

## En digifysisk primärvård med bättre prioritering efter behov

ANDERS ANELL OCH  
LINA MARIA ELLEGÅRD

Den snabba tillväxten av vårdföretag inom primärvården som i första hand erbjuder läkarkonsultationer på distans riskerar att leda till en resursfördelning som strider mot Hälso- och sjukvårdslagens intention. I detta inlägg lägger vi fram ett förslag som förbättrar den ekonomiska bärkraften för de vårdgivare som tar ansvar för de allra mest resurskrävande patienterna.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska primärvården svara för ”åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska och tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens” (SFS 2020:1043, 2 kap 6§). Här innefattas mycket varierande behov – allt från återkommande insatser för äldre med flera kroniska sjukdomar till egenvårdsråd vid vanliga infektioner.

De vårdgivare som i dag verkar inom primärvården svarar i varierande utsträckning upp mot kraven. Behoven ökar men antalet allmänläkare har inte blivit fler; andelen allmänläkare av det totala antalet läkare i Sverige har to m minskat sedan år 2000 (Vårdanalys 2017). Primärvård tillhandahålls i huvudsak på ackrediterade vårdcentraler eller husläkarmottagningar som skrivit avtal med regionerna. Sedan 2016 har det även etablerats ett antal privata s k nätläkare, som erbjuder primärvård via chatt och videomöten utifrån egna

digitala plattformar. Dessa vårdgivare har verkat utanför de ordinära ackrediteringsvillkoren, men de har ändå fått offentlig finansiering, genom att fakturera patienternas hemregioner via det s k *Riksavtalet för utomlänsvård* mellan Sveriges regioner (Blix och Jeansson 2019). Enligt Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) registrerades 1,2 miljoner sådana utomlänskontakter år 2019.<sup>1</sup> Antalet digitala vårdbesök i primärvården har därefter ökat kraftigt till följd av covid-19 (Vårdanalys 2021a).

De nya digitala vårdtjänsterna har erbjudit snabb och smidig vård till allt fler invånare, men utvecklingen har även kritiserats, inte minst från allmänläkare (Sjögren m fl 2017). Hälso- och sjukvårdslagen stipulerar att den som har störst behov ska ges företräde till vården (SFS 2020:1043, 3 kap 1§). De största vårdbehoven kan dock sällan tillgodoses utan att läkaren undersöker patienten fysiskt. Fysiska besök kan också behövas för att fastställa korrekt diagnos och därmed behovet av åtgärder. Därmed uppstår ett prioriteringsmässigt bekymmer: de vårdgivare som är *endast* digitalt baserade har inte möjlighet att ge företräde åt patienter med störst vårdbehov.

På senare tid har digitala vårdföretag såsom Kry och Min Doktor öppnat egna vårdcentraler. Men utgångspunkten är fortfarande att patienterna i första hand ska tas omhand på distans. Att detta erbjudande är relativt oattraktivt för patienter med stora vårdbehov kan illustreras med att de listade patienterna på Kry's vårdcentral i Lund har den lägsta sjukligheten i Skåne.<sup>2</sup> Samtidigt visar en betalningsviljestudie att föräldrar med tidigare erfarenhet av distansbaserad vård föredrar digitalt-först-modellen då de söker vård för barn

### INLÄGG

*Anders Anell* är professor i företagsekonomi vid Ekonomihögskolan i Lund. Hans forskning är inriktad på frågor som berör hälso- och sjukvårdens ekonomi, organisation och styrning. anders.anell@fek.lu.se

*Lina Maria Ellegård* är doktor i nationalekonomi och verksam vid Ekonomihögskolan i Lund samt Högskolan Kristianstad. Hon forskar om ekonomiska incitament, vårdval och digitala vårdgivare i den svenska hälso- och sjukvården. lina\_maria.ellegard@nek.lu.se

<sup>1</sup> <https://skr.se/halsasjukvard/ehalsa/digitalavardtjanster/primarvarden/digitalautomlanskontakter2019.33102.html>, senast besökt 1 februari 2020.

