



LUNDS
UNIVERSITET

BESLUT

Diarienummer V 2023/2002

Datum 2023-12-07

Adressat
Socialdepartementet

Rektor

Yttrande över Effektiv och behovsbaserad digital vård, Ds 2023:27

Ert dnr S2023/02604

Bakgrund

Lunds universitet har anmodats att ge synpunkter på rubricerad remiss. Ett yttrande har inkommit från Ekonomihögskolan och Medicinska fakulteten gemensamt samt ett yttrande från Juridiska fakulteten. Yttrandena bifogas.

Beslut

Beslut om att avge detta yttrande med bifogade bilagor har fattats av undertecknad vicerektor i närvaro av förvaltningschef Susanne Kristensson efter hörande av representant för Lunds universitets studentkårer och efter föredragning av verksamhetscontroller Magnus Ekblad, Universitetsledningens stab.

Kristina Eneroth



YTTRANDE

Diarienummer
V 2023/2002

31 oktober 2023

Mottagare: Lunds universitet
RektorEkonomihögskolan
Medicinska fakulteten

Yttrande över Effektiv och behovsbaserad digital vård Ds 2023:27

Ert dnr S2023/02604

Sammanfattning

- Det är glädjande att en utredning genomförts kring de ekonomiska, patientmässiga och personalbelastande effekter den digitala vårdboomen innebär.
- Utredningen är välskriven, men vi saknar en omvärldsanalys. Hur ser det exempelvis ut i våra nordiska grannländer? Vilka ersättningsmodeller finns där?
- Det hade även varit önskvärt med mer resonemang kring problematiken med vårdgivare som enbart, eller huvudsakligen, erbjuder digital vård. Ska dessa över huvud taget finansieras av det offentliga? Hur gör andra länder?
- Utredaren har i stort identifierat negativa konsekvenser som den oreglerade digitala vården kan medföra för kontinuitet, samordning och prioriteringar.
- Vi ser det som positivt att tydliga begreppsförklaringar och avgränsningar regleras men också att en behovsbedömning införs för ekonomisk ersättning utanför den egna regionen.
- Vi påpekar att det finns betydande svårigheter förknippade med att göra en behovsbedömning och att vårdregionen har incitament att ha en relativt generös tröskel för ersättningsgill vård, vilket kan gå stick i stäv med principen om att ge vård efter behov.
- För att undvika ett race-to-the-bottom förespråkar vi att hemregionen, eller regionerna i konsensus, definierar kriterier för vilken vård som skall ersättas.

- Utredningen borde ha problematiserat besöksersättning som princip och beaktat effektivitetsvinsterna av att upphandla plattformsbaserad distansvård.
- Principen om teknikneutral ersättning förtjänar att problematiseras, eftersom den får långvariga fördelningseffekter i digifysiska verksamheter, som hanterar både mer och mindre resurskrävande patienter.
- Det hade varit önskvärt med ytterligare resonemang kring patientavgifter för distanskontakter.
- De anförda förslagen om specifika medel för forskning, ökad samverkan mellan regioner och stimulansmedel är välkomna.

Föreslagna regleringar som diskuteras i yttrandet

Regionerna har ansvar för att tillhandahålla hälso- och sjukvården inom de ramar som rätts upp av lagstiftning. Inom ramen för lagen har regionerna stora friheter att bestämma formerna för vilken vård som skall erbjudas och hur.

Av denna anledning har utredningen främst möjlighet att föreslå lagändringar. I detta remissyttrande diskuteras bland annat följande förslag på regleringar. De avsnitt som inte berörs av nedanstående fem punkter har Ekonomihögskolan och Medicinska fakulteten inga synpunkter på.

- 1) Utredningens förslag om att definiera begreppet distanskontakt i lag.
- 2) Utredningens förslag om en ny bestämmelse att *Regionen ska erbjuda distanskontakt om det inte bedöms vara nödvändigt att vården utförs genom fysisk kontakt*
- 3) Utredningens förslag om att principen om att hemregionen bekostar öppenvård som ges i annan region ska kvalificeras med en inledande behovsprövning i de fall då vården utgörs av en distanskontakt.
- 4) Utredningens förslag att behovsprövningen ska definieras av vårdregionen (dvs, den region där vårdgivaren som utför vården är belägen).
- 5) Utredningens förslag att patienten ska betala den avgift för distanskontakter som gäller i patientens hemregion.

