauffers, 2003

3.2.1 Prisbaserade system

I de prisbaserade ersättningssystemen bestäms vårddygnsersättningen på basen av delstatliga mediankostnader. Principiellt liknar dessa system det som används av Medicare. Det finns fyra delstater som använder prisbaserade ersättningssystem: Kentucky, Louisiana, Nevada och Montana. Två av dessa: Louisiana och Kentucky har granskats närmare.

Louisiana

Louisiana är en delstat med en befolkning på knappt 4,5 miljoner och hör till de delstater som helt nyligen (2003) tagit i bruk ett RUG-III-baserat ersättningssystem. Louisiana använder RUG-III/34-grupperingen och utnyttjar de federala kostnadsvikterna. En bild av vårddyngden körs ut var tredje månad för att fastsätta ersättningen för en motsvarande tremånaders period.

Följande målsättningar med reformen har nämnts:

- Anpassa ersättningar till klienternas resursbehov
- Förbättra tillträdet till vård för klienter med hög svårighetsgrad
- Minska vårdgivarnas incitament att välja ut klienter med låg svårighetsgrad
- Förbättra kvaliteten i vården

Fyra kostnadsslag står som grund för ersättningssystemet:

- A. Administrativa och operativa kostnader – fastställs enligt prismetoden
- B. Direkta och vårdrelaterade kostnader – fastställs enligt prismetoden
- C. Kapitalkostnader – fastställs enligt metoden "fair rental value"
- D. Genomlöpande kostnader "Pass through costs" – fastställs enligt vårdgivarens verkliga kostnader

Administrativa och operativa kostnader

Till dessa räknas kostnader för administration, fastighet och underhåll (med undantag av kapitalkostnader), måltider, städning, tvätt m.m. Det fastställda priset är medianvärdet för hela delstaten multiplicerat med 107,5 %. År 2003 var denna mediankostnad \$24,66. Vårddygnserättningen för administrativa operativa kostnader blir således:

$$24,66 \times 1,075 = \$26,51$$

Denna summa är en fast vårddygnersättning som betalas ut till varje vårdgivare på basen av producerade vårddygn.

Direkta och vårdrelaterade kostnader

Dessa kostnader delas in i två kategorier: a) Direkta casemix-justerbara kostnader och b) Vårdrelaterade icke-casemix-justerbara kostnader. Till de direkta casemix-justerbara kostnaderna räknar man in vårdpersonalens lönekostnader och köpta omvårdnadstjänster. Till de vårdrelaterade icke-casemix-justerbara kostnaderna hör lönekostnader för ledande sköterska, aktivitetsterapeuter, konsultationer, vårdtillbehör, mat (råvaror) m.m.

- Den casemix-justerbara direkta vårdkostnadskomponenten fastställs genom att multiplicera den casemix-neutrala² mediankostnaden (för hela delstaten) med 110 %.

² Case-mix-neutraliserat pris förklaras i följande kapitel

- Den icke-casemix-justerbara vårdrelaterade kostnadskomponenten fastställs genom att multiplicera mediankostnaden (för hela delstaten) med 110 %.

För år 2003 utgjorde det delstatliga priset för direkta vårdkostnader \$31,50 och för de vårdrelaterade kostnaderna \$11,51, dvs. sammanlagt \$43,01. I nedanstående figurer ges två exempel på hur den totala ersättningen för direkta + vårdrelaterade kostnader räknas för två vårdgivare med olika vårdtyngder.

Ersättning för direkta och vårdrelaterade kostnader (RUG-III = 0,985)

	Direkt vårdkostnad	Vårdrelaterad kostnad	Totalt
Delstatliga priser för direkt vård och vårdrelaterade tjänster för vårdtyngd = 1.0	\$31,50	\$11,51	\$43,01
Multiplieras med vårdenhetens vårdtyngd (RUG-III)	0,985	N/A	
Ersättning för direkt och vårdrelaterad kostnad som betalas till vårdgivare	\$31,03	\$11,51	\$42,54

Ersättning för direkta och vårdrelaterade kostnader (RUG-III = 1,100)

	Direkt vårdkostnad	Vårdrelaterad kostnad	Totalt
Delstatliga priser för direkt vård och vårdrelaterade tjänster för vårdtyngd = 1.0	\$31,50	\$11,51	\$43,01
Multiplieras med vårdenhetens vårdtyngd (RUG-III)	1,100	N/A	
Ersättning för direkt och vårdrelaterad kostnad som betalas till vårdgivare	\$34,65	\$11,51	\$46,16

Enligt ovannämnda exempel blir den totala vårddygnersättningen för administrativa och operativa kostnader + direkta och vårdrelaterade kostnader: $26,51 + 42,54 = \$69,05$ respektive $26,51 + 46,16 = \$72,67$.

Kapitalkostnader ersätts enligt bestämda räntesatser för avskrivning som sedan multipliceras med en bestämd avkastningsprocent. Denna ersättning är vårdgivarspecifik och betalas ut som ett vårddygnrelaterat pris. *Genomlöpande kostnader* består av fastighetsskatter, fastighetsförsäkringar och andra avgifter. Denna komponent är vårdgivarspecifik och betalas ut i relation till producerade vårddygn.

Begränsningar: I ett prisbaserat system får vårdgivaren i regel behålla skillnaden (överskottet) mellan ersättningen och de verkliga kostnaderna. Det finns således ett incitament för vårdgivarna att skära ner på vårdkostnaderna för att maximera vinsten. För att sätta en gräns för detta har man i Louisiana infört ett minimibelopp som vårdgivaren måste använda för direkta och vårdrelaterade utgifter (94 % av den delstatliga mediankostnaden) i annat fall betalas "vinsten" tillbaka till Medicaid.

