Region Stockholm

5

Utredning om förenkling av regelverk för patientavgifter

HSN 2021-0280

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Utredning och beställarstöd
Christianne Huntsman

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2021-05-05

HSN 2021-0280

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Utredning om förenkling av regelverk för patientavgifter

Ärendebeskrivning

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen fick i samband med *Budget 2020 för Region Stockholm* i uppdrag att se över hur regelverket för patientavgifter kan förenklas. Mer enhetliga avgifter samt färre undantag och särregler ska enligt uppdraget eftersträvas för att underlätta administration och tillämpning av reglerna. Av uppdraget framgår att utredningen ska se över hur avgiftssystemet kan förenklas för att möjliggöra fler och smidigare betallösningar inom vården. Ärendet innebär en redovisning av detta uppdrag och förslag till nytt regelverk.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Bilaga 1, Utredning om förenkling av Regelverket för patientavgifter – Enhetstaxa
Bilaga 2, Utredning om förenkling av Regelverket för patientavgifter – Särregler och undantag

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar följande:

1. Regionstyrelsen föreslås besluta föreslå att regionfullmäktige fastställer förslag till ny avgiftsmodell, inklusive undantag och särregler, med enhetstaxa 250 kr för vårdkontakter i primärvård och specialistvård samt avgift på akutsjukhusens akutmottagningar motsvarande 400 kr för personer 18–84 år och 120 kr för barn och unga till och med 17 år.

2. Regionstyrelsen föreslås besluta föreslå regionfullmäktige att det nya regelverket för patientavgifter ska gälla från och med 1 april 2022.

3. Hälso- och sjukvårdsförvaltningens tjänsteutlåtandet med tillhörande bilagor godkänns som förvaltningens slutredovisning av uppdraget.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund
Regionfullmäktige har gett hälso- och sjukvårdsnämnden i uppdrag att se över hur regelverket för patientavgifter kan förenklas. Mer enhetliga avgifter samt färre undantag och särregler ska enligt uppdraget eftersträvas. Syftet med uppdraget är att underlätta tolkning och tillämpning av avgiftsreglerna, minska den administrativa bördan för vårdgivarna och bredda väg för ett framtida införande av moderna betalningar i vården med ett centraliserat och automatiserat system för hantering av patientavgifter.

I Region Stockholm varierar för närvarande avgifterna i öppen vård beroende på vilken yrkeskategori patienten träffar och om vården ges inom primärvård, specialistvård eller på akutsjukhusens akutmottagningar. Därutöver innehåller avgiftsregelverket omkring 50 särregler och undantag då ordinarie patientavgift inte ska debiteras. Tolv av dessa undantag regleras nationellt av lagar och förordningar, åtta är av förtydligande karaktär och resterande grundas på beslut av regionfullmäktige.

Nuvarande regelverk upplevs av många vårdgivare som svårtolkat och administrativt betungande. Olika avgiftsnivåer och förekommande undantag och särregler komplicerar administrationen och tillämpningen.

Överväganden och förslag
Forskning och erfarenheter visar att patientavgifter är ett relativt trubbigt sätt att styra vården och att effekten begränsas av högkostnadsskyddet för öppen vård. Med enhetliga avgifter samt färre undantag och särregler förenklas avgiftsadministrationen. Kommunikation kring regelverket underlättas och för patienten skapas tydlighet och förbättrad förståelse för avgiftssystemet. Ett förenklat regelverk är dessutom en viktig förutsättning för ett eventuellt framtida införande av moderna betalningar i vården, med ett centraliserat och automatiserat system för hantering av patientavgifter.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen föreslår att en enhetstaxa för vårdkontakter inom primär- och specialistvård, med högre avgift för besök på akutsjukhusens akutmottagningar, införs enligt följande:

- Vårdkontakter inom primärvård och specialistvård 250 kr
  (inklusive förskrivning av inkontinenshjälpmedel)
- Besök på akutsjukhusens akutmottagningar
  - Personer från 18–84 år 400 kr
  - Barn och ungdom under 18 år 120 kr

Med den föreslagna enhetstaxemodellen skapas en i princip ny avgiftsstruktur inom öppen vården. Förslaget innebär att tanken på att styra patientströmmarna med patientavgiften till stora delar nedtonas. Samtidigt skapas ett signalvärde där vårdens resurser värdesätts lika och att patienten får träffa den resurs som vården anser bäst kunna möta det specifika vårdbehovet. I detta avseende kan enhetstaxan sägas utgöra en del i det prioriterade arbetet med god och nära vård där vårdteamets betydelse är stor.

Förslaget innebär att avgiften för medicinsk service (röntgen, fysiologi och neurofyslab, samt viss endoskopi) tas bort. Betydande svårigheter att tolka och tillämpa denna avgift har uppmärksammats. Detta påverkar också förutsättningarna för vårdgivare att behandla patienter lika i ett avgiftssammanhang.

Vidare föreslås att följande, av de omkring 30 undantag och särregler som grundas på tidigare beslut av regionfullmäktige, tas bort i samband med införandet av enhetstaxa:

- Återbetalning enligt 30-minutersregeln.
- Avgiftsreduktion vid första besök hos geriatriker efter remiss.
- Avgiftsreduktion vid första besök hos läkare på specialistmottagning efter remiss.
- Avgiftsbefrielse för personer tillhörande LSS personkrets 3.
- Avgiftsbefrielse för besök på mottagning för tortyrskadade.
- Tilläggsavgift vid hembesök av läkare.
- Avgiftsbefrielse för barn och unga under 18 år vid direkthänvisning från en avgiftsbefriad vårdform till akutsjukhusens akutmottagningar.
- Avgiftsreduktion inom sluten vård för patient under 40 år med hel aktivitets- eller sjukersättning.
- Avgiftsbefrielse inom sluten vård för anhållna, häktade, intagna på kriminalvårdsanstalt samt totalförsvarspliktiga.

Förslagen grundas på en sammanvägd bedömning av motivet till undantaget eller särregeln, behovet av förenkling, förutsättningarna att hantera undantaget eller särregeln i ett framtida centraliserat och automatiserat avgiftssystem, samt den kommunala likställighetsprincipen. Det bör framhållas att övriga särregler och undantag i nuvarande regelverk föreslås kvarstå.

Ekonomiska konsekvenser
Förslaget bedöms inte medföra några direkta ekonomiska konsekvenser för vårdgivarna. Enligt gällande vårdavtal utgör patientavgiften en del av vårdgivarnas ersättning för uppdraget. I enlighet med gällande avtalsmallar ska ersättningen, eller det patientavgiftsavdrag som görs från ersättningen, justeras på ett sådant sätt att leverantörens totala ersättning inte påverkas vid en eventuell förändring av patientavgiften.

Totalt sett beräknas den föreslagna enhetstaxan om 250 kr, inklusive förslagen att ta bort nuvarande avgift för medicinsk service, avgiftsbefrielsen och avgiftsreduktionen för första läkarbesök på geriatrisk mottagning och specialistmottagning efter remiss från husläkare samt tilläggsavgiften för hembesök av läkare, medföra en intäktsökning på omkring 1,8 procent jämfört med nuvarande avgiftsnivåer. Detta motsvarar en ökning med omkring 30 miljoner kr per år.

Förslaget kommer även att medföra en omfördelning av avgiftsintäkterna från specialistvården till primärvården. Inom den akutsomatiska vården kommer avgiftsintäkterna att minska med drygt 11 procent medan avgiftsintäkterna bedöms öka med 23 respektive 15,5 procent inom primärvården och den psykiatriska vården.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Patientavgifter innebär alltid viss risk för att patienter avstår från att söka nödvändig vård på grund av ekonomiska skäl. Högkostnadsskyddet i öppen vård och möjligheten till avbetalning av debiterade patientavgifter syftar dock till att minska denna risk. Beredningen av detta ärende har innehållit avstämningar i enlighet med fullmäktiges beslutade samverkan. Möjlighet att lämna remissynpunkter har givits.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Ur ett avgiftsperspektiv kan föreliggande förslag om enhetstaxa och förenklat regelverk leda till att patienter behandlas mer jämlikt, genom att förekommande tolknings- och gränsdragningsproblem undanröjs.

När det gäller patienter med omfattande vårdbehov, exempelvis patienter med kroniska sjukdomar, visar räkneexempel att dessa patienter inte kommer att påverkas i någon större utsträckning av förslaget om enhetstaxa. Majoriteten av dessa patienter når upp till högkostnadsskyddet oavsett vilken avgiftsmodell som tillämpas. Den föreslagna enhetstaxan kan däremot bidra till att dessa patienter når upp till frikortsnivån snabbare och att debiterade patientavgifter koncentreras till en kortare tidsperiod.

Analyser har visat att patienter i socioekonomiskt svaga områden tenderar att påverkas av avgiftsförändringar i större utsträckning än patienter i mer resursstarka områden. Högkostnadsskyddet inom öppen vård syftar till att säkerställa den socioekonomiska aspekten för jämlik vård och minska risken för att patienter avstår från vårdsökande på grund av ekonomiska skäl.

Den föreslagna enhetstaxan innebär att avgifterna för sjukvårdande behandling samt läkarbesök inom primärvård höjs, medan avgifterna för läkarbesök på specialistmottagning sänks. Hur enskilda patientgrupper påverkas av dessa avgiftsförändringar kommer att variera beroende på besöksmönster och föreliggande vårdbehov.

För att minska risken för att patienter avstår från att söka vård på grund av höjda patientavgifter, rekommenderas att åtgärder vidtas för att öka kännedomen om möjligheten för patienter att få en avbetalningsplan upprättad om debiterade patientavgifter under en månad överstiger 300 kr.

Miljökonsekvenser
Förslaget bedöms inte medföra några konsekvenser för miljön.

Administrativa konsekvenser
Mer enhetliga avgifter med färre undantag och särregler kan bidra till att underlätta administrationen för såväl vårdgivare som den centrala förvaltningen. Tolkning och tillämpning av regelverket underlättas och flera uppmärksammade gränsdragningsproblem undanröjs. Information och kommunikation kring gällande avgifter underlättas och för invånarna skapas ökad tydlighet och förståelse för avgiftssystemet.

Under förutsättning av fullmäktiges beslut kommer ett antal kommunikationsinsatser riktas mot såväl patienter som vårdgivare i samband med implementeringen av nya regelverket.

Johan Bratt
Tf. Hälso- och sjukvårdsdirektör

Margareta Tufvesson
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Regionstyrelsen

Godkänd av Johan Bratt, 2021-05-05

Region Stockholm

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Styrning och stöd
ChristiAnne Huntsman
Josefin Chau

PM
2020-04-22

Diarienummer
HSN 2021-0280

Utredning om förenkling av Regelverk för patientavgifter
- Enhetstaxa

Innehåll

1 Bakgrund 3

1.1 Syfte och målsättning 3

1.2 Avgränsningar 3

1.3 Definition av enhetstaxa 4

1.1 De legala ramarna för debitering av patientavgift 5

2 Nuvarande avgifter och regelverk 5

2.1 Avgifter för öppen vård 5

2.2 Särregler och undantag 8

2.3 Högkostnadsskydd och frikort 8

2.4 Avbetalningsplan vid höga patientavgifter 9

2.5 Svårigheter med nuvarande avgiftsmodell 10

3 Avgiftsmodeller i andra regioner 10

4 Möjligheter och risker med enhetstaxa 12

4.1 Påverkan på patientflöden och vårdkonsumtion 12

4.1.1 Erfarenheter av tidigare avgiftsförändringar 13

4.2 Påverkan på administrationen kring patientavgifter 14

4.2.1 Erfarenheter från Region Värmland 15

5 Olika modeller för enhetstaxa 16

5.1 Ren hetstaxa - Samma avgift för alla vårdkontakter 17

5.2 Enhetstaxa inom primärvården 17

5.3 Enhetstaxa med högre avgift på akuten 17

5.3.1 Påverkan för patienter med olika vårdbehov 19

5.3.2 Påverkan för olika socioekonomiska grupper 20

5.4 Enhetstaxa per vårdnivå 21

5.4.1 Påverkan för patienter med olika vårdbehov 23

5.4.2 Påverkan för olika socioekonomiska grupper 24

6 Sammanfattande slutsatser och förslag 25

6.1 Utredningens förslag till enhetstaxemodell 27

1 Bakgrund

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har fått i uppdrag att se över hur regelverket för patientavgifter kan förenklas. Mer enhetliga avgifter samt färre undantag och särregler ska enligt uppdraget eftersträvas för att underlätta administration och tillämpning av reglerna.[1]

Nuvarande regelverk upplevs av många vårdgivare som svårtolkat och administrativt betungande. Befintliga undantag och särregler i regelverket komplicerar administrationen och tillämpningen. För att kunna debitera korrekt avgift ställs krav på god kunskap och kännedom om gällande regler. Ju fler undantag som regelverket innehåller desto större krav ställs på den som ska tillämpa regelverket.

I förstudien *Betalningar i vården* som hälso- och sjukvårdsförvaltningen genomförde 2018, lämnar förvaltningen förslag på en strategi för utveckling av patientavgifter som innebär att ansvaret för hantering av patientavgifter centraliseras och automatiseras samt att nya digitala betalningssätt utvecklas. Med ett sådant automatiserat system skulle ansvaret för hanteringen av föras över från privata och regiondrivna vårdgivare till den centrala administrationen i regionen. Ett sådant system väntas leda till effektivare patientavgiftshantering och minskad administrativ börda för vårdgivarna.

För att åstadkomma detta konstateras att patientavgiften måste kunna fastställas automatiskt utifrån vårdgivarnas rapportering av vårdkontakter. Detta förutsätter att de regler och kodverk som ligger till grund för beräkningen av avgiften förenklas. Många undantag och särregler försvårar således inte bara befintlig administration, utan kan även väntas försvåra utveckling, införande och förvaltning av ett centraliserat och automatiserat patientavgiftssystem.

1.1 Syfte och målsättning

Syftet med detta uppdrag är att:

- förenkla tolkning och tillämpning och göra regelverket för patientavgifter mer lättförståeligt för såväl vårdgivare som patienter.
- att minska de administrativa kostnaderna som hantering, tolkning och tillämpning av avgiftsregelverket medför för såväl vårdgivare som den centrala förvaltningen.
- bredda väg för införande av moderna betalningar i vården med ett centraliserat och automatiserat system för hantering av patientavgiften.

I denna promemoria redovisas förslag för avgiftsnivå och modell för enhetstaxa. Utredning och förslag som syftar till att minska antalet undantag och särregler redovisas i promemorian *Utredning om förenkling av Regelverk för patientavgifter – särregler och undantag*[2].

1.2 Avgränsningar

I föreliggande promemoria behandlas de avgifter inom öppen vård som följer av *Regelverk för patientavgifter*[3]. Uteblivandeavgift[4] och administrativa avgifter som följer av detta regelverk samt gällande regelverk för intyg, vaccinationer och hälsoundersökningar, kommer däremot inte att behandlas inom ramen för detta uppdrag. Utredningen kommer inte heller att beröra de avgifter och undantag som gäller för tandvård som enligt tandvårdslagen ska ges till öppenvårdsavgift.

[1] RS 2019-0829
[2] HSN 2021-0280
[3] HSN 2020-1284
[4] Ny uteblivandeavgift infördes 1 september 2020. I samband med det reviderades tillhörande regelverk.

Regelverket för patientavgifter gäller för personer som:

- är folkbokförda Sverige,
- har rätt till vård enligt förordning (EG) 883/2004 eller samarbetsavtal mellan EU och Förenade konungariket Storbritannien och Nordirland,
- har rätt till vård enligt sjukvårdkonvention som Sverige ingått med annat land, samt
- utlandssvenskar som är bosatta i land utanför EU/EES med vilket Sverige saknar sjukvårdskonvention.

Under vilka förutsättningar personer från andra länder har rätt till subventionerad vård i Region Stockholm framgår av regelverket *Personer från andra länder - regler och rättigheter*[5].

Administrationen kring vård av de patientkategorier som omfattas av nämnda regelverk upplevs som krångligt och tidskrävande. Detta regelverk genererar störst antal frågor till hälso- och sjukvårdsförvaltningens funktion för patientavgiftsfrågor. Eftersom reglerna huvudsakligen baseras på direktiv, förordningar och sjukvårdskonventioner som svenska staten ingått med andra länder, kan regionfullmäktige inte besluta om förändringar i dessa regelverk. Dessa regelverk omfattas därför inte av föreliggande förenklingsuppdrag.

Utöver nämnda regelverk för folkbokförda och personer bosatta i andra länder finns särskilda regelverk för asylsökande och personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. Patientavgifterna för dessa patientkategorier regleras av särskilda lagar och förordningar och kommer inte heller att behandlas i denna utredning.

Den pågående utvecklingen av digitala vårdtjänster påverkar formerna för att erbjuda och genomföra vård. Ambitionen inom regionen är att vården ska vara digifysisk vilket har bidragit till att luckra upp såväl vårdstruktur som formerna för patientavgifter. För att säkerställa en god tillgänglighet i vården har en inriktning antagits som syftar till att all vård som beställs ska vara kanalneutral. Med detta avses att det centrala är, att syftet med en vårdkontakt uppnås, inte huruvida den är fysisk eller digital. Arbetet för att realisera detta har påbörjats och förändringar sker successivt i samband med revideringar av avtal. I samband med detta arbete kan även formerna för patientavgifter komma att påverkas. När tiden är mogen kan frågan om avgifter för digitala vårdtjänster behöva ses över i särskild ordning. Denna fråga har därför inte studerats närmare inom ramen för denna utredning.

1.3 Definition av enhetstaxa

Det finns ingen entydig definition av begreppet enhetstaxa. I sin renaste form innebär enhetstaxa att enbart en avgiftsnivå tillämpas för alla typer av vårdkontakter. I dessa fall är patientavgiften densamma oberoende av vilken yrkeskategori som utför vården eller om vårdkontakten sker inom primärvård, specialistvård eller på akutmottagning.

I praktiken förekommer olika mer eller mindre långtgående enhetstaxemodeller, med olika typer av undantag eller avsteg från den ”rena” enhetstaxan. När begreppet enhetstaxa används i denna promemoria utan närmare precisering, avses en modell där patientavgiften är densamma oavsett vilken yrkeskategori patienten träffar eller inom vilken vårdnivå som vårdkontakten sker.

[5] HSN 2020-1284

1.1 De legala ramarna för debitering av patientavgift

Av 2 kap. 5 § kommunallagen (2017:725) följer att kommuner och regioner får ta ut avgifter för tjänster och nyttigheter som de tillhandahåller. För tjänster eller nyttigheter som de är skyldiga att tillhandahålla får avgifter endast tas ut om det följer av lag eller annan författning. Grundläggande bestämmelser om regioners rätt att ta ut patientavgifter finns i 17 kap., hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) samt förordning (1984:908) om vissa statsbidrag för sjukvård m.m. Av hälso- och sjukvårdslagen framgår att vårdavgifter får tas ut enligt grunder som regionen bestämmer och att patienter som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård ska behandlas lika[6].

2 Nuvarande avgifter och regelverk

Gällande patientavgifter i Region Stockholm beslutas av regionfullmäktige. De närmare reglerna för tolkning och tillämpning av dessa avgifter återges i *Regelverk för patientavgifter*[7]. Detta regelverk gäller vid vård hos regionsdrivna vårdmottagningar, privata vårdgivare som ingått vårdavtal med Region Stockholm samt vårdgivare som får ersättning enligt lag (1992:1651) om läkarvårdsersättning eller lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi[8].

I regelverket för patientavgifter finns för närvarande fem olika avgiftsnivåer. Beloppen varierar mellan 100 - 400 kronor. Avgiften varierar beroende på vilken yrkeskategori patienten träffar och vilken vårdnivå denna besökt. Huvudregeln är att avgift endast får debiteras för vårdkontakter som uppfyller kriterierna för rapportering av vårdkontakt.

2.1 Avgifter för öppen vård

Nedan följer ett utdrag från regelverket för patientavgifter över samtliga debiterbara patientavgifter inom öppen vård för personer 18-84 år. Med öppen vård avses hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd medger att aktuell vårdinsats förväntas avslutas inom ett begränsat antal timmar[9].

[6] 17 kap, 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
[7] HSN 2020-1284
[8] För vårdgivare med ersättning enligt lag om läkarvårdsersättning eller lag om ersättning för fysioterapi finns vissa undantag där de kan ha avvikande regler från regionens regelverk. Det handlar om de kan ha en annan tidsfrist för debitering av uteblivet besök, att de inte är skyldiga att utfärda frikort och registrera i högkostnadsskyddet samt att de inte är skyldiga att upprätta en avbetalningsplan enligt bestämmelserna i regelverket.
[9] https://termbank.socialstyrelsen.se/ (Hämtad 2021-02-02)

Patientavgifter personer 18–84 år

Läkarbesök*	**Avgift**
Läkarbesök på husläkarmottagning eller specialist i allmänmedicin som får ersättning enligt lag om läkarvårdsersättning	200 kr
Läkarbesök på geriatrisk mottagning	200 kr
Läkarbesök på specialistmottagning	400 kr
Första besök hos läkare på specialistmottagning med remiss från läkare på husläkarmottagning eller specialist inom allmänmedicin som får ersättning enligt lag om läkarvårdsersättning.	200 kr
Första besök hos geriatriker med remiss från läkare på husläkarmottagning eller specialist inom allmänmedicin som får ersättning enligt lag om läkarvårdsersättning.	0 kr
Hembesök av läkare. Tilläggsavgift utöver gällande taxa Tilläggsavgiften gäller inte patient i hemsjukvård eller särskilt boende. Inte heller vid hembesök av jourläkare (s.k. jourläkarbil).	100 kr

* I avgiften för läkarbesök ingår medicinsk service. Ingen extra avgift tas ut för besök på laboratoriemottagning. (Undantag: besök på röntgen, fysiologi och neurofyslab samt viss endoskopi).

Besök på akutmottagning	**Avgift**
Besök vid husläkarjour och närakut	200 kr*
Besök på akutsjukhusens akutmottagningar/specialistakut	400 kr*
Planerat återbesök hos läkare på akutsjukhusens akutmottagningar/specialistakut i samma ärende	350 kr
Planerat återbesök för sjukvårdande behandling på akutsjukhusens akutmottagningar/specialistakut i samma ärende	100 kr
Direkthänvisning	0 kr

* Gäller oavsett vilken yrkeskategori patienten träffar.

Sjukvårdande behandling (Behandling eller utredning av annan yrkeskategori än läkare)	**Avgift**
Besök hos fysioterapeut, arbetsterapeut, dietist, kiropraktor eller naprapat	200 kr
Besök hos t.ex. sjuksköterska, distriktssköterska, audionom, kurator, logoped, psykolog och besök hos syncentral eller medicinsk fotsjukvård	100 kr

Distanskontakt (Vårdkontakt där patient och hälso- och sjukvårdspersonal är rumsligt åtskilda)	**Avgift**
Videomöte Gäller distanskontakt via videolänk (ljud och bild i kombination) då kontakten är av sådan omfattning att den ersätter ett fysiskt besök och uppfyller kriterierna för rapportering av vårdkontakter (se vidare Regelverk för rapportering av vårdkontakter).	Gällande avgift för den yrkeskategori patienten träffar.
KBT-behandling via internet Avgift tas ut per genomförd behandlingsvecka efter att behandlaren har haft patientkontakt. Endast en avgift får tas ut per behandlingsvecka, oavsett antal patientkontakter.	100 kr
Telefonkontakt (gäller alla typer av telefonkontakter)	0 kr

Dagsjukvård*	**Avgift**
Dagsjukvård (dagmedicin, dagkirurgi och övrig dagsjukvård)	350 kr

* Öppen vård som innebär mer omfattande och/eller resurskrävande insatser än vad ett öppenvårdsbesök normalt kräver. Dagsjukvård omfattar dagkirurgi, dagmedicin och övrig dagsjukvård. (Se vidare Socialstyrelsens termbank, http://termbank.socialstyrelsen.se/)

Riktade hälsoundersökningar	**Avgift***
Mammografiscreening	0 kr
Bukaortascreening	0 kr
Gynekologisk screening	0 kr

* Gäller för undersökningar som sker inom ramen för regionens riktade screeningverksamhet, där patienten erhållit en kallelse från regionen.

Övriga avgifter	Avgift
Besök hos hjälpmedelskonsulent eller tekniker (utan medverkan av förskrivare) på hjälpmedelscentralen KommSyn Stockholm vid inträning och utbildning av hjälpmedel eller egenansvarsprodukter	100 kr
Besök på röntgen	200 kr*
Besök på fysiologi- och neurofyslab	200 kr*
Viss endoskopi (gastroskopi och koloskopi)	200 kr*
Förskrivning av inkontinenshjälpmedel (per 12-månadersperiod)	200 kr

*Kräver remiss från läkare som har avtal med/ersättning från regionen. Avgiften gäller enbart då undersökningen utförs av vårdgivare med avtal inom medicinsk service. Remitterande läkare har då behandlingsansvar för patienten och remissvar skickas till remittenten. När den medicinska servicen utförs inom ramen för ett vårdavtal betalar patienten gällande avgift för läkarbesök på specialistmottagning. Avgift för besök på röntgen tas ut även i samband med besök på akutmottagning.

2.2 Särregler och undantag

Utöver de avgifter som framgår av tabellerna ovan innehåller regelverket för patientavgifter omkring 50 särregler och undantag då patientavgift inte ska debiteras. Tolv av dessa undantag regleras av nationell lagstiftning. Övriga undantag har beslutats av regionfullmäktige.

Karaktären på dessa särregler och undantag varierar. Vissa är enkla att tolka och tillämpa medan andra kan leda till svåra gränsdragningsproblem. Det kan också variera i vilken utsträckning vårdgivare berörs av dessa undantag. För vidare läsning hänvisas till hälso- och sjukvårdsförvaltningens promemoria *Utredning om förenkling av Regelverk för patientavgifter – Särregler och Undantag*[10].

2.3 Högkostnadsskydd och frikort

Högkostnadsskyddet är nationellt reglerat och ligger sedan 1 januari 2020 på 1 150 kr[11]. En patient som under en tolvmånadersperiod har betalat eller fakturerats patientavgifter för vårdkontakter i öppen vård upp till detta belopp har rätt till frikort. Frikortet gäller från och med det datum den första vårdkontakten registrerades i högkostnadskortet till och med dagen före detta datum nästkommande år. Ett utfärdat frikort är giltigt i hela landet.

[10] HSN 2021-0280

[11] Högkostnadsskyddet regleras av hälso- och sjukvårdslagen och får maximalt uppgå till 0,025 brisbasbelopp avrundat nedåt till närmsta femtiotal kronor. Region Stockholm har beslutat att följa detta maxbelopp. Regioner har enligt lagen rätt besluta om en lägre nivå på högkostnadsskyddet.

Avgifter som omfattas av högkostnadsskyddet

Patientavgifter får endast registreras eller stämplas i högkostnadsskyddet om de ingår i högkostnadsskyddet.

Följande avgifter omfattas av högkostnadsskyddet:

- Patientavgifter för vårdkontakter inom öppen hälso- och sjukvård.
- Avgift för inkontinenshjälpmedel.
- Avgift för röntgen, fysiologi- och neurofyslab.
- Avgifter för viss tandvård.
- Vissa avgifter för vård i annat EU/EES-land som ersätts av Försäkringskassan enligt den så kallade ersättningslagen.

Avgifter som inte omfattas av högkostnadsskyddet

Högkostnadsskyddet för patientavgifter gäller inte för:

- Påminnelse- och kravavgift.
- Avgifter för sluten vård.
- Avgifter för uteblivet besök.
- Vårdavgifter för asylsökande.
- Avgifter för intyg, vaccinationer och hälsoundersökningar.
- Avgifter för journalkopior.
- Avgifter för hjälpmedel (undantag inkontinenshjälpmedel).
- Faktura- eller expeditionsavgift från andra region. (Vårdgivare i Region Stockholm får inte ta ut expeditionsavgift vid fakturering av patientavgift.)

Elektroniskt högkostnadsskydd

Region Stockholm tillämpar elektronisk hantering av högkostnadsskydd/frikort, vilket innebär att patienter som är med i e-frikortstjänsten själva inte behöver hålla reda på när frikortsgränsen är uppnådd.

Vid årsskiftet 2018/19 anslöt sig Region Stockholm till Ineras projekt ”Nationellt högkostnadsskydd” som tog fram en nationell digital tjänst för högkostnadsskydd och frikort inom öppen vård. De flesta regioner är numer uppkopplade till samma databas för högkostnadsskydd.

Efter implementationen av den nationella digitala hanteringen har frågor gällande administration och frikort minskat avsevärt hos hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Patienter har numer möjlighet att själva se sina vårdkontakter, patientavgifter och sitt högkostnadsskydd/frikort via 1177 Vårdguiden, vilket ytterligare minskat frikortsadministrationen.

2.4 Avbetalningsplan vid höga patientavgifter

Enligt gällande avgiftsregelverk ska en patient inte behöva betala mer än 300 kronor per månad i patientavgifter för öppen vård. Om denna summa överskrids har patienten rätt att få en avbetalningsplan upprättad. Avbetalningsplanen ska upprättas av vårdgivaren i samråd med patienten. Det är inte tillåtet för vårdgivare att ta ut faktureringsavgift eller andra extraavgifter för att täcka eventuella administrativa merkostnader. Vårdgivare som har ersättning enligt lag om läkarvårdsersättning eller lag om ersättning för fysioterapi omfattas däremot inte av dessa regler.

2.5 Svårigheter med nuvarande avgiftsmodell

För närvarande hanteras registrering och rapportering av vårdkontakter och patientavgifter på verksamhetsnivå. Hos varje enskild vårdgivare kan det finnas flera personer som hanterar besöksrapportering och patientavgifter. De bakomliggande administrativa systemen är komplexa och innehåller mycket information som utgår ifrån vilken typ av patient som registrerats vid vårdkontakten. Förekommande undantagsregler för när vanlig patientavgift inte ska tas ut, ställer krav på ytterligare insatser från vårdgivarna / kassapersonal då administrationssystem inte alltid kan känna av vissa typer av särskilda fall. För denna anledning måste vårdpersonal ständigt hålla sig á jour kring ändrad information rörande rapporteringskoder, regelverk och avgiftsförändringar.

Utöver den redan komplexa avgiftsinformationen som vårdgivare behöver förhålla sig till finns det även gränsdragningsproblem som i vissa fall gör det svårt att avgöra vilken avgift som ska tas ut. Ett sådant exempel är minnesutredningar som utförs på geriatrisk mottagning. Formellt sett utgör geriatrisk vård en del av den specialiserade vården, men avgifterna följer samma nivåer som i primärvården. När minnesutredning utförs på geriatrisk mottagning blir frågan vilken avgift som ska gälla. Om avgift för läkarbesök på geriatrisk mottagning tillämpas kommer patienter behandlas olika beroende på utredningen genomförs på geriatrisk mottagning eller vid en specialiserad minnesmottagning. Om den högre specialistvårdsavgiften tillämpas uppstår i stället svårigheter med hur patientavgiftsavdraget ska hanteras vid ersättning till vårdgivarna.

Ett annat exempel finns inom teambesök där avgift tas ut för den yrkeskategori som ansvarar för vårdkontakten. I de fall en läkare medverkar tas patientavgift för läkarbesök ut. Dock finns ett undantag från regeln för rapportering av psykosociala vårdkontakter. En vårdgivare måste då läsa i rapporteringsanvisningarna för att förstå hur de ska debitera med gällande undantag från avgiftsregeln.

Om enhetstaxa införs kommer denna typ gränsdragningsproblem upphöra, eftersom samma avgift då gäller oavsett vårdande yrkeskategori eller vilken vårdnivå patienter besöker.

3 Avgiftsmodeller i andra regioner

De senaste åren har allt fler regioner börjat intresserat sig för och beslutat att införa mer eller mindre enhetliga avgifter inom öppen vård. I tabellen nedan redovisas en sammanställning över gällande patientavgifter i landets regioner för vuxna under 85 år[12]. Tabellen ger inte en fullständig beskrivning av regionernas avgifter. Exempelvis redovisas inte avgifter för besök under jourtid eller avgifter för receptförnyelse, telefonkontakter och besök hos kiropraktor eller naprapat.

[12] Barn och ungdomar är avgiftsbefriade i samtliga regioner men åldersgränsen varierar. Personer 85 år eller äldre är avgiftsbefriade enligt hälso- och sjukvårdslagen för alla högkostnadsskyddsgrundande vårdkontakter.

Tabell 1: Sammanställning av patientavgifter i öppen hälso- och sjukvård, 2021

Region	Primärvård		Specialistvård		Akut-mottagning
	Läkarbesök	**Sjukvårdande behandling**	**Läkarbesök**	**Sjukvårdande behandling**	
Stockholm	200 kr	100/200 kr (beroende på yrkeskategori)	400 kr	100/200 kr (beroende på yrkeskategori)	400 kr (Barn: 120 kr)
Uppsala	200 kr	200 kr	260 kr	260 kr	500 kr
Sörmland	200 kr	200 kr	400 kr	400 kr	400 kr
Östergötland	200 kr	200 kr	200 kr	200 kr	200 kr
Jönköping	250 kr	250 kr	250 kr	250 kr	250 kr
Kronoberg	150 kr	100 kr	300 kr	100 kr	300 kr
Kalmar	200 kr	200 kr	200 kr	200 kr	200 kr
Blekinge	150 kr	100 kr	300 kr	100 kr	400 kr
Skåne	200 kr	200 kr	300 kr	200 kr	400 kr
Halland	200 kr	100 kr	300 kr	100 kr	450 kr
Västra Götaland	100 kr (listad) 300 kr (olistad)	50 kr (listad) 100 kr (olistad)	300 kr	100 kr	300 kr
Värmland	200 kr	200 kr	200 kr	200 kr	200 kr
Örebro	200 kr	200 kr	300 kr	200 kr	400 kr
Västmanland	140 kr	140 kr	280 kr	280 kr	280 kr
Dalarna	200 kr	150 kr	350 kr	150 kr	400 kr
Gävleborg	200 kr	200 kr	200 kr	200 kr	200 kr
Västernorrland	300 kr	300 kr	300 kr	300 kr	500 kr
Jämtland Härjedalen	300 kr	300 kr	300 kr	300 kr	400 kr
Västerbotten	200 kr	200 kr	200 kr	200 kr	200 kr
Norrbotten	300 kr	300 kr	300 kr	300 kr	400 kr
Gotland	200 kr	200 kr	300 kr	200 kr	400 kr

Källa: Sveriges Kommuner och Regioner, *Patientavgifter i öppen hälso- och sjukvård år 2021.* (Egen bearbetning) https://skr.se/download/18.3c949975176dce722948265a/1610363428818/avgifter_oppen_slutenvard_2021.pdf (Hämtad 2021-01-08)

För närvarande tillämpar sex[13] av landets regioner en ”ren” enhetstaxa med samma avgift inom primärvård, specialistvård såväl som på akutmottagning. Ytterligare tre[14] regioner har infört enhetstaxa inom primär- och specialistvård, men beslutat att låta avgiften för besök på akutmottagning vara något högre. Därutöver har regioner såsom Region Uppsala och Region Skåne relativt nyligen genomfört en översyn av sina avgiftsregelverk. Dessa resulterade i mer enhetliga avgifter, men enligt delvis olika principer.

Som framgår av inledningen till denna promemoria definieras begreppet enhetstaxa på olika sätt av olika regioner. Även bland de regioner som enligt tabellen ovan tillämpar enhetstaxa för vårdkontakter inom primär- och specialistvården, är det vanligt att det förekommer vissa avvikande avgifter, exempelvis lägre avgifter för receptförnyelse eller telefonkontakter.