Vår tolkning av utredningens förslag på regleringar är att de syftar till främja ett antal mål:

1. Tillgodose Patientlagens bestämmelse om att patienten har rätt att få en medicinsk bedömning snarast (2 kap 2§).
(*Bakgrund:* den ordinära primärvården anses ha låg tillgänglighet. Utomlänsvården som ges av Nationellt Verksamma Digitala Vårdgivare (NVDV) har, genom att vårdgivarna ersätts per besök, förbättrat tillgängligheten för besvär som inte är högt prioriterade men samtidigt enkla att tillgodose.)
2. Säkerställa att vård ges i enlighet med principen om att den som har störst behov av vården ska ges prioritet.
(*Bakgrund:* det finns många patienter med stora behov som inte kan förväntas vända sig till en renodlat digital

vårdgivare, eftersom deras besvär inte lämpar sig för digital vård. Därmed kan denna typ av vårdgivare inte prioritera dessa patienter.)

3. Undvika att patienter söker sig till utomlänsvård enbart pga lägre patientavgift. (*Bakgrund:* Inom ramen för det huvudsakligen offentligfinansierade vården anses det inte önskvärt att patienter väljer vårdgivare utifrån det pris/den patientavgift man får betala. Sådan vård ska väljas då den är fördelaktig ur patientens synvinkel utifrån någon annan kvalitetsparameter, t ex bättre tillgänglighet.)

Utredningens förhoppning är att vård som inte är högt prioriterad (mål 2) sorteras bort i den föreslagna behovsprövningen. Samtidigt innebär behovsprövningen, tillsammans med de (förmodat) fortsatta starka incitamenten för tillgänglighet, att alla som söker vård snabbt får en medicinsk bedömning (mål 1). Den enhetliga patientavgiften innebär att mål 3 uppnås.

Kommentarer angående definition av ersättningsgill digital vårdkontakt i primärvården (4.3.1)

Omställningen till en större andel distanskontakter medför att fler medicinska bedömningar kommer att ske på distans. Det kan också medföra att bedömningen delas upp i flera kontakttillfällen som ibland kan vara relativt korta, eftersom man tar hand om ett ärende i taget i större utsträckning än när man träffar en patient fysiskt. **Det är därför viktigt att det är en medicinsk bedömning, snarare än tidsåtgången, som bestämmer om en kontakt ska anses ersättningsgill eller ej.**

Ytterligare kommentarer angående de definitioner för ersättningsgilla kontakter som diskuteras i avsnitt 4.3.1:

- *Besöket ska utgöra "kvalificerad sjukvård"*

Kommentar: Den gränsdragningen är svår. Information om provsvar utanför normalvärden eller uppföljning av hudförändring, är det rådgivning eller kvalificerad sjukvård?

- *En telefon-/fjärrkontakt på ett par minuter kan inte anses ersätta ett öppenvårdsbesök.*

Kommentar: Formuleringen bör ses över, eftersom det är den medicinska bedömningen som är viktigast, inte tiden man lägger ner.

- *Förlängning av sjukskrivning för sedan tidigare kända problem utan ställningstagande till eventuella nytillkomna besvär*

Kommentar: Förlängning av sjukskrivning är en avancerad medicinsk bedömning som kräver journalgenomgång, och bedömning av patientens nuvarande besvär. Bör absolut räknas som ersättningsgill. Mycket viktigt! Risken är annars att sjukskrivningar förlängs slentrianmässigt.

- *Förnyelse av läkemedelsrecept eller hjälpmedelsförskrivning för sedan tidigare kända problem utan ställningstagande till eventuella nytillkomna besvär*

Kommentar: Förnyelse av recept ska alltid föregås av förnyad bedömning och ställningstagande till ev. nytillkommande besvär. Kontakten bör därför räknas som ersättningsgill.