Kentucky

Kentucky är en delstat med drygt 4 miljoner invånare. Delstaten införde ett prisbaserat RUG-III-ersättningssystem år 2000. Kostnaderna indelas i casemix-justerbara och icke-casemix-justerbara kostnader, samt kapitalkostnader. Ersättningen är dessutom uppdelad i två priskategorier, en för vårdgivare som opererar i tätorter och en för vårdgivare i glesbygden.

Casemix-justerbar del:

- Lönekostnader för all vårdpersonal: ledande sköterska, sjuksköterska, närvårdare, vårdbiträde, aktivitetspersonal.
- Medicinska förnödenheter och nödvändighetsartiklar relaterade till aktiviteter.

Icke-casemix-justerbar del:

- Administration, annan personal, konsultationer, professionella stödtjänster, måltider m.m.

Priskomponenterna i Kentucky

Typ av vårdgivare	Casemix-justerbara del av vårddygnersättningen	Icke-casemix-justerbar del av vårddygnersättningen	Totalt standardpris för vårddygnersättning exklusive kapitalkostnader och annan ersättning
Tätort	\$61.83	\$41.92	\$103.75
Landsort	\$51.03	\$36.53	\$87.56

Exempel:

Vårdtyngd = 1,10

Vårddygnersättning i tätort = $(61,83 \times 1,10) + 41,92 = \$109,93$

Vårddygnersättning i landsort = $(51,03 \times 1,10) + 36,53 = \$92,66$

Till dessa summor tillfogas ersättning för kapital- och fastighetskostnader.

3.2.2 Kostnadsbaserade system

I ett kostnadsbaserat ersättningssystem utgår man från vårdgivarens egna kostnader vid uträkningen av vårddygnspriset. Vårdgivarens kostnader sammanställs från ett basår (bokslut) som används vid uträkningen och kostnaderna inflationsjusteras framåt för den tänkta ersättningsperioden. I Tabell 3 beskrivs detta med ett exempel där de inflationsjusterade kostnaderna antas vara 3 000 000 och de producerade vårddagarna 80 000. Vårdgivarens genomsnittliga kostnadsvikt är 1,05 vid utgångsläget. Först räknar man ut ett casemix-neutraliserat vårddygnspris genom att dividera den inflationsjusterade kostnaden med vårdtyngden och därefter divideras detta tal med de producerade vårddygna. Detta resulterar i ett neutraliserat vårddygnspris motsvarande 35,71. Den egentliga ersättningen uträknas genom att multiplicera det neutraliserade vårddygnspriset med den vårdtyngd som utgör basen för den kommande ersättningsperioden. I denna utredning har tre delstater med kostnadsbaserade system studerats närmare: Pennsylvania, Ohio och Washington.

Tabell 3. Casemix-justerat vårddygnspris

Kostnadslag	Inflations-justerade kostnader	Vårdenhetens genomsnittliga vårdtyngd (casemix) vid basåret	Casemix-neutraliserade kostnader (inflationsjusterade kostnader/vårdtyngd)	Producerade vårddygn under ett år	Neutraliserat vårddygnspris
Direkta vårdkostnader	3 000 000	1,05	2 857 142	80 000	35,71

	RUG-III vårdtyngd	Ersättning
Vårdtyngden oförändrad	1,05	$1,05 \times 35,71 = \$37,50^1$
Vårdtyngden stiger med 5 %	1,10	$1,10 \times 35,71 = \$39,28$
Vårdtyngden sjunker med 5 %	1,00	$1,00 \times 35,71 = \$35,71$

¹ Ersättningen stiger endast med det belopp som motsvarar inflationsjusteringen.

Pennsylvania

Pennsylvania är en delstat på den amerikanska östkusten med drygt 12 miljoner invånare. År 1996 infördes ett RUG-III-baserat ersättningssystem som har både kostnadsbaserade och prisbaserade inslag. Ersättningssystemet bedömdes ha följande fördelar:

Fördelar för klienterna:

- Vårdgivarna har incitament att erbjuda vård åt klienter som är mera kostnadskrävande än genomsnittet.
- Vårdgivarna har incitament att erbjuda rehabiliterande vård.
- Vårdkvaliteten förbättras genom systematisk vårdtyngdsbedömning och ökad kontroll.

Fördelar för vårdgivarna:

- Den ersättning som betalas till vårdgivarna knyts närmare till de verkliga kostnaderna, till skillnad från det tidigare systemet där ersättningen bestämdes utan att beakta klienternas resursbehov.
- Den ersättning som betalas till vårdgivarna är fastslagen innan vården ges, vårdgivaren vet på förhand vilket pris som erhålls.
- Ersättningen för kapitalkostnader bestäms på basen av en bestämd avkastningsprocent, vilket allmänt kan betecknas som ett rättvist system.

Fördelar för samhället:

- Den offentliga sektorns knappa resurser fördelas mera effektivt.
- Det inflatoriska pristrycket minskar.
- Man upprätthåller en rättvis balans mellan kostnader och vårdkvalitet.

Ersättningssystemet i huvuddrag

Vårddygnspriset bestäms dels på basen av vårdgivarens tidigare kostnader och dels på basen av mediankostnader (för beräkning av pristak). Kostnaderna indelas i fyra kategorier som ut-

gör basen för fastställandet av den totala ersättningen. Dessa kostnadsslag är noggrant definierade och vårdgivarna levererar sina kostnadsuppgifter på särskilda formulär till Medicaid-myndigheten en gång om året.

