

REMISSVAR

2023-11-30

Socialdepartementet

103 33 Stockholm

[s.remissvar@regeringskansliet.se](mailto:s.remissvar@regeringskansliet.se)

[s.sl@regeringskansliet.se](mailto:s.sl@regeringskansliet.se)

**Diarienummer S2023/02604**

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

Remissvar och kommentarer från Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)

### Sammanfattning

SFAM delar problembeskrivningen och utgångspunkterna för utredningen, och därmed även uppfattningen att förändring från nuläget är angelägen. Vi tycker att utredningen har gjort en gedigen och insiktsfull bakgrundsanalys, men tyvärr landat i förslag som inte kommer ha någon större effekt på dagens system med utomlänsersättning för digitala vårdtjänster. Vi ser snarare att denna utredning kan komma att cementera ett dysfunktionellt system och att nödvändiga reformer skjuts på framtiden.

SFAM bedömer att behovs- och lämplighetsprövning av vilken vård som ska kunna erbjudas med distanskontakter respektive fysiska kontakter inte kommer att lösa problematiken som dagens utomlänsersättningsbaserade vård medför, såsom fragmentering, diskontinuitet, omvänd behovsprioritering och bristfällig kostnadskontroll. Dels är mycket lite vård att betrakta som obehövlig (onödig) ur patientens perspektiv, dels är lämplighet i mycket hög utsträckning kontextberoende och kan knappast definieras på ett standardiserat sätt. Därmed faller hela idén.

Utöver vad som anges ovan, bedömer vi det olämpligt att en distanskontakt ska behövsprövas i den region där vårdgivaren är registrerad och inte via den region som betalar för kontakten.

Vad gäller distansvård inomläns, till exempel digital kontakt med sin egen vårdcentral och sin egen fasta läkare, förutsätter vi att det inte ska ske någon sorts behovsbedömning centralt, såsom 1177 direkt. Det vore ett katastrofalt förslag som vi kraftfullt avråder från. Att enkelt och smidigt kunna kontakta sin vårdcentral och sin fasta läkare utan hinder är basen i hela primärvården. Detta måste värnas.

SFAM instämmer i att mer forskning behövs kring medicinsk kvalitet och säkerhet vid handläggning av olika tillstånd på distans. Mycket viktigt dock att denna forskning är oberoende.

SFAM anser att det finns en ogrundad övertro på specialiserad digital öppenvård och tycker det är olyckligt om man öppnar upp alltför brett för denna typ av vårdgivare när det handlar om stora

folksjukdomar eftersom dessa hanteras bäst i primärvården med kontinuitet och en fast läkare med ansvar för ett rimligt antal invånare.

Att möjligheten att delvis jobba på distans kan locka personal instämmer vi i. Dock borde detta kunna erbjudas av vårdgivare inom det ordinarie regionala primärvårdssystemet/sjukvårdssystemet vilket görs redan idag. Att viss vårdpersonal endast jobbar digitalt ser vi som en risk ur ett kompetensperspektiv. Det är därför viktigt att vården integreras och inte separeras.

## Specifika kommentarer

**Sid 10: "Utbildning i digital vård är därför en nödvändig förutsättning i alla medicinska professioners grundutbildning."** – Bra.

**Sid 10: " Stöd för implementering av digitala verktyg."** – Bra men vi bedömer att det finns en övertro på att man genom utbildning i digitala verktyg ska kunna avgöra vilken typ av besvär som lämpar sig för vilken modalitet på ett kontextoberoende och objektiva sätt. Det kan skapas grova generella riktlinjer för detta men viktigast att man har välutbildad vårdpersonal med kontinuitet, rimligt uppdrag och ansvarskänsla.

**Sid 11: " Regeringen bör uppmuntra och stimulera forskning kring digitala tjänster och distanskontakter inom den öppna vården."** – Bra men mycket viktigt att det görs oberoende.

**Sid 136: "Förslag: 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."** – Klokt, då det förhoppningsvis ger möjlighet att hålla isär fysiska och digitala kontakter ("besök"), som båda fyller viktiga funktioner men som samtidigt definitionsmässigt inte är likvärdiga. Historiskt har man styrt för mycket mot videobesök som har ett begränsat värde och ett smalt användningsområde.