[13] Östergötland, Jönköping, Kalmar, Värmland, Gävleborg och Västerbotten.
[14] Västernorrland, Jämtland Härjedalen och Norrbotten.

När det gäller nuvarande tillämpning av enhetstaxa kan det konstateras att de regioner som tillämpar de mest rena formerna av enhetstaxa, är förhållandevis glesbefolkade regioner. Bland landets tio mest folkrika och tätbefolkade regioner är det för närvarande bara Region Östergötland som tillämpar enhetstaxa. En bidragande orsak till detta skulle kunna vara att tillgängligheten till specialistsjukvården i dessa regioner begränsas av de geografiska förutsättningarna, vilket gör primärvården till ett mer naturligt förstahandsval för patienter. Behovet av att på olika sätt styra patienter till primärvården kan därmed tänkas minska.

För mer folkrika och tätbefolkade regioner, med förhållandevis stort utbud och god tillgänglighet till specialistvård och akutsjukhusens akutmottagningar, kan det finnas ett större behov av att på olika sätt styra patientströmmarna. Att införa enhetstaxa kan under dessa omständigheter upplevas mer riskfyllt och osäkert, vilket skulle kunna förklara varför storstadsregionerna varit mer avvaktande i denna fråga.

4 Möjligheter och risker med enhetstaxa

Förekommande patientavgifter kan sägas tjäna tre olika huvudsyften; att bidra till den gemensamma finansieringen av vårdkostnaderna[15], att öka kostnadsmedvetenheten och motverka överkonsumtion samt att styra patienter till rätt vårdnivå eller yrkeskategori.

När det gäller patientavgiftens konsumtionsdämpande effekt och bidrag till den gemensamma finansieringen är det framförallt nivån på avgiften som kan väntas ha betydelse för utfallet. Möjligheten att styra patienter med hjälp av patientavgifter, kan däremot väntas påverkas av en kombination av vald avgiftsmodell och avgiftsnivå. Med en lägre avgift inom primärvården än inom specialistvården, är tanken att incitament skapas för patienten att i första hand vända sig till primärvården. Med enhetstaxa suddas skillnader i avgifter mellan olika vårdnivåer och yrkeskategorier ut. Patientavgiftens styrande effekt kan därmed väntas upphöra.

4.1 Påverkan på patientflöden och vårdkonsumtion

Historiskt sett har det funnits en stark tilltro till möjligheten att styra patientströmmarna med hjälp av olika patientavgifter. Denna tilltro har succesivt luckrats upp till förmån för diskussionen om de administrativa kostnaderna för hanteringen av avgiftssystemet. De senaste åren har alltfler regioner kommit att överge tidigare differentierade avgiftsmodeller och i större utsträckning börjat införa olika former av enhetstaxemodeller.

Forskning gällande patientavgiftens styrande effekt i en svensk kontext är förhållandevis begränsad. I en rapport från Vårdanalys konstateras att patientavgifter är ett trubbigt styrinstrument och att effekten begränsas av gällande högkostnadsskydd[16]. I en utredning från 1990-talet, konstaterar hälso- och sjukvårdsnämnden att ingen eller mycket låga avgifter kan leda till ett ökat antal vårdkontakter, medan måttliga avgifter kan ha en dämpande effekt på efterfrågan. Vidare konstateras att högkostnadsskyddet leder till att avgiften snabbt förlorar sin styrande effekt. [17]

Många vårdkontakter är dessutom avgiftsbefriade på andra grunder än att patienten uppnått frikort. År 2019 var cirka tre fjärdedelar av alla vårdkontakter inom öppen vården avgiftsbefriade på grund av

[15] Vården i Region Stockholm finansieras till 2,4 procent av invånarnas patientavgifter inom öppenvård.
[16] Vårdanalys (2017), *En primär angelägenhet, Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum,* Rapport 2017:3
[17] HSN 9612-1041, *Utredning om Stockholms läns landstings patientavgifter i hälso- och sjukvården*, Del 1 och 2, 1997-1998.

frikort eller av annat skäl. Det förekommer även att arbetsgivare betalar personalens vårdkostnader, vilket ytterligare begränsar möjligheten att genom patientavgiften styra eller motverka överkonsumtion.

Det är därför rimligt att anta att andra faktorer såsom tillgänglighet, förekommande remisskrav och ersättningsnivån för olika typer av vårdkontakter och vårduppdrag, kan ha en större betydelse för styrningen än själva patientavgiften. Sjukvårdsrådgivning via 1177 Vårdguiden på telefon, allmän information via 1177 Vårdguiden samt olika typer av informationskampanjer är andra exempel på verktyg som kan användas för att styra patientflöden i vården. Uppföljning av inkomna samtal till 1177 Vårdguiden visar på en god följsamhet till sjuksköterskans hänvisning. År 2019 följde patienterna sjuksköterskans hänvisning av vårdnivå i 82 procent av samtalen. Året dessförinnan låg följsamheten på 85 procent.

Därutöver har utvecklingen av digitala vårdtjänster bidragit till att invånare i Region Stockholm via digitala appar i princip kan få kontakt med en läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal inom öppen vård i vilken region som helst. Då dessa digitala vårdgivare har avtal med olika regioner kan patientavgifterna variera utifrån vilken digital vårdgivare patienten väljer. De tidigare tydliga gränserna mellan regioner har därmed kommit att suddas ut. Sammantaget skapar detta förändrade förutsättningar för såväl styrning av patienter till olika vårdnivåer som för utformning av regelverket för patientavgifter.

4.1.1 Erfarenheter av tidigare avgiftsförändringar

Region Stockholm har i modern tid inte gjort någon liknande större strukturell avgiftsförändring som införandet av enhetstaxa skulle innebära. Det finns därmed begränsade erfarenheter av hur denna typ av övergripande avgiftsförändring kan komma att påverka besöksmönstret i regionen.

Nedan följer tre exempel på större avgiftsförändringar som genomförts i regionen de senaste 20 åren:

- År 1998 infördes avgiftsfri öppen vård för barn 0–19 år. Förändringen medförde en märkbar ökning av antalet besök på 17 procent mellan 1997–1998.

- I januari 2016 infördes avgiftsfri öppen vård för personer 85 år och äldre. Till skillnad från avgiftsförändringen för barn, förändrades inte de äldres besöksmönster avsevärt i samband med avgiftsbefrielsen. Denna patientgrupp har en konstant ökning i antalet vårdkontakter med drygt 1 procent per år, vilket kan förklaras med naturliga orsaker som en äldre befolkning som lever längre.

- I juni 2016 höjdes avgiften för besök hos kiropraktor, arbetsterapeut, dietist, naprapat och fysioterapeut från 100 kronor till 200 kronor. Trots en relativt markant höjning av avgiften har besöken hos dessa yrkeskategorier fortsatt haft en marginell ökning.

Erfarenheterna från genomförda avgiftsförändringar i Region Stockholm ligger således i linje med Vårdanalys och hälso- och sjukvårdsnämndens slutsatser gällande avgiftens styrande och konsumtionsdämpande effekt.

Även erfarenheter från avgiftsförändringar i andra regioner ger stöd för ovanstående slutsatser. I samband med att Region Värmland införde enhetstaxa för besök i öppen vård, höjdes avgifterna för läkarbesök i primärvården och sjukvårdande behandling med 33 respektive 50 procent. Avgifterna för läkarbesök i specialistvården var oförändrade medan avgifterna för besök på akuten sänktes

med 33 procent. Någon signifikant effekt på antalet vårdcentralbesök, eller fördelningen av besök till läkare respektive övrig vårdpersonal, kunde inte påvisas som följd av avgiftsförändringarna.[18]

Inte heller i Region Norrbotten uppmärksammades några förändrade patientströmmar som kunde kopplas till att regionen 2014 införde enhetstaxa för besök i öppen vård[19].

Ytterligare ett exempel är Region Sörmland som 2017 införde nolltaxa inom primärvården samtidigt som avgiften för besök på akutmottagning höjdes till 400 kronor. En orsak till denna förändring var att regionen ville styra patienten från akutvård till primärvård. En undersökning efter de första fem månaderna visade på önskad effekt. När en ny undersökning av antalet besök i primär- och akutvård genomfördes ett år efter införandet, gick det däremot inte längre att påvisa någon skillnad i antalet besök på regionens akutmottagningar. I januari 2020 återinförde regionen patientavgift för primärvårdsbesök.

Det bör hållas i åtanke att ovanstående redogörelser avser uppföljning av hur olika avgiftsförändringar påverkat besöksmönstret på aggregerad nivå. Även om en avgiftsförändring inte har någon signifikant effekt på den totala vårdkonsumtionen kan det inte uteslutas att enskilda individers vårdsökande kan komma att påverkas. Exempelvis framgår av en studie från Västra Götalandsregionen att priskänsligheten varierar mellan olika socioekonomiska grupper där söktryck och efterfrågan minskar mer för låginkomsttagare vid avgiftshöjningar än för höginkomsttagare[20]. Beroende på hur nivån på olika avgifter påverkas vid införandet av enhetstaxa kan tröskeln för vårdsökande därmed komma att påverkas inom olika vårdområden eller för vissa typer av vårdkontakter.

4.2 Påverkan på administrationen kring patientavgifter

Nuvarande regelverk med differentierade patientavgifter och en stor mängd särregler och undantag bidrar till omfattande och tidskrävande administration för såväl vårdgivare som för den centrala administrationen. Samtidigt tyder forskning och erfarenheter på att avgiftens styrande effekt är begränsad, vilket skulle kunna tala för en förenklad avgiftsmodell.

[18] Jakobsson N, Svensson M. *Copayments and physicians visits: A panel data study of Swedish regions 2003–2012.* Health Policy (2016), http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.07.010

[18] HSN 9612-1041, *Utredning om Stockholms läns landstings patientavgifter i hälso- och sjukvården,* Del 1 och 2, 1997-1998.

[19] Region Jämtland Härjedalen, *Slutrapport för utredning av mer enhetliga patientavgifter*, Dnr: RS/200/2015, 2015-11-13.

[20] Johansson N, Jakobsson N, Svensson M. *Effects of primary care cost-sharing among young adults: varying impact across income groups and gender*, The European Journal of Health Economics (2019), https://doi.org/10.1007/s10198-019-01095-6

Genom införande av enhetstaxa skapas förutsättningar för mer effektiva processer. Exempelvis skapas bättre förutsättningar för vårdgivare att införa olika former av självbetjäningsautomater som kan bidra till att frigöra tid för patientmötet. Dessutom underlättas utveckling och förvaltning av ett framtida centraliserat och automatiserat system för hantering av patientavgifter som beskrivs i hälso- och sjukvårdsförvaltningens förstudierapport *Betalningar i Vården*[21].Ett sådant system skulle innebära att hela patientavgiftshanteringen skulle samlas i en gemensam, central funktion. Det omfattar både betalningsflöden, patientavgiftsfrågor och systemförvaltning. En sådan centralisering bedöms skapa effektivare hantering utifrån samtliga perspektiv; invånarens, vårdgivarens och hälso- och sjukvårdsförvaltningens[22].

Möjligheter för vårdgivare

Vid kontakt med patientkontoren på akutsjukhusen samt Stockholms länssjukvårdsområde (SLSO) och privata vårdgivare inom regionen, har det vid flera tillfällen framkommit att hanteringen av vårdkontaktsregistreringar och tolkning av regelverk innebär en omfattande och resurskrävande administrativ börda för vårdgivarna. Genom ett förenklat regelverk minskar administrationen och tid kan frigöras åt patientkontakter och andrakvalitativa arbetsuppgifter. Vidare underlättas arbetsväxling mellan yrkeskategorier då inga patientavgiftsjusteringar behöver göras i efterhand, vid exempelvis övertagande av handläggning från en yrkespersonal till en annan.

Möjligheter för patient

Enhetstaxa har även flera fördelar för patienter. Ett svårtolkat regelverk innehållandes olika avgiftsnivåer kan vara svårt att hålla reda på för exempelvis multisjuka eller kroniker som träffar flera olika typer av vårdgivare och yrkeskategorier. Då vårdgivarnas administration underlättas kan en enhetstaxa även bidra till mer tid för de patienter som behöver extra stöd. Mer enhetliga och tydliga avgifter kan även underlätta för patienter från andra länder som har rätt till offentligt finansierad vård i Sverige att förstå avgifterna och tillhörande regelverk.

Möjligheter för hälso- och sjukvårdsförvaltningen

För hälso- och sjukvårdsförvaltningen skulle en enhetstaxa kunna bidra till att regler och avgifter kan förmedlas tydligare. Vissa typer av gränsdragningsproblem som påverkar avgiftens storlek skulle kunna undvikas. Med en förändrad struktur av avgiftshanteringen till enhetstaxa kan information till vårdgivare och invånare, exempelvis via 1177 och Vårdgivarguiden, både förmedlas och förvaltas enklare.

4.2.1 Erfarenheter från Region Värmland

Region Värmland var den första regionen att 2012 införa enhetstaxa och ett automatiserat system för hantering av patientavgifter. Erfarenheterna av dessa förändringar har sedan införandet varit goda. I samband med enhetstaxan och den automatiserade avgiftshanteringen infördes även möjlighet till självincheckning i samband med besök inom öppen vården.

Arbetet drevs som ett projekt, vid namn ”ABBA” som står för ”anmäla besök och betala avgift”. Parallellt pågick en generell översyn av fakturering och elektronisk hantering av högkostnadsskyddet. En utmaning för projektet var att regionen använde olika IT system och inte hade någon

[21] HSN 2018-1753

[22] Frågan om en centraliserad avgiftshantering har även behandlats i programdirektivet *Framtidens betalningar i vården* från 2014. I samband med detta programdirektiv beslutades att föra över ansvaret för administration av betalning och högkostnadsskydd från vårdgivarna till Stockholms läns landsting och skapa en central funktion för hanteringen av patientavgifter. Beslutet om centralisering genomfördes inte. (Dnr DS 9912-0722, LS 0303-1351, HSN 9805-0436, HSF/HMS 1305)

sammanhållen information för högkostnadsskyddet. Projektet tog höjd för detta och beräkningar gjordes brutto utan högkostnadsskyddets kostnadseffekter.

Erfarenheterna av projektet samt införandet av enhetstaxa var positiva. Efter införandet av enhetstaxa, en central månadsfakturering, förenklad digital hantering av högkostnadsskydd och frikort samt självbetjäningssystem med terminaler för ankomstanmälan, minskade den totala kostnaden för anmälan och betalning med 25 procent.

Andra effekter, som Värmland framfört i en uppföljande rapport[23] efter genomförandet av ABBA projektet, var bland annat en lugnare och bättre miljö både för patienter och personal vid receptionerna samt mer frigjord tid för andra värdeskapande arbetsuppgifter.

5 Olika modeller för enhetstaxa

Totalt har utredningen identifierat fyra olika typer av enhetstaxemodeller i landets regioner. Samtliga av dessa modeller har övervägts, varav två har studerats närmare av utredningen. För att belysa hur dessa enhetstaxemodeller kan väntas slå mot olika socioekonomiska grupper, har besöksdata delats in utifrån mosaic-grupper. Mosaic är en sammanvägning av olika faktorer som till exempel ålder, kön, inkomst, familjesituation, boendeform och utbildningsnivå, för individer som bor inom ett geografiskt område. Med hjälp av dessa faktorer har länets invånare delats in i tre olika grupper beroende på folkbokföringsadress. Mocaic-grupper baseras således inte få individdata utan beskriver i stället ett genomsnitt av invånarna som är bosatta inom ett givet område.

Utifrån denna indelning representerar resurssvaga och resursstarka 30 procent vardera av länets invånare. Sett till vårdkonsumtionen svarar resurssvaga för 35 procent av det totala antalet vårdkontakter inom regionen, medan resursstarka svarar för 27 procent av vårdkontakterna. Sett till den aggregerade vårdkonsumtionen gör patienter bosatta i resurssvaga områden en större andel (62 procent) av sina vårdkontakter inom primärvård jämfört med patienter bosatta i områden med högre socioekonomisk standard (59 procent). Motsatsvis gör patienter bosatta i resursstarka områden en större andel (24 procent) av sina vårdkontakter inom den akutsomatiska vården jämfört med patienter från resurssvaga områden (20 procent). Detta förhållande är av betydelse för hur olika socioekonomiska grupper kan komma att påverkas av olika avgiftsförändringar som olika enhetstaxemodeller skulle medföra.

I de ekonomiska konsekvensanalyser som redovisas har hänsyn tagits till förslagen om att ta bort, avgiftsbefrielsen och avgiftsreduktionen för första läkarbesök på geriatrisk mottagning och specialistmottagning efter remiss från husläkare, tilläggsavgiften för hembesök av läkare och avgiften för röntgen, fysiologi och neurofyslab samt viss endoskopi.[24]

Då uppgifter från 2020 inte bedöms ge en representativ bild på grund av den globala pandemin, grundas samtliga beräkningarna i detta avsnitt på besöksstatistik från 2019.

[23] Region Värmland, (2013). ”En uppsats kring ett projekt genomfört i Landstinget i Värmland nominerat för Götapriset”.

[24] Se vidare hälso- och sjukvårdsförvaltningens promemoria *Utredning om förenkling av Regelverk för patientavgifter – Särregler och undantag* (HSN 2021–0280)

5.1 Ren hetstaxa - Samma avgift för alla vårdkontakter

Den renaste formen av enhetstaxa innebär att samma avgiftsnivå gäller oavsett om vårdkontakten avser primärvård, specialistvård eller besök på akutsjukhusens akutmottagningar och oavsett vilken yrkeskategori som ansvarar för vårdkontakten. För närvarande tillämpar Region Östergötland, Jönköping. Kalmar, Värmland, Gävleborg och Västerbotten en sådan modell.

Vid jämförelser med andra regioner bör det beaktas att Region Stockholm i många avseenden skiljer sig från dessa regioner. De geografiska förutsättningarna och närheten till länets akutmottagningar bedöms innebära ett ökat behov av att på olika sätt motverka onödiga besök hos akutsjukhusens akutmottagningar. En märkbart högre avgift för besök på akutsjukhusens akutmottagningar jämfört med vårdkontakter på närakut och husläkarmottagning skulle kunna ha en sådan effekt. Utredningen har därför valt att inte närmare utreda förutsättningarna för och konsekvenserna av en ren enhetstaxa med enbart en avgiftsnivå för alla vårdkontakter.

5.2 Enhetstaxa inom primärvården

En annan variant av mer enhetliga avgifter, som inte kommer att studeras närmare inom ramen för denna utredning, är den som används i Region Skåne, Örebro och Gotland. Denna avgiftsmodell innebär att en enhetstaxa tillämpas inom primärvården oavsett vilken yrkeskategori som ansvarar för vårdkontakten. Denna avgiftsnivå tillämpas även på specialistmottagning när annan yrkeskategori än läkare ansvarar för vårdkontakten. För läkarbesök på specialistmottagning gäller en högre patientavgift och för besök på akutmottagning tillämpas en tredje avgiftsnivå.

I Region Stockholm skulle en sådan avgiftsmodell innebära en förenkling inom primärvården jämfört med nuvarande avgiftsmodell. För specialistvården skulle situationen däremot vara oförändrad. Många av de gränsdragningsproblem som utredningen uppmärksammat skulle kvarstå. Med hänsyn till syftet med föreliggande utredning – att förenkla regelverket, minska de administrativa kostnaderna och bredda väg för ett centraliserat och automatiserat patientavgiftssystem – ser utredningen begränsade fördelar med en sådan avgiftsmodell.

5.3 Enhetstaxa med högre avgift på akuten

För att så långt som möjligt dra nytta av enhetstaxans administrativa möjligheter och samtidigt beakta behovet att motverka onödiga besök på länets akutmottagningar, har utredningen valt att se närmare på en enhetstaxemodell med enhetlig avgift för vårdkontakter inom primärvård och specialistvård men högre avgift för besök på akutsjukhusens akutmottagningar.

För att den högre avgiften för akutmottagningarna ska få avsedd effekt bör skillnaden i avgiftsnivå vara märkbar. Samtidigt bör beaktas att högre avgifter leder till att patienter snabbare uppnår frikort. Avgiftens styrande och konsumtionsdämpande effekt upphör därmed. Vid analys av olika enhetstaxemodeller har utredningen utgått från oförändrade avgiftsnivåer för besök på akutsjukhusens akutmottagningar.

Modell för enhetstaxa med högre avgift på akutsjukhusens akutmottagningar

Vårdkontakter inom primärvård och specialistvård * (inklusive förskrivning av inkontinenshjälpmedel)	X kr
Besök på akutsjukhusens akutmottagningar för personer 18-84 år	400 kr
Besök på akutsjukhusens akutmottagningar för barn under 18 år	120 kr

* Avser såväl fysiska mottagningsbesök som avgiftsbelagda distanskontakter.

Som framgår av tabell 2 skulle en enhetstaxa på 200 kronor generera kostnader i termer av minskade avgiftsintäkter. Med enhetstaxa på 250 eller 300 kronor skulle avgiftsintäkterna i stället öka med 2,8 respektive 21,8 procent jämfört med nuvarande avgiftsnivåer. Om frikortseffekten[25] antas uppgå till 35 procent beräknas intäktsökningen begränsas till 1,8 respektive 14,2 procent.

Tabell 2: Jämförelse mellan avgiftsintäkter med nuvarande avgiftsmodell och enhetstaxa med högre avgift på akutsjukhusens akutmottagning vid olika avgiftsnivåer. Baserat på besöksstatistik från 2019.

Avgiftsmodell	Avgiftsintäkter	Procentuell förändring	Procentuell förändring inkl. frikortseffekt
Nuläge Differentierade avgifter	1 083 708 760 kr	-	-
Enhetstaxa*			
Avgiftsnivå: 200 kr	907 103 960 kr	-16,3%	-10,6%
Avgiftsnivå: 250 kr	1 113 934 910 kr	2,8%	1,8%
Avgiftsnivå: 300 kr	1 320 454 810 kr	21,8%	14,2%

* Beräkningarna grundas på att avgiftsbefrielsen och avgiftsreduktionen för första läkarbesök på geriatrisk mottagning och specialistmottagning efter remiss från husläkare tas bort, liksom avgiften för medicinsk service och tilläggsavgiften för hembesök av läkare. Avgiftsnivå på akutsjukhusens akutmottagningar kvarstår på 400 kronor för vuxna och 120 kronor för barn.
Källa: VAL-databasen

Med en enhetstaxa på 300 kronor kommer patienter uppnå frikortsgränsen efter fyra vårdkontakter. Om någon av dessa vårdkontakter utgör besök på något av akutsjukhusens akutmottagningar uppnås frikort redan efter tre vårdkontakter. Med en enhetstaxa på 250 kronor uppnås frikortsgränsen något senare. Samtidigt beräknas värdet av det totala avgiftsintäkterna i regionen förbli så gott som oförändrade. Mot denna bakgrund har de fortsatta analyserna av denna enhetstaxemodell utgått från en enhetstaxenivå på 250 kronor.

Denna avgiftsförändring kommer att leda till en viss omfördelning av avgiftsintäkterna mellan olika vårdgrenar. I jämförelse med nuvarande avgiftsmodell beräknas en enhetstaxa på 250 kronor leda till minskade avgiftsintäkter inom den akutsomatiska vården med drygt elva procent, medan avgiftsintäkterna inom primärvård beräknas öka med 23 procent om hänsyn tas till högkostnadsskyddets dämpande effekt. Även inom geriatrik och psykiatri beräknas avgiftsintäkterna öka.

[25] Frikortseffekten innebär att en del av avgiftsförändringen kommer att utebli på grund av att fler eller färre patienter uppnår högkostnadsskyddet i och med avgiftsförändringen.

Tabell 3: Förändrade avgiftsintäkter per vårdgren vid enhetstaxemodell med högre avgift för akutsjukhusens akutmottagningar i jämförelse med nuvarande avgiftsnivåer. Baserat på besöksstatistik från 2019.

Vårdgren	Förändring i kr*	Procentuell förändring	Procentuell förändring inkl. frikortseffekt
Akutsomatisk Vård	-83 144 700	-17,6%	-11,4%
Geriatrik	498 600	30,9%	20,1%
Primärvård	170 245 400	35,5%	23,0%
Psykiatri	13 160 850	23,9%	15,5%
Tandvård	-262 925	-35,3%	-23,0%
Övrig sjukvård	-69 478 575	-96,5%	-62,7%

* Beräkningarna grundas på en enhetstaxa på 250 kronor för vårdkontakter inom primär- och specialistvård, samt avgift 400 kronor för vuxna och 120 kronor för barn på akutsjukhusens akutmottagningar.
Källa: VAL-databasen

Totalt sett kommer patienter således att få betala mer för vårdkontakter inom primärvård, geriatrik och psykiatri, medan avgifterna inom akutsomatisk och övrig sjukvård minskar. Den stora minskningen i avgiftsintäkterna inom övrig sjukvård kan hänföras till att avgifterna för medicinsk service föreslås tas bort.

5.3.1 Påverkan för patienter med olika vårdbehov

En enhetstaxa för vårdkontakter inom primär- och specialistvård på 250 kronor innebär att avgiften för sjukvårdande behandling och läkarbesök inom primärvård höjs, medan avgifterna för läkarbesök på specialistmottagning sänks. Hur enskilda patienter skulle påverkas av en sådan avgiftsförändring varierar beroende på besöksmönster och föreliggande vårdbehov.

I tabell 4 presenteras några räkneexempel för hur olika typpatienter[26] skulle påverkas om denna enhetstaxemodell införs.

[26] Dessa typpatienter har hämtats från en jämförelse som Region Jämtland Härjedalen använde för att belysa hur införandet av enhetstaxa inom öppen vård skulle påverka enskilda patienter med hänsyn till föreliggande vårdbehov. Se Region Jämtland Härjedalen, (2015). ”*Översyn mer enhetliga patientavgifter – Rapport* 1”, Dnr: RS/200/2015, *Ekonomistaben*. Östersund, Sverige.

Tabell 4: Jämförelse mellan nuvarande avgiftsnivåer och enhetstaxemodell med högre avgift för akutsjukhusens akutmottagningar för olika patienttyper.

Typpatient/Vårdbehov	Nuvarande avgiftsmodell	Enhetstaxa
Patient A, Kronisk sjukdom (diabetes eller bensår) • 3 läkarbesök, primärvård • 1 läkarbesök, specialistvård • 5 sjuksköterskebesök, primärvård • 1 sjuksköterskebesök, specialistvård **Summa patientavgifter:**	 3x200 kr 1x400 kr 5x100 kr 1x100 kr **1 600 kr** (Frikort vid 1150 kr)	 3x250 kr 1x250 kr 5x250 kr 1x250 kr **2 500 kr** (Frikort vid 1150 kr)
Patient B, Lindrig kronisk sjukdom (astma eller KOL) • 2 läkarbesök, primärvård • 1 läkarbesök, specialistvård • 3 sjuksköterskebesök, primärvård **Summa patientavgifter:**	 2x200 kr 1x400 kr 3x100 kr **1 100 kr** (Frikort vid 1150 kr)	 2x250 kr 1x400 kr 3x250 kr **1 900 kr** (Frikort vid 1150 kr)
Patient C, Benbrott (utan operation) • 1 besök på akutmottagning, • 2 besök hos fysioterapeut, primärvård • 1 läkarbesök, specialistvård **Summa patientavgifter:**	 1x400 kr 2x200 kr 1x400 kr **1 200 kr** (Frikort vid 1150 kr)	 1x400 kr 2x250 kr 1x250 kr **1 150 kr** (Frikort vid 1150 kr)
Patient D, olyckskorp som gör sig illa ofta • 3 besök på akutmottagning • 1 läkarbesök, primärvård **Summa patientavgifter:**	 3x400 kr 1x200 kr **1 400 kr** (Frikort vid 1150 kr)	 3x400 kr 1x250 kr **1 450 kr** (Frikort vid 1150 kr)

Räkneexemplet visar att dessa typpatienter inte nödvändigtvis kommer att påverkas nämnvärt av förslaget om enhetstaxa. Tre av patienterna uppnår frikort med båda avgiftsmodellerna. Den fjärde patienten (patient B) får betala 50 kronor mer vid enhetstaxemodellen och uppnår i och med detta frikort. Eftersom summan av patientavgifter är högre för enhetstaxemodellen än för nuvarande avgiftsmodell, är det rimligt att anta att frikortsnivån kommer att uppnås snabbare och att debiterade patientavgifter därmed skulle koncentreras till en kortare tidsperiod.

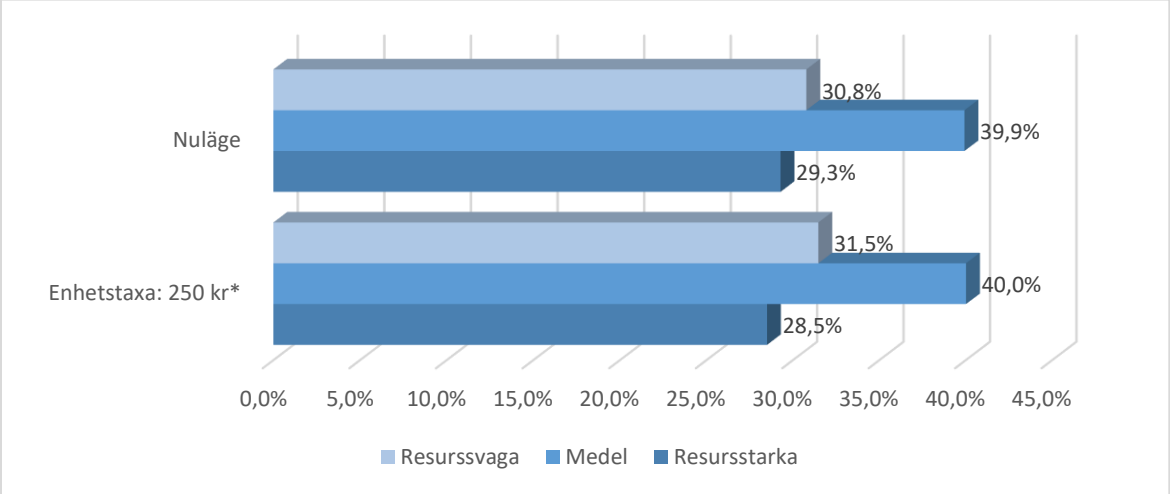
I övrigt indikerar räkneexemplen att patienter med stort vårdbehov sannolikt inte skulle påverkas i särskilt stor utsträckning av denna avgiftsförändring. Den grupp som framförallt kan väntas drabbas av denna enhetstaxa är så kallade sällangångsbesökare för vilka patientavgiften utgör en ekonomisk begränsning att söka vård. Med högre patientavgifter blir denna ”tröskel” högre, vilket skulle kunna öka risken för att nödvändig vård uteblir eller förskjuts till senare tillfälle.

5.3.2 Påverkan för olika socioekonomiska grupper

Som framgår av inledningen till detta kapitel gör patienter bosatta i resurssvaga områden en större andel av sina vårdkontakter inom primärvård än personer bosatta i områden med högre socioekonomisk standard. En enhetstaxa på 250 kronor inom primär- och specialistvård kan därför väntas drabba resurssvaga patienter med högre avgifter i större utsträckning, medan resursstarka patienter drar större fördel av avgiftssänkningen för läkarbesök inom specialistvården.

Av diagram 1 framgår att de resurssvagas andel av de totala avgiftsintäkterna kommer att öka med 0,8 procentenheter, medan de resursstarkas andel beräknas minska med 0,8 procentenheter om en enhetstaxa på 250 kronor införs.

Diagram 1: Andel av avgiftsintäkterna fördelat på mosaic-grupp. Nuläge jämfört med enhetstaxa. Baserat på besöksstatistik från 2019.



*Beräkningen grundas på antagandet att 35 procent av avgiftsförändringen uteblir på grund av frikortseffekten.
Källa: VAL-databasen

Jämfört med nuvarande avgiftsnivåer beräknas personer boende i resurssvaga områden totalt sett få betala 4,2 procent mer i patientavgifter om en enhetstaxa på 250 kronor införs, medan avgiftsintäkterna från patienter bosatta i resursstarka beräknas minska med 0,8 procent. Observera att dessa förändringar inte representerar hur enskilda individer kommer att påverkas av enhetstaxan.

5.4 Enhetstaxa per vårdnivå

Ett annat alternativ är att införa en enhetstaxa inom primärvården och en annan enhetstaxa för vårdkontakter inom specialistvården. En sådan modell tillämpas i Region Uppsala, Sörmland och Västmanland. Patienten betalar då samma avgift *inom* en vårdnivå oavsett vilken yrkeskategori som ansvarar för vårdkontakten. Däremot kvarstår avgiftsdifferentieringen *mellan* primärvård och specialistvård.

Konsekvensanalysen avseende denna enhetstaxemodell baseras på att nuvarande patientavgifter för besök på akutsjukhusens akutmottagningar förblir oförändrade. Eftersom avgiften för förskrivning av inkontinenshjälpmedel inte kan härledas till en specifik vårdgren, har utredningen inte heller räknat med någon förändring av denna avgiftsnivå.

Modell för enhetstaxa per vårdnivå

Vårdkontakter inom primärvård*	X kr
Vårdkontakter inom specialistvård*	Z kr
Besök på akutsjukhusens akutmottagningar för personer 18-84 år	400 kr
Besök på akutsjukhusens akutmottagningar för barn under 18 år	120 kr
Förskrivning av inkontinenshjälpmedel	200 kr

* Avser såväl fysiska mottagningsbesök som avgiftsbelagda distanskontakter.

Av tabell 5 framgår hur en avgiftsmodell med en enhetstaxa per vårdnivå enligt ovan beräknas påverka de totala avgiftsintäkterna i regionen vid olika avgiftsnivåer. De valda beloppen grundas att avgifterna bör uppgå till jämna 50- eller 100-tal, eftersom det underlättar kassahanteringen vid betalning med sedlar och mynt.

Tabell 5: Jämförelse mellan avgiftsintäkter med nuvarande avgiftsmodell och enhetstaxa per vårdnivå. Baserat på besöksstatistik från 2019.

Avgiftsmodell	Avgiftsintäkter	Procentuell förändring	Procentuell förändring inkl. frikortseffekt
Nuläge Differentierade avgifter	1 083 708 760 kr	-	-
Enhetstaxa per vårdnivå* (primärvård/specialistvård)			
Avgiftsnivå: 150/300 kr	951 542 835 kr	-12,2%	-9,7%
Avgiftsnivå: 200/300 kr	1 090 144 110 kr	0,6%	0,4%
Avgiftsnivå:150/350	1 028 063 410 kr	-5,1%	-3,3%
Avgiftsnivå:150/400 kr	1 088 069 735 kr	0,4%	0,3%

* Beräkningarna grundas på att avgiftsbefrielsen och avgiftsreduktionen för första läkarbesök på geriatrisk mottagning och specialistmottagning efter remiss från husläkare tas bort, liksom avgiften för medicinsk service och tilläggsavgiften för hembesök av läkare. Avgiftsnivå på akutsjukhusens akutmottagningar kvarstår på 400 kronor för vuxna och 120 kronor för barn.
Källa: VAL-databasen

I den fortsatta analysen av denna enhetstaxemodell har utredningen valt att fokusera på de kombinationer av avgiftsnivåer som enligt beräkningarna ovan inte skulle generera kostnader i termer av minskade avgiftsintäkter. Det vill säga kombination 200/300 kronor och 150/400 kronor för vårdkontakter inom primärvård/specialistvård. Med dessa enhetstaxor skulle patientavgiftsintäkterna vara i princip oförändrade jämfört med nuvarande avgiftsmodell. Däremot skulle avgiftsförändringarna innebära viss omfördelning av avgiftsintäkterna mellan olika vårdgrenar.