Kostnadsslag:

- Direkta vårdkostnader (casemix-justeras)
 - Vårdpersonalens löner, rehabilitering, läkemedel, laboratoriekostnader m.m.
- Övriga vårdrelaterade kostnader
 - Städning, måltider, tvätt, underhåll m.m.
- Administrativa kostnader
 - Allmän förvaltning, försäkringar, räntor, hyror m.m.
- Kapitalkostnader
 - Bestäms på basen av avskrivningar (fastigheter och anskaffningar).

För fastställande av vårddygnersättning och pristak delas vårdgivarna in i totalt 14 jämförelsegrupper på basen av storlek, geografiskt område och vissa andra faktorer. Grunderna för storleksindelningen är följande:

3–119 vårdplatser

120–269 vårdplatser

> 270 vårdplatser

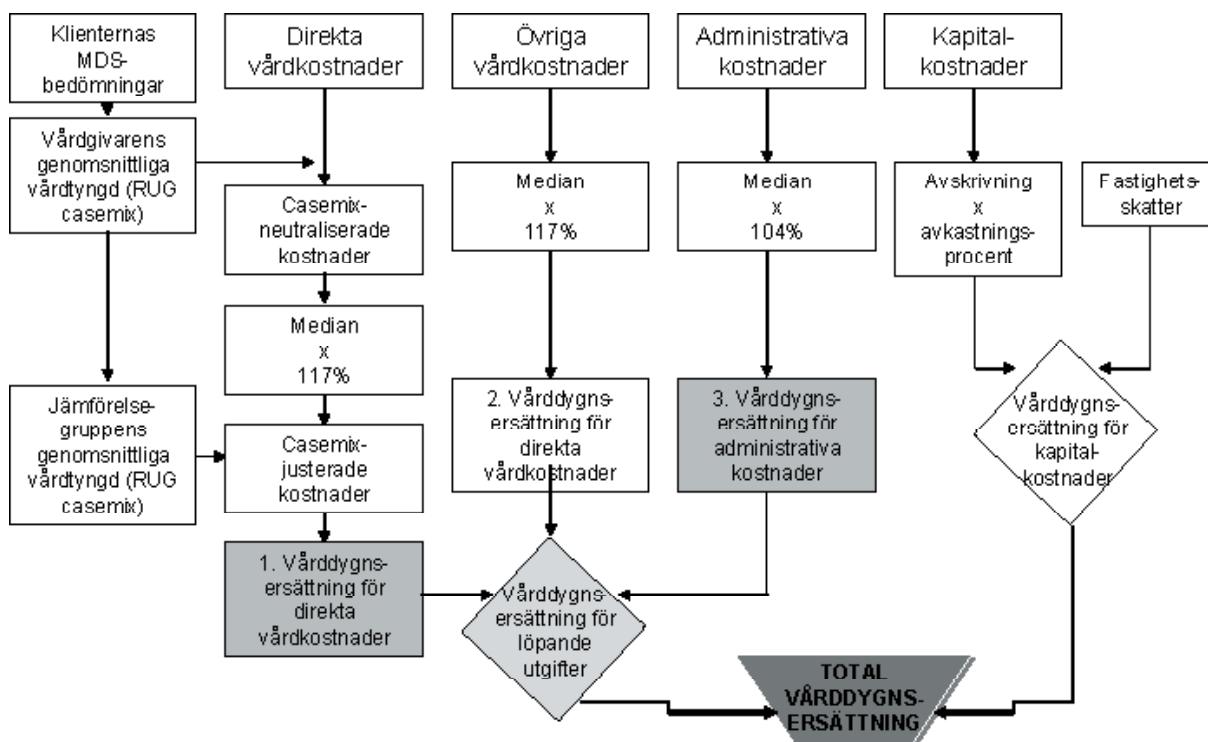
För de direkta vårdkostnaderna beräknas den casemix-neutraliserade vårddygnskostnaden enligt den princip som beskrevs tidigare. För fastställandet av ett högkostnadspris rangordnas värdenheterna i respektive jämförelsegrupper på basen av det neutraliserade vårddygnspriset. På detta sätt får man fram medianvärdet (mittenvärdet) som multipliceras med en procentsats för fastställandet av högkostnadspriset. I Pennsylvania utgör högkostnadstaket 117 % av mediankostnaden. För värdenheterna räknas ännu ett förhöjt pris på basen av vissa procentsatser (Capped Per Diem). Ifall det egna vårdpriset ligger under takvärdet används detta som bas för vårddygnersättningen, i annat fall betalas ersättningen enligt takvärdet.

Nedan ges ett exempel där enheten D utgör medianenheten i sin jämförelsegrupp. Vid basåret har kostnadsvikten varit 1,01, men ligger nu på 0,95 för den kommande ersättningsperioden. Vårddygnspriset blir därmed $49,82 \times 0,95 = 47,33$. För vårdgivarna F och G är de neutraliserade vårddygnskostnaderna högre än takvärdet och för dessa institutioner baseras ersättningen på takvärdet (54,38).