Notera att när en tidigare förskrivare förnyar recept har denne bara att ta ställning till om någon *förändring* föreligger. Detta innebär att det är *mer resurssnålt* att receptförnyelser sköts via patientens vanliga läkare, än att låta en ny läkare förnya receptet. Konsekvensen av detta är att **om receptförnyelser ska få erbjudas av NVDV, kommer detta att driva upp kostnaderna för receptförnyelser!**

De ökade kostnaderna skulle kunna motiveras av ökade nyttor, t ex undvikta uppehåll i behandlingen. Det saknas dock kunskap om i vilken utsträckning NVDV fyller ett sådant behov, utöver vad andra säkerhetsventiler (såsom receptförnyelsefunktionen i 1177 eller apotekens möjlighet att ringa ansvarig läkare) gör.

Utredningen anför att receptförnyelser via NVDV är ett smidigt sätt att hjälpa patienter som tappat bort förpackningar eller befinner sig på resa utan möjlighet att kontakta sin ordinarie vårdgivare. Frågan är om detta är skäl nog att institutionalisera en vårdform som ger *alla* patienter incitament att kringgå de ordinarie behandlingsvägarna av rena bekvämlighets skäl.

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

Kommentar: Delgivning av undersökningsresultat är en viktig del av den medicinska bedömningen och ställningstagande till vidare utredning eller avslutad utredning. Detta bör därför räknas som en ersättningsgill kontakt.

Begreppet distanskontakt definieras (10.3)

Utredningen föreslår att en definition av begreppet distanskontakt ska införas i hälso- och sjukvårdslagen. Med distanskontakt avses vårdkontakt i öppen vård där hälso- och sjukvårdspersonal och patient är rumsligt åtskilda.

Kommentar: Det är bra att distanskontakt definieras. Formuleringen verkar rimlig, men det kan vara bra att titta på internationella vetenskapliga definitioner av "remote contacts". Detta kan även inbegripa telefonkontakter, så vid uppföljning/statistik är det viktigt att hålla typen av kontakt isär för att undvika förväxlingar.

Skyldighet att erbjuda patienter distanskontakt (10.4)

1. *Regionen ska erbjuda distanskontakt om det inte bedöms vara nödvändigt att vården utförs genom fysisk kontakt (avsnitt 10.4)*

Kommentar: Det låter som att distanskontakt ska erbjudas i första hand. Skulle vara bättre att skriva att man ska erbjuda distanskontakt som ett komplement eller möjligen ett alternativ. Det finns många tillfällen då det inte är livsnödvändigt med fysisk kontakt men det skulle ändå vara bättre, sett till patientsäkerhet, med fysisk kontakt än distanskontakt. Vi tycker alltså inte att det finns vetenskapligt stöd för att distanskontakt ska erbjudas i första hand.

2. *Sammanställning av forskning för när det lämpar sig respektive inte lämpar sig med hälso- och sjukvård via distanskontakt (sid 137)*

Kommentar: Bra. Det vetenskapliga underlaget för implementering av verktyg eller arbetsätt inom digital vård är fortfarande bristfällig.

- 3. Regeringen bör uppmuntra och stimulera forskning kring digitala tjänster och distanskontakter inom den öppna vården (sid 137)*

Kommentar: Mycket bra. Viktigt att forskningsmedel utlyses för forskning kring digitala tjänster med en tydlig koppling till klinisk praxis, så att det blir patientnära forskning. Kanske rent av man kunde kräva att nya arbetsätt i sjukvården ska vara evidensbaserade, precis som läkemedelsbehandling, kirurgisk eller annan typ av behandling?

Vårdregionens ansvar för behovsbedömning (10.5)

Utredningen föreslår att vårdregionen ska bestämma kriterierna för vilken vård som hemregionen skall ersätta. För annan vård bär vårdregionen ansvaret för att ersätta vårdgivaren (s 162).

Förslaget innebär att vårdregionen riskerar att behöva betala vård för patienter i alla övriga regioner. Ju mer strikta kriterier, desto större kostnader behöver vårdregionen bära. Vårdregionen kan undvika kostnadsansvaret genom att stipulera att den vård som inte bedöms ersättningsgill inom ramen för utomlänstaxan inte heller ingår i utbudet för den offentligfinansierade primärvården i vårdregionen.¹ Av patientsäkerhetsskäl (osäkerhet angående om besvären), såväl som med hänsyn till Patientlagens 2 kap 2§ bestämmelse om snabb medicinsk bedömning, förefaller det dock troligt att vårdregionen kommer att se sig tvungen att tillämpa en tämligen generös definition av vad som ska anses ersättningsgillt.