Tabell 6: Förändrade avgiftsintäkter per vårdgren vid enhetstaxemodell per vårdnivå* i jämförelse med nuvarande avgiftsnivåer. Baserat på besöksstatistik från 2019.

Vårdgren Primärvård/Specialistvård	Förändring i kr	Procentuell förändring	Procentuell förändring inkl. frikortseffekt
Akutsomatisk Vård			
Avgiftsnivå: 200/300 kr	195 700 kr	0%	0%
Avgiftsnivå: 150/400 kr	81 456 200 kr	17,3%	11,2%
Geriatrik			
Avgiftsnivå: 200/300 kr	605 100 kr	37,5%	24,4%
Avgiftsnivå: 150/400 kr	96 250 kr	6,0%	3,9%
Primärvård			
Avgiftsnivå: 200/300 kr	98 072 850 kr	20,4%	13,3%
Avgiftsnivå: 150/400 kr	-61 361 325 kr	-12,8%	-8,3%
Psykiatri			
Avgiftsnivå: 200/300 kr	31 305 850 kr	56,8%	36,9%
Avgiftsnivå: 150/400 kr	52 560 750 kr	95,4%	62,0%
Tandvård			
Avgiftsnivå: 200/300 kr	-140 100 kr	-18,8%	-12,2%
Avgiftsnivå: 150/400 kr	21 800 kr	2,9%	1,9%
Övrig Sjukvård			
Avgiftsnivå: 200/300 kr	-68 642 000 kr	-95,4%	-62,0%
Avgiftsnivå: 150/400 kr	68 042 000 kr	-94,5%	-61,4%

* Beräkningarna grundas på de avgiftsnivåer som framgår av tabellen, samt avgift 400 kronor för vuxna och 120 kronor för barn på akutsjukhusens akutmottagningar.
Källa: VAL-databasen

Som framgår av tabell 6 ovan skulle enhetstaxa 150 kronor för primärvård och 400 kronor för specialistvård leda till att avgiftsintäkterna för primärvården ökar, medan avgiftsintäkterna inom den akutsomatiska vården minskar. Vidare framgår att avgifterna inom psykiatrin näst intill kommer att fördubblas med denna enhetstaxemodell.

5.4.1 Påverkan för patienter med olika vårdbehov

I nedanstående tabell presenteras vad olika typpatienter skulle få betala vid en enhetstaxemodell vid olika kombinationer av avgiftsnivåer för primärvård respektive specialistvård.

Tabell 7: Jämförelse mellan olika avgiftsnivåer vid en enhetstaxemodell per vårdnivå

Typpatient/Vårdbehov	Enhetstaxa (200/300)	Enhetstaxa (150/400)
Patient A, Kronisk sjukdom (diabetes eller bensår) • 3 läkarbesök, primärvård • 1 läkarbesök, specialistvård • 5 sjuksköterskebesök, primärvård • 1 sjuksköterskebesök, specialistvård **Summa patientavgifter:** (Nuvarande avgiftsmodell: 1 600 kr)	 3x200 kr 1x300 kr 5x200 kr 1x300 kr **2 200 kr** (Frikort vid 1150 kr)	 3x150 kr 1x400 kr 5x150 kr 1x400 kr **2 000 kr** (Frikort vid 1150 kr)
Patient B, Lindrig kronisk sjukdom (astma eller KOL) • 2 läkarbesök, primärvård • 1 läkarbesök, specialistvård • 3 sjuksköterskebesök, primärvård **Summa patientavgifter:** (Nuvarande avgiftsmodell: 1 100 kr)	 2x200 kr 1x300 kr 3x200 kr **1 300 kr** (Frikort vid 1150 kr)	 2x150 kr 1x400 kr 3x150 kr **1 150 kr** (Frikort vid 1150 kr)
Patient C, Benbrott (utan operation) • 1 besök på akutmottagning, • 2 besök hos fysioterapeut, primärvård • 1 läkarbesök, specialistvård **Summa patientavgifter:** (Nuvarande avgiftsmodell: 1 200 kr)	 1x300 kr 2x200 kr 1x300 kr **1 000 kr** (Frikort vid 1150 kr)	 1x400 kr 2x150 kr 1x400 kr **1 100 kr** (Frikort vid 1150 kr)
Patient D, olyckskorp som gör sig illa ofta • 3 besök på akutmottagning • 1 läkarbesök, primärvård **Summa patientavgifter:** (Nuvarande avgiftsmodell: 1 400 kr)	 3x400 kr 1x200 kr **1 400 kr** (Frikort vid 1150 kr)	 3x400 kr 1x150 kr **1 350 kr** (Frikort vid 1150 kr)

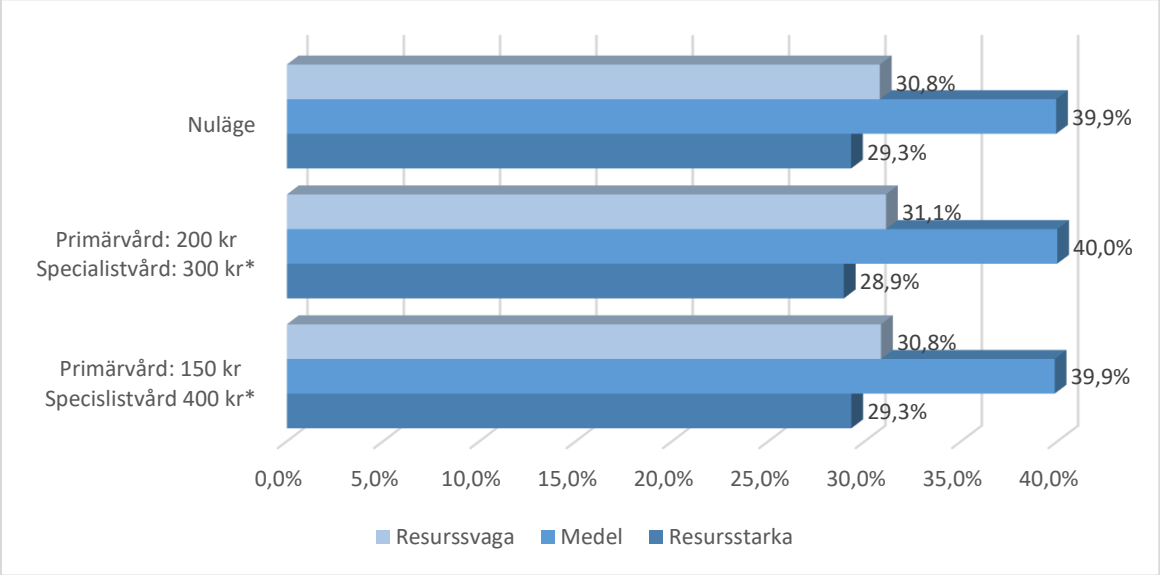
Som framgår av räkneexemplet kommer patient C att få betala något mindre med denna enhetstaxemodell jämfört med nuvarande avgiftsmodell, oavsett vilken kombination av avgiftsnivåer som tillämpas. Patienten når inte längre upp till frikort, varmed förekommande avgifter skulle kunna ha en fortsatt konsumtionsdämpande effekt. Patient B får däremot betala mer jämfört med nuvarande avgiftsmodell och uppnår frikort i båda räkneexemplen. Patient A och D uppnår frikort oavsett avgiftsmodell, men tidpunkten för detta kan eventuellt variera.

Sammanfattningsvis kan konstateras att inte heller denna enhetstaxemodell har någon större påverka på vad dessa typpatienter kommer att få betala i patientavgifter under en tolvmånadersperiod. Störst skillnad uppnås för patient C, som vid en enhetstaxa på 200/300 kronor skulle få betala 150 kronor mindre i patientavgifter jämfört med nuvarande avgiftsmodell.

5.4.2 Påverkan för olika socioekonomiska grupper

Som framgår av diagram 2 kommer fördelningen av de totala avgiftsintäkterna mellan olika mosaic-grupper att vara oförändrad vid en enhetstaxa på 150 kronor för primärvård och 400 kronor för specialistvård. Vid avgiftsnivå 200 kronor respektive 300 kronor skulle patienter boende i resurssvaga området betala en något större andel av det totala avgiftsintäkterna, medan patienter boende i resursstarka områden får betala en något mindre andel. Skillnaderna är dock marginella.

Diagram 2: Andel av avgiftsintäkterna fördelat på mosaic-grupp. Nuläge jämfört med olika nivåer på enhetstaxa per vårdnivå. Baserat på besöksstatistik 2019.



*Beräkningen grundas på antagandet att 35 procent av avgiftsförändringen uteblir på grund av frikortseffekten.
Källa: VAL-databasen

Jämfört med nuvarande avgiftsmodell beräknas patienter i resurssvaga områden totalt sett får betala 1,4 procent mer i patientavgifter vid en enhetstaxemodell med avgift 200/300 kronor för primärvård/specialistvård. För patienter bosatta i resursstarka områden beräknas de totala avgifterna i stället minska med 0,6 procent. Vid avgifts 150/400 kronor för primärvård/specialistvård beräknas avgiftsökningen i resurssvaga områden uppgå till 0,3 procent samtidigt som patienter boende i resursstarka områden totalt sett får betala 0,4 procent mer jämfört med nuvarande avgiftsmodell. Observera att dessa förändringar inte representerar hur enskilda individer kommer att påverkas av enhetstaxan.

Utifrån en samlad analys av olika kombinationer av avgiftsnivåer vid denna enhetstaxemodell, gör utredningen bedömningen att avgift 150/400 kronor har fördel framför avgift 200/300 kronor. Vid avgift 150/400 kronor kommer patienter inom primärvården totalt sett få betala något mindre, vilket kan anses ligga i linje med omställningen mot god och nära vård. De totala avgiftsintäkterna skulle i princip vara oförändrade och inte drabba resurssvaga patienter i någon större utsträckning. Däremot skulle patienter inom psykiatrin få betala med väsentligt högre avgifter enligt föreliggande beräkningar.

6 Sammanfattande slutsatser och förslag

Mer enhetliga avgifter med färre undantag och särregler kan bidra till att minska den administrativa bördan inom vården och den centrala förvaltningen. Kommunikation kring gällande avgifter underlättas och för invånarna skapas ökad tydlighet och förståelse för avgiftssystemet. Den verkligt stora effektiviseringspotentialen med ett förenklat avgiftsregelverk ligger dock i att dessa förenklingar skapar förbättrade förutsättningar för utveckling och förvaltning av den typ av automatiserad patientavgiftshantering som Region Värmland tillämpar.

En viktig förutsättning för att åstadkomma ett sådant automatiserat avgiftssystem är att avgiften kan fastställas utifrån vårdgivarnas rapportering av vårdkontakter. Om avgiftsnivån varierar mellan olika typer av vårdkontakter ökar risken för felaktig debitering. För att varje rapporterad vårdkontakt i ett differentierat patientavgiftssystem ska generera en korrekt nivå på patientavgiften, krävs att ett

flertal olika variabler och koder anges av vårdgivaren på ett korrekt sätt. Det skulle räcka med en felaktigt angiven variabel, exempelvis besökstyp, taxekod, yrkeskategori eller kombikakod, för att en felaktig avgift skulle debiteras. Detta skulle i sin tur leda till administration med manuella justeringar och återbetalningar. Vanligt förekommande feldebiteringar riskerar dessutom att urholka förtroende för systemet.

I detta avseende fyller enhetstaxan en viktig funktion, eftersom det då skulle räcka med *att* en vårdkontakt rapporteras för att systemet ska generera korrekt avgift. *Hur* vårdkontakten rapporteras blir däremot av underordnad betydelse i ett avgiftssammanhang.

Ur ett administrativt perspektiv finns det således flera skäl till att förorda en så ”ren” enhetstaxemodell som möjligt. För att så långt som möjligt kunna dra nytta av de administrativa möjligheter som enhetstaxa medför och samtidigt beakta behovet att motverka onödiga besök på akutmottagningarna, förordar utredningen en modell med enhetstaxa för primärvård och specialistvård men en högre avgift för besök på akutsjukhusens akutmottagningar. Med en sådan enhetstaxemodell minskar risken för gränsdragningsproblem och goda förutsättningar för utveckling och förvaltning av ett framtida automatiserad patientavgiftshanteringssystem skapas.

Erfarenheter och forskning visar att patientavgiften är ett trubbigt sätt att styra vården och att effekten begränsas av gällande högkostnadsskydd. Patientavgiften utgör bara en liten del av den totala styrningen av vården. Sannolikt har faktorer såsom tillgänglighet, förekommande remisskrav och ersättningsnivåer för olika typer av vårdkontakter och vårduppdrag större betydelse för styrningen av patientflödet.

Däremot framgår att redan måttliga nivåer på patientavgiften kan ha en dämpande effekt på efterfrågan. Även om en avgiftsförändring totalt sett inte påverkar vårdkonsumtionen och besöksmönstret i märkbar utsträckning kan det därför inte uteslutas att enskilda individers vårdsökande påverkas.

Exempelvis framgår av en studie från Västra Götalandsregionen att priskänsligheten varierar mellan olika socioekonomiska grupper där söktryck och efterfrågan minskar mer för låginkomsttagare vid avgiftshöjningar[27]. Med en enhetstaxemodell med avgift 250 kronor för primärvård och specialistvård kommer tröskeln för vårdsökande att bli högre för samtliga vårdkontakter med undantag för läkarbesök på specialistmottagning där avgiftsnivån i stället sänks. Räkneexempel visar att patienter med omfattande vårdbehov sannolikt inte kommer att påverkas i någon större utsträckning av denna modell med hänsyn till gällande högkostnadsskydd. Den grupp som framförallt kan väntas drabbas är ”sällangångsbesökare” inom primärvården med svag ekonomi där patientavgiften utgör en ekonomisk begränsning att söka vård.

I detta avseende skulle en enhetstaxemodell med lägre avgift för primärvård (150 kronor) och högre avgift för vårdkontakter inom specialistvård (400 kronor) kunna vara att föredra. I vilken utsträckning en avgiftssänkning på 50 kronor (jämfört med nuvarande avgift) för läkarbesök eller vårdkontakter hos paramedicinare (undantag logoped) inom primärvård skulle bidra till att ta bort tröskeln för ”sällangångsbesökare” med svag ekonomi är oklart. För övriga vårdkontakter innebär denna enhetstaxemodell att avgifterna skulle höjas.

[27] Johansson N, Jakobsson N, Svensson M. *Effects of primary care cost-sharing among young adults: varying impact across income groups and gender*, The European Journal of Health Economics (2019), https://doi.org/10.1007/s10198-019-01095-6

För sjukvårdande behandling av exempelvis sjuksköterska kommer avgifterna att fyrdubblas med en enhetstaxa på 400 kronor för vårdkontakter inom specialistvård. Som framgår av redogörelsen i avsnitt 5.4 skulle denna ökning på aggregerad nivå bli särskilt märkbar inom psykiatrin. Ur ett patientperspektiv kan den avgiftsskillnad som därmed uppstår jämfört med motsvarande vårdkontakt inom primärvården framstå som svårförståelig.

När det gäller sjukvårdande behandling som utförs av annan yrkeskategori än läkare, finns för närvarande en vana att betrakta värdet av den vård som ges, snarare än att värdesätta inom vilken vårdnivå vården utförs. Att på motsvarande sätt ha enhetliga avgifter för alla vårdkontakter oavsett yrkeskategori eller vårdnivå, skulle kunna medföra ett viktigt signalvärde. Det vill säga att det handlar om att värdesätta resursen (den yrkeskategori) som utför vården och att sända signaler om att patienten får träffa den resurs som vården anser bäst kunna möta det specifika vårdbehovet. I detta avseende kan enhetliga avgifter för alla vårdkontakter sägas utgöra en del i det prioriterade arbetet med rätt vårdnivå.

6.1 Utredningens förslag till enhetstaxemodell

Utredningens sammantagna bedömning är att övervägande skäl talar för införandet av en enhetstaxemodell med *en* enhetstaxa för alla vårdkontakter med undantag för högre avgift för besök på akutsjukhusens akutmottagningar.

Utredningen föreslår att nivån på enhetstaxan ska uppgå till 250 kronor och att avgiften för besök på akutsjukhusens akutmottagningar kvarstår på 400 kronor vuxna och 120 kronor för barn under 18 år.

Förslaget innebär att avgifterna höjs för alla typer av vårdkontakter, med undantag för läkarbesök på specialistmottagning. För patienter vars vårdbehov föranleder intensiva vårdkontakter kan denna avgiftshöjning bli särskilt kännbar då avgifterna upp till frikortsnivån koncentreras till en kortare tidsperiod. Nuvarande avgiftsregelverk ger patienter rätt att få en avbetalningsplan upprättad om kostnaderna för patientavgifter under en månad överstiger 300 kronor. Information om möjligheten till avbetalning framgår av den patientavgiftsaffisch som ska sitta uppe på varje mottagning. I vilken utsträckning denna möjlighet är känd för patienter är dock oklart. Behov av informationsinsatser för att öka kännedomen kan inte uteslutas.

Den föreslagna enhetstaxan bidrar till förenklad tolkning, tillämpning och administration av regelverket. För att uppnå den verkliga effektiviseringspotentialen i administrationen kring patientavgifter är det angeläget att fortsatta steg tas för införandet av ett centraliserat och automatiserat patientavgiftssystem som föreslås av hälso- och sjukvårdsförvaltningen i förstudierapporten *Betalningar i vården*[28].

Ett sådant centraliserat system skulle även öppna för förbättrade förutsättningar att erbjuda olika former av avbetalningslösningar för patienter som har svårt att betala debiterade patientavgifter. Som exempel kan nämnas Region Värmland, där patienter kan välja att enbart betala en viss del av det fakturerade beloppet och på så sätt upprättas en automatisk avbetalningsplan för resterande belopp utan att patienten behöver kontakta vården. Sådana lösningar skulle, vid sidan om gällande högkostnadsskydd, kunna bidra till att minska risken för att socioekonomiskt svaga patienter avstår från nödvändig vård på grund av förekommande patientavgifter.

Utredningens förslag innebär att avgiftsnivåerna förändras samtidigt som en i princip ny avgiftsstruktur införs i regionen. Det är därför angeläget att förslaget följs upp och utvärderas utifrån

[28] HSN 2018-1753

eftertraktade effekter. Utöver uppföljning av eventuellt förändrat besöksmönster eller vårdsökande bör en sådan utvärdering även beakta andra parametrar som exempelvis patienters synpunkter och erfarenheter från vårdgivare.

Ekonomiska konsekvenser

Förslaget bedöms inte medföra några direkta ekonomiska konsekvenser för vårdgivarna. Enligt gällande vårdavtal utgör patientavgiften en del av vårdgivarnas ersättning för uppdraget. Om patientavgiften förändras ska ersättningen, eller det patientavgiftsavdrag som görs från ersättningen, justeras på ett sådant sätt att leverantörens totala ersättning för de hälso- och sjukvårdstjänster som omfattas av vårdavtalet inte påverkas.

Beräkningarna av de ekonomiska konsekvenserna baseras på att avgiftsbefrielsen och avgiftsreduktionen för första läkarbesök på geriatrisk mottagning och specialistmottagning efter remiss från husläkare, tilläggsavgiften för hembesök och avgiften för röntgen, fysiologi och neurofyslab samt viss endoskopi tas bort i enlighet med utredningens förslag i promemorian *Utredning om förenkling av Regelverk för patientavgifter – Särregler och undantag*[29]*.* Dessa beräkningar indikerar att de föreslagna förändringarna i princip inte kommer att påverka de totala patientavgiftsintäkterna för vårdkontakter inom öppen vård. Däremot kommer det att ske en förskjutning av avgiftsintäkterna från den specialiserade vården till primärvården. Inom den akutsomatiska vården bedöms avgiftsintäkterna minska med drygt 11 procent, medan intäkterna bedöms öka med 23 respektive 15,5 procent inom primärvården och den psykiatriska vården.

Administrativa konsekvenser

Mer enhetliga avgifter med färre undantag och särregler kan bidra till att underlätta administrationen för såväl vårdgivare som den centrala förvaltningen. Tolkning och tillämpning av regelverket underlättas och flera uppmärksammade gränsdragningsproblem undanröjs. Information och kommunikation kring gällande avgifter underlättas och för invånarna skapas ökad tydlighet och förståelse för avgiftssystemet.

Den verkligt stora effektiviseringspotentialen med ett förenklat avgiftsregelverk ligger dock i att detta bidrar till att skapar förbättrade förutsättningar för utveckling, implementering och förvaltning av ett framtida centraliserat och automatiserat patientavgiftssystem. Med ett sådant system flyttas ansvaret för stora delar av avgiftshanteringen från vårdgivarna till den centrala förvaltningen, vilket väsentligt skulle minska den administrativa bördan för vårdgivare inom Region Stockholm.

Konsekvenser för patientsäkerhet

Förekommande patientavgifter innebär alltid viss risk för att patienter avstår från att söka nödvändig vård på grund av ekonomiska skäl. För vårdkontakter som i och med den föreslagna enhetstaxan kommer att debiteras en högre patientavgift kan denna risk således väntas öka. Högkostnadsskyddet i öppen vård och möjligheten till avbetalning av debiterade patientavgifter syftar till att minska denna risk.

[29] HSN 2021–0280

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård

Ur ett avgiftsperspektiv kan föreliggande förslag om enhetstaxa och förenklat regelverk leda till att patienter behandlas mer jämlikt, genom att förekommande tolknings- och gränsdragningsproblem undanröjs.

När det gäller patienter med omfattande vårdbehov, exempelvis patienter med kroniska sjukdomar, visar räkneexempel att dessa patienter inte kommer att påverkas i någon större utsträckning av förslaget om enhetstaxa. Majoriteten av dessa patienter når upp till högkostnadsskyddet oavsett vilken avgiftsmodell som tillämpas. Den föreslagna enhetstaxan kan däremot bidra till att dessa patienter når upp till frikortsnivån snabbare och att debiterade patientavgifter koncentreras till en kortare tidsperiod.

Analyser har visat att patienter i socioekonomiskt svaga områden tenderar att påverkas av avgiftsförändringar i större utsträckning än patienter i mer resursstarka områden. Högkostnadsskyddet inom öppen vård syftar till att säkerställa den socioekonomiska aspekten för jämlik vård och minska risken för att patienter avstår från vårdsökande på grund av ekonomiska skäl.

Den föreslagna enhetstaxan innebär att avgifterna för sjukvårdande behandling samt läkarbesök inom primärvård höjs, medan avgifterna för läkarbesök på specialistmottagning sänks. Hur enskilda patientgrupper påverkas av dessa avgiftsförändringar kommer att variera beroende på besöksmönster och föreliggande vårdbehov.

För att minska risken för att patienter avstår från att söka vård på grund av höjda patientavgifter, rekommenderas att åtgärder vidtas för att öka kännedomen om möjligheten för patienter att få en avbetalningsplan upprättad om debiterade patientavgifter under en månad överstiger 300 kronor.

Konsekvenser för miljön

Förslaget bedöms medföra oförändrade konsekvenser för miljön.

Region Stockholm

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Styrning och stöd
Josefin Chau

PM
2020-05-04

Diarienummer
HSN 2021-0280

Utredning om förenkling av Regelverk för patientavgifter
- Särregler och undantag

Innehåll

1 Bakgrund 5
1.1 Syfte och målsättning 5
1.2 Avgränsningar 5
1.2.1 Definition av särregel, undantag och ”vanlig” patientavgift 6
1.3 De legala ramarna för debitering av patientavgift 7
1.4 Utgångspunkt för bedömning av gällande undantag och särregler 7
2 Öppen vård – Nuläge och förslag till förändringar 7
2.1 Undantag och särregler som följer av lag eller förordning 8
2.1.1 Anhållna, häktade, intagna på kriminalvårdsanstalt samt totalförsvarspliktig 8
2.1.2 Avstämningsmöte 8
2.1.3 Besök hos rehabiliteringskoordinator 8
2.1.4 Förnyad bedömning enligt vårdgarantin 8
2.1.5 Gynekologisk screening 9
2.1.6 Mammografiscreening 9
2.1.7 Patient med frikort 9
2.1.8 Personer 85 år eller äldre 9
2.1.9 Rådgivning om preventivmedel eller abort 9
2.1.10 Rådgivning och stöd till personer som omfattas av LSS 9
2.1.11 Smittskyddsvård (inkl. MRSA-mottagningar) 9
2.2 Övriga undantag som föreslås fortsatt gälla i det nya regelverket 9
2.2.1 Abort 10
2.2.2 Barnhälsovård och mödrahälsovård 12
2.2.3 Barn och ungdom under 18 år 12
2.2.4 Flera besök samma dag 13
2.2.5 Forskningspatient 15
2.2.6 Habiliteringsmottagning 16
2.2.7 Mottagning för våldtagna 17
2.2.8 Rättspsykiatrin i Huddinge 17
2.2.9 Screening för bukaortaaneurysm 18
2.2.10 Smittade av Hepatit-C i vården 19
2.2.11 Smittade av HIV i vården 19
2.2.12 Sprutbytesmottagning 20
2.2.13 Strålskadade i vården 21
2.2.14 Telefonkontakt 21

2.2.15 Tvångsvård ... 22
2.2.16 Öppenvårdsmottagning för hemlösa ... 23
2.3 Särregler och undantag som föreslås revideras ... 24
2.3.1 Direkthänvisning ... 24
2.3.2 Viss psykiatri ... 26
2.4 Undantag som bör utredas närmare vid införandet av ett automatiserat avgiftssystem ... 28
2.4.1 Hembesök av jourläkare – jourläkarbil ... 28
2.4.2 Hemrehabilitering ... 28
2.4.3 Hemsjukvård ... 30
2.4.4 Särskilt boende ... 34
2.5 Undantag och särregler som föreslås tas bort ... 35
2.5.1 30-minutersregeln ... 35
2.5.2 Första besök hos geriatriker efter remiss från husläkare ... 37
2.5.3 Första besök hos läkare vid specialistmottagning efter remiss från husläkare ... 37
2.5.4 LSS personkrets 3 ... 39
2.5.5 Mottagning för tortyrskadade ... 41
2.5.6 Tilläggsavgift vid hembesök av läkare ... 43
2.6 Undantag som inte framgår av regelverket och som föreslås skrivas in ... 44
2.6.1 Vårdhändelser utan patientkontakt ... 44
2.6.2 Skriftlig distanskontakt ... 46
2.6.3 Ungdomsmottagning ... 47
2.7 Avgifter som avviker från huvudregeln ... 48
2.7.1 Förskrivning av inkontinenshjälpmedel ... 48
2.7.2 Röntgen, fysiologi och neurofyslab samt viss endoskopi ... 49
2.8 Regler av förtydligande karaktär ... 53
2.8.1 Anhörigsamtal ... 53
2.8.2 Delegerad vård ... 54
2.8.3 Gruppbehandling ... 54
2.8.4 Provtagning på laboratoriemottagning ... 54
2.8.5 Pre-operativt besök ... 55
2.8.6 Teambesök ... 55
2.8.7 Öppen vård som övergår i sluten vård ... 56
2.8.8 Öppen vård under pågående sluten vård ... 56
3 Sluten vård – Nuläge och förslag till förändringar ... 57
3.1 Undantag som föreslås fortsatt gälla i det nya regelverket ... 57
3.1.1 Barn och ungdom under 18 år ... 57

3.1.2 Psykiatrisk tvångsvård 58
3.1.3 Permission 58
3.1.4 Smittade av HIV i vården 59
3.2 Undantag och särregler som föreslås tas bort 59
3.2.1 Anhållna, häktade, intagna på kriminalvårdsanstalt samt totalförsvarspliktig 59
3.2.2 Patient under 40 år med hel aktivitets- eller sjukersättning 61
3.3 Regler av förtydligande karaktär 62
3.3.1 Tvångsvård enligt LVM 62
3.3.2 Utskrivningsklara patienter 62
4 Sammanfattning och frågor för fortsatt beredning 63
4.1 Sammanfattning över förslag om särregler och undantag i nya regelverket 63
4.2 Beslutsordning för avgifter i vissa pilotprojekt 66
4.3 Patientavgifter för distanskontakter 67

1 Bakgrund

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har fått i uppdrag att se över hur regelverket för patientavgifter kan förenklas. Mer enhetliga avgifter samt färre undantag och särregler ska enligt uppdraget eftersträvas för att underlätta administration och tillämpning av reglerna.[1]

Nuvarande regelverk upplevs av många vårdgivare som svårtolkat och administrativt betungande. Befintliga undantag och särregler i regelverket komplicerar administrationen och tillämpningen. För att kunna debitera korrekt avgift ställs krav på god kunskap och kännedom om gällande regler. Ju fler undantag som regelverket innehåller desto större krav ställs på den som ska tillämpa regelverket.

I förstudien *Betalningar i vården* som hälso- och sjukvårdsförvaltningen genomförde 2018, lämnar förvaltningen förslag på en strategi för utveckling av patientavgifter som innebär att ansvaret för hantering av patientavgifter centraliseras och automatiseras samt att nya digitala betalningssätt utvecklas. Med ett sådant automatiserat system skulle ansvaret för hanteringen föras över från privata och regiondrivna vårdgivare till den centrala administrationen i regionen. Ett sådant system väntas leda till effektivare patientavgiftshantering och minskad administrativ börda för vårdgivarna.

För att åstadkomma detta konstateras att patientavgiften måste kunna fastställas automatiskt utifrån vårdgivarnas rapportering av vårdkontakter. Detta förutsätter att de regler och kodverk som ligger till grund för beräkningen av avgiften förenklas. Många undantag och särregler försvårar således inte bara befintlig administration, utan kan även väntas försvåra utveckling, införande och förvaltning av ett centraliserat och automatiserat patientavgiftssystem.

1.1 Syfte och målsättning

Syftet med detta uppdrag är att:

- förenkla tolkning och tillämpning och göra regelverket för patientavgifter mer lättförståeligt för såväl vårdgivare som patienter.
- att minska de administrativa kostnaderna som hantering, tolkning och tillämpning av avgiftsregelverket medför för såväl vårdgivare som den centrala förvaltningen.
- bredda väg för införande av moderna betalningar i vården med ett centraliserat och automatiserat system för hantering av patientavgiften.

I denna promemoria redovisas förslag som syftar till att minska antalet undantag och särregler. Utredning och förslag gällande mer enhetliga patientavgifter redovisas i promemorian *Utredning om förenkling av Regelverk för patientavgifter - Enhetstaxa*[2].

1.2 Avgränsningar

I föreliggande promemoria behandlas regler och undantag inom öppen och sluten vård som följer av *Regelverk för patientavgifter*[3]. Uteblivandeavgift[4] och administrativa avgifter som följer av detta regelverk samt gällande regelverk för intyg, vaccinationer och hälsoundersökningar, kommer däremot inte att behandlas inom ramen för detta uppdrag. Utredningen kommer inte heller att beröra de avgifter och undantag som gäller för tandvård som enligt tandvårdslagen ska ges till öppenvårdsavgift.

[1] RS 2019-0829
[2] HSN 2021-0280
[3] HSN 2020-1284
[4] Ny uteblivandeavgift infördes 1 september 2020. I samband med det reviderades tillhörande regelverk.

Regelverket för patientavgifter gäller för personer som:

- är folkbokförda Sverige,
- har rätt till vård enligt förordning (EG) 883/2004 eller samarbetsavtal mellan EU och Förenade konungariket Storbritannien och Nordirland,
- har rätt till vård enligt sjukvårdkonvention som Sverige ingått med annat land, samt
- utlandssvenskar som är bosatta i land utanför EU/EES med vilket Sverige saknar sjukvårdskonvention.

Under vilka förutsättningar personer från andra länder har rätt till subventionerad vård i Region Stockholm framgår av regelverket *Personer från andra länder - regler och rättigheter*[5].

Administrationen kring vård av de patientkategorier som omfattas av nämnda regelverk upplevs som krångligt och tidskrävande. Detta regelverk genererar störst antal frågor till hälso- och sjukvårdsförvaltningens funktion för patientavgiftsfrågor. Eftersom reglerna huvudsakligen baseras på direktiv, förordningar och sjukvårdskonventioner som svenska staten ingått med andra länder, kan regionfullmäktige inte besluta om förändringar i dessa regelverk. Dessa regelverk omfattas därför inte av föreliggande förenklingsuppdrag.

Utöver nämnda regelverk för folkbokförda och personer bosatta i andra länder finns särskilda regelverk för asylsökande och personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. Patientavgifterna för dessa patientkategorier regleras av särskilda lagar och förordningar och kommer inte heller att behandlas i denna utredning.

Den pågående utvecklingen av digitala vårdtjänster påverkar formerna för att erbjuda och genomföra vård. Ambitionen inom regionen är att vården ska vara digifysisk vilket har bidragit till att luckra upp såväl vårdstruktur som formerna för patientavgifter. För att säkerställa en god tillgänglighet i vården har en inriktning antagits som syftar till att all vård som beställs ska vara kanalneutral. Med detta avses att det centrala är, att syftet med en vårdkontakt uppnås, inte huruvida den är fysisk eller digital. Arbetet för att realisera detta har påbörjats och förändringar sker successivt i samband med revideringar av avtal. I samband med detta arbete kan även formerna för patientavgifter komma att påverkas. När tiden är mogen kan frågan om avgifter för digitala vårdtjänster behöva ses över i särskild ordning. Denna fråga har därför inte studerats närmare inom ramen för denna utredning.

1.2.1 Definition av särregel, undantag och ”vanlig” patientavgift

Med patientavgifter avses i denna promemoria avgifter som patienten betalar i enlighet med *Regelverk för patientavgifter*[6] inom öppen och sluten vård. För att definiera vad som avses med undantag och särregler i denna utredning, är det nödvändigt att klargöra vad som utgör en ”vanlig” patientavgift.

I denna promemoria används begreppet ”vanlig” patientavgift för att definiera den avgift som gäller för en given åldersgrupp, utan närmare avgränsning eller precisering.

Med undantag avses situationer där avgift inte ska tas ut för en i förhand definierad patientkategori eller vårdmottagning samt då avgiftsbefrielse gäller för viss typ av vård, behandling och undersökning.

[5] HSN 2020-1284
[6] HSN 2020-1284

En särregel kan till skillnad mot ett undantag omfatta alla typer av patientkategorier och mottagningar. Med särregel avses då en patient på grund av att vissa omständigheter, inte ska debiteras någon avgift alternativ ska debiteras ett lägre belopp än ”vanlig” patientavgift.[7]

1.3 De legala ramarna för debitering av patientavgift

Av 2 kap. 5 § kommunallagen (2017:725) följer att kommuner och regioner får ta ut avgifter för tjänster och nyttigheter som de tillhandahåller. För tjänster eller nyttigheter som de är skyldiga att tillhandahålla får avgifter endast tas ut om det följer av lag eller annan författning. Grundläggande bestämmelser om regioners rätt att ta ut patientavgifter finns i 17 kap., hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) samt förordning (1984:908) om vissa statsbidrag för sjukvård m.m. Av hälso- och sjukvårdslagen framgår att vårdavgifter får tas ut enligt grunder som regionen bestämmer och att patienter som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård ska behandlas lika[8].