<sup>2</sup> Statistik tillgänglig på <https://vardgivare.skane.se/uppdrag-avtal/uppfoljning/omraden-verksamheter/halsoval-statistik/>. Se excelfil ”ACG, CNI och antal förtecknade”.

med övre luftvägsinfektion (Vårdanalys 2020a).

I de allra flesta regioner består ersättningen till vårdcentraler till största delen av riskjusterad kapitering, dvs ett fast belopp per registrerad (listad) patient viktat utifrån diagnoser och andra mått på förväntade vårdbehov. I vissa regioner, särskilt Region Stockholm, får vårdcentralerna även ersättning per besök. Även om kapiteringen är högre för personer med kroniska diagnoser finns en risk att de aktörer som främst förknippas med snabb tillgänglighet online lockar till sig de relativt friska inom varje diagnosgrupp. Det finns därmed också en risk för *adverse selection*, dvs att vårdcentraler med många vårdtunga patienter succesivt får allt svårare att finansiera sin verksamhet.

Det är svårt att utforma en gemensam spelplan för vårdgivare som nischar sig mot lättbehandlade sällanpatienter och vårdgivare med en upparbetad bas av patienter med komplexa vårdbehov. De rådande incitamenten är inte heller resultatet av en genomtänkt plan. Villkoren har i stället tillkommit som en följd av omständigheter och är knappast förenliga med Hälso- och sjukvårdslagens intention. Ersättningsmodellerna ger en missvisande bild av samhällets värdering, eftersom priserna inte är tillräckligt differentierade mellan mer och mindre högprioriterade ärenden.

En första lösning är att justera priserna. Och visst kan priser justeras, men om vi vill att de ska differentieras mellan patienter med olika grad av besvär är det oundvikligt att finansären blir beroende av information om diagnoser och besöksvolymen från vårdgivarna själva. Eftersom sådana indikatorer på patientens hälsotillstånd är manipulerbara, utgör de en bristfällig grund för prissättning. Det finns flera svenska exempel på att vårdgivares registreringsbeteende påverkas av sådana incitament (Ström 2014; Dackehag och

Ellegård 2019; Medster 2019).

Med utgångspunkt i en tidigare skiss i en SNS-rapport (Anell 2020) föreslår vi i stället att kvalitetskrav och ersättningsprinciper för olika vårdgivare i primärvården indelas i två nivåer. Den första nivån riktas till patienter med ringa vårdbehov, medan den andra nivån är en mer traditionell vårdvalsmodell riktad till barn, äldre, personer med kroniska sjukdomar och speciella behov. Distansbaserade kontakter och andra digitala lösningar utgör ett självklart inslag i bägge nivåerna. Förslaget har god prioriteringsmässig profil och tillåter politikerna att på förhand bestämma budgetutrymmet för mer och mindre högprioriterade patienter.

#### Nivå 1

På nivå 1 finansieras distanskontakter med patientavgifter på samma nivå som i dag i kombination med en modest offentlig ersättning. Patienten tar själv kontakt med valfri ackrediterad digital vårdgivare. Om den digitala vårdgivaren bedömer att en nivå 1-patient behöver en fysisk undersökning utfärdas en remiss till fysisk mottagning. Här kan man tänka sig olika alternativ. Ett alternativ är att det ställs krav på att digitala aktörer har tillgång till egna fysiska mottagningar, antingen genom formellt ägarskap eller via avtal. Detta alternativ överensstämmer med förslag i utredningen *Digifysiskt vårdval* (SOU 2019:42). Ett annat alternativ är att respektive region genom tilläggsavtal för ett antal befintliga vårdcentraler skapar tillräcklig kapacitet för att ta emot sådana remisser. Villkoren kan följa samma principer som för skjourläkarmottagningar som tar emot patienter kvällar och helger. Oavsett upplägg bör patienten ges rätt att välja fritt mellan mottagningar som har tillgängliga tider genom ett gemensamt bokningssystem.