Det kan noteras att regionernas tillägg till riksavtalet för utomlänsvård redan idag kräver att ersättningsgilla kontakter

¹¹ I praktiken skulle detta innebära att ingen kommer att erbjuda denna vård, eftersom det ekonomiska incitamentet som finns idag (utomlänstaxan) då faller bort utan att ersättas av något annat.

med NVDV ska föregås av en "sortering". Den omfattande kritiken mot hur marknaden fungerar i dag tyder på att denna sortering inte i tillräcklig utsträckning uppfyller kraven på en legitim behovsprövning. Det är dock oklart hur den av utredningen föreslagna behovsprövningen ska kunna åstadkomma en mer effektiv sortering än den befintliga. Det finns nämligen avsevärda svårigheter med att göra en sådan bedömning:

Diagnospanoramats som hanteras av NVDV tyder på att patienter vänder sig till NVDV för besvär som skulle kunna vara helt ofarliga – men också signalera allvarliga problem. De mallar för behovsbedömning som införs kommer därför att behöva lämna stora frihetsgrader för den triagesköterska som gör bedömningen – alternativt, om bedömningen sker via autotriage, att detta utformas med låga trösklar för att hänvisa patienten till en kontakt med en läkare i NVDV. **Således kvarstår osäkerheten kring om distanskontakterna med läkare kommer att vara rätt prioriterade, eller spegla "onödig vård".**

Enligt utredningens förslag kommer patientens hemregion inte ges någon insyn i behovsprövningen för individuella fall. Hemregionen kommer enbart att ha insyn i de principer/mallar för behovsprövning som kommer att användas.

Behovsbedömningens riktighet bygger alltså på vårdregionens intresse av att hålla en restriktiv linje för denna typ av kontakter – vilket kan ifrågasättas.

Vårdregionen har strategiska skäl att erbjuda en generös behovsbedömning: för strikta kriterier kan leda till att NVDV flyttar och etablerar sig i andra regioner, som kan tänka sig mer generös behovsbedömning. Att ett sådant *race to the bottom* inte är otroligt visas av att NVDV tidigare visat sig villiga att flytta till den region som erbjuder de mest fördelaktiva förhållanden (då i termer av patientavgift).

Det förefaller alltså troligt att vårdregionen kommer att sätta kriterierna på en generös nivå, vilket riskerar att göra regleringen urvattnad (i förhållandet till målet att förbättra behovsprioriteringen).

För att undvika detta vore det att föredra att varje hemregion får avgöra kriterierna för vilken vård som ska vara ersättningsgill, eller att regionerna i konsensus kommer

överens om kriterier (det senare föreslås också i utredningen).

Att ge hemregionen beslutanderätt skulle förvisso inkräkta på vårdregionens rätt att definiera vad som utgör primärvårdens uppdrag för regionen. Det förefaller dock som ett bristande försvarsargument, när de generösa kriterierna inte motiveras av medicinska eller demokratiska överväganden, utan av att vårdregionen vill undvika ekonomisk risk kopplade till patienter som bor i andra delar av landet.

Tekniskt vore det en enkel sak att anpassa triagemallar/triageverktyget efter vilken region den sökande patienten bor i. (Likt den föreslagna anpassningen av patientavgifter.)

När patientens behov är svårbedömda kan fysiskt besök vara mer effektivt

Om bestämmelsen om behovsprövning införs kommer alla som kontaktar NVDV att få en medicinsk bedömning, sannolikt via ett autotriageformulär eller av en sjuksköterska (som följer ett triageformulär). Vissa av dessa patienter kommer att hänvisas till en läkarkontakt, eftersom i) behovet är uppenbart, eller ii) behovet är svårbedömt.

När det kommer till dessa fall är frågan om läkarkontakten på ett kostnadseffektivt sätt bör genomföras inom ramen för distanskontakt hos NVDV eller på en fysisk mottagning.

För vissa patienter med uppenbara behov av läkarvård (fall *i*) kan NVDV vara ett rimligt alternativ.