**Sid 138: "Patienter ska inte behöva ta sig till en fysisk mottagning om det inte är nödvändigt – det sparar tid och resurser för såväl patienten som för vårdenheten."** – Bra men samtidigt en självklarhet, vilket gör det outtalade antagandet – att primärvården tvingar patienterna till onödiga besök – väldigt provocerande. Det är förmodligen främst ett problem inom sekundärvården att man tvingar patienter till onödiga fysiska besök. I primärvården har vi oftare problemet att vi tvingas göra alltför mycket på distans pga. tidsbrist.

Det är angeläget att inte bara den medicinska lämpligheten (likvärdigheten) och kostnadsprincipen vägs in utan även invånarens/patientens behov/preferens. Om det är medicinskt likvärdigt med fysisk kontakt och digital kontakt men invånaren känner sig tryggare med eller av andra skäl föredrar en fysisk kontakt så skall det också vara möjligt att erbjuda. Det kan ha betydelse för formuleringen i författningsförslaget HSL 8 kap. 1 §: "Regionen ska erbjuda öppen vård genom distanskontakt som alternativ om det inte bedöms vara nödvändigt att vården utförs genom fysisk kontakt."

**Sid 152-153: "Stimulansmedel om cirka 500 miljoner kronor bör kunna öronmärkas inom ramen för de medel som avsatts för överenskommelsen om God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. I 2023 års överenskommelse har 2 389 miljoner kronor avsatts**

till regionerna för utvecklingsområdet Nära vård. Redan i dag ska regionerna inom ramen för överenskommelsen utveckla och förbättra arbetssätt eller genomföra andra insatser som stärker den digitala och fysiska tillgängligheten i primärvården. Det är viktigt att dessa insatser är fortsatt prioriterade varför stimulansmedel bör öronmärkas för ändamålet.” – Det här anser SFAM är en problematisk skrivelse. Resurser avsedda för ”God och nära vård” går idag till en del oklara ändamål som enligt Socialstyrelsen och Myndigheten för vård och omsorgsanalys inte gjort någon skillnad ”på golvet”. Därför måste dessa pengar värnas och i högre utsträckning satsas på konkret måluppfyllelse, bland annat att uppnå Socialstyrelsens mål om 1 specialist i allmänmedicin per 1100 invånare. Det är en åtgärd med äkta potential att stärka ändamålsenlig tillgänglighet fysiskt och digitalt. Stimulansmedel för att utveckla arbetet med distanstjänster är viktiga, men borde tillföras separat.

**Sid 154: ”Rekommendation: Nationellt verksamma digitala vårdgivare som befinner sig i gränslandet mellan primärvård och specialiserad vård, eller som utgör specialiserad vård eller erbjuder egenmonitorering åt personer med kroniska sjukdomar, bör kunna samverka med regionernas hälso- och sjukvård på ett mer strukturerat sätt, genom till exempel regionala upphandlingar eller genom regiongemensamma upphandlingar.”** – Frågan är vilka konsekvenser den här typen av vård får och riskerna med att göra det till någon sorts egen vårdnivå. Vi är av åsikten att detta ska integreras i primärvården och att sekundärvård ska ta helhetsansvar för patienter i den mån de remitteras dit och inte välja ut enskilda diagnoser med tanke på riskerna för selektion, felaktiga prioriteringar och ojämlikhet. Och om man ändå väljer att ha en sådan vårdnivå skall det definitivt vara remisskrav för att få komma dit.

**Sid 157: ”Förslag: Patientens hemregion ska inte vara skyldig att ersätta kostnaden för distanskontakter som erbjuds av en annan region om distanskontakten inte har föregåtts av en adekvat behovs- och lämplighetsbedömning enligt grunder som beslutas av den region som erbjuder vården. Bedömning: Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård bör tilldelas finansiering under två år för utformning av kriterier för behovs- och lämplighetsbedömningen.”** – Att behovs- och lämplighetspröva vilken vård som ska kunna erbjudas med distanskontakter respektive fysiska kontakter kan låta rimligt i teorin. Problemet är dels att mycket lite vård är onödig eller obehövlig ur patientens perspektiv, dels att lämplighet är helt kontextberoende. En fast läkare som är specialist i allmänmedicin, känner sina patienter och jobbar med kontinuitet kan avhandla klart fler typer av, och mer komplexa, problem på distans än vad en tillfällig läkare utan patientkännedom kan göra. Därmed faller hela tanken med att återfå kostnadskontrollen och reglera den utomlänsersättningsbaserade vården genom sådan prövning, oavsett vilken region som står för prövningen.

I tillägg till denna slutsats bedömer vi det extra olämpligt att en distanskontakt ska behovsprövas i den region där vårdgivaren är registrerad och inte via den region som betalar för kontakten. Det bör rimligtvis vara den region som betalar för vården som i demokratisk anda bestämmer vilken vård man vill tillhandahålla. Behoven mellan olika regioner kan variera. Dessutom kan det finnas incitament för mottagande region att vara liberala i sina behovsbedömningar eftersom det gynnar mottagande region med fler företag som etableras hos dem. Det finns aktuella exempel på detta.

Problemet måste lösas på ett mer konkret sätt än vad utredningen föreslår. Dock instämmer vi i att mer forskning behövs kring medicinsk kvalitet och säkerhet vid handläggning av olika tillstånd på distans.

**Sid 166: ”Förslag: Vid utomlänsvård som sker genom distanskontakt ska patienten betala de vårdavgifter som tillämpas i patientens hemregion.”** – Ett klokt förslag som delvis kan styra mot vård efter behov och tillåta regioner att prioritera, även om styreffekten minskar av förekomsten av frikort och uteblir helt för personer under 20 års ålder.

**Sid 171: ” Rekommendationer: Regionerna bör i högre utsträckning än i dag se till att ersättningen till utföraren är teknikneutral. Regionerna bör ersätta jämförbara besök på samma sätt oberoende av om patienten är folkbokförd i den egna regionen eller i en annan region. Regionerna bör besluta om differentierade ersättningar för digitala vårderbjudanden som inte omfattar hela primärvårdsuppdraget”** – Det viktigaste när det gäller ersättningsprinciper är att man inte har separata ersättningssystem som nu, och som det låter som att utredningen föreslår att man behåller. Systemen måste integreras om vi skall få en effektiv och behovsbaserad sjukvård. Om vi behåller parallella system med dels kapitering och kostnadstak för enheter som tar på sig hela primärvårdsuppdraget, dels löpande ersättning utan kostnadstak eller krav på vare sig horisontell eller vertikal prioritering för enheter som tar på sig en avgränsad del, kommer inte undanträngningseffekter och systematisk felprioritering av lägre behov framför högre behov gå att undvika. Det strider mot HSL.

**Sid 176: ” Rekommendationer: Regionerna bör ställa tydliga krav på sina vårdvalsaktörer vid användning av underleverantörer genom ökade krav på uppföljning, dokumentation, anslutning till nationella gemensamma e-hälsospecifikationer samt anslutning till NPÖ. Regionerna bör verka för att digitala underleverantörer fullt ut ska kunna använda NPÖ. Regionerna bör säkerställa att vårdgivarna har riktlinjer för läkemedelsförskrivning och receptförnyelse vid distanskontakt. Regionerna bör informera om och marknadsföra sitt digitala utbud bredare.”** – Bra förslag om interoperabilitet men sammantaget ett förslag som kommer leda till ökad administration, baserat på en något naiv förhoppning om att avarterna som möjliggörs av ett i grunden dysfunktionellt system går att reglera och kontrollera bort för en acceptabel kostnad.

Den här frågan är dock mycket större än vad som ryms i denna utredning och frågan är om man inte måste reformera hela LOV för att komma åt detta på ett bra sätt.

Att regionerna ska marknadsföra sitt digitala utbud bättre är vi tveksamma till. Det finns andra betydligt viktigare informationsfrågor, såsom konceptet fast läkare och kontinuitet.

**Sid 180: ”Bedömningar: Några särskilda krav behöver inte ställas på nationellt verksamma digitala vårdgivare. Det finns inte heller skäl för andra bedömningsgrunder vid receptförnyelse i de fall förskrivaren finns hos en digital vårdgivare. Några särskilda åtgärder för utvecklad tillsyn eller uppföljning behöver inte vidtas.”** – Begreppet ”receptförnyelse” saknas egentligen som formell term. Vad det handlar om är utvärdering och omprövning av läkemedelsbehandling, samt övertag av personligt, professionellt ansvar för behandlingen och dess uppföljning genom ordination och ny förskrivning. Utifrån denna logik anser SFAM att ”receptförnyelse” som grundregel ska ske via ordinarie vårdgivare och att apoteken åläggs att hänvisa till eller kontakta dessa i första hand, och inte som idag rekommendera sina digitala samarbetspartners där också samägande ofta föreligger. Ett sådant mer resurseffektivt och patientsäkert arbetssätt kräver utveckling av kommunikationskanaler mellan apotek och vårdgivare, förbättrade digitala gränssnitt och arbete med tillgänglighet. Receptförnyelse hos annan förskrivare än den som är ansvarig för behandlingen bör vara det sällsynta undantaget och förekomma enbart i akuta fall.

**Sid 213: ”Av punkt 1 följer att lagändringarna träder i kraft den 1 oktober 2025. Av punkt 2 framgår att de nya bestämmelserna om att regionen ska erbjuda öppen vård genom distanskontakt om det inte bedöms vara nödvändigt att vården utförs genom fysisk kontakt och att vården för att berättiga till ersättning ska föregås av en adekvat behovs- och lämplighetsprövning, inte ska tillämpas på avtal som har ingåtts före den 1 oktober 2025.”** – Kanske finns en juridisk förklaring till detta men finns det inte en risk att de aktörer som vill undvika de nya reglerna skriver långa avtal strax innan reglerna träder i kraft?

Och vad händer egentligen med reglerna kring den utomlänstaxa som finns nu, är inte dessa att betrakta som ett redan ingånget avtal? Och blir det inte då bara nya aktörer som kommer agera enligt de nya bestämmelserna?

## Alternativa lösningsförslag

Möjlighet att bedriva primärvård och erhålla ekonomisk ersättning för det regleras främst genom avtal enligt LOV, teoretiskt även genom avtal enligt LOU. Riksavtalet för utomlänsersättning tillkom som en pragmatisk lösning för den försvinnande lilla delen primärvård som bedrevs genom fysiska besök vid akuta, trängande vårdbehov när patienten befinner sig utanför hemregionen. Riksavtalet har i praktiken kidnappats för att generera ersättning för icke-beställda, primärvårdsliknande men avgränsade, digitala engångs- eller enfråge-kontakter.

SFAM har ingen färdig totallösning på problemet som utomlänsersättningsbaserad vård genom underleverantörsavtal medför, men vill föreslå följande alternativa och kompletterande överväganden;

- Riksavtalet för utomlänsvård bör kunna ändras så att det enbart omfattar ersättning vid akuta, fysiska vårdbehov, utan eller med marginella författningsändringar.
- Förekomsten av underleverantörsavtal bör kunna regleras i antingen LOV eller i regionernas förfrågningsunderlag, eller både-och, så att icke-beställd vård utan eget avtal med en region omöjliggörs.
- Vårdkontakter och -tjänster som inte är beställda bör kunna bekostas helt av egenavgifter, på samma sätt som görs internationellt, till exempel i Norge.
- Den enhet som själv har avtal, och får ekonomisk ersättning, enligt LOV, och väljer att teckna avtal med en underleverantör bör kunna ges ekonomiskt ansvar för den verksamhet som underleverantören bedriver inom ramen för denna ersättning.
- I den mån icke-beställd, digital utomlänsvård ändå medges bör ett absolut minimum vara att verksamheten åtminstone ges fullt kostnadsansvar för till exempel förmånskostnaden för de läkemedel som förskrivs. Dessa kostnader belastar i nuläget respektive hemregion centralt, till skillnad från vad som gäller i de flesta regionerna för verksamheter med avtal enligt LOV, vilket i praktiken utöver förlust av kostnadskontroll för läkemedel innebär en helt orimlig och osaklig konkurrensfördel för de nationella digitala vårdgivarna. Detta faktum synliggörs bland annat i den expanderande affärsidén "digital receptförnyelse".

För Svensk förening för allmänmedicin

Magnus Isacson  
Ordförande SFAM