

Förändring av högkostnadsskydden för ambulanstransport och slutenvård

Johan Brännström, Utvecklingsstrateg, Hälsa- och sjukvårdspolitiska
avdelningen.

Överlämnad 2023-08-28 till Hälsa- och sjukvårdsnämnden.

1 Innehåll

BAKGRUND	3
1.1 Aktuella högkostnadsskydd	3
1.2 Avgränsning	3
2 SAMMANFATTNING	4
3 VAD TYCKER MEDBORGARNA?.....	5
3.1 Dialog med patientföreningar	5
3.2 Patientnämnden	5
3.3 Enkät	5
4 HÖGKOSTNADSSKYDD SLUTENVÅRD	6
4.1 Slutenvårdsavgift	6
4.2 Högkostnadsskydd slutenvård	7
5 HÖGKOSTNADSSKYDD AMBULANSTRANSPORT.....	10
5.1 Ambulanstransportavgift.....	10
5.2 Öppenvårdsavgift akutsjukvård	11
5.3 Högkostnadsskydd ambulanstransport	13
6 REFERENSER.....	16
7 BILAGOR.....	17
7.1 Bilaga 1 - SKR:s ställningstagande slutenvårdsavgift under Covid-19 pandemin.....	18
7.2 Bilaga 2 – Patientavgifter vid ambulanssjukvård.....	20

Bakgrund

Utredningen startade efter beslut i hälso- och sjukvårdsnämnden 2022-11-24 §147 som en följd av utredningen ”Den samlade effekten av högkostnadsskydden på länets medborgare” (HSN/475/2022). Regiondirektören fick då följande uppdrag:

- *Regiondirektören får i uppdrag att presentera reviderade förslag till ett förenklat och kostnadsneutralt regelverk avseende högkostnadsskydden inom den öppna hälso- och sjukvården samt slutenvården inklusive översyn av system för betallösningar.*

1.1 Aktuella högkostnadsskydd

Högkostnadsskydd är en förmån som innebär att medborgare blir skyddade från alltför höga egna utgifter för sjukvård.

Medborgarna i Jämtlands län har tillgång till 6 olika (ej sammankopplade) högkostnadsskydd för kostnader i samband med hälso- och sjukvårdsinsatser:

- Läkemedel
- Tandvård
- Öppen hälso- och sjukvård
- Slutenvård
- Sjukresor
- Ambulanstransporter

1.2 Avgränsning

Utredningen fokuserar på högkostnadsskydden för slutenvård och ambulanstransporter då det tidigare identifierats brister i de högkostnadsskydden (HSN/475/2022).

2 Sammanfattning

Utredningen startade efter att tidigare utredningar visat på brister i Region Jämtland Härjedalens högkostnadsskydd för slutenvård och ambulanstransporter.

Högkostnadsskydd för slutenvård

Egenavgiften för slutenvården är 120kr/dygn upp till 2 400kr/30-dagarsperiod (ett regioneget högkostnadsskydd). Avgiften avser kost och logi enligt Socialstyrelsen och SKR. När egenavgiftens syfte och högkostnadsskyddets funktionalitet granskas blir den samlade bedömningen att skyddets kostnader, manuella hantering, bristande funktionalitet och jämlikhet motiverar till avslut. Ett avslut ökar regionens intäkt med ca 68 000kr/år plus att administration minskas.

Högkostnadsskyddet för ambulanstransport

Ambulanstransportavgiften är 300kr/transport, kostnadsneutralt alternativ har inte kunnat identifieras. Hanteringen av avgiften är bristande utifrån rådande regelverk och fullmäktigebeslut men inget konkret hinder har identifierats för att avgiften inte ska kunna fortgå. Ett förtydligande beslut behövs kring när avgiften ska debiteras.

Ingen öppenvårdsavgift debiteras idag för ambulansens så kallade ”lämna hemma”-uppdrag; akutsjukvård som sker på plats. Att akutsjukvårdsjukvård i hemmet/utanför vårdinrättning ska vara kostnadsfritt samtidigt som 400kr debiteras vid besök på akuten bedöms som inkonsekvent. Patientavgift vid ”lämna hemma”-uppdrag bör tillföras inom ramen för högkostnadsskyddet för öppenvård. Detta skulle öka regionens intäkt med minst 540 000kr/år utan att öka administration.

Högkostnadsskyddet för ambulanstransport ska ge avgiftsfrihet från och med den 11:e transporten inom en 12-månadersperiod. Utmaningarna vid hanteringen motiverar dock till avslut av det skyddet. Ett avslut skulle öka regionens intäkt med ca 22 000kr/år samt innebära minskad administration.