För svårbedömda patienter (fall *ii*) kan det vara mer kostnadseffektivt att göra den första bedömningen på en fysisk mottagning. Att inte ha möjlighet till fysisk undersökning innebär att läkarens kompetens inte kan utnyttjas till fullo. Frågan är då hur stort mervärde en distanskontakt med en läkare kan erbjuda, utöver det som en kvalificerad triagesköterska redan gett. Om mervärdet av läkarkontakten är nära noll, samtidigt som kostnaden (för regionen) är omkring 500 kr (dagens ersättningsnivå), implicerar detta en mycket hög

kostnadseffektivitetskvot. Dvs: **i de fall då triagesköterskan inte kan bedöma patientens behov av läkarvård, är det mycket osäkert om en distanskontakt med läkare utgör ett kostnadseffektivt alternativ till ett fysiskt läkarbesök på en vårdcentral.** Patienten bör hänvisas till en fysisk jourmottagning (kvällstid) eller vårdcentral (övrig tid).

Besöksersättningen som princip behöver problematiseras

Utredningen problematiserar inte användningen av besöksersättning för att ersätta utomlänstdistanskontakter. Besöksersättning är förvisso en rimlig ersättningsprincip för den typ av korta enklare ärenden som majoriteten av de digitala kontakterna handlar om. Men det är problematiskt att ha en ersättningsprincip som ger vinstdrivande företag "fri dragningsrätt på skattemedel".

Besöksersättning utan tak behöver inte leda till problem med kostnadskontroll om det finns andra faktorer som begränsar rörligheten. Det är väl känt att patienter föredrar att behandlas i närheten av hemmet (Dahlgren m.fl. 2021; Santos, Gravelle, och Propper 2015), vilket är den huvudsakliga anledningen till att fysiska utomlänbesök inte givit upphov till någon liknande diskussion. Exakt den faktor som håller tillbaka efterfrågan på fysisk utomlänsvård bidrar ju dock istället till den stora efterfrågan på distanskontakter i primärvården – tvärtom är det här de fysiska vårdgivarna som sitter med det kortaste strået, då de för de allra flesta patienter ligger åtminstone ett par hundra meter bort från hemmet.

Det ligger inte inom ramen för utredningen eller statens mandat att reglera hur regionerna utformar sina ersättningsmodeller. Det kan dock konstateras utifrån regionernas riksavtal att de tolkat lagbestämmelsen om att vårdregionen ska ersättas för vården, som att vården skall ersättas per besök/vårdtillfälle. Således är det sannolikt att regionerna även kommer tolka den nya bestämmelsen som att besöksersättning är den föredragna principen. **Utredningens förslag om att vårdregionen ska ersättas för vården borde förses med ett tillägg som**

förtydligar att besöksersättning inte är en nödvändig ersättningsprincip.

Utredningen borde också lyfta att ersättningsnivåerna borde ses över. Enligt uppgifter från Kry tog ett genomsnittlig distanskontakt omkring 15 minuter i anspråk (varav 10 minuter avsåg administration kring kontakten) och dessa 15 minuter renderade en ersättning till läkaren om ca 250 kr (Dahlstrand 2023). Dagens ersättning om 500 kr är alltså dubbelt så hög som marginalkostnaden. Naturligtvis måste även vårdgivarens fasta kostnader täckas, men diskrepansen tyder på att det vore möjligt för en-ett par vårdgivare att gå runt vid betydligt lägre ersättningsnivå givet de nuvarande kontaktvolymerna.

Marknaden skulle kunna organiseras annorlunda

Idag erbjuds utomlänskontakterna av NVDV, som fungerar som underleverantörer till vårdgivare i det regionala vårdvalssystemet. **Utredningen borde diskutera möjligheten att organisera marknaden på ett annat sätt.**

Plattformstjänster av denna typ är förenade med stora fasta kostnader för att sätta upp, driva och utveckla själva plattformen, men betydligt lägre och konstanta marginalkostnader. Marginalkostnaden för en distanskontakt är i princip tiden för läkaren/vårdpersonalen.