1.4 Utgångspunkt för bedömning av gällande undantag och särregler

En övergripande princip i regionens avgiftsregelverk är att patientavgift endast ska tas ut för vårdkontakter om kriterierna för rapportering av vårdkontakt är uppfyllda. Dessa kriterier framgår av hälso- och sjukvårdsförvaltningens *Regelverk för rapportering av vårdkontakter*[9].

Att ett besök, telefonsamtal, videokontakt, chatt eller liknande ska rapporteras som en vårdkontakt innebär inte nödvändigtvis att en avgift ska debiteras. En vårdkontakt kan av olika skäl vara avgiftsfri för patienten.

En avgörande faktor för att ett framtida centraliserat och automatiserat system för hantering av patientavgifter ska vinna och bibehålla allmänhetens och vårdgivarnas förtroende, är att antalet felaktigt debiterade avgifter minimeras. Svårhanterade undantag och särregler som förutsätter att avgiftsbefrielsen hanteras manuellt eller genom komplexa tekniska lösningar, bör därför enbart tillåtas om det föreligger starkt vägande skäl.

Inom ramen för detta uppdrag kommer befintliga undantag och särregler att värderas utifrån motivet till undantaget och behovet av förenkling av regelverket.

Gällande undantag och särregler kommer även att beaktas utifrån den kommunala likställighetsprincipen, det vill säga att *”kommuner och regioner ska behandla sina medlemmar lika, om det inte finns sakliga skäl för något annat”*[10]. I ett avgiftssammanhang innebär det att förekommande undantag och särregler måste kunna motiveras sakligt och objektivt. Undantag från de generella avgiftsreglerna bör tillämpas restriktivt och endast tillåtas om det finns särskilda skäl.

2 Öppen vård – Nuläge och förslag till förändringar

I detta kapitel redovisas samtliga undantag och särregler som finns inom öppen vård. Med öppen vård avses hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd medger att aktuell vårdinsats förväntas avslutas inom ett begränsat antal timmar[11].

[7] I Regelverk för patientavgifter har begreppen särregel och undantag inte definierats. En annorlunda begreppsanvändning kan därför förekomma i regelverket.
[8] 17 kap, 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
[9] HSN 2020-1419
[10] 2 kap, 3 § kommunallag (2017:725)
[11] https://termbank.socialstyrelsen.se/ (Hämtad 2021-02-02)

Kapitlet inleds med en kortfattad genomgång av de undantag som regleras av lag eller förordning, samt en kortfattad beskrivning av övriga särregler och undantag som föreslås fortsatt gälla i det nya regelverket. Därefter följer en redogörelse över undantag och särregler som föreslås tas bort eller revideras. I kapitlet behandlas även vissa undantag som inte framgår av regelverket men som tillämpas i praktiken, samt vissa avgifter som avviker från huvudprincipen för debitering av patientavgifter. Kapitlet avslutas med förekommande regler som är av förtydligande karaktär och som återspeglar kopplingen mellan debiterad avgift och rapporterad vårdkontakt.

2.1 Undantag och särregler som följer av lag eller förordning

I detta avsnitt ges en kortfattad beskrivning av de undantag och särregler som följer av lag eller förordning. Eftersom regionfullmäktige inte kan besluta om att ta bort dessa undantag och särregler, kommer de att kvarstå i det nya regelverket för patientavgifter.

2.1.1 Anhållna, häktade, intagna på kriminalvårdsanstalt samt totalförsvarspliktig

Dessa patienter är enligt 11 § 2., förordning (1984:908) om vissa statsbidrag för sjukvård m.m. avgiftsbefriade för all öppen vård.

2.1.2 Avstämningsmöte

Försäkringskassans avstämningsmöten med sjukskriven patient och Försäkringskassan regleras av 110 kap. 14 § socialförsäkringsbalk (2010:110) och Försäkringskassans föreskrifter om avstämningsmöte[12]. Dessa möten ska inte rapporteras som en vårdkontakt. Vårdgivaren ersätts av Försäkringskassan.

2.1.3 Besök hos rehabiliteringskoordinator

Skyldighet för regioner att tillhandahålla koordineringsinsatser för sjukskrivna följer av lag (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) gör bedömningen att dessa insatser inte utgör hälso- och sjukvård. Avgift får därför inte tas ut i enlighet med bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen. Eftersom det inte sägs någonting i lagen om koordineringsinsatser angående möjligheten för regioner att ta ut avgifter för dessa insatser, ska dessa vara avgiftsfria för patienten.[13] Av Ds 2018:15, *Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården,* framgår dessutom att regionerna ska kompenseras i enlighet med den kommunala finansieringsprincipen för att tillgodose behovet av dessa insatser. Därmed ska insatserna vara finansierade genom bidraget från staten.[14]

2.1.4 Förnyad bedömning enligt vårdgarantin

Av 9 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) följer att om regionen inte uppfyller gällande vårdgaranti, ska regionen se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten. Det vill säga patienten ska inte behöva betala patientavgift för den andra vårdkontakten då den förnyade bedömningen genomförs.

---

[12] FKFS 2010:35

[13] Sveriges Kommuner och Regioner, *Veckobrev 37 – sjukskrivning och rehabilitering. Information till processledare och kontaktpersoner, 9 september 2020*.

[14] Sveriges Kommuner och Regioner, *Frågor och svar om koordineringsinsatser*, https://skr.se/halsasjukvard/sjukskrivningochrehabilitering/funktionforkoordinering/fragorochsvaromkoordineringsinsatser.31666.html#5.7687ab5d16fdb9dabc5b95ba,5.600fa75b170524aa6ec383a3. (Hämtad 2021-03-12)

2.1.5 Gynekologisk screening

Undersökningar som sker inom ramen för regionens riktade screeningverksamhet där patienten erhållit kallelse från regionen, ska vara avgiftsfria enligt förordning (2019:313) om avgiftsfrihet för screening för livmoderhalscancer med cellprovtagning.

2.1.6 Mammografiscreening

Undersökningar som sker inom ramen för regionens riktade screeningverksamhet där patienten erhållit kallelse från regionen, ska vara avgiftsfria enligt förordning (2016:660) om avgiftsfrihet för screening för bröstcancer med mammografi.

2.1.7 Patient med frikort

Av 17 kap, 7 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) följer att en patient inte ska behöva betala mer än 1 150 kronor i patientavgifter för vårdkontakter i öppen vård under en tolvmånadersperiod. Nivån på högkostnadsskyddet beräknas som en andel av gällande prisbasbelopp. Barn i samma ”syskongrupp” har gemensamt högkostnadsskydd.

2.1.8 Personer 85 år eller äldre

Personer som är 85 år eller äldre är avgiftsbefriade för all öppen vård enligt 17 kap, 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

2.1.9 Rådgivning om preventivmedel eller abort

Avgiftsbefrielsen följer av 11 § 1., förordning (1984:908) om vissa statsbidrag för sjukvård m.m. och gäller oavsett vilken yrkeskategori som patienten träffar.

2.1.10 Rådgivning och stöd till personer som omfattas av LSS

Skyldighet för regioner att tillhandahålla rådgivning och annat personligt stöd till personer som har rätt till särskilt stöd och särskild service enligt LSS framgår av 2 § lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Av 21 § samma lag framgår att avgift inte får tas ut för dessa tjänster. Dessa insatser tillhandahålls inom ramen för regionens habiliteringsverksamhet. Eftersom alla vårdkontakter på habiliteringsmottagning är avgiftsbefriade enligt fullmäktigebeslut, nämns inte avgiftsbefrielsen för dessa insatser explicit i nuvarande regelverk för patientavgifter.

2.1.11 Smittskyddsvård (inkl. MRSA-mottagningar)

Enligt 7 kap. 1 och 2 § smittskyddslagen (2004:168) ska undersökning, vård och behandling av allmänfarlig sjukdom som behandlande läkare bedömer minska risken för smittspridning vara kostnadsfri för patienten. Ingen avgift tas därför ut för dessa vårdkontakter i öppen vård.

2.2 Övriga undantag som föreslås fortsatt gälla i det nya regelverket

I detta avsnitt beskrivs de undantag som har beslutats av fullmäktige och som föreslås gälla även i det nya regelverket för patientavgifter. Vissa av dessa undantag härrör från äldre lagstiftning eller nationella rekommendationer som samtliga regioner antagit. De flesta av undantagen följer av politiska initiativ och uppmärksammade behov.

Då inga förändringar föreslås i sak har det inte genomförts någon konsekvensanalys av att behålla dessas undantag. I det avslutande kapitlet till denna promemoria ges en övergripande bedömning av förutsättningarna för att hantera undantagen i ett framtida centraliserat och automatiserat system för hantering av patientavgifter.

2.2.1 Abort

Regelverkets nuvarande lydelse:

Kirurgisk abort		**Avgift**
Besök 1	Läkare eller barnmorska gör en medicinsk bedömning. Läkare eller barnmorska genomför ultraljudsundersökning och provtagning samt presenterar olika abortmetoder. Barnmorska ger preventivmedelsrådgivning.	400/100 kr (beroende på vilken yrkeskategori patienten träffar)
Besök 2	Patienten träffar barnmorska. Tabletter lämnas.	0 kr
Besök 3	Dagkirurgi	350 kr
Besök 4	Återbesök hos barnmorska.	0 kr
Medicinsk abort a) på mottagning, b) i hemmet		**Avgift**
Besök 1	Läkare eller barnmorska gör en medicinsk bedömning. Läkare eller barnmorska genomför ultraljudsundersökning och provtagning samt presenterar olika abortmetoder. Barnmorska ger preventivmedelsrådgivning.	400/100 kr (beroende på vilken yrkeskategori patienten träffar)
Besök 2	Patienten träffar barnmorska eller sjuksköterska och erhåller tabletter som startar den medicinska aborten.	0 kr
Besök 3	a) Dagmedicin - Patienten befinner sig på mottagningen under dagen. b) Telefonkontakt med barnmorska.	350 kr 0 kr
Besök 4	Återbesök hos barnmorska.	0 kr

Ovanstående tabell över avgifter i samband med en abort grundas på ett tjänsteutlåtande från HSNstaben 1997[15]. Tjänsteutlåtandet föranleddes av en skrivelse från akutsjukhusen. Bakgrunden till förslaget var att avgifterna i samband med abort varierade beroende på vald abortmetod. Eftersom summan av avgifterna var högre vid medicinsk abort än vid kirurgisk abort, fanns farhågor att patienter skulle välja kirurgisk abort av ekonomiska skäl. Många kvinnor uteblev dessutom från återbesöket och förhoppningen var att fler skulle komma om återbesöket var avgiftsfritt. Ett annat argument som framfördes var att vårdgivare tillämpade olika principer för hur avgifter debiterades och att det därför fanns behov av förtydligande.

Andelen kirurgiska aborter har minskat påtagligt under senare år. Uppfattningen är att denna utveckling till största del är ett resultat av utbildning av personal och bättre omhändertagande.[16] Det vill säga inte beroende på patientavgiften.

Det kan konstateras att tabellen i regelverket inte ger en korrekt beskrivning av de besök som genomförs i samband med de olika abortmetoderna. När det gäller *kirurgisk abort* genomförs det första besöket i enlighet med tabellen ovan. Nästföljande besök avser det kirurgiska ingreppet (dagkirurgi). Besök 2 som anges i tabellen utförs således inte.

I samband med en *medicinsk abort på mottagning eller i hemmet* kan antalet besök variera beroende på om aborten startas vid första besöket eller vid senare tillfälle. Oftast ges läkemedlet som startar aborten redan vid det första besökstillfället. Detta läkemedel får inte lämnas ut från mottagningen. Om patienten inte vill genomföra aborten inom de närmsta dagarna måste patienten därför komma

[15] HSN 9612-1041, HSN 9612-0997, *Översyn av patientavgiftssystemets konstruktion och effekter*, Tjänstutlåtande 1997-04-09.
[16] Marions, Lena. E-mail. 2020-11-16.

till mottagningen ytterligare en gång för att erhålla läkemedlet. Detta besök ska rapporteras som en vårdkontakt även om inga ytterligare åtgärder vidtas[17]. Vid medicinsk abort *på mottagning* återkommer patienten efter 1-2 dagar för att fullfölja den medicinska aborten. Om den medicinska aborten sker *i hemmet* genomförs inga ytterligare besök förrän det eventuella återbesöket.

Regelverket för rapportering av vårdkontakter innebär att det andra besöket, som sker i de fall kvinnan av någon anledning inte kan eller vill starta aborten vid det första besökstillfället, ska rapporteras som en vårdkontakt. Vid tillämpning av huvudprincipen för debitering av patientavgift skulle avgift därmed tas ut även för detta besök. Det kan dock tyckas rimligt att patienten inte ska behöva betala för detta besök, eftersom patienten enbart erhåller läkemedlet och inga andra åtgärder vidtas under besöket. Om avgift skulle debiteras för detta besök finns risk att patienten känner sig tvingad att ta tabletten redan vid första besökstillfället för att inte belastas med extra avgifter.

Vid medicinsk abort erbjuds patienten alltid ett återbesök för att säkerställa att graviditeten är avbruten. Dessa återbesök genomförs dock i liten utsträckning. Vid en kirurgisk abort är återbesök generellt sett inte nödvändigt för att kontrollera om graviditeten är avbruten. Däremot förekommer att patienter kommer på återbesök för att få hjälp med preventivmetod, till exempel insättning av spiral eller p-stav.

Utredningen har inte lyckats finna någon uppföljning av effekterna av avgiftsbefrielsen. En eventuell avgift för dessa återbesök skulle dock medföra risk för att fler patienter avstår från dessa återbesök och det blir svårare för vården att motivera patienter som genomgått upprepade aborter att få hjälp med lämplig preventivmetod. Det kan även nämnas att risken för en ny abort visats vara lägre om patienten väljer spiral eller p-stav framför andra preventivmetoder. Utredningen bedömer därför att nuvarande undantag alltjämt är motiverat.

Utredningens förslag

Utredningen föreslår att nuvarande undantag från patientavgift i samband med en abort ska kvarstå i nya regelverket. Däremot bör tabellen i nuvarande regelverk revideras för att ge en mer korrekt beskrivning av de besök som äger rum i samband med olika abortmetoder.

[17] Det är först när läkemedlet ges som aborten startar. Det är vid denna vårdkontakt som vårdgivaren sätter diagnosen abort.

2.2.2 Barnhälsovård och mödrahälsovård

Regelverkets nuvarande lydelse:

Aktivitet	Avgiftsbefrielsen gäller för:
Barnhälsovård	Barn som är folkbokförda i Sverige. *(Observera att andra regler kan förekomma för barn från andra länder.)*
Mödrahälsovård och specialistmödravård	Vård och behandling som ges i öppen vård till kvinnor under graviditeten inom ramen för mödrahälsovården. Gäller även besök i födelsekontrollerande syfte. Detta gäller oavsett om vården bedrivs på MVC eller inom specialistmödravård. *(Observera att andra regler kan förekomma för icke folkbokförda patienter)*

Svensk förebyggande mödra- och barnhälsovård har sitt ursprung i en proposition om statsbidrag för generell mödra- och barnhälsovård som regeringen la fram 1937 och som godkändes 1938[18]. Av beslutet följde att inga avgifter fick tas ut för denna vård.

Statsbidragen försvann 1967 och mödra- och barnhälsovården faller numer in under regioners ansvar för primärvård som regleras av hälso- och sjukvårdslagen. Det finns inte längre några juridiska begränsningar för regioner att debitera patientavgift för vårdkontakter inom mödra- och barnhälsovård. Verksamheten är dock alltjämt avgiftsbefriad i samtliga regioner.

Utredningens förslag

Utredningen har inte funnit några skäl som talar för att dessa verksamheter bör avgiftsbeläggas. Gällande undantag från patientavgift för vårdkontakter inom mödra- och barnhälsovården föreslås kvarstå.

Numer används begreppet barnmorskemottagning (BMM) nästan uteslutande som benämning på de verksamheter som bedriver mödravård. I det nya regelverket bör därför detta begrepp användas i stället för ”MVC”.

2.2.3 Barn och ungdom under 18 år

Regelverkets nuvarande lydelse:

> **Barn och ungdom under 18 år**
> Huvudregeln är att patienter under 18 år inte betalar patientavgift för besök i öppen vård.
>
> ***Undantag:*** För besök på sjukhusens akutmottagningar är avgiften 120 kr.

Samtliga regioner har beslutat att barn och ungdomar inte betalar någon avgift i öppen hälso- och sjukvård. Åldersgränsen varierar något mellan regionerna. I en majoritet av regionerna gäller avgiftsbefrielsen barn och ungdom under 20 år. I Stockholm och Gotland upphör avgiftsfriheten från och med 18-årsdagen, vilken är den lägsta åldersgränsen bland landets regioner. Stockholm skiljer sig

[18] SFS 1937:745

även från övriga regioner som enda region att debitera avgift för barn vid besök på akutsjukhusens akutmottagningar.

Som framförs i hälso- och sjukvårdsförvaltningens promemoria *Utredning om förenkling av Regelverk för patientavgifter - Enhetstaxa*[19] visar erfarenhet och befintlig forskning att patientavgiften har relativt lågt styrande effekt för var patienten vänder sig och vilken vårdnivå de väljer. Däremot kan förekomsten av avgift i vissa fall ha en viss dämpande effekt för vårdkonsumtionen. En avgift för besök på akutsjukhusens akutmottagningar kan således bidra till att styra besök från dessa akutmottagningar till närakuter och annan öppen vård.

Utredningens förslag

Utredningen finner inga skäl att föreslå förändring av regelverkets nuvarande lydelse. Såväl avgiftsbefrielsen som undantaget från avgiftsbefrielse vid besök på akutsjukhusens akutmottagningar föreslås kvarstå. Undantagen torde vara relativt enkla att administrera inom ramen för ett framtida centraliserat och automatiserat system för hantering av patientavgifter.

2.2.4 Flera besök samma dag

Regelverkets nuvarande lydelse:

> **Flera besök samma dag**
>
> För att kunna ta ut en patientavgift måste ett besök rapporteras, vilket innebär att kriterierna för besöksrapportering måste uppfyllas. För att kunna ta ut rätt antal patientavgifter behöver du alltså ha kunskap om vad ett besök är. Information om besöksrapportering finns i Regelverk för rapportering av vårdkontakter.
>
> FÖR VÅRDVAL HUSLÄKARE
>
> Om en patient gör två eller fler besök hos en och samma yrkeskategori samma dag på samma mottagning, är huvudprincipen att endast en patientavgift tas ut och ett besök rapporteras. För mer information se aktuell rapporteringshänvisning.
>
> De vägledande exemplen nedan gäller inte för husläkarverksamheten.
>
> FÖR ÖVRIGA VERKSAMHETER
>
> Om en patient besöker samma mottagning flera gånger samma dag, betalar patienten en eller flera avgifter beroende på om besöken
>
> - är planerade eller oplanerade,
> - avser samma eller olika hälsoproblem och
> - om patienten träffar en eller flera olika yrkeskategorier.
>
> Om kriterierna för att rapportera ett besök är uppfyllda får du i nedanstående stycke vägledning kring hur du ska hantera patientavgifterna.
>
> Observera att det kan finnas situationer då dessa exempel inte går att tillämpa.
>
> *Vägledande exempel – Ett eller flera oplanerade besök*
>
> Om en patient gör flera besök (varav minst ett oplanerat) på samma mottagning under en och samma dag:
>
> 1. hos olika yrkeskategorier + olika hälsoproblem = flera besök, flera avgifter
> 2. hos olika yrkeskategorier + samma hälsoproblem = flera besök, flera avgifter
> 3. hos samma yrkeskategori + olika hälsoproblem = flera besök, flera avgifter
> 4. hos samma yrkeskategori + samma hälsoproblem = ett besök, en avgift
>
> *Vägledande exempel – Flera planerade besök*
>
> Om en patient gör flera planerade besök på samma mottagning under en och samma dag:
>
> 1. hos olika yrkeskategorier + olika hälsoproblem = flera besök - flera avgifter
> 2. hos olika yrkeskategorier + samma hälsoproblem = flera besök - flera avgifter*
> 3. hos samma yrkeskategori + olika hälsoproblem = ett besök - en avgift
> 4. hos samma yrkeskategori + samma hälsoproblem = ett besök - en avgift

[19] HSN 2021-0280

Undantag (scenario 2): Vid teambesök träffar patienten en grupp av samverkande hälso- och sjukvårdspersonal med olika kompetenser. Endast en patientavgift tas ut.

Besök där läkare övertar handläggningen
Besök hos annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare, där läkaren träffar patienten eller företrädare för patienten och övertar handläggningen ska endast rapporteras som ett läkarbesök. Avgift tas ut motsvarande läkarbesök.

Om avgift för behandling eller utredning av annan yrkeskategori än läkare tagits ut före besöket, får besöket registreras om som ett läkarbesök och patientavgiften korrigeras i efterhand.

Nytt besök nästa dag
Om patienten återkommer nästa dag betalas alltid ny avgift oavsett om besöket är planerat eller oplanerat.

Undantag akutmottagning: Patient som återkommer för samma hälsoproblem till samma akutmottagning på ett akutsjukhus, betalar ingen avgift för det efterföljande besöket om besöket är oplanerat och sker inom 24 timmar från det första besöket.

Det antal patientavgifter som får debiteras under en och samma dag är beroende av hur många vårdkontakter som en vårdgivare har rätt att rapportera. Detta utgör den huvudprincip för debitering av patientavgift som beskrevs i inledningen till denna promemoria. Huvudprincipen anges inte explicit i nuvarande regelverk, men skulle kunna sammanfattas på följande sätt:

> *Patientavgift får endast tas ut för besök eller distanskontakter som uppfyller kriterierna för rapportering av vårdkontakt. Om en patient gör flera vårdkontakter samma dag debiteras patientavgift för varje vårdkontakt som får rapporteras i enlighet med Regelverk för rapportering av vårdkontakter samt gällande rapporteringsanvisning.*

Nuvarande skrivning i regelverket med rubriken *Besök där läkare övertar handläggningen*, utgör enbart ett förtydligande av denna princip. Genom införande av enhetliga patientavgifter som föreslås i hälso- och sjukvårdsförvaltningens promemoria *Utredning om förenkling av Regelverk för patientavgifter - Enhetstaxa*[20], försvinner behovet av detta förtydligande.

Det avslutande stycket i regelverket, som föreskriver att patientavgift inte ska tas ut för oplanerade återbesök på akutsjukhusens akutmottagningar om de sker inom 24 timmar, utgör däremot ett undantag från nämnda huvudprincip. När en patient lämnar en akutmottagning eller en närakut, anses besöket i ett rapporteringssammanhang vara avslutat och patienten färdigbehandlad. Om patienten sedan återkommer på grund av en försämring anses det i princip alltid utgöra en ny vårdkontakt. Således tas ingen ny avgift ut trots att en ny vårdkontakt ska rapporteras.

Detta undantag bedöms alltjämt vara motiverad, eftersom patienter inte sällan skickas hem från akuten med förhållningsorder att återkomma om situationen förvärras eller om hälsotillståndet inte har förbättrats inom en viss tid. Skulle patienten behöva betala ytterligare en avgift om denne har behov av att återkomma till mottagningen, ser utredningen en uppenbar risk att patienten inte skulle godta att åka hem. Därutöver finns risk att administrationen skulle öka till följd ökat antal klagomål från patienter.

[20] HSN 2021-0280

Utredningens förslag

Utredningen föreslår att nuvarande undantag från patientavgift för besök på akutmottagning när patienten behöver återkomma inom 24 timmar, kvarstår i det nya regelverket. Det bör dock förtydligas att undantaget även gäller för besök på närakuter.

Hur detta undantag från patientavgift ska hanteras inom ramen för ett framtida centraliserat och automatiserat patientavgiftssystem, behöver särskilt beaktas i samband med utveckling och implementering av systemet.

Därutöver ser utredningen ett behov av att huvudprincipen för debitering av patientavgift lyfts fram och beskrivs på ett tydligare sätt i det nya regelverket än vad som nu är fallet. För att harmonisera regelverket för patientavgifter med regelverket för rapportering av vårdkontakter, föreslås även att de vägledande exemplen som återges under denna särregel tas bort från regelverket och i stället redovisas på Vårdgivarguiden i ett utvecklat ”Frågor och Svar” för patientavgifter.

Dessa förändringar medför inga förändringar i sak i förhållande till nuvarande regelverk.

2.2.5 Forskningspatient

Regelverkets nuvarande lydelse:

Patientkategori	**Avgiftsbefrielsen gäller för:**
Forskningspatient	Vård som ges i samband med forskningsprojekt.

En forskningspatient eller forskningsperson är en person som deltar i en forskningsstudie. Det kan handla om forskning inom ramen för så kallade kliniska studier[21] men även så kallade observationsstudier eller enkätstudier.[22]

Om vård ges i samband med ett forskningsprojekt ska detta rapporteras som en vårdkontakt med aktuell besökstyp och taxekod. För att visa att åtgärden är utförd i forskningssyfte används särskild KVÅ-kod[23]. Detta gäller oavsett om forskningen sker inom ramen för patientens ordinarie vårdkontakter eller avser undersökningar eller ny, oprövad vård eller behandlingsmetod som patienten inte hade fått del av om denne inte deltagit i den kliniska studien.

Avgiftsbefrielsen för vård som ges inom ramen för en klinisk studie kan komma bli svår att hantera i ett framtida automatiserade patientavgiftssystem. Att bygga in diagnos- eller KVÅ-koder som logik i ett sådant system kan vara förenat med problem, inte minst då dessa koder tenderar att förändras över tid.

Det är angeläget att patienters deltagande i forskningsprojekt inte hindras eller försvåras. Deltagande i en klinisk studie innebär många gånger att patienten kallas till extra vårdkontakter eller att planerade vårdkontakter tar längre tid än de annars skulle ha gjort. Avgiftsbefrielsen har ett viktigt signalvärde och innebär ett erkännande av den insats som patienten bidrar med genom sitt deltagande.

---

[21] I betänkandet *Starka tillsammans* (SOU 2013:87, s. 21) definieras ”kliniska studier” som ett samlingsnamn för alla forskningsanknutna studier som genomförs i klinisk verksamhet. Dessa studier kan avse till exempel läkemedel, medicinteknisk utrustning, behandlingsmetoder eller olika kombinationer av dessa.

[22] https://ki.se/forskning/om-att-delta-i-klinisk-forskning (Hämtad 2021-02-03)

[23] KVÅ-kod ZV047 *Åtgärd utförd i forskningssyfte (i)*. För ytterligare information se https://klassifikationer.socialstyrelsen.se/KVA_Medicinska/

Pågående pandemi har satt ljus på vikten av att kliniska studier kan bedrivas inom alla delar av vården – där patienten befinner sig – och att det inte finns några hinder som begränsar förutsättningarna för detta.

Utredningen har fått indikationer om att nuvarande undantag från patientavgift avseende forskningspatienter tillämpas ojämnt mellan olika vårdgivare. Inom verksamheter som bedrivs vid akutsjukhusen finns många gånger vana och erfarenhet av att patienter deltar i forskningsprojekt. Kunskapen om avgiftsbefrielsen bedöms i dessa fall vara god. När det gäller vårdgivare som bedriver mer småskalig verksamhet, är kunskapen och kännedomen om avgiftsbefrielsen däremot mer osäker. Uppfattningen är att det finns behov av att på olika sätt sprida information och öka kännedomen om gällande undantag.

Utredningens förslag

Utredningen föreslår att nuvarande undantag från patientavgift för vård som ges i samband med forskningsprojekt kvarstår i det nya regelverket. Gränserna för avgiftsbefrielsen förslås beskrivas i ett utvecklat ”Frågor och Svar” för patientavgifter.

Hur avgiftsbefrielsen ska hanteras inom ramen för ett framtida automatiserat system för hantering av patientavgifter behöver särskilt beaktas i samband med utveckling och implementering av ett sådant system.

2.2.6 Habiliteringsmottagning

Regelverkets nuvarande lydelse:

Aktivitet	**Avgiftsbefrielsen gäller för:**
Habilitering	Barn, ungdomar och vuxna med livslånga funktionsnedsättningar vid besök på habiliteringsmottagning.

Enligt Socialstyrelsens definition utgör habilitering *”insatser som ska bidra till att en person med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, utvecklar och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet”*.

Regioners skyldighet att tillhandhålla habiliteringsinsatser följer av hälso- och sjukvårdslagen (HSL) samt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). De tre vanligaste insatserna som regioner ansvarar för enligt LSS är kuratorsstöd, psykologstöd och samordning av myndighetskontakter. Av lagstiftningen följer att avgifter inte får tas ut för dessa insatser[24]. Insatser enligt HSL är mer omfattande och tillhandahålls även av andra yrkeskategorier såsom arbetsterapeuter, fysioterapeuter, logopeder, psykologer, socionomer och specialpedagoger.

Det finns för närvarande 36 mottagningar som bedriver habiliteringsverksamhet i Region Stockholm. Totalt genomförs omkring 200 000 vårdkontakter per år vid dessa mottagningar. Behovet av insatser är för många patienter livslångt och insatserna behöver modifieras utifrån hur patienten utvecklas alternativt får större svårigheter ju äldre patienten blir.

Motiv som framförts till avgiftsbefrielsen är att dessa patienter generellt sett har sämre hälsa än övrig befolkning och att de ofta har dålig ekonomi på grund av svårigheter att komma in på

[24] 21 § lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

arbetsmarknaden. Då många av habiliteringens insatser sker med kontinuitet och ibland intensivt, har det bedömts föreligga risk för att patienter skulle välja att avstå från att besöka habiliteringen om de skulle behöva betala för sina vårdkontakter innan de uppnår frikort. I ett längre perspektiv skulle det riskera leda till ökat behov av övrig vård och högre vårdkostnader för regionen.

Därutöver kan konstateras att gränsen mellan insatser enligt LSS, för vilka regioner inte får debitera avgifter, och habiliteringsinsatser enligt HSL inte entydig. Om vårdgivare skulle ta ut avgift för insatser som regleras av HSL men inte för insatser enligt LSS finns en uppenbar risk för tolknings- och gränsdragningsproblem.

Mot denna bakgrund bedömer utredningen att det finns vägande skäl som talar för undantaget från patientavgift för vårdkontakter på habiliteringsmottagning. Eftersom undantaget är begränsat till att gälla habiliteringsmottagningar, torde undantaget vara relativt enkelt att hantera vid införandet av ett framtida centraliserat och automatiserat system för hantering av patientavgifter.

Utredningens förslag

Utredningen föreslår att undantaget från patientavgift för vårdkontakter på habiliteringsmottagning fortsatt ska gälla i det nya regelverket för patientavgifter.

2.2.7 Mottagning för våldtagna

Regelverket nuvarande lydelse:

Aktivitet	**Avgiftsbefrielsen gäller för:**
Mottagning för våldtagna	Besök vid Södersjukhusets akutmottagning för våldtagna.

Akutmottagning för våldtagna har bedrivits på Södersjukhuset sedan 2005. Besök vid denna mottagning har sedan starten varit avgiftsfria för patienten. Avgiftsbefrielsen avser en väl avgränsad verksamhet och bedöms inte vara förknippad med några tolknings- eller gränsdragningsproblem. Det finns inte heller något som talar för att detta undantag bör avskaffas med beaktande av ett eventuellt framtida införande av ett automatiserat patientavgiftssystem.

Utredningens förslag

Utredningen föreslår att avgiftsbefrielsen för Södersjukhusets akutmottagning för våldtagna ska kvarstå i det nya regelverket för patientavgifter.

2.2.8 Rättspsykiatrin i Huddinge

Regelverkets nuvarande lydelse:

Aktivitet	**Avgiftsbefrielsen gäller för:**
Rättspsykiatrin i Huddinge	Besök på regionens öppenvårdsmottagning vid rättspsykiatrin i Huddinge

Vårdkontakter på Rättspsykiatriska öppenvårdsmottagningen Huddinge har varit undantagna från patientavgift sedan mottagningens öppnande 2006.

Mottagning har sedan den startade tagit emot följande patientkategorier:

- Patienter som har öppen rättspsykiatrisk vård (LRV).
- Patienter som har öppen psykiatrisk tvångsvård (LPT)
- Klienter inom frivården med behov/föreskrift om öppen psykiatrisk vård.
- Psykiskt sjuka/personlighetsstörda missbrukare med drogrelaterad farlighet.
- Särskilt vårdkrävande patienter inom allmänpsykiatrin, det vill säga personer med missbruk, personlighetsstörningar samt psykoser i kombination med hotfullt och aggressivt beteende.

Som skäl till avgiftsbefrielsen vid denna mottagning framförs i landstingsstyrelsens förslag till beslut, att kontanthantering av säkerhetsskäl inte bör förekomma vid mottagningen. Vidare framförs att många patienter troligen inte skulle vara motiverade att betala för vård som har en viss ”tvångsanknytning”, samt att patientavgift för denna vård riskerar att leda till att många patienter restförs hos kronofogden och därefter får påbörja sin rehabilitering med skulder.[25]

Utredningen bedömer att detta undantag, i likhet med det generella undantaget från patientavgift för tvångsvård enligt LRV eller LPT, alltjämt är motiverat. Anledningen till att detta undantag behöver nämnas specifikt i regelverket är att denna mottagning inte enbart tar emot patienter som vårdas enligt LRV eller LPT, utan även tar emot patienter som går i öppen vård enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Eftersom undantaget avser ett avgränsat vårduppdrag vid en avgränsad mottagning torde undantaget vara relativt enkelt att administrera i ett framtida automatiserat system för hantering av patientavgifter. Tvärtom skulle den framtida administrationen sannolikt försvåras om undantaget togs bort, eftersom många patienter i stället skulle avgiftsbefrias med hänvisning till undantagen för psykiatrisk tvångsvård och ”viss psykiatri”.

Utredningens förslag

Utredningen föreslår att undantaget från patientavgift för vårdkontakter på Rättspsykiatriska öppenvårdsmottagningen i Huddinge kvarstår i det nya regelverket för patientavgifter.

2.2.9 Screening för bukaortaaneurysm

Regelverkets nuvarande lydelse:

Aktivitet	**Avgiftsbefrielsen gäller för:**
Bukaortascreening	65-åriga män som erhåller kallelse från regionen.

Screeningprogrammet uppfyller ett preventivt syfte för att upptäcka eventuella risker och att behandling kan sättas in i ett tidigt skede. Därmed minskar vårdkostnaderna och möjligheten till snabbt tillfrisknande ökar. Beslut om att ta bort avgiften vid deltagande i regionens screeningverksamhet för bukaortaaneurysm fattades av regionfullmäktige i samband med beslut om Budget 2012.

Nuvarande undantag från avgift vid bukaortascreening avser en väl avgränsad patientkategori. Det är tydligt vilka patienter som kallats till undersökningen och vid vilka mottagningar som

[25] LS 0510-1738, *Befrielse från patientavgift gällande patienter med komplexa vårdbehov för besök på landstingets nya öppenvårdsmottagning vid rättspsykiatrin i* Huddinge. Tjänsteutlåtande 2005-10-31.

screeningverksamheten genomförs. Det bedöms således inte förekomma några tolknings- eller gränsdragningsproblem som försvårar tillämpningen av regelverket.

Utredningens förslag

Utredningen föreslår att undantaget från patientavgift för personer som deltar i regionens riktade screeningverksamhet för bukaortaaneurysm ska kvarstå i det nya regelverket för patientavgifter. Undantaget innebär att detta screeningprogram behandlas konsekvent med de två screeningverksamheter som är avgiftsbefriade enligt lag (mammografi- och gynekologisk screening).