Förslag till beslut

1. Att slutenvårdsavgiften är en avgift för kost och logi.
2. Att högkostnadsskyddet för slutenvård avslutas.
3. Att ambulanstransportavgift ska uttas när ambulans tillkallas, oberoende av om patienten åker med ambulansen eller inte.
4. Att öppenvårdsavgiften för akutbesök utökas till att även inbegripa akutsjukvård på annan plats än vårdinrättning, exempelvis ambulansens ”lämna hemma”-uppdrag.
5. Att högkostnadsskyddet för ambulanstransport avslutas.

3 Vad tycker medborgarna?

3.1 Dialog med patientföreningar

Tio patientföreningar bjöds in till dialog och totalt deltog 24 personer fördelat på 4 olika patientföreningar¹. Dialogen har skett via länk, fysiskt möte och mejl.

Sammanfattande allmänna kommentarer från dialogerna:

- Egenavgifter i vården är ok förutsatt att de är låga och att högkostnadsskydd finns. Individuella ekonomiska förutsättningar får inte blir styrande för när en person söker vård eller inte, det vinner ingen på.
- Det är rimligt att vård i hemmet har en högre avgift än vård på mottagning utifrån ökad service, förutsatt att avgiften ingår i något högkostnadsskydd.
- Egenavgifter fungerar som skydd mot överutnyttjande av sjukvården.
- Viktigt att personens totala avgifter oberoende av vårdhuvudman (primärvård/specialistsjukvård/kommun) beaktas när egenavgifter sätts och regelverk för högkostnadsskydd upprättas.

3.2 Patientnämnden

Patientnämnden har i uppdrag att ta emot, hantera och tillvarata patienters och närståendes synpunkter och klagomål på vården. Patientnämnden har mellan 2016 - 2022 fått in 3 492 ärenden totalt (hälso- och sjukvård + tandvård). Av dem berör 189 ärenden (5,4%) ekonomiska frågeställningar kopplat till missnöje av olika skäl. Av de 189 ärendena är det bara enstaka fall med synpunkter på avgiftsnivån eller att avgiften inte inkluderas i högkostnadsskydden.

3.3 Enkät

En enkät ”viktigt för mig vid kontakt med vården” (Regionjh.se, 2022) besvarades under 2022 av 1 500 medborgare. 7 medborgare uttryckte i den åsikter om patientavgifter:

- En person beskriver sin uppskattning av frikortet
- Två personer beskriver att det är dyrt att resa till Östersund och önskar mer decentralisering och digitalisering.
- En person oroar sig för att vården ska bli dyrare.
- Två personer föreslår att tandvården ska omfattas av öppenvårdshögkostnadsskyddet.
- En person önskar minskade kostnader för patienter som behöver fler än 10 vårdbesök/år samt efterlyser patientinformation om sjukreseersättning.

¹ Hjärt- Lungföreningen, Autism/Asbergerföreningen, Reumatikerförbundet och Balans riks.

4 Högkostnadsskydd slutenvård

4.1 Slutenvårdsavgift

Enligt 17 kap §2 i hälso- och sjukvårdslagen får regionen för patienter inom slutenvård fastställa avgifter i olika inkomstintervall och besluta om vilka regler om nedsättning av avgiften som ska gälla. Avgiften får dock som mest vara 0,0023 prisbasbelopp per vård dag avrundat nedåt till närmsta tiotal kronor, 120 kr för 2023 (Hälso- och Sjukvårdslagen (2017:30)). Utöver detta framkommer inget lagkrav i hälso- och sjukvårdslagen på högkostnadsskydd för slutenvård.

Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och regioner (SKR) anser att avgiften avser kost och logi (Bilaga 1). Region Gävleborg kan också lyftas fram, de specificerar avgiften som en kostnad för sängplats, kost, läkemedel samt lån av hjälpmedel under sjukhusvistelsen.

Vuxna i Region Jämtland Härjedalens slutenvård debiteras 120kr/dag från och med 1 januari 2023 enligt beslut i regionfullmäktige 2022-11-15 §145. Slutenvård är gratis för barn och ungdomar till och med 18 årsdagen. Ytterligare några grupper är undantagna från avgiften (Avgiftshandboken – Region Jämtland Härjedalen, 2023).

En lång vårdtid i slutenvård innebär inte enbart ökade utgifter för patienten. En normal månadskostnad 2023 per vuxen (31-60 år) för mat är 3 420 kronor (Konsumentverket, 2023), vilket är ett belopp som patienten i teorin² kan spara vid inläggande på sjukhus. Det beloppet kan jämföras med kostnaden för en månads slutenvård på 3 600 kronor.

Förslag till förtydligande

Motivering

Det mest rimliga är att Region Jämtland Härjedalen följer nationella rekommendationer.

² ”i teorin” syftar på att vissa patienter har lägre månadskostnad för mat.