Marknader med en sådan kostnadsstruktur är sk naturliga monopol. De stora fasta kostnaderna gör att det är mer kostnadseffektivt att en leverantör betjänar hela marknaden än att det finns flera företag på marknaden.

Det är sannolikt att den typ av rådgivningstjänster som erbjuds av NVDV hade kunnat erbjudas på ett mer kostnadseffektivt sätt genom ett upphandlingsförfarande (konkurrens om marknaden) istället för ett kundvals-förfarande (konkurrens inom marknaden). Duplicering av plattformar hade undvikts, samtidigt som incitament för innovation och tillgänglighet hade säkerställts genom att rätten till marknaden är tidsbegränsad.

Inom ramen för ett upphandlingsförfarande hade regionerna kunnat ersätta kontraktsvinnaren med ett fast belopp för plattformen, medan vårdkontakterna skulle kunna ersättas per kontakt för att stimulera hög tillgänglighet.

Teknikneutral besöksersättning – till vilket pris?

Utredningen lyfter att besöksersättningen bör vara teknikneutral, för att inte låsa vårdgivarna vid någon specifik teknologi (fysiska besök/ mail/video) av ekonomiska skäl.

Detta är en lovvärd utgångspunkt, men det ska också sägas att teknikneutralitet inte har något större värde för den offentligfinansierade vården, om inte effektivitetsvinsterna också hämtas hem. Exempelvis: om en vårdgivare finner att alla patienter kan hanteras allra snabbast och billigast med en chattbot, så erhåller denna vårdgivare en evig vinst så länge regionernas ersättningsnivåer baseras på kostnaden för den dyraste teknologin (vilket impliceras av principen om teknikneutralitet). För att hämta hem effektivitetsvinsterna måste regionerna, i avsaknad av en perfekt fungerande marknad, sänka ersättningsnivåerna – vilket ofrånkomligen kommer att gynna vissa teknologier (och alltså över tid inte är teknikneutralt).

Om målet är att bedriva en kostnadseffektiv vård, och om det är så att en viss teknologi är det billigaste sättet att åstadkomma ett visst behandlingsresultat, bör på längre sikt den andra teknologin inte användas alls för ändamålet.

Det låter förstås enkelt när man formulerar det så; i praktiken innebär vårdgivarnas/läkarnas frihetsgrader att det inte alltid är lätt att avgöra vilken teknologi som "borde" ha använts. Det är inte önskvärt att hamna i en situation där ingen patient någonsin erbjuds ett fysiskt besök, eftersom vårdgivaren går back om den erbjuder sådana.

Detta är ett mindre problem så länge det gäller rent distansbaserade vårdgivare (likt NVDV), eftersom konsekvenserna av att ha erbjudit chatt när ett videosamtal hade varit bättre förmodligen är ganska små. Det är dock ett reellt problem om en ersättningsnivå anpassas till det billigaste kontaktsättet för sk digifysiska vårdgivare, som erbjuder både fysiska och digitala kontaktvägar. Om ersättningen är för låg kommer vissa patienter som är i behov av fysisk vård nekas det av ekonomiska skäl.

Regionerna står alltså inför en avvägning: antingen teknikneutral ersättning baserat på den dyraste kontakttypen – utan att någonsin kunna hämta hem vinsterna av vårdgivares effektiva val av kontakttyp – eller en icke-neutral ersättning, som låter regionerna ta hem vinsten, men riskerar att utsätta patienter för distansvård när det är olämpligt. För att undvika avvägningen kan det vara bättre att använda breda ersättningsprinciper typ anslag, som inte differentierar alls mellan olika typer av teknologier.

Det kan noteras att grannländerna Norge och Danmark tillämpar differentierade, dvs ej teknikneutrala, besöksersättningar i primärvården (lägre ersättning för videobesök än för fysiska besök). I dessa länder är användningen av videobesök betydligt högre än i Sverige (Rehnberg, manuskript)

Patientavgifter (avsnitt 10.6)

Det är positivt att utredningen föreslår att hemregionen ska bestämma patientavgiften för alla distanskontakter i öppenvård. Vi hade dock önskat större tydlighet kring om utredningen anser att patientavgiften ska vara densamma för alla distanskontakter, oavsett om de sker med i hemregionen verksamma vårdgivare eller med vårdgivare verksamma utomläns.

