

2018-03-16

Landstingsstyrelserna/regionstyrelserna

Patientavgifter vid digitala vårdmöten

Ärendenr: 18/01267

Förbundsstyrelsens beslut

Styrelsen för Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har vid sammanträde den 16 mars 2018 beslutat

att rekommendera landstingen och regionerna att tillämpa en lägsta nivå för patientavgift på 100 kr vid digitala vårdkontakter i primärvården enligt vad som framgår av denna rekommendation,

att i skrivelse till landsting och regioner rekommendera dem att godkänna och tillämpa denna rekommendation samt

att uppdraga åt SKL:s verkställande direktör att låta förbundskansliet genomföra ett bredare arbete för att ta fram underlag för mer långsiktiga landstingsgemensamma överväganden kring utveckling av den digitala vården.

Bakgrund

Förbundskansliet har utarbetat ett förslag till rekommendation till landsting och regioner om hantering av patientavgifter för digitala vårdkontakter i primärvården. Förslaget är att rekommendera en lägsta avgiftsnivå om 100 kronor vid en sådan kontakt.

Motivet till en rekommendation är både att stimulera utvecklingen av digitala vårdtjänster och att undvika att framkalla oönskade beteenden hos patienter och vårdgivare.

Samtidigt med beslutet om rekommendationen föreslås att ett bredare arbete initieras för att ta fram underlag för mer långsiktiga, landstingsgemensamma överväganden kring utvecklingen av den digitala vården.

Rekommendationen redovisas i **bilaga 1**.

Sveriges Kommuner och Landsting



Lena Micko
Ordförande

Till landstingsstyrelserna och
regionstyrelserna

Rekommendation om en för alla landsting och regioner lägsta nivå för patientavgift vid digitala vårdkontakter i primärvården

Beslut

Styrelsen för Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) beslutade vid sammanträde den 16 mars 2018

att rekommendera landstingen och regionerna att tillämpa en lägsta nivå för patientavgift på 100 kr vid digitala vårdkontakter i primärvården enligt vad som framgår av denna rekommendation,

att i skrivelse till landsting och regioner rekommendera dem att omgående godkänna och tillämpa denna rekommendation samt

att uppdra åt SKL:s verkställande direktör att låta förbundskansliet genomföra ett bredare arbete för att ta fram underlag för mer långsiktiga landstingsgemensamma överväganden kring utveckling av den digitala vården.

Bakgrund

I maj 2017 beslutade SKL:s styrelse om en rekommendation om gemensamma utomlännersättningar för digitala vårdtjänster. Bakgrunden var den ökade omfattningen av digitala vårdkontakter och att den ersättning som tillämpades ansågs som orimligt hög.

Den rekommenderade utomlännersättningen för digitala vårdkontakter är 650 kr för läkarbesök, 600 kr för besök hos psykolog eller kurator samt 300 kr för övrig sjukvårdande behandling. Ersättningen är inklusive patientavgift. Av Riksavtalet för utomlänsvård (RIA) och hälso- och sjukvårdslagen¹ följer att utomlänspatienter ska betala patientavgift enligt de regler som fastställts av vårdlandstinget. När vårdlandstinget fakturerar hemlandstinget dras patientavgiften av från priset. Detta innebär att hemlandstinget får betala mer per besök ju lägre patientavgiften är i vårdlandstinget. Om en vårdkontakt är avgiftsfri får hemlandstinget betala hela ersättningen, dvs. 650 kr för ett läkarbesök och 300 för besök hos sjuksköterska.

Patientavgifter i primärvård

Landstingen har stor frihet att ta ut olika avgifter för olika typer av tjänster. Det innebär t.ex. att avgifter kan differentieras mellan yrkeskategorier, mellan olika tider på dygnet och mellan olika typer av kommunikations-/besöksformer (fysiskt, telefon, digitalt). Därmed är det fullt möjligt att inom ett landsting ha olika avgifter för fysiska

¹ Prop. 2013/14:106 s. 130

och digitala besök. Däremot måste landstinget behandla alla patienter lika givet en och samma tjänst inom den öppna vården, såvida det inte är särskilt bestämt (t.ex. personer över 85 år). Det finns således inga legala hinder för landstingen att träffa en gemensam överenskommelse om patientavgifter för digitala vårdkontakter.

Alla landsting utom ett tar ut en patientavgift för fysiska besök hos läkare i primärvård. Avgiften varierar mellan 100 kr och 300 kronor. I stort sett alla landsting har samma patientavgift för digitala som fysiska läkarbesök. 13 landsting har samma avgift för sjukvårdande behandling som för läkarbesök; i övriga är avgiften lägre för sjukvårdande behandling. I några få landsting är besök hos sjuksköterska kostnadsfritt. Landstinget Sörmland är idag det enda landsting som har avgiftsfrihet i primärvården.

Konsekvenser av avgiftsfrihet vid digital vård

Det finns mycket som talar för att avgiften vid digitala vårdkontakter, som är lättillgängliga och gränslösa, har större betydelse än vid fysisk vård. I synnerhet för normalfriska, tillfälligt sjuka patienter. Att valet faller på en vårdgivare som kan tillhandahålla en avgiftsfri tjänst är högst sannolikt. Statistiken över utomlänskontakter i den digitala vården visar också att konsumtionen av vård är betydligt högre bland 19-åringar (som har avgiftsfrihet) jämfört med 20-åringar (som betalar avgift).

Avgiftsfrihet för digitala vårdkontakter kan innebära en risk för ökad konsumtion av vård som kanske inte är helt motiverad av medicinska skäl. Olikheterna i patientavgifter kan också skapa oönskade incitament för vårdgivares etablering.