4.2 Högkostnadsskydd slutenvård

Regionen har utöver lagkravet på högkostnadsskydd (Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)) inrättat ett eget högkostnadsskydd för slutenvård som innebär att en patient högst ska behöva betala 2 400kr för slutenvård per 30-dagarsperiod. Med andra ord kan patienter ansöka om betalningsfrihet från den 20:e ineliggande dagen/30-dagarsperiod.

Gränsen för högkostnadsskyddet ändrades inte när slutenvårdsavgiften justerades upp från 100 kr/dag till 120 kr/dag mellan år 2022 och 2023. Det innebär att gränsen för högkostnadsskyddet ändrades från dag 24 till dag 20, därmed minskade regionens intäkt för debiteringen.

År 2022 debiterades totalt 10 106 personer slutenvårdsavgiften för sammanlagt 6 525 200 kr. 0,7% av de patienterna krediterades utifrån högkostnadsskyddet till en sammanlagd kostnad av 61 400 kronor, vilket motsvarar 0,94% av den totala intäkten.

I tabell 1 visas fördelningen av de krediterade beloppen per område. De fyra områden som har flest patienter ineliggande fler än 24 dagar är samma fyra områden som har de största krediterade beloppen för högkostnadsskyddet.

Tabell 1 – Totalt krediterat belopp/år, fördelat områdesvis

Område	Totalt krediterat (kr)		
	2020	2021	2022
Hjärta, neurologi, rehab (HNR)	42 700	23 500	29 200
Kirurgi	19 100	5 900	3 300
Psykiatri	18 300	12 900	17 000
Hud, infektion och medicin (HIM)	11 500	800	9 100
Ortopedi	3 600	600	2 600
Kvinna	600	1 900	700
Nära vård Krokom, Strömsund och Åre	0	0	200
Totalt	95 800	46 200	61 400
Totalt antal patienter	90	70	66
Medelåterbetalning/patient	1 064 kr	660 kr	930 kr

Strävan har varit att få fram siffror på hur många patienter som varit ineliggande mer än 20 dagar/30-dagarsperiod och därmed haft rätt att ansöka om högkostnadsskydd för slutenvård. Eftersom det saknas systemstöd för att få fram korrekta siffror, skulle en kartläggning kräva omfattande manuellt arbete. Det går visserligen att ta fram data månad för månad, men sådan statistik blir inte rättvisande eftersom patienter kan skrivas in under alla enskilda dagar under en månad och vårdtiden kan då sträcka sig över månadskiftet.

Det som går att ta fram är totalt antal dagar olika patienter varit inneliggande per år. För att få tillräcklig datamängd har perioden 2020-01-01 - 2022-09-08 används och därmed också den vid den tidsperioden gällande gränsen för högkostnadsskyddet om 24 dagar/30-dagarsperiod (100kr/dygn), se tabell 2.

Tabell 2 – Antal inneliggande vuxna 2020-01-01 - 2022-09-08 grupperade i totalt antal inneliggande dagar (inte enbart sammanhängande) med beräknad patientavgift.

Antal dagar	Antal personer	Beräknat kostnadsspann ordinarie avgift (100kr/dygn)	Beräknat kostnadsspann med högkostnadsskydd
1-30	21 499	100 kr – 3 000 kr	100 kr – 2 400 kr
24-30	528	2 400 – 3 000kr	2 400 kr
31-60	1 164	3 100 kr – 6 000 kr	2 500 kr – 4 800 kr
61-90	286	6 100 kr – 9 000 kr	4 900 kr – 7 200 kr
91-180	149	9 100 kr – 18 000 kr	7 300 kr – 14 400 kr
181-365	32	18 100 kr – 36 500 kr	14 500 kr – 29 300 kr
>365	3	>36 600 kr	>29 400 kr

Tabell 2 indikerar att det är något hundratal patienter/år som har rätt till högkostnadsskyddet varje år. Av dem har en manuell granskning över de senaste åren visat att mellan 66–90 patienter har nyttjat högkostnadsskyddet och i genomsnitt fått 885 kr per person krediterat. Anledningen till att så få ansökt om högkostnadsskyddet bedöms vara bristande information till patienterna. Majoriteten av de som tagit del av högkostnadsskyddet har fått hjälp av regionmedarbetare för sin ansökan. I vissa fall kan också patienter vara för sjuka för att vara i stånd att ta till sig information om högkostnadsskyddet och hur de kan ansöka om det. Högkostnadsskyddet är en kostnad för regionen om i genomsnitt 67 800kr/år i minskade intäkter (tabell 1) plus kostnader för medarbetares stöd i ansökningsprocessen och ekonomiavdelningens manuella hantering av högkostnadsskyddet.

