

Riksavtalet för utomlänsvård och utvecklingen av digitala vårdtjänster

1. Sammanfattning.....	3
2. Bakgrund och uppdrag	4
Uppdraget.....	4
Uppdragets genomförande.....	4
3. Utvecklingen av den digitala vården går snabbt.....	4
4. En stor del av de digitala läkarkontakterna är utomlänsvård	6
Arbetsgruppens medskick och förslag:.....	6
Bakgrunden till Riksavtalet	6
Underleverantörer till kontrakterade privata vårdgivare	7
Tydligare information om att det är utomlänsvård	8
Förenklad utomlänsfakturering.....	8
5. Är det ”rätt” vård som de digitalt verksamma vårdgivarna får ersättning för?	9
Arbetsgruppens medskick och förslag:.....	9
Vilken vård lämpar sig för att ge digitalt?.....	9
Vad är en digital vårdkontakt?.....	11
När föreligger betalningsskyldighet för distanskontakter landstingen emellan?	12
6. Är ersättningarna mellan landstingen transparenta, rimliga och konkurrensneutrala?.....	14
Arbetsgruppens medskick och förslag.....	14
Den ökade digitala vården utmanar ersättningsmodellerna.....	14
Ersättningar till utförare för inom- respektive utomlänspatienter	15
Vad kostar vården och vad faktureras i utomlänsvården?.....	16
Patientavgifter.....	17
7. Medicinsk service vid digital vård	19
Arbetsgruppens medskick och förslag.....	19

Vårdgivares skyldighet ta emot remisser för medicinsk service	19
Hanteringen av remisser för medicinsk service	21
Rutiner för fakturering och ansvar för bedömning m.m.	21
Bilaga 1: Sammanfattning av enkäten till landstingen	23
Bilaga 2: Socialstyrelsens definition av distanskontakt.....	28
Bilaga 3: Kvalificerad vård enligt Socialstyrelsen	29

1. Sammanfattning

Arbetsgruppen föreslår ekonomidirektörerna att

- Initiera ett arbete för landstingsgemensamma och tydligare krav på vårdgivare och deras underleverantörer, för att RIA ska kunna fungera på avsett vis.
- Inför krav på en tydligare information till patienten vid varje digital vårdkontakt som tydligt anger vilken vårdcentral som är kontraktsansvarig och om det är utomlänsvård
- Ge ett tilläggsuppdrag till nuvarande projekt (Inera) för att ytterligare förenkla utomlänsfaktureringarna.
- Besluta att alla landsting ska göra lika genom att utomlänspriser ska redovisas brutto, och betald patientavgift dras av i samband med fakturering. Även hanteringen av momskompensationen bör göras på samma sätt av alla.
- Rekommendera Hälso- och sjukvårdsdirektörerna att verka för att organisationen för Kunskapsstyrning utformar medicinska riktlinjer för vilka sjukdomstillstånd som lämpar sig för behandling på distans.
- Initiera ett arbete med att förtydliga kriterierna för utomlänssättning i SKLs rekommendation om digitala vårdkontakter och betalningsskyldighet för hemlandstinget.
- Enas om att verka för att alla landsting (och inte bara ett som idag) tillämpar de regler som finns i RIA om att ge samma besöksersättningar till vårdgivare inom LOV för olistade såväl utomlänss- som inomlänsspatienter.
- Enas om att RIA:s regler om vidarefakturering av kostnader för vård enligt LOV bör förtydligas eftersom följsamheten varierar idag, och att alla landsting tillämpar reglerna.
- Överväg ett förslag om att införa en för alla landsting gemensam patientavgift för digitala vårdkontakter.
- Besluta om en konsekvensanalys av de föregående tre punkternas effekt bl.a. för vårdutbudet.
- Initiera en bredare översyn av RIA:s regler, med inriktning mot ett nationellt listningssystem och ev. gemensamma ersättningssystem och mer enhetliga patientavgifter.
- Initiera en fortsatt översyn av området medicinsk service vid digital vård, med inriktning mot en gemensam rekommendation.

2. Bakgrund och uppdrag

I maj 2017 beslutade SKL:s styrelse om en rekommendation till landstingen och regionerna om gemensamma utomlänsersättningar för digitala vårdtjänster. Ekonomidirektörsnätverket beslöt 19 maj att ge ett fortsatt uppdrag till den arbetsgrupp¹ som tog fram underlaget för rekommendationen.

Uppdraget

Det fortsatta uppdraget har varit att se över behovet av förändringar och anpassningar av Riksavtalet för utomlänsvård (RIA), eller dess tillämpningar, som följer av den ökande förekomsten av digitala vårdtjänster. Syftet är att skapa förutsättningar för att avtalet ska stödja och bidra till - inte motverka - en fortsatt och bred utveckling av den digitala vården.

I uppdraget har ingått att se på följande områden: utomlänsersättningar, patientavgifter, medicinsk service, uppföljning av digital vård samt vissa upphandlingsfrågor.

I denna rapport behandlas framför allt frågor om utomlänsersättningar, patientavgifter och medicinsk service. Rapporten tar sitt avstamp i utvecklingen av den digitala vården och utomlänsavtalets roll.

Uppdragets genomförande

En enkät har skickats ut till samtliga landsting, med frågor inom alla berörda områden. Enkäten har besvarats av alla landsting utom ett. En sammanfattning av enkätresultaten redovisas i [bilaga 1](#).

Arbetsgruppen har sammanställt och analyserat materialet, diskuterat med olika nätverk och kommit fram till vissa slutsatser och förslag. Resultatet av arbetet redovisas i denna rapport *som behandlas av ekonomidirektörsnätverket 18 januari 2018*.

3. Utvecklingen av den digitala vården går snabbt

Den digitala utvecklingen ger stora möjligheter att förbättra vården genom nya former för kommunikation, informationsbehandling och kunskapsförsörjning m.m.

De digitala inslagen i vården har ökat väldigt kraftigt på senare tid, både i form av digitala besök hos de privata s.k. nätläkarna och genom att landstingen utvecklar fler digitala tjänster i vården. I grunden är detta en oerhört positiv och nödvändig utveckling. Det finns en stor potential i digitaliseringen och då inte begränsat till

¹ Arbetsgruppen består nu av Håkan Eweo (Reg Skåne), Caroline Westlund (Lt Värmland), Per-Magnus Henriksson (Lt Sörmland), Jonatan Vincent (Reg Jönköping) och Jan-Olov Wiklund (SLL) samt Agneta Rönn och Lars Kolmodin (SKL).

primärvård utan även i den specialiserade vården. En stor del av debatten handlar just om nätläkarna. Många kritiska röster hörs – men det riskerar samtidigt att förhindra en konstruktiv och positiv diskussion om de möjligheter som öppnas med den digitala utvecklingen.

Även om landstingen själva satsar mycket på digitaliseringen finns också ett stort tryck från olika privata aktörer som erbjuder olika tjänster. Det kan vara helt nya aktörer (t.ex. Medicoo) eller stora, etablerade aktörer (t.ex. Caphio). Det finns inte någon tydlig, samlad strategi från landstingens sida kring vilken roll de privata aktörerna kan ha eller hur reglerna ska utformas. Det har varit stort fokus på Kry och MinDoktor, som är underleverantörer och indirekt anslutna till vårdval primärvård i Region Jönköpings län. Då Region Jönköping är kontraktsslutande landsting, men merparten av patienterna inte är folkbokförda i Jönköpings län blir det till väldigt stor andel utomlänsvård. Antalet besök hos nätläkarna har ökat väldigt kraftigt, men utgör fortfarande en väldigt liten del av den samlade verksamheten i primärvården. Det totala antalet utomlänbesök hos digitala läkare i Region Jönköping uppgick till totalt knappt 200 000 under tiden dec 2016-nov 2017 – vilket motsvarar omkring 1,4% av det totala antalet läkarbesök i primärvården 2016, som var ca 14 miljoner.

Eftersom de digitala tjänsterna är lättillgängliga även över landstingsgränserna blir utomlänssättningarna en viktig fråga, där det kan finnas behov av större samsyn mellan landstingen i den pågående utvecklingen. Det gäller även frågan om patientavgifter (vilket illustreras av exemplet att Doktor.se etablerar sig i ett landsting med nolltaxa). Att t.ex. den medicinska servicen fungerar vid digital vård är också en viktig förutsättning för den fortsatta digitala utvecklingen i vården.

I de följande fyra avsnitten behandlas de frågor som arbetsgruppen primärt haft att analysera. Varje avsnitt inleds med gruppens medskick eller förslag till Ekonomidirektörerna, som sedan beskrivs och motiveras.

Den pågående utvecklingen aktualiserar också ett antal frågor när det gäller vårdens framtida utveckling; frågor som ligger utanför arbetsgruppens uppdrag men som ändå är relevanta att adressera i sammanhanget. Det handlar bl.a. om hur de nya, digitala vårdtjänsterna kan ses i den nuvarande vårdstrukturen - kan de komma att bli en ”ny vårdnivå” som i så fall påverkar de vårdkedjor och den struktur som nu är etablerad? Och hur kommer en ökad användning av artificiell intelligens (AI) att påverka t.ex. möjligheterna till sortering, rådgivning och medicinsk bedömning, kontinuerlig monitorering etc.? Kan vi i en framtid se för oss att en del av ”första linjens primärvård” skulle kunna hanteras av en nationell, solidariskt finansierad, kvalificerad digital triageringsfunktion som kunde hantera enklare behandlingar av standardärenden? Och hur kan utvecklingen främja också den nära vården av äldre och multisjuka?