Det framgår inte om utredningen avser att patientavgiften måste vara densamma för dessa typer av besök. Om så vore fallet skulle en möjlig konsekvens bli att hemregionen sätter avgiften väldigt högt, för att på så sätt styra efterfrågan på distanskontakter i utomlänsvården. Denna konsekvens är särskilt trolig, om vårdregionen där NVDV är etablerade sätter generösa kriterier för behovsbedömning.

En enhetlig patientavgift kan alltså ge upphov till en målkonflikt mellan regionens önskan att begränsa (lågprioriterade) utomlänskontakter, och dess önskan att stimulera användning av inomregionala plattformar för distanskontakter.

Ett sätt att undvika detta är att sätta lägre patientavgifter för uppföljningskontakter än för initiala kontakter, eller lägre patientavgifter om patienten söker kontakt med den vårdcentral där hen är listad. **Det framgår inte av avsnitt 10.6 om**

utredningen anser att sådan differentiering ska vara tillåten.

Det vore önskvärt att utredningen förtydligade detta.

En annan aspekt av patientavgifter är kopplad till nyttan av distansbaserad vård. Utredningen lyfter att den digitala vården är resursbesparande eftersom patienter sparar tid på att inte behöva resa till en mottagning. En fråga som förtjänar att lyftas i sammanhanget är dock i vilken utsträckning de hårt ansträngda regionala sjukvårdsbudgetarna ska användas för att realisera denna typ av samhällsvinster. **Man kan argumentera för att patienter kan dela med sig av vinsten, genom att betala högre patientavgifter för distansbesök (Granlund 2022).** När det kommer till NVDV är det kanske rentav befogat att, som i grannländerna, låta patienten stå för hela kostnaden.

Enligt uppdrag

Lina Maria Ellegård (Ekonomihögskolan)

Patrik Midlöv (Medicinska fakulteten)

Referenser

- Dahlgren, Cecilia, Margareta Dackehag, Per Wändell, och Clas Rehnberg. 2021. "Simply the Best? The Impact of Quality on Choice of Primary Healthcare Provider in Sweden". *Health Policy*, september.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.09.009>.
- Dahlstrand, Amanda. 2023. "Defying Distance? The Provision of Services in the Digital Age". Working Paper.
- Granlund, David. 2022. "Hur mycket resurser bör vi lägga på hälso- och sjukvård?" *Ekonomisk Debatt* 50 (3): 87–92.
- Santos, R., H. Gravelle, och C. Propper. 2015. "Does Quality Affect Patient's Choice of Doctor? Evidence from England". *Economic Journal* DOI: 10.1111/eoj.12282.
- Rehnberg, Clas. 2023 "The development of telemedicine in primary health care in the Nordic countries". Manuskript.

Juridiska fakultetsstyrelsen
Universitetslektor Yana Litins'ka
Postdoktor Petra Müllerová
Professor Titti Mattsson
Professor Vilhelm Persson

Lunds universitet
Rektor

Remiss: Effektiv och behovsbaserad digital vård (Ds 2023:27)

S2023/02604

Juridiska fakultetsstyrelsen, som har beretts möjlighet att yttra sig över rubricerat betänkande, får härmed avge följande yttrande. Yttrandet har utarbetats av universitetslektor Yana Litins'ka, postdoktor Petra Müllerová, professor Titti Mattsson och professor Vilhelm Persson.

I promemorian ges förslag på hur digitala vårdgivare ska kunna bli en del av primärvården genom att definiera begrepp och klargöra regionernas skyldigheter, framför allt kopplat till ersättningsfrågor.

Fakultetsstyrelsen har överlag inte invändningar mot förslagen. Däremot anser fakultetsstyrelsen att vissa delar av förslaget bör klargöras i den fortsatta beredningen.

Definition av distanskontakt

I förslaget anges följande definition av distanskontakt: ”Med distanskontakt avses en vårdkontakt i öppen vård där patient och hälso- och sjukvårdspersonal är rumsligt åtskilda”. Motiveringen till definitionen är att den framgår av Socialstyrelsens termbank och att det därför är lämpligt att använda den (s. 136 f.). Det anges även att den definition som används bör vara teknikneutral för att inte bli föråldrad för snabbt.