Högkostnadsskyddets utformning tar inte höjd för patienter som är inneliggande många dagar per år men inte fler än 20 dagar per 30-dagarsperiod. Det går inte att ta reda på hur vanligt det är på grund av avsaknad av data. Teoretiskt skulle en patient kunna vara inneliggande upp till 120 dagar under ett och samma år utan att ha rätt till högkostnadsskyddet.

Högkostnadsskyddet skulle kunna automatiseras mot en kostnad på några hundra tusen kronor³. I det fallet skulle alla patienter som uppfyller kriterierna för högkostnadsskyddet också få det. Skyddet skulle bli jämlikt men innebära en minskad intäkt för Regionen på cirka 1,5 miljoner per år. Den ökade jämlikhet ett systemstöd skulle innebära för ett fåtal patienter bedöms inte vägas upp mot kostnaderna för att inrätta systemet.

³ Erfarenhetsbaserad uppskattning från Cosmicförvaltningen utifrån att utveckling tillsammans med Cambio är nödvändigt.

Efter analys av hur andra regioner gjort i frågan om avgift för slutenvård kan utredningen konstatera att 7 Regioner inte har något högkostnadsskydd för slutenvård utan följer maxtaxan enligt Hälso- och sjukvårdslagen.

För de regioner som har inrättat ett högkostnadsskydd är den gemensamma nämnaren att patienten självständigt ansöker om högkostnadsskyddet (Patientavgifter, SKR, 2023). Utifrån de systemstöd som regionen har idag bedöms inte något befintligt system för högkostnadsskydd öka jämlik tillgång för patienterna eller minskade kostnader/minskad administration för regionen.

Sammantaget är nuvarande högkostnadsskydd ett trubbigt system för att avlasta patienter från alltför höga avgifter. Vidare finns ingen garanti för att de som nås av högkostnadsskyddet är de som har det största behovet av skyddet och högkostnadsskyddet når bara en mindre del av de som har rätt till det. Skyddet är således inte att betrakta som jämlikt.

Om skyddet avslutas finns risk för att ett mindre antal individer avslutar sin vård i förtid, även om risken bedöms som liten. Den troliga konsekvensen för de fåtalet individer som inte får ersättning för dessa vårdkostnader genom försörjningsstöd från kommunen, och har dålig ekonomi, är att de inte betalar fakturan. Ökad individuell skuldsättning kan i det avseendet inte uteslutas. Samtidigt kommer regionen att få in mer intäkter från de som har råd att betala och som annars skulle ha rätt till återbetalning enligt högkostnadsskyddet.

Förslag till förändring

Utredningen har inte kommit fram till något alternativt högkostnadsskydd som skulle vara både förenklat och kostnadsneutralt jämfört med nuvarande system. Däremot har ett förslag för förenklad hantering tagits fram:



Motivering

För ett fåtal patienter är nuvarande högkostnadsskydd ekonomiskt värdefullt men den samlade bedömningen är att högkostnadsskyddets kostnader, manuella hantering, bristande funktionalitet och jämlikhet samt utmaningar i hanteringen motiverar till förslag om avslut.

5 Högkostnadsskydd ambulanstransport

5.1 Ambulanstransportavgift

Region Jämtland Härjedalen har debiterat patienter en ambulanstransportavgift på 300kr under en längre period, minst sedan 2016 (RS/200/2015 Översyn av mer enhetliga patientavgifter). Region Jämtland Härjedalen är ensamma om att debitera patienter en ambulanstransportavgift. 7 regioner tar ingen avgift för vare sig ambulanstransporten eller ambulanssjukvården. 13 regioner tar ut en avgift som på olika sätt inkluderar utkörning/framkörning, bedömning/behandling och eventuell transport till vårdinrättning (1177.se, 2023).

Regionfullmäktigebeslutet i februari 2016 har följts av en ytterligare definiering i avgiftshandboken; ”ambulanstransportavgiften ska debiteras patienten när en ambulans tillkallats, även om patienten sedan inte transporteras med den”. Vissa undantag för avgiften finns (Avgiftshandboken 2023 – Region Jämtland Härjedalen:

- Barn och unga upp till 18 år.
- Transporter mellan vårdinrättningar när patienten är inskriven i slutenvård.
- Transporter överstigande 10 transporter per 12-månadersperiod (se 5.3 Högkostnadsskydd ambulanstransporter).

I samband med denna utredning har det identifierats att fullmäktigebeslutet avser att patienten transporteras i ambulansen medan avgiftshandboken beskriver att avgift ska uttas oavsett om patienten åker med ambulansen eller inte. Här uppstår en diskrepans som försvårar för verksamheternas följsamhet till beslut.