2.2.10 Smittade av Hepatit-C i vården

Regelverkets nuvarande lydelse:

Patientkategori	**Avgiftsbefrielsen gäller för:**
Hepatit C-smittade i vården	Personer som smittats med Hepatit C i hälso- och sjukvården. Avgiftsbefrielsen gäller öppen hälso- och sjukvård från den dag Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) beslutat i ärendet. Dessa personer har ett frikort som utfärdas av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Avgiftsbefrielsen följer av en rekommendation från Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) som samtliga landsting antog 2002. En särskild ansvarsförsäkring tecknades då med LÖF. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen ansvarar för att årligen utfärda frikort till dessa patienter.

Utredningens förslag

Rekommendationen från LÖF bedöms alltjämt vara aktuell. Inget avsteg från denna rekommendation föreslås.

2.2.11 Smittade av HIV i vården

Regelverkets nuvarande lydelse:

Patientkategori	**Avgiftsbefrielsen gäller för:**
HIV-smittade i vården	Personer som smittats i hälso- och sjukvården genom så kallad faktorkoncentrat eller genom blodtransfusion. Avgiftsbefrielsen gäller all sjukvård inklusive sjukresor.

Avgiftsbefrielsen följer av en rekommendation från Landstingsförbundets styrelse 1993. Dessförinnan reglerades avgiftsfriheten av lag (1993:332) om avgiftsfria sjukvårdsförmåner m.m. för vissa hiv-smittade.

Denna lag är fortfarande i kraft, men lagen riktar sig formellt endast till Försäkringskassan. Bestämmelserna i lagen som rör sjukvården upphävdes när systemet med försäkringsanslutna läkare upphörde. Det uttalade syftet med lagen är dock att blodtransfusionssmittade ska vara befriade från att betala avgifter för sjukvård, tandvård och läkemedel.

Det inte är möjligt att registrera hiv-positiva i ett eget register, på samma sätt som för strålskadade och personer som smittats av Hepatit-C. Frikort utfärdas i stället av vårdgivare som har kännedom

om patienten. Det saknas därför information om hur många och vilka individer som berörs av denna avgiftsbefrielse.

Utredningens förslag

Rekommendationen från Landstingsförbundet bedöms alltjämt vara aktuell. Inget avsteg från denna rekommendation föreslås. En särskild rutin kan däremot behöva tas fram för att hantera dessa patienter i ett framtida centraliserat och automatiserat avgiftssystem.

2.2.12 Sprutbytesmottagning

Regelverkets nuvarande lydelse:

Aktivitet	**Avgiftsbefrielsen gäller för:**
Sprutbytesmottagning	Besök på Region Stockholms mottagning för sprutbyte.

Sprutbyte erbjuds för närvarande vid mottagningar som bedrivs av Beroendecentrum. Förutom rena sprutor erbjuder mottagningarna provtagning för blodburna virus och infektioner, bland annat hiv och hepatit. Mottagningarna bedriver även samarbete med den hiv-specialiserade vården och kan därigenom ge patienter tillgång till kontinuerlig medicinering. Mottagningarna förmedlar även kontakt med beroendevården och socialtjänsten och erbjuder vårdplaneringsmöten tillsammans med kurator och socialtjänst för de patienter som redan har en sådan kontakt.[26]

Verksamheten startade som en försöksverksamhet på S:t Görans sjukhusområde 2013. Syftet med verksamheten är att reducera spridning av hiv och hepatit bland personer som injicerar droger. Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade 2016 att göra verksamheten permanent.[27]

Bakgrunden till avgiftsbefrielsen för vårdkontakter vid denna mottagning, är att det finns en uppenbar risk att patientavgifter skulle motverka vårdens syfte och genomförande.

Utredningens förslag

Utredningen finner nuvarande undantag alltjämt motiverat och föreslår att undantaget kvarstår i det nya regelverket för patientavgifter.

Avgiftsbefrielsen avser specifika mottagningar och bedöms inte vara förknippad med några tolknings- eller gränsdragningsproblem. Det finns inte heller något som talar för att detta undantag bör avskaffas med beaktande av införande av ett framtida automatiserat system för hantering av patientavgifter.

[26] https://www.beroendecentrum.se/aktuellt/sprutbyte-blir-kvar-i-stockholm/ (Hämtad 2021-01-25)
[27] Beroendecentrum Stockholm, *Sprutbytet i Stockholm, Verksamhetsberättelse 2017*, 2018-05-01.

2.2.13 Strålskadade i vården

Regelverkets nuvarande lydelse:

Patientkategori	Avgiftsbefrielsen gäller för:
Strålskadade i vården	Kvinnor som orsakats bestående kroppsskada genom hypofraktionering i samband med behandling av bröstcancer under perioden 1960-1989. Avgiftsbefrielsen gäller öppen hälso- och sjukvård. Dessa personer har ett frikort som utfärdas av hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Avgiftsbefrielsen följer av en rekommendation från Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) som samtliga landsting antog 2006. En särskild ansvarsförsäkring tecknades då med LÖF. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen ansvarar för att årligen utfärda frikort till dessa patienter[28].

Utredningens förslag

Rekommendationen från LÖF bedöms alltjämt vara aktuell. Detta undantag från patientavgift föreslås därför gälla även i det nya regelverket för patientavgifter.

I överensstämmelse med beslutet från 2006, bör regelverkets lydelse omformuleras och göras könsneutral.

2.2.14 Telefonkontakt

Regelverkets nuvarande lydelse:

Distanskontakt (Vårdkontakt där patient och hälso- och sjukvårdspersonal är rumsligt åtskilda)	**Avgift**
Telefonkontakt (gäller alla typer av telefonkontakter)	0 kr

(Fullständig tabell över avgifter för distanskontakt återfinns i Regelverk för patientavgifter.)

Fram till och med 2009 debiterades avgift för telefonkontakter. Ett av de främsta skälen till att fullmäktige året därpå beslutade att ta bort denna avgift var svårigheter att följa upp verksamheten och att vårdgivare i relativt stor utsträckning tillämpade avgiften på ett felaktigt sätt. Ett vanligt förekommande problem var att patienter debiterades avgift för sådana telefonsamtal som inte uppfyllde kriterierna för rapportering av vårdkontakter. Detta medförde många klagomål och ökad administration för såväl vårdgivare som för den centrala administrationen.

Det finns för närvarande inget lämpligt sätt att i ett framtida automatiserat system för hantering av patientavgifter särskilja olika former av distanskontakter från varandra. Olika typer av distanskontakter (telefonkontakt, videomöte och skriftlig distanskontakt) definieras genom särskilda KVÅ-koder. Den typen av koder förändras över tid och kan därför vara olämpliga att använda som markör för beräkning av patientavgiften. Den i teorin enklaste lösningen för att hantera detta i ett automatiserat system, vore att alla distanskontakter hanterades lika ur ett avgiftsperspektiv.

[28] LS 0605-0888, *Rekommendation till landstinget att teckna ansvarsförsäkring med Landstingets Ömsesidiga Försäkringsbolag, LÖF, avseende strålskada som drabbats patient genom strålbehandling vid bröstcance*r, Förslag 2006:76

Drygt hälften av alla regioner tillämpar för närvarande avgift för vårdkontakter som sker via telefon. Ett vanligt krav för att avgift ska få debiteras är att telefonkontakten ska utgöra kvalificerad hälso- och sjukvård som ersätter ett fysiskt besök, samt att kontakten ska vara överenskommen och bokad i förväg.

Utredningen bedömer att om avgift ska tas ut för telefonkontakt, är det rimligt att dessa kriterier är uppfyllda. Det finns annars risk för att oplanerade samtal som inleds som enklare avgiftsfria telefonkontakter, under samtalets gång utvecklas till kvalificerad hälso- och sjukvård som ska rapporteras som en vårdkontakt. Att i detta läge debitera avgift kan sannolikt uppfattas som obefogat och dessutom tangera juridiska frågor om negativ avtalsbindning. Därmed kvarstår problem med att i ett automatiserat system hantera patientavgiften på ett korrekt sätt. Vidare saknas för närvarande säkra metoder för att identifiera patienten i samband med en telefonkontakt, vilket innebär att det inte går att säkerställa att patientavgiften faktureras rätt person.

Att ta bort gällande avgift för videomöten bedöms inte heller vara en lämplig lösning. En sådan avgiftsbefrielse bedöms medföra risk för överkonsumtion samt undanträngning av tjänster som i dag tillhandahålls av 1177 telefonrådgivning. Med hänsyn till att en allt större del av vården i framtiden kan antas komma ske genom videomöten skulle en sådan avgiftsbefrielse dessutom medföra betydande kostnader i termer av minskade avgiftsintäkter.[29]

Sammantaget finner utredningen inte skäl att under nuvarande förutsättningar ta bort undantaget från patientavgift för telefonkontakter. Det bör dock beaktas att pågående pandemi har bidragit till utveckling av nya arbetssätt och ökad användning av olika former av distanskontakter. Det är rimligt att anta att mycket av denna utveckling är här för att stanna även efter pandemin. Allteftersom lärdomar dras, verksamheter utvecklas och förutsättningarna för rapportering av olika former av distanskontakter förändras, är det rimligt att anta att gällande undantag för telefonkontakter kan behöva ses över ånyo.

Utredningens förslag

Utredningen föreslår att undantaget från patientavgift för telefonkontakt tillsvidare kvarstår i det nya regelverket för patientavgifter.

2.2.15 Tvångsvård

Regelverkets nuvarande lydelse:

Aktivitet	Avgiftsbefrielsen gäller för:
Tvångsvård	Gäller person som vårdas enligt lag om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller lag om rättspsykiatrisk vård (LRV)

Avgiftsbefrielse för personer som vårdas enligt lag om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lag om rättspsykiatrisk vård (LRV) gäller i såväl öppen som sluten vård sedan den 1 januari 2017.

Ett motiv till beslutet om avgiftsbefrielsen är att patienter som vårdas mot sin vilja inte har möjlighet att vägra vård. Eftersom dessa patienter dessutom ofta saknar sjukdomsinsikt, kan patientavgiften

[29] Frågan om skriftliga distanskontakter behandlas i avsnitt 2.6.2.

ytterligare riskera påverka patientens motivation att följa den uppsatta vårdplanen. Risken för återinläggning i sluten vård ökar därmed.[30]

Utredningen bedömer att argumenten för avgiftsbefrielsen för öppen psykiatrisk tvångsvård alltjämt är aktuella. Dock bedöms avgiftsbefrielsen försvåra införandet av ett framtida automatiserat patientavgiftssystem. Det är rimligt att anta att flera av de patienter som tvångsvårdas skulle kunna bli föremål för den avgiftsbefrielse som gäller för ”viss psykiatri”. Att avskaffa föreliggande undantag för patienter som vårdas enligt LRV eller LPT skulle därmed kunna leda till ökad administration, då vårdgivare skulle behöva fatta fler beslut om avgiftsbefrielse i enlighet med avgiftsbefrielsen för ”viss psykiatri”.

Utredningens förslag

Utredningen föreslår att avgiftsbefrielsen för patienter som vårdas enligt LPT eller LRV kvarstår i det nya regelverket för patientavgifter.

2.2.16 Öppenvårdsmottagning för hemlösa

Regelverkets nuvarande lydelse:

Aktivitet	Avgiftsbefrielsen gäller för:
Mottagning för hemlösa	Vård på Centrum för Hemlösa och för insatser av verksamhetens mobila team. Avgiftsbefrielsen gäller personer som enligt Socialstyrelsens definition är hemlösa.

Beslut att avgiftsbefria vårdkontakter vid Centrum för Hemlösa och insatser som utförs av verksamhetens mobila team fattades av fullmäktige 2010. Som argument för avgiftsbefrielsen framfördes att det av praktiska skäl är svårt att erhålla och följa upp betalningar från hemlösa patienter. Vidare framfördes att personer som befinner sig i en hårt utsatt ekonomisk och social situation inte bör belastas ekonomiskt i onödan.[31]

Avgiftsbefrielsen avser specifika mottagningar och bedöms inte vara förknippad med några tolknings- eller gränsdragningsproblem. Det finns inte heller något som talar för att undantaget bör avskaffas med beaktande ett eventuellt framtida automatiserat system för hantering av patientavgifter. Sammantaget bedömer utredningen att det finns goda skäl till denna avgiftsbefrielse.

Utredningens förslag

Utredningen föreslår att undantaget från patientavgift vid vårdkontakter på öppenvårdsmottagning för hemlösa kvarstår i det nya regelverket för patientavgifter.

Denna verksamhet bedrivs numer av Capio Psykiatri AB. Mottagningen heter *Capio Vård för hemlösa* och dess mobila team benämns *Uteverksamhet*. Således finns behov att omformulera undantaget med detta i beaktande.

[30] HSN 2017-0738-2, *Kostnaden för slopad avgift för patienter som tvångsvårdas inom den psykiatriska vården,* PM 2019-12-09.
[31] LS 0912-1091, *Avgiftsbefriad hälso- och sjukvårdsverksamhet för hemlösa i Stockholms län*, förslag 2010:48

2.3 Särregler och undantag som föreslås revideras

I detta avsnitt presenteras de särregler och undantag som föreslås kvarstå i nya regelverket men där utredningen ser behov av att genomföra vissa förändringar i regelverkets nuvarande lydelse eller omfattning.

2.3.1 Direkthänvisning

Regelverkets nuvarande lydelse:

> **Direkthänvisning**
> Besök på närakut och akutsjukhusens akutmottagningar/specialistakut är avgiftsfria om patienten blir hänvisad av annan vårdgivare och åker direkt från vårdgivaren till närakuten eller akutmottagningen så att det är ett sammanhållet besök. Direkthänvisningsregeln kan även tillämpas mellan akutmottagningar.
>
> Avgiftsbefrielsen gäller även barn under 18 år som inte betalar patientavgift för övriga besök inom öppen vård.
>
> Direkthänvisningsregeln gäller även när patienten först ringer till närakuten eller akutmottagningen och blir hänvisad att komma nästa morgon på grund av många väntande akutfall.
>
> Kravet är att patienten uppvisar besökskvitto eller liknande som styrker besöket hos annan vårdgivare.

I Region Stockholm tillhandahålls akut vård i fem olika vårdformer: 1177 Vårdguiden, vårdcentraler/husläkarmottagningar, närakuter, akutmottagningar och intensivakut. För att hänvisa patienter till rätt vårdform ska vårdgivare vid det första mötet med patienten tillämpa Hänvisningsstödet, vilket är ett diagnosbaserat kunskapsstöd.

Det bör poängteras att det som i *Regelverk för patientavgifter* betraktas som en hänvisning inte nödvändigtvis sammanfaller med hur begreppet används i samband med hänvisningar enligt Hänvisningsstödet. Exempelvis kan närakuter och akutmottagningar tillämpa triagefunktioner som innebär att en sjuksköterska i yttre triage utan närmare undersökning av patienten hänvisar denne vidare till en annan vårdform. Kontakten uppfyller inte kriterierna för rapportering av vårdkontakter och patientavgift debiteras inte. Däremot ska hänvisningen dokumenteras i journalsystemet. Vid denna typ av hänvisning gäller inte avgiftsbefrielse enligt direkthänvisningsregeln.

Det kan dock förekomma att första bedömningen av patienten sker först efter att patienten har betalt patientavgift i kassan. I dessa fall är praxis att patientavgiften inte återbetalas vid den aktuella mottagningen oavsett om en vårdkontakt ägt rum eller inte[32]. I stället avgiftsbefrias patienten enligt direkthänvisningsregeln vid den närakut eller akutmottagning som patienten hänvisats till. Patienten ska då uppvisa besökskvitto, remiss eller registrering i e-frikortstjänsten som styrker den föregående vårdkontakten.

Eftersom frågan om återbetalning för felaktigt avgiftsuttag i dessa fall inte behöver hanteras, bidrar direkthänvisningsregeln till minskad administration inom den vårdform varifrån hänvisning sker. Administration förskjuts dock till närakuter och akutsjukhusens akutmottagningar som måste hantera avgiftsbefrielsen manuellt. På akutmottagningar som inte längre har någon kassafunktion, sköts detta av akutsjukhusens medicinska sekreterare. Uppgift om eventuell avgiftsbefrielse enligt direkthänvisningsregeln hämtas antingen genom föreliggande akutremiss, eller genom notering i akutliggaren som sjuksköterskan i yttre triage ska göra när en patient uppvisar besökskvitto från

[32] För att debitera patientavgift måste vårdkontakten rapporteras i vårdgivarens patientadministrativa system som en öppenvårdskontakt. Det är oklart huruvida dessa vårdkontakter makuleras eller registreras om i de fall vårdgivaren hänvisar patienten vidare utan närmare undersökning eller behandling.

annan vårdgivare. Om avgift av någon anledning felaktigt debiterats uppstår administration för hantering av återbetalningar till patienter.

Ett syfte med direkthänvisningsregeln är att undanröja ekonomiska incitament som riskerar motverka det övergripande målet; att husläkarverksamhet ska utgöra navet i vårdstrukturen som i första hand tar emot patienten[33]. Om en patient vid det akuta omhändertagandet skulle behöva betala en patientavgift för varje rapporterad vårdkontakt är risken att patienter i större utsträckning avstår från att söka sig till husläkarverksamheten eller närakuterna. Trycket på akutmottagningarna skulle därmed öka.

Det är svårt att avgöra huruvida direkthänvisningsregeln, utifrån nuvarande decentraliserade och manuella hantering av patientavgiften, bidrar till ökad eller minskad administrativ börda för vården. Det kan konstateras att olika vårdformer påverkas olika av särregeln. Utredningen gör bedömningen att det kan finnas vissa svårigheter att hantera direkthänvisningsregeln i ett framtida automatiserat patientavgiftssystem. Vägande skäl talar dock för behovet av särregeln. Däremot ifrågasätter utredningen behovet av att särregeln även omfattar barn och unga under 18 år när hänvisning sker från en avgiftsbefriad vårdform till akutsjukhusens akutmottagningar. Att avgift i dessa fall debiteras på akutmottagningen bedöms inte motverka den övergripande målsättningen att styra patienter mot husläkarverksamhet och närakuter.

Utredningens förslag

Utredningen föreslår att direkthänvisningsregeln kvarstår i det nya regelverket för patientavgifter. Barn och unga under 18 år föreslås däremot inte omfattas av avgiftsbefrielsen vid hänvisning från en avgiftsbefriad vårdform till akutsjukhusens akutmottagningar. Vid hänvisning mellan olika närakuter och akutmottagningar föreslås särregeln fortsatt gälla även barn och unga.

Ekonomiska konsekvenser av förslaget

Beräkning av förslagets ekonomiska konsekvenser är behäftat med osäkerhet. Olika akutmottagningar rapporterar avgiftsbefrielsen enligt direkthänvisningsregeln på olika sätt. Det finns inte heller något sätt att avgöra vilka besök som avgiftsbefriats efter hänvisning från annan närakut eller akutmottagning och vilka besöks om avgiftsbefriats efter hänvisning från en annan avgiftsbefriad vårdform. Lågt räknat uppskattas förslaget medföra ökade avgiftsintäkter motsvarande 1,1 miljoner kronor per år.

Administrativa konsekvenser av förslaget

Förslaget bedöms medföra viss minskad administration för akutsjukhusen.

Konsekvenser för patientsäkerhet

Förslaget bedöms inte medför några konsekvenser för patientsäkerheten.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård

Förslaget bedöms inte medför några konsekvenser för jämlik och jämställd vård.

[33] Förutsättningarna att styra patienter genom patientavgiften ska inte överdrivas. Den förhållandevis låga nivån på högkostnadsskyddet bidrar till att patienter snabbt når upp till frikortsgränsen, varvid avgiftens styrande effekt helt försvinner. Det är därför rimligt att anta att andra faktorer såsom tillgänglighet, hänvisning via 1177 Vårdguiden och informationskampanjer, i större utsträckning bidrar till att styra invånarnas vårdkonsumtion och sökbeteende. Förutsättningarna att styra patienten bör därför ses i ett större sammanhang och avgiftens betydelse bör inte ges allt för stor vikt. Det är däremot angeläget att avgiften utformas på ett sådant sätt att den riskerar motverka regionens övergripande mål och intentioner.

Konsekvenser för miljön

Förslaget bedöms inte medför några konsekvenser för miljön.

2.3.2 Viss psykiatri

Regelverkets nuvarande lydelse:

Aktivitet	Avgiftsbefrielsen gäller för:
Viss psykiatri	Patient som saknar sjukdomsinsikt och där vårdbehovet föranleds av psykossjukdom. Avgiftsbefrielsen beslutas i det enskilda fallet av namngiven psykiater vid vårdande klinik.

Nuvarande undantag från patientavgift för viss psykiatri infördes 1997[34] och tillämpas inom öppen vård för individer med psykossjukdom där psykiater bedömer att det föreligger stor risk att vårdkontakten avbryts om avgift debiteras.

För psykospatienter som saknar sjukdomsinsikt är risken uppenbar att patienten inte kommer till vården, eftersom de inte anser sig vara sjuka. Patientavgifter riskerar därför skapa en negativ inställning hos de vårdbehövande. Många patienter med psykossjukdom har dessutom dålig ekonomi. Även om patienten har sjukdomsinsikt finns risk att en avgift skulle leda till att patienten behöver prioritera bort vården på grund av ekonomiska skäl. Det kan till exempel leda till att nödvändig läkemedelsadministrering inte genomförs, att patienter avbryter pågående behandling eller tar ordinerade läkemedel oregelbundet. Patienter skulle därmed riskera återinsjukna i svåra psykotiska tillstånd, vilket riskerar leda till lidande och ökade samhälleliga kostnader i form av ökat behov av akuta insatser och psykiatrisk heldygnsvård med stöd av lag om psykiatrisk tvångsvård (LPT).

Gällande undantag från patientavgift kommer sannolikt vara svårt att hantera i ett framtida automatiserat system för patientavgifter. Utredningen finner dock tydligt vägande skäl som talar för att undantaget bör gälla även i det nya regelverket för patientavgifter.

I kontakt med Stockholms läns sjukvårdsområdes (SLSO) Processägargrupp för Psykos[35] har det framförts önskemål om att regelverkets nuvarande lydelse bör harmoniseras med gällande principer för avgiftsbefriade läkemedel för patienter med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd[36]. En sådan harmonisering skulle innebära att avgiftsbefrielsen utvidgas till att även omfatta annan svår psykiatrisk sjukdom än psykos där patienten saknar sjukdomsinsikt och där avbruten eller utebliven behandling på grunda av förekommande patientavgifter, kan få allvarliga konsekvenser.

Processägargruppen framför vidare att det saknas tydlig, praktisk och gemensam dokumentation för hur avgiftsbefrielsen bör bedömas; hur gränsen ska dras för vilka patienter som ska vara avgiftsbefriade och hur länge avgiftsbefrielsen bör gälla. Detta medför risk för att avgiftsbefrielsen tillämpas olika mellan olika psykiatriska mottagningar.

[34] HSN 9612-1041, HSN 9612-0997, *Översyn av patientavgiftssystemets konstruktion och effekter*, Tjänstutlåtande 1997-04-09.
[35] Strålin, Pontus. E-mail. 2020-08-31, samt SLSO:s Processägargrupp för psykos, digitalt möte 2020-09-25.
[36] https://vardgivarguiden.se/globalassets/administration/verksamhetsadministration/lakemedel/lakemedelssubventioner/apoteksaktorer/regionsssubventioner-for-antipsykotiska-lakemedel.pdf (Hämtad 2020-02-03)

Utredningens förslag

Utredning finner vägande skäl till avgiftsbefrielsen för viss psykiatri och föreslår därför att detta undantag kvarstår i det nya regelverket för patientavgifter. För att underlätta tillämpningen av regeln föreslås att befogenheten att besluta om avgiftsbefrielsen utvidgas så att även annan namngiven specialistläkare än psykiater på vårdande mottagning kan ges detta mandat.

Vidare föreslår utredningen att regelverkets nuvarande lydelse avseende undantaget för ”viss psykiatri” harmoniseras med gällande principer för avgiftsbefriade läkemedel. Avgiftsbefrielsen föreslås gälla inom öppen vård för *”patienter med psykossjukdom eller annan svår psykiatrisk sjukdom med bristande sjukdomsinsikt som löper stor risk att avstå från eller avsluta kontakten med vården beroende på patientavgifter”* och beslutas av *”namngiven specialistläkare på den psykiatriska öppenvårdsmottagning där patienten vårdas”*.

Beslut om avgiftsbefrielsen bör kunna gälla för enstaka vårdkontakter såväl som återkommande vårdkontakter under längre tidsperioder, dock maximal 5 år. Om behov av fortsatt avgiftsbefrielse föreligger måste beslutet därefter förnyas av namngiven specialistläkare.

För att åstadkomma en så lika tillämpning av undantaget från patientavgift som möjligt föreslås hälso- och sjukvårdsförvaltningen, med stöd av Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO), ges i uppdrag att ta fram gemensamma riktlinjer och dokumentationsrutiner för beslut om avgiftsbefrielse för ”viss psykiatri”. I detta uppdrag bör även ingå att upprätta en plan för uppföljning av avgiftsbefrielsen med syfte att uppmärksamma förekommande skillnader i tillämpningen av avgiftsbefrielsen.

Ekonomiska konsekvenser av förslaget

Det är inte möjligt att bedöma i vilken utsträckning den föreslagna revideringen kommer att leda till ökad användning av avgiftsbefrielsen. Undantaget tillämpas för närvarande restriktivt. Bedömningen är därför att förslaget inte torde medföra några betydande ekonomiska konsekvenser.

Administrativa konsekvenser av förslaget

Beroende på vilka rutiner som för närvarande tillämpas i samband med beslut om avgiftsbefrielse i enlighet med denna regel, kan de nya riktlinjer och dokumentationsrutiner som föreslås tas fram, bidra till såväl ökad som minskad administration för vårdgivaren.

Hur avgiftsbefrielsen ska hanteras inom ramen för ett framtida automatiserat system för hantering av patientavgifter behöver särskilt beaktas i samband med utveckling och implementering av systemet. Detta bör även hållas i åtanke då riktlinjer och dokumentationsrutiner gällande avgiftsbefrielsen tas fram.

Konsekvenser för patientsäkerhet

Utredningen bedömer att förslaget kan bidra till viss ökad patientsäkerhet.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård

Undantaget från patientavgift för ”viss psykiatri” grundas på enskilda läkares bedömning av behovet av avgiftsbefrielsen. I denna situation finns alltid risk för att patienter i vissa fall behandlas olika. Förslaget att införa gemensamma riktlinjer, dokumentationsrutiner samt plan för uppföljning av tillämpningen syftar till att minska denna risk.

Konsekvenser för miljön

Utredningen bedömer att förslaget inte medför några konsekvenser för miljön.

2.4 Undantag som bör utredas närmare vid införandet av ett automatiserat avgiftssystem

I detta avsnitt presenteras undantag som utredningen av bedömer bör kvarstå åtminstone så länge ansvaret för hanteringen av patientavgifter åligger vårdgivarna. Då ett framtida centraliserat och automatiserat system för hantering av patientavgiften skulle förändra förutsättningarna för debitering och olika former av betalningslösningar, finner utredningen skäl att i ett senare skede närmare utreda frågan om avgift inom dessa verksamheter. Då inga förändringar gällande dessa undantag föreslås i nuläget, har inga konsekvensanalyser genomförts i denna del av utredningen.

2.4.1 Hembesök av jourläkare – jourläkarbil

Regelverkets nuvarande lydelse:

Aktivitet	**Avgiftsbefrielsen gäller för:**
Jourläkarbil	Hembesök av jourläkare (s.k. jourläkarbil)

Hembesök av jourläkare (så kallad jourläkarbil) är sedan januari 2020 undantagna från patientavgift. Patienten betalar varken avgift för läkarbesöket eller den tilläggsavgift som normalt sett tillkommer i samband med ett hembesök.

Bakgrunden till detta undantag är att de prioriterade grupperna för denna verksamhet främst består av äldre och barn som har avgiftsfri öppen vård. Andelen betalande patienter för dessa tjänster är relativt liten. Samtidigt är administration av patientavgifter tids- och resurskrävande, inte minst då avgiften ska hanteras i patientens hem. Undantaget från patientavgift bidrar därmed till effektivare processer och lägre administrativa kostnader.

Givet det decentraliserade system för hantering av patientavgifter som för närvarande tillämpas i Region Stockholm, gör utredningen bedömningen att undantaget från patientavgift är fortsatt motiverat. Undantaget avser en väl avgränsad verksamhet och är inte förknippat med några tolknings- eller gränsdragningsproblem. Att ta bort avgiftsbefrielsen skulle under nuvarande förutsättningar bidra till ökad administrativ börda för vårdgivarna.

Utredningens förslag

Utredningen föreslår att nuvarande undantag från patientavgift för hembesök av jourläkare kvarstår i det nya regelverket. Möjligheten att återinföra avgiften bör utreds närmare i samband med ett eventuellt införande av ett framtida centraliserat och automatiserat system för hantering av patientavgifter.

2.4.2 Hemrehabilitering

Regelverkets nuvarande lydelse:

Aktivitet:	**Avgiftsbefrielsen gäller för:**
Hemrehabilitering	Behandling i hemmet oavsett vilken yrkeskategori som patienten träffar.

Hemrehabilitering är en samordnad insats med flera professioner som kan pågå under längre tid och tillämpas då patienten bedöms ha bättre förutsättningar att uppnå rehabiliteringsmålen genom insats i det ordinära boendet. Patienterna är ofta äldre och sköra personer med multipla

sjukdomstillstånd. Vårdbehovet är ofta omfattande och inte sällan är patienten även i behov av hemsjukvård och hemtjänstinsatser via kommunen.

I Region Stockholm bedrivs hemrehabilitering för närvarande inom Vårdval Primärvårdsrehabilitering (både basuppdrag och tilläggsuppdrag neuroteam), samt till viss del inom Vårdval Logopedi och Vårdval Specialiserad fysioterapi. Inom dessa vårdavtal bedriver vårdgivarna mottagningsverksamhet, hembesök och insatser inom hemrehabilitering. Med hembesök avses enstaka besök eller kortare insatser hos patienter som inte omfattas av hemrehabilitering. För enstaka hembesök ska patienten betala samma avgift som för ett mottagningsbesök.

Undantag från patientavgift för hemrehabilitering har gällt åtminstone sedan 1996. Då var avgiftsbefrielsen begränsad till besök som utfördes av arbetsterapeut och fysioterapeut. År 2003 byggdes hemrehabiliteringen ut och rehabteamen startade sin verksamhet. Ett av syftena med detta var att påskynda utskrivning från sluten vård och att patienter i stället skulle rehabiliteras i hemmet.

När patienter som är aktuella för hemrehabilitering skrivs ut från sluten vård är behovet av snabbt omhändertagande i hemmet stort. Det kan därför krävas många insatser från hemrehabiliteringen. I samband med utbyggnaden av hemrehabiliteringen fördes därför en diskussion om huruvida öppenvårdsavgiften kunde riskera försvåra övergången från sluten till öppen vård. Det fanns en oro för att patienten av ekonomiska skäl skulle välja att avstå från insatserna inom öppen vård, vilket i sin tur ansågs påverka förutsättningarna för utskrivningsprocessen. Avgiftsbefrielsen för hemrehabilitering utvidgades därför till att omfatta fler yrkeskategorier än enbart arbetsterapeut och fysioterapeut. Verksamhetsområdet har därefter utvecklats ytterligare och sedan 2015 gäller avgiftsbefrielsen all hemrehabilitering, oavsett vilken yrkeskategori som patienten träffar.

Även till dags dato finns en oro för att patienter på grund av ekonomiska skäl skulle avstå från vissa typer av vårdkontakter, exempelvis arbete med att förebygga fallskador och andra typer av preventiva insatser där många patienter inte själva ser behovet. Denna oro fanns även i Region Östergötland i samband med att patientavgift skulle införas gällande hemrehabilitering och hemsjukvård. Enligt uppgift från dåvarande verksamhetschef över primärvårdsrehabilitering i Region Östergötlands centrala länsdel, syntes ingen minskning av antalet inskrivna patienter. Dåvarande verksamhetschef upplevde inte heller att patienter avstod från vård i större utsträckning än tidigare.[37] Någon strukturerad utvärdering av effekterna tycks dock inte ha genomförts.

Ett annat argument för avgiftsbefrielsen är att det är tids- och resurskrävande att administrera patientavgiften hemma hos patienten samt att hanteringen bedöms utgöra en säkerhetsrisk för vårdpersonalen. Utredningen gör bedömningen att detta argument alltjämt är aktuellt, även om den tekniska utvecklingen bidragit till att underlätta för olika former av betalningar i hemmet.

Som framförs i inledningen till denna promemoria är syftet med föreliggande uppdrag dels att förenkla regelverket och därmed underlätta den nuvarande administrationen, dels att förbereda och skapa förutsättningar för införandet av ett framtida automatiserat avgiftssystem. Det kan i detta sammanhang konstateras att det för närvarande inte finns någon knivskarp gräns för när en patient ska anses omfattas av hemrehabilitering och när det är fråga om enstaka hembesök. Vårdkontakter inom hemrehabilitering rapporteras på samma sätt som enstaka hembesök. Detta försvårar förutsättningarna för att hantera gällande undantag i ett framtida centraliserat och automatiserat patientavgiftssystem.

[37] Roxå, Eva. E-mail. 2020-09-28, 2020-09-29 och 2020-12-10.
Utredningen har försökt men inte lyckats få dessa uppgifter bekräftade från Region Östergötland.

Samtidigt skulle ett centraliserat och automatiserat avgiftssystem förändra förutsättningarna för debitering och olika former av betalningslösningar inom vården. Dessa skulle i sin tur kunna motverka risken för att patienter av ekonomiska skäl väljer att avstå från vissa typer av hemrehabiliteringsinsatser.

Som exempel kan nämnas att patienter i Region Värmland, sedan införandet av automatiserad månadsfakturering, kan välja att enbart betala en viss del av det fakturerade beloppet och att det därmed upprättas en automatisk avbetalningsplan för resterande belopp. För patienter med långvarigt återkommande behov av hemrehabiliteringsinsatser skulle patientavgiften med denna typ av avbetalningslösningar snarare kunna liknas vid en fast månadsavgift upp till frikortsnivån. Patienten skulle då betala samma belopp per månad oavsett antalet vårdkontakter.

Utredningens förslag

Utredningen föreslår att undantaget från patientavgift för hemrehabilitering kvarstår tills vidare. Frågan bör dock utredas närmare i samband med att utvecklingen av ett eventuellt framtida centraliserat och automatiserat avgiftssystem påbörjas.

En sådan utredning bör belysa hur systemet skulle kunna utformas för att underlätta olika former av avbetalningslösningar, som kan bidra till att minska risken för att patienter avstår från nödvändiga vårdkontakter på grund av förekommande patientavgifter.

Vidare bör hänsyn tas till behovet av att ur ett avgiftsperspektiv behandla hemsjukvård, hemrehabilitering och hembesök i särskilt boende lika. Att debitera avgift inom en av dessa verksamheter men inte de andra skulle kunna uppfattas såväl svårmotiverat som svårförståeligt.

2.4.3 Hemsjukvård

Regelverkets nuvarande lydelse:

Aktivitet:	**Avgiftsbefrielsen gäller för:**
Hemsjukvård	Besök i hemmet av vårdgivare som har uppdrag att utföra insatser för patienter som omfattas av hemsjukvård. Gäller även personer inskrivna i ASIH, avancerad sjukvård i hemmet. Vid besök på mottagning betalar patienten gällande avgift för besöket. Avgiftsbefrielsen gäller inte heller för videomöte som ersätter ett fysiskt mottagningsbesök.