Mediankostnader, takvärde och upptrappat pris

Vårdenhet	Neutraliserat vårddygnspris	Takvärde (median × 117 %)	Upptrappat pris (Capped Per Diem)	Vårdenhetens vårddygn som ligger som grund för ersättning för de kommande tre månaderna	Vårddygnersättning för direkta kostnader (vårddygn × upptrappat pris)
A	27,04	54,38	35,81		
B	30,58	54,38	38,36		
C	31,15	54,38	38,77		
D	46,48	54,38	49,82	0,95	47,33
E	50,25	54,38	52,55		
F	53,93	54,38	54,38		
G	62,09	54,38	54,38		

Vårdbyggspriset för de övriga *vårdrelaterade kostnaderna* räknas på samma sätt med undantag av att dessa kostnader inte justeras med vårdtyngden. Även här utgör takvärdet 117 % av mediankostnaden. För de *administrativa vårdkostnaderna* utgör takvärdet endast 104 % av mediankostnaden. Vårdbyggsersättningen för *kapitalkostnader* beräknas så att alla avskrivningar summeras och multipliceras med en räntesats (avkastningsprocent) och till denna tilläggs en vårdbyggskostnad för fastighets-skatt. Figur 2 åskådliggör ersättnings-systemet i Pennsylvania i dess helhet.



Figur 2. RUG-III ersättnings-systemet i Pennsylvania

Tabell 4 åskådliggör vidare hur den totala ersättningen kan se ut för en vårdgivare under ett år. I detta exempel är ersättningskomponenterna för de direkta casemix-neutraliserade vårdkostnaderna \$40, övriga vårdkostnader \$30, administrativa kostnader \$20 och kapitalkostnader \$10. Vårdtyngden låter vi variera under de olika kvartalen för att åskådliggöra hur den totala vårdbyggsersättningen förändras. Eftersom den casemix-justerbara delen utgör endast 40 % av totalkostnaderna medför t.ex. en förändring av vårdtyngden med 20 procentenheter en förändring av den totala vårdbyggsersättningen med endast 8 procent. Ersättningen fastställs för tre månader åt gången och den vårdtyngd som står till grund har tagits ca 6 månader tidigare. Exempelvis baserar sig vårdbyggspriset för juli–september på en bild av klientstrukturen som tagits i februari.

Tabell 4. Exempel på sammanställning av vårddygnspris i Pennsylvania

Ersättningsperiod ¹	RUG-III-mättningsmånad	Vårdtyngd (RUG-III-medeltal)	Direkta vårdkostnader	Övriga vårdkostnader	Administrativa kostnader	Kapitalkostnader	Total vårddygnserättning
Juli - September	Februari	1.20	48.00 (\$40×1.20)	30.00	20.00	10.00	\$108.00
Oktober - December	Maj	1.00	40.00 (\$40×1.00)	30.00	20.00	10.00	\$100.00
Januari - Mars	Augusti	0.80	32.00 (\$40×0.80)	30.00	20.00	10.00	\$92.00
April - Juni		0.90	36.00 (\$40×0.90)	30.00	20.00	10.00	\$96.00

1 I USA börjar räkenskapsperioden 1.7.

Ohio

Ohio är en delstat i mellanvästern med en befolkning på ca 10 miljoner. Medicaid-försäkringen i Ohio införde RUG-III i sitt ersättningssystem år 1994. Systemet är uppbyggt ungefär på samma sätt som i Pennsylvania. De godtagbara kostnaderna indelas i fyra kostnadslag:

- Direkta vårdkostnader (casemix-justeras)
 - Löner för vårdpersonal, ledande vårdpersonal och annan personal som deltar i vården, med undantag av rehabiliteringspersonal.
- Säkrade kostnader
 - fastighetskostnader, fastighetsskatter, uppvärmning (olja/gas), vatten, avlopp, el och vissa andra förnödenheter
- Indirekta kostnader
 - vårdförnödenheter, läkemedel, konsultationer, måltider, små anskaffningar, tvätt, bokföring, adb-system, fortbildning av personal m.m.
- Kapitalkostnader
 - Avskrivningar och mindre reparationer

Direkta vårdkostnader

Högekostnadstaket utgör 123,78 % av mediankostnaden. Procenttalet representerar 85-percentilvärdet när vårdgivarna rangordnades enligt casemix-neutraliserade vårddygnskostnader (i den studie som utgjorde grunden för utvecklandet av ersättningssystemet). För fastställande av den direkta vårddygnserättningen grupperas vårdproducenterna i fyra geografiska områden som utgör jämförelsegrupperna. Om vårdgivarens casemix-neutraliserade kostnader överstiger takvärdet bestäms vårddygnspriset enligt takvärdet.

Säkrade kostnader

För de s.k. säkrade kostnaderna finns det inget högekostnadstak utan de ersätts som ett vårddygnspris på basen av vårdgivarens historiska kostnader (basåret) som inflationsjusteras för den tänkta ersättningsperioden.

Indirekta kostnader

Till den här kategorin hör alla de kostnader som inte definieras som direkta vårdkostnader eller säkrade kostnader. Takvärdet utgör 112,5 % av mediankostnaden och fastställs på basen av jämförelser i likhet med de direkta vårdkostnaderna. Antalet jämförelsegrupper för denna kostnadskategori är åtta till antalet. De fyra geografiska områdena delas in i ytterligare jämförelsegrupper på basen av storlek (1–99 vårdplatser och över 99 vårdplatser).

Kapitalkostnader

Vårdbyggspriset för kapitalkostnader räknas på motsvarande sätt som i Pennsylvania.