Detta är exempel på strategiska frågor som behöver diskuteras i olika, landstingsövergripande sammanhang – och olika lösningar och strategier kommer också att påverka och påverkas av finansierings- och ersättningsmodellerna i vården.

4. En stor del av de digitala läkarkontakterna är utomlänsvård

Arbetsgruppens medskick och förslag:

- *RIA bygger på att kontraktsanslutna privata utförare, oberoende av var de ligger geografiskt, är valbara och ska få ersättning för utomlänskontakter. Om man vill riva upp denna princip så river man upp en del av grunden för RIA. Vi förordar istället ett arbete för ett landstingsgemensamt förhållningssätt kring tydligare krav på vårdgivarna och deras underleverantörer.*
- *Vi vill peka på möjligheten att införa krav på en tydligare information till patienten vid varje digital vårdkontakt som tydligt anger vilken vårdgivare/vårdcentral som är ansvarig och om det är utomlänsvård (som innebär t.ex. sämre förutsättningar för kontinuitet och svårare att göra ett kompletterande fysiskt besök)*
- *En ökad volym av utomlänsfaktureringar ökar behovet av ett förenklat faktureringsystem. Vi vill peka på möjligheten att lägga ett tilläggsuppdrag till gruppen som arbetar med utomlänsfakturering.²*
- *Vi föreslår att ED beslutar att utomlänspriser ska redovisas brutto, och betald patientavgift dras av i samband med fakturering. Alla landsting ska göra lika, även när det gäller hanteringen av moms-kompensationen.*

Bakgrunden till Riksavtalet

RIA innehåller bestämmelser om vad som gäller när en person, i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen och Patientlagen, får vård utanför sitt eget landsting. RIA innebär att ett landsting fakturerar hemlandstinget den kostnad man har för en utomlänspatient. För privat vård gäller att landstinget ska fakturera den kostnad som avtalats med en privat utförare i landstinget.

En del av debatten kring digital vård handlar om kritik mot att denna vård rent formellt blir utomlänsvård, trots att det inte finns något samband med var patienten eller vårdgivaren finns rent fysiskt. Eller att patienten inte ens lämnar sitt hem. Men Riksavtalet för utomlänsvård är utformat just så. Avtalet omfattar sedan 2015 inte enbart vård i andra landsting, utan också vård hos en privat utförare med kontrakt med ett annat landsting. Det kontraktsslutande landstinget kan vara ett annat än både

² T.ex. samlingsfakturor på totalbeloppet enbart, där Sverigefilen på detaljnivå utgör grund för fakturerad utomlänsvård. Filen som specificerar besöken ska också kunna ligga till grund för vidarefördelning av kostnader mellan vårdcentralerna inom ett landsting.

vårdlandsting och hemlandsting. Riksavtalet som gäller från 2015 reglerar att en privat utförare alltid fakturerar det kontraktsslutande landstinget. Det kontraktsslutande landstinget kontrollerar fakturerad vård mot kontrakt, samt vidarefakturerar hemlandstinget för den vård som patienter från andra landsting konsumerat.

Vilken vårdgivare som patienten kontaktar och vilket som är det kontraktsslutande landstinget, är avgörande för om Riksavtalet för utomlänsvård blir tillämpligt eller ej. I vilket län som den privata utföraren är etablerad saknar i detta avseende relevans.

Underleverantörer till kontrakterade privata vårdgivare

Vårdvalet i primärvård innebär fri etableringsrätt för vårdgivare, som kan etablera sig i ett eller flera landsting genom att uppfylla kraven i landstingets s.k. vårdvalsbok. Utomlänsavtalet innebär som sagts ovan att det räcker att vårdgivaren är kontrakterad i ett län för att vara valbar för alla enligt Patientlagen. Det gäller även vårdgivarens underleverantörer.³

De nuvarande reglerna innebär att privata vårdgivare kan komma in som underleverantörer och därmed indirekt blir anslutna till offentlig finansiering och valbara för hela Sveriges befolkning utan att landstingen egentligen medverkar. Detta behöver inte vara något problem – många underleverantörer har framför allt en lokal bas och kan utgöra ett värdefullt komplement till vårdgivarna med sådan verksamhet som med fördel kan bedrivas i egen form, t.ex. fotvård och psykologverksamhet. Men med den digitala verksamhetens inträde tillkommer nu också fler och fler digitala aktörer som är intresserade att gå in som underleverantörer även för annat än läkarbesök, t.ex. för att utföra hembesök, samtalsbehandlingar etc. Det finns både möjligheter och risker med detta.

Landstingen har ett planeringsansvar och kan styra utbudet genom sina vårdvalsböcker. En fri etablering av underleverantörer som inte har direkt kontrakt med landstingen och som synes ha större frihetsgrader kan i vissa fall sägas ha förmånligare förutsättningar än vad landstingets kontrakterade vårdgivare har. De senare lever i högre grad med fast ersättning och stort kostnadsansvar.

När digitala aktörer som Doktor.se förvärvar eller etablerar en fysisk vårdcentral når de också ut till hela befolkningen, men är direkt kontrakterade av landstinget. Det är då tydligare vilka krav som gäller, t.ex. när det handlar om journalsystem, krav på NPÖ etc.

Landstingen har också möjligheter att genom sina krav och specificering av uppdraget påverka vårdgivarna och indirekt även deras underleverantörer, och därigenom strama upp den verksamhet som kan bedrivas av de senare. Det kan handla om remissförfaranden, medicinsk service osv. Landstingen kan också påverka ytterligare

³ Landstingen har i vissa fall skrivit in i vårdvalsböckerna (förfrågningsunderlagen) att landstingen förbehåller sig rätten att godkänna eller avslå en vårdgivares önskan att anlita en underleverantör. Det är oklart om det är i enlighet med LOV att kräva ett sådant godkännande.

genom sina ersättningsystem. Vårdgivarna behöver ges ett större ansvar för underleverantörernas verksamhet inom ramen för uppdraget – landstingen ska inte behöva utöva någon uppföljning eller kontroll över underleverantörerna i sig. Kring dessa frågor finns det utrymme för landstingsgemensamma analyser, krav och förhållningssätt.

Tydligare information om att det är utomlänsvård

Det är oklart hur medvetna patienter, som söker digital vård, är om var den digitala vården hör hemma och att det är utomlänsvård. Frågan är dock vilken betydelse det har för patienterna, som ofta är unga och normalfriska, att t ex möjligheten till kontinuitet och återbesök inte är lika stora som om man vänder sig till sin egen vårdcentral. Men ett sätt att öka medvetenheten om vilken vårdcentral i landet som är bas för den digitala verksamheten vore att ställa krav på vårdgivarna att detta klart ska framgå i informationen när patienten söker vård på webben. Dvs. att ansvarig vårdcentral ska klart framgå. Patienten får då en bättre möjlighet att redan vid inloggningen ta ställning till om man hellre vill söka vård i det egna länet.

Förenklad utomlänsfakturering

Om ökningen av utomlänsvården fortsätter att öka kommer det att skapa ett stort administrativt merarbete för landstingen kring utomlänsfaktureringen. Det pågår ett projekt på Inera som innebär att bilagorna till utomlänsfakturorna ska digitaliseras, något som innebär en förenkling. En ytterligare förändring och stor förenkling vid ökade volymer vore att även införa e-fakturor; något som de flesta företag har idag. Det projekt som nu har uppdraget kring utomlänsfaktureringen skulle kunna få ett utvidgat uppdrag att genomföra detta.

Ett ytterligare steg längre fram skulle kunna vara utreda en central funktion för ”clearing” av fakturorna per landsting, på samma sätt som vid Apotekens faktureringar. Syftet skulle vara att minska penningflödena mellan landstingen.

En samlad och enhetlig utomlänsfakturering skulle i förlängningen minska administration för alla huvudmän och förbättra möjligheterna för analyser mm.

Priserna för utomlänsvård fastställs av de sex sjukvårdsregionerna i de regionala prislistorna. Principerna för hur priserna redovisas skiljer sig mellan regionerna – vissa redovisar brutto och vissa netto exkl patientavgifter. Hanteringen av patientavgifterna vid fakturering skiljer sig också, liksom hanteringen av momscompensationen. I enkäten har huvuddelen av landstingen uttalat sig för att det vore önskvärt om alla hade samma modell. Men det finns också problem som gör detta svårt i praktiken p.g.a. olika kassa- och faktureringsystem, hantering av makuleringar/återbetalningar m.m.).

Om utomlänsfaktureringen ska göras om till ett nettofaktureringsystem behöver också prismodellen ensas och alla priser redovisas på samma sätt. Det mest

transparenta och rimliga är att redovisa priserna brutto, att ev. betalda patientavgifter dras av vid faktureringen och att momskompensationen hanteras på ett enhetligt sätt.⁴

5. Är det ”rätt” vård som de digitalt verksamma vårdgivarna får ersättning för?

Arbetsgruppens medskick och förslag:

- *Vi förordar att Hälso- och sjukvårdsdirektörerna rekommenderas verka för att organisationen för Kunskapsstyrning utformar medicinska riktlinjer för vilka sjukdomstillstånd som lämpar sig för behandling på distans.*
 - *Det kan finnas ett behov av och ett intresse för gemensamma kriterier för sortering av symptom och sjukdomsgrupper.*
 - *I ett större perspektiv behövs en utveckling mot en initial triagering som fungerar för både fysisk och digital vård, och där det inte primärt behöver vara läkare som gör den.*
- *Vi förordar ett arbete med att förtydliga kriterierna för utomlänsfakturering i SKL:s rekommendation om digitala vårdkontakter och betalningsskyldighet för hemlandstinget, framför allt*
 - *Vad innebär ”sortering”/triagering (handlar både om patientsäkerhet och att kontakterna hanteras på rätt vårdnivå)*
 - *Hur säkras att det är kvalificerad sjukvård (behov av förstärkt medicinsk revision?)*

Vilken vård lämpar sig för att ge digitalt?

För patienten är digitala besök en stor möjlighet i olika avseenden – och därför är det oerhört viktigt att vården skapar rätt förväntningar på vad som är möjligt och lämpligt framför allt ur ett medicinskt och patientsäkerhetsperspektiv. Det handlar både om vilka diagnoser som lämpar sig, och t.ex. om de digitala läkarnas tillgång till patientens tidigare sjukdomshistorik. Finns det en gemensam grund för detta idag, och om inte – hur kan den byggas?

Det har varit och är en livlig debatt om lämpligheten av vård på distans för olika symptom och sjukdomstillstånd. Detta kan ses som en indikation på avsaknad av ett ordnat införande av det nya sättet att möta patienternas behov.

För att öka kostnadseffektiviteten i digital vård, bör en digital vårdkontakt med fysisk legitimerad personal föregås av en digital **sortering**, så kallad triagering. Detta är ett uppställt krav i SKL:s rekommendation för digital vård i primärvården, maj 2017. Syftet med sortering är att utesluta symptom och diagnoser som bör tas omhand av den

⁴ Den nuvarande överenskommelsen om hantering av momskompensation vid utomlänsvård fungerar bra för LOU-vård men inte för LOV-vård. Landstingen gör olika. En enhetlig hantering bör eftersträvas.

fysiska vården eller som inte kräver hälso- och sjukvårdens resurser. Sortering t.ex. genom ett elektroniskt frågeformulär, bör kunna ge grund för omgående hänvisning antingen till egenvård, eller hänvisning till annan vårdnivå eller specialitet. Patienter som hänvisas i detta steg ska inte betala patientavgift. Om den digitala vårdkontakten inte föregåtts av digital sortering, föreligger i princip inte något betalningsansvar för hemlandstinget. Några krav på utformningen av sorteringen har emellertid inte angetts. Finns det behov att specificera hur sorteringen ska ske? Samtidigt pågår en utveckling inom primärvården att ”öppna upp” tidböckerna och tillåta patienter att själva boka fysiska besök utan föregående sortering. Hur blir logiken om ”sorteringen” är olika i digital och fysisk vård? I grunden handlar detta om en avvägning mellan patienternas önskemål och vad som motiveras utifrån de faktiska medicinska behoven. Patientlagen ger patienten rätt att söka vård var som helst – men någon måste i något skede bedöma och avgöra vilken vård patienten behöver. Det kan vara t.ex. en sjuksköterska eller en läkare. Behovet av en sådan bedömning finns egentligen i all vård men blir extra viktig i den digitala vården som är så lättillgänglig. Den initiala bedömningen är en nyckelfråga framöver.

Det finns väldigt olika bedömningar av hur stor del av primärvårdens ”normalfriska” patienter som kan behandlas digitalt (10-70%) istället för att besöka en vårdcentral. Det vore önskvärt med studier av t ex inflödet, triageringen, vilka diagnoser, vilka sorterar bort, vilka skickas till annan vård etc. Jämförelser behöver också göras med den fysiska vården. Flera av de privata aktörerna har utvecklat verktyg för sortering. Här skulle kunna finnas grund för landstingsgemensamt utvecklingsarbete kring de olika stegen, vad som krävs, vilken kompetens osv. (jfr VisibaCare och Doctrin) Jfr också den förstudie som Inera nyligen har redovisat om AI och automatisering för första linjens vård.⁵ Hur stor del av t.ex. kroniska patienter som skulle kunna vårdas digitalt helt eller delvis finns inga bedömningar av i dagsläget, men potentialen är sannolikt stor.

Strama⁶ har nyligen utfärdat rekommendationer för kvalitetsindikatorer vid digitala vårdmöten, vilka kan uppfattas som ganska restriktiva. Rekommendationerna har dock inte remissbehandlats eller förankrats i landstingen. Efter interna diskussioner i SKL är slutsatsen att denna typ av riktlinjer eller rekommendationer snarast borde ligga inom uppdraget för landstingens och regionernas samlade system för kunskapsstyrning (NKS), vars organisation är under uppbyggnad. Frågan om eventuella riktlinjer för digital vård kommer att aktualiseras vid NKS-styrgruppens möte i januari 2018. Enligt arbetsgruppen är det angeläget att initiera ett arbete med

⁵ AI och automatisering för första linjens vård. En rapport från Inera AB och förstudien Digital sjukvårdsrådgivning. December 2017

⁶ STRAMA är ett frivilligt nätverk med syftet att förhindra spridning av antibiotikaresistenta bakterier till och inom Sverige. Bildades 1995. Integreras som ett programråd i den nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning, NSK.

att ta fram gemensamma riktlinjer för vilka symptom och sjukdomstillstånd och vilken vård som lämpar sig att ge distans.

En annan fråga som gäller patientsäkerheten är vårdgivarens tillgång till patienternas journaler och sjukdomshistorik. De digitala aktörerna som är underleverantörer har idag inte tillgång till NPÖ, vilket bl.a. handlar om deras journalsystem och deras status som underleverantör, som innebär att de inte är anslutna till samma system som sin modervårdcentral. Denna fråga har flera aspekter och det är oklart vad som gäller rent juridiskt. En fråga är vad landstingen skulle kunna göra genom utformning av sina vårdvalsböcker, t ex vad som gäller i förhållande till ”externa” underleverantörer kring sekretess, journalsystem osv. Ett landstingsgemensamt arbete skulle kunna initieras för att ta fram gemensamma riktlinjer.

Vad är en digital vårdkontakt?

Det finns olika typer av digitala vårdkontakter. Kontakterna kan också se litet olika ut beroende på var i vårdkedjan de sker och vad de innehåller (t.ex. digital monitorering på distans).

Kriterierna i SKL:s rekommendation utgår från och överensstämmer delvis med Socialstyrelsens term ”distanskontakt” (se bilaga 2). Distanskontakt enligt SoS definieras som ”vårdkontakt i öppen vård där hälso- och sjukvårdspersonal och patient är rumsligt åtskilda.” Distanskontakter kan ske genom överföring av ljud, ljud och bild i kombination eller genom överföring av text. Exempel på sådana är distanskontakt via videolänk eller via telefon samt skriftlig distanskontakt och brevkontakt. Landstingen lägger upp koder i sina system för de olika typerna av distanskontakter.

Det är framför allt kring s.k. asynkrona, textbaserade digitala kontakter som det har uppstått frågetecken. En asynkron kontakt är t.ex. en chatt mellan läkare och patient, där man är rumsligt åtskilda och där kommunikationen inte sker i realtid. Dessa kontakter omfattas i princip inte av Socialstyrelsens begrepp men kan omfattas av rekommendationen - om de angivna kriterierna är uppfyllda.

Rekommendationen avser utomlänskontakter som ska regleras ekonomiskt mellan landsting. Landstingens egna besöks-registrerings- eller ersättningsregler kan vara något annat. Det är först när det handlar om utomlänsbesök som det kan uppstå problem om det finns skillnader mellan landsting i ersättningar för olika typer av kontakter. Det vore önskvärt med en gemensam syn hos landstingen i denna fråga. En inriktning kan vara att göra förtydliganden i rekommendationen för att det inte ska uppstå några tolkningsproblem, dvs. ett förtydligande som klargör att rekommendationen är teknikneutral och omfattar även t.ex. chatt, dvs. att dessa kontakter är ersättningsberättigade så länge de uppfyller uppställda kriterier. Landstingen har möjlighet att anpassa sina regler för besöksregistrering och ersättning, dvs. lägga upp koder för de olika typerna av digitala kontakter.

En fråga är om landstingen vill uppvakta Socialstyrelsen att göra en översyn av sin definition mot bakgrund av ovanstående och även med tanke på eventuella framtida

AI-lösningar där det inte är hälso- och sjukvårdspersonal som står för den första bedömningen.

När föreligger betalningsskyldighet för distanskontakter landstingen emellan?

I rekommendationen har ställts upp vissa krav som bedöms höja kvaliteten i den digitala vårdkontakten och som ska uppfyllas för att berättiga till utomlänssättning. Ett av kraven är att det ska vara kvalificerad sjukvård (se bilaga 3). Det är kontraktsslutande landsting som ansvarar för uppföljning av de digitala besöken bl.a. ur ett medicinskt perspektiv. Det skulle vara en fördel om landstingen kunde ha en gemensam uppfattning om hur denna uppföljning bör ske, vilka nyckeltal som kan adresseras osv.

SKL:s rekommendation innehåller också – förutom krav på sortering (se ovan) och att det är kvalificerad sjukvård – ytterligare kriterier för att betalningsansvar ska föreligga för hemlandstinget.

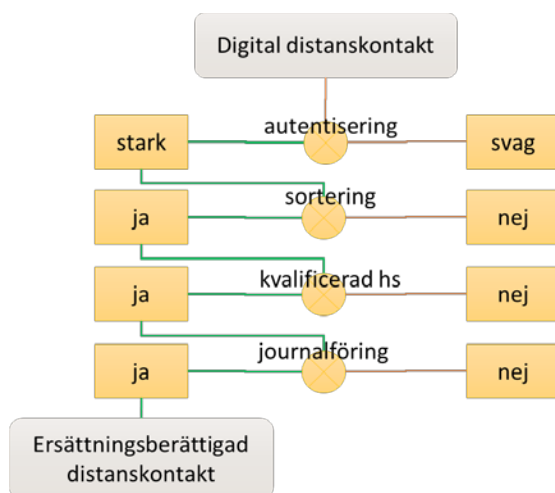
I samband med vårdkontakten ska inloggning i systemet ske med **stark autentisering**, vilket innebär att identitetskontroll av patienten ska vara med två av flera former av information. Används enbart två former av information, som båda är obligatoriska, talar man om tvåfaktorsautentisering. Vanliga metoder för autentisering är stående lösenord, engångslösenord, kort av olika slag, dosor, mobiltelefoner (som i Mobilt Bank-ID) och biometrisk identifiering.⁷

Ytterligare två kriterier ställdes i SKL:s rekommendation. Dels ett krav på att distanskontakten är **journalförd** i vederbörlig ordning⁸. Dels ett krav att vårdgivaren som utför vården tar ett kostnadsansvar för beställd medicinsk service (se särskilt avsnitt nedan).

Diagrammet nedan illustrerar de kriterier som ska vara uppfyllda för utomlänsfakturering av distanskontakter (krav på kostnadsansvar för medicinsk service är dock här utelämnat).

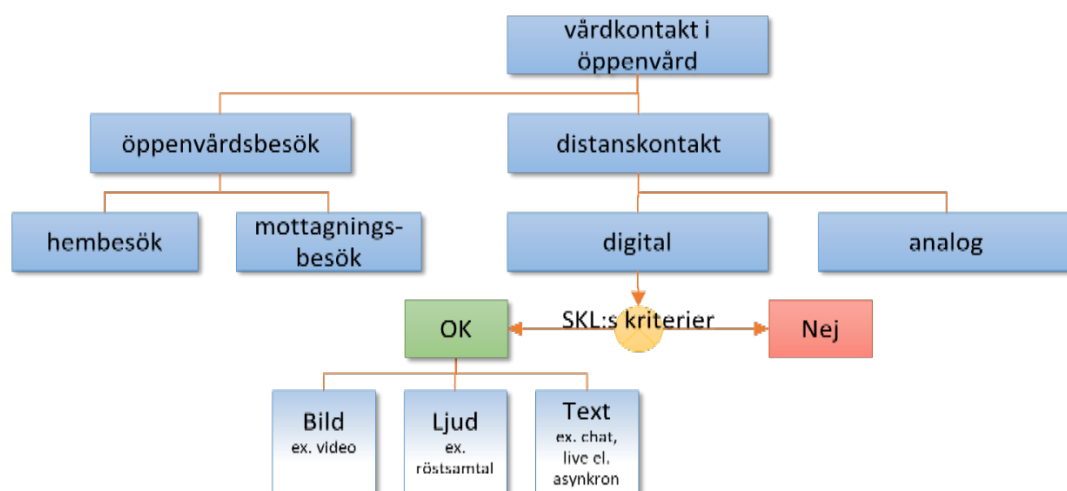
⁷ Computer Sweden 2017-12-28, <https://it-ord.idg.se/ord/flerfaktorsautentisering/>

⁸ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården, www.socialstyrelsen.se



Figur 1 Kriterier för när betalningsskyldighet föreligger för patientens hemlandsting vid utomlänsfakturering

SKL:s rekommendation är, som sagts ovan, teknikneutral. Är kriterierna för betalningsskyldighet uppfyllda, kan vårdkontakten ske med text (live eller asynkront), ljud t.ex röstsamtal, eller bild.



Detta innebär samtidigt att det i vårdlandstinget kan förekomma vårdkontakter på distans som inte uppfyller kriterier. Betalningsskyldighet för hemlandsting föreligger inte, om distanskontakten:

- inte föregåtts av digital och/eller ”personlig” sortering (triagering)
- inte uppfyller kravet på stark autentisering, t.ex. om kontakten skett via Skype, Facetime eller Messenger, röstsamtal, e-post, sms, chat
- inte avser kvalificerad hälso- och sjukvård (se bilaga 3)
- inte är journalförd
- om vårdgivaren inte tar kostnadsansvar för medicinsk service

6. Är ersättningarna mellan landstingen transparenta, rimliga och konkurrensneutrala?

Arbetsgruppens medskick och förslag

- *Vi föreslår att ED gemensamt kommer överens om att alla landsting (och inte bara ett som idag) ska tillämpa de regler som finns i RIA (och egentligen också HSL) om att samma besöksersättningar till privata vårdgivare ska gälla för olistade utomlänns- respektive inomlänspatienter. Detta gäller vård enligt LOV.*
 - *Reglerna bör förtydligas*
 - *En särlösning för "turistorter" utreds*
- *Vi föreslår att ED gemensamt kommer överens om att RIA:s regler om vidarefakturering av kostnader för privat vård bör förtydligas eftersom följsamheten varierar idag, och att alla landsting tillämpar reglerna. Detta gäller vård enligt LOV.*
 - *Fakturerad ersättning bör aldrig överstiga den faktiskt utbetalda ersättningen, varken för offentligt eller privat driven vård.*
- *Vi förordar att ED överväger ett förslag om att införa en för alla landsting gemensam patientavgift för digitala vårdkontakter (på 200 kr).*
- *Eftersom de föregående tre punkterna kan få konsekvenser bl.a. för vårdutbudet behöver en konsekvens- och riskanalys genomföras.*
- *Vi förordar också att en översyn av RIA:s regler initieras, med inriktning mot ett nationellt listningssystem och ev gemensamma ersättningssystem och mer enhetliga patientavgifter.*

Den ökade digitala vården utmanar ersättningsmodellerna

Landstingen utvecklar successivt sina digitala tjänster i primärvården, men det går olika snabbt och ser litet olika ut. De privata aktörer som erbjuder digitala tjänster har ett visst försprång. De gällande ersättningssystemen i primärvården har ännu inte anpassats fullt ut till den digitala vården – oavsett om det handlar om privat eller offentlig vård. Utomlännersättningarna har anpassats något genom SKL:s rekommendation.

Landstingens ersättningssystem i primärvården är främst byggda för det egna landstinget och inte för en situation där patienter i stor skala rör sig mellan vårdgivare och landsting. Ersättningssystemen bygger i huvudsak på listning och kapitering - till skillnad från vad som gäller inom specialistvården. Därutöver förekommer styckprisersättningar för besök som dock utgör en liten del av primärvårdens finansiering totalt sett. Frågan om ersättningar är central och komplex. Ersättningssystemen utgör en helhet, med olika komponenter tillsammans med

patientavgifter och principer för vidarefakturering till andra landsting. En ökad förekomst av digitala vårdkontakter utanför listningssystemet och över landstingsgränser ökar behovet av ett gemensamt agerande mellan landsting kring både ersättningar och patientavgifter.

Ersättningar till utförare för inom- respektive utomlänspatienter

Målet för hälso- och sjukvården är en vård på lika villkor. Innebörden i Hälso- och sjukvårdslagen och Patientlagen är bl.a. att vården inte får göra skillnad på inomläns- och utomlänspatienter i öppen vård. Enligt RIA har landstingen en skyldighet att i kontraktet med en privat vårdgivare reglera att ersättning för en vårdtjänst är densamma för både inom- och utomlänspatienter. Ett sådant kontrakt är en förutsättning för att ett hemlandstinget ska vara skyldigt att ersätta det kontraktsslutande landstinget.

Vi ville studera följsamheten till dessa regler. Om ersättningarna för utomlänspatienter är högre (enligt regionprislistan) än ersättningen för inomlänspatienter (enligt kontraktpris), kan det påverka prioriteringen av patienter. Den prioritering som ska ske på medicinsk grund får konkurrens av en prioritering på ekonomisk grund, genom att vårdgivaren har ett starkare incitament att ta emot utomlänspatienter framför inomlänspatienter. Detta kan få särskild betydelse för digital vård.

I enkäten har vi frågat om landstingens ersättningar (inkl patientavgift) till vårdcentraler⁹ dels för listade, olistade och utomlänspatienter och dels för olika typer av läkarbesök – fysiska respektive digitala. Svaren avser förhållandena 2017.¹⁰ Sammanfattningsvis kan vi se att ersättningarna till vårdcentralerna varierar ganska kraftigt både mellan och inom landsting för listade, olistade och utomlänspatienter vid olika typer av besök. Endast ett landsting (VGR) uppfyller kravet på att det ska vara samma ersättning för inomläns- och utomlänspatienter (gäller både fysiska och digitala besök). I övrigt är bilden ganska splittrad. Ett antal landsting har inga ersättningar alls för digitala besök, men många planerar att införa det 2018. Det kan t.ex. påverka incitamenten för vårdcentralerna att utveckla denna typ av tjänster.

Besöksersättningarna för olistade inomlänspatienter varierar mellan 115 och 900 kr vid fysiska besök, att jämföra med ersättningen för olistade utomlänspatienter som varierar mellan 500 och 2195 kr. För digitala besök är variationerna inte lika stora och alla landsting har inte heller infört sådana ersättningar.

⁹ I SLL avses husläkare

¹⁰ En del landsting håller nu på att se över sina ersättningsystem så det kan komma att ske vissa förändringar 2018 (t ex att man inför ersättningar för digitala besök).

Att ersättningarna för olistade utomlänspatienter i primärvård är betydligt högre än för olistade inomlänspatienter har sannolikt flera förklaringar.

Man kan hävda att olistade inom- och utomlänspatienter i princip genererar samma ersättning (även om de senare i praktiken genererar mer) eftersom inomlänsvården redan har en grundfinansiering i kapiteringen. De höga utomlänserättningarna kan istället vara beräknade med utgångspunkt från en genomsnittlig, fast kostnad per läkarbesök (alla kostnader ”från botten” dividerat med samtliga läkarbesök). Marginalkostnaden för ett extra besök torde dock vara låg. En hög styckeprisersättning kan dock vara motiverad för turistorter som kan ha en hög belastning under en viss del av året. Men det är knappast rimligt att ersättningsnivån för en hel sjukvårdsregion sätts utifrån ett genomsnittspris som innefattar stora säsongsmässiga kostnadsvariationer.

En närliggande fråga gäller när patienter listar sig i ett annat landsting. Det finns oklarheter kring vad som då gäller i ersättningshänseende (vissa landsting har träffat särskilda överenskommelser om detta). För patienter som rör sig över landstingsgränser kan vårdcentraler nära gränsen ha ett incitament att patienterna från ”andra sidan” inte listar sig om de är frekventa besökare.

Sammanfattningsvis kan de nuvarande skillnaderna i ersättningar mellan olistade inom- respektive utomlänspatienter och skillnaderna mellan landsting skapa incitament för osunda beteenden både för utförare och landsting. Med undantag för turistorterna talar den sannolikt låga marginalkostnaden för ett extra besök för en låg och enhetlig ersättning för både olistade inomlän- och dito utomlänspatienter. Det skulle uppfylla intentionerna i RIA, och därmed också lagstiftningens syfte. En sådan förändring får dock konsekvenser för landstingens nuvarande ersättningssystem och även ekonomiska konsekvenser för landstingen. Dessa konsekvenser behöver analyseras närmare.

Det kan finnas skäl att överväga en särlösning för turistorter, men inte i form av en högre ersättningsnivå generellt utan snarare i form av något specifikt, tidsbegränsat tillägg för vårdcentraler som har en särskilt hög belastning under turistsäsong. Detta tillägg kan finansieras av vårdlandstinget eller solidariskt av berörda patienters hemlän under den aktuella perioden.

Vad kostar vården och vad faktureras i utomlänsvården?

Huvudprincipen i Riksavtalet för utomlänsvård (RIA) är att offentligt driven vård faktureras enligt regionprislista, respektive att vård som utförs i privat regi faktureras enligt verklig kostnad (= kontraktets prislista, kontraktspriser).

I primärvården, där landstingen har vårdvalssystem med ersättningar som är lika för offentlig och privat regi, har utvecklats en praxis för tillämpning av RIA:s regler.

Enkäten visar dock att det finns variationer i tillämpningen av huvudprincipen avseende privat vård. Den vanligaste principen är att privat vård faktureras enligt regionprislista, vilket också är det belopp som utbetalas till den privata utföraren. I några fall faktureras hemlandstinget enligt regionprislista, men utbetalning till den privata utföraren är en annan - som kan vara lägre eller högre. Oavsett princip så innebär det ett visst avsteg från intentionerna i RIA. Det kan t.ex. uppstå ett utrymme för landstingen att "skära emellan" om man går på utomlänsprislistan men betalar lägre till de privata.

12 av 20 landsting säger att man fullt ut tillämpar RIAs principer för självkostnad vid utomlänsfakturering av vård som givits av privata vårdgivare i primärvården och 7 landsting gör det inte. Ett landsting svarar inte.'

Sammanfattningsvis är landstingen olika följsamma till RIAs regler om utomlänsfakturering av privat vård vilket bl.a. kan förklaras av att RIA:s regler inte är helt adekvata för LOV och utomlänssättningar i primärvården. Det behövs därför ett förtydligande av RIA som innebär att fakturerad utomlänssättning aldrig får vara högre än faktiskt utbetald ersättning. Landstingen ska fakturera den kostnad man faktiskt har haft (exkl moms) eller en schablon om kostnaden inte kan beräknas.

En särskild fråga gäller kapiteringsersättning för listade utomlänspatienter. Denna ersättning kan egentligen inte faktureras eftersom den inte är en kostnad utan en typ av riskpremie – men med en ökad rörlighet av patienter över landstingsgränser kan det synas rimligt att skriva in i RIA att även kapiteringsersättning skulle kunna vidarefaktureras. Detta förutsätter dock ett nationellt listningssystem, bl.a för att undvika att patienter är listade på flera ställen. Arbetsgruppen föreslår att frågan adresseras.

Patientavgifter

RIA säger att utomlänspatienter ska betala patientavgift enligt de regler som fastställts av vårdlandstinget.

Arbetsgruppen har velat belysa konsekvenserna av skillnader i patientavgifter när det gäller

- efterfrågan på vård och incitament för etablering
- redovisning av utomlänspriser i regionprislistorna samt hantering av betalda patientavgifter vid utomlänsfakturering.
- Om landstingen gör olika tillämpning av om och vilka digitala vårdkontakter som får inräknas i högkostnadsskyddet

Enkäten visar att alla landsting utom ett tar ut en patientavgift för fysiska besök hos *allmänläkare* i primärvård. Avgiften varierar mellan 120 kr och 300 kronor. 12 landsting tar ut en patientavgift för digital kontakt med *allmänläkare*. Avgiften varierar mellan 100 och 300 kronor.

Alla landsting utom ett tar samma patientavgift för listade och olistade patienter. I ett landsting differentieras avgiften. Närmare hälften av landstingen överväger förändringar i patientavgifter med anledning av utvecklingen av digitala tjänster.

Hälften av landstingen har ändrat patientavgifterna de senaste åren och i några av dessa har man också följt effekterna av förändringen. Men det ges ingen tydlig bild av vilken betydelse patientavgifternas nivå har för efterfrågan och konsumtion. Eftersom digitala besök är tillgängliga, lätttröliga och gränslösa kan man dock inte utesluta att patienterna, om priset/avgiften skiljer sig mellan olika landsting, i princip kan ”shoppa runt” för att få det billigaste besöket, och att en låg eller ingen avgift kan resultera i en ökad konsumtion.

Statistiken från Jönköping över utomlänsbesöken i den digitala vården visar bl.a. att konsumtionen av vård är betydligt högre bland 19-åringar (som har avgiftsfrihet) jämfört med 20-åringar (som betalar avgift), trots att förutsättningarna och sorteringen är lika.

Den rekommenderade utomlänsersättningen för digitala vårdkontakter på 650 kr är beräknad brutto, inklusive patientavgift. Det innebär att hemlandstinget får betala mer ju lägre patientavgiften är i det landsting där den digitala vårdgivaren har kontrakt – något som har betydelse ju fler digitala vårdgivare som startar verksamhet. De kan också ”optimera” sin placering efter patientavgiften (jfr Sörmland som har nolltaxa i primärvård). En alternativ, bättre konstruktion av den gemensamma utomlänsersättningen har varit svår att hitta. Utomlänspatienter ska alltid betala samma patientavgift som inomlänspatienter t.f.a. kravet på likabehandling. Att låta ersättningen vara en nettosumma, exkl patientavgift, skulle inte fungera eftersom det skulle ge olika bruttoersättning för samma vård beroende på var patienten har sin hemort. Ett annat alternativ skulle vara att vårdlandstinget som har nolltaxa endast får fakturera hemlandstinget en nettoersättning, exkl hemlandstingets patientavgift, och att mellanskillnaden betalas av vårdlandstinget. Sammanfattningsvis finns det ganska stora skillnader i patientavgifter för digital vård mellan landstingen; något som kan skapa oönskade incitament för etablering och risker för ökad konsumtion av vård som inte är motiverad av medicinska skäl. Möjligheterna att snabbt nå vården skiljer sig också åt mellan landstingen. Arbetsgruppen föreslår därför att landstingen bör överväga en patientavgift för digitala tjänster som är lika hög i alla landsting.

En landstingsgemensam patientavgift för digitala vårdkontakter skulle kunna ligga på 200 kr – inte för hög för att minska landstingens egen drivkraft att satsa på digitala tjänster och inte för låg för att riskera en för hög efterfrågan. Idag betalar ju många patienter gärna 250 kr för de digitala vårdtjänsterna; något som talar för att patienterna uppskattar lättillgängligheten i stället för att komma till den fysiska vården. Det bedöms inte heller få några större konsekvenser på konsumtionen, att avgiften för digital vård i vissa fall är högre än ett fysiskt besök på vårdcentral, då det finns betydande vinster för den enskilda att kunna få utfört en distanskontakt utan att resa, eller ta ledigt från arbete. Att vården är lätt tillgänglig kan vara värt ett högre ”pris”.

Samtidigt behöver man ta i beaktande att det kan bli ett dåligt signalvärde om den digitala vården kostar mer för patienten än att gå till vårdcentralen; något som talar för att en sådan åtgärd bör ses som en tillfällig lösning.

Avgiften skulle självfallet omfattas av högskostnadsskyddet och gälla för såväl inom- som utomlänspatienter.¹¹

En enhetlig patientavgift för digitala vårdtjänster skulle kunna ses som ett första steg i ett arbete där landstingen gemensamt utreder hur ersättningar, patientavgifter, utomlänsfakturering och regionprislistor hänger ihop, kopplat till de större förändringar av vården som sker (digitalisering, nära vård osv).

7. Medicinsk service vid digital vård

Arbetsgruppens medskick och förslag

Vi ser många oklarheter och svårigheter inom detta område och förordar därför att en gemensam rekommendation tas fram efter en närmare översyn. Översynen kan t.ex. omfatta:

- *Förtydligande av vårdgivares/vårdcentralers skyldighet att tillhandahålla provtagning. Patientens valfrihet att välja provtagningsenhet gäller även hos privata utförare med offentlig finansiering, under förutsättning att kontraktet medger detta.*
- *Ett landstingsgemensamt förhållningssätt bör tas fram kring gemensamma riktlinjer för fakturering av medicinsk service som är beställd av digitala aktörer. Den administrativa bördan på vårdcentral bör emellertid beaktas.*
- *Lokala rutiner för medicinskt ansvar för provsvar bör upprättas - vem som ansvarar för meddelande av provsvar till patient samt eventuell ordination och behandling.*
- *Patientavgift för provtagning efter vårdkontakt med nätläkare bör harmoniseras med landstingets avgiftsregler i övrigt*
- *Behovet av ett gemensamt systemstöd för remisser till medicinsk service utreds. Ett ev uppdrag skulle kunna ges till Ineras programkontor, för utveckling eller upphandling av ett sådant stöd.*

Vårdgivares skyldighet ta emot remisser för medicinsk service

Enligt uppgift är det 10-20% av de digitala läkarkontakterna som leder fram till att patienten får en remiss för provtagning.

¹¹ Obs att vi också behöver titta på hur det ser ut inom landstingen när det gäller hantering av patientavgifterna – i vissa landsting får vc behålla och i andra inte. Hur påverkas detta av en nationell, enhetlig patientavgift?

Hantering av beställning av provtagning och remisser för medicinsk service från nätläkarna varierar både inom och mellan landstingen. Rutiner för hur dessa pappersremisser ska hanteras saknas i flera fall. Frågan innefattar flera delfrågor:

- Vårdcentralens skyldighet att ta emot beställning på provtagning
- Ökad administrativ börda
- Faktureringsrutiner för utförd provtagning
- Medicinskt ansvar för provsvar
- Patientavgifter för provtagning

Provtagning innebär att patienten efter kontakt med nätläkare går till sin vanliga vårdcentral och får provtagning utförd. Nätläkaren har i bästa fall utfärdat en beställning på provtagning och ordinerat ett antal analyser som ska utföras. Patienten kan ha remissen på papper med sig som skrivits ut hemma, eller i sin telefon som uppvisas. Att labremissen kommer på papper innebär ett merarbete för personalen på vårdcentralen som behöver digitalisera remissen i landstingets system. Personal på vårdcentral utför blod-, urin, svalg- eller patologprover eller annan provtagning enligt beställning. Vissa enkla analyser kan göras direkt på vårdcentralen, genom teststicka, reagensmedel etc, s.k. patientnära analyser. Andra analyser, som vårdcentralerna inte har kapacitet eller utrustning för, skickas till centrallaboratorium, diagnostikcentrum eller liknande. Om läkare på vårdcentral ansvarar för tagna och analyserade prover genom att upprättad digital handling signeras, uppstår också tveksamhet vem som ansvarar för provsvar till patienten och för eventuell inledning av behandling.

Skyldigheten för valfri offentligt finansierad mottagning att tillhandahålla provtagning för medicinsk service är från och med 2015 reglerad i Riksavtalet för utomlänsvård (RIA). I kapitel 5 i RIA regleras att en patients begäran att få medicinsk service utförd ska tillgodoses. Frågan är inte reglerad i patientlagen, men genom revideringen av riksavtalet kom patientens ställning även i detta avseende att stärkas. Valfriheten att välja provtagningsenhet gäller även hos privata utförare med offentlig finansiering, under förutsättning att kontraktet medger detta. Alla åtgärder att begränsa patientens fria val av offentligt finansierad provtagningsenhet är ett avsteg från intentionerna i RIA.

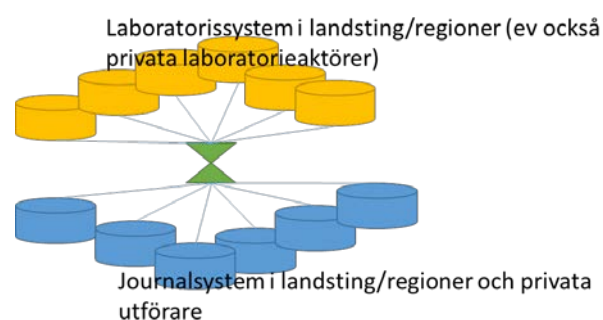
I själva avtalstexten i RIA handlar det mer om kostnaden, kostnadsansvaret och rätten att remittera. Det sägs, i korthet, att en patients hemlandsting ska ersätta medicinsk service om beställningen görs av en befattning för vilken landstinget har fastställt en sådan rätt och om patienten har begärt att få servicen utförd hos andra landsting. Det sägs vidare att läkare med kontrakt enligt LOU (vårdavtal) eller LOV får beställa medicinsk service bl.a. för utomlänspatienter om kontraktet så medger och om patienten begär det. (Hur ser det ut i era landsting, vilka har rätt att beställa medicinsk service?)

Hantering av remisser för medicinsk service

Vissa av de digitala aktörerna har en rutin där patienten själv får skriva ut remissen ("labförfrågan") och lämna över till vårdcentralen/motsvarande. Det förekommer också att patienter kommer till provtagningsenheten med remissen i telefonen. När patienter kommer med remisser som inte är upprättade i journalsystemet, tillkommer manuella administrativa rutiner för att digitalisera beställningen i journalsystemet för att kunna skicka beställning på analys vidare till centrallaboratorium eller diagnostikcentrum. Tagna prover skickas med transporttjänst, men beställning på analys skickas digitalt i systemet. Ett gemensamt rikstäckande system för elektroniska remisser till medicinsk service kan därför övervägas. Ett system som alla

beställare/remittenter ingår i, hade minskat hantering och den risk som föreligger med "manuella" remisser och den administrativa bördan. Hos Inera föreligger ett utvecklingsprojekt om elektronisk remiss. Detta handlar hittills endast om remisser för vård. Inera har diskuterat att, i ett fortsatt utvecklingsarbete, kunna hantera ett remissflöde för labremisser där remissmottagaren inte är uttalad. Det skulle innebära att i del fall där patienten ges möjlighet att välja utförare ska en elektronisk remiss finnas tillgänglig

hos den valde utföraren när patienten anländer. Det finns ännu inga konkreta planer beroende på att behovet av en sådan lösning inte är utredd. Ställningstagande till ett gemensamt systemstöd för remisser för medicinsk service behöver göras. Ett ev uppdrag kan ges till Ineras programkontor, för utveckling eller upphandling.



Rutiner för fakturering och ansvar för bedömning m.m.

Faktureringsrutiner för provtagning och analyser utförda på centrallaboratorier och diagnostikcentrum är förmodligen utan problem. Dessa har god vana av att ta betalt och fakturera remittent eller annan kostnadsansvarig. Större problem är det med provtagning och patientnära analyser som utförs på vårdcentral, eller motsvarande. Här saknas normalt rutiner och system för att kostnadseffektivt fakturera remittent. I avsaknad av bra sådana rutiner har några landsting valt att ersätta vårdcentralen för provtagning genom en särskild besöksersättning. Detta är ett effektivt sätt att minska den administrativa bördan på vårdcentralen. Sammanfattningsvis indikerar enkätsvaren att hanteringen av provtagning/medicinsk service sannolikt behöver stramas upp och kanske framför allt regleras gemensamt så att hanteringen blir lika överallt relativt de digitala aktörerna. Då den rekommenderade ersättningsnivån för digitala läkarkontakter inkluderar medicinsk service, bör självkostnad för provtagning och patientnära analyser faktureras remittenten/beställaren (nätläkaren). Ett landstingsgemensamt förhållningssätt bör tas fram.

Om läkare på vårdcentral ansvarar för tagna och analyserade prover genom att upprättad digital handling signeras, uppstår också tveksamhet vem som ansvarar för

provsvar till patienten och för eventuell inledning av behandling. I normalfallet är det remitterande läkare (i detta fallet nätläkaren) som har det medicinska ansvaret för patienten. Detta behöver emellertid förtydligas och säkerställas lokalt. Nödvändig ordination eller behandling kan inte försenas beroende på organisatoriska gränser. Lokala rutiner behöver tas fram för vem som ansvarar för meddelande av provsvar till patient samt eventuell ordination och behandling.

Patientavgifter fastställs regionalt. I de fall provtagning är avgiftsfritt i anslutning till läkarbesök, behöver klargöras vad avser tillämpningen av avgiftsregler för provtagning i anslutning till vårdkontakt med nätläkare. Avgiftsfrågan bör ses utifrån ett patientperspektiv. Har patienten betalt avgift till nätläkare – och landstinget tillämpar avgiftsfrihet i anslutning till läkarbesök – bör provtagning vara avgiftsfri. Andra regionala regler kan tillämpas. Avgift för provtagning ska ses utifrån patientens perspektiv och en digital vårdkontakt ska inte ses utifrån andra kriterier än vad som i övrigt tillämpas.

Bilaga 1: Sammanfattning av enkäten till landstingen

En enkät har skickats ut till samtliga landsting, med frågor inom här berörda områden. Enkäten har besvarats av alla landsting utom ett. I det följande redovisas svaren som gäller ersättningar, kostnadsansvar och patientavgifter.

Ersättningssystemet

I enkäten har vi frågat om landstingens ersättningar (inkl patientavgift) till vårdcentraler¹² dels för listade, olistade och utomlänspatienter och dels för olika typer av läkarbesök – fysiska respektive digitala. Svaren avser förhållandena 2017. En del landsting håller nu på att se över sina ersättningssystem så det kan komma att ske vissa förändringar 2018 (t ex att man inför ersättningar för digitala besök).

Intäkter i form av besöksersättningar och patientavgifter för vårdenheter i primärvård (allmänläkare, husläkarverksamhet)	Antal 0:- eller N/A	Antal med ersättning	Medel för >0:-	Lägsta	Högsta
Hur stor är ersättningen per besök - dvs. ersättningen från landstinget, inkl eventuella patientavgifter som mottagningen får behålla - för:					
fysiskt läkarbesök, egen listad patient (kr/besök)	20	6	14	183	80 - 313
fysiskt läkarbesök, patienten listad på annan vårdcentral inom länet (kr/besök)	20	0	20	480	115 - 900
fysiskt läkarbesök, patienten inte listad någonstans (olistad inomlänspatient) (gäller i de fall passivlistning inte tillämpas och patienten avstått från att lista sig)	20	8	12	419	115 - 865
fysiskt läkarbesök, utomlänspatient som inte är listad i vårdlandstinget (kr/besök)	20	0	20	1625	500 - 2195
digital läkarkontakt, egen listad patient (kr/besök)	20	13	7	174	60 - 300
digital läkarkontakt, patienten listad på annan vårdcentral inom länet (kr/besök)	20	13	7	571	450 - 800
digital läkarkontakt, patienten inte listad någonstans (olistad inomlänspatient)	20	15	5	603	450 - 865
digital läkarkontakt, utomlänspatient som inte är listad i vårdlandstinget (kr/besök)	20	12	8	630	500 - 650

- Ersättningar vid fysiska läkarbesök
 - Av 20 landsting är det 14 som har besöksersättning vid fysiska besök för listade och de varierar mellan 80 och 313 kr. Övriga 6 har ingen sådan besöksersättning utöver kapiteringsersättningen.
 - Samtliga landsting ger ersättning för fysiska besök på annan vårdcentral än den där patienten är listad – ersättningarna varierar mellan 115 och 900 kr.
 - Ersättningen för utomlänspatienters fysiska besök varierar mellan 626 (Uppsala) och 2195 kr.
- Ersättningar vid digitala läkarbesök
 - Ersättning för listade patienters digitala besök förekommer i 7 landsting och varierar mellan 60 och 300 kr. Övriga landsting har ingen sådan ersättning för listade patienter. Av de 7 landsting som ger en ersättning är det 3 (Gotland, Gävleborg och Norrbotten) som inte har någon ersättning för digitala besök som görs av olistade eller utomlänspatienter.

¹² I SLL avses husläkare

- Ersättning för digitala besök vid annan vårdcentral inom länet förekommer i 7 landsting och varierar mellan 450 och 800 kr. Övriga landsting har ingen sådan ersättning.
- Ersättning för utomlänspatienters digitala besök finns i 8 landsting och varierar mellan 637 och 650 kr. I övriga landsting har man inte fastställt någon sådan ersättning. Av de 8 landsting som ger ersättning är det ett (VGR) som har samma ersättning som för digitala inomlänsbesök medan 6 (Halland, Jämtland, Jönköping, Värmland, Västmanland och Östergötland) har olika ersättning vid digitala besök för utomläns- respektive inomlänspatienter. Ett av landstingen har endast ersättning för digitala utomlänsbesök men ej för motsvarande inomlänsbesök (Dalarna).

Täckningsgrad

Besöksersättningarna behöver också betraktas tillsammans med kapitationsersättningen, som kan variera både till storlek och utformning, bl.a. genom användningen av s.k. täckningsgrad. Täckningsgrad kan vara komplement och/eller alternativ till rörliga ersättningar, i syfte att få en mer adekvat resursfördelning inom landstinget.

Täckningsgrad för vårdkonsumtion i primärvård/husläkarvård?		Antal Ja	Antal Nej
Används täckningsgrad som variabel för att justera ersättningen? Ja/Nej Om nej, bortse från nästkommande tre frågor.	20	13	7
En vanligt förekommande definition på täckningsgrad är "Andel av samtliga öppenvårdskontakter som sker inom primärvård." Tillämpar ni den definitionen? Ja/nej	13	8	5

- 13 av landstingen arbetar med begreppet täckningsgrad. Av dessa är det 8 som använder samma definition, som handlar om hur stor del av öppenvårdsbesöken som sker i primärvård.
- 5 landsting jobbar med andra definitioner.
- 4 landsting viktat olika besök olika vid beräkning av täckningsgraden.
- *Täckningsgraden* har olika genomslag i olika landsting.

Vårdcentralernas kostnadsansvar för listade patienter

Det finns också variationer i vårdcentralernas kostnadsansvar för listade patienters besök på annan vårdcentral, för medicinsk service och för läkemedel.

<i>Kostnadsansvar för besök på andra mottagningar i primärvård (allmänläkare, husläkarverksamhet)</i>		Antal Ja	Antal Nej				
Har vårdenheter i primärvård kostnadsansvar för sina listade individers besök på andra mottagningar i primärvård? Ja/nej							
Om nej, bortse från nästkommande fem frågor, 3a-3e.	20	19	1				
Om ni svarat ja på föregående fråga; hur mycket betalar enheten för			Antal med				
		Antal 0:- eller N/A	kostnadsansvar	Medel för >0:-	Lägsta	Högsta	"Varierar"
läkarbesök på annan vårdcentral inom länet (kr/besök)	20	1	19	443	200	700	0
läkarbesök hos allmänläkare på nat.taxan inom länet (kr/besök)	20	6	14	536	200	900	3
digital vårdkontakt med läkare på annan primärvårdenhet inom länet (kr/besök)	20	9	11	443	200	600	4
läkarbesök på vårdcentral i annat län (kr/besök)	20	11	9	1450	500	1950	6
digital vårdkontakt med läkare i primärvården i annat län (kr/besök)	20	10	10	620	500	650	5

Tabellen visar att i alla landsting utom ett har vårdcentralerna någon form av kostnadsansvar för sina listade patienters besök på andra mottagningar. Ser man närmare på ersättningarna framträder en mer blandad bild.

- Av de 19 som har kostnadsansvar för fysiska besök på annan vårdcentral i länet varierar deras kostnad (eller minskade ersättning?) per besök mellan 200 och 700 kr. I 10 av dessa landsting är kostnaden lika stor som den ersättning man får för fysiska besök av olistad patient i länet. I 7 av landstingen är kostnaden lägre än motsvarande ersättning, dvs. man får mer betalt för att ta emot en olistad patient än man själv betalar om en listad patient besöker en annan vc. I 2 landsting är kostnaden högre än ersättningen.
- Vårdcentralerna har kostnadsansvar för besök hos taxeläkare i 12 landsting och kostnaden per besök varierar mellan 200 och 1497 kr.
- I 6 landsting har vårdcentralerna kostnadsansvar för fysiska utomlänsbesök och kostnaden varierar mellan 500 och 1950 kr (vilket kan ställas mot att samtliga vårdcentraler får ersättning för utomlänspatienters fysiska besök).
- I 8 landsting har vårdcentralerna kostnadsansvar för sina listade patienters digitala besök på annan vårdcentral i länet (200-900 kr) – men det är endast delvis samma landsting som ger vc ersättning för digitala besök inom länet.
- I 5 landsting har vårdcentralerna kostnadsansvar för listade patienters digitala besök i andra län (500-650 kr) men det är endast delvis samma landsting där vc får ersättning för digitala utomlänsbesök.

Sammanfattningsvis: sambanden mellan kostnadsansvar och ersättningar är svårgenomtränglig och delvis motstridig.

Vi har också ställt frågor om hanteringen av remisser och kostnadsansvar betr medicinsk service

Tillämpning av remisser för medicinsk service från nätläkare för att ge patienten möjlighet att få provtagning gjord på valfri vårdcentral			
		Antal Ja	Antal Nej
Tar vårdcentralerna i egen regi emot remisser för provtagning m.m. från de digitala läkarna? Ja/nej	19	16	3
Tar de privata vårdcentralerna emot remisser för provtagning m.m. från de digitala läkarna? Ja/nej	17	15	2
Har vårdcentralerna rutiner för att fakturera remittenten för utförd provtagning? Ja/nej	18	10	8
Har landstinget/regionen något avtal med de digitala läkarna avseende provtagning och medicinsk service? Ja/nej	16	1	15
Synpunkter/kommentarer?			
Kostnadsansvar m.m.			
		Antal Ja	Antal Nej
Har alla vårdgivare i primärvården fullt kostnadsansvar för medicinsk service? Ja/nej	20	11	9
Om ni svarat nej, gör ni undantag för			
vissa vårdgivare? Ja/nej	9	5	4
vissa patienter? Ja/nej	7	0	7
vissa diagnoser? Ja/nej	7	0	7

- I 11 landsting har vårdcentralerna kostnadsansvar för medicinsk service. Bland dem som inte har något kostnadsansvar finns undantag för vissa vårdgivare.
- Alla landsting utom ett har besvarat frågan om huruvida vårdcentraler i egen regi tar emot remisser för provtagning från digitala läkare – varav 3 svarar nej och resten ja.
- 17 landsting har besvarat motsvarande fråga för de privata vårdcentralerna, där 15 säger ja och 2 säger nej.
- På frågan om det finns faktureringsrutiner för att fakturera remittenterna svarar närmare hälften av landstingen nej.
- 15 av 16 landsting som svarat uppger att man inte har några avtal med de digitala läkarna avseende provtagning och medicinsk service.

Hanteringen av *remisser för medicinsk service* från nätläkarna verkar variera stort både inom och mellan landstingen och är ofta oreglerad. Frågan innefattar flera delfrågor: bl.a. om vårdcentralernas uppdrag (har man skyldighet utföra provtagning för digitala läkare?), hur ser rutinerna ut och för vilken typ av provtagning de gäller. Man bör t.ex. skilja mellan ”patientnära” provtagning som ofta både tas och analyseras direkt av läkare eller annan personal på vårdcentralen (tex streptokockerprov, enkelt blodprov) och provtagning där det också behöver göras en analys på lab.

Patientavgifter

Patientavgifter vid olika typer av vårdkontakter						
	Antal 0:- eller N/A	Antal med ersättning	Medel för >0:-	Lägsta	Högsta	
Hur mycket betalar patienten i patientavgift för:						
fysiskt besök hos allmänläkare (kr)	20	1	19	196	120	300
fysiskt besök hos läkare i specialistvård (kr)	20	2	18	278	200	400
digital vårdkontakt med allmänläkare (kr)	20	8	12	188	100	300
digital vårdkontakt med läkare i specialistvård (kr)	20	10	10	205	100	300
provtagning på vårdcentral eller lab efter remiss på medicinsk service från digital läkare (kr)	20	14	6	133	50	200

	Antal Ja	Antal Nej
Finns det skillnader i patientavgift mellan listade och olistade patienter? Ja/nej	20	19
Får patienten tillgodoräkna sig betalda patientavgifter för vårdkontakt med offentligt finansierade digitala läkare i högkostnadsskyddet? Ja/Nej	19	1
Har ni genomfört eller diskuterar ni förändringar i patientavgifterna m.a.a. utvecklingen av de digitala tjänsterna? Ja/nej	18	11
Har ni under de senaste åren gjort förändringar i patientavgifterna och samtidigt studerat effekten av detta på vårdkonsumtionen? Ja/nej	19	9

- Alla landsting utom ett tar ut en patientavgift för fysiska besök hos *allmänläkare* i primärvård. Avgiften varierar mellan 120 kr och 300 kronor.
- 12 landsting tar ut en patientavgift för digital kontakt med *allmänläkare*. Avgiften varierar mellan 100 och 300 kronor.
- Alla landsting utom 2 tar ut patientavgift för fysiska besök hos *specialistläkare*; mellan 200 och 400 kronor per besök.
- 10 landsting tar ut patientavgift för digital vårdkontakt med *specialistläkare*, på mellan 100 och 300 kronor.
- Alla landsting utom ett tar samma patientavgift för listade och olistade patienter. I ett landsting differentieras avgiften.
- Närmare hälften av landstingen överväger förändringar i patientavgifter med anledning av utvecklingen av digitala tjänster.
- Hälften av landstingen har ändrat patientavgifterna de senaste åren och i några av dessa har man också följt effekterna av förändringen

Patientavgifternas effekter på efterfrågan har några landsting tittat på, men det finns inte så mycket underlag för slutsatser.

Av statistiken över nätläkarbesöken i Region Jönköping framgår att 20-åringarnas konsumtion är avsevärt lägre än 19-åringarnas – de senare har avgiftsfrihet.

Bilaga 2: Socialstyrelsens definition av distanskontakt

Socialstyrelsen har i mars 2017 gjort en uppdatering av terminologin för vårdkontakter i öppen vård¹³. Med **öppenvårdsbesök** avses en vårdkontakt som innebär ett fysiskt möte mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal. Om det inte är ett fysiskt möte definieras vårdkontakten som distanskontakt. En **distanskontakt** innebär att patient och hälso- och sjukvårdspersonal är rumsligt skilda åt. En distanskontakt är inte detsamma som **telemedicin**, vilken definieras som hälso- och sjukvård som bedrivs på distans med hjälp av informations- och kommunikationsteknik. Telemedicin behöver inte per definition innebära en vårdkontakt.

Vidare anges som anmärkning till termen distanskontakt att dessa kan ske genom överföring av ljud, ljud och bild i kombination eller genom överföring av text. Exempel på sådana är distanskontakt via telefon, distanskontakt via videolänk och skriftlig distanskontakt.



Som exempel på eller undergrupper till distanskontakt ange Socialstyrelsen fem kategorier:

- distanskontakt via videolänk
- distanskontakt via telefon
- skriftlig distanskontakt
- telefonkontakt
- brevkontakt

¹³ Resultat av terminologiremiss om distanskontakt och relaterade begrepp, 2017-03-15 Dnr 32041/2016, www.socialstyrelsen.se

Bilaga 3: Kvalificerad vård enligt Socialstyrelsen

Distanskontakten ska avse **kvalificerad sjukvård** enligt Socialstyrelsens definition¹⁴, d.v.s. det ska inte vara fråga om rådgivning och liknande. Vårdkontakten ska ske via *en dialog mellan läkare och patient och ska innehållsmässigt och tidsmässigt ersätta/motsvara ett öppenvårdsbesök*. Behandlingsansvarig gör en medicinsk/psykiatrisk bedömning och fattar beslut om eventuell behandling, ändring av pågående behandling eller ytterligare utredning. Hit räknas även kontakter som är nödvändiga för att inhämta uppgifter om patienten för medicinska utlåtanden men inte för delgivning av utlåtandet.

Exempel på distanskontakter som **inte** räknas som kvalificerad sjukvård

• **Upplysningar, information och råd:**

- o Allmänna upplysningar samt råd om patienten bör uppsöka någon vårdinrättning eller inte.
- o Distanskontakt som leder till besök eller inskrivning hos samma vårdgivare i direkt anslutning till kontakten. Eftersom det rör sig om en och samma vårdgivare är kontakten en del i besöket/vårdtillfället. Om kontakten utmynnar i förslag till besök eller inläggning hos annan vårdgivare är kontakten en kvalificerad kontakt.
- o Information om förberedelser inför en kommande vårdkontakt.
- o En distanskontakt på ett par minuter kan inte anses ersätta ett öppenvårdsbesök.
- o Begäran om journalkopia utan att personalen förklarar journalinnehållet eller lämnar ett medicinskt utlåtande baserat på journalinnehållet.
- o Information om öppettider, bokning av tolk eller sjuktransport och dylikt.

• **Sjukskrivning, recept, hjälpmedel:**

- o Förlängning av sjukskrivning för sedan tidigare kända problem utan ställningstagande till eventuella nytillkomna besvär.
- o Förnyelse av läkemedelsrecept eller hjälpmedelsförskrivning för sedan tidigare kända problem utan ställningstagande till eventuella ny-tillkomna besvär.

• **Utlåtande/svar:**

- o Delgivning av medicinskt utlåtande eller av undersökningsresultat, inkluderar remissvar och provsvar.

¹⁴ Inrapportering till Patientregister, förtydligande till föreskrifter om uppgiftsskyldighet till patientregistret - SOSFS 2013:30, ver 3.0, 2016-11-22, Dnr 5.1-30177/2016, www.socialstyrelsen.se