Hemsjukvård är en egen vårdform och kan ses som ett mellanting mellan öppen och sluten vård. Av Socialstyrelsens termbank framgår att hemsjukvård avser *”hälso- och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande och som är sammanhängande över tiden”*. I formell mening rapporteras dock hemsjukvård (inklusive ASIH) som öppen vård.

Basal hemsjukvård

Basal hemsjukvård kan beviljas patienter som har svårt att ta sig till sin husläkarmottagning eller som behöver hälso- och sjukvårdvård flera gånger i veckan. För att beviljas hemsjukvård krävs att vårdbehovet beräknas kvarstå under minst 14 dagar och att patienten bedöms ha behov av minst två insatser i hemmet per kalendermånad.

I samtliga av landets regioner (undantag Region Stockholm) har den basala hemsjukvården kommunaliserats. Ansvaret för de läkarinsatser som utförs inom den kommunala hemsjukvården åligger dock regionerna. I flertalet regioner debiteras vanlig patientavgift för dessa läkarbesök.

Avgift för hemsjukvård som en kommun ansvarar för gäller enligt de taxor som kommunen beslutat. Dessa avgifter omfattas då av den kommunala maxtaxa som regleras av socialtjänstlagen. Avgifterna får inte tillgodoräknas i högkostnadsskyddet för öppen vård. Den kommunala maxtaxan är knuten till prisbasbeloppet och uppgår för närvarande till drygt 2 100 kronor per månad.[38]

En kartläggning av kommunernas avgiftssystem som Socialstyrelsen lät genomföra 2014, visar att avgifterna inom den kommunala hemsjukvården varierar och är utformade på olika sätt. När kartläggningen genomfördes hade nära en fjärdedel av kommunerna ett avgiftssystem för hemsjukvård som liknar regionernas avgiftssystem för besök inom öppen vård. Det vill säga att patienten betalade en fast avgift per utfört besök. Drygt 40 procent av kommunerna tillämpade en fast månadsavgift för hemsjukvård och i 14 procent av kommunerna var hemsjukvården avgiftsfri. I övriga kommuner tillämpades timtaxa eller någon annan form av avgiftssystem. Av kartläggningen framgick att utvärderingar av avgiftssystemet pågick i flera kommuner och att dessa övervägde att övergå till en fast månadsavgift i hemsjukvården.[39]

Undantaget från patientavgift för hemsjukvård i Region Stockholm har bland annat motiverats utifrån administrativa och praktiska skäl. Att hantera kontanter vid ett hembesök är både tidskrävande och kan innebära en säkerhetsrisk för personalen.[40]

Det finns även en oro för att patientavgifter inom hemsjukvården skulle försämra förutsättningarna för förebyggande arbete och minska patienters deltagande i proaktiva insatser. Patienter i hemsjukvården är ofta väldigt sjuka och gamla människor med dålig ekonomi. Om patienter på grund av ekonomiska skäl väljer att avstå från nödvändig vård, skulle det kunna leda till ökad risk för återinläggning i sluten vård och ökat antal besök på akuten.

Denna oro fanns även i Region Östergötland i samband med att patientavgift skulle införas inom hemrehabilitering och hemsjukvård. Enligt uppgift från dåvarande verksamhetschef över primärvårdsrehabilitering i Region Östergötlands centrala länsdel, syntes ingen minskning av antalet inskrivna patienter efter att avgiften hade införts. Dåvarande verksamhetschef upplevde inte heller att patienter avstod från vård i större utsträckning än tidigare. Högkostnadsskyddet för öppen vård tros vara en bidragande orsak till detta.[41] Någon närmare utvärdering av effekterna tycks inte ha genomförts.

Vidare visar erfarenheter från 2016 att äldres besöksmönster inte förändrades nämnvärt när avgiftsfri öppen vård infördes i Region Stockholm för personer 85 år och äldre. Antalet vårdkontakter i denna åldersgrupp hade då en konstant ökning med ca 1 procent per år, vilket var en naturlig

---

[38] Socialstyrelsen, *Uppgifter för beräkning av avgifter inom äldre- och funktionshinderomsorgen år 2021*, Meddelandeblad Nr 6/2020. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/meddelandeblad/2020-12-7094.pdf (Hämtad 2020-10-22)

[39] Socialstyrelsen, *Avgifter inom äldreomsorgen. Kartläggning och analys av kommunernas avgiftssystem,* 2014. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2014-5-9.pdf (Hämtad 2020-10-22)

[40] Vårdgivare som har uppdrag att bedriva basal hemsjukvård under kvällar, nätter och helger har dessutom inte nödvändigtvis något etablerat kassasystem.

[41] Roxå, Eva. E-mail. 2020-09-28, 2020-09-29 och 2020-12-10.
Utredningen har försökt men inte lyckats få dessa uppgifter bekräftade från Region Östergötland.

utveckling med hänsyn till den demografiska utvecklingen. Denna erfarenhet indikerar att äldre patienters vårdkonsumtion inte primärt styrs av förekommande avgifter.

Socialstyrelsens kartläggning och analys av kommunernas avgiftssystem visar även att endast en liten andel äldre avstår från vård och omsorgsinsatser (sjukvård, rehabilitering, tandvård, läkemedel och hemtjänst) som de anser sig ha behov av. Av dem som avstår är det endast en liten del som avstår på grund av ekonomiska skäl.[42]

Högkostnadsskyddet för öppen vård har sannolikt spelat en avgörande betydelse till varför patientavgiften inte tycks haft någon avgörande betydelse för äldre personers och hemsjukvårdspatienters vårdkonsumtion. Många av insatserna inom den basala hemsjukvården sker på ordination och utgör vård som patienten i annat fall hade erhållit vid vanliga mottagningsbesök. För denna typ av insatser bedöms patientavgiftens eventuellt avhållande effekt inte vara större inom hemsjukvården än för övrig mottagningsverksamhet.

Oron för att patientavgifter försvårar olika former av proaktivt arbete bör därför inte ses specifikt för hemsjukvården, utan snarare generellt för all sorts förebyggande vård. Det kan handla om olika typer av hälsofrämjande insatser, uppsökande verksamhet och insatser som görs för tidig upptäckt. Denna fråga bör därför varken begränsas till eller vara avgörande för frågan om avgiftsbefrielsen för hemsjukvård.

Syftet med föreliggande uppdrag är dels att förbereda och skapa förutsättningar för införandet av ett framtida centraliserat och automatiserat patientavgiftssystem, dels att underlätta administration för nuvarande avgiftshantering. Att avskaffa nuvarande avgiftsbefrielsen inom hemsjukvården skulle sannolikt öka vårdgivarnas administrativa börda, snarare än att minska den. Mot denna bakgrund har utredningen inte funnit det motiverat att i nuläget ta bort föreliggande undantag för hemsjukvård.

När ett framtida automatiserat avgiftssystem införs, undanröjs de administrativa skäl som talar för nuvarande avgiftsbefrielse. Rent tekniskt torde det gå att hantera avgiftsbefrielsen för hemsjukvård i ett framtida centraliserat och automatiserat avgiftssystem[43]. Ju fler parametrar som byggas in, desto mer komplext blir dock systemet och risken för felaktig debitering ökar. Ur ett administrativt perspektiv finns det således skäl som talar för att undantaget från patientavgift bör tas bort i samband med ett införande av detta system.

Ett annat skäl som talar för att avgiftsbefrielsen för hemsjukvård bör tas bort är att det, utifrån ett likabehandlingsperspektiv, kan vara svårt att motivera varför patienter i hemsjukvården inte ska betala någon avgift, medan övriga patienter får betala för motsvarande vård antingen vid ett mottagningsbesök (eventuell avgift för sjukresa tillkommer) eller vid ett hembesök.

Det bör även beaktas att ett framtida centraliserat och automatiserat avgiftssystem skulle förändra förutsättningarna för debitering och olika former av betalningslösningar inom vården. Dessa skulle i sin tur kunna motverka risken för att patienter av ekonomiska skäl väljer att avstå från vissa typer av vårdkontakter.

---

[42] Socialstyrelsen, *Avgifter inom äldreomsorgen. Kartläggning och analys av kommunernas avgiftssystem,* 2014. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2014-5-9.pdf (Hämtad 2020-10-22)

[43] Till skillnad mot förutsättningarna för hemrehabilitering, finns det vissa parametrar som sannolikt skulle kunna användas som markör för att filtrera ut hemsjukvårdskontakter som avgiftsbefriade i ett framtida automatiserat avgiftssystem.

Som exempel kan nämnas att patienter i Region Värmland, sedan införandet av automatiserad månadsfakturering, kan välja att enbart betala en viss del av det fakturerade beloppet och att det därmed upprättas en automatisk avbetalningsplan för resterande belopp. För patienter med långvarigt återkommande behov av hemsjukvård skulle patientavgiften med denna typ av avbetalningslösningar snarare kunna liknas vid en fast månadsavgift upp till frikortsnivån. Patienten skulle då betala samma månadsbelopp oavsett antalet hemsjukvårdskontakter.

Avancerad sjukvård i hemmet

Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) är ett komplement eller alternativ till sluten vård när den basala hemsjukvården inte räcker till. En förutsättning för vård inom ASIH är att patienten och de närstående i patientens hushåll accepterar vårdformen.[44]

Argumenten för avgiftsbefrielsen för patienter som är inskrivna i ASIH är till viss del de samma som nu framförts gällande patienter i basal hemsjukvård. Även inom ASIH finns praktiska och administrativa skäl som talar för att vården bör vara avgiftsbefriad utifrån vårdgivarnas nu gällande administrativa förutsättningar.

Inom ASIH tillkommer även en etisk dimension, eftersom det ofta rör sig om vård i livets slutskede. Detta framförs i vissa fall som argument till varför ASIH bör vara avgiftsbefriad. Det bör dock beaktas att sådan hänsyn inte tas när det gäller avgifter för patienter inskrivna inom palliativ sluten vård.

Ett annat argument som framförs för avgiftsbefrielsen inom ASIH är att vårdformen till viss del kan anses utgöra en del av sluten vården och att patienter inom sluten vård inte debiteras avgift för den vård som ges. Slutenvårdsavgiften avser i stället en avgift för kost och logi. När vården ges i patientens hem kan det därför tyckas såväl omotiverat som ologiskt att debitera patientavgift även om vården i formel mening rapporteras som öppen vård.

Utredningens förslag

Utredningen föreslår att undantaget från patientavgift inom basal och avancerad hemsjukvård kvarstår tills vidare. Frågan bör dock utredas närmare i samband med att utvecklingen av ett eventuellt framtida centraliserat och automatiserat avgiftssystem påbörjas.

En sådan utredning bör belysa hur systemet skulle kunna utformas för att underlätta olika former av avbetalningslösningar, som kan bidra till att minska risken för att patienter avstår från nödvändig vård på grund av förekommande patientavgifter.

Vidare bör hänsyn tas till behovet av att ur ett avgiftsperspektiv behandla hemsjukvård, hemrehabilitering och hembesök i särskilt boende lika. Att debitera avgift inom en av dessa verksamheter men inte andra, kan uppfattas såväl svårmotiverat som svårförståeligt. Eventuella risker för gränsdragningsproblem och undanträngningseffekter som kan uppstå om exempelvis basal hemsjukvård avgiftsbeläggs medan avgiftsbefrielsen för ASIH kvarstår, bör också belysas inom ramen för en sådan utredning.

[44] https://vardgivarguiden.se/avtal/vardavtal/avtal-vardval-lov/lov-vardval-stockholm/avancerad-sjukvard-i-hemmet/ (Hämtad 2020-12-10)

2.4.4 Särskilt boende

Regelverkets nuvarande lydelse:

Patientkategori:	Avgiftsbefrielsen gäller för:
Särskilt boende	Hembesök av distriktssköterska, husläkare eller geriatriker hos person som av kommun beviljats särskilt boende. Make eller maka som bor med en person som beviljats särskilt boende omfattas också av avgiftsbefrielsen. Vid besök på mottagning betalar patienten gällande avgift för besöket.

Avgiftsbefrielsen för läkarbesök i hemmet för patienter i särskilt boende infördes 1999. Som argument till avgiftsbefrielsen framfördes bland annat att patientavgifterna varierade beroende på om patienten bodde på ett sjukhem (där läkarbesök var avgiftsbefriade) eller i ett annat särskilt boende (där sedvanlig patientavgift debiterades). Vidare framfördes att hanteringen av patientavgiften var omfattande och tidskrävande samt att avgiften riskerade leda till underdiagnostisering och därmed risk för ”onödig” överföring till akutsjukhus.[45]

Andra argument till avgiftsbefrielsen som framförs är att dessa läkarbesök ofta initieras av sjuksköterska på boendet eller av läkaren själv och att förekommande avgifter riskerar försvåra det samspel som ska finnas mellan läkare och personalen på boendet.

Det kan även tilläggas att flertalet vårdgivare som tillhandahåller läkarinsatser inom särskilt boende inte har någon kassafunktion. Dessutom är nära 80 procent av alla personer som är listade på ett särskilt boende avgiftsbefriade på grund av frikort eller uppnådd ålder. Mot denna bakgrund, samt med beaktande av framtida planer att införa ett automatiserat system för hantering av patientavgifter, finner utredningen det inte motiverat att i nuläget avskaffa undantaget för särskilt boende.

Det kan dock konstateras att undantaget för särskilt boende i sin nuvarande lydelse lämnar utrymme för viss tolkning. Till att börja med är det inte tydligt om avgiftsbefrielsen enbart avser särskilt boende för äldre eller om undantaget även gäller särskilda boenden inom socialpsykiatrin och LSS-boenden. För att beviljas ett särskilt boende för äldre, inom socialpsykiatri eller ett LSS-boende krävs att personen har ett omfattande omsorgsbehov. Utifrån ett likabehandlingsperspektiv gör utredningen därför bedömningen att det i ett avgiftssammanhang inte bör göras någon åtskillnad mellan äldre personer och personer som bor i ett särskilt boende på grund av en funktionsvariation.

Vidare nämns inte läkare som är verksamma inom vårdval *Läkarinsatser i särskilt boende för äldre* i avgiftsregelverkets nuvarande lydelse. Undantaget tillämpats dock även för hembesök av dessa läkare. Därutöver har utredningen inte kunnat finna något beslut om att hembesök av distriktssköterska hos person som beviljats särskilt boende ska vara avgiftsfria. Då särskilda boenden i vissa fall inte har tillgång till denna specialistnivå på sjuksköterska, är det dock rimligt att dessa vårdkontakter avgiftsmässigt behandlas på samma sätt som ett läkarbesök.

[45] HSN 9612-1041, *Utredning om Stockholms läns landstings patientavgifter i hälso- och sjukvården, Del 1,* 1997.

Avslutningsvis kan nämnas att utredningen inte har kunnat finna några motiv till varför undantaget för särskilt boende även omfattar sammanboende make eller maka. En möjlig förklaring skulle kunna vara att det ansetts underlätta administrationen om en läkare i samband med ett hembesök också ger vård till en sammanboende utan biståndsbeslut. Någon motsvarande avgiftsbefrielse finns dock inte för personer som sammanbor med någon som är inskriven i hemsjukvården.

Utredningens förslag

Utredningen föreslår att undantaget från patientavgift för hembesök av läkare och distriktssköterska hos personer som beviljats särskilt boende kvarstår. Frågan bör dock utredas närmare i samband med att utvecklingen av ett eventuellt framtida centraliserat och automatiserat avgiftssystem påbörjas.

För att förtydliga och främja förutsättningarna för enhetlig tillämpning av undantaget, föreslås att det i regelverket klargörs att undantaget omfattar såväl särskilt boende för äldre som särskilt boende inom socialpsykiatrin och LSS.

Vidare föreslår utredningen att regelverket revideras så att undantaget uttryckligen omfattar samtliga läkarkategorier som en patient inom särskilt boende kan välja att lista sig hos.

För att harmoniera mot avgiftsbefrielsen för hemsjukvård föreslår utredningen även att regelverket revideras så att undantaget inte omfattar sammanboende make eller maka utan biståndsbeslut.

2.5 Undantag och särregler som föreslås tas bort

I detta avsnitt presenteras undantag och särregler som utredningen föreslår inte ska finnas kvar i det nya regelverket för patientavgifter.

2.5.1 30-minutersregeln

Regelverkets nuvarande lydelse:

30-minutersregeln

Patientavgiften ska på patientens begäran återbetalas om patienten utan rimlig anledning fått vänta längre än 30 minuter från den tidpunkt då besöket var bokat. Regeln gäller endast planerade besök.

Notering i högkostnadsskyddet ska kvarstå även om avgiften betalas tillbaka.

Tolkning av ”rimlig anledning” ska göras generöst gentemot patienten. Återbetalning vid lång väntan bör snarare vara regel än undantag.

Ett besök anses ha startat om provtagning eller annan undersökning som ingår i besöket har påbörjats. Det räcker inte att ropa upp patienten och placera denne i ett annat rum utan att vidta någon ytterligare åtgärd.

För att återbetalning av avgift ska godkännas förutsätts att patienten kommer på utsatt tid och att återbetalningen sker i direkt anslutning till besöket.

Undantag: Regeln om återbetalning av avgift gäller inte vid:

- Akutbesök - även då patienten fått en preliminär tid
- Hembesök
- Hälsokontroll, vaccinering för utlandsvistelse m.m.
- Laboratoriebesök
- Besök vid BVC/MVC
- Besök hos vårdgivare som har ersättning enligt lag om läkarvårdsersättning eller lag om ersättning för fysioterapi.

De allra flesta av landets regioner har för närvarande en regel som innebär att patienten har rätt att få patientavgiften återbetald vid lång väntan vid ett besök. Endast Region Sörmland och Region Örebro avviker med att inte erbjuda någon kompensation.

Att patienten har rätt att få erlagd besöksavgift återbetald om patienten fått vänta vid ett bokat besök handlar dels om att kompensera och visa respekt för patientens tid, dels att signalera vårdgivarens ansvar för att i möjligaste mån undvika att förseningar uppstår. Regeln kan även uppfattas som en motvikt till gällande avgift för uteblivet besök. Kompensation ges dock inte till personer med frikort eller vars besök varit avgiftsbefriade av annan anledning.

Samtidigt innebär 30-minutersregeln en ökad administrativ börda för vårdgivare som behöver hantera makulering, omregistrering och återbetalning av avgiften. Eftersom 30-minutersregeln kräver manuell hantering av personal hos vårdgivaren, kan regeln dessutom försämra förutsättningarna att tillvarata den effektiviseringspotential som ett framtida centraliserat och automatiserat system för patientavgifter medför.

Utredningens förslag

Utredningen föreslår att 30-minutersregeln tas bort i det nya avgiftsregelverket. Patienter kommer därmed inte ha rätt att få patientavgiften återbetald på grund av att patienten fått vänta mer än 30 minuter vid ett planerat besök.

Ekonomiska konsekvenser av förslaget

År 2019 rapporterades totalt 921 besök på taxa 25 *Återbetalning enligt 30-minutersregeln.* Med hänsyn till det låga antalet rapporterade besök på denna taxa 25, i relation till det totala antalet öppenvårdsbesök under ett år, finns dock skäl att misstänka att statistiken inte ger en fullständig bild av antalet återbetalningar enligt denna regel. De ekonomiska konsekvenserna av förslaget har därför inte beräknats.

Administrativa konsekvenser av förslaget

Utredningen bedömer att förslaget medför minskad administration för vårdgivare.

Att patienter inte kompenseras vid försenade besök samtidigt som de debiteras en avgift när de själva uteblir eller lämnar sent återbud till ett planerat besök, skulle kunna uppfattas som orättfärdigt. Förslaget skulle därmed kunna bidra till ett ökat antal klagomål från patienter.

Konsekvenser för patientsäkerhet

Utredningen bedömer att förslaget inte medför några konsekvenser för patientsäkerheten.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård

Utredningen bedömer att förslaget inte medför några konsekvenser för jämlik och jämställd vård.

Konsekvenser för miljön

Utredningen bedömer att förslaget inte medför några konsekvenser för miljön.

2.5.2 Första besök hos geriatriker efter remiss från husläkare

Regelverkets nuvarande lydelse:

Läkarbesök	Avgift
Första besök hos geriatriker med remiss från läkare på husläkarmottagning eller specialist inom allmänmedicin som får ersättning enligt lag om läkarvårdsersättning.	0 kr

(Fullständig tabell över avgifter för läkarbesök återfinns i Regelverk för patientavgifter.)

Vid första besöket hos läkare vid geriatrisk mottagning efter remiss från läkare på husläkarmottagning betalar patienten för närvarande ingen patientavgift. Bakgrund och motiv till denna avgiftsreduktion är densamma som för särregeln *Första besök hos läkare vid specialistmottagning efter remiss från husläkare*. Se vidare avsnitt 2.5.3.

Utredningens förslag

Utredningen föreslår att nuvarande särregel avseende första besök hos läkare vid geriatrisk mottagning tas bort och att patienten därmed betalar vanlig patientavgift för dessa besök.

Ekonomiska konsekvenser av förslaget

Förslaget väntas medföra viss ökning av patientavgiftsintäkterna. Uppgifter om antalet besök efter remiss från husläkarmottagning saknas och det är därför inte är möjligt att uppskatta de ekonomiska konsekvenserna av förslaget.

Administrativa konsekvenser av förslaget

Förslaget bedöms underlätta administrationen för patientavgifter. Förändring bidrar även till att underlätta införandet av ett framtida automatiserat patientavgiftssystem, vilket i sig skulle bidra till minskad administration och effektivare hantering.

Konsekvenser för patientsäkerhet

Utredningen bedömer att förslaget inte medför några konsekvenser för patientsäkerheten.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård

Utredningen bedömer att förslaget inte medför några konsekvenser jämlik och jämställd vård.

Konsekvenser för miljön

Utredningen bedömer att förslaget inte medför några konsekvenser för miljön.

2.5.3 Första besök hos läkare vid specialistmottagning efter remiss från husläkare

Regelverkets nuvarande lydelse:

Läkarbesök	Avgift
Första besök hos läkare på specialistmottagning med remiss från läkare på husläkarmottagning eller specialist inom allmänmedicin som får ersättning enligt lag om läkarvårdsersättning.	200 kr

(Fullständig tabell över avgifter för läkarbesök återfinns i Regelverk för patientavgifter.)

Ovanstående särregel innebär att en patient som remitteras från en husläkare till specialistvården betalar en reducerad patientavgift vid det första läkarbesöket på specialistmottagningen. Genom avgiftsreduktionen blir summan av de avgifter som patienten får betala densamma som om

patienten uppsökt specialistmottagningen utan föregående remiss[46]. Syftet med avgiftsreduktionen är att motverka att patienter avstår från att ta en inledande kontakt med sin husläkare.

Motsvarande avgiftsreduktion för första besök på specialistmottagning finns i ytterligare nio av landets regioner. I övriga regioner finns ingen sådan särregel. I dessa regioner betalar patienten lika mycket för första läkarbesöket oavsett om denne kommit efter remiss från primärvården eller inte.

Vid jämförelser med andra regioner bör det beaktas att förutsättningarna i Region Stockholm i många avseenden skiljer sig från övriga delar av landet. Framförallt bidrar de geografiska förutsättningarna och ett förhållandevis stort utbud av specialistmottagningar till en relativt god tillgänglighet till specialiserad vård i Region Stockholm. Detta kan påverka behovet av att på olika sätt styra patienter i vården.

I sammanhanget kan nämnas att avgiftsreduktion vid första besök på specialistmottagning efter remiss från husläkare framförallt tillämpas i landets mest folkrika eller befolkningstäta regioner. Bland de regioner som inte tillämpar avgiftsreduktionen hör Uppsala och Östergötland till de största regionerna. I Region Uppsala togs avgiftsreduktionen bort i januari 2020. Under de första månaderna medförde förändringen inga större reaktioner eller synpunkter bland invånarna. Mer långsiktiga slutsatser är dock svårt att dra med hänsyn till hur pågående pandemi därefter kommit att påverka vården.

Patientavgiftens styrande effekt har de senaste åren alltmer kommit att ifrågasättas. Den förhållandevis låga nivån på högkostnadsskyddet bidrar till att patienter snabbt erhåller frikort, varvid avgiftens styrande effekt försvinner. Förutsättningar att styra patienten bör därför ses i ett större sammanhang. Det är rimligt att anta att andra faktorer såsom exempelvis tillgänglighet, 1177 Vårdguiden, informationskampanjer och förekommande remisskrav i större utsträckning påverkar invånarnas vårdkonsumtion och vårdsökande.

Det är oklart i vilken utsträckning avgiftsreduktionen för första besök efter remiss motverkar vårdsökande på högre vårdnivå än nödvändigt. Samtidigt kan konstateras att avgiftsreduktionen innebär ökad administration bland vårdgivare. Särregeln kan även försvåra utveckling och implementering av ett framtida centraliserat och automatiserat patientavgiftssystem.

Utredningens förslag

Utredningen föreslår att nuvarande särregel avseende första besök hos läkare vid specialistmottagning tas bort.

Ekonomiska konsekvenser av förslaget

Förslaget innebär att avgiftsreduktionen för första besök vid specialistmottagning efter remiss från husläkare tas bort och att patienter därmed betalar full avgift för sådana besök.

Utifrån nu gällande patientavgiftsnivåer beräknas förslaget medföra ökade patientavgiftsintäkter med omkring 16 miljoner kronor. Om enhetstaxa på 250 kronor införs enligt förslag i hälso- och sjukvårdsförvaltningens promemoria *Utredning om förenkling av Regelverk för patientavgifter -*

[46] Patient som först uppsöker husläkare och därefter remitteras till specialistvård betalar 200 kronor hos husläkaren och 200 kronor för första besöket hos läkare vid specialistmottagning. Patient som går direkt till specialistmottagning utan remiss från husläkare, omfattas inte av särregeln och betalar därför 400 kronor för vårdkontakten.

Enhetstaxa[47]*,* skulle kostnaden för att behålla särregeln uppgå till 30 miljoner kronor i termer av uteblivna avgiftsintäkter.[48]

Administrativa konsekvenser av förslaget

Förslaget bedöms underlätta nuvarande administration för patientavgifter. Förslaget bidrar även till att underlätta införandet av ett framtida automatiserat patientavgiftssystem, vilket på sikt kan leda till minskad administration och effektivare hantering.

Konsekvenser för patientsäkerhet

Utredningen bedömer att förslaget inte medför några konsekvenser för patientsäkerheten.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård

Utredningen bedömer att förslaget inte medför några konsekvenser jämlik och jämställd vård.

Konsekvenser för miljön

Utredningen bedömer att förslaget inte medför några konsekvenser för miljön.

2.5.4 LSS personkrets 3

Regelverkets nuvarande lydelse:

Patientkategori	**Avgiftsbefrielsen gäller för:**
LSS personkrets 3	Personer tillhörande LSS personkrets 3 och som inte ingår i habiliteringscentrens verksamhetsansvar. Avgiftsbefrielsen gäller endast för besök hos fysioterapeut. Bedömningen om en person tillhör LSS personkrets 3 utförs av Regionens Habiliteringscenter, Försäkringskassan, eller socialtjänsten inom kommunen.

LSS personkrets 3 omfattar personer som har varaktiga fysiska eller psykiska funktionsnedsättningar som inte uppenbart beror på normalt åldrande och som inte heller beror på utvecklingsstörning, autism, autismliknande tillstånd, eller betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder[49].

För att innefattas i LSS personkrets 3 krävs att den enskilde uppfyller samtliga rekvisiten i lagstiftningen. Det vill säga, det ska vara en fysisk eller psykisk funktionsnedsättning som är varaktig och inte övergående. Funktionsnedsättningen får inte vara orsakad av normalt åldrande, ska vara stor och förorsaka betydande svårigheter i den dagliga livsföringen vilket medför ett omfattande behov av stöd eller service. Med betydande svårigheter menas att den enskilde inte på egen hand kan klara vardagsrutiner som toalettbestyr och hygien, påklädning, måltider, kommunikation, förflyttningar och träning eller behandling.

Nuvarande undantag från patientavgifter för denna patientkategori gäller sedan 1 augusti 2001. Utredningen har inte kunnat finna någon fakta kring bakgrunden eller motivet till detta undantag.

[47] HSN 2021-0280

[48] Beräkningarna grundas på antagande om att 35 procent av avgiftsintäkterna uteblir till följd av frikortseffekten. Den ekonomiska konsekvensanalysen i förslaget om enhetstaxa har utgått från att avgiftsreduktionen för första besök efter remiss har tagits bort.

[49] 1 §, 3., Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Kontakt har bland annat tagits med det regionala programområdet (RPO) rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin. Efter muntlig diskussion mellan medlemmarna i programrådet framfördes följande svar: *”RPO rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin kan sammantaget inte se att det finns logiska skäl att undanta avgift för just denna grupp. En av grundprinciperna är att erbjuda en jämlik vård och det finns högkostnadsskydd och frikort för alla.”*[50]

Det har inte varit möjligt att följa upp hur många patienter inom vården som omfattas av avgiftsbefrielsen eller hur många vårdkontakter som undantas från patientavgift med hänvisning till denna. Svar från Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) och det regionala programområdet tyder på att avgiftsbefrielsen tillämpas i liten utsträckning. Kännedomen bland vårdgivare förefaller vara relativt låg.[51]

Utredningen gör bedömningen att nuvarande undantag från patientavgift inte kommer att kunna hanteras i ett framtida automatiserat system utan manuell handpåläggning av vårdgivarna. Undantaget kan även ifrågasättas ur ett likabehandlingsperspektiv. Sammantaget gör utredningen bedömningen att det saknas vägande skäl för att behålla detta undantag.

Utredningens förslag

Utredningen föreslå att nuvarande undantag från patientavgift för personer tillhörande LSS personkrets 3 tas bort.

Ekonomiska konsekvenser av förslaget

Det saknas uppgifter för att beräkna de ekonomiska konsekvenserna av förslaget. Antalet avgiftsbefriade vårdkontakter till följd av detta undantag förefaller litet. Förslaget bedöms därför inte medföra några betydande ekonomiska konsekvenser.

Administrativa konsekvenser av förslaget

Förslaget innebär färre undantag som vårdgivare behöver känna till och hantera. Därmed kan förslaget bidra till minskad administration för hanteringen av patientavgifter. Förslaget bidrar även till att underlätta införandet av ett framtida automatiserat patientavgiftssystem, vilket i sig skulle leda till minskad administration och effektivare hantering.

Konsekvenser för patientsäkerhet

Generellt kan sägas att patientavgifter alltid innebär viss risk för att patienter avstår från att söka vård på grund av ekonomiska skäl. Högkostnadsskyddet i öppen vård, liksom möjligheten att få en avbetalningsplan upprättad, syftar till att minska denna risk.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård

Generellt gäller att patientavgifter drabbar patienter i socioekonomiskt svaga områden hårdare. Högkostnadsskyddet inom öppen vård, liksom möjligheten att få en avbetalningsplan upprättad, syftar till att minska denna risk.

Konsekvenser för miljön

Utredningen bedömer att förslaget inte medför några konsekvenser för miljön.

[50] Häglund, Vera. E-mail. 2020-12-11.
[51] Broberg Carolina. E-mail. 2020-09-17.
Häglund, Vera. E-mail. 2020-12-11.

2.5.5 Mottagning för tortyrskadade

Regelverkets nuvarande lydelse:

Aktivitet:	Avgiftsbefrielsen gäller för:
Mottagning för tortyrskadade	Besök hos vårdgivare med avtal att bedriva vård för personer med tortyrskador eller svåra krigstrauman.

Mottagning för tortyrskadade bedrevs fram till juni 2018 av Röda korset och Kris- och traumacentrum på uppdrag av Region Stockholms (dåvarande Stockholms läns landsting). För vårdkontakter vid dessa mottagningar debiterades ingen patientavgift. Vid upphandlingen som genomfördes 2017 utvidgades uppdraget från *Psykiatrisk specialistvård för personer med tortyrskador och/eller svåra krigstrauman* till att omfatta *Transkulturell psykiatrisk specialistvård för patienter med migrationserfarenheter som uppvisar trauma- och stressrelaterade problem*. Efter avslutad upphandling tilldelades detta uppdrag Capio Psykiatri och Praktikertjänst Psykiatri (numer Aleris Psykiatri).

Undantaget och befrielsen från patientavgift härrör, till del, från FN:s tortyrkonvention om att alla tortyrskadade har rätt till så fullständig rehab som möjligt. Konventionen innebär dock inte att vården ska vara avgiftsfri. Endast två andra regioner tillämpar avgiftsbefrielse för krigs- och tortyrskadade.

Det nuvarande uppdraget är bredare än det tidigare uppdraget och omfattar inte enbart personer med tortyrskador eller svåra krigstrauman. Något undantag från patientavgifter för patienter med andra trauman finns inte. I samtal med enhetscheferna för de båda mottagningarna framgår att det många gånger är svårt för kassa- och vårdpersonal att fastställa orsaken till patientens vårdbehov och om avgift ska debiteras eller inte[52].

Svårigheterna att tillämpa undantaget bidrog till att båda mottagningarna under en tid beslutade att inte debitera några patientavgifter oavsett om det rörde sig om patienter med tortyr- eller krigsskador eller patienter som behandlades för andra trauman. Detta beslut fattades utan hälso- och sjukvårdsförvaltningens kännedom och vårdgivarna har inte kompenserats för förlorade avgiftsintäkter med anledning av beslutet. Hantering kan dock tyckas problematisk eftersom det endast är regionfullmäktige som har rätt att fatta beslut om gällande patientavgifter. En av mottagningarna uppger att de sedan januari 2021 återigen debiterar avgift för nya patienter utan tortyrskador, men att tillämpningen är förenad med svårigheter[53]. Det är därför angeläget att avgiftsbefrielsen tas bort eller revideras.

Ett alternativ till nuvarande regelverk skulle kunna vara att avgiftsbefrielsen utvidgas till att omfatta samtliga vårdkontakter på dessa mottagningar. Detta alternativ bör dock ses i ljuset av kommunallagens likställighetsprincip. I samtal med enhetschefen vid Capio Centrum för Stress och Trauma har framkommit att den socioekonomiska sammansättningen bland de av mottagningens patienter som är folkbokförda i Sverige, till stor del liknar mixen av patienter på övriga psykiatriska

[52] Hedmark, Marianne, enhetschef vid Aleris Psykiatri. Telefonsamtal 2020-06-09.
Johanna Mehra, enhetschef vid Capio Centrum för Stress och Trauma. Telefonsamtal 2020-05-26.
[53] Hedmark, Marianne. E-mail. 2021-02-03.

mottagningar i regionen[54]. I detta avseende kan det tyckas problematiskt att dessa mottagningar ska vara avgiftsbefriade samtidigt som andra psykiatriska mottagningar inte är det.

Det bör även beaktas att övriga psykiatriska mottagningar i regionen också har i uppdrag att ta emot och behandla patienter med svåra trauman och stressrelaterade problem. Patienter med migrationserfarenhet, liksom patienter med tortyr- eller krigsskador, kan således förekomma inom hela systemet. Att begränsa avgiftsbefrielsen till vissa specifika mottagningar riskerar därför leda till oönskade effekter såsom förskjutning av patienter från övriga psykiatriska mottagningar och ett ökat tryck på berörda mottagningar inom uppdrag *Transkulturell psykiatrisk specialistvård för patienter med migrationserfarenheter som uppvisar trauma- och stressrelaterade problem*.