Washington

Delstaten Washington ligger i nordvästra USA och har en befolkning på drygt 6 miljoner. Det RUG-III-baserade ersättningssystemet togs i bruk år 1998. Kostnaderna för fastställandet av vårdbyggspriset indelas i sex kategorier:

- Direkta vårdkostnader (casemix-justeras)
- Rehabilitering
- Stödtjänster
- Driftkostnader
- Fastighetskostnader
- Kapitalkostnader

Det direkta vårdkostnadspriset bestäms på basen av casemix-neutraliserade kostnader enligt samma beräkningsmetoder som beskrivits tidigare. För fastställande av kostnadstaket delas vårdgivarna in i tre jämförelsegrupper; en högkostnads-, en tätorts- och en landbygdsregion. Vårdgivarna som har en casemix-neutraliserad kostnad som ligger under 85 % av mediankostnaden ersätts enligt 85 %-nivån och de vårdgivare som har en kostnad som överstiger 115 % av mediankostnaden ersätts enligt takvärdet. Från och med 1.7.2000, dvs. två år efter implementeringen skärpte man dessa gränsvärden till 90 % respektive 110 %. Med denna förändring ville man styra den faktiska ersättningen närmare mediankostnaden. Ersättningen för de övriga kostnadskategorierna bestäms i stort sett på basen av vårdgivarnas verkliga kostnader. Omräkningen av baskostnader sker vart tredje år och de inflationsjusteras årligen. Ersättningen för fastighets- och kapitalkostnader omräknas årligen.

I Washington har man därtill en särskild ersättningskomponent som belönar **kostnadseffektivitet** och som baserar sig på att vårdgivarna rangordnas enligt casemix-justerade vårdbyggspriser. På basen av rangordningen indelas vårdgivarna i fyra kvartiler. En procentsats motsvarande -1 % anvisas för vårdgivarna i den högsta kvartilen (de dyra vårdgivarna), 2 % till den följande, 3 % till den följande och 4 % till den lägsta kvartilen. Respektive procenttal multipliceras sedan med vårdgivarens totala vårdbyggspris omfattande ovannämnda kostnadskomponenter. Vårdgivarna i de tre lägsta kvartilerna får därmed en förhöjning och vårdgivarna i den högsta kvartilen en minskning i ersättningen.

3.2.3 Tilläggsersättningar

I de flesta Medicaid-systemen ger man tilläggsersättningar för bestämda klientgrupper och -behandlingar som anses vara särskilt kostsamma. Till dessa hör exempelvis klienter med ventilator, respirator, aidspatienter och klienter med traumatisk hjärnskada. Även om RUG-III-klassificeringen omfattar högkostnadsgrupper är det viktigt att påpeka att systemet inte har ett s.k. "outlier-system" för identifiering av enstaka dyra klienter (som i DRG-systemet). Ett sätt att handskas med ovanliga fall är att besluta om specialersättningar.

En annan orsak till tilläggsersättningar kan vara att skapa särskilda incitament. I delstaten Georgia ger man ett specialtillägg till vårdenheter som anställer en högre utbildad personal och ett tillägg ges för deltagande i kvalitetsförbättrande projekt. I delstaten Missouri har man höjt på kostnadsvikterna för vissa RUG-III-grupper där man velat förbättra tillträdet till vården.

Hittills har delstaterna inte utvecklat ersättningssystem där man direkt skulle belöna vårdgivarna för vårdkvalitet. En sådan plan har uppgjorts för delstaten Michigan men har ännu inte implementerats. Idén bygger på att man skulle ge kvalitetspoäng åt vårdgivarna enligt bestämda kvalitetsindikatorer utvecklade på basen av RAI. Dessa kvalitetspengar skulle delstatsmyndigheten ge som ett tillskott till nuvarande ersättningar. Enligt planen som gjordes 1999 handlade det om totalt \$12,5 miljoner eller ca \$50 000 i medeltal per vårdgivare i de simuleringar som gjordes. Planen bordlades på grund av delstatens resursbrist (Fries, 1999).

3.3 Kanada

Kanada har ett i huvudsak skattefinansierat hälso- och sjukvårdssystem, där vården produceras av privata vårdgivare. Ersättningen till sjukhus och vårdinrättningar sker via årsanslag. De kanadensiska sjukhusen erbjuder vanligen både kronisk vård och akutvård. I den ersättningsmodell som utvecklats i provinsen Ontario används RUG-III för att justera den kroniska delen av vården. Även här används tidigare bokslut och RUG-III-uppgifter vid fastställandet av den kommande ersättningen.

För den kroniska vården beräknas prestationerna på basen av antalet producerade vårddygn per år vilka justeras med RUG-III. På motsvarande sätt beräknas justerade vårdepisoder för den akuta vården. Dessa aktiviteter sammanförs i en regressionsmodell som beräknar den förväntade kostnaden per casemix-justerad aktivitet. Eftersom prestationerna för den kroniska vården beräknas på basen av vårddygn och inte vårdepisoder, har man gjort en omräkning så att kostnaderna kan relateras till episodkostnaderna för akutvården.

I regressionsmodellen jämförs sjukhusets verkliga kostnad per casemix-justerad aktivitet med de förväntade. Om vårdgivarens kostnader ligger över regressionslinjen får vårdgivaren ingen ökning eller så görs en nedskärning i kommande budget. Om vårdgivaren däremot ligger under regressionslinjen innebär det en ökning. I modellen har man även beaktat skillnader i kostnader som vårdgivaren inte kan påverka eller som ger kostnadshöjande effekter som exempelvis utbildning, geografisk placering och särskilda verksamheter. Totalt sett innebär modellen en marginell justering av årsbudgeter. Årsanslaget bestäms alltså till största delen på basen av vårdgivarnas historiska kostnader.