En gemensam hantering av patientavgifter för digitala vårdkontakter

Mot den beskrivna bakgrunden bedöms det, på kort sikt, finnas goda skäl för att rekommendera alla landsting och regioner att ha en patientavgift för digitala vårdkontakter. Rekommendationen kan ange nivån på avgiften och om den ska gälla både läkarbesök och sjukvårdande behandlingar. Den hindrar självfallet inte landstingen från att fastställa andra avgifter eller avgiftsfrihet i den fysiska vården.

De tänkbara handlingsalterativ som övervägts är följande:

- 1. En rekommendation om att alla landsting inför en enhetlig avgift för alla digitala vårdkontakter, oavsett yrkeskategori, på 200 kronor per besök.*

Nivån 200 kronor är den vanligast förekommande patientavgiften och redan idag betalar många patienter 250 kr för digitala vårdkontakter; något som talar för att patienterna uppskattar lättillgängligheten. En annan aspekt är att 1177 Vårdguiden på telefon, som är avgiftsfri, så långt möjligt ska vara första linjen som tar emot samtal för rådgivning av sjuksköterska. Frågan om hur framväxten av ytterligare sjukvårdsrådgivning i digital form bör ske är en viktig fråga i ett långsiktigt perspektiv. På kort sikt kan en enhetlig avgift premiera kontakter med 1177 Vårdguiden. En enhetlig avgift är också en enkel konstruktion.

- 2. En rekommendation om att alla landsting inför en patientavgift för digitala vårdkontakter som är 200 kr för läkarbesök och 100 kr för sjukvårdande behandling.*

Nivån 200 kronor är den vanligast förekommande patientavgiften för läkarbesök och sjukvårdande behandlingar i primärvård och skulle troligen vara tillräckligt hög för att inte riskera en starkt ökad efterfrågan. En differentiering av avgiftsnivån baserat på yrkeskategori, där sjukvårdande behandlingar åsätts en lägre avgift, finns idag i några landsting, som t.ex. kan ha avgiftsfrihet eller en låg patientavgift för besök hos sjuksköterskor i syfte att styra över fler besök från läkare till sjuksköterskor. Att styra mot lägsta effektiva omhändertagandenivå skulle kunna tala för en sådan lösning.

- 3. En rekommendation om att alla landsting inför en minimiavgift för samtliga digitala vårdkontakter på 100 kr per besök. Varje landsting avgör sedan om man vill sätta sin avgift högre, om man vill differentiera mellan yrkeskategorier etc.*

Detta alternativ tar framför allt fasta på att förhindra avgiftsfrihet i digital vård p.g.a. risken för att det skapar en ökad och ej medicinskt motiverad konsumtion. 100 kr per besök är den nu förekommande, lägsta avgiften i primärvården. Alternativet lämnar i övrigt helt öppet för varje landsting att överväga sin avgiftsstruktur.

Slutsats

Utifrån de synpunkter som framkommit under de tidigare diskussionerna i frågan bedöms det tredje alternativet vara det som ger störst möjlighet till anpassning utifrån de variationer i patientavgifter som finns idag.

Alternativet att avstå från en rekommendation, i avvaktan på mer långsiktiga landstingsgemensamma överväganden om formerna för att erbjuda hälso- och sjukvård via digitala lösningar, kan på kort sikt innebära risker som har beskrivits ovan. Det handlar främst om risker för en ökad, ej medicinskt motiverad, konsumtion av digital vård och risk för etableringar som är tveksamma ur ett konkurrens-perspektiv.

Fortsatt arbete

Den digitala utvecklingen ger stora möjligheter att förbättra vården genom nya former för kommunikation, informationsbehandling och kunskapsförsörjning m.m. Den pågående, snabba utvecklingen av digitala vårdtjänster aktualiserar ett antal frågor när det gäller vårdens framtida utveckling. Det handlar bl.a. om hur de nya digitala vårdtjänsterna kan ses i den nuvarande vårdstrukturen och hur den påverkar de vårdkedjor och den struktur som nu är etablerad.

Regeringen beslutade den 1 mars att ge ett tilläggsdirektiv till utredningen Ordning och reda i vården² att analysera ”hur ett långsiktigt hållbart system för så kallade

² Direktiv 2017:128

nätdoktorer kan skapas med beaktande av principen om en behovsstyrd vård”. Samtidigt gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att se över omfattningen av och inriktningen på de digitala vårdtjänster som finns samt ge rekommendationer om vilken vård som lämpar sig att hantera via digitala vårdtjänster och lämna förslag på hur kvaliteten ska kunna följas upp. Syftet med beslutet är ”att styra upp en relativt ny marknad som har inneburit en ökad tillgänglighet men också potentiellt risker för både skattemedel och för patienter om de används fel”.

Patientavgifterna är endast en del av finansierings- och styrsystemet i hälso- och sjukvården. En rekommendation om gemensam patientavgift vid digitala vårdkontakter kan ses som en tillfällig åtgärd i avvaktan på mer långsiktiga lösningar.

Ett arbete bör därför initieras i förbundskansliet för att ta fram underlag för mer långsiktiga, landstingsgemensamma överväganden kring vilken vård som ska erbjudas digitalt, vad som kan göras gemensamt t.ex. inom 1177, hur kvalitetssäkring och uppföljning ska ske samt hur regler för utomlänsvård och ersättningar m.m. kan stödja en önskad utveckling.

Sveriges Kommuner och Landsting