För att undvika att de digitala aktörerna börjar konkurrera om patienter

med hjälp av frikostigt remitterande kan de digitala aktörerna åläggas en mindre avgift för varje remiss, dvs att man får ekonomiska incitament att i första hand ta hand om vårdbehoven själva. Det är också rimligt att antal remisser liksom remisskvaliteten följs upp samt att revisioner genomförs i den utsträckning det behövs.

Den offentliga finansieringen av fysiska nivå 1-kontakter sker inom en budgetram, som sätts på den nivå som regionen anser rimlig. Ramen kan förstås variera över tid i takt med att vårdbehovet hos andra mer prioriterade grupper (eller/och viljan att betala skatt) skiftar. Ramen kan fördelas utifrån prestation alternativt som en kapitering som följer individernas val av vårdgivare.

En berättigad fråga är varför vi alls föreslår ett offentligt reglerat och finansierat system för primärvård i nivå 1. Varför inte göra som i t ex Norge och låta patientavgiften vara den enda finansieringen av privat distansbaserad vård? Enligt vårt förslag blir dock regionerna ansvariga för att det finns tillräcklig kapacitet för att ta hand om patienter inom nivå 1. Det gäller inte bara den distansbaserade vården utan även kapacitet att ta emot remisser när det behövs fysiska besök och kontakter. Finansieringen av vården kan därför inte överlåtas till marknaden. Om distansvården helt skulle finansieras med patientavgifter på dagens nivå skulle digitala vårdgivare troligen övergå till att i stället erbjuda sina tjänster helt privat till en högre avgift. Detta skulle medföra sämre tillgång till primärvård för personer med låga inkomster, vilket är helt emot Hälso- och sjukvårdslagens intentioner. En kombination av patientavgifter och offentlig ersättning ger bättre förutsättningar för regionerna att bibehålla låga patientavgifter.

### *Nivå 2*

Patienter som har större vårdbehov eller särskilda behov av fysiska vårdkontak-

ter och kontinuitet erbjuds att lista sig på valfri vårdcentral eller husläkarmottagning som är ackrediterad för nivå 2. Motsvarande erbjudande ges till patienter som uppnått högkostnadsskyddet, såvida de inte föredrar att kvarstå på nivå 1. Patienter med större vårdbehov kommer att vara olönsamma för nivå 1-vårdgivarna, för vilka patientavgifterna utgör en större andel av finansieringen. Det är därför rimligt att aktörer på nivå 1 inte har någon skyldighet att ta emot dessa patienter utan kan hänvisa till nivå 2.

Det finns flera övergångsproblem mellan nivåerna som får regleras i särskild ordning. Patienter som fått en diagnos kan förstås föredra att flyttas till nivå 2 redan innan de uppnått taket i högkostnadsskyddet. Det behövs därför kriterier över diagnoser och andra behov som direkt berättigar till nivå 2-listning. En relaterad fråga är hur övergångsbestämmelser från nuvarande system ska se ut. Ett alternativ är att de patienter som i dagsläget är resurskrävande och uppfyller framtagna kriterier placeras i nivå 2, medan övriga individer hamnar på nivå 1. En sådan strikt prioritering kan dock vara svår att genomföra, även om den bidrar till fördelning av resurserna efter behov. Eftersom andelen invånare med fast vårdkontakt varierar stort mellan olika delar av landet behövs sannolikt regionala lösningar och bestämmelser.

Nivå 2 är i huvudsak ett traditionellt vårdvalssystem. Den största skillnaden är att det inte ingår i grunduppdraget att ge vård till nivå 1-patienter. Nivå 2-mottagningarna kan teckna tilläggsavtal för nivå 1-remisser och screeningprogram, under förutsättning att man har säkerställt en god vård för listade nivå 2-patienter. Det är en stor skillnad jämfört med dagens primärvård, där även svagt bemannade vårdcentraler förväntas ta hand om alla sorters vårdbehov och i praktiken tvingas prioritera ned patienter

ter med stora behov. Syftet med prioriteringen är att patienter med större behov i första hand ska få tillgång till fast vårdkontakt och kontinuitet i relationerna med läkare och sjuksköterskor.

En viktig fråga är om det ska vara möjligt för privata vinstdrivande aktörer att äga vårdgivare inom både nivå 1 och 2. Vi är själva tveksamma till en sådan ordning. Den viktigaste invändningen är att det finns risk att företag som har verksamheter på bägge nivåerna på olika sätt selekterar patienter till sina nivå 2-mottagningar utifrån den kunskap de samlat in om patienternas sjukdomsbild vid kontakterna på nivå 1. Genom att identifiera lönsamma gränsfall och sätta diagnoser eller boka in besök så att dessa patienter snabbt hamnar på nivå 2 kan vinsten maximeras utan att något värde skapats för vare sig patienter eller samhälle. Den skeva fördelningen av resurser mellan vårdgivare som möter olika vårdbehov som existerar i dag kommer då att kvarstå. På samma sätt kan man fundera över om regionerna ska få äga verksamheter på båda nivåerna, dvs ha möjligheter att konkurrera med befintliga nättaktörer, antingen var och en för sig eller genom regional och nationell samverkan. Även om det finns motargument är det rimligt att regionerna har denna möjlighet i kraft av deras sista-hands-ansvar. Om ingen annan aktör erbjuder kapacitet för nivå 1-patienter inom en region eller delar av en region faller detta ansvar på regionen själv.

#### *Vad händer med kontinuiteten?*

Kontinuitet i relationen med läkare anses vara en grundläggande aspekt av god primärvård (Starfield m fl 2005; Caminal m fl 2004). Det finns empiriska belägg för att god kontinuitet har en rad positiva effekter som bl a speglas i minskat antal besök på sjukhusakuten (Engström m fl 2019; Sabety m fl 2020). Kontinuitet i primärvården ger också fördelar för och är uppskattat bland re-

lativt friska individer – inte minst i den stund man behöver återkommande kontakter med vården. Mot denna bakgrund är kanske den största invändningen mot vårt förslag att kontinuiteten äventyras för patienter på nivå 1 som remitteras till en fysisk mottagning, särskilt om vårdbehovet leder till utredningar i flera steg.

Här vill vi framhålla att även dagens primärvård, med alltför få allmänläkare i förhållande till vårdbehoven, tyvärr är långt ifrån idealet att ge samma höga kontinuitet för hela befolkningen. Andelen som uppger att de har en fast läkarkontakt i primärvården har länge legat kring 30 procent (Vårdanalys 2021b). Eftersom vårdbehoven kommer att öka stort till följd av den demografiska utvecklingen finns dåliga förutsättningar att väsentligt öka denna andel, även om antalet allmänläkare ökar. Det är alltså inte givet att förutsättningarna för god kontinuitet *de facto* kommer att vara sämre i vårt system. Dessutom är regionerna fria att utforma krav på kontinuitet *inom en och samma vårdepisod* även på nivå 1.

Utifrån befolkningens och patienternas värderingar går det också att ifrågasätta om relationell kontinuitet bör ha en sådan avgörande betydelse. En nyligen publicerad enkätstudie antyder att det finns en stor grupp som är villig att ge upp kontinuitet i utbyte mot bättre tillgänglighet, medan en jämstor grupp individer värderar kontinuitet högre (Vårdanalys 2020b). En stor andel av den senare gruppen hade haft många kontakter med vården under det senaste året. Patienter med stort vårdbehov och starka preferenser för kontinuitet skulle hamna på nivå 2 i vårt system, där förutsättningarna för att faktiskt uppnå en god kontinuitet blir bättre än i dag.

#### *Avslutande kommentarer*

Vårt förslag på nivåindelning av primärvården är långt ifrån färdigt. Det finns som vi visat i denna kortfattade artikel

många frågetecken och oklarheter att reda ut. För att ta förslaget vidare krävs medicinsk kompetens och kanske framför allt ett intresse från regioner och primärvårdens aktörer.

Vi bedömer att det finns ett stort behov av att skyndsamt integrera den rent digitala primärvården med övriga aktörer inom hälso- och sjukvården och samtidigt beakta att många vårdcentraler har svårt att räkna till i sitt nuvarande uppdrag. Att skikta marknaden i linje med vårt förslag är ett första steg mot en rimligare prioritering av primärvårdens knappa resurser.

Utän åtgärder finns risk att vårdaktörer som annars är seriösa väljer att börja spela mot systemet (eftersom ”alla andra gör det”). En sådan utveckling undergräver vårdpersonalens arbetsmoral och kan komma att stå regionerna dyrt på sikt. De som drabbas värst är patienter med stora vårdbehov.

## REFERENSER

- Anell, A (2020), ”Vården är värd en bättre styrning”, rapport, SNS, Stockholm.
- Blix, M och J Jeansson (2019), ”Telemedicine and the Welfare State: The Swedish Experience”, i Larsson, A och R Teigland (red), *Digital Transformation and Public Services*, Taylor & Francis, Abingdon.
- Caminal, J, B Starfield, E Sánchez, C Casanova och M Morales (2004), ”The Role of Primary Care in Preventing Ambulatory Care Sensitive Conditions”, *European Journal of Public Health*, vol 14, s 246–251.
- Dackehag, M och L M Ellegård (2019), ”Competition, Capitation, and Coding: Do Public Primary Care Providers Respond to Increased Competition?”, *CESifo Economic Studies*, vol 65, s 402–423.
- Engström, S, L Borgquist, D Nordvall, G Albinsson och E Arvidsson (2019), ”Hög personlig läkarkontinuitet i primärvård förenad med färre besök på akutmottagning”, *Läkartidningen*, vol 116, <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/originalstudie/2019/12/hog-personlig-lakarkonti->
- nuitet-i-primarvard-forenad-med-farre-besok-pa-akutmottagning/.
- Medster (2019), ”Granskning av 29 vårdenheter från primärvården i Västra Götalandsregionen och deras följsamhet till riktlinjer för diagnossättning – slutrapport”, revisionsrapport, Medster, Jönköping.
- Sabety, A H, A B Jena och M L Barnett (2020), ”Changes in Health Care Use and Outcomes after Turnover in Primary Care”, *JAMA Internal Medicine*, doi:10.1001/jamainternmed.2020.6288.
- SFS 2020:1043, *Hälso- och sjukvårdslag*.
- Sjögren, J, O Andersson och H Åsberg (2017), ”Nätläkare – en affärsidé som skapar problem”, *Läkartidningen*, vol 114, EF6Y, <https://lakartidningen.se/opinion/debatt/2017/01/natlakare-en-affarside-som-skapar-problem/>.
- SOU 2019:42, *Digifysiskt vårdval – tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*, slutbetänkande av utredningen Styrning för en mer jämlik vård.
- Starfield, B, L Shi och J Macinko (2005), ”Contribution of Primary Care to Health Systems and Health”, *Milbank Quarterly*, vol 83, s 457–502.
- Ström, M (2014), ”Fyra skånska vårdcentraler varnas”, *Läkartidningen*, vol 111, <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2014/02/fyra-skanska-vardcentraler-varnas/>.
- Vårdanalys (2017), ”Primärvården i Europa”, PM 2017:4, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Stockholm.
- Vårdanalys (2020a), ”Tre perspektiv på digitala vårdbesök – befolkningens, patienternas och vårdpersonalens uppfattningar”, Rapport 2020:1, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Stockholm.
- Vårdanalys (2020b), ”Primärt i vården – en studie om befolkningens syn på kontinuitet vid vårdcentraler”, Rapport 2020:9, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Stockholm.
- Vårdanalys (2021a), ”I skuggan av covid-19. Förändringar i befolkningens vårdkonsumtion till följd av pandemin under 2020”, Rapport 2021:6, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Stockholm.
- Vårdanalys (2021b), ”Fast kontakt i primärvården – patienters uppfattning om tillgången till fast läkarkontakt och fast vårdkontakt i primärvården”, PM 2021:1, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Stockholm.