3.4 Schweiz

Schweiz är det land i Europa som först introducerade RUG-III för ersättningar. Olika RUG-baserade ersättningssystem har sedan år 1998 tagits i bruk på kantonnivå (regionalt). Vid slutet av år 2003 hade 5 av de 26 kantonerna implementerat RUG-III i sina ersättningssystem. Den huvudsakliga orsaken till införandet var att man ville byta ut ett tidigare vårdtyngdsinstrument som inte ansågs beskriva klienternas resursbehov tillräckligt bra. Kantonerna använder 44-grupperingen (version 5.12), som i vissa kantoner har reducerats till endast 12-15 grupper. Man har även räknat fram landsspecifika kostnadsvikter och man använder både totalkostnadsvikter och omvårdnadsvikter beroende på vilka kostnader som ersätts av försäkringen. Ersättningsmetoden är RUG-III-baserade prisklasser motsvarande det system som används av Medicare. För beräkning av RUG-grupp använder man MDS-bedömningar för inskrivning, årlig och väsentlig förändring av tillståndet. Därutöver används en halvårsbedömning omfattande endast RUG-III-variabler.

I Schweiz finansieras institutionsvården för äldre genom en allmän sjukförsäkring (socialförsäkring om inkomsten är låg), klientavgifter, kantonerna och kommunerna. Kostnaderna mellan dessa fördelas i stort sett enligt följande:

- Vårdkostnaden finansieras i huvudsak av sjukförsäkringen och klienterna själva (som kan ansöka om stöd från socialförsäkringen om de egna inkomsterna är låga).
- Fastighetskostnaderna finansieras i huvudsak av kommunerna och kantonerna.
- Resten finansieras med användaravgifter.

I princip fattas beslut om kostnadsfördelningen och ersättningsnivån på basen av förhandlingar mellan representanter för sjukförsäkringen och vårdgivarnas intresseorganisationer. Det finns inga bestämda regler för när priser och ersättningar justeras utan man förhandlar enligt behov. De flesta vårdgivarna i Schweiz är privata icke-vinstdrivande vårdgivare, men det finns även offentliga kommunägda och en del vinstdrivande vårdföretag. Ersättningssystemet i Schweiz skiljer sig från de andra RUG-III-baserade systemen genom att vårdgivarna fakturerar klienterna som sedan söker partiell ersättning från sjukförsäkringen. Enligt federal lagstiftning skall sjukförsäkringarna täcka kostnaderna för den direkta vården. Med det finns olika tolkningar på hur detta skall tillämpas.

En typisk situation för hur ersättningen fördelas är följande:

• Grundpris (för rum, måltider, städning, aktiviteter)	Fr. 90,-
• RUG-baserat pris som ersätts av sjukförsäkringen	Fr. 80,-
• RUG-baserat pris som ersätts av klienten	Fr. 60,-
Totalt	Fr. 230,-

Klienten betalar alltså 150 Fr. per dygn och ifall inkomsterna inte räcker till kan klienten ansöka om stöd från socialförsäkringen (Ergänzungsleistungen).

Fördelningen av kostnaderna mellan de olika parterna baseras även på:

- hur mycket kantonen och kommunen betalar för infrastrukturen (fastigheter m.m.)
- huruvida vårdgivaren är privatägd eller offentlig
- den enskilda vårdgivarens kostnadsstruktur
- sjukförsäkringens ersättningsnivå, som har förhandlats fram i kantonen.

Verifiering av MDS-bedömningarna handhas av ett privat företag som sjukförsäkringarna och vårdgivarorganisationerna har anlitat. Det finns inga specifika bestämmelser för när en granskning skall göras. Vanligen har en auditering gjorts av alla enheter under det första året

(implementeringsåret) varefter slumpmässiga auditeringar görs på cirka en fjärdedel av vårdenheterna årligen, eller på basen av information som tyder på felanvändning. Auditeringsteamet består vanligen av en RAI-specialist från det anlitate företaget, representanter från vårdgivarna, sjukförsäkringen och myndigheten (kantonen).

3.5 Island

Island införde RUG-III för ersättningar år 2003. Systemet är ännu i ett utvecklingskede och förväntas genomgå förändringar vartefter man får mera erfarenheter av tillämpningen. På Island är det den centrala statsmakten som finansierar institutionsvården för äldre. Den viktigaste orsaken till införandet av RUG-III var att harmonisera ett tidigare brokigt ersättningssystem. Därtill ville man införa ett system som beaktade klientstrukturen vid fastställande av ersättningen. Det RUG-III-baserade ersättningssystemet påminner i första hand om de kostnadsbaserade Medicaid-systemen. Island använder RUG-III/44-grupperingen med partiella isländska kostnadsvikter. Man har gjort ett begränsat antal egna tidsmätningar som sedan har anpassats med de amerikanska kostnadsvikterna.

Vårddygnspriset beräknas på basen av tre MDS-bedömningar och är i kraft ett år i taget. I den kostnad som justeras med RUG-III ingår endast vårdpersonalens lönekostnader. För resterande kostnader beräknas en fast vårddygnsersättning. För reparationer av fastigheter beräknas en ersättning baserad på fastighetens storlek enligt kvadratmeter. Vårdgivarna skickar årligen in sina kostnadsuppgifter till hälsoministeriet som räknar ut ersättningen. MDS-uppgifterna samlas i en nationell databas och MDS-verifiering görs av en sjuksköterska som analyserar bedömningarna. En auditering görs ifall regelstridiga uppgifter upptäcks.

3.6 Italien

Italien befinner sig i ett planeringskede för införande av ett RUG-III-baserat ersättningssystem. Orsaken till reformen är att det nuvarande betalningssystemet inte beaktar några skillnader i klientstrukturen, vilket anses resultera i att vårdgivarna tenderar att välja ut klienter med för låg svårighetsgrad. Det finns heller inget system där vårdkostnaderna olika vårdgivare emellan kunde jämföras på ett rättvist sätt, eftersom klientstrukturen inte mäts på ett systematiskt sätt. För att lösa dessa problem valde man RUG-III. Man hoppas också på att en effektivare resursfördelning skall bidra till att förbättra kvaliteten i vården.

RUG-III-klassificeringen togs i bruk år 2003 i tre regioner, Marche, Umbria och Toscana, som metod för att mäta klientstrukturen. Under 2004 eller senare kommer implementeringen av ersättningssystemet att inledas i dessa regioner. Enligt preliminära uppgifter kommer systemet att innehålla följande:

- Ersättningsmetoden är RUG-III-baserade prisklasser motsvarande det system som används av Medicare.
- Man kommer att utnyttja 44-grupperingen men ämnar avlägsna mångsidig rehabilitering (14 grupper) eftersom denna typ av rehabilitering ersätts på annan sätt.
- RUG-III har nyligen validerats i Italien och det finns landsspecifika kostnadsvikter som kommer att användas i ersättningssystemet.

Kostnaderna delas in två komponenter: direkta kostnader, som justeras med RUG-III, och indirekta kostnader som får en fast ersättning per RUG-III-grupp. De direkta kostnaderna om-

fattar vård och vårdrelaterade kostnader såsom löner för vårdpersonal, vårdbiträden, läkemedel, laboratorieundersökningar, vårdförnödenheter m.m. De indirekta kostnaderna kommer att omfatta fastighet, underhåll, kapitalkostnader m.m. Vårddygnspriserna kommer att justeras årligen, i första hand på basen av inflation. Man kommer att utnyttja MDS-bedömningar innehållande endast RUG-III-variablerna. MDS-verifiering kommer att ingå i systemet och man räknar med att göra auditeringar en gång i året per vårdinstitution. Enligt planerna kommer övervakningen att handhas av det regionala hemvårdsverket.

4 Sammanfattande analys

Som framgår i denna rapport har RUG-III-baserade ersättningssystem utvecklats på olika sätt. Några iakttagelser är värda att beaktas.

- De RUG-III-baserade ersättningssystemen grundar sig på gällande strukturer i finansiering och betalning av vården. Införande av RUG-III som bas för ersättningar betyder inte att dessa strukturer måste förändras.
- Självva nivån på ersättningarna är direkt kopplad till de ekonomiska realiteterna. Ett casemix-baserat ersättningssystem betyder (per definition) att man varken satsar mera eller mindre på vården, utan det handlar i första hand om att fördela de knappa ekonomiska resurserna mer effektivt och rättvist.
- De kostnadskomponenter som används som grund för ersättningssystemen är vanligen härledda från vårdens verkliga kostnader. Kostnadskomponenterna kan och brukar ibland ändras genom politiska beslut. Ett casemix-baserat ersättningssystem kan på så sätt också vara ett effektivt instrument för att höja eller sänka de resurser som tilldelas vården.
- I vissa ersättningssystem beräknas vårddygnspriser för varje enskild RUG-III-grupp och i andra system beräknas ett vårddygnspris för varje enskild vårdgivare på basen av den genomsnittliga vårdtyngden. I princip är det ingen skillnad mellan dessa system (om andra faktorer hålls konstanta) eftersom den senare modellen enbart handlar om en aggregering av casemix-uppgifter.
- I de ersättningssystem som presenterats justeras endast den direkta vårdkostnaden med casemix. Den casemix-justerbara delens storlek avgör alltså hur mycket vårdtyngden påverkar på vårddygnspriset. Ju större den casemix-justerbara delen är desto större verkan har vårdtyngden på den slutliga ersättningen.

Prisbaserade vs. kostnadsbaserade system

Den största principiella skillnaden mellan de modeller som presenterats berör de s.k. prisbaserade och kostnadsbaserade systemen. Lubarsky (2003) nämner följande för- och nackdelar:

Prisbaserade system

Fördelar:

- Jämnar ut "spelplanen" för vårdgivarna eftersom samma ersättning ges till alla vårdgivare (för vård av klienter med samma vårdtyngd)
- Uppmuntrar till sparande och kostnadskontroll
- Administrativt ett lättfattligt system

Nackdelar

- Höga vinstpotentialer
- Risk för minskad spendering av utgifter på patientvård
- Kan på sikt pressa ner resurstillflödet (lågprisvårdarna driver prissättningen)
- Kan vara ett dyrare system om priserna fastställs tillräckligt högt

Kostnadsbaserade system

Fördelar:

- Sammanbinder användningen av medel och ersättning
- Beaktar större variationer i resursanvändningen, särskilt gällande personalkostnader
- Kan bättre anpassas till regionala skillnader i serviceproduktionen
- Ett mera traditionsenligt system. Vårdgivarna (i USA) är vana med motsvarande system

Nackdelar:

- Större skillnader i ersättningsnivåer mellan vårdgivare eftersom ersättningen till en del baseras på historiska kostnader
- Kan vara mera inflationsdrivande än de prisbaserade systemen
- Accepterar (bekostar) en viss ineffektivitet i serviceproduktionen

I praktiken är ersättningsmodellerna sällan renodlade, just för att sammanjämka effektivitets- och kvalitetsmålsättningarna. Exempelvis omfattar de flesta kostnadsbaserade modellerna hög- och lågkostnadsskydd som driver ersättningen närmare mediankostnaden (kostnadseffektivitet), och vissa av de prisbaserade modellerna begränsar vinstmaximeringen genom att sätta gränser för hur stor andel av resurserna som måste spenderas på patientvård (en form av kvalitetssäkring).

Tillämpning i Finland

Utvecklingen av ersättningsmodell(er) för Finland kräver en närmare definition av policy-målsättningarna. Sannolikt innebär casemix-baserad ersättning att kommunerna måste satsa mera på att utveckla sin beställarroll. Ur privata vårdgivares perspektiv torde casemix-baserade ersättningssystem leda till bättre verksamhetsförutsättningar eftersom de ekonomiska intäkterna och riskerna bättre kan förutses.

I de system som granskats är betalaren en nationell sjukförsäkring eller central myndighet som fastställer RUG-III-priserna. I länder som Finland med ett decentraliserat beslutsfattande skulle motsvarande ersättningssystem kräva någon typ av samordning mellan kommunerna, t.ex. för uträkning av priser. Regionalt samarbete på sjukvårdsdistriktsnivå eller motsvarande, eller någon typ av nationell databas för detta ändamål kunde vara en lösning.

En annan möjlighet är att utveckla ett ersättningssystem där vårdproducenterna åläggs definiera sina produkter enligt RUG-III, men själva priset avgörs genom offerttävlingar och förhandlingar. Dylika system har inte testats inom ramen för RUG-III, även om det schweiziska systemet omfattar en viss förhandlingsprocess.

Kvalitetsersättningar borde även utredas närmare. Initiativet från delstaten Michigan är intressant ur detta perspektiv. En fördel med RUG-III är att det är kopplat till ett större bedömningsinstrument (RAI) som ger möjlighet till mätning av vårdens kvalitet.

Sammanfattningsvis utgör de ersättningsmodeller som presenterats i denna rapport en bra utgångspunkt för vidare bearbetning och utveckling av ett finländskt RUG-III-baserat ersättningsystem.

Referenser

- Berg K, Mor V, Morris J et al. Identification and Evaluation of Existing Nursing Homes Quality Indicators. *Health Care Financing Review*, Summer 2002; 23(4), 19-36.
- Björkgren M, Häkkinen U, Finne-Soveri H. Pitkääikaispotilaiden voimavaratarve RUG-luokituksella. *Stakes Aiheita* 1/1998.
- Björkgren MA, Fries BE, Shugarman LR. A RUG-III case-mix system for home care. *Canadian Journal on Aging* 2000; Vol. 19 suppl. 2: 106-125.
- Björkgren MA. Case-Mix Classification and Efficiency in Long-Term Care Facilities of the Elderly, *Stakes Research Reports* 124, 2002, Gummerus Printing, Saarijärvi, 2002.
- Björkgren MA, Fries BE. Applying RUG-III for reimbursement of nursing facility care. *Int. J. Healthcare Technology and Management*, 2004 (in review).
- Carpenter GI, Ikegami N, Ljunggren G, Carrillo E, Fries BE. RUG-III and Resource Allocation: Comparing the relationship of direct care time with patient characteristics in five countries. *Age and Aging* 1997; 26: 61-65.
- Clauser SB, Fries BE. Nursing home resident assessment and case-mix classification: cross national perspectives. *Health Care Financing Review*. 1992; 13(4): 133-153.
- Cotterill PG, Gage BJ. Overview: Medicare Post-Acute Care Since the Balanced Budget Act of 1997. *Health Care Financing Review*, Summer 2002; 24(2), 1-6.
- Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Gavazzi M, Burke R, Cornelius E. Refining a case mix measure for nursing homes: Resource Utilization Groups (RUG-III). *Medical Care* 1994; 32(7): 668-685.
- Fries BE (Principal Investigator), *Evaluating Michigan's Nursing Home Quality Incentives*, 1999, Project Plan.
- Hawes C, Morris JN, Phillips CD, Mor V, Fries BE, Nonemaker S. Reliability Estimates for the Minimum Data Set for Nursing Home Resident Assessment and Care Screening (MDS). *The Gerontologist* 1995; 35(2): 172-178.
- Lubarsky JP. Developing and Implementing Case-Mix: The Provider Perspective. Presented at the National Case-Mix Conference, March 20-21, 2003, Baltimore, USA.
- Punkari J, Kaitokari P. Suunnitelma sairaalalaskutuksen uudistamiseksi. *Työryhmämuistioita* 2003:1, Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.
- Sosiaaliturva 2003:1. Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystieteiden palvelut 2002, *Äldreomsorgen* 2002 Care and Services for Older People 2002.

Intervjuar

Bartelt Guido, Q-Sys AG, Switzerland

Bjarnason Hermann, Ministry of Health and Social Security, Iceland

Callaghan Ken, Office of Rates Management, Washington, USA

Deck Bill, Georgia Department of Community Health, USA

Fries Brant E, University of Michigan, USA

Gilgen Ruedi, Klinik für Geriatrie und Rehabilitation, Zürich, Switzerland

Grechi Francesca, Project Manager, Marche Region, Italy

Jonsson Palmi, Landspítali University Hospital, Reykjavík, Iceland

Lee Richard, Pennsylvania Department of Public Health, USA

Perry Amy, Myers & Stauffer Inc., USA

Teare Gary, University of Toronto, Canada

Wade Kathryn, Myers & Stauffer Inc., USA



JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO
CHYDENIUS-INSTITUUTTI -
KOKKOLAN YLIOPISTOKESKUS

SELOSTEITA JA

KATSAUKSIA

Nro 45

ISBN 951-39-1958-7

ISSN 1236-598X