Med hänsyn till det numer bredare vårduppdraget, uppmärksammade svårigheter att identifiera och särskilja patienter vars vårdbehov föranleds av tortyr eller svåra krigstrauman från patienter med andra trauman eller stressrelaterade problem, samt att traumavård även ges vid andra psykiatriska mottagningar, är utredningens sammantagna bedömning att undantaget i sin nuvarande form bör tas bort.

Utredningens förslag

Utredningen föreslår att nuvarande avgiftsbefrielse för vårdkontakter på mottagning för tortyrskadade tas bort.

Ekonomiska konsekvenser av förslaget

År 2019 genomfördes omkring 8 500 vårdkontakter av personer 18–84 år på berörda mottagningar. Av dessa har omkring 2 800 vårdkontakter registrerats som frikortsbesök och drygt 900 som asyl eller tillståndslösa[55].

Det är inte möjligt att med säkerhet bedöma hur många av de resterande 4 800 vårdkontakterna som i praktiken skulle generera en patientavgift. Om frikortseffekten antas uppgå till 35 procent, skulle förslaget medföra drygt 900 000 kronor i ökade patientavgiftsintäkter baserat på den enhetstaxa som föreslås i hälso- och sjukvårdsförvaltningens promemoria *Utredning om förenkling av Regelverk för patientavgifter - Enhetstaxa*[56].

Administrativa konsekvenser av förslaget

Förslaget innebär att nuvarande gränsdragningsproblem undanröjs. För den mottagning som på eget initiativ har beslutat att avgiftsbefria alla vårdkontakter kommer förslaget innebära något ökad administration.

Konsekvenser för patientsäkerhet

Förekommande patientavgifter innebär alltid viss risk för att patienter avstår från att söka vård på grund av ekonomiska skäl. Högkostnadsskyddet i öppen vård syftar till att minska denna risk.

[54] Någon närmare analys av de socioekonomiska förhållandena för patienter på dessa mottagningar jämfört med andra psykiatriska mottagningar har inte genomförts inom ramen för detta uppdrag.
[55] Asylsökande och tillståndslösa betalar avgifter enligt särskild förordning. Givet att gällande remissregler följs betalar asylsökande och personer utan tillstånd 50 kronor för läkarbesök och 25 kronor för sjukvårdande behandling vid specialistmottagning.
[56] HSN 2021-2080

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård

Generellt sett gäller att patientavgifter kan väntas drabba patienter i socioekonomiskt svaga områden hårdare. Högkostnadsskyddet inom öppen vård syftar till att minska denna risk och att säkra den socioekonomiska aspekten för jämlik vård.

I förhållande till övrig psykiatrisk vård innebär förslaget att patienter ur ett avgiftsperspektiv behandlas mer jämlikt.

Konsekvenser för miljön

Förslaget bedöms medföra oförändrade konsekvenser för miljön.

2.5.6 Tilläggsavgift vid hembesök av läkare

Regelverkets nuvarande lydelse:

Hembesök

Vid hembesök betalar patienten en extra avgift utöver patientavgiften.

Aktivitet	**Extra avgift**
Läkarbesök i hemmet	100 kr, ingår i högkostnadsskyddet
Sjukvårdande behandling	Ingen extra avgift (Patienten betalar samma avgift som vid ett mottagningsbesök.)

Vård av flera personer i hemmet

Om flera personer som tillhör samma hushåll får vård vid ett hembesök, tas ändå bara en tilläggsavgift ut.

Undantag: Regeln gäller inte patienter som är inskrivna i hemsjukvård eller som har beslut om särskilt boende. Dessa personer betalar ingen patientavgift eller tilläggsavgift vid hembesök. Avgift tas inte heller ut vid hembesök av jourläkare (s.k. jourläkarbil).

Regioner har, enligt 9 §, förordning (1984:908) om vissa statsbidrag för sjukvård m.m., rätt att ta ut en tilläggsavgift i samband med hembesök. Om flera personer som tillhör samma hushåll ges vård vid samma hembesök, får inte mer än en tilläggsavgift tas ut. Denna avgift ska enligt förordningen medräknas i högkostnadsskyddet.

Vem som ska betala tilläggsavgiften och på vilket högkostnadsskydd avgiften ska registreras om flera personer vårdas vid samma hembesök, regleras varken i nämnda förordning eller i avgiftsregelverket. Sannolikt sker detta i dialog mellan vårdgivare och patient vid besökstillfället. Denna avgift kan därmed riskera blir svår att hantera i ett framtida centraliserat och automatiserat system för hantering av patientavgifter.

Många regioner har under de senaste åren valt att ta bort tilläggsavgiften för hembesök. Numer är det bara sju regioner som tillämpar denna tilläggsavgift.

Utredningens förslag

Utredningen föreslår att nuvarande tilläggsavgift vid hembesök av läkare tas bort.

Ekonomiska konsekvenser av förslaget

Den föreslagna förändringen bedöms medföra kostnader i termer av minskade patientavgiftsintäkter motsvarande drygt 320 000 kr.

Administrativa konsekvenser av förslaget

Förslaget bedöms underlätta administrationen huvudsakligen för vårdgivare och kassapersonal. Förslaget utgör även en viktig del i att underlätta ett framtida införande av automatiserad hantering av patientavgifter.

Konsekvenser för patientsäkerhet

Förekommande patientavgifter innebär alltid viss risk för att patienter avstår från att söka vård på grund av ekonomiska skäl. Förslaget kan därmed bidra till att minska denna risk.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård

Generellt gäller att patientavgifter riskerar drabba patienter i socioekonomiskt svaga områden hårdare. Förslaget kan således bidra till att minska denna risk.

Konsekvenser för miljön

Utredningen bedömer att förslaget inte medför några konsekvenser för miljön.

2.6 Undantag som inte framgår av regelverket och som föreslås skrivas in

Inom ramen för detta uppdrag har utredningen uppmärksammat att det förekommer vissa undantag från patientavgift som inte nämns i befintligt regelverk. I detta avsnitt beskrivs dessa undantag närmare.

2.6.1 Vårdhändelser utan patientkontakt

Av *Regelverk för rapportering av vårdkontakter* framgår att händelser i vården där patienten inte är närvarande endast får rapporteras som vårdkontakter i följande situationer:

- Konferens om patient.
- Närståendeutbildning (som utgör en del av vården).
- Vårdkontakt med företrädare för patient.

Som följer av regelverket för rapportering av vårdkontakter, ska konferens om patient samt närståendeutbildning rapporteras med besökstyp 4 *Vårdhändelse utan patientkontakt*. Vårdkontakt med företrädare för patient ska däremot rapporteras som om patienten själv hade varit på plats. För att markera att vårdkontakten ägt rum utan patientens närvaro ska det rapporteras med en särskild KVÅ-kod.

Som framgår av inledningen till denna promemoria är huvudprincipen att patientavgift endast får debiteras om kriterierna för besöksrapportering är uppfyllda, det vill säga om en vårdkontakt får rapporteras. Att en vårdkontakt får rapporteras innebär däremot inte nödvändigtvis att en patientavgift ska debiteras. Regelverket innehåller gott om undantag. När det gäller kontakter utan patientens närvaro, saknas däremot tydliga regler för vad som gäller i avgiftssammanhang.

Utredningen har tidigare pekat på behovet av att lyfta fram och förtydliga gällande huvudprincip i det nya regelverket för patientavgifter. I detta sammanhang bör det även klargöras att avgift enbart får tas ut för vårdhändelser där det varit fråga om en patientkontakt som uppfyller kriterierna för att få rapportera en vårdkontakt. Det vill säga att avgift inte ska debiteras för kontakter som rapporteras med besökstyp 4 *Vårdhändelser utan patientkontakt*

När det gäller vårdkontakt med företrädare för patient finns för närvarande en indirekt skrivning i avgiftsregelverket som antyder att patientavgift ska debiteras även om patienten inte själv närvarar. Följande framgår av regelverket:

> *Besök där läkare övertar handläggningen*
> Besök hos annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare, *där läkaren träffar* patienten eller *företrädare för patienten* och övertar handläggningen ska endast rapporteras som ett läkarbesök. *Avgift tas ut motsvarande läkarbesök.*

Det kan konstateras att det 2019 rapporterades drygt 40 000 vårdkontakter med den åtgärdskod[57] som indikerar att vårdkontakten skett med företrädare för patient. I åldersgruppen 18-84 år, det vill säga patienter som normalt sett betalar patientavgift, var 54 procent av vårdkontakterna avgiftsbefriade på grund av frikort eller på grund av att vårdkontakten avsåg en avgiftsbefriad uppdragstyp[58]. Ytterligare 33 procent av vårdkontakterna var avgiftsbefriade av annan anledning. Endast 13 procent av vårdkontakterna rapporterades på en taxekod som indikerar att avgift har debiterats.

Det är oklart i vilken utsträckning ovan nämnda skrivning i avgiftsregelverket har uppmärksammats av vårdgivare och hur den i så fall har tolkats. Det är inte heller möjligt att avgöra orsaken till den förhållandevis låga andelen avgiftsbelagda vårdkontakter med företrädare för patient. Att avgiftsregelverket saknar en tydlig beskrivning av vad som gäller skulle kunna vara en förklaring. Det finns även vissa praktiska frågor som kan bidra till att det upplevs svårt att debitera patientavgift vid vårdkontakt med företrädare för patient. Därtill kan det även förekomma situationer, exempelvis inom psykiatrin, där patienter skulle motsätta sig nödvändiga vårdkontakter med företrädare om avgift debiterades för dessa vårdkontakter.

Detta är argument som skulle kunna tala för att avgiftsbefria vårdkontakter med företrädare för patient. Utredningen bedömer dock att en generell avgiftsbefrielse för dessa vårdkontakter skulle kunna ge oönskade ekonomiska incitament och minska patienters motivation att själva delta i vården. Om företrädare hanterar patientens vård fullt ut med anamnes och planering för vidare vård och behandling, kan det ur ett likabehandlingsperspektiv även tyckas ologiskt att olika avgifter debiteras beroende på om patienten närvarar rent fysiskt vid vårdkontakten eller inte.

Vidare skulle en generell avgiftsbefrielse för dessa vårdkontakter vara svår att hantera i ett framtida automatiserat patientavgiftssystem. Att bygga in åtgärdskoder i ett sådant system som markör för avgiftsbefrielsen är behäftat med vissa svårigheter. Risken för underrapportering av denna åtgärdskod bedöms dessutom vara relativt stor och patienter skulle därför riskera att debiteras olika beroende på vårdgivares rapportering av åtgärdskoder.

Utredningens förslag

Utredningen föreslår att det i det nya regelverket för patientavgifter tydliggörs att avgift som huvudprincip ska debiteras för vårdkontakter med företrädare för patient. Det bör dock finnas möjlighet för vårdgivare vid behov avgiftsbefria denna typ av vårdkontakt. Det kan handla om situationer där patienten inte själv vill ha vård, exempelvis vid psykisk sjukdom eller beroendesjukdom, och där avgiften skulle riskera leda till att nödvändig vård till särskilt utsatta patienter uteblir eller att närståendes redan utsatta situation riskerar att förvärras. Den närmare

[57] KVÅ-kod XS001 *Information och rådgivning med företrädare för patienten (i).* Då det finns risk för viss underrapportering av denna åtgärdskod, bör uppgifterna tolkas med viss försiktighet.
Telefonkontakt med företrädare för patient rapporteras med annan KVÅ-kod och inkluderas inte i redovisad besöksstatistik.
[58] Exempelvis hemsjukvård och habilitering.

utformningen av ett sådant undantag föreslås tas fram i samband med att det nya regelverket för patientavgifter formaliseras.

Därutöver föreslår utredningen att det i det nya regelverket för patientavgifter klargörs att patientavgift inte får tas ut för vårdhändelser utan patientkontakt, det vill säga kontakter som ska rapporteras på besökstyp 4.

Ekonomiska konsekvenser av förslaget

År 2019 rapporterades drygt 6 500 vårdkontakter med företrädare för patient i ålder 18-84 år. Knappt 2 200 av dessa vårdkontakter var avgiftsbefriade av annan anledning än frikort eller på grund av att vårdkontakten avsåg vårdkontakter på en avgiftsbefriad mottagning. Det är inte möjligt att avgöra i vilken utsträckning föreliggande förslag kommer att påverka antalet debiterade vårdkontakter. Däremot är det rimligt att anta att förslaget inte kommer att medföra några betydande ekonomiska konsekvenser.

Administrativa konsekvenser av förslaget

Förslaget bedöms inte medföra några administrativa konsekvenser.

I ett automatiserat system för hantering av patientavgifter kommer möjligheten att i särskilda fall avgiftsbefria vårdkontakter med företrädare för patient behöva hanteras manuellt. Ett generellt undantag för dessa vårdkontakter skulle dock inte avhjälpa detta problem.

Konsekvenser för patientsäkerhet

Utredningen bedömer att förslaget inte medför några konsekvenser för patientsäkerheten.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård

Med hänsyn till att det inte råder konsensus bland vårdgivare om hur patientavgiften ska hanteras i dessa fall, kan förslaget om förtydligande leda till mer jämlik hantering av patientavgiften.

Konsekvenser för miljön

Utredningen bedömer att förslaget inte medför några konsekvenser för miljön.

2.6.2 Skriftlig distanskontakt

Regelverkets nuvarande lydelse:

Distanskontakt (Vårdkontakt där patient och hälso- och sjukvårdspersonal är rumsligt åtskilda)	**Avgift**
KBT-behandling via internet Avgift tas ut per genomförd behandlingsvecka efter att behandlaren har haft patientkontakt. Endast en avgift får tas ut per behandlingsvecka, oavsett antal patientkontakter.	100 kr

(Fullständig tabell över avgifter för distanskontakt återfinns i Regelverk för patientavgifter.)

Patientavgift ska för närvarande tas ut för skriftlig distanskontakt som avser KBT-behandling via internet. Därutöver framgår inte av *Regelverk för patientavgifter* vad som gäller för andra skriftliga distanskontakter. I praktiken har detta tolkats som att övriga skriftliga distanskontakter ska vara avgiftsfria.

Enligt *Regelverk för rapportering av vårdkontakt* ska skriftlig distanskontakt rapporteras när innehållet ersätter ett fysiskt besök. En dialog på distans som pågår under en tidsperiod rapporteras som en distanskontakt när behandlingsansvarig meddelar sin medicinska bedömning till patienten.

Det finns vissa likheter i argumentationen för avgiftsbefrielsen för skriftliga distanskontakter och telefonkontakter. Liksom en telefonkontakt kan en skriftlig kontakt inledas i rådgivande syfte, men successivt övergå till att innehålla de kriterier som krävs för att rapportera en vårdkontakt. Att debitera patientavgift i dessa situationer är som framgår av avsnitt 2.2.14 behäftat med vissa otydligheter.

Skriftliga distanskontakter kan dessutom ske på olika sätt och genom olika medier. I vissa fall saknas säkra metoder för att identifiera patienten, vilket innebär att det inte går att säkerställa att patientavgiften debiteras rätt person. Det kan även förekomma svårigheter att säkerställa att skriftlig kommunikation via brev har nått fram till patienten.

Det förekommer även situationer där patienten har svårt att tillgodogöra sig informationen eller då läkarens ordination är komplex och därför behöver ges skriftligen för att säkerställa korrekt följsamhet till ordination. Beroende på frågans dignitet ska detta rapporteras som en skriftlig vårdkontakt. Att debitera avgift för dessa ordinationer kan många gånger anses tveksamt.

Det skulle kräva ett särskilt regelverk för att beskriva under vilka förutsättningar avgift för skriftlig distanskontakt får debiteras. Ett sådant regelverk bedöms inte ligga i linje med föreliggande förenklingsuppdrag och skulle försvåra utveckling och implementering av ett framtida centraliserat och automatiserat system för hantering av patientavgiften.

Sammantaget finner utredningen inte skäl att under nuvarande förutsättningar införa en generell avgift för skriftliga vårdkontakter. Det bör dock beaktas att pågående pandemi har bidragit till utveckling av nya arbetssätt och ökad användning av olika former av distanskontakter. Det är rimligt att tro att mycket av denna utveckling är här för att stanna även efter pandemin. Allteftersom lärdomar dras, verksamheter utvecklas och förutsättningarna för rapportering av olika former av distanskontakter förändras, är det rimligt att anta att gällande avgifter för distanskontakter kan behöva ses över ånyo.

Utredningens förslag

För att tydliggöra att patientavgift inte får debiteras för skriftliga vårdkontakter (undantaget KBT-behandling via internet) föreslår utredningen att undantaget skrivs in i nya regelverket för patientavgifter.[59]

2.6.3 Ungdomsmottagning

Ungdomsmottagningarna i Stockholm arbetar för ett samhälle där ungas psykosociala, sexuella och reproduktiva hälsa är god och där ungdomars rättigheter tillvaratas och respekteras. I Stockholms län finns 30 ungdomsmottagningar som drivs i samverkan mellan Region Stockholm och länets kommuner. Målgruppen är unga från 12 till och med 22 år.

Ungdomsmottagningarnas verksamhet har i praktiken alltid varit avgiftsfri i Stockholm. Dock nämns inte undantaget i nuvarande regelverk för patientavgifter och det saknas ett formellt fullmäktigebeslut om avgiftsbefrielsen för unga mellan 18 och 22 år.

Ungdomsmottagningarna bemannas bland annat av barnmorskor och läkare och är en viktig del i arbetet med att förebygga ohälsa och främja hälsa. Således har verksamheten flera likheter med mödrahälsovården. För att verksamheten ska var lättillgänglig och ungdomen ska kunna vända sig dit på egen hand, är uppfattningen att ungdomar mellan 12 och 22 år inte ska begränsas av

[59] Då förslaget inte innebär någon förändring i sak presenteras ingen konsekvensanalys av förslaget.

patientavgifter. Eftersom verksamheten dessutom samlokaliseras med psykosociala insatser från kommunen som är avgiftsfria bör även den medicinska verksamheten vara avgiftsfri.

Utredningens förslag

Utredningen har inte funnit några skäl som talar för att vårdkontakter vid ungdomsmottagning bör avgiftsbeläggas. Utredningen föreslår därför att undantaget från patientavgift för vårdkontakter vid ungdomsmottagning formaliseras och förs in det nya regelverket för patientavgifter.[60]

2.7 Avgifter som avviker från huvudregeln

I regelverket för patientavgifter finns det några avgifter som avviker från huvudprincipen att avgift enbart ska tas ut för besök som får rapporteras som vårdkontakter. Erfarenhetsmässigt har det funnits olika typer av svårigheter kring hanteringen och tillämpningen av dessa avgifter. Utredningen har därför valt att även behandla dessa avgifter inom ramen för detta uppdrag.

2.7.1 Förskrivning av inkontinenshjälpmedel

Regelverkets nuvarande lydelse:

Övriga avgifter	**Avgift**
Förskrivning av inkontinenshjälpmedel (per 12-månadersperiod)	200 kr

(Fullständig tabell över Övriga avgifter återfinns i Regelverk för patientavgifter.)

Att avgift för förskrivning av inkontinenshjälpmedel får tas ut framgår av 17 kap. 6 § 1 st. 2., hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Där framgår även att avgiften ska inräknas i högkostnadsskyddet för öppen vård. Om förskrivning sker i samband med en vårdkontakt får patienten betala både patientavgift och avgift för förskrivning av inkontinenshjälpmedlet. Om det enda syftet patientens kontakt med vården är att få hjälpmedlet förskrivet, rapporteras ingen vårdkontakt och patienten betalar enbart förskrivningsavgiften.

Personer som förskrivits inkontinenshjälpmedel får dessa levererade till sitt hem av Förbrukningshjälpmedel i hemmet (FHH) genom så kallade uttag. Uttag kan göras av förskrivaren i samband med förskrivningen eller av patienten själv vid senare tillfälle, exempelvis via e-tjänsten 1177.se eller FHH:s kundtjänst. Förskrivningen gäller i tolv månader och förskrivaren anger hur många uttag som får göras under denna period (max sex). Endast en avgift får tas ut oavsett hur många uttag patienten gör.

Avgiften för förskrivning av inkontinenshjälpmedel tillfaller Region Stockholm, men det är FHH som ansvarar för att avgiften faktureras patienten. Om patienten har frikort måste patienten själv kontakta FHH för makulering av fakturan eller justering av summan som kvarstår upp till frikort. Eftersom FHH:s faktureringssystem inte är kopplat mot e-frikortstjänsten, måste detta arbete ske manuellt. Administrationen är både tids- och resurskrävande.

Ett arbete har inletts för att integrera e-frikortstjänsten i det faktureringssystem som används vid fakturering av avgift för förskrivning av inkontinensartiklar. En sådan integration skulle underlätta kontroll mot frikortsstatus i samband med faktureringstillfället. Problemet med onödig administration skulle därmed undvikas.

[60] Då förslaget inte innebär någon förändring i sak presenteras ingen konsekvensanalys av förslaget.

Det huvudsakliga problemet med att administrera förskrivningsavgiften beror på att FHH:s faktureringssystem för närvarande inte går att koppla mot e-frikortssystemet. Några övriga svårigheter med tolkning eller tillämpning av avgiften tycks inte finnas.

Utredningens förslag

Eftersom nuvarande administrativa problem kan avhjälpas genom integration mellan FHH:s faktureringssystem och e-frikortstjänsten, och avgiften inte heller torde försvåra införandet av ett framtida automatiserat patientavgiftssystem, finner utredningen inte anledning att avskaffa denna förskrivningsavgift. Avgiften för förskrivning av inkontinenshjälpmedel föreslås kvarstå i nya regelverket.

2.7.2 Röntgen, fysiologi och neurofyslab samt viss endoskopi

Regelverkets nuvarande lydelse:

Övriga avgifter	**Avgift**
Besök på röntgen	200 kr*
Besök på fysiologi- och neurofyslab	200 kr*
Viss endoskopi (gastroskopi och koloskopi)	200 kr*

*Kräver remiss från läkare som har avtal med/ersättning från regionen. Avgiften gäller enbart då undersökningen utförs av vårdgivare med avtal inom medicinsk service. Remitterande läkare har då behandlingsansvar för patienter och remissvar skickas till remittenten. När den medicinska servicen utförs inom ramen för ett vårdavtal betalar patienten gällande avgift för läkarbesök på specialistmottagning. Avgift för besök på röntgen tas ut även i samband med besök på akutmottagning.

(Fullständig tabell över Övriga avgifter återfinns i Regelverk för patientavgifter.)

Röntgen, fysiologi och neurofyslab samt endoskopi utgör medicinsk service och ska generellt sett inte rapporteras som vårdkontakter. Dessa avgifter avviker från huvudprincipen att avgift endast får tas ut om kriterierna för rapportering av vårdkontakt är uppfyllda. När och hur dessa avgifter ska debiteras följer av nedanstående skrivning som återfinns i *Regelverk för patientavgifter*[61]:

[61] HSN 2020-1284

Röntgen, fysiologi- och neurofyslab samt viss endoskopi

Besök på röntgen, fysiologi- och neurofyslab samt viss endoskopi (gastroskopi och koloskopi) kräver remiss från läkare med avtal med eller ersättning från regionen. Avgiften gäller enbart då undersökningen utförs av vårdgivare med avtal inom medicinsk service. Remitterande läkare har då behandlingsansvar för patienten och remissvar skickas till remittenten. När den medicinska servicen utförs inom ramen för ett vårdavtal ingår undersökningen i läkarbesöken och patienten betalar avgift för läkarbesöket.

Patienten betalar en patientavgift per besök på en mottagning oavsett antal undersökningar som genomförs vid besökstillfället. Avgift tas ut även i samband med besök på akutmottagning.

Tolkning och tillämpning

- Om patienten besöker mottagningen vid flera tillfällen samma dag tas ändå bara en avgift ut.
- Avgiften är oberoende av antalet undersökningar och antalet utfärdade remisser. Det spelar heller ingen roll om remisserna har utfärdats av en eller flera olika remittenter. Endast en avgift per besökstillfälle får tas ut.
- Då flera undersökningar ingår i samma remiss och undersökningarna genomförs på olika dagar uttas en avgift per besök även om besöken sker på samma mottagning.
- Om flera undersökningstillfällen sker under samma öppenvårdsbesök tas endast en avgift ut.
  - Exempel: Patienten träffar läkare – läkare remitterar för röntgen – patient träffar läkare på nytt – läkare remitterar för kompletterande undersökning. Eftersom detta sker under samma läkarbesök betalar patienten bara en avgift för röntgen.
- Vid akutbesök i öppen vård som leder till att patienten blir inskriven på avdelning betalas avgift för röntgen.
- Vid förnyad undersökning som påkallats av bristfälligt resultat tas inte någon patientavgift ut.

Patient inskriven i sluten vård

Patient inskriven i sluten vård betalar ingen avgift för besök på röntgen, fysiologi- och neurofyslab samt viss endoskopi, när slutenvårdsavdelningen begär undersökningen.

Besök utan remiss eller utan medicinsk indikation

Person som uppsöker röntgen, fysiologi- och neurofyslab eller endoskopi utan remiss från ovan nämnda läkare, betalar hela kostnaden för besöket själv. Det samma gäller personer som uppsöker dessa mottagningar utan medicinsk indikation. Vanligt förekommande fall är vid hälsoundersökningar eller i försäkringsärenden då patientens försäkringsbolag vill ha en undersökning genomförd.

Alltsedan avgifterna för röntgen, fysiologi och neurofyslab samt viss endoskopi infördes 2004[62] har det funnits svårigheter vid tolkning och tillämpning av regelverket. När avgifterna infördes uppmärksammades exempelvis svårigheter att debitera röntgenavgiften korrekt vid besök på akuten som ledde till att patienten skrevs in i sluten vård. Det var vanligt att felaktig avgift debiterades, vilket medförde omfattande administration med återbetalningar samt efterjusteringar i kassa- och frikortssystem. Genom ändrade rutiner och nya arbetssätt har dessa problem till stor del upphört.

Dock kan patienter i dessa situationer få betala olika beroende på tillgången till slutenvårdsplatser. Om röntgenundersökningen utförs i väntan på ledig slutenvårdskapacitet, måste patienten betala röntgenavgift även om beslut om inläggning fattas innan röntgenundersökningen genomförs. Om det däremot finns ledig kapacitet och patienten skrivs in i sluten vården före undersökningstillfället debiteras ingen röntgenavgift[63]. Det går således inte att säkerställa att patienter behandlas lika ur ett avgiftsperspektiv.

Det är även vanligt att patienter ifrågasätter varför dessa avgifter inte ingår i läkarbesöket. Frågan är särskilt vanligt förekommande för röntgenundersökningar som sker i samband med besök på närakut

[62] Avgifterna höjdes till nuvarande nivå 2008.

[63] Inom sluten vård tas avgift endast ut för kost och logi. Inga avgifter får tas ut för undersökning, vård och behandling som ges i vid ett slutenvårdstillfälle.

eller någon av akutsjukhusens akutmottagningar. Detta leder inte sällan till tidskrävande diskussioner med patienter som upplever sig felaktigt debiterade.

Därutöver förekommer oklarheter om vilken eller vilka avgifter som ska debiteras i olika situationer. Exempelvis har den tekniska utvecklingen bidragit till att vissa undersökningar numer även kan utföras med enkel apparatur i samband med vanliga mottagningsbesök. Frågan uppstår då om avgift ska debiteras för dessa undersökningar eller om de ska anses ingå i läkarbesöket. Gränsen för när avgift ska debiteras upplevs som alltmer otydlig och det förekommer att patienter kan få betala olika beroende på vårdgivarens vårdavtal eller hur mottagningen valt att organiserat sin verksamhet.

Ytterligare en aspekt som måste beaktas när det gäller avgiften för viss endoskopi är att endoskopiundersökningar kan utföras i såväl diagnostiskt som behandlande syfte. Om en undersökning tillhandahålls inom ett av regionens avtal för medicinsk service (remissvar skickas tillbaka till remittenten) gäller avgift 200 kr. Om undersökningen däremot utförs inom ramen för ett vårdavtal, kan undersökningen rapporteras antingen som en del av ett läkarbesök (medicinsk service) eller som en separat vårdkontakt (dagsjukvård/dagendoskopi). Särskilt när det gäller endoskopimottagningar som innehar såväl vårdavtal som medicinskt service-avtal, har det varit svårt för kassapersonal att avgöra vilken avgift som ska gälla i det enskilda fallet. Även här finns exempel på att patienter har fått betala olika beroende på vilken mottagning patienten besökt.

Det kan tilläggas att det inom ramen för detta uppdrag även har uppmärksammats att våra system och avtal har förändrats alltsedan patientavgiften för medicinsk service infördes. Vid tidpunkten för avgiftens införande hade leverantörer av medicinsk service inte tillgång till någon kassafunktion. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen fick därför i uppdrag att etablera och förvalta en sådan funktion hos dessa leverantörer. Patientavgiften tillföll hälso- och sjukvårdsförvaltningen och leverantörerna ålades att rapportera genomförda undersökningar via Gemensamt vårdregister (GVR) som en öppenvårdskontakt.

Såväl vårdavtal som medicinsk service-avtal har sedan dess förändrats. Patientavgiften för medicinsk service tillfaller numer leverantören och avtalsskrivningarna om att avgiften ska rapporteras via GVR har tagits bort. Uppgifter från GVR tyder på att rapportering fortfarande sker. Men det finns ingen garanti för att samtliga medicinsk service-leverantörer rapporterar patientavgiften på detta sätt.

Vidare har regionens vårdavtal förändrats med tiden. I de fall vårdgivare har kostnadsansvar för medicinsk service kan vårdgivaren välja att antingen remittera patienter till medicinsk service inom regionens ramavtal, eller anlita annan privat leverantör. I det senare fallet är det oklart om och i så fall hur patientavgiften hanteras.

Sammantaget gör utredningen bedömningen att det finns alltför många undantag och gränsdragningssituationer kopplade till dessa avgifter, att det inte går att säkerställa att patienter behandlas lika ur ett avgiftsperspektiv. Under rådande omständigheter saknas även förutsättningar att hantera avgiften i ett framtida centraliserat och automatiserat patientavgiftssystem.

En sådan hantering skulle kräva att såväl avtal för medicinsk service som berörda vårdavtal revideras. Krav skulle behöva ställas på vårdgivare att rapportera genomförda undersökningar via öppenvårdsrapportering i GVR, vilket skulle öka den administrativa bördan. Det skulle även krävas en lösning för att kunna administrera avgiften då den medicinska servicen utförs utanför regionens ramavtal.

I sammanhanget kan även tilläggas att majoriteten av de regioner som infört enhetstaxa inom öppen vård, inte debiterar avgift för medicinsk service. I Region Värmland togs dessa avgifter bort 2012 i

samband med införandet av enhetstaxa och automatiserad hantering av patientavgifter. Att koppla patientavgiften till rapporterade vårdkontakter ansågs vara en grundläggande förutsättning för att åstadkomma ett automatiserat faktureringsflöde. Eftersom röntgen, laboratorie- och fysiologiska undersökningar aldrig utgör fristående besök utan alltid rapporteras som en del av en vårdkontakt, ansågs det nödvändigt att avskaffa dessa avgifter. För att finansiera intäktsbortfallet beslutade regionen att införa en något högre nivå på enhetstaxan för besök i öppen vård än vad som annars hade varit nödvändigt med hänsyn till givna ekonomiska ramar[64].

Utredningens förslag

Utredningen föreslår att avgifterna för röntgen, fysiologi och neurofyslab samt viss endoskopi tas bort i det nya regelverket för patientavgifter. Uppmärksammade problem med tolkning och tillämpning av avgifterna bedöms vara såväl komplexa som omfattande. Det är svårt att säkerställa att patienter behandlas lika och avgifterna bedöms vara svåra att hantera i ett framtida automatiserat patientavgiftssystem.

Ekonomiska konsekvenser av förslaget

Uppgifter angående debiterade patientavgifter är osäkra. De uppgifter som rapporteras till GVR indikerar att förslaget med nuvarande avgiftsnivå skulle innebära kostnader i termer av minskade patientavgiftsintäkter med nära 80 miljoner kronor.

Kostnaden föreslås finansieras med de ökade avgiftsintäkter som förslaget om enhetstaxa beräknas medföra. Förslaget om enhetstaxa presenteras i den andra delen av föreliggande uppdrag[65].

Administrativa konsekvenser av förslaget

Förslaget bedöms minska vårdgivarnas administration för hantering av patientavgifter. Vidare innebär förslaget att nuvarande gränsdragningsproblem och svårigheter att tolka regelverket upphör. Antalet frågor till vårdgivare och hälso- och sjukvårdsförvaltningen kan därmed antas minska.

Förslaget bedöms även vara en viktig förutsättning för att möjliggöra införandet av ett framtida centraliserat och automatiserat system för hantering av patientavgifter.

Konsekvenser för patientsäkerhet

Förekommande patientavgifter innebär alltid viss risk för att patienter avstår från att söka vård på grund av ekonomiska skäl. Förslaget kan därmed bidra till att minska denna risk.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård

Betydande svårigheter att tolka och tillämpa nuvarande avgifter för medicinsk service har uppmärksammats. Utredningen bedömer därför att förslaget innebär minskad risk för att patienter behandlas olika i ett avgiftssammanhang.

Konsekvenser för miljön

Förslaget kan leda till att färre pappersfakturor skickas till patienter. I övrigt bedömer utredningen att förslaget inte medför några konsekvenser för miljön.

[64] Westlund, Caroline, tf. enhetschef Planerings- och uppföljningsenheten, Region Värmland. Telefonsamtal. 2021-02-11.

[65] Se hälso- och sjukvårdsförvaltningens promemoria *Utredning om förenkling av Regelverk för patientavgifter - Enhetstaxa* (HSN 2021-0280).

2.8 Regler av förtydligande karaktär

I detta avsnitt beskrivs ett antal regler i det nuvarande regelverket som syftar till att förtydliga vilken avgift som ska tas ut i vissa givna situationer. Reglerna utgör inga särregler eller undantag enligt definitionen i denna promemoria*. I stället handlar reglerna om att förtydliga att avgift ska debiteras i enlighet med den avgift som gäller för den yrkeskategori som vårdkontakten ska rapporteras på.*

För att harmoniera avgiftsregelverket mot Regelverk för rapportering av vårdkontakter[66], föreslås att denna typ av förtydliganden lyfts bort från avgiftsregelverket och att de i stället beskrivs på Vårdgivarguiden i ett utvecklat ”Frågor och Svar” för patientavgifter.

Då inga förändringar föreslås i sak bedöms förslagen inte medföra vare sig ekonomiska, administrativa eller andra konsekvenser.

2.8.1 Anhörigsamtal

Regelverkets nuvarande lydelse:

Aktivitet:	**Avgiftsbefrielsen gäller för:**
Anhörigsamtal	Samtal med anhörig efter dödsfall av närstående. Avgiftsbefrielsen avser de två första samtalen. Finns behov av ytterligare samtal gör vårdgivaren bedömning om samtalen är av vårdande karaktär. Den anhörige registreras i så fall som patient och betalar då gällande avgift.

När ett dödsfall inträffat finns det möjlighet att ange i den avlidnes journal att ett anhörigsamtal ägt rum. Dessa samtal betraktas inte som en vårdkontakt och ska inte rapporteras. Om den närstående behöver mer stöd för att hantera dödsfallet efter de första två samtalen, ska dessa samtal inte längre anges i den avlidnes journal. I de fortsatta samtalen betraktas den närstående i stället som patient som får vård för att hantera sin situation. Dessa samtal rapporteras som vårdkontakter och dokumenteras i den närståendes journal med relevanta diagnos- och åtgärdskoder.