Förslag om förtydligande

5.2 Öppenvårdsavgift akutsjukvård

Utifrån befintliga systems möjligheter debiteras ambulanstransportavgiften på signal om att medicinsk intervention är genomförd vilket komplicerar tolkningen att ambulanstransportavgiften inte också samtidigt är en avgift för erhållen vård, en vårdavgift som enligt HSL ska ingå i högkostnadsskyddet för öppenvård (Hälsa- och sjukvårdslagen (2017:30)).

Region Jämtland Härjedalen debiterade ambulanstransportavgifter för cirka 3,9 miljoner 2021 och 2022, se tabell 3. Det finns tillfällen när ambulansverksamheten inte kan debitera såsom när patient inte finns på den aktuella platsen eller när patienten är ett barn.

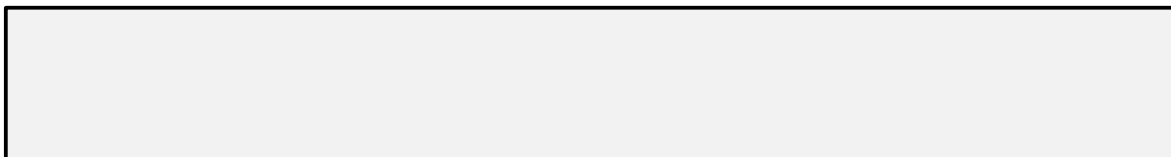
Tabell 3 – Ambulansuppdrag och debiterat belopp ambulanstransportavgift.

År	2021	2022
Antal patienter	12 330	14 213
Antal uppdrag	16 385	16 939
Antal uppdrag utan möjlighet att debitera	2 546	2 726
Totalt debiterat belopp	3 866 tkr	3 895 tkr

Utöver ambulanstransportavgiften debiteras patienten inget för den vård denne får på plats. Om patienten transporteras in till en vårdverksamhet, vanligen akuten, debiteras dock patienten ytterligare 400kr i öppenvårdsavgift för akutverksamhet. Med andra ord är vårdavgiften för ambulanspersonalens intervention i hemmet/på platsen kostnadsfri. Detta kan jämföras med att när en distriktsköterska från primärvården gör ett hembesök så debiteras patienten 300 kr. Detta blir ett inkonsekvent hanterande.

Sammantaget bedöms ambulanstransportavgiften som en bristfällig konstruktion som Region Jämtland Härjedalen dessutom är ensam om i Sverige. Olika avgiftshöjningar för att finansiera ett avslut av ambulanstransportavgiften har utretts inom ramen för denna utredning. Alternativ har identifierats men inget som är kostnadsneutralt, dock bör vårdavgift för akutsjukvård utförd av ambulanspersonal införas.

Förslag till förändring



Motivering

Förslaget innebär att öppenvårdsavgiften för akut vård likställs oberoende om patienten behöver åka med till vårdinrättning eller inte.

Verksamheten genomför årligen cirka 4 500 ”lämna hemma-uppdrag”⁴. Införandet av en öppenvårdsavgift för ”lämna hemma”-uppdrag skulle öka intäkten lite olika beroende på hur stor andel av patienterna som har frikort för öppenvård, räkneexempel i tabell 4. Föreslagen förändring bedöms totalt öka intäkten till regionen med minst 562 000 kr/år.

Tabell 4 – Ökad årlig intäkt för regionen utifrån olika andelar av ”lämna hemma” - uppdrag (se tabell5) som sker till patienter med frikort.

	30% har frikort	50% har frikort ⁵	70% har frikort
Ökad intäkt för regionen	1 260 tkr	900 tkr	540 tkr

Systemstöd finns redan för att tillföra en öppenvårdsavgift för ”lämna hemma”-uppdrag inkluderat automatisk synkronisering med e-frikortssystemet, således innebär förslaget ingen ökad administration.

⁴ Ambulanssjukvård på en aktuell plats men där patienten därefter inte behöver transporteras till vårdinrättning.

⁵ Att 50% redan har frikort för öppenvård är samma andel som användes vid motsvarande beräkning i den stora avgiftsutredningen 2015 (RS/200/2015 Översyn av mer enhetliga patientavgifter, 2022)

5.3 Högkostnadsskydd ambulanstransport

Ambulanstransportavgiften ingår inte i högkostnadsskydden för öppenvård eller slutenvård då det är en transportavgift och inte en vårdavgift (Hälsa- och sjukvårdslagen (2017:30)). Avgiften ingår inte heller i högkostnadsskyddet för sjukresor utifrån regelverket för det (Lag om resekostnadsersättningar vid sjukresor (1991:419)).

Det finns inga krav för regionen att erbjuda högkostnadsskydd för ambulanstransporter.

Beslutet om införande av högkostnadsskydd för ambulanstransport härrör från beslut i Fullmäktige 2016-02-09–10 §10 där *utredningen om mer enhetliga patientavgifter* beslutades (RS/200/2015 Översyn av mer enhetliga patientavgifter). Under fullmäktige yrkades om följande tillägg i ärendet om enhetliga patientavgifter ”*Ambulansavgift uttas för högst 10 resor under ett år*”. Yrkandet om högkostnadsskydd för ambulansresor antogs.

Patienten ansvarar för att ansöka om högkostnadsskyddet genom att meddela ekonomienheten att denne tillkallat ambulans vid fler än 10 tillfällen under en 12-månadersperiod, räknat från första transporten. Ekonomienheten administrerar högkostnadsskyddet manuellt och skickar kreditfaktura på överskjutande belopp. De medicinska sekreterarna på akuten bistår därutöver en del patienter med att ansöka om högkostnadsskyddet.

Högkostnadsskyddet hanteras manuellt av en medicinsk sekreterare inom akutverksamheten.

Ambulansverksamheten menar att de patienter som har behov av ambulanssjukvård fler än 10 gånger/år oftast har ett mycket sammansatt behov av stöd och vård. Verksamheten menar också att flertalet av dessa ambulansinsatser skulle kunna förhindras med ett förbättrat samarbete mellan ambulansverksamheten, primärvården, specialistsjukvården och kommunerna. Om patienter i ökad omfattning skulle få vård i ett tidigare skede skulle behovet av ambulanssjukvård och därefter slutenvårdsinläggning kunna minska. Förutom övergången till Nära vård (Nära vård, SKR, 2023) bedöms samordnad individuell planering (SIP) (Samordnad individuell plan, 2023) vara en viktig faktor för att patienten ska få rätt insatser, i rätt tid och av rätt instans. Ett förbättrat samarbete och samplanering skulle därmed i viss mån kunna fungera som högkostnadsskydd för patienten som dessutom sannolikt får bättre vård.

Under 2021 och 2022 var det ungefär 13 000 patienter (ca 16 500 uppdrag) som hanterades av ambulansen på sådant sätt att ambulanstransportavgift togs ut, se tabell 5. Ca 50 patienter (0,4%) av dem uppfyller kriterierna för högkostnadsskyddet men bara 8–9 av dem ansöker om högkostnadsskyddet (ca

18%). De 8–9 personerna motsvarar 0,7 promille av alla som debiterades ambulanstransportavgift.

Tabell 5 – Sammanställning högkostnadsskydd ambulanstransporter inklusive uteblivna intäkter för regionen.

År	2021	2022
Antal patienter	12 330	14 213
Antal uppdrag	16 385	16 939
Andel "lämna hemma uppdrag"	26%	28%
Antal patienter >10 resor	45	56
Antal patienter med högkostnadsskydd (>10 resor)	9	8
Uteblivna intäkter pga högkostnadsskydd	20 700 (69 transporter á 300kr)	23 100 kr (77 transporter á 300kr)
Spann antal transporter efter högkostnadsskydd (patienter)	1-19 (3)	3-29 (5)

Sammanfattningsvis bidrar högkostnadsskyddet för ambulanstransporter till merarbete för verksamheterna. Verksamheternas resursåtgång för detta står inte i adekvat relation till den andel patienter som tar del av skyddet. Vidare finns utmaningar i avsaknad av systemstöd som gör att hela hanteringen av ambulanstransportavgiften inte är jämlik och följderna av det blir att också högkostnadsskyddet inte nödvändigtvis når de som mest behöver det.

Förslag till förändring

Utredningen har diskuterat olika alternativ utifrån utredningsuppdraget:

- Akutsjukvårdsavgift i stället för ambulanstransportavgift.
- Automatiskt högkostnadsskydd.
- Årlig avstämning och patientkreditering av högkostnadsskydden.

Samtliga förslag har flera olika för- och nackdelar. Dessa bottnar i stor utsträckning i höga kostnader för regionen, patienten eller bägge parterna och har därför avfärdats. Nedan framgår utredningens förslag till förändring:

Motivering

Att avsluta högkostnadsskyddet skapar mer jämlikhet, riskerar inte att missa de som har största behovet, minskar administration och begränsar Regionens utförande till våra skyldigheter enligt lag och förordning. Exempel på patientavgifter med detta förslag finns i bilaga 2.

Ett avslut av högkostnadsskyddet innebär en ökad intäkt för regionen på ca 22 000 kr/år (tabell 4).

Förslaget är inte helt fritt från nackdelar då det inte helt kan utesluta att några patienter per år ändå får betala mer än 3 000 kr för ambulanstransporterna, eventuell ökad skuldsättning kan inte uteslutas för dessa. Verksamheternas

pågående arbete med förbättrad samverkan och vårdplanering (inkluderat samordnad individuell plan, SIP) mellan vårdnivåer och hälso- och sjukvårdshuvudmän bedöms minska denna ekonomiska risk för patienterna men även förbättra deras vård.

6 Referenser

- Avgiftshandboken - Region Jämtland Härjedalen.* (den 20 03 2023). Hämtat från <https://centuri/regno/65871>
- Definitioner och direktiv.* (den 16 03 2022). Hämtat från <https://diariet.regionjh.se/diariet/files/fc580cc2-3030-4df8-be4a-59c17ab9f8df.pdf>
- HSN/475/2022.* (den 23 01 2023). Hämtat från Den samlade effekten av högkostnadsskydden på länets medborgare: Platina
- HSN/749/2021.* (den 28 05 2021). Hämtat från Platina: <https://diariet.regionjh.se/diariet/files/45ced44d-bcbb-4744-a148-c9befccf98ac.pdf>
- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).* (den 31 05 2022). Hämtat från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30
- Högkostnadsskydd för öppenvård.* (den 31 05 2022). Hämtat från 1177.se: <https://www.1177.se/jamtland-harjedalen/sa-fungerar-varden/kostnader-och-ersattningar/hogkostnadsskydd-for-oppenvard/>
- Högkostnadsskydd läkemedel.* (den 17 05 2022). Hämtat från E-hälsomyndigheten: <https://www.ehalsomyndigheten.se/tjanster/privat/e-recept/hogkostnadsskydd/>
- Högkostnadsskydd Region Uppsala.* (den 19 01 2022). Hämtat från <https://www.1177.se/uppsala-lan/sa-fungerar-varden/kostnader-och-ersattningar/patientavgifter/>
- Konsumentverkets hushållskalkylator.* (den 22 08 2023). Hämtat från Konsumentverket: <https://www.konsumentverket.se/globalassets/publikationer/privatekonomi/kostnadsberakningar-hushallskostnader-2023-konsumentverket.pdf>
- Lag (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor.* (den 01 06 2022). Hämtat från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1991419-om-resekostnadsersattning-vid_sfs-1991-419
- Nära vård, SKR.* (den 04 05 2023). Hämtat från <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard.6250.html>
- Patientavgifter i Jämtland Härjedalen.* (den 31 05 2022). Hämtat från 1177.se: <https://www.1177.se/Jamtland-Harjedalen/sa-fungerar-varden/kostnader-och-ersattningar/patientavgifter-i-jamtland-harjedalen/>
- Patientavgifter SKR.se.* (den 26 04 2023). Hämtat från <https://skr.se/skr/halsasjukvard/ekonomiavgifter/patientavgifter.14668.html>
- Regelverk för patientavgifter 2023.* (den 15 03 2023). Hämtat från Vårdgivarguiden: <https://vardgivarguiden.se/globalassets/administration/patientadministration/patientavgifter/01-avgiftshandboken/regelverk-for-patientavgifter.pdf?isPdf=true>
- Regelverk och ersättningsgrunder för sjukresor till och från vård.* (den 01 08 2022). Hämtat från Diariet: <https://diariet.regionjh.se/diariet/files/bde3e731-49dd-4903-932e-0b9f5d352931.pdf>
- Regionjh.se.* (den 30 08 2022). Hämtat från Enkäten "Viktigt för mig vid kontakt med vården": <https://www.regionjh.se/politikdemokrati/tycktillochpaverka/viktigtformig.4.6a75410c17e5513d4bf225d5.html>
- RS/200/2015 Översyn av mer enhetliga patientavgifter.* (den 31 05 2022). Hämtat från Diarienummer RS/200/2015
- Samordnad individuell plan.* (den 16 02 2023). Hämtat från SKR: <https://skr.se/skr/halsasjukvard/patientinflytande/samordnadindividuellplansip.samordnadindividuellplan.html>
- Socialtjänstlagen 2001:453.* (den 17 05 2022). Hämtat från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453

7 Bilagor

7.1 Bilaga 1 - SKR:s ställningstagande slutenvårdsavgift under Covid-19 pandemin



Sveriges
Kommuner
och Regioner

INFORMATION

2021-04-29

Kostnadsfrihet för patienter som vårdas för covid-19

SKR har fått frågor kring regelverket för kostnadsfrihet för vård och behandling för patienter med covid-19 i hälso- och sjukvården. Därför har SKR gjort en juridisk bedömning.

Några regioner har beslutat om ytterligare kostnadsfrihet som gå utöver de lagmässiga åtagandena. Två regioner VGR och Örebro har identifierats, kan finnas fler.

Hänvisning till smittskyddslagen

Covid-19 är en samhällsfarlig och allmänfarlig sjukdom. För allmänfarliga sjukdomar ska patienter inte betala någon patientavgift vid besök inom öppen vård (jfr. smittskyddslagen 7 kap 2§). Regeringen har beslutat om en förordning som innebär att bestämmelserna i smittskyddslagen om allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på infektion med coronavirus. Förordningen (2020:20) gäller från den 2 februari 2020. Detta innebär att ingen patientavgift debiteras om behandlande läkare bedömer att det finns misstanke om covid-19 (till exempel luftvägssymtom eller feber).

Kostnadsfriheten gäller så väl undersökning, som för att utreda om patienten är smittad av en allmänfarlig sjukdom som den vård och behandling som därefter krävs. Åtgärden ska således anses behövas utifrån smittskyddssynpunkt. Enligt förarbetena till lagen får detta inte ges en för begränsad tolkning utan kostnadsfriheten ska gälla alla åtgärder som kan leda till att smittsamheten upphör, minskar eller hålls tillbaka. Skulle patienten av smittskyddsskäl tvångsvårdas är det kostnadsfritt för patienten. Det understryks alltså att kostnadsfriheten tillämpas generöst vid förstagångsbesök om det finns en rimlig klinisk eller epidemiologisk misstanke om att en patient lider av en allmänfarlig sjukdom. Det är den behandlande läkaren som ska bedöma om ett läkemedel i det enskilda fallet minskar risken för smittspridning eller om undersökning, vård och behandling är motiverad av samma skäl. Ett stort stöd i detta är det regionala smittskyddet.

När behöver det inte vara kostnadsfritt för patienten

Om patienten söker vård av annan anledning än misstänkt covid-19 betalar patienten vanlig patientavgift. Detta gäller även om patienten vårdas isolerat på grund av exempelvis luftvägssymtom. Uppföljningsbesök eller rehabiliteringsinsatser för patienter som haft covid-19 och som enligt gällande rekommendationer betraktas som smittfri, omfattas inte av kostnadsfriheten enligt smittskyddslagen. Patienter som tillfrisknat från covid-19 och är i behov av rehabilitering eller annan eftervård ska debiteras vanlig patientavgift för dessa vårdkontakter.



2021-04-29

2 (2)

Inom sluten vård betalar patienten vanlig avgift även då vårdbehovet föranleds av misstänkt eller bekräftad covid-19. Denna avgift avser mat och logi och avser inte kostnad för vård och behandling enligt smittskyddslagens mening. Åtgärder som endast har indirekt betydelse för smittspridning omfattas inte heller av kostnadsfriheten. Detta gäller bl.a. sådant stöd eller sådan hjälp den enskilde kan behöva t.ex. i form av psykologkontakt eller behandling för sitt missbruk. Det skulle enligt lagens förarbete föra för långt att låta sådana åtgärder omfattas av kostnadsfriheten enligt smittskyddslagen.

VGR har beslutat om att regionala tillämpningsanvisning¹ som går utöver det lagmässiga kravet och även inkluderar egenavgiften för slutenvården i kostnadsfriheten. På 1177 framgår även att region Örebro tillämpar en policy som innebär att vård som är kopplad till pågående infektion av covid-19, till exempel provtagning, besök och slutenvård, är kostnadsfri. *Finns det ytterligare regioner som har sådana ställningstagande?*

SKR har tagit fram en rekommendation kring avgiftsfrihet i samband med vaccination mot covid-19 under 2021

Varje region beslutar om avgifter för vaccinering mot covid-19. SKR rekommenderar alla regioner att erbjuda gratis vaccin till alla som ska vaccinera sig mot covid-19. SKR anser att i ett rådande pandemiläge ska inte någon enskild individ av ekonomiska skäl behöva avstå ifrån att ta del av regionens erbjudande om vaccination mot covid-19.²

¹ Tillämpningsanvisning avgiftsfri undersökning, vård och behandling enligt Smittskyddslagen (2004:168) på grund av covid-19 Diarienummer HS 2020-00485

² Rekommendation om kostnadsfrihet av vaccinering mot covid-19 Ärendnr: 20/01597

7.2 Bilaga 2 – Patientavgifter vid ambulanssjukvård

Exempel 1

Patient får ambulanssjukvård i hemmet men kan efter insats lämnas hemma ("lämna hemma-uppdrag").

Patienten betalar 400 kr i öppenvårdsavgift upp till frikortet för öppenvård plus ambulanstransportavgiften på 300 kr. Totalt 700 kr.

Exempel 2

Patient får ambulanssjukvård i hemmet och transporteras sedan med ambulansen till Akuten för vidare vård.

Patienten betalar 400 kr i egenvårdsavgift på Akuten upp till frikortet för öppenvård plus ambulanstransportavgiften på 300 kr. Totalt 700 kr.