Fakultetsstyrelsen ställer sig emellertid tveksam till om definitionen av distanskontakt är tillräckligt klar och anser att den bör förtydligas för att undvika att alla typer av kontakter där personal inte är fysiskt närvarande kan betraktas som distanskontakter. Den föreslagna definitionen kan också väcka frågor i situationer där exempelvis personer med funktionshinder eller äldre behöver distanskontakter med sjukvård, men där en sjuksköterska, psykolog eller annan stödjande hälso- och sjukvårdspersonal finns fysiskt på plats i samma rum som patienten. Eventuellt kan det vara lämpligt att knyta definitionen till användning av informations- eller kommunikationsteknik. Sådan användning verkar vara centralt för vilka kontakter som bör anses vara distanskontakter. Begreppen informations- eller kommunikationsteknik förefaller vara tillräckligt breda för att vara relevanta inom överskådlig framtid.

Vårdtillgänglighet enligt 8 kap. 1 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen

Utredningen föreslår följande nya lydelse i hälso- och sjukvårdslagen: ”Regionen ska erbjuda öppen vård genom distanskontakt om det inte bedöms vara nödvändigt att vården utförs genom fysisk kontakt”. Fakultetsstyrelsen förstår att avsikten med den nya regleringen är att öka tillgängligheten. Av betänkandet framgår även att patienten har rätt att tacka nej till erbjudandet om distanskontakt (s. 210). Av själva formuleringen i förslaget till lagtext framgår dock varken att skyldigheten att erbjuda distansvårdskontakter inte ersätter de vanliga kontakterna, eller att patienten har möjlighet att välja. Avsaknaden av en direkt hänvisning till att det är patienten som avgör om kontakten ska ske på distans eller på plats kan påverka tillgängligheten för utsatta grupper som redan har svårigheter att använda digitala vårdtjänster, såsom personer med funktionshinder eller nyligen inflyttade till Sverige. Att patienternas valmöjligheter framgår tydligt av lagtexten är särskilt viktigt inom detta område eftersom de som tillämpar lagstiftningen sällan är vana vid att göra mer ingående juridiska analyser.

I detta sammanhang kan också påminnas om att regionerna i viss mån är skyldiga att erbjuda vård även till personer som inte har svenskt personnummer (se 8 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen, § 1 lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. samt 1 § lagen om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd). Avsaknaden av svenskt personnummer gör att personerna i praktiken saknar möjligheter till inloggning genom elektroniska identifikationstjänster, såsom Bank ID. Om dessa personer ska få en reell tillgång till distansvård krävs vårdlösningar som inte förutsätter inloggning med svenskt personnummer, utan tillåter inloggning exempelvis med reservnummer som skapas av vårdgivare. Mot denna bakgrund bör regionernas ansvar för distanskontakter för personer som saknar svenskt personnummer och därför saknar möjlighet att identifiera sig genom elektroniska identifikationer tydliggöras.

Kostnadsansvar enligt 8 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen

I betänkandet anges att ”Utredningen har svårt att se att det går att på detta område lämna över till patienter och privata vårdgivare att se till att de gemensamma resurserna används på ett kostnadseffektivt sätt och räcker till dem med de största behoven. Det är i detta fall varje regions ansvar i egenskap av huvudman, även vad gäller den digitala utomlänsvården” (s. 160).

Emellertid föreslår utredningen att det är vårdsregionen som ska bestämma både storleken på den ersättning som hemkommunen ska betala och grunderna för behovs- och lämplighetsprövningen. Vårdsregionen föreslås inte heller vara skyldig att styrka att en enskild patient faktiskt har genomgått föreskriven behovs- och lämplighetsprövning (s. 213). Mot denna bakgrund tycks hemregionen få en relativt svag ställning och vara utlämnad att betala för sådant som beslutas av andra aktörer. I den fortsatta beredningen bör övervägas om regionerna i tillräcklig utsträckning kommer att kunna planera och besluta hur deras resurser ska användas samt kunna kontrollera hur vård utförs.

Enligt delegation

Yana Litins'ka

Petra Müllerová

Titti Mattsson

Vilhelm Persson