Avgiftsbefrielsen bör i detta avseende inte betraktas som ett undantag från patientavgift, utan avser snarare ett förtydligande av huvudprincipen att avgift enbart får tas ut om kriterierna för rapportering av vårdkontakter är uppfyllda.

Utredningens förslag

Förtydligandet bedöms alltjämt vara aktuellt, men föreslås tas bort från regelverket och i stället redovisas på Vårdgivarguiden i ett utvecklat ”Frågor och Svar” för patientavgifter. I samband med detta bör användningen av begreppet anhörig respektive närstående ses över. I nuvarande regelverk används begreppen synonymt, vilket inte är helt korrekt. Det bör därför tydliggöras att anhörigsamtal kan äga rum med såväl anhörig som närstående.

[66] HSN 2020-1419

2.8.2 Delegerad vård

Regelverkets nuvarande lydelse:

> **Delegerad vård**
>
> För vård som delegerats av läkare till annan hälso- och sjukvårdspersonal betalar patienten avgift motsvarande besök hos den yrkeskategori som patienten träffar.

Detta förtydligande återspeglar hur dessa vårdkontakter ska rapporteras i enlighet med regelverket för rapportering av vårdkontakter. Förslaget om enhetstaxa, som redovisas i hälso- och sjukvårdsförvaltningens promemoria *Utredning om förenkling av Regelverk för patientavgifter - Enhetstaxa*[67], innebär att detta förtydligande inte längre kommer vara nödvändigt.

Utredningens förslag

Förtydligandet föreslås tas bort i det nya regelverket för patientavgifter.

2.8.3 Gruppbehandling

Regelverkets nuvarande lydelse:

> **Gruppbehandling**
>
> Vid gruppbehandling betalar varje patient avgift enligt gällande taxa. Om fler än en yrkeskategori medverkar, så kallade gruppteambesök, tas ändå bara en avgift ut.
>
> I de fall läkare deltar betalar patienten gällande avgift för läkarbesök.

Förslaget om enhetstaxa, som redovisas i hälso- och sjukvårdsförvaltningens promemoria *Utredning om förenkling av Regelverk för patientavgifter - Enhetstaxa*[68], innebär att det inte längre kommer vara nödvändigt att precisera hur nivån på avgiften ska fastställas i samband med en gruppbehandling. Däremot kan det fortsatt vara nödvändigt att förtydliga att endast en avgift får tas ut per deltagande patient även om flera yrkeskategorier medverkar vid vårdkontakten.

Utredningens förslag

Förtydligandet bedöms till viss del vara fortsatt aktuellt, men föreslås tas bort från regelverket och i stället redovisas på Vårdgivarguiden i ett utvecklat ”Frågor och Svar” för patientavgifter.

2.8.4 Provtagning på laboratoriemottagning

Regelverkets nuvarande lydelse:

> **Provtagning på laboratoriemottagning**
>
> Patient betalar ingen avgift för provtagningar (undantag fysiologi- och neurofyslab) med remiss från distriktsläkare, regionanställd specialistläkare eller privatläkare med ersättning från regionen.
>
> Vid provtagning på exempelvis laboratoriemottagningar då remissen kommer från vårdgivare utan avtal/ersättning från regionen, faktureras den remitterande läkaren/vårdgivaren.

[67] HSN 2021-0280
[68] HSN 2021-0280

Provtagning på laboratoriemottagning får inte rapporteras som en vårdkontakt, utan anses utgöra en del av ett läkarbesök.

Utredningens förslag

Förtydligandet bedöms alltjämt vara aktuellt men föreslås tas bort från regelverket och i stället redovisas på Vårdgivarguiden i ett utvecklat ”Frågor och Svar” för patientavgifter.

2.8.5 Pre-operativt besök

Regelverkets nuvarande lydelse:

> **Pre-operativt besök**
>
> Pre-operativt besök inför inskrivning i sluten vård likställs med besök i öppen vård. Besöket kan till exempel bestå av konsultation med narkosläkare eller operatör, undersökning och/eller provtagning.
>
> Patientavgiften ingår i högkostnadsskyddet och tas ut motsvarande besök hos specialistläkare.
>
> Om besöket endast består av provtagning får avgift inte tas ut.

Pre-operativt besök inför inskrivning i sluten vård ska enligt regelverket för rapportering av vårdkontakter rapporteras som ett besök i öppen vård. Avgift ska således tas ut för vårdkontakten.

Utredningens förslag

Förtydligandet bedöms alltjämt vara aktuellt men föreslås tas bort från regelverket och i stället redovisas på Vårdgivarguiden i ett utvecklat ”Frågor och Svar” för patientavgifter.

2.8.6 Teambesök

Regelverkets nuvarande lydelse:

> **Teambesök**
>
> Vid behandling av vårdteam (en grupp av samverkande hälso- och sjukvårdspersonal med olika kompetenser), tas endast en patientavgift ut.
>
> Avgift tas ut för den yrkeskategori som ansvarar för besöket. Vid läkarens medverkan tas patientavgift ut för läkarbesök.
>
> ***Undantag:*** regeln gäller inte vid rapportering av psykosociala vårdkontakter. Se rapporteringsanvisningarna för vidare information.

Förslaget om enhetstaxa, som redovisas i hälso- och sjukvårdsförvaltningens promemoria *Utredning om förenkling av Regelverk för patientavgifter - Enhetstaxa*[69]*,* innebär att det inte längre kommer att vara nödvändigt att precisera hur nivån på patientavgiften ska fastställas. Däremot kan det fortsatt vara nödvändigt att förtydliga att endast en avgift får debiteras trots att flera yrkeskategorier medverkar vid vårdkontakten.

Utredningens förslag

Förtydligandet bedöms till viss del vara fortsatt aktuellt, men föreslås tas bort från regelverket och i stället redovisas på Vårdgivarguiden i ett utvecklat ”Frågor och Svar” för patientavgifter.

[69] HSN 2021-0280

2.8.7 Öppen vård som övergår i sluten vård

Regelverkets nuvarande lydelse:

> **Öppen vård som övergår i sluten vård**
>
> Om besök på sjukhusansluten öppenvårdsmottagning leder till inskrivning i sluten vård återbetalas inte eventuell avgift för öppenvårdsbesöket.
>
> Detta gäller även besök som leder till beslut om tvångsvård och besök då patienten förts till sjukhusansluten öppenvårdsmottagning mot sin vilja, till exempel genom polistransport.

Besök på någon av akutsjukhusens öppenvårdsmottagningar som leder till inskrivning i sluten vård ska enligt regelverket för rapportering av vårdkontakter rapporteras som ett besök i öppen vård. Avgift för öppenvårdskontakten ska således tas ut.

Utredningens förslag

Förtydligandet bedöms alltjämt vara aktuellt men föreslås tas bort från regelverket och i stället redovisas på Vårdgivarguiden i ett utvecklat ”Frågor och Svar” för patientavgifter.

2.8.8 Öppen vård under pågående sluten vård

Regelverkets nuvarande lydelse:

> **Öppen vård under pågående sluten vård**
>
> Patient som under pågående vårdtillfälle i sluten vård besöker öppenvårdsmottagning betalar patientavgift för öppenvårdsbesöket beroende på om vården har medicinskt samband med vårdtillfället eller inte.
>
Aktivitet	**Avgift**
Vård som har	0 kr
Vård som inte har medicinskt samband	Gällande avgift
>
> *Vård som har medicinskt samband med sluten vården*
> Om vårdavdelningen behöver en konsultinsats utförd på en mottagning i öppen vård ska patienten inte betala någon avgift för besöket i öppen vård. Detta besök anses höra samman med vårdtillfället i sluten vård.
>
> Vårdande klinik bör utfärda en konsultremiss för att underlätta tillämpningen av regeln på mottagande klinik.
>
> Besöket ska inte registreras som ett öppenvårdsbesök.
>
> *Vård som inte har medicinskt samband med sluten vården*
> Patienten betalar avgift för besök i öppen vård om besöket inte har medicinskt samband med vårdtillfället i sluten vården och besöket är planerat separat från vistelsen på vårdavdelningen.
>
> *Tvångsvård enligt LPT, LRV och LVM*
> Observera att person som vårdas enligt LPT[70], LRV[71] och LVM[72] betraktas som inskriven i sluten vård i samband med permission. Detta innebär besök i öppen vård som kan härledas till sluten vården är avgiftsfria för patienten under permissionstiden.

[70] Lag om psykiatrisk tvångsvård
[71] Lag om rättspsykiatrisk tvångsvård
[72] Lag om vård av missbrukare I vissa fall

Förtydligandet återspeglar hur denna typ av vårdkontakter ska rapporteras enligt regelverket för rapportering av vårdkontakter.

Utredningens förslag

Förtydligandet bedöms alltjämt vara aktuellt men föreslås tas bort från regelverket och i stället redovisas på Vårdgivarguiden i ett utvecklat ”Frågor och Svar” för patientavgifter.

3 Sluten vård – Nuläge och förslag till förändringar

Med sluten vård avses hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd kräver resurser som inte kan tillgodoses inom öppen vård eller hemsjukvård. Sluten vård bedrivs dygnet runt och kräver inskrivning.[73]

Avgift för sluten vård tas ut i enlighet med den högsta avgift som följer av 17 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen. Detta belopp uppgår för närvarande till 100 kronor per vårddag.

Avgift för sluten vård utgör i egentlig mening ingen patientavgift, utan utgör i stället avgift för mat och logi. Denna distinktion är viktig då det exempelvis innebär att slutenvårdsavgiften inte omfattas av kostnadsfriheten enligt smittskyddslagen för vård och behandling av allmänfarlig sjukdom. Det innebär även att inga andra avgifter får tas ut för den vård som ges eller de undersökningar som genomförs i samband med ett slutenvårdstillfälle.

3.1 Undantag som föreslås fortsatt gälla i det nya regelverket

I detta avsnitt presenteras det undantag inom sluten vård som utredningen föreslår fortsatt ska gälla i det nya regelverket för patientavgifter.

Då inga förändringar föreslås i sak bedöms förslaget inte medföra vare sig ekonomiska, administrativa eller andra konsekvenser.

3.1.1 Barn och ungdom under 18 år

Regelverkets nuvarande lydelse:

> Barn och ungdom under 18 år
> Barn och ungdom under 18 år betalar ingen patientavgift för sluten vård.

Utredningens förslag

Utredningen finner inga skäl att föreslå förändring av regelverkets nuvarande lydelse och föreslår att avgiftsbefrielsen för barn under 18 år kvarstår.

[73] https://termbank.socialstyrelsen.se/ (Hämtad 2021-02-02)

3.1.2 Psykiatrisk tvångsvård

Regelverkets nuvarande lydelse:

Patientgrupp	Avgift
Person som vårdas enligt lag om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller lag om rättspsykiatrisk vård (LRV)	0 kr/vårddag

(Fullständig tabell över avgifter för sluten vård för personer 18 år eller äldre återfinns i Regelverk för patientavgifter.)

Öppen och sluten psykiatrisk tvångsvård är sedan 1 januari 2017 avgiftsfri för patienten. Avgiftsbefrielsen gäller personer som vårdas enligt lag om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lag om rättspsykiatrisk vård (LRV).

Ett motiv till beslutet om avgiftsbefrielsen är att patienter som vårdas mot sin vilja inte har möjlighet att vägra vård.[74] Utredningen bedömer att argumenten för avgiftsbefrielsen för sluten psykiatrisk tvångsvård alltjämt är aktuella.

Utredningens förslag

Utredningen föreslår att avgiftsbefrielsen för personer som vårdas inom sluten vården enligt LPT eller LRV fortsatt ska gälla i det nya regelverket för patientavgifter.

3.1.3 Permission

Regelverkets nuvarande lydelse:

> Permission
>
> Avdrag från patientavgiften ska göras om patienten har haft permission under vårdtillfället.
>
> Som permission räknas dag då patienten vistas utanför sjukhuset sammanhållet minst 12 timmar mellan kl. 06.00 och 24.00 under ett dygn utan att avbryta permissionen

Bakgrunden till att slutenvårdsavgift inte debiteras under permissionstiden är att avgiften avser kostnaden för mat och logi. Eftersom det under permissionstiden ska finnas en ledig slutenvårdsplats för patienten, skulle det kunna anses vara motiverat att debitera slutenvårdsavgiften även under pågående permission.

Det är inte särskilt vanligt att patienter ges permission under ett slutenvårdstillfälle. Undantaget hanteras automatiskt i sjukhusens patientadministrativa system och innebär inte någon administrativ börda för vårdgivarna. Att ta bort undantaget från slutenvårdsavgift i samband med permission, skulle sannolikt leda till ökat antal frågor och klagomål från patienter.

Utredningens förslag

Utredningen föreslår att avdraget från patientavgift i samband permission under ett vårdtillfälle fortsatt ska gälla i det nya regelverket för patientavgifter.

[74] HSN 2017-0738-2, *Kostnaden för slopad avgift för patienter som tvångsvårdas inom den psykiatriska vården*, PM 2019-12-09.

Då regionen inte har tillgång till information om förekommande permissioner, kan undantaget bli svårt att hantera i ett framtida centraliserat och automatiserat patientavgiftssystem. Det kan därför finnas anledning att se över denna fråga på nytt i samband med utvecklingen av detta system.

3.1.4 Smittade av HIV i vården

Regelverkets nuvarande lydelse:

Patientkategori	Avgiftsbefrielsen gäller för:
HIV-smittade i vården	Personer som smittats i hälso- och sjukvården genom så kallad faktorkoncentrat eller genom blodtransfusion. Avgiftsbefrielsen gäller all sjukvård inklusive sjukresor.

Utredningens förslag

Utredningen föreslår att avgiftsbefrielsen för personer som smittats av HIV i vården fortsatt ska gälla i det nya regelverket för patientavgifter. Bakgrunden till avgiftsbefrielsen framgår av avsnitt 2.2.11.

3.2 Undantag och särregler som föreslås tas bort

I detta avsnitt presenteras undantag och särregler inom sluten vård som utredningen föreslår ska tas bort i det nya regelverket för patientavgifter.

3.2.1 Anhållna, häktade, intagna på kriminalvårdsanstalt samt totalförsvarspliktig

Regelverkets nuvarande lydelse:

Patientkategori:	Avgiftsbefrielsen gäller för:
Anhållna, intaga på kriminalvårdsanstalt	Öppen och sluten hälso- och sjukvård.
Häktade	Öppen och sluten hälso- och sjukvård.
Totalförsvarspliktig	Öppen och sluten hälso- och sjukvård. Det är regeringen som avgör om eller när totalförsvarsplikten ska tas i bruk. Ett sådant beslut fattade regeringen i december 2014. Försvarsmakten fick då rätt att kalla in värnpliktig personal till repetitionsutbildning.

Anhållna, häktade, intagna på kriminalvårdsanstalt samt totalförsvarspliktig ska, enligt 11 § 2., förordning (1984:908) om vissa statsbidrag för sjukvård m.m., vara avgiftsbefriade för all öppen vård. Av förordningen framgår däremot inte att sluten vård ska vara avgiftsfri för dessa patienter. Utredningen har inte funnit några andra juridiska hinder att debitera slutenvårdsavgift i dessa fall[75].

[75] I patientavgiftsregelverket från 1998 framgår att dessa personer ska vara avgiftsbefriade för sluten vård. I dåvarande regelverk hänvisas till lag (1994:1809) om totalförsvarsplikt. Denna lag, samt tillhörande förordning (1995:239) om förmåner till totalförsvarspliktiga, innebär dock ingen begränsning i regioners möjlighet att debitera slutenvårdsavgift för totalförsvarspliktigt. Lagen reglerar inte heller frågan om slutenvårdsavgift för anhållna, intagna eller häktade.

I nuvarande regelverk för patientavgifter nämns inte detta undantag i det kapitel som reglerar avgift för sluten vård (kapitel 3). Däremot framgår i en annan del av regelverket (kapitel 6) att avgiftsbefrielsen gäller såväl öppen som sluten vård.

Att avgiftsbefrielsen nämns i en del av regelverket men inte en annan, gör regelverket svårtolkat och ger utrymme för missförstånd. Det kan konstateras att det finns skillnader i hur akutsjukhusen och Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) tillämpar undantaget för dessa patientkategorier.

Utredningen har inte kunnat finna någon motivering till avgiftsbefrielsen för dessa patienter. Ett möjligt argument skulle kunna vara att dessa personer inte befinner sig på sin bostadsadress och att avgiften därför skulle leda till obetalda fakturor och inkassoärenden. Enligt handläggare på Karolinska och Södersjukhusets patientkontor handlar det dock om ett begränsat antal patienter. Problemet bedöms inte vara större än för exempelvis äldre personer som efter en sjukhusvistelse behöver eftervård och därför blir inneliggande på en rehabiliteringsavdelning lång tid innan de kommer hem.

Utredningens förslag

Utredningen föreslår att undantaget från patientavgift inom sluten vård för anhållna, häktade, intagna på kriminalvårdsanstalt samt totalförsvarspliktig tas bort.

Ekonomiska konsekvenser av förslaget

Det är inte möjligt att få fram uppgifter om hur många slutenvårdstillfällen som avgiftsbefrias med hänvisning till detta undantag. Enligt handläggare på några av akutsjukhusens patientkontor handlar det om ett begränsat antal vårdtillfällen. Förslaget bedöms därför inte medföra några betydande ekonomiska konsekvenser.

Administrativa konsekvenser av förslaget

Utredningen bedömer att förslaget innebär en förenkling av regelverket som kan bidra till viss administrativ lättnad för berörda vårdgivare. Samtidigt har viss oro framförts att förslaget kan komma att leda till ökat antal klagomål och inkassoärenden. Förslaget bör därför följas upp och utvärderas.

Konsekvenser för patientsäkerhet

Utredningen bedömer att förslaget inte medför några konsekvenser för patientsäkerheten.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård

Förslaget innebära att dessa patienter inte särbehandlas ur ett avgiftsperspektiv. I detta avseende bedöms förslaget bidra till något mer jämlik vård.

Konsekvenser för miljön

Utredningen bedömer att förslaget inte medför några konsekvenser för miljön.

3.2.2 Patient under 40 år med hel aktivitets- eller sjukersättning

Regelverkets nuvarande lydelse:

Patientgrupp	Avgift
Patienter under 40 år med hel aktivitetsersättning eller sjukersättning. Gäller de 30 första vårddagarna i varje vårdtillfälle.	50 kr/vårddag

(Fullständig tabell över avgifter för sluten vård för personer 18 år eller äldre återfinns i Regelverk för patientavgifter.)

Den reducerade slutenvårdsavgiften för personer under 40 år med hel aktivitets- eller sjukersättning (tidigare kallade ”förtidspensionärer”), följer av en överenskommelse mellan staten och sjukvårdshuvudmännen från 1997[76]. Denna överenskommelse grundades i att ansvaret för administrationen av avgifter för ålders- och förtidspensionärers sjukhusvård 1998 övergick från de allmänna försäkringskassorna och Riksförsäkringsverket till landstingen. Avgifterna för sluten vård hade tidigare hanterats genom avdrag från den allmänna pensionen som utbetalades till dessa personer. Hur stort avdrag som gjordes berodde på storleken på den pension som utbetalades. I och med överenskommelsen skulle förtidspensionärer inte behöva betala full slutenvårdsavgift.

Nio av landets regioner har tagit bort denna avgiftsreduktion, varav fyra tillämpar en generell begränsning i avgiftsuttaget[77]. I övriga regioner tillämpas överenskommelsen fortfarande och i vissa fall tillämpas även någon ytterligare form av avgiftsreduktion.

Representanter från akutsjukhusens patientkontor har under många år framfört önskemål om att avgiftsreduktionen för personer med hel aktivitets- eller sjukersättning tas bort. När det gäller patienter som betalar hel slutenvårdsavgift genereras patientfakturan automatiskt av akutsjukhusens patientadministrativa system. För att hantera avgiftsreduktionen enligt gällande undantag krävs manuell hantering med listor och begäran av intyg från patienterna. Denna hantering är tidskrävande och lämnar inte utrymme för effektivisering av arbetsrutinerna.

Gällande åldersgräns upplevs även som ologisk och leder till frågor från patienter och närstående.

Utredningens förslag

Utredningen föreslår att nuvarande avgiftsreduktion för personer under 40 år med hel aktivitets- eller sjukersättning tas bort från regelverket.

Ekonomiska konsekvenser av förslaget

Uppgift om debiterad patientavgift för sluten vård rapporteras inte till hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Det är därför inte möjligt att få en övergripande bild över de ekonomiska konsekvenserna av förslaget.

Enligt uppgift från Danderyds sjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset och Södertälje sjukhus var det 2019 totalt 16 personer inskrivna i sluten vård som debiterades halv slutenvårdsavgift med hänvisning till denna särregel. Totalt handlade det om 158 vårddagar. Förslaget väntas således inte ha några betydande ekonomiska konsekvenser i termer av ökade patientavgiftsintäkter.

[76] Förbundsstyrelsen, *Överenskommelse mellan staten och sjukvårdshuvudmännen om ändrad administration för pensionärers sjukhusavgifter m.m.* Beslut A97:23, dnr Lf 1290/96. 1997-03-21.

[77] Det kan till exempel handla om ett maxbelopp för hur mycket slutenvårdavgifter som får debiteras under en 30-dagarsperiod, generell avgiftsnedsättning efter ett visst antal vårddagar eller nedsatt avgift för personer vars inkomst understiger ett visst belopp.

Administrativa konsekvenser av förslaget

Förslaget bedöms underlätta administrationen för vårdgivare.

Konsekvenser för patientsäkerhet

Förslaget bedöms inte medföra några konsekvenser för patientsäkerheten.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård

Förslaget bedöms inte medföra några konsekvenser för jämlik och jämställd vård.

Konsekvenser för miljön

Utredningen bedömer att förslaget inte medför några konsekvenser för miljön.

3.3 Regler av förtydligande karaktär

I detta avsnitt presenteras undantag och särregler inom sluten vård som är av förtydligande karaktär.

Då inga förändringar föreslås i sak bedöms förslagen inte medföra vare sig ekonomiska, administrativa eller andra konsekvenser.

3.3.1 Tvångsvård enligt LVM

Regelverkets nuvarande lydelse:

> **Tvångsvård enligt LVM**
>
> Patient som vårdas enligt lag om vård av missbrukare (LVM) är inskriven i sluten vård och betalar gällande patientavgift för sluten vård.
>
> *Avgift i samband med permission*
> Patient som vårdas enligt denna lag betraktas som inskriven i sluten vård även under permissionstiden. Avgift för sluten vård får dock inte tas ut under denna tid.
>
> Besök i öppen vård som kan härledas till sluten vården är avgiftsfria för patienten även under permissionstiden.

Förtydligandet avviker inte från övriga regler angående permission. Se vidare avsnitt 3.1.3.

Utredningens förslag

Förtydligandet bedöms alltjämt aktuellt, men föreslås tas bort från regelverket och i stället redovisas på Vårdgivarguiden i ett utvecklat ”Frågor och Svar” för patientavgifter.

3.3.2 Utskrivningsklara patienter

Regelverkets nuvarande lydelse:

> **Utskrivningsklara patienter**
>
> Utskrivningsklara patienter som ingår i sluten vård, men där kommunen övertagit betalningsansvaret omfattas av regelverket för sluten vård. Det betyder att patientavgift tas ut så länge patienten är inskriven på vårdavdelningen.
>
> Vårdande klinik avgör när ett vårdtillfälle startar och avslutas.

Utredningens förslag

Förtydligandet bedöms alltjämt vara aktuellt, men föreslås tas bort från regelverket och i stället redovisas på Vårdgivarguiden i ett utvecklat ”Frågor och Svar” för patientavgifter.

4 Sammanfattning och frågor för fortsatt beredning

Ett syfte med de förändringar som föreslås i denna promemoria är att skapa förutsättningar för införandet av ett framtida centraliserat och automatiserat system för hantering av patientavgifter. Samtliga förändringar som föreslås i denna utredning kommer därför, direkt eller indirekt via det framtida avgiftssystemet, att bidra till minskad administrativ börda i vården.

Den verkliga effektiviseringspotentialen ligger dock inte i föreslagna förenklingar av patientavgiftsregelverket, utan i de möjligheter som införandet av ett automatiserat patientavgiftssystem skulle innebära. För att uppnå fortsatt effektivisering, som frigör tid och resurser från vårdens administration, krävs således att fortsatta steg tas för att genomföra de förslag som framförs i hälso- och sjukvårdsförvaltningens förstudierapport *Betalningar i vården*[78].

4.1 Sammanfattning över förslag om särregler och undantag i nya regelverket

Sammanfattningsvis innebär förslagen i denna promemoria att det nya regelverket för patientavgifter föreslås innehålla 39 undantag och särregler, varav tolv regleras av nationell lagstiftning. Följande undantag och särregler föreslås tas bort från avgiftsregelverket:

- Återbetalning enligt 30-minutersregeln.
- Avgiftsreduktion vid första besök hos geriatriker efter remiss.
- Avgiftsreduktion vid första besök hos läkare på specialistmottagning efter remiss.
- Avgiftsbefrielse för personer tillhörande LSS personkrets 3.
- Avgiftsbefrielse för vårdkontakter på mottagning för tortyrskadade.
- Tilläggsavgift vid hembesök av läkare.
- Avgiftsbefrielse för barn och unga under 18 år vid direkthänvisning från en avgiftsbefriad vårdform till en närakut eller akutsjukhusens akutmottagningar.
- Avgiftsreduktion inom sluten vård för patient under 40 år med hel aktivitets- eller sjukersättning.
- Avgiftsbefrielse inom sluten vård för anhållna, häktade, intagna på kriminalvårdsanstalt samt totalförsvarspliktiga.

Vidare föreslås att nuvarande avgifter för röntgen, fysiologi och neurofyslab samt viss endoskopi tas bort. Därutöver föreslås att regler av förtydligande karaktär lyfts bort från regelverket och i stället redovisas på Vårdgivarguiden i ett utvecklat ”Frågor och Svar” för patientavgifter.

I tabellen nedan presenteras resterande undantag och särregler som föreslås kvarstå i nya regelverket. Tabellen innehåller även en bedömning av hur dessa undantag och särregler skulle kunna hanteras i ett framtida automatiserat system. Särregler och undantag som följer av lag eller förordning är ”fetmarkerade” i tabellen.

[78] HSN 2018-1753

Undantag/Särregel	Förutsättning för automatiserad hantering	Övriga kommentarer
• Barnhälsovård • Habiliteringsmottagning • Mottagning för våldtagna • Mödrahälsovård • Rättspsykiatrin i Huddinge • Sprutbytesmottagning • Ungdomsmottagning • Öppenvårdsmottagning för hemlösa	God	Undantagen avser hela mottagningar eller vårdavtal. Mottagningarnas kombikakod* eller uppdragsid bör därför kunna användas som markör för avgiftsbefrielsen.
• Hemsjukvård (inklusive ASIH) • Jourläkarbil	God	Undantagen avser specifika vårdavtal. Vårdgivarnas kombikakod*/uppdragsid bör därför kunna användas som markör för avgiftsbefrielsen.
• Barn och ungdom under 18 år (öppen och sluten vård, med undantag för besök på akutsjukhusens akutmottagningar)	God	Personnumret används som markör för avgiftsbefrielsen. Enheter som klassas som akutmottagningar enligt Socialstyrelsens föreskrift till PAR kan användas som markör för debitering av avgift vid akutsjukhusens akutmottagningar. Närakuter undantaget.
• **Personer 85 år eller äldre**	God	Personnumret används som markör för avgiftsbefrielsen.
• Återbesök på närakuter och akutsjukhusens akutmot-tagningar inom 24 timmar	Utredning krävs	Möjlighet att använda kombikakod* och tidsstämpel för att förhindra att flera patientavgifter debiteras för besök som äger rum inom 24 timmar bör utredas.

• Riktade hälsoundersökningar:
  ○ Bukarortascreening
  ○ **Mammografiscreening**
  ○ **Gynekologisk screening**
• **Avstämningsmöte med Försäkringskassan**
	God	Dessa vårdkontakter ska inte rapporters till Patientregistret (PAR) och rapporteras inte heller som vårdkontakter i Gemensamt vårdregister (GVR). Ingen särskild åtgärd behövs för att hantera avgiftsbefrielsen.

• Smittade av Hepatit-C i vården • Strålskadade i vården	God	Befintliga register över dessa personer används för att säkerställa att avgift inte debiteras inom öppen vård.
• **Patient med frikort**	God	Det automatiserade systemet förutsätts kunna beräkna summan av debiterade patientavgifter och därmed säkerställa att högkostnadsskyddet inte överskrids.

Undantag/Särregel	Förutsättning för automatiserad hantering	Övriga kommentarer
• Direkthänvisningsregeln	Utredning krävs	Viss förenkling i tillämpningen av regelverket kan komma att krävas för en automatiserad hantering utan manuell handpåläggning. En sådan förenkling skulle kunna innebära att enbart en avgift debiteras om patienten inom en given tidsfrist besöker en eller flera närakuter eller akutmottagningar, eller när sådant besök föregås av en vårdkontakt på annan öppenvårdsmottagning. Detta förutsätter en teknisk lösning för att hantera tidsgränsen. Risken med en sådan lösning är att patienter avgiftsbefrias på felaktig grund. Vid behov kan även övervägas att avgiftsbefrielsen begränsas till att enbart omfatta hänvisningar från vårdcentral eller husläkarjour, samt mellan närakuter och akutmottagningar.
• Smittade av HIV i vården (öppen och sluten vård)	Utredning krävs	Särskilt rutin för behövs för att fånga upp och utfärda frikort för dessa personer.
• **Anhållna, häktade intagna på kriminalvårdsanstalt** • **Totalförsvarspliktig**	Utredning krävs	Förutsättning för personlig och tidsbegränsad notering i centrala avgiftssystemet bör undersökas och rutin utvecklas.
• Abort (Utlämnande av läkemedel vid separat besök samt återbesök) • **Abortrådgivning** • **Besök hos rehabiliterings-koordinator** • Vårdkontakt med företrädare för patient • Forskningspatient • Hemrehabilitering • Permission under sluten vård • **Preventivmedelsrådgivning** • Psykiatrisk tvångsvård (öppen och sluten vård) • Skriftlig distanskontakt (ej KBT-behandling via internet) • Telefonkontakt • Viss psykiatri • **Vårdgarantin (förnyad bedömning)** • **Smittskyddsvård** • Särskilt boende	Utredning krävs	Lösning för manuell hantering av vårdgivaren kan behövas.

* Kombikakoden ska övergå till HSA-id. Hur detta kommer att påverka förutsättningarna för att hantera gällande undantag och särregler i ett framtida automatiserat avgiftssystem är ännu oklart.

Hur ett framtida system för hantering av patientavgifter i slutänden kommer att utformas är ännu oklart. En utgångspunkt i tidigare diskussioner har varit att avgiften i så stor utsträckning som möjligt ska kunna beräknas utifrån andra parametrar än de taxekoder som vårdgivarna för närvarande rapporterar till Gemensamt vårdregister (GVR).

I ett framtida automatiserat avgiftssystem kommer varje undantag och särregel kräva en egen teknisk lösning. Det kan inte uteslutas att det i samband med ett sådant införandet även visar sig nödvändigt att avskaffa ytterligare något eller några av de kvarvarande undantagen eller särreglerna. Exempelvis föreslå utredningen att nuvarande avgiftsbefrielse för jourläkarbil, hemrehabilitering, basal hemsjukvård och särskilt boende utreds närmare i samband med att ett eventuellt framtida avgiftssystem införs.

4.2 Beslutsordning för avgifter i vissa pilotprojekt

Beslut om taxor och avgifter fattas av regionfullmäktige en gång per år i samband med beslut om budget. Utrymmet för hälso- och sjukvårdsförvaltningen att föreslå avgiftsförändringar vid annan tidpunkt är generellt sett låg och ledtiderna förhållandevis långa.

När nya behandlingsformer eller verksamheter ska prövas kan detta ske genom olika former av pilotprojekt. I vissa fall kan det vara motiverat eller rentav nödvändigt att avgiftsbefria den aktuella verksamheten under pilotprojektets genomförande.

Eftersom det vid projektstart ofta är oklart huruvida verksamheten eller behandlingsformen kommer att upphöra eller permanentas, kan det i vissa fall vara önskvärt att göra avsteg från gällande beslutsordning som innebär att enbart regionfullmäktige får fatta beslut i fråga om patientavgifter.

I sammanhanget kan nämnas att Region Skåne har infört en slags ”ventil” i deras avgiftsregelverk som innebär att hälso- och sjukvårdsnämnden ska ha rätt att i undantagsfall besluta om vissa avgiftsbefrielser. Av beslutsförslaget framgår följande:

> *”Det finns vissa tillfällen då behov uppstår av att undanta en hel grupp från avgift. Detta kan gälla t ex projekt där nya vårdformer provas. Hälso- och sjukvårdsdirektören bör därför ges möjlighet att undanta grupper av patienter från avgift vid enstaka tillfällen. När det gäller enskild patient har redan idag verksamhetschef denna möjlighet.”*[79]

Att införa en sådan möjlighet skulle innebära ökat flexibilitet och förutsättningar för mer skyndsamt beslutsfattande och uppstart av nya pilotprojekt. Detta ställer dock krav på rutiner för att säkerställa att sådana tillfälliga beslut formaliseras genom fullmäktigebeslut om verksamheten permanentas och avgiftsbefrielsen bedöms vara fortsatt relevant. För att säkerställa att gällande avgiftsregelverk hålls uppdaterat och à jour, behöver det även finnas en rutin för att säkerställa att beslut gällande avgiftsförändringar och avgiftsrelaterade frågor kanaliseras till patientavgiftsansvariga handläggare på hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Utredningen gör bedömningen att det kan finnas anledning att återkomma till denna fråga vid senare tillfälle.

[79], https://www.skane.se/Public/Protokoll/Regionstyrelsen/2016-06-02/Patientavgifter%202017/HSN_Beslutsförslag.pdf (Hämtad 2021-01-24)

4.3 Patientavgifter för distanskontakter

Med distanskontakt avses *”vårdkontakt i öppen vård där hälso- och sjukvårdspersonal och patient är rumsligt åtskilda.”*[80]

Sådana distanskontakter kan ske genom överföring av ljud, ljud och bild i kombination eller genom överföring av text. För att en distanskontakt ska få rapporteras som en vårdkontakt ska den innehållsmässigt ersätta och motsvara ett fysiskt besök där behandlingsansvarig gör en medicinsk bedömning och fattar beslut om eventuell behandling, ändring av pågående behandling eller ytterligare utredning.

För närvarande debiteras patientavgift enbart för distanskontakter via video och KBT-behandling via internet. Inom ramen för denna utredning har förutsättningarna att debitera patientavgift för övriga distanskontakter övervägts. Som framgår av avsnitt 2.2.14 och 2.6.2 har utredningens gjort bedömningen att nuvarande undantag från patientavgift fortsatt bör gälla för dessa vårdkontakter i det nya avgiftsregelverket.

Samtidigt kan konstateras att pågående pandemi har bidragit till en påtaglig utveckling av distanskontakter inom hälso- och sjukvården. Det är rimligt att tro att mycket av denna utveckling är här för att stanna även efter pandemin. Allteftersom lärdomar dras, verksamheter utvecklas och förutsättningarna för rapportering av olika former av distanskontakter förändras, är det rimligt att anta att avgiftsfrågan gällande distanskontakter kan behöva ses över ånyo.

[80] HSN 2020-1419, *Regelverk för rapportering av vårdkontakter*, sid. 12.