



Privata digitala vårdtjänsters
påverkan på konkurrensförhållanden
inom primärvården

RAPPORT 2022:3

Konkurrensverket, augusti 2022

Författare: Leif Nordqvist, Stefan Jönsson, Mårten Törnqvist och Carl-Henrik Segenstedt Bergh

Foto: Scandinav

Förord

Denna rapport har tagits fram inom ramen för Konkurrensverkets strategiska satsningar på offentligt finansierade välfärdsmarknader.

De privata digitala vårdtjänsterna har vuxit mycket kraftigt de senaste åren. I rapporten utreder Konkurrensverket hur de påverkar konkurrensförhållanden i primärvården. Vårt fokus är hur de påverkar konkurrensen för vårdcentralerna.

Stockholm augusti 2022

Rikard Jermsten
Generaldirektör

Innehåll

Sammanfattning	7
Summary	12
1. Inledning	17
1.1 Efterfrågan på digitala besök inom primärvården har ökat kraftigt under pandemiåren 2020–2021	17
1.2 Syfte och avgränsningar	18
1.3 Metod	19
2. Vårdvalet i primärvården	21
2.1 Vårdvalsreformen	21
2.2 Patientlagen gav alla invånare i landet rätt att söka vård utanför hemregionen	23
2.3 Ändrade regler för vårdvalet i primärvården under 2022	23
3. Framväxten av privata digitala vårdgivare i primärvården	25
3.1 De privata digitala vårdtjänsterna har ökat tillgängligheten till primärvården	25
3.2 De digitala vårdtjänsterna arbetar på ett annat sätt	25
3.3 De privata digitala vårdgivarna startade sin verksamhet i Region Jönköping och Region Sörmland	26
3.4 De digitala utomlänsbesöken kostade regionerna drygt 800 miljoner kronor 2021	28
4. De privata digitala vårdtjänsterna har medverkat till att sprida användningen av digitala vårdtjänster	31
4.1 De privata digitala vårdtjänsterna har bidragit till att patienter blivit mer bekväma med digitala vårdtjänster	31
4.2 De privata digitala vårdtjänsterna har stimulerat utvecklingen av digitala vårdtjänster även hos andra vårdgivare	31
4.3 Allt fler fysiska vårdcentraler erbjuder digitala tjänster	32
4.4 Fler än hälften av vårdcentralcheferna anser att regionerna bör inrätta digitala vårdtjänster	34
4.5 Alla regioner har nu en egen tjänst för digitala patientmöten	35

5. Vilka använder digitala vårdtjänster?	36
5.1 Flera studier visar att det främst är kvinnor och storstadsbor som använder de privata digitala vårdtjänsterna.....	36
5.2 Antalet digitala besök hos läkare har minskat – i stället görs fler besök hos fysioterapeuter	37
5.3 Kvinnor står för 70 procent av besöken hos privata digitala vårdgivare.....	40
6. Vad innebär de privata digitala vårdtjänsterna för vårdcentralerna?	42
6.1 Antalet läkarbesök på vårdcentralerna har minskat – men minskningen började innan de privata digitala vårdtjänsterna etablerades	42
6.2 Har de privata digitala vårdtjänsterna inneburit en avlastning för vårdcentralerna?	44
6.3 Vårdcentralcheferna upplever att de privata digitala vårdtjänsterna främst lockar till sig patienter med enklare behov av vård.....	45
6.4 Tillgänglighet skapar efterfrågan på digitala vårdtjänster.....	50
7. Utomlänsersättningen	51
7.1 De privata digitala vårdtjänsterna ersätts enligt andra regler än vårdcentralerna	51
7.2 Ersättningen för de privata digitala vårdtjänsterna påverkar vårdcentralernas resurser	51
7.3 Vårdcentralernas ersättning bygger i huvudsak på kapitering.....	52
7.4 Vårdcentralerna får låg eller ingen rörlig ersättning för besök hos läkare	53
7.5 Vid vård utanför hemregionen tillämpas utomlänsersättning	56
7.6 Kan regionerna undvika att betala utomlänsersättning för digitala besök?	58
7.7 Vårdcentralerna har ofta kostnadsansvar för utomlänsersättningen	59
7.8 De flesta privata digitala vårdtjänster är etablerade i Region Sörmland och faktureras därifrån	61
7.9 Är nivån på utomlänsersättningen rimlig?	62
8. Kontinuitet och kvalitet hos digitala vårdtjänster	64
8.1 Få klagomål om den medicinska kvaliteten på de privata digitala vårdtjänsterna.....	64
8.2 Har de privata digitala vårdtjänsterna tagit tillvara digitaliseringens möjligheter?	65
8.3 Vad innebär de privata digitala vårdtjänsterna för kontinuiteten i vården	66
8.4 Kritik mot bristande kontinuitet i kontakterna mellan läkare och patient	67
8.5 Förskrivning av läkemedel	68

9. Vad innebär de digitala vårdtjänsterna för konkurrensen på primärvårdsmarknaden?	71
9.1 De privata digitala vårdtjänsterna har på ett markant sätt ökat tillgängligheten	71
9.2 Vårdvalsreformen innebar fri etablering och konkurrens genom tillgänglighet och servicenivå.....	72
9.3 Digitala tjänster används för att attrahera patienter	72
9.4 Antalet fysiska besök på vårdcentraler har minskat – men minskningen började innan de privata digitala vårdtjänsterna etablerades	74
9.5 Utomlänsersättningen är kostnadsdrivande.....	74
9.6 Vårdcentralerna bär kostnaderna för privata digitala vårdbesök.....	74
9.7 Problematiskt om vårdgivare på samma marknad ersätts enligt olika ersättningsmodeller	75
9.8 När avtal mellan region och vårdgivare saknas försvåras dokumentation och uppföljning	77
9.9 Regler som ger rätt till ersättning för utförda tjänster utan avtal bör undvikas....	78
9.10 De digitala vårdtjänsterna bör integreras i regionernas vårdvalssystem.....	80
Referenser	83
Bilaga 1 Enkät till vårdcentralchefer.....	86
Bilaga 2 Kartläggning av regionernas olika ersättningssystem i vårdvalet i primärvården.....	89

Sammanfattning

I denna rapport undersöker Konkurrensverket hur privata digitala vårdtjänster, de som ibland kallas nätläkarbolag, och systemet med utomlänsersättning har påverkat konkurrensen på primärvårdsmarknaden. Primärvårdsmarknaden omfattar knappt 1 200 offentliga och privata vårdcentraler.

Sedan de privata digitala vårdgivarna etablerades 2016 har antalet digitala besök med utomlänsersättning ökat markant. 2021 betalade regionerna drygt 800 miljoner kronor i digital utomlänsersättning till de privata digitala vårdgivarbolagen, vilket innebär att de privata digitala vårdtjänsterna i dag utgör 1–2 procent av regionernas primärvårdsbudget.

De privata digitala vårdtjänsterna har ökat tillgängligheten till primärvården

De privata digitala vårdtjänsterna har på flera sätt bidragit till en ökad tillgänglighet i primärvården, något som varit mycket uppskattat av många patienter. Till de viktigaste egenkaperna hör att tjänsterna i princip är tillgängliga dygnet runt, året om, och att patienter ges möjlighet att träffa läkare och annan legitimerad vårdpersonal genom videomöten snabbt och effektivt och onödiga resor kan därmed undvikas.

Flera av de privata digitala vårdtjänsterna tillämpar digital sortering och prioritering ("triagering") för att hantera patienten på rätt vårdnivå. Andra aktörer har utvecklat nya tjänster som även vänder sig till patienter med kroniska sjukdomar, som exempelvis utredning och behandling av högt blodtryck, utredning och behandling av astma, behandling av artros och utredning och behandling av psykisk ohälsa.

De privata digitala vårdtjänsterna används ofta av kvinnor i storstäderna

Enligt uppgifter från Region Sörmland, som hanterar faktureringen av utomlänsersättningen för de flesta privata digitala vårdföretagen¹, är användningen av de privata digitala vårdtjänsterna särskilt utbredd i storstadsregionerna. I Stockholm använde 23 procent av invånarna digitala vårdtjänster någon gång, följt av Uppsala (20 procent) och Västra Götalandsregionen (19 procent). Kvinnor står för 70 procent av de digitala vårdbesök som fakturerats av Region Sörmland.

Under 2021 har antalet digitala utomlänsbesök hos läkare minskat. I stället har antalet digitala utomlänsbesök hos fysioterapeuter ökat kraftigt. Besök hos fysioterapeut utgjorde under 2021 28 procent av samtliga digitala utomlänsbesök som fakturerades av Region Sörmland.

¹ Doktor.se, Doktor 24, Joint Academy, Kry och MinDoktor är etablerade i Region Sörmland.

Antalet fysiska besök på vårdcentral har minskat – men minskningen började innan de privata digitala vårdtjänsterna etablerades

Antalet mottagningsbesök hos läkare inom primärvården minskade redan innan de privata digitala vårdtjänsterna introducerades. Under åren 2012–2015 minskade antalet besök med omkring 100 000 varje år. År 2016, då de privata digitala vårdtjänsterna började utnyttja utomlänsersättningen, minskade antalet fysiska läkarbesök på vårdcentralerna dubbelt så snabbt, med mer än 200 000 besök. Antalet digitala utomlänskontakter motsvarade dock bara omkring en tiondel av det minskade antalet fysiska läkarbesök.

Under de följande åren ökade antalet digitala läarkontakter mycket snabbt och uppgick redan 2019 till mer än 800 000 besök. Samtidigt fortsatte antalet fysiska läkarbesök att minska. Om man jämför antalet digitala utomlänsbesök med minskningen av antalet fysiska besök sedan 2015 motsvarade de digitala utomlänsbesöken omkring två tredjedelar av minskningen av antal fysiska besök under 2019. Vi har dock inte kunnat fastslå i vilken utsträckning digitala besök har ersatt fysiska besök.

Under 2020 och 2021 minskade antalet fysiska besök mycket kraftigt, vilket till stor del kan förklaras av pandemin. Samtidigt ökade antalet digitala utomlänsbesök och uppgick under 2020 till fler än en och en halv miljon, vilket motsvarade 39 procent av det minskade antalet fysiska läkarbesök sedan 2015.

Under 2021 minskade antalet digitala utomlänsbesök med omkring en tredjedel eller närmare en halv miljon besök. En förklaring till minskningen är att flera av de privata digitala vårdgivarna har etablerat vårdcentraler i flera regioner, bland annat i Stockholm och Skåne, vilket innebär att de inte längre omfattas av utomlänsersättningen utan av regionernas ordinarie ersättningssystem.

Sex av tio vårdcentralchefer anser att de privata digitala vårdtjänsterna har bidragit till att patienter blivit mer bekväma med digitala vårdtjänster

Som en del av arbetet med denna rapport har Konkurrensverket genomfört en enkät till verksamhetschefer för vårdcentraler. Av enkätsvaren framgår bland annat att sex av tio vårdcentralchefer helt eller delvis anser att de privata digitala vårdtjänsterna har bidragit till att patienter och vårdpersonal känner sig mer bekväma med digitala vårdtjänster. Vidare anser fler än åtta av tio vårdcentralchefer (84 procent) att de privata digitala vårdtjänsterna har stimulerat utvecklingen av digitala vårdtjänster hos andra vårdgivare.

Av enkäten framgår att verksamhetscheferna inte upplever att de privata digitala vårdtjänsterna inneburit någon avlastning för deras vårdcentraler i någon större utsträckning. Sju av tio vårdcentralchefer (71 procent) anser inte att de privata digitala vårdtjänsterna innebär en avlastning.

En återkommande kommentar under våra intervjuer handlar om att de privata digitala vårdtjänsterna riktar in sig på patienter med enkla och lätthanterade besvär, medan man låter de ordinarie vårdcentralerna hantera patienter med mer tidskrävande och komplicerade behov. Fler än åtta av tio vårdcentralchefer (86 procent) anser helt eller delvis att de privata digitala vårdtjänsterna främst attraherar patienter med enklare behov av vård.

Utomlänsersättningen är kostnadsdrivande och påverkar vårdcentralernas resurser

Denna rapport fokuserar på digitala vårdbesök som finansieras med så kallad *utomlänsersättning*, som är en schabloniserad ersättning som tillämpas när en patient besöker en vårdcentral utanför sin hemregion och regionens eget ersättningssystem därför inte kan tillämpas.

Utomlänsersättningen för digitala besök fungerar som en styckeprisersättning med 500 kronor per läkarbesök, utan något tak, vilket innebär att fler besök ger högre ersättning till vårdgivaren.

Utomlänsersättningen finansieras inom samma budget som vårdcentralerna, i vissa regioner genom direkta avdrag från vårdcentralernas ersättning när deras listade patienter besökt en privat digital vårdtjänst. I andra regioner tas kostnaden centralt, men av våra intervjuer med regionerna framgår att oavsett modell påverkar kostnaden primärvårdsbudgeten.

Av vår enkät framgår att sju av tio vårdcentralchefer (70 procent) anser att ersättningen för de privata digitala vårdtjänsterna innebär att deras vårdcentral får mindre resurser.

En vårdcentral som erbjuder digitala vårdtjänster till sina listade patienter får lägre ersättning än den ersättning som betalas om samma patient besöker en privat digital vårdtjänst med utomlänsersättning. Konkurrensverket anser därför att systemet med utomlänsersättning innebär att det inte råder konkurrens på lika villkor mellan vårdcentralerna i världsvalsystemen och de privata digitala vårdgivarna som verkar med utomlänsersättning.

Olika ersättningssystem på samma marknad skapar konkurrensproblem

Konkurrensverket kan konstatera att de privata digitala vårdtjänsterna som finansieras med utomlänsersättning befinner sig på samma marknad som vårdcentralerna, eftersom båda vänder sig till samma patienter och finansieras inom ramen för regionernas världsvalsystem. Trots detta omfattas de av två diametralt olika ersättningssystem. Vårdcentralerna ersätts i huvudsak med en fast ersättning per patient, så kallad kapiteringsersättning, medan de privata digitala vårdtjänsterna ersätts med utomlänsersättning som innebär ersättning per besök. De olika ersättningsmodellerna har helt olika syften och styreffekter.

Regionernas kapiteringsersättningar kan kortfattat beskrivas som att vårdcentralerna får en fast summa per patient, med låg eller ingen ersättning per besök. Systemet innebär att vårdcentralerna har incitament att hålla patienterna friska och nöjda men utan att besöka vårdcentralen mer än vad som är nödvändigt. Eftersom kapiteringsersättningen är viktad för att täcka patienternas förväntade vårdbehov med avseende på ålder, kön och andra faktorer, bör patienter med högre förväntat vårdbehov i princip vara lika lönsamma som patienter med lägre förväntat vårdbehov.

Att två offentliga ersättningssystem ger olika incitament och styreffekter behöver inte vara ett problem i sig. I det här fallet påverkas dock konkurrensförhållandena för vårdcentralerna på ett negativt sätt eftersom kostnaderna för utomlänsbesök direkt eller indirekt påverkar deras ekonomi. Vårdcentralerna har svårt att konkurrera genom att erbjuda liknande digitala tjänster eftersom deras ersättningssystem ger låg eller ingen ersättning för digitala besök.

När avtal mellan region och vårdgivare saknas försvåras dokumentation och uppföljning

Systemet med utomlännersättning syftar till att hantera situationer när en patient söker vård utanför sin hemregion och där det därför saknas en avtalsrelation mellan vårdgivaren och hemregionen. Förutom de ekonomiska effekterna av utomlännersättningen har också bristen på avtalsförhållande andra konsekvenser. Bland annat omfattas inte de privata digitala vårdgivarna av hemregionens journalsystem och andra it-lösningar. Detta innebär att de privata digitala vårdgivarna endast har tillgång till den dokumentation som finns i den nationella patientöversikten om patientens sjukdomshistoria. På motsvarande sätt får vårdcentralerna bristfällig information om sina listade patienters besök hos privata digitala vårdgivare, eftersom journalanteckningarna läggs i vårdgivarens eget journalsystem och inte i hemregionens.

Bristen på avtalsrelation innebär också att det inte är möjligt att på kommersiell bas bygga upp digitala tjänster som förutsätter utbyte av digital information. Det är inte heller möjligt att följa upp resultat på ett systematiskt sätt eller att tillämpa ersättningsmodeller där ersättningen bygger på uppnådda medicinska resultat.

De digitala vårdtjänsterna bör integreras i regionernas vårdvalssystem

Konkurrensverket anser att de privata digitala vårdtjänsterna bidragit till ökad acceptans och spridning av digitala tjänster inom primärvården, och bedömer att digitaliseringen på olika sätt kan medföra stor nytta i form av effektivisering, ökad service och tillgänglighet inom åtminstone delar av primärvården.

Samtidigt kan vi konstatera att systemet med utomlännersättning innebär att de privata digitala vårdtjänsterna har rätt till ersättning utan att det finns ett avtal med den region som ska betala, vilket innebär att regionerna får betala för tjänster som de inte beställt och som de har svårt att följa upp. Bristen på avtal innebär att regionerna varken kan påverka innehållet i de digitala tjänsterna eller systematiskt följa upp vilka tjänster som utförs. Utomlännersättningen är också kostnadsdrivande och påverkar vårdcentralernas ekonomiska förutsättningar att bedriva sin verksamhet. Dessutom påverkar utomlännersättningen systematiken i regionernas ersättningsmodeller i vårdvalssystemen.

Konkurrensverket kan konstatera att dessa nackdelar i huvudsak skulle upphöra om regionerna hade en avtalsrelation med de privata digitala vårdföretagen, och att de digitala vårdtjänsterna därmed kan integreras med regionernas vårdvalssystem.

Offentligt finansierade tjänster som bedrivs i privat regi bör upphandlas i konkurrens

Konkurrensverket förordar att tjänster som utförs av privata företag med offentlig finansiering ska upphandlas i konkurrens. En sådan konkurrensutsättning innebär dels att eventuella stordrifts- och samordningsfördelar åtminstone delvis kommer det offentliga till godo, dels att det offentliga tecknar ett avtal som innebär att företagen förbinder sig att verkligen utföra tjänsterna till de överenskomna villkoren. Ett alternativ till konkurrensutsättning genom offentlig upphandling är att inrätta valfrihetssystem enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) eller att införa krav om att tillhandahålla digitala vårdtjänster inom vårdvalssystemen. En fördel är att kraven och villkoren då kan anpassas löpande varje år i dialog mellan myndigheten och leverantörerna.

Problemet med utomlänsersättningen försvinner när de privata digitala vårdgivarna etablerar sig i en region

De senaste åren har de privata digitala vårdbolagen etablerat sig i den fysiska vården, bland annat genom att förvärva vårdcentraler, framförallt i Region Stockholm och Region Skåne. Detta innebär att de ersätts enligt regionernas ordinarie ersättningssystem och även i övrigt omfattas av samma krav och villkor som andra vårdcentraler. Eftersom de har avtal med dessa regioner kan de inte längre fakturera via andra regioner enligt utomlänsersättningen, åtminstone inte för sådana tjänster som omfattas av den aktuella regionens vårdvalssystem. Detta är också en utveckling som regionerna i huvudsak välkomnar.

Regionerna bör se över den digitala utomlänsersättningen

Eftersom utomlänsersättningen innebär att olika aktörer på samma marknad omfattas av diametralt olika incitament snedvrids konkurrensen. Konkurrensverket anser därför att systemet med utomlänsersättning bör ses över. Konkurrensverket anser att regionernas ersättningsmodeller med kapitering som gäller för vårdcentralerna skulle kunna tjäna som utgångspunkt även för de privata digitala vårdgivarna. Ersättningen bör hellre skapa incitament där ersättning för goda behandlingsresultat över tid premieras. Detta bör också vara görligt eftersom allt fler diagnoser kan utredas och behandlas digitalt. Det kan även finnas anledning att se över vad som är ersättningsbart enligt begreppet kvalificerad sjukvård som ju förhåller sig till en överenskommelse regionerna emellan. Att närmare beskriva in- bördens och på så sätt reglera när ersättning ska utgå mellan regionerna torde i viss mån kunna hämma en utveckling där åkommor som skulle kunna hänvisas till 1177.se belastar sjukvården.

Regionerna bör även se över och samordna patientavgiften vid digital utomlänsvård

Patientavgiften för ett fysiskt besök på vårdcentral kan i vissa fall vara högre än vid besök hos en privat digital vårdgivare. Detta kan skapa incitament för patienter att söka vård hos privata digitala vårdtjänster. Det är således billigare att kontakta den privata digitala vårdgivaren än att besöka den vårdcentral där patienten är listad. I sammanhanget ska dock nämnas att reglerna om högkostnadsskydd även tillämpas på digitala besök, varför de patienter vars vårdbehov överstiger högkostnadstaket inte kommer att behöva betala patientavgift.

Konkurrensverket anser därför att regionerna bör se över patientavgifterna så att patienterna stimuleras att i första hand vända sig till den vårdcentral där de är listade.

Summary

In this report, the Swedish Competition Authority investigates how private digital healthcare services, sometimes referred to as internet doctor companies, and the system for out-of-county compensation have affected competition on the primary care market. The primary care market encompasses almost 1,200 public and private healthcare centres.

Since private digital healthcare providers became established in 2016, the number of digital healthcare visits with out-of-county compensation has increased markedly. In 2021, the regions paid more than SEK 800 million in compensation to private digital healthcare companies for digital out-of-county care, which means that private digital healthcare services now make up 1–2 percent of the regions' primary care budgets.

Private digital healthcare services have increased primary care access

Private digital healthcare services have contributed in several ways to increased primary care access, which has been highly appreciated by many patients. Among their most important characteristics are the facts that the services are generally available at all hours, year round, and that patients can interact with physicians and other licensed healthcare personnel through video meetings, quickly and efficiently, thereby avoiding unnecessary travel.

Several private digital healthcare services use digital sorting and prioritisation ('triaging'), to refer each patient to the correct care level. Other parties have developed new services aimed at patients with chronic diseases, such as evaluation and treatment of hypertension, evaluation and treatment of asthma, treatment of arthritis, and evaluation and treatment of mental ill health.

Private digital healthcare services are often used by women in urban areas

According to data from Region Sörmland, which manages invoicing for out-of-county care for most private digital healthcare companies², usage of private digital healthcare services is particularly high in urban regions. In Stockholm, 23 percent of citizens had used digital healthcare services at least once, followed by Uppsala (20 percent) and the Västra Götaland Region (19 percent). Women were patients in 70 percent of the digital healthcare visits invoiced by Region Sörmland.

During 2021, the number of digital out-of-county physician visits has decreased. Instead, the number of digital out-of-county visits to physiotherapists has increased dramatically. In 2021, visits to physiotherapists made up 28 percent of all digital out-of-county visits invoiced by Region Sörmland.

² Doktor.se, Doktor 24, Joint Academy, Kry and MinDoktor are established in Region Sörmland.

The number of physical visits to healthcare centres has decreased – but the trend began before private digital healthcare services were established

The number of visits to physicians in primary care began decreasing even before private digital healthcare services were introduced. During the years 2012–2015, the number of visits decreased by around 100,000 each year. In 2016, when private digital healthcare services started using out-of-country compensation, the number of physical visits to physicians in primary care decreased twice as fast, by more than 200,000 visits. However, the number of digital out-of-care contacts corresponded to only a tenth of the decrease in physical visits to physicians.

During the following years, the number of digital contacts with physicians increased very rapidly and was at over 800,000 as early as 2019. The number of physical visits to physicians continued to decrease. Comparing the number of digital out-of-care visits and the decrease in the number of physical visits since 2015 reveals that digital out-of-county visits corresponded to about two thirds of the decrease in the number of physical visits in 2019. However, we have not been able to determine to what extent digital visits have replaced physical visits.

During 2020 and 2021, the number of physical visits decreased very greatly, which can mainly be explained by the pandemic. At the same time, the number of digital out-of-county visits increased, exceeding 1.5 million in 2020, which corresponded to 39 percent of the decreased number of physical visits to physicians since 2015.

During 2021, the number of digital out-of-county visits decreased by about a third, or almost half a million visits. One explanation for this decrease is that several of the private digital healthcare providers have established healthcare centres in several regions, including Stockholm and Skåne, which means that they are no longer encompassed by out-of-county compensation, but instead by the regions' regular compensation system.

Six of ten healthcare centre managers feel that private digital healthcare services have contributed to patients becoming more at ease with digital healthcare services

As part of the work with this report, the Swedish Competition Authority has performed a survey among operations managers at healthcare centres. The survey results show that six of ten healthcare centre managers feel, entirely or partially, that private digital healthcare services have contributed to patients and healthcare staff becoming more at ease with digital healthcare services. Further, more than eight of ten healthcare centre managers (84 percent) feel that private digital healthcare services have stimulated the development of digital healthcare services among other healthcare providers.

The survey shows that the managers do not feel that private digital healthcare services have lessened the burden for their healthcare centres to any greater extent. Seven of ten healthcare centre managers (71 percent) do not feel that private digital healthcare services lessen their burden.

A recurring comment at several interviews is that private digital healthcare providers focus on patients with simple, easily managed problems, while regular healthcare centres are left to deal with patients with more time-consuming and complex issues. More than eight of ten healthcare centre managers (86 percent) feel, entirely or partially, that private digital healthcare services primarily attract patients with simpler care needs.

Out-of-county compensation is driving costs and impacting on healthcare centre resources

This report focuses on digital healthcare visits financed through so-called out-of-county compensation, a standardised compensation applied when a patient visits a healthcare centre outside their home region, meaning that the region's own compensation system cannot be used.

Out-of-county compensation for digital visits comprises a per-unit compensation of SEK 500 per physician visits, without any upper limit, which means that each additional visit results in greater compensation to the healthcare provider.

The out-of-county compensation is financed within the same budget as healthcare centres – in some regions through direct deductions from the healthcare centres' compensation when their listed patients have visited a private digital healthcare service. In other regions, the costs are centralised, but our interviews with the regions reveal that the costs impact on the primary care budget regardless of which model is used.

Our survey shows that seven of ten healthcare centre managers (70 percent) feel that the compensation for private digital healthcare services means that their healthcare centres are getting less resources.

A healthcare centre that offers digital healthcare services to its listed patients gets a lower compensation than that paid out if the same patient visits an out-of-county private digital healthcare service. The Swedish Competition Authority therefore believes that the out-of-county compensation system means there is not competition on equal terms between healthcare centres within the choice-of-care systems and the private digital healthcare providers that receive out-of-county compensation.

Differing compensation systems on a single market create competition issues

The Swedish Competition Authority can conclude that private digital healthcare services that are financed through out-of-county compensation are on the same market as healthcare centres, as they target the same patients and are financed within the framework of the regions' choice-of-care system. Despite this, they have two radically different compensation systems. Healthcare centres are generally compensated by a fixed fee per patient, so-called capitation, while private digital healthcare services are compensated through out-of-county compensation, which is paid per visit. The different compensation models have entirely different purposes and effects.

The regions' capitation can in brief be described as meaning that healthcare centres get a fixed sum per patient, with little or no compensation per visit. The system means that healthcare centres have an incentive to keep patients healthy and satisfied, but without visiting their healthcare centre more than necessary. Since capitation is weighted to cover each patient's expected care needs, given their age, sex, and other factors, patients with higher expected care needs are generally equally profitable as patients with lower expected care needs.

Having two public compensation systems that result in differing incentives and effects need not be a problem per se. However, in this case, competition is negatively impacted for healthcare centres, as the costs for out-of-county visits directly or indirectly affects their economy. Healthcare centres find it hard to compete by offering similar digital services, as their compensation system yields little or no compensation for digital visits.

Where there is no contract between a region and a healthcare provider, this makes documentation and follow-up difficult

The system with out-of-county care serves to deal with situations when a patient is seeking care outside their home region and there is no contractual relationship between the healthcare provider and the home region. Aside from the financial effects of out-of-country compensation, the lack of a contractual relationship may also have other consequences. For instance, private digital healthcare providers do not have access to the home region's medical record system and other IT solutions. This means that the private digital healthcare providers only have access to the national patient overview's documentation on a patient's medical history. In a similar way, healthcare centres get limited information about their listed patients' visits to private digital healthcare providers, as notes from such visits are made in each healthcare provider's own record system, not that of the home region.

The lack of a contractual relationship also means that it is not possible to build commercial digital services that require the exchange of digital information. Nor is it possible for the region to follow up on results in a systematic fashion or apply compensation models where the compensation is based on achieved medical outcomes.

Digital healthcare services should be integrated into the regions' choice-of-care systems

The Swedish Competition Authority believes that the private digital healthcare have contributed to increased acceptance and dissemination of digital services in primary care, and that digitalization can, in various ways, have great benefits in the form of streamlining and improved services and accessibility, at least within some parts of primary care.

At the same time, we can conclude that the system with out-of-county compensation means that private digital healthcare services have the right to compensation, even when there is no contractual relationship with the region making the payment, meaning that regions are paying for services they have not ordered and cannot follow up. The lack of contractual relationships means that the regions cannot influence the contents of the digital services or systematically follow up which services are provided. Out-of-county compensation is also driving costs and affects the healthcare centres' financial operating conditions. Further, out-of-county compensation impacts on the systematics of the regions' compensation models in the choice-of-care systems.

The Swedish Competition Authority can conclude that these drawbacks would generally be eliminated if the regions had contractual relationships with private digital healthcare companies and if digital healthcare services could be integrated into the regions' choice-of-care systems.

Publicly financed services operated privately should be procured through competitive procedures

The Swedish Competition Authority suggests that services provided by private companies but with public financing should be procured through competitive procedures. This would mean both that any economies of scale and coordination benefits would positively impact the state, and that the state would sign a contract meaning that companies commit to providing services on the contractual terms. An alternative to competition through public procurement would be to implement a system of choice in accordance with the Act (2008:962)

on System of Choice (LOV) or to instate requirements on providing digital healthcare services within the choice-of-care systems. One benefit would be that the requirements and conditions could be adapted annually in a dialogue between the authority and the suppliers.

The problem with out-of-county compensation disappears when the private digital healthcare providers become established in a region

In recent years, the private digital healthcare companies have established a presence also in physical care, including by acquiring healthcare centres, primarily in Region Stockholm and Region Skåne. This means that they are compensated through the regions' regular compensation system and also subject to the same requirements and conditions as other healthcare centres. As they have contracts with these regions, they can no longer invoice them through other regions, getting out-of-county compensation, at least not for those services that are encompassed by the relevant region's choice-of-care system. This is also a development generally welcomed by the regions.

The regions should review the compensation for digital out-of-county care

As out-of-county compensation means that different entities on the same market are subject to radically differing incentive schemes, competition is skewed. The Swedish Competition Authority therefore believes that the system with out-of-county compensation should be reviewed. The Swedish Competition Authority believes that the regions' compensation models with capitation, applicable to healthcare centres, should serve as the starting point also for private digital healthcare providers. The compensation should ideally create an incentive, rewarding good treatment outcomes over time. This should be possible, as more and more health conditions can be evaluated and treated digitally. There might also be cause to review what can be compensated under the concept 'qualified healthcare', which is used in an agreement between the regions. A clearer description of this concept's meaning and when compensation should be paid between regions could, at least to some extent, prevent a development where health issues that might be referred to 1177.se become a burden to healthcare.

The regions should also review and coordinate patient fees for digital out-of-county care

The patient fee for a physical visit to a healthcare centre can, in some cases, be higher than that for a visit to a private digital healthcare provider. This can create an incentive for patients to seek care from private digital healthcare services. Thus, it is cheaper to contact a private digital healthcare provider than to visit the healthcare centre where the patient is listed. However, in this context, it should be mentioned that the rules on high-cost protection also apply to digital visits, meaning that patients whose care needs exceed the high-cost limit will not need to pay a patient fee.

The Swedish Competition Authority therefore believes that the regions should review patient fees, so that patients have an incentive to primarily contact the healthcare centre at which they are listed.

1. Inledning

I denna rapport utreder Konkurrensverket hur de digitala vårdtjänsterna som har utvecklats av privata digitala vårdgivare, ofta benämnda nätläkarbolag, och av regionerna själva, påverkar konkurrensförhållanden inom primärvården. Vårt fokus är i synnerhet hur konkurrensen påverkas för landets knappt 1 200 vårdcentraler, oavsett om de drivs i offentlig eller privat regi, genom att de privata digitala vårdgivarbolagen har trätt in på primärvårdsmarknaden under den senaste femårsperioden.

Inledningsvis vill vi poängtera att digitaliseringen av vården inte är något nytt, den har pågått under den senaste 20-årsperioden. Under många år har videomöten använts av olika professioner och av olika verksamheter. Sedan länge skickar sjukhus röntgenbilder mellan varandra och mellan länder för granskning på distans. Vad som är förhållandevis nytt är videomöten eller chatt mellan läkare, eller annan legitimerad sjukvårdspersonal, och patient i hemmet. Utvecklingen är starkt kopplad till den nya patientlagen (2014:821) som trädde i kraft 1 januari 2015, då det blev möjligt för invånare att söka öppenvård i hela landet, något som tidigare inte var möjligt med undantag för akuta besök. Det blev även möjligt att lista sig på en vårdcentral utanför den egna regionen. I anslutning till att patientlagen trädde i kraft etablerades nya privata digitala vårdgivare, genom att de blev underleverantörer till vårdcentraler i Region Jönköping och Region Sörmland. Dessa aktörer har sedan dess debiterat regionerna för digitala utomlänsbesök genom att erbjuda primärvård digitalt i princip dygnet runt till landets alla invånare. Att det har ökat patienters tillgänglighet till primärvården råder det knappast något tvivel om. Den offentligt finansierade primärvården har länge haft problem med tillgänglighet och sitt stora beroende av hyrpersonal, vilket Konkurrensverket har beskrivit i flera rapporter.³

Enligt en undersökning från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys så är korta väntetider den största anledningen till att patienter väljer digitala vårdbesök framför att kontakta vårdcentralen för ett fysiskt besök. Undersökningen visar också att preferenserna för digitala vårdbesök skiljer sig mellan grupper i befolkningen och vilket sjukdomstillstånd som patienterna söker vård för. För lindrigare sjukdomstillstånd söks mer digital vård. Men av samma undersökning framgår också att patienterna värderar kvaliteten i ett fysiskt besök högre än i ett digitalt besök.⁴

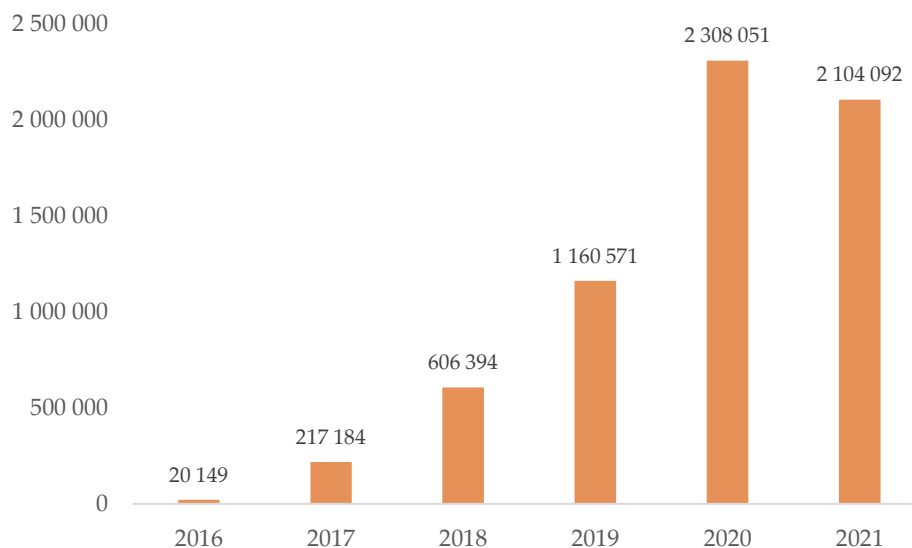
1.1 Efterfrågan på digitala besök inom primärvården har ökat kraftigt under pandemiåren 2020–2021

Sedan de privata digitala vårdgivarna etablerades 2016 har antalet digitala utomlänsbesök ökat markant. På riksnivå har de digitala utomlänsbesöken ökat från cirka 20 000 besök 2016 till drygt 600 000 under 2018, och därefter 2,3 miljoner besök under pandemiåret 2020. Under 2021 minskade dock antalet besök något.

³ Konkurrensverket *Hyrläkare i primärvård* (2015:10) och *Regioners upphandlingar av hyrpersonal* (2020:4).

⁴ Vård- och omsorgsanalys (2020), *Tre perspektiv på digitala vårdbesök*.

Figur 1. Utveckling av antal besök hos privata digitala vårdgivare 2016–2021



Källa: SKR (data för 2016 till 2020) och Region Sörmland (data för 2021). För 2021 ingår endast privata vårdgivare som fakturerar via Region Sörmland.

Under pandemiären 2020–2021 var efterfrågan på digitala vårdbesök inom primärvården ännu högre på grund av de restriktioner som har funnits angående fysisk distansering. Det var även vanligare att läkare på vårdcentraler träffade sina patienter genom digitala vårdbesök i stället för fysiska besök. Antalet digitala vårdbesök i regionernas egen regi ökade under perioden januari 2020 till januari 2021 med 278 procent, vilket motsvarade drygt 85 000 besök.⁵ Digitala vårdbesök görs inte enbart för att träffa läkare, det finns även flera andra professioner som tar emot sådana besök, som specialistsjuksköterskor, fysioterapeuter, psykologer och kuratorer.

1.2 Syfte och avgränsningar

Syftet med rapporten är som tidigare nämnts att analysera hur de digitala vårdtjänsterna påverkar konkurrensförhållanden inom primärvården, med fokus på vårdcentralerna i regionernas vårdvalssystem och vilka effekter det får för regionerna, inte bara ekonomiskt utan även verksamhetsmässigt. Vi har utgått från tre övergripande frågeställningar:

1. Vilka effekter får det för regionerna och i slutändan vårdcentralerna när vårdcentralernas listade patienter gör digitala utomlänsbesök hos privata digitala vårdbolag?
2. Vilka konkurrensproblem kan uppstå genom att ersättningssystemen är olika utformade beroende på om besöket görs digitalt hos en privat digital vårdgivare eller om besöket görs fysiskt/digitalt på vårdcentralen med låg eller ingen ersättning?
3. Har de digitala privata vårdtjänsterna några mervärden, som till exempel kortare väntetider eller kortare besökstider än traditionella besök på vårdcentralen? Hur kan digital vård ses som en utvecklingsmöjlighet som ökar konkurrensen mellan vårdgivare i primärvården?

⁵ Socialstyrelsen (2021), *Analys av uppdämda vårdbehov efter pandemin*.

Den statistik över besöksutveckling och ersättning som vi har haft att tillgå från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och Region Sörmland avser endast digitala utomlänsbesök som har ersatts med utomlänsersättning under perioden 2016–2021. Digitala besök under motsvarande period som ersatts med inomlänsersättning i regionernas vårdvalssystem har vi inte några uppgifter om. De utgör sannolikt också en betydligt mindre del.

Som framgått tidigare är de digitala vårdtjänsterna en integrerad del av primärvården, och ersättningarna till de privata digitala vårdgivarna kan i många fall troligen ha en viss inverkan på de finansiella förutsättningarna att driva vård inom regionernas vårdvalssystem. Rapporten fokuserar dock på de digitala vårdtjänsterna och vad dessa kan innebära för den övriga primärvården, men kommer inte att gå närmare in på sådana frågor som Konkurrensverket och andra aktörer studerat i tidigare rapporter om vårdvalssystemen, till exempel hur antalet vårdcentraler förändrats, vilka de ägs av och vad som ligger bakom patienters byte av vårdcentral.

1.3 Metod

För att få en bild av hur förutsättningarna för regioner och vårdcentraler påverkas av de digitala utomlänsbesöken, och vilka konkurrensproblem de leder till, har vi intervjuat företrädare för nio regioner, SKR, de fyra största privata digitala vårdgivarna, Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vård och omsorgsanalys). Under intervjuerna har vi även tagit upp frågor om vilka utvecklingsmöjligheter de digitala vårdtjänsterna kan erbjuda. Andra intressenter, som företrädare för professioner och mer nischade digitala vårdgivare, har tagit kontakt med Konkurrensverket på eget initiativ. Vi har även genomfört en nationell enkät till verksamhetschefer på vårdcentraler, bland annat om hur de ser på utvecklingen med privata digitala vårdgivarna och i vilken omfattning de själva ger sina listade patienter möjlighet till digitala besök. I rapporten redovisas även statistik från SKR och Region Sörmland över hur de digitala besöken hos privata digitala vårdgivare fördelar sig i olika regioner. Vi har gjort en kartläggning av regionernas olika ersättningsmodeller för digitala inom- och utomlänsbesök och hur de finansieras.

1.3.1 Enkätundersökning till verksamhetschefer

Som en del av arbetet med denna rapport har Konkurrensverket genomfört en enkätundersökning riktad till chefer för samtliga vårdcentraler med frågor om deras syn på digitala vårdtjänster och hur de påverkar verksamheten på de vårdcentraler de ansvarar för. Enkätens utformning har varit föremål för samråd med SKR. Många vårdcentralchefer är ansvariga för fler än en vårdcentral, men eftersom syftet med enkäten är att spegla vårdcentralchefernas uppfattningar om hur deras verksamheter påverkas av de digitala vårdtjänsterna, har vi inte viktat svaren efter hur stora verksamheter varje vårdcentralchef ansvarar för. Enkäten beskrivs närmare i bilaga 1.

1.3.2 Begrepp

Inom hälso- och sjukvården används några centrala begrepp som även omfattar digital vård och som används i denna rapport. Varje region har organiserat hälso- och sjukvården på sitt eget sätt. Även om likheterna är stora finns det vissa skillnader, och ibland används olika begrepp för liknande företeelser. I den här rapporten använder vi följande begrepp med följande definitioner:

Vårdvalssystem: Med vårdvalssystem (och vårdval) avses, om inte annat framgår av texten, ett valfrihetssystem enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) som innefattar vårdcentraler. Sedan den 1 januari 2010 är det enligt 7 kap. 3 § i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) obligatoriskt för regionerna att inrätta vårdvalssystem i primärvården.

Vårdcentral: Med vårdcentral avses en vårdmottagning med bland annat allmänläkare (det vill säga specialister i allmänmedicin) som ingår i ett vårdvalssystem. Flera regioner använder andra begrepp för sina vårdcentraler, till exempel husläkarmottagningar, familjeläkarmottagningar, hälsocentraler och liknande. Läskarmottagningar som inte är valbara i ett vårdvalssystem, till exempel taxeläkare⁶, räknas inte som vårdcentraler.

Kapiteringsersättning: Ersättning som beräknas per person som är listad på en vårdcentral. Kapiteringsersättningen är ofta viktad efter ålder, kön och sjukdomshistorik för att spegla olika personers förväntade behov av vård. Samtliga regioner tillämpar kapiteringsersättning i ersättningssystemen för vårdcentraler. En del regioner betalar därutöver ersättningar per besök och tillämpar andra tillägg och avdrag på ersättningen.

Utomlänsersättning: Ersättning enligt SKR:s avtal för utomlänsvård, det vill säga när en patient söker vård i en annan region än hemregionen. Utomlänsersättningen uppgår till cirka 2 000 kronor för ett fysiskt läkarbesök och 500 kronor för ett digitalt besök.

Privata digitala vårdtjänster: Digitala vårdtjänster som utförs av privata vårdgivare och som finansieras genom den så kallade utomlänsersättningen, det vill säga de regler som gäller när en patient besöker en vårdcentral som inte är etablerad i hemregionen. Begreppet avser alltså inte digitala tjänster som utförs på uppdrag av hemregionen eller av en vårdcentral som är etablerad i patientens hemregion. Såväl läkarbesök som besök hos andra professioner kan omfattas.

Triagering: Är en process för att sortera och prioritera patienter med utgångspunkt från tidigare sjukdomshistoria (anamnes) och symtom. Genom triagering bedöms patientens vårdbehov och behov av specialistkompetens.

⁶ Med taxeläkare avses läkare som verkar med ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning ("nationella taxan").

2. Vårdvalet i primärvården

I detta avsnitt beskriver vi hur ersättningssystemen för vårdcentraler fungerar och hur dessa påverkas av ersättningen till de privata digitala vårdtjänsterna.

2.1 Vårdvalsreformen

Sedan 1 januari 2010 är det obligatoriskt för regionerna att inrätta valfrihetssystem i primärvården, vilket innebär att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkar-kontakt (vårdvalssystem). När regionen beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) tillämpas.⁷ Liksom i andra valfrihetssystem enligt LOV innebär detta att det råder "fri etableringsrätt", det vill säga att alla leverantörer som uppfyller de krav som ställs kan etablera en vårdcentral i regionen, och att de därmed har rätt till ersättning från regionen för de tjänster som utförs. Regionerna har alltså ingen möjlighet att neka någon aktör att etablera nya vårdcentraler eller bestämma var dessa ska vara placerade.

När det blev obligatoriskt för regionerna⁸ att inrätta vårdvalssystem skedde detta utan någon mer omfattande nationell samordning eller vägledning.⁹ Detta innebär att var och en av Sveriges 21 regioner har utvecklat ett eget vårdvalssystem, med egna krav, villkor och ersättningsmodeller. På en övergripande nivå finns stora likheter mellan systemen. En likhet är att ersättningsmodellerna i hög utsträckning bygger på en så kallad kapiteringsersättning, det vill säga att ersättningen beräknas per invånare som listat sig på vårdcentralen. Varje invånare får lista sig på endast en vårdcentral, som i varierande utsträckning åtar sig ett helhetsansvar för patientens hälsa och kontakter med primärvården. Kapiteringsersättningen varierar mellan invånarna beroende på ålder och andra faktorer som speglar det förväntade vårdbehovet. Vissa regioner tillämpar i stort sett enbart kapiteringsersättning, medan andra regioner även tillämpar olika former av rörliga ersättningar, till exempel ersättningar per besök eller vid vissa undersökningar. Ersättningsmodellerna skiljer sig också åt avseende vilka kostnader som ska täckas av ersättningen, till exempel om kostnader för läkemedel och laboratorietjänster fördelas på vårdcentralerna eller hanteras centralt i regionen.

I ett vårdvalssystem erhåller alla utförare samma ersättning enligt respektive regions regelbok, vilket innebär att utförarna inte konkurrerar med pris, utan genom att locka invånare att lista sig hos dem genom att erbjuda olika aspekter av kvalitet, till exempel tillgänglighet och bemötande. Konkurrensverket har i flera rapporter beskrivit vårdvalsreformen och hur konkurrensen mellan vårdcentraler fungerar.¹⁰

⁷ Det obligatoriska vårdvalet i primärvården framgår av 7 kap. 3 § i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

⁸ Den 1 januari 2020 avskaffades begreppet landsting och ersattes med region. I rapporten används begreppet region även för landsting.

⁹ Det dåvarande Verket för näringslivsutveckling (Nutek) fick visserligen i uppdrag att ta fram en vägledning för upphandlingar av omsorg, men när Nutek presenterade sin rapport *En vägledning för beställare och upphandlare av vård och omsorg* (Nutek info 073-2008) i oktober 2008 var regionerna i praktiken nästan färdiga med utformningen av sina system eftersom de behövde beslutas i god tid innan införandet.

¹⁰ Konkurrensverket (2014), *Etablering och konkurrens bland vårdcentraler*.

Ett av syftena med vårdvalet i primärvården var att ge vårdcentralerna incitament att ta ett större ansvar för sina patienters hälso- och sjukvård och att undvika att patienter remitterades vidare till andra vårdgivare. När Region Halland införde vårdval var målsättningen att cirka 80 procent av all öppen hälso- och sjukvård som inte kräver sjukhusens resurser skulle ges i primärvården/närsjukvården.¹¹ I många regioner ges därför ingen besöksersättning, eftersom sådana rörliga ersättningar i praktiken blir ett incitament till att öka antalet besök och därför blir kostnadsdrivande. I stället viktas kapiteringsersättningen för att spegla patienternas förväntade vårdbehov, vilket innebär att vårdcentralerna har incitament att locka till sig även vårdkrävande patienter.

I princip i alla regioner har vårdcentralerna också kostnadsansvar för provtagning och medicinsk service. I de flesta regioner utgår inte heller någon rörlig ersättning när en listad patient besöker vårdcentralen, utan kapiteringsersättningen förutsätts täcka samtliga kostnader som vårdcentralen har för patienten under året. Kostnaderna för besök på andra vårdcentraler, så kallad otrohetsbesök, även digitala besök, kan därför helt eller delvis dras från ersättningen till den vårdcentral där patienten är listad. Hur stor denna ersättning är och i vilka situationer patienter kan besöka andra vårdcentraler än där de är listade bestäms av varje region. Detta gäller oavsett om vårdcentralen drivs i privat eller offentlig regi.

Regionernas vårdvalssystem gäller dock endast de vårdgivare som de har avtal med. För att hantera situationer när patienter söker vård i en annan region, till exempel vid akuta besök under en resa, har regionerna kommit överens om att en schabloniserad ersättning för sådana besök, den så kallade utomlännersättningen ska tillämpas. Utomlännersättningen beskrivs närmare i avsnitt 7.

Vårdvalssystemen har utvecklats över tid. När vårdvalsreformen genomfördes skiljde sig ersättningssystemet i Region Stockholm märkbart från vårdvalssystemen i övriga regioner genom att man tillämpade en relativt hög besöksersättning och en låg andel kapiteringsersättning. I Stockholm utgjorde kapiteringsersättningen omkring 40 procent av den totala ersättningen, medan andelen i övriga regioner ofta var omkring 80 procent.¹² Sedan dess har ersättningsmodellen i Region Stockholm utvecklats i riktning mot en högre andel kapiteringsersättning och skillnaderna mot övriga regioner är inte längre särskilt stora.

År 2021 fanns det totalt 1 178 vårdcentraler i Sverige, varav 45 procent drevs i privat regi. Antalet har inte förändrats särskilt mycket sedan vårdvalsreformen, även om det skett en viss ökning och att andelen privata vårdcentraler ökat. Som jämförelse kan nämnas att det 2012 fanns 1 158 vårdcentraler varav 41 procent drevs i privat regi.¹³

¹¹ Prop. 2008/09:74, *Vårdval i primärvården*.

¹² Konkurrensverket (2009), *Uppföljning av vårdval i primärvården*.

¹³ SKR verksamhetsstatistik 2012–2019.

2.2 Patientlagen gav alla invånare i landet rätt att söka vård utanför hemregionen

När patientlagen (2014:821) infördes den 1 januari 2015 var syftet att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Patienterna gavs möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad primärvård och öppen specialiserad vård i hela landet. Regionernas skyldighet att erbjuda öppen vård utvidgades således till att även gälla patienter från andra regioner. Hemregionen ska bekosta vård som en patient får i en annan region, under förutsättning att hemregionens remissregler följs.¹⁴

Patientlagen gjorde det alltså möjligt för invånare att söka öppenvård i hela landet, såväl fysiskt som digitalt. Det blev även möjligt att lista sig utanför hemregionen. Utredningen *Styrning för en mer jämlik vård* beskriver kort historiken bakom utvecklingen av digitala vårdtjänster inom den offentligt finansierade primärvården enligt följande. Enligt utredningen beror fenomenet med digitala konsultationer inom primärvården på hur regionerna har implementerat patientlagen (2014:821).¹⁵ En nyhet med lagen var att den gav patienter möjlighet att söka öppen vård utanför hemregionen. I förarbetena såg man att förslaget skulle få marginell effekt, och att den främst skulle ha en betydelse för patienter som reser till en annan region för att söka vård, eller för patienter som bor nära en regiongräns.¹⁶

I patientlagen görs ingen skillnad mellan fysiska och digitala besök, utan lagen är teknikneutral, vilket innebär att möjligheten att besöka vårdgivare även omfattar digitala besök.

2.3 Ändrade regler för vårdvalet i primärvården under 2022

Regeringen lämnade i december 2021 propositionen *Utökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform* (prop. 2021/22:72) till riksdagen. Innehållet i propositionen bygger till stora delar på betänkandet *Digifysiskt vårdval* (SOU 2019:42).

Regeringen föreslår i propositionen att val av sådana utförare inom vårdvalssystem i primärvården där enskilda kan välja och få tillgång till en fast läkarkontakt (vårdcentraler och motsvarande vårdenheter) ska ske genom listning, det vill säga genom att uppgifter om den enskilde förs in i en förteckning över utförarens patienter. Regionen ska vara skyldig att tillhandahålla ett elektroniskt system för listning av patienter (listningstjänst). Byte av utförare ska få göras högst två gånger under en period om ett år, om det inte finns särskilda skäl. Vårdgarantin ska gälla enbart där den enskilde är listad. Regionen ska på begäran av en utförare få besluta att begränsa det antal patienter som får vara listade hos utföraren (listningstak). Endast om det finns särskilda skäl ska regionen få avslå begäran helt eller delvis. Slutligen föreslås att regionens geografiska område ska få delas upp i två eller flera delområden med separata vårdvalssystem samt att bestämmelserna om fast läkarkontakt ska förtydligas. Lagändringarna trädde i kraft den 1 juli 2022.

¹⁴ Prop. 2013/14:106, *Patientlag*.

¹⁵ SOU 2019:42, *Digifysiskt vårdval*.

¹⁶ SOU 2013:2, *Patientlag – Delbetänkande av Patientmaktsutredningen*.

Regeringen anser att svensk primärvård under en längre tid har lidit av bristande tillgänglighet. För patienten finns därför incitament att söka sig till exempelvis akutmottagning eller en annan vårdcentral än den där patienten är listad. Mot denna bakgrund anser utredningen om digifysiskt vårdval att de nationella digitala vårdgivarna har stöttat utvecklingen av tillgängligheten i primärvården. Det gäller dels den snabba tillgången till kvalificerad bedömning av läkare eller annan profession, till exempel genom appar, dels möjligheten för patienten att påbörja ett ärende digitalt och därefter invänta svar, i stället för att sitta i telefonköer och anpassa kontakten till särskilda tider.

I propositionen föreslås inte någon lagändring i fråga om utomlänsvården, utom vad gäller att även patientens val av utförare i någon annan region än hemregionen ska ske genom listning. Lagändringarna hindrar inte heller att en och samma digitala vårdgivare samarbetar med flera utförare, kanske i olika regioner. På så vis kan en god digifysisk, det vill säga både digital och fysisk, tillgänglighet säkras. Så länge de tjänster som underleverantören utför ligger inom ramen för respektive huvudleverantörs uppdrag enligt förfrågningsunderlaget bör offentlig ersättning kunna lämnas.

Regeringen menar att det bör påpekas att kontinuitet är värdefull oavsett om vården ges digitalt eller fysiskt. Konkurrerande parallella spår samt motstridiga ersättningsprinciper och incitament bör utmönstras. För att de digitala arbetssätten fullt ut ska komma medborgarna till del krävs därför vissa systemförändringar. Det är av yttersta vikt att styrsystemen i hälso- och sjukvården utformas så att såväl privata som offentliga vårdgivare tar ansvar för att tillhandahålla vård efter behov på lika villkor. Regeringen anser därför att regionerna bör fortsätta den utveckling som har påbörjats i riktning mot mer enhetliga ersättningssystem inom primärvården. Därför bör även regionerna ta initiativ till en grundläggande översyn av riksavtalet för utomlänsvård.

2.3.1 Tillkännagivande till regeringen att ta fram förslag till nationella ersättningssystem för digital vård

När riksdagen tog ställning till förslagen i propositionen ställde sig majoriteten bakom förslagen i propositionen och ändringarna i patientlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Riksdagen riktade dock två tillkännagivanden till regeringen om nationella principer för ersättningssystem och ersättningssystem för digital vård. Tillkännagivandena innebar att regeringen bör ta fram nationella principer för ersättningar och avgifter som bygger på behovsprincipen. Riksdagen menade att digital vård är till sin natur att anse som nära vård och en viktig del i vårdutvecklingen och att det därför behövs ett särskilt ersättningssystem för digital vård som inte är en integrerad del i en vårdkedja. Sådan vård bör inte ersättas som utomlänsvård. Regeringen bör därför ge en lämplig myndighet i uppdrag att ta fram förslag till nationella ersättningssystem för digital vård.¹⁷

¹⁷ Socialutskottets betänkande 2021/22:SoU22, *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform*.

3. Framväxten av privata digitala vårdgivare i primärvården

Som vi nämner i inledningskapitlet är användning av digitala verktyg inom svensk hälso- och sjukvård inte något nytt. Den första nationella e-hälsostrategin antogs 2006 och uppdaterades 2010. Samverkansbolaget Inera, som ägs av regioner, kommuner och SKR, har ansvar för att både beställa och utföra e-hälsoarbete för kommuner och regioner. E-hälsomyndigheten inrättades 2014, med uppdraget att driva nationsövergripande initiativ. År 2016 kom staten och SKR överens om en gemensam vision för e-hälsoutvecklingen, *Vision e-hälsa 2025*, som innebär att Sverige 2025 ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter.¹⁸

3.1 De privata digitala vårdtjänsterna har ökat tillgängligheten till primärvården

Digitaliseringen av samhället har utvecklat nya arbetssätt inom många områden, så också inom hälso- och sjukvården. Tidigare fysiska besök hos läkare kan i dag i större utsträckning ersättas med digitala konsultationer via dator eller mobiltelefon. Det finns dock vissa riktlinjer från Socialstyrelsen som innebär att digitala vårdtjänster kan ersätta ett fysiskt besök om tjänsten är anpassad till den enskilde patientens behov och vårdgivaren har tillräcklig information om patientens hälsotillstånd för att kunna ge en god och säker vård.¹⁹

Av våra intervjuer med företrädare för de digitala privata vårdföretagen, exempelvis Min Doktor, Kry, Doktor24 och Doktor.se²⁰, framgår att när de startade sina verksamheter hade vissa av företagen försökt sälja in tjänsterna direkt till regionerna, men att intresset i regionerna många gånger varit lågt. Av våra intervjuer med företrädare för regionernas beställarfunktioner framkommer också att det på vissa ställen funnits ett motstånd från professionen i primärvården mot att ersätta fysiska besök med digitala besök.

3.2 De digitala vårdtjänsterna arbetar på ett annat sätt

Generellt karakteriseras de digitala privata vårdtjänsterna av ett arbetssätt som innebär att arbetskraften "resurspoolas". Organiseringen av arbetet innebär att första lediga läkare eller sjuksköterska tar nästa patient oavsett var de båda befinner sig, och därmed kan de erbjuda mycket hög tillgänglighet när tjänsterna riktar sig till hela landet. Till det kopplas olika typer av digitala verktyg, såsom AI-triage (sortering av patienter till rätt vårdnivå), kunskapsstöd och vårduppföljning.

¹⁸ Socialdepartementet (2016), *Vision e-hälsa 2025 – gemensamma utgångspunkter för digitalisering i socialtjänst och hälso- och sjukvård*.

¹⁹ STRAMA (2019), *Rekommendationer för kvalitetsindikatorer vid digitala vårdmöten*.

²⁰ Bolagen startade sin verksamhet följande år 2013 MinDoktor, Kry 2014, och Doktor24 och Doktor.se 2016.

3.3 De privata digitala vårdgivarna startade sin verksamhet i Region Jönköping och Region Sörmland

Företaget Min Doktor grundades av läkare 2013 och erbjöd då framför allt recept online till patienter med urinvägsinfektion. Tjänsten var då privatfinansierad. Företaget Kry grundades 2014 och hade initialt ett samarbete med Region Jönköping där deras plattform användes för digitala konsultationer inom regionens vårdval. Kort därefter valde regionen dock att övergå till Visiba Cares plattform.

I december 2014 slöt Kry ett avtal med Läkarhuset i Tranås, en privat vårdvalsleverantör i Region Jönköping. Genom detta avtal kunde Kry ta emot patienter digitalt och få ersättning av Region Jönköping. Snart började patienter i andra regioner att använda tjänsten i enlighet med den nya möjligheten enligt patientlagen. 2015 slöt Min Doktor ett liknande avtal med en annan privat vårdvalsleverantör i Region Jönköping.

Möjligheten att använda utomlänssersättningen för att etablera sig i andra regioner upptäcktes enligt uppgift från Min Doktor av en slump när de inledde sitt samarbete med en vårdcentral i Region Jönköping. Regionen upplyste dem då att de även måste erbjuda sina tjänster till hela landet med utomlänssersättning. Ersättningen uppgick då till 2 100 kronor. Enligt Min Doktor informerade de redan då SKR att ersättningen var för hög, och tog även upp det i andra forum. Min Doktor föreslog själva att 1 200 kronor vore en mer rimlig nivå. Enligt Min Doktor förstod ingen då hur snabbt de digitala vårdtjänsterna skulle växa. Först hösten 2016, när fakturorna trillade in, reagerade regionerna.

Sedan dess har fler privata aktörer etablerats, till exempel Doktor24 och Doktor.se. Det finns också ett antal aktörer som erbjuder digitala plattformar utan att själva vara, eller vara knutna till, en specifik vårdgivare. Några sådana är Plattform24, Visiba Care och Doctrin.

Tabell 1. Privata digitala vårdgivare som fakturerat via Region Jönköping och Region Sörmland (fram till 2020)

Aktör	Vårdgivarens egen beskrivning av vårdtjänsterna (enligt vårdgivarnas egna hemsidor)	Status avtalsrelation
Kry	Med Kry får hela familjen trygg vård av hög kvalitet inom några minuter. Våra legitimerade läkare, psykologer och sjuksköterskor hjälper dig i appen dygnet runt och på våra vårdcentraler runt om i landet.	Ingår i Hälsoval Sörmland genom Vårdcentralen Kry Nyköping.
Min Doktor	Din vårdcentral i mobilen. Smidig kontakt med läkare för hela familjen. Dygnet runt, var du än är.	Ingår i Hälsoval Sörmland genom Min Doktor Vårdcentral i Nyköping.
Capio Go	Våra läkare och sjuksköterskor svarar alla dagar, året runt mellan 7–22. Vardagar 8–15 kan du även träffa barnmorska, dietist, psykolog och fysioterapeut hos oss.	Underleverantör till Achima Care AB i Sörmland, fr.o.m. 2020-05-01.
Doktor24	Vård livet runt. Träffa läkare, sjuksköterskor och psykologer online, dygnet runt. För vaccination och prover finns vi på apotek i hela Sverige.	Ingår i Hälsoval Sörmland genom Vårdcentralen Unicare Strängnäs.
Doktor.se	Trygg digital vård. Prata med läkare, sjuksköterskor, barnmorskor och psykologer direkt. Öppet dygnet runt.	Ingår i Hälsoval Sörmland genom Vårdcentralen Doktor.se Vingåker.

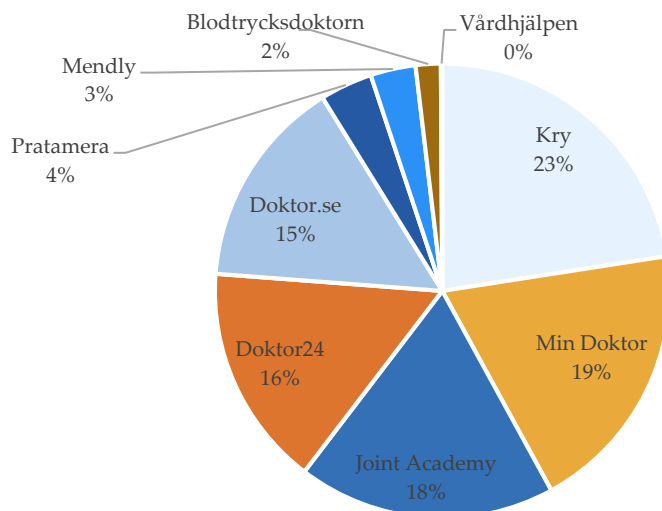
Aktör	Vårdgivarens egen beskrivning av vårdtjänsterna (enligt vårdgivarnas egna hemsidor)	Status avtalsrelation
Medicheck	Öppet för alla som har något speciellt. Här träffar du en specialist på just dig, utan remiss eller onödigt krångel. Välj bland hundratals specialister, tio digitala kliniker och mottagningar på Kronans Apotek.	Ingår i Vårdval Jönköping genom Prima vård
Blodtrycksdoktorn	Kontroll på blodtrycket i lugn och ro hemma. Personlig behandlingsplan, regelbunden uppföljning med din specialistläkare och sjuksköterska direkt i appen. En del av primärvården, frikort gäller och blodtrycksmätare ingår.	Ingår i Hälsoval Sörmland genom Min Doktor Vårdcentral i Nyköping.
Pratamera	Professionell hjälp för psykisk ohälsa. Träffa psykolog, psykoterapeut eller läkare. Hjälp online via chatt, video och terapiprogram. Kort väntetid och regelbunden kontakt.	Ingår i Hälsoval Sörmland genom Vårdcentralen Unicare Strängnäs.
Mendly	Gå i terapi via chatt. Ditt chattrum är öppet 24/7. Få hjälp på dina villkor. Ingen väntetid.	Ingår i Hälsoval Sörmland genom Vårdcentralen Centrum Flen.
Joint Academy	Behandla artros och ryggsmärta direkt i mobilen. Ladda ner Joint Academy till din mobil och kom igång med ett individuellt träningsprogram.	Ingår i Hälsoval Sörmland genom Vårdcentralen Frösjön Gnesta (fram till sept 2021 genom Vårdcentralen Doktor.se Vingåker).
Din Psykolog	Hos oss kan du chatta med din psykolog när som helst, var som helst, utan långa väntetider. Du får svar flera gånger i veckan. Tjänsten är helt digital och fungerar på alla enheter. Du väljer själv när du vill påbörja din behandling med din psykolog.	Ingår i Hälsoval Sörmland genom Paean Hälsa AB.
Multi Rehab	Fysioterapeuter direkt i din mobil, surfplatta eller dator.	Ingår i Hälsoval Sörmland genom Vårdcentralen Frösjön Gnesta.

Uppgifter från respektive företags webbsidor samt från SKR och Region Sörmland.

Utvecklingsarbetet inom den offentliga vården har gått långsammare på området digitala vårdtjänster. Region Jönköping var först ut bland regionerna med ett starta en så kallad digital vårdcentral inom regionen. Till att börja med använde Region Jönköping Kryss plattform, men i slutet av december 2015 övergick regionen till Visiba Care som plattformslieferantör. Den digitala vårdcentralen Bra Liv nära drivs nu gemensamt av regionens 33 vårdcentraler och bemannas alltså av läkare som också arbetar vid någon av regionens vårdcentraler. I dag har i princip alla regioner infört egna digitala vårdbesök eller i sina respektive förfrågningsunderlag för vårdval primärvården.

Av figur 2 framgår att Kry är störst med 23 procent av den digitala utomlänsfaktureringen, följt av Min Doktor (19 procent), Joint Academy (18 procent) och Doktor 24 (16 procent).

Figur 2. Marknadsandelar för de privata digitala vårdgivarna (av fakturering via Sörmland 2021)

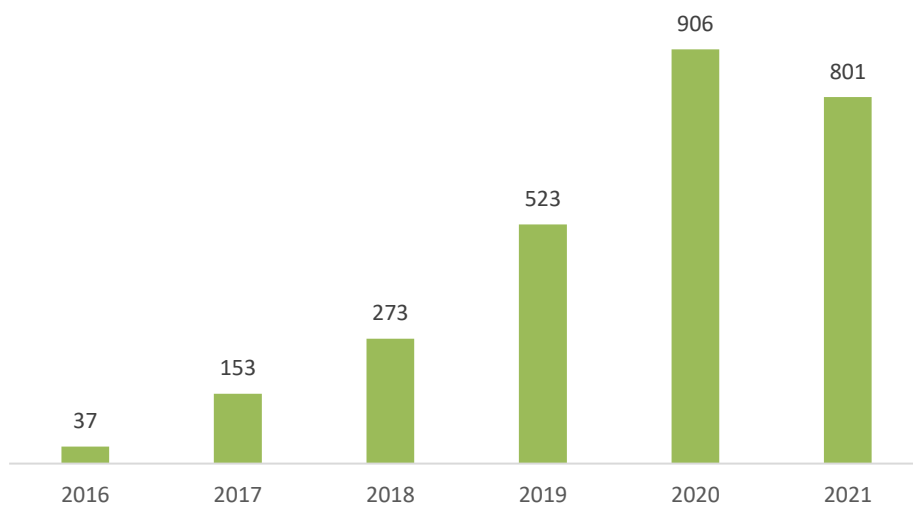


Källa: Region Sörmland (uppgifterna avser fakturerade belopp under 2021).

3.4 De digitala utomlänsbesöken kostade regionerna drygt 800 miljoner kronor 2021

I takt med den snabba ökningen av digitala utomlänsbesök har också regionernas kostnader ökat. Från en kostnad om drygt 37 miljoner kronor 2016 steg kostnaderna snabbt och uppgick under 2020 till mer än 900 miljoner kronor. Kostnaden har sedan sjunkit något och uppgick 2021 till drygt 800 miljoner kronor.

Figur 3. Fakturerad digital utomlänsersättning 2016–2021 (miljoner kronor)



Källa: SKR (data för 2016–2020) och Region Sörmland (data för 2021). För 2021 ingår endast privata vårdgivare som fakturerar via Region Sörmland.

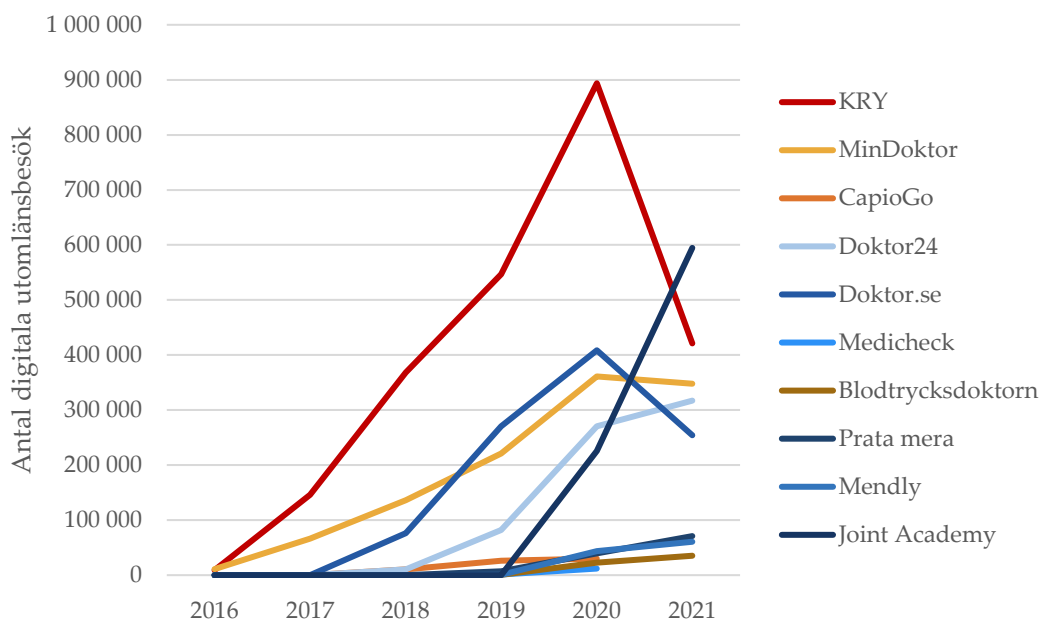
En bidragande orsak till kostnadsminskningen mellan 2020 och 2021 är att flera privata digitala vårdgivare har öppnat vårdcentraler i Region Stockholm och Region Skåne, vilket innebär att de inte längre omfattas av utomlänssättningen. De debiterar därmed respektive region för deras invånares digitala besök, eftersom de ingår i vårdvalet i primärvården. I övriga regioner, där de privata digitala vårdgivarna inte driver vårdcentraler, ökade kostnaden för de digitala utomlänbesöken även under 2021. Av våra intervjuer med företrädare för regionerna framgår att kostnaderna i storstadslänen är så höga att det inte är rimligt att föra ut kostnaden på vårdcentralerna. Detta är annars ett vanligt förfarande när listade patienter söker vård utanför den vårdcentral de är listade.

Under 2021 fakturerade Kry 181 miljoner kronor för digitala utomlänssättningar, vilket motsvarade 23 procent av den totala digitala utomlänssättningen. Tillsammans med Min Doktor, Joint Academy, Doktor 24 och Doktor.se svarade de för omkring 90 procent av faktureringen.

3.4.1 Vårdgivare som etablerat sig i fler regioner har minskat antalet digitala besök med utomlänssättning

Av figur 4 framgår att när de privata digitala vårdgivarna har öppnat vårdcentraler i Region Stockholm och Region Skåne så har också antalet besök per vårdgivare sjunkit under 2021. Det gäller för Kry, Min Doktor och Doktor.se. För Doktor 24, som inte har några vårdcentraler, fortsätter ökningen även under 2021. Det som sticker ut är den mycket kraftiga ökningen av antalet besök för Joint Academy, som under 2021 debiterade närmare 600 000 besök.

Figur 4. Utveckling av antal utomlänbesök 2016–2021 fördelat på privata digitala vårdgivare. Endast vårdgivare med fler än 10 000 besök under något år ingår i figuren



Källa: SKR (data för 2016–2020) och Region Sörmland (data för 2021). Privata digitala vårdgivare som inte fakturerar via Region Sörmland ingår inte i uppgiften för 2021.

3.4.2 De största privata digitala vårdgivarbolagen går med förlust men har en hög värdering

De fyra största privata digitala vårdgivarna har gått med förlust alla år sedan starten. De är därför beroende av långsiktiga ägare som investerar i verksamheterna. Att de inte har några problem med att få tillgång till kapital framgår av deras stora expansionsplaner. Doktor.se planerade en börsintroduktion våren 2022, som dock avbröts av börsoro. I april 2021 tog Kry in 2,65 miljarder kronor för att fortsätta sin expansion i Europa. De tre största nätläkarbolagen värderas nu sammantaget till 25 miljarder kronor.²¹

²¹ Affärsvärlden 2020-04-02, *De äger nätläkarna*.

4. De privata digitala vårdtjänsterna har medverkat till att sprida användningen av digitala vårdtjänster

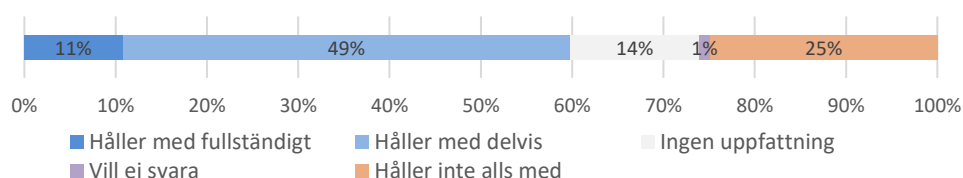
I detta kapitel redovisar vi bland annat hur vårdcentralcheferna upplever att deras verksamheter påverkats av de privata digitala vårdtjänsterna.

4.1 De privata digitala vårdtjänsterna har bidragit till att patienter blivit mer bekväma med digitala vårdtjänster

En förutsättning för att det ska vara möjligt att ta tillvara digitaliseringens möjligheter är att potentiella användare känner till att möjligheterna över huvud taget finns, och att de vågar göra ett första försök att använda dem när de upplever behov. Därefter måste användarna känna sig bekväma med de nya tjänsterna och uppleva att de uppfyller deras behov. Här har de privata digitala vårdtjänsterna inneburit ett stort steg tagits, eftersom de genom sin omfattande marknadsföring lyckats locka till sig ett mycket stort antal användare under de senaste åren. Denna utveckling förstärktes under pandemin, men utvecklingen hade startats tidigare.

Av vår enkät till vårdcentralchefer framgår att sex av tio vårdcentralchefer (60 procent) helt eller delvis håller med om att de digitala vårdtjänsterna har bidragit till att patienter och vårdpersonal känner sig mer bekväma med digitala vårdtjänster. En fjärdedel (25 procent) av vårdcentralcheferna håller dock inte med om detta.

Figur 5. Vårdcentralchefernas uppfattning om de privata digitala vårdtjänsterna har bidragit till att patienter och vårdpersonal känner sig mer bekväma med digitala vårdtjänster

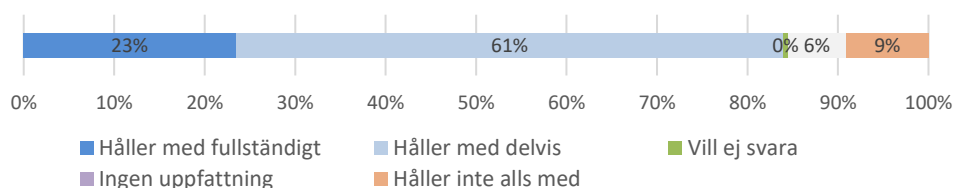


Källa: Konkurrensverkets enkät april 2022. Respondenterna fick ta ställning till påståendet "De privata digitala vårdtjänsterna har bidragit till att patienter och vårdpersonal känner sig mera bekväma med digitala vårdtjänster".

4.2 De privata digitala vårdtjänsterna har stimulerat utvecklingen av digitala vårdtjänster även hos andra vårdgivare

De privata digitala vårdtjänsterna har även stimulerat utvecklingen av digitala vårdtjänster inom andra delar av hälso- och sjukvården, vilket framgick såväl av våra intervjuer som av vår enkät till vårdcentralchefer. Fler än åtta av tio vårdcentralchefer (84 procent) anser helt eller delvis att de privata digitala vårdtjänsterna har stimulerat utvecklingen av digitala vårdtjänster hos andra vårdgivare.

Figur 6. Vårdcentralchefernas uppfattning om de privata digitala vårdtjänsterna har stimulerat utvecklingen av digitala vårdtjänster hos andra vårdgivare



Källa: Konkurrensverkets enkät april 2022. Respondenterna fick ta ställning till påståendet "De privata digitala vårdtjänsterna har stimulerat utvecklingen av digitala vårdtjänster hos andra vårdgivare".

I samband med enkäten fick vårdcentralcheferna också möjlighet att beskriva och kommentera utvecklingen i fritext. Nedanstående citat är ett exempel på detta.

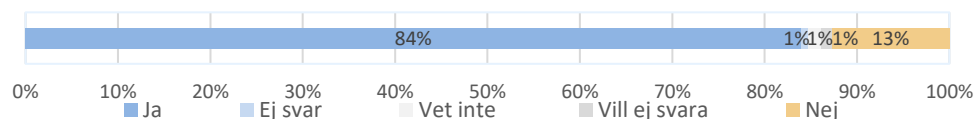
*"Samtidigt har KRY et al medfört en fantastisk utveckling. Det finns en fara i om regionerna ska ha en halvdålig kopia som alla vårdcentraler ska bli tvångsanslutna till. Enheterna behöver få välja digitala verktyg så det passar deras verksamhet. T.ex. Mitt PTJ, Capio Go och liknande kan vara mycket bättre än Inera-varianter."*²²

4.3 Allt fler fysiska vårdcentraler erbjuder digitala tjänster

4.3.1 Åtta av tio vårdcentraler erbjuder digitala vårdbesök till listade patienter

De flesta vårdcentraler erbjuder digitala vårdbesök till sina listade patienter, något som regionerna också kräver i respektive regions regelbok för vårdvalet i primärvården. Av enkäten till vårdcentralchefer framgår att fler än åtta av tio vårdcentraler (84 procent) erbjuder digitala vårdbesök av läkare till vårdcentralens listade patienter. Andelen vårdcentraler behöver dock tas med viss försiktighet eftersom en fjärdedel av vårdcentralcheferna är ansvariga för fler än en vårdcentral.

Figur 7. Andel vårdcentraler som erbjuder digitala läkarbesök till vårdcentralens listade patienter

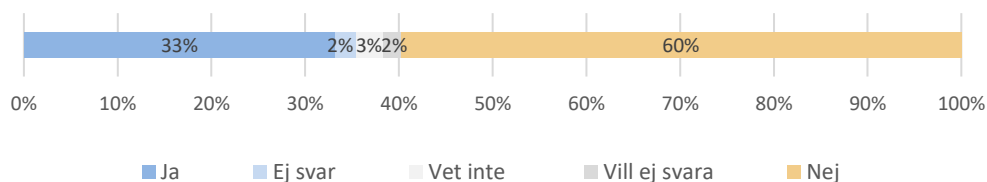


Källa: Konkurrensverkets enkät april 2022. Frågan i enkäten löd "Läkare på min vårdcentral erbjuder digitala vårdbesök till vårdcentralens listade patienter". Hänsyn har inte tagits till att vissa vårdcentralchefer är chef för fler än en vårdcentral.

²² Företrädare för en vårdcentral, Konkurrensverkets enkätundersökning.

En tredjedel av vårdcentralerna (33 procent) erbjuder digitala vårdbesök av läkare även till patienter som inte är listade hos dem. Även i detta fall behöver uppgiften om antal vårdcentraler tolkas med viss försiktighet eftersom varje vårdcentralchef kan vara chef över flera vårdcentraler.

Figur 8. Andel vårdcentraler som erbjuder digitala läkarbesök till patienter som inte är listade på vårdcentralen

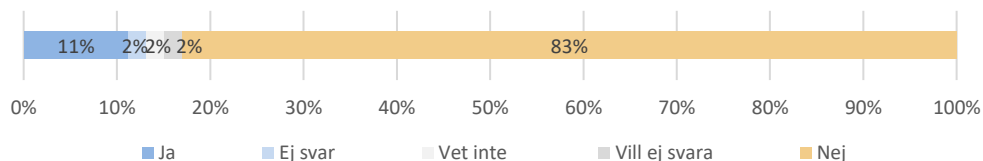


Källa: Konkurrensverkets enkät april 2022. Frågan i enkäten löd "Läkare på min vårdcentral erbjuder digitala vårdbesök till patienter som inte är listade på vårdcentralen". Hänsyn har inte tagits till att vissa vårdcentralchefer är chef för fler än en vårdcentral.

4.3.2 Omkring var tionde vårdcentral har egna avtal om digitala vårdtjänster

Det är inte särskilt vanligt att vårdcentralerna har egna avtal med privata företag som utför digitala vårdtjänster på uppdrag av dem. Endast en tiondel (11 procent) av vårdcentralcheferna svarade att deras vårdcentral har sådana avtal. Fler än åtta av tio (83 procent) svarade att varken vårdcentralen eller dess ägare hade egna avtal med privata företag som utför digitala vårdtjänster (inklusive läkarbesök) på uppdrag av dem.²³

Figur 9. Andel vårdcentraler som har egna avtal med privata företag som utför digitala vårdtjänster (inkl. läkarbesök)



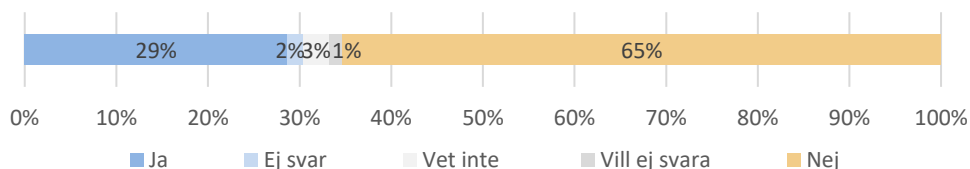
Källa: Konkurrensverkets enkät april 2022. Frågan till vårdcentralcheferna löd "Min vårdcentral (eller dess ägare) har egna avtal med ett (eller flera) privata företag som utför digitala vårdtjänster (inkl. läkarbesök) på uppdrag av oss". Hänsyn har inte tagits till att vissa vårdcentralchefer är chef för fler än en vårdcentral.

²³ Andelen vårdcentraler bör tolkas med viss försiktighet eftersom vi inte tagit hänsyn till att omkring en fjärdedel av vårdcentralcheferna är chef för flera vårdcentraler.

4.3.3 Tre av tio vårdcentraler medverkar i en digital vårdtjänst som erbjuder vård både till listade patienter och till andra

De privata digitala vårdtjänstföretagens tjänster bygger till stor del på att läkare arbetar hos dem som bisyssla, det vill säga vid sidan om en ordinarie anställning inom hälso- och sjukvården. Det är således möjligt för såväl privata som offentliga vårdcentraler att erbjuda motsvarande digitala tjänster som de privata digitala vårdtjänstföretagen erbjuder, med hjälp av den personal och de system de redan har tillgängliga. Detta förekommer också redan i dag. Av vår enkät till vårdcentralchefer framgår att tre av tio vårdcentraler (29 procent) medverkar i en digital vårdtjänst som erbjuder vård både till vårdcentralens listade patienter och till andra.

Figur 10. Andel vårdcentraler där anställda läkare erbjuder digitala vårdtjänster både till vårdcentralens listade patienter och andra

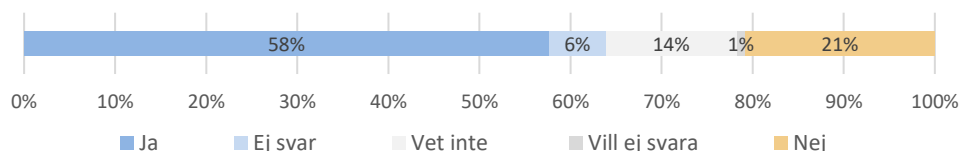


Källa: Konkurrensverkets enkät april 2022. Frågan i enkäten löd "Läkare på min vårdcentral medverkar (som en del av sitt arbete, dvs. ej bisyssla) i en digital vårdtjänst som erbjuder vård både till vårdcentralens listade patienter och andra (t.ex. listade hos andra vårdcentraler inom samma vårdgivare eller inom regionen)". Hänsyn har inte tagits till att vissa vårdcentralchefer är chef för fler än en vårdcentral.

4.4 Fler än hälften av vårdcentralcheferna anser att regionerna bör inrätta digitala vårdtjänster

Att de privata digitala vårdtjänsterna har utvecklat vården styrks av att många vårdcentralchefer anser att regionerna bör gå i en liknande riktning. Fler än hälften (58 procent) av vårdcentralcheferna anser att regionerna bör inrätta digitala vårdtjänster för att avlasta vårdcentralerna och vägleda patienter inom regionens vård. 21 procent av vårdcentralcheferna anser dock inte att regionerna bör göra detta.

Figur 11. Vårdcentralchefernas uppfattning om regionerna bör inrätta digitala vårdtjänster för att avlasta vårdcentralerna och som vägleder patienter rätt inom regionens vård



Källa: Konkurrensverkets enkät april 2022. Frågan i enkäten löd "Regionerna bör inrätta digitala vårdtjänster för att avlasta vårdcentralerna och som vägleder patienter rätt inom regionens vård".

Vissa vårdcentralchefer menade att utomlänssättningen hindrar regionernas arbete för att bygga upp digitala tjänster.

*"I vår koncern har vi vårdappen Bra Liv nära där vi gemensamt erbjuder vård till våra invånare. Jag hade hellre lagt våra pengar där och kunnat utveckla den delen än att lägga flera miljoner i utomlänspengar till digital vård i privat regi. Det hade gynnat våra patienter."*²⁴

4.5 Alla regioner har nu en egen tjänst för digitala patientmöten

Åtminstone delvis till följd av de privata digitala vårdtjänsterna håller nu samtliga regioner på att bygga upp egna digitala vårdtjänster, och alla regioner erbjuder i dag liknande tjänster som de privata digitala vårdtjänsterna har. Tjänsterna är normalt inte bemannade dygnet runt som hos de privata digitala vårdtjänsterna. En stor skillnad är också att regionerna inte har marknadsfört dessa tjänster i samma utsträckning som de privata digitala vårdtjänsterna gör. Pandemin har dock inneburit att fler patienter lärt sig använda tjänsterna. Det finns emellertid viss kritik mot att regionernas egna plattformar inte är så tekniskt avancerade som de privata digitala vårdgivarnas. Liknande kritik finns även i den enkätundersökning som Konkurrensverket har genomfört till verksamhetschefer på vårdcentraler.

Enligt Läkartidningen har i dag många av regionernas primärvårdsläkare på sätt och vis också blivit nätläkare på deltid, då i princip alla regioner har någon form av digital tjänst. Flera allmänläkare på vårdcentraler uppskattar också den nya arbetsformen som innebär att de kan arbeta hemifrån ett par dagar i veckan och behöver inte bli störda av att någon rycker upp dörren. Det blir även lättare att planera dagens arbete. Det finns dock stora skillnader i vad regionerna erbjuder sina invånare. En del har appar där patienterna själva kan boka videobesök och inom några minuter få svar från exempelvis en läkare. Andra har betydligt mer sparsamt med läkartider, erbjuder förstagsbesök bara i vissa verksamheter eller hänvisar först patienten till telefon eller 1177.se för att via en sjuksköterska boka in ett digitalt besök. I vissa regioner är alla vårdcentraler anslutna och tar sina egna patienter, i andra tar en central mottagning hand om ärendena. Även i glesbygd finns stor potential genom att denna typ av besök kan erbjudas. Även om den digitala ingången på hälsocentralerna fortfarande är en väldigt liten del av verksamheten, finns det flera principiella fördelar med digital vård. Det ökar tillgängligheten för de patienter som har svårt att komma fysiskt eller ringa. Man kan också skicka bilder, vilket ger ytterligare en dimension jämte telefon. Sedan spelar det stor roll att patienterna slipper resa för enklare konsultationer och återbesök, som tidigare kanske slentrianmässigt har bokats fysiskt.

4.5.1 Regionerna gör gemensam upphandling av video- och distansmötestjänst

Under våren 2022 upphandlade Inera en teknisk lösning som ska utgöra grunden i bolagets video- och distansmötestjänst, som används av regioner och vissa privata vårdgivare. Syftet med tjänsten är att stödja anslutna organisationers möjligheter att mötas över geografiska och organisatoriska gränser och därmed underlätta samarbeten dem emellan. Tjänsten ska även bidra till att öka möjligheten för vårdgivare att ge lika vård till alla, oberoende av geografisk placering.²⁵

²⁴ Företrädare för en vårdcentral, Konkurrensverkets enkätundersökning.

²⁵ Inera AB (2021), *Förfrågningsunderlag Upphandling av teknisk lösning för Ineras Video- och distansmötestjänst*.

5. Vilka använder digitala vårdtjänster?

I detta kapitel redovisas vilka som använder de privata digitala vårdtjänsterna. Eftersom rapporten främst fokuserar på konkurrensförhållandena i vårdvalssystemen är redovisningen relativt summarisk.

5.1 Flera studier visar att det främst är kvinnor och storstadsbor som använder de privata digitala vårdtjänsterna

Vård- och omsorgsanalys har undersökt de digitala vårdbesökens roll i primärvården. Det finns kritik mot att de privata digitala vårdbolagen har inriktat sig på vård för enklare åkomor till förhållandevis friska personer. Denna grupp har visat sig ofta vara yngre kvinnor i storstadsområden. En slutsats i Vård- och omsorgsanalys rapport är att det främst är barn, ungdomar och unga vuxna som använder digitala vårdtjänster. Vidare använder kvinnor digitala besök i högre grad än män, och personer med hög utbildning och inkomst använder i högre grad digitala besök jämfört med personer med lägre utbildning och låg inkomst. Användarna är således förhållandevis friska, vilket är problematiskt utifrån den etiska plattformen i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, att den som är i störst behov av vård ska prioriteras först. Vårdcentralernas besökare är däremot främst äldre människor med kroniska diagnoser, det vill säga de är relativt vårdtunga.²⁶

En forskningsstudie som initierats av SKR tillsammans med Region Jönköpings län visar att yngre användare upp till 30 år sammanlagt står för cirka 70 procent av kontakterna. Mer än hälften av användarna är kvinnor, 60 procent. Bland de cirka 1 400 diagnoser som personerna i studien sökt hjälp för dominerar luftvägsinfektioner, hudutslag och hosta. Av de digitala vårdmötena med läkare har endast 1,5 procent föregåtts av kontakt med telefonrådgivning via 1177.se, 1 procent har haft ett efterföljande besök på akutmottagning inom ett dygn och 3,6 procent ett fysiskt besök på vårdcentral inom en vecka. Studien bygger på en registerstudie av 17 300 digitala besök i Region Jönköpings läns digitala kontakter med Min Doktor, KRY och Bra Liv nära.²⁷ Detta bekräftas i den statistik över digitala utomlänsbesök som finns att tillgå hos SKR, där kvinnor mellan 19 och 29 år i storstadsområden är överrepresenterade.

5.1.1 De privata digitala vårdtjänsterna används främst i storstadsområdena

Av tabell 2 framgår att andelen individer som nyttjat privata digitala vårdkontakter i förhållande till folkmängden under 2021 är högst i Region Stockholm. Så har det också varit de senaste åren. I norra Sverige är andelen individer som nyttjat tjänsterna under 2021 betydligt lägre.

²⁶ Vård- och omsorgsanalys (2022), *Besök via nätet*.

²⁷ Gabriellsson-Järhult, Areskoug-Josefsson och Kammerlind (2019), *Digitala vårdmöten med läkare*, Jönköpings universitet.

Tabell 2. Antal digitala vårdkontakter enligt utomlänstaxan per region 2021

Region	Antal individer	Befolkning	Andel av befolkning
Region Stockholm	560 183	2 391 990	23,4%
Region Uppsala	77 343	388 394	19,9%
Region Västra Götaland	330 226	1 734 443	19,0%
Region Sörmland	50 074	299 401	16,7%
Region Östergötland	76 605	467 158	16,4%
Region Värmland	43 878	282 885	15,5%
Region Västmanland	40 605	277 141	14,7%
Region Skåne	195 206	1 389 336	14,1%
Region Örebro	43 478	305 643	14,2%
Region Halland	47 834	336 748	14,2%
Region Gotland	8 160	60 124	13,6%
Region Dalarna	34 645	287 676	12,0%
Region Gävleborg	34 172	287 502	11,9%
Region Jönköpings län	42 549	365 010	11,7%
Region Kronoberg	23 652	202 263	11,7%
Region Blekinge	18 114	159 056	11,4%
Region Västernorrland	27 668	244 554	11,3%
Region Jämtland Härjedalen	13 910	131 155	10,6%
Region Kalmar	25 705	246 010	10,4%
Region Västerbotten	27 010	273 192	9,9%
Region Norrbotten	23 210	249 614	9,3%
Samtliga	1 744 227	10 379 295	16,8%

Källa: Region Sörmland.

5.1.2 Olika patientavgifter skapar incitament att välja mellan digitala vårdgivare

Regionerna tillämpar olika principer för patientavgifter. Några regioner har högre avgift för digitala besök på vårdcentralerna än Sörmlands patientavgift, som tillämpas vid digitala utomlänbesök hos privata digitala vårdgivare. Det kan alltså vara billigare för patienterna att besöka en privat digital vårdtjänst än att göra motsvarande besök på den vårdcentral där de är listade, vilket också konstateras av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.²⁸

5.2 Antalet digitala besök hos läkare har minskat – i stället görs fler besök hos fysioterapeuter

År 2018 utgjordes 87 procent av de digitala besöken med utomlänssättning av besök hos läkare. Andelen har därefter sjunkit, och under 2021 var bara omkring hälften (51 procent) av besöken med utomlänssättning. Minskningen förklaras troligen till stor del av att flera av de stora företagen som erbjuder digitala vårdtjänster har etablerat vårdcentraler i storstadsregionerna, vilket innebär att besöken ersätts inom ramen för regionernas ordinarie

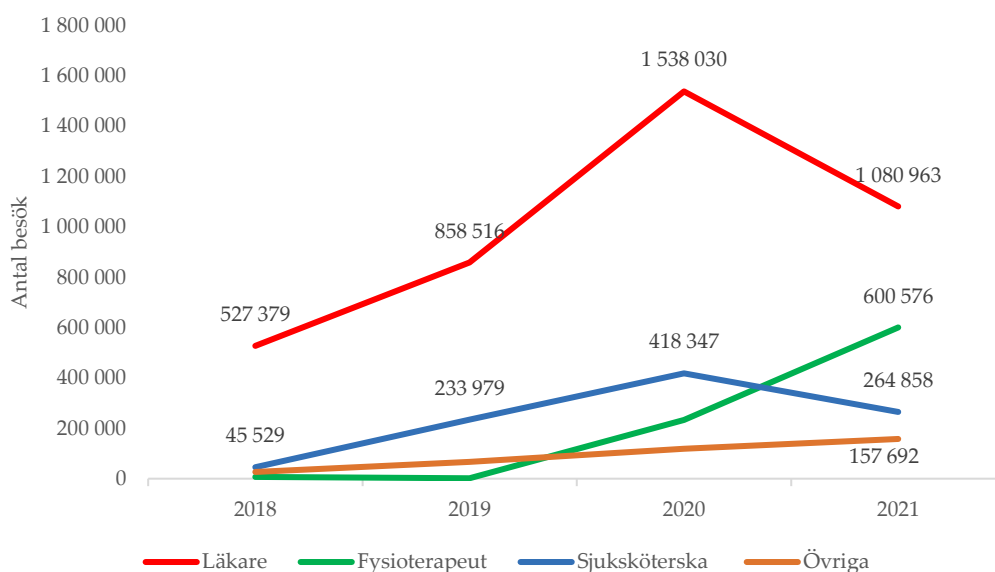
²⁸ Vård- och omsorgsanalys (2022), *Besök via nätet*.

vårdvalssystem och inte med utomlänsersättningen. I stället har antalet besök hos fysioterapeut ökat kraftigt, från 10 procent 2020 till 39 procent av samtliga besök med utomlänsersättning under 2021.

Under 2021 gjordes omkring 600 000 digitala besök med utomlänsersättning hos en fysioterapeut. Av dessa gjordes 99 procent hos företaget Joint Academy, som därmed är det företag som har störst antal digitala besök som utomlänsersättning.

Av figur 12 framgår att antalet besök hos fysioterapeuter har ökat kraftigt samtidigt som antalet digitala besök hos läkare minskade mellan 2020 och 2021.

Figur 12. Antal besök hos privata digitala vårdgivare per personalkategori 2018–2021



Källa: Region Sörmland (uppgifterna avser endast besök som fakturerats av vårdgivare i Sörmland).

Av tabell 3 nedan framgår att besök av läkare under 2021 fortfarande utgjorde fler än hälften av alla besök med utomlänsersättning (51 procent), men att antalet besök hos fysioterapeuter numera utgör närmare en tredjedel (29 procent).

Tabell 3. Besök hos privata digitala vårdgivare per personalkategori 2021

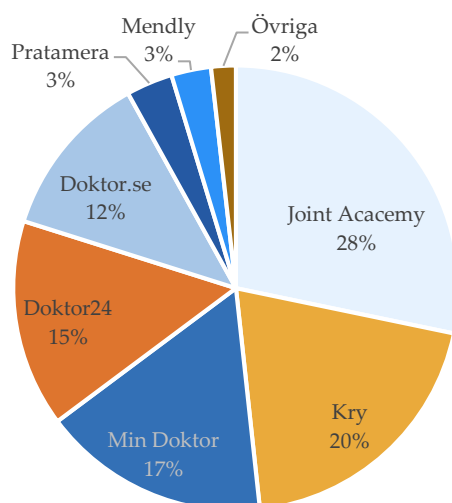
Personalkategori	Antal besök	Andel
Läkare	1 080 963	51%
Fysioterapeut	600 576	29%
Sjuksköterska	264 858	13%
Psykolog	135 438	6,4%
Legitimerad psykoterapeut, ej läkare	21 340	1,0%
Annan vårdgivare	889	0,0%
Undersköterska	25	0,0%
Dietist	3	0,0%
Samtliga	2 104 089	100%

Källa: Region Sörmland (uppgifterna avser endast besök som fakturerats av vårdgivare i Sörmland).

5.2.1 Joint Academy tog emot flest digitala besök med utomlänsersättning under 2021

Marknaden för privata digitala vårdtjänster mätt i antal besök domineras av fem företag; Joint Academy, Kry, Min Doktor, Doktor 24 och Doktor.se, som tillsammans står för omkring 90 procent av de digitala besök som fakturerades enligt utomlänsersättningen under 2021.

Figur 13. Antal besök hos privata digitala vårdgivare med utomlänsersättning, per vårdgivare, 2021

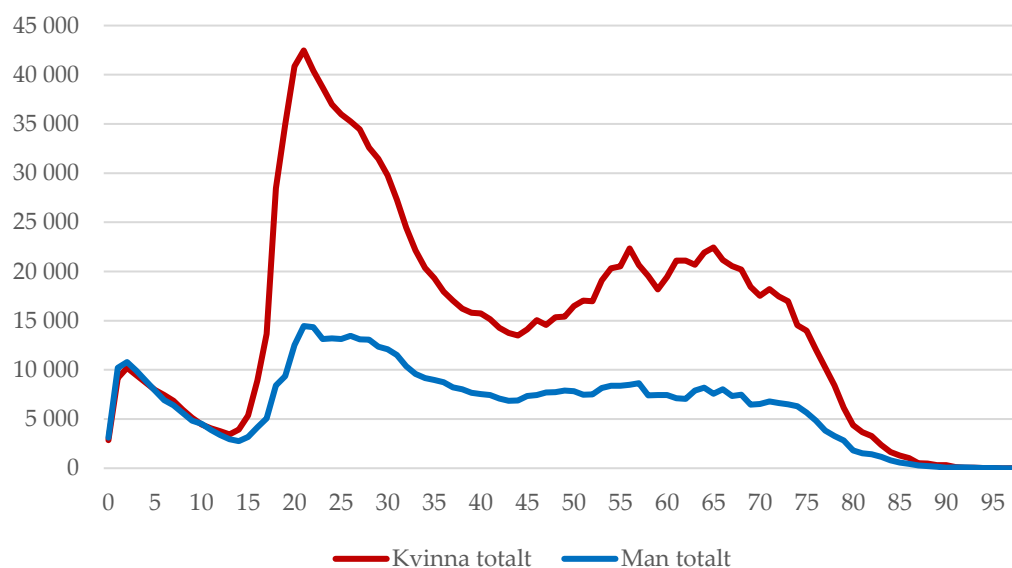


Källa: Region Sörmland (det finns även privata digitala vårdföretag som är etablerade i andra regioner, men de är relativt få och tar emot relativt få besök).

5.3 Kvinnor står för 70 procent av besöken hos privata digitala vårdgivare

De patienter som använde de privata digitala vårdtjänsterna utgörs till 70 procent av kvinnor. Av figuren nedan framgår att det särskilt är kvinnor i 20-årsåldern som använder de digitala vårdtjänsterna. Antalet besök är särskilt högt i 20–25-årsåldern, men även i högre åldrar gör kvinnor omkring dubbelt så många digitala vårdbesök som män.

Figur 14. Besök hos privata digitala vårdgivare efter patientens kön och ålder, 2021

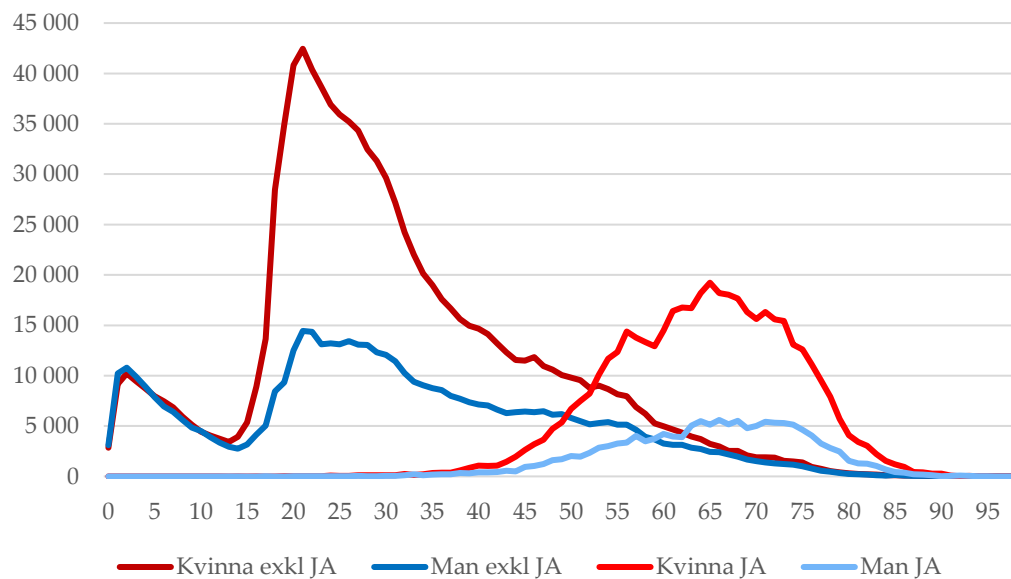


Källa: Region Sörmland (uppgifterna avser endast besök som fakturerats av vårdgivare i Sörmland).

I figur 15 nedan särredovisas besöken hos Joint Academy från övriga digitala besök. Det framgår då att besöken hos Joint Academy följer ett helt annat mönster än besöken hos övriga digitala vårdgivare. Det blir då än tydligare att det framför allt är kvinnor i 20-årsåldern som använder de privata digitala vårdtjänsterna, men att användningen är tydligt åldersrelaterad och minskar med stigande ålder. 67 procent av besöken gjordes av kvinnor, vilket fortfarande är en mycket hög andel jämfört med män. Skillnaderna mellan könen minskar med stigande ålder.

Besöken hos fysioterapeuter hos Joint Academy följer ett annat mönster, där användarna framför allt utgörs av kvinnor mellan 50 och 80 år. Här är skillnaderna mellan könen ännu större, 76 procent av besöken hos Joint Academy gjordes av kvinnor.

Figur 15. Besök hos privata digitala vårdgivare efter patientens kön och ålder, med besök hos Joint Academy (JA) särredovisade, 2021



Källa: Region Sörmland (uppgifterna avser endast besök som fakturerats av vårdgivare i Sörmland).

6. Vad innebär de privata digitala vårdtjänsterna för vårdcentralerna?

Anledningen till att Konkurrensverket intresserat sig för de privata digitala vårdtjänsterna är att de utgör en del av vårdvalssystemen och att de finansieras inom samma budgetar som vårdcentralerna. I det här kapitlet tar vi därför upp hur vårdcentralerna påverkats av de privata digitala vårdtjänsterna.

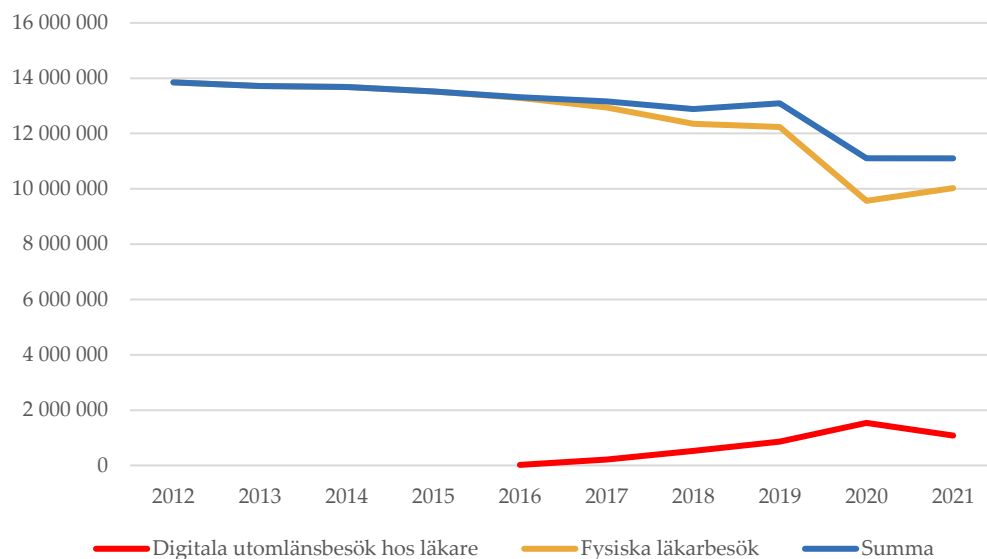
6.1 Antalet läkarbesök på vårdcentralerna har minskat – men minskningen började innan de privata digitala vårdtjänsterna etablerades

Antalet mottagningsbesök hos läkare inom primärvården låg länge på en ganska stabil nivå om drygt 13 miljoner besök per år mellan 2012 och 2016, men antalet besök minskade kontinuerligt med omkring 100 000 besök varje år. Vi har inte undersökt orsakerna till denna minskning närmare, men vi kan konstatera att minskningen började långt innan de privata digitala vårdtjänsterna etablerades och började använda utomlänsersättningen. Vi vill också understryka att det inte finns jämförbara uppgifter om digitala vårdkontakter som genomförs och finansieras inom ramen för regionernas vårdvalssystem, eftersom sådana kontakter i de flesta fall inte ger rätt till ersättning och det därför inte finns samma behov av att dokumentera dem (på motsvarande sätt saknas det även uppgifter om till exempel telefonkontakter och kontakter per brev).

År 2016, det vill säga det år då de privata digitala vårdtjänsterna började utnyttja utomlänsersättningen, minskade antalet fysiska läkarbesök på vårdcentralerna dubbelt så snabbt som tidigare. Minskningen av antalet fysiska läkarbesök (236 478 besök) var dock avsevärt större än antalet digitala utomlänskontakter (20 149). Antalet digitala utomlänskontakter motsvarade således bara omkring en tiondel av det minskade antalet fysiska läkarbesök under 2016 jämfört med 2015.

Under de följande åren ökade antalet digitala läkarkontakter mycket snabbt och uppgick redan 2019 till mer än 800 000 besök, vilket kan ha bidragit till att det totala antalet fysiska och digitala besök inte minskade 2019 utan tvärtom ökade något. Om man jämför antalet digitala utomlänsbesök med minskningen av antalet fysiska besök sedan 2015 motsvarade de digitala utomlänsbesöken omkring två tredjedelar av minskningen av antal fysiska besök. Vi vill dock understryka att vi inte har någon statistik som visar i vilken utsträckning de digitala utomlänsbesöken har ersatt fysiska besök på en vårdcentral eller i annan vård.

Figur 16. Antal fysiska besök hos läkare på vårdcentral och utomlänsbesök hos läkare 2012–2021



Källa: SKR Verksamhetsstatistik 2012–2021 (mottagningsbesök hos läkare) och Region Sörmland (utomlänsbesök hos läkare). Uppgifterna om utomlänsbesök för 2016–2017 inkluderar även andra professioner än läkare.

Under 2020 och 2021 minskade antalet fysiska besök mycket kraftigt, vilket till stor del kan förklaras av pandemin. Troligen har vårdcentralerna ersatt många fysiska besök med digitala besök eller andra distanskontakter, men det har vi alltså inga uppgifter om. Av tabell 4 framgår att antalet fysiska besök 2020 var mer än 2 miljoner färre än året före, och nästan 4 miljoner färre än 2015. Samtidigt ökade antalet digitala utomlänsbesök mycket kraftigt och uppgick under 2020 till fler än en och en halv miljon, vilket motsvarade 39 procent av det minskade antalet fysiska läkarbesök sedan 2015.

Under 2021 skedde en förändring: antalet digitala utomlänsbesök minskade kraftigt med omkring en tredjedel eller närmare en halv miljon besök. En förklaring är att flera av de privata digitala vårdgivarna etablerat vårdcentraler i flera regioner, bland annat i Stockholm och Skåne, vilket innebär att de inte längre omfattas av utomlänsersättningen utan av regionernas ordinarie ersättningssystem. Om man skulle räkna in även deras digitala besök skulle utvecklingen troligen se annorlunda ut. I Region Stockholm mer än fördubblades antal läkarbesök med video under 2021 jämfört med 2020,²⁹ vilket talar för att många av de besök som tidigare gjorts med utomlänsersättning nu genomförs inom ramen för regionernas egna ersättningssystem.

²⁹ Region Stockholm Årsredovisning 2021.

Tabell 4. Antal mottagningsbesök hos läkare i primärvård samt antal digitala utomlänsbesök hos läkare per år 2012–2021.

År	Fysiska läkarbesök	Digitala utomlänsbesök hos läkare	Summa	Minskning av antal fysiska besök från 2015	Utomlänsbesök som andel av minskning
2012	13 849 468		13 849 468		
2013	13 721 077		13 721 077		
2014	13 687 392		13 687 392		
2015	13 523 578		13 523 578		
2016	13 287 100	20 149	13 307 249	236 478	9%
2017	12 947 114	217 184	13 164 298	576 464	38%
2018	12 357 661	527 379	12 885 040	1 165 917	45%
2019	12 239 556	858 516	13 098 072	1 284 022	67%
2020	9 567 170	1 538 030	11 105 200	3 956 408	39%
2021	10 024 541	1 080 963	11 105 504	3 499 037	31%

Källa: SKR Verksamhetsstatistik 2012–2021 (mottagningsbesök hos läkare) och Region Sörmland (utomlänsbesök hos läkare). Uppgifterna om utomlänsbesök för 2016–2017 inkluderar även andra professioner än läkare.

6.2 Har de privata digitala vårdtjänsterna inneburit en avlastning för vårdcentralerna?

Vi kan alltså konstatera att antalet fysiska läkarbesök på vårdcentralerna har minskat samtidigt som antalet läkarbesök hos de privata digitala vårdtjänsterna har ökat. En viktig fråga är därför om de privata digitala vårdtjänsterna har avlastat vårdcentralerna genom att ta emot patienter som annars skulle komma till dem. Det var det som var det centrala argumentet för varför digitaliseringen kan användas för att effektivisera den svenska hälso- och sjukvården i en konsultrapport om den digitala teknikens möjligheter 2016. I rapporten uppskattades kostnaderna kunna minska med upp till 25 procent genom en systematisk tillämpning av digitala tekniker. En fjärdedel av besparingen ansågs finnas inom primärvården. Resonemanget om potentiella besparingar byggde på att de digitala besöken skulle minska behovet av fysiska besök på vårdcentralerna.³⁰

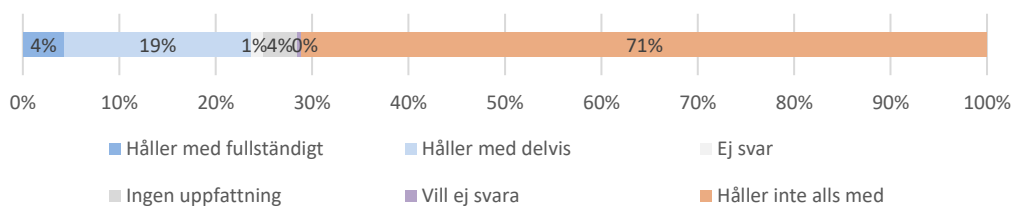
Vi har därför undersökt i vilken utsträckning cheferna för landets samtliga vårdcentraler upplever att de privata digitala vårdtjänsterna inneburit en avlastning för deras verksamheter.

6.2.1 Färre än en fjärdedel av vårdcentralcheferna anser att de privata digitala vårdtjänsterna inneburit en avlastning för vårdcentralerna

Av vår enkät till chefer för vårdcentraler framgår att en majoritet inte upplever att de privata digitala vårdtjänsterna har inneburit någon avlastning för deras verksamheter i någon större utsträckning. Färre än en fjärdedel av vårdcentralcheferna (23 procent) anser helt eller delvis att de privata digitala vårdtjänsterna innebär en avlastning för deras vårdcentraler. Merparten, sju av tio vårdcentralchefer (71 procent), anser inte att de privata digitala vårdtjänsterna innebär en avlastning.

³⁰ McKinsey&Company (2016), *Värdet av digital teknik i den svenska vården*.

Figur 17. Vårdcentralchefernas uppfattning om de privata digitala vårdtjänsterna innebär en avlastning för vårdcentralerna



Källa: Konkurrensverkets enkät april 2022. Respondenterna fick ta ställning till påståendet "De privata digitala vårdtjänsterna innebär en avlastning för vårdcentralerna".

Även våra samtal med ansvariga för regionernas vårdvalssystem har gett en liknande bild. Inte någon region har kunnat se att andra vårdbehov minskat till följd av de privata digitala vårdtjänsterna. Däremot konstaterar flera att de digitala vårdtjänsterna fyller ett behov som inte vårdcentralerna kunnat tillgodose.

*"Vi kan inte se att belastningen på vården minskar tack vare de digitala vårdtjänsterna, men de fyller ju ett behov. Jag har själv använt dem när jag råkat ut för en åkomma på en lördag och vårdcentralen öppnar först på måndagen"*³¹

6.3 Vårdcentralcheferna upplever att de privata digitala vårdtjänsterna främst lockar till sig patienter med enklare behov av vård

En återkommande kommentar under våra intervjuer handlar om att de privata digitala vårdtjänsterna riktar in sig på patienter med enkla och lätthanterade besvär, medan man låter de ordinarie vårdcentralerna hantera patienter med mer tidskrävande och komplicerade behov. En spridd uppfattning, särskilt hos vårdvalsansvariga tjänstemän i regionerna, var att "tillgängligheten skapar behoven", och att besöken hos privata digitala vårdtjänster ofta handlar om besvär och åkommor där det många gånger hade räckt med egenvård och en enkel sökning på 1177.se eller att man mycket väl hade kunnat vänta till dagen därpå när vårdcentralen öppnat igen.

*"Min uppfattning är att många av de besök som görs på privata digitala vårdgivare är av sådan karaktär att egenvårdsråd av sjuksköterska är den mest effektiva vårdnivån både ur ekonomiskt perspektiv och för att rätt resurs används för att hushålla med totala resursen. Privata digitala vårdgivare hänvisar ofta mer komplicerade ärenden att söka till ett fysiskt besök på sin vårdcentral – då används dubbla skattemedel till ingen nytta för patienten."*³²

*"De digitala vårdgivarna fyller säkert en viktig funktion, men det man kan fundera över är om detta besök om man hade väntat till dagen efter hade varit nödvändigt."*³³

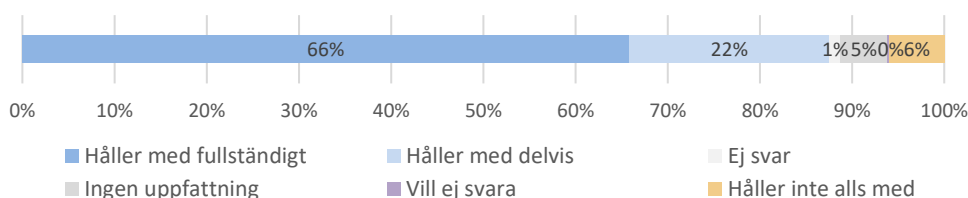
³¹ Företrädare för en region.

³² Kommentar i Konkurrensverkets enkät till vårdcentralchefer.

³³ Företrädare för en region.

Att de privata digitala vårdtjänsterna främst lockar till sig patienter med enklare behov av vård är också en mycket spridd uppfattning bland vårdcentralchefer. Fler än åtta av tio vårdcentralchefer (86 procent) anser helt eller delvis att de privata digitala vårdtjänsterna främst lockar till sig patienter med enklare behov av vård. Endast sex procent av vårdcentralcheferna håller inte alls med om detta.

Figur 18. Vårdcentralchefernas uppfattning om de privata digitala vårdtjänsterna främst lockar till sig patienter med enklare behov av vård



Källa: Konkurrensverkets enkät april 2022. Respondenterna fick ta ställning till påståendet "De privata digitala vårdtjänsterna lockar främst till sig patienter med enklare behov av vård".

Vi har även blivit kontaktade av företrädare för flera läkarorganisationer som påpekat att digitala möten i sig innebär en avgränsning av vilka besvär som kan undersökas, och att besök med samma diagnoskod därför inte är jämförbara. Som exempel menade de att enklare besvär i övre luftvägarna kanske kan beskrivas av patienten i text eller på ett videomöte, men att svårare besvär kräver en djupare undersökning som bara kan genomföras fysiskt. Dessutom innebär tillgängligheten dygnet runt och alla dagar i veckan att tröskeln för att söka vård i praktiken blir avsevärt lägre, och att patienter därför har möjlighet att söka vård i ett avsevärt tidigare skede än annars.

Vi vill understryka att den kritik som framförts av företrädare för regioner och läkarorganisationer inte handlar om att den digitala vård som bedrivs är av dålig kvalitet eller att det inte är fråga om sjukvård. En läkare som tar emot en patient och gör bedömningen att det räcker med egenvård har ju utfört kvalificerad sjukvård som ger rätt till ersättning, även om patienten hade kunna läsa sig till samma information på 1177.se.

6.3.1 Besök hos privata digitala vårdtjänster tar avsevärt kortare tid än fysiska besök på en vårdcentral

Enligt våra intervjuer med regionerna och Närhälsan i Västra Götalandsregionen räknar man med att ett fysiskt besök hos en läkare på en vårdcentral i genomsnitt tar 20 minuter, inklusive dokumentation, även om det naturligtvis kan variera mellan olika patienter. Av våra intervjuer med de digitala vårdgivarna framgår att de digitala besöken går avsevärt snabbare, och att detta också är något man följer upp kontinuerligt.

*"Följer ni upp tidsåtgången för ett digitalt besök? Ja, vi mäter allt hela tiden."*³⁴

³⁴ Intervju med en privat digital vårdgivare.

En av de privata digitala vårdgivarna menade att en enkel receptförskrivning kan klaras av på tre minuter. Utgångna recept kan förnyas direkt på apotek via ett sms till en digital vårdgivare. Två av de privata digitala vårdgivarna uppgav att de har som målsättning att en läkare i tjänst ska kunna ta emot sex patienter per timme. En annan vårdgivare uppgav att i genomsnitt varade ett digitalt besök 13 minuter, inklusive dokumentation, och att en läkare därmed kan klara av fem patienter per timme.

De privata digitala vårdgivarna poängterar dock att det sker en triagering innan en patient släpps fram till en läkare. En av de digitala vårdgivarna uppgav att ungefär 5–10 procent av besöken inte leder till en vårdkontakt, vilket alltså innebär att vårdgivaren inte får någon ersättning för besöket. Allmän rådgivning motsvarande sådan information som finns på 1177.se ersätts inte heller.

”I genomsnitt tar ett digitalt vårdbesök 6–8 minuter. I det ingår inläsning av vad patienten söker, samtalskontakt, utredning t ex gå in i Nationell Patientöversikt (NPÖ) samt journalföring. Viktigt att komma ihåg att läkarbesöket föregåtts av triagering via ”Elsa” och sjuksköterska för att säkerställa att patienten hänvisas till ändamålsenlig vårdnivå.”³⁵

Vid fysiska besök sker dock ingen digital triagering, vilket innebär att patienten kan få redogöra för sina besvär flera gånger. Inte heller dokumenteras det hur länge besöket pågick, däremot resultatet av besöket. Även vårdcentralerna erbjuder digitala besök till sina listade patienter i olika utsträckning och då viktas tiden till 1/3 av tiden för ett fysiskt besök.³⁶

6.3.2 Besök hos privata digitala vårdtjänster är inte jämförbara med fysiska besök på vårdcentral

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys drar i sin rapport, *Besök via nätet 2022*, slutsatsen att användare av digitala besök inte är helt jämförbara med fysiska besök på en vårdcentral, även om hänsyn tas till både skillnader i besöksdiagnoser och skillnader i till exempel ålder, kön och utbildningsnivå. Detta illustreras i ett exempel med kvinnor i åldrarna 25–44 år som söker vård för besvär med hosta. Genom att det finns hög tillgänglighet till digital vård, så ökar sannolikheten att fler kvinnor söker vården för problem med hosta. De som inte använder digital vård alls kommer sannolikt i mindre utsträckning att besöka den fysiska vården för problem med hosta. Detta är också något som bekräftas i våra intervjuer med regionerna. De som har börjat använda digitala vårdtjänster söker vård i större utsträckning än de som aldrig använder tjänsterna.

Diagnospanoramats vid läkarbesök skiljer sig betydligt hos privata digitala vårdgivare jämfört med vid ett läkarbesök på en vårdcentral. Den vanligaste enskilda diagnosen som registrerades vid besök hos de digitala vårdgivarna 2018 var ospecificerad akut övre luftvägsinfektion, följt av icke specificerade hudutslag och hosta. Myndigheten konstaterar också att hälso- och sjukvårdens och patienternas kostnad för ett digitalt utomlänsbesök sannolikt är lägre än den genomsnittliga kostnaden för ett fysiskt besök på en vårdcentral.

³⁵ Intervju med en privat digital vårdgivare.

³⁶ SKR (2020), *Statistik om hälso- och sjukvård och regional utveckling*.

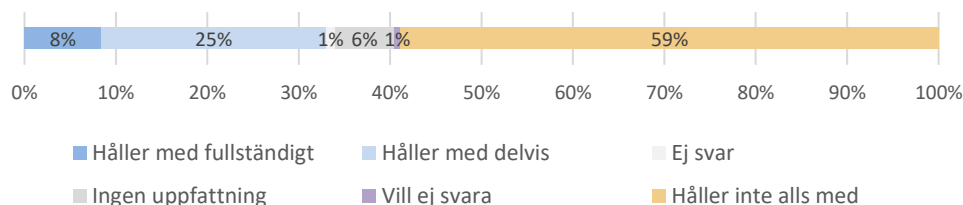
”Vad patienterna vill ha och vad de verkligen behöver är två olika saker. Vård på primärvårdsnivå behövs mycket sällan om någonsin ges på jourtid men det kan förstås vara smidigt för patienten att få kontakt med läkare när man inte själv är på jobbet t.ex. Frågan är väl vad vården i Sverige har råd med?”³⁷

6.3.3 Sex av tio vårdcentralchefer anser inte att de privata digitala vårdtjänsterna tillgodoser andra vårdbehov än vårdcentralerna

En central fråga för konkurrensen mellan vårdcentralerna och de privata digitala vårdtjänsterna är om de privata digitala vårdtjänsterna har samma uppdrag som vårdcentralerna. Formellt finns naturligtvis inte något annat uppdrag, eftersom de privata digitala vårdtjänsterna har samma uppdrag som vårdcentralerna i den region där de på något sätt är etablerade (antingen genom en egen etablering eller som underleverantör till en etablerad vårdcentral).

I enkäten till vårdcentralchefer frågade vi om de privata digitala vårdtjänsterna tillgodoser andra vårdbehov än vad vårdcentralerna har i uppdrag att tillgodose. Sex av tio (59 procent) av vårdcentralcheferna ansåg inte att de tillgodosåg andra behov än vad vårdcentralerna har i uppdrag att tillgodose. Endast en tredjedel (33 procent) av vårdcentralcheferna ansåg helt eller delvis att de privata digitala vårdtjänsterna tillgodoser andra vårdbehov än vårdcentralerna.

Figur 19. Vårdcentralchefernas uppfattning om de privata digitala vårdtjänsterna tillgodoser andra vårdbehov än vad vårdcentralerna har i uppdrag att tillgodose

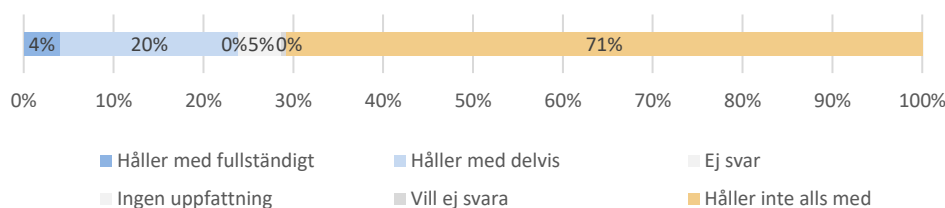


Källa: Konkurrensverkets enkät april 2022. Respondenterna fick ta ställning till påståendet ”De privata digitala vårdtjänsterna tillgodoser andra vårdbehov än vad vårdcentralerna har i uppdrag att tillgodose”.

I enkäten frågade vi också om vårdcentralcheferna ansåg att de privata digitala vårdtjänsterna tillgodoser andra vårdbehov som vårdcentralerna inte tillgodosett tidigare. Sju av tio vårdcentralchefer (71 procent) höll inte med om detta. Endast en fjärdedel (24 procent) av vårdcentralcheferna ansåg helt eller delvis att de privata digitala vårdtjänsterna tillgodoser andra vårdbehov än vårdcentralerna.

³⁷ Företrädare för en vårdcentral.

Figur 20. Vårdcentralchefernas uppfattning om de privata digitala vårdtjänsterna tillgodoser vårdbehov som vårdcentralerna inte tillgodosett tidigare



Källa: Konkurrensverkets enkät april 2022. Respondenterna fick ta ställning till påståendet "De privata digitala vårdtjänsterna tillgodoser vårdbehov som vårdcentralerna inte tillgodosett tidigare".

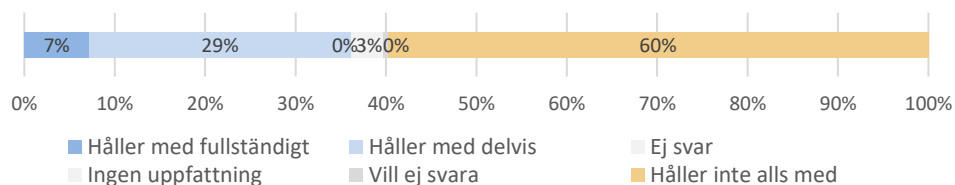
Enkätresultaten visar att en tredjedel av vårdcentralcheferna (34 procent) anser att de privata digitala vårdtjänsterna tillgodoser vårdbehov som vårdcentralerna inte har i uppdrag att tillgodose, och att en fjärdedel (24 procent) anser att de privata digitala vårdtjänsterna tillgodoser andra vårdbehov än vårdcentralerna. Samtidigt håller dock omkring dubbelt så många vårdcentralchefer inte med om dessa påståenden. En tolkning är att vårdcentralerna anser att det ingår i deras uppdrag att ta hand om de patienter som i dag vänder sig till de privata digitala vårdtjänsterna för lättare åkommor, men att de inte prioriterat dem framför andra patienters behov av läkarbesök.

6.3.4 Många vårdcentralchefer upplever inte att de privata digitala vårdtjänsterna ger värdefull komplettering

Som vi tidigare har beskrivit erbjuder de privata digitala vårdtjänsterna hög tillgänglighet, dygnet runt och med kortare väntetider än vad vårdcentralerna har möjlighet att erbjuda.

Sex av tio vårdcentralchefer (60 procent) anser dock inte att de privata digitala vårdtjänsterna erbjuder en värdefull komplettering till annan primärvård genom korta väntetider och att de är nåbara i stort sett dygnet runt. Endast en dryg tredjedel (36 procent) av vårdcentralcheferna anser helt eller delvis att de privata digitala vårdtjänsterna erbjuder en värdefull komplettering till annan primärvård.

Figur 21. Vårdcentralchefernas uppfattning om de privata digitala vårdtjänsterna erbjuder en värdefull komplettering till annan primärvård genom korta väntetider och att de är nåbara i stort sett dygnet runt



Källa: Konkurrensverkets enkät april 2022. Respondenterna fick ta ställning till påståendet "De privata digitala vårdtjänsterna erbjuder värdefull komplettering till annan primärvård genom korta väntetider och att de är nåbara i stort sett dygnet runt".

6.4 Tillgänglighet skapar efterfrågan på digitala vårdtjänster

Vi kan konstatera att minskningen av antal besök på vårdcentraler inleddes innan de privata digitala vårdtjänsterna började utnyttja utomlänsersättningen. Vi har inte undersökt orsaken till det minskade antalet fysiska besök, men vi har inte fått några indikationer på att de digitala utomlänsbesöken inneburit att behoven av fysiska besök på vårdcentralerna minskat.

I stället finns en bred uppfattning bland vårdcentralchefer och ansvariga för regionernas vårdvalssystem att de privata digitala vårdtjänsterna riktar in sig på patienter med enkla och lätthanterade besvär, och att de låter vårdcentralerna hantera patienter med mer tidskrävande och komplicerade behov. En spridd uppfattning, särskilt hos vårdvalsansvariga tjänstemän i regionerna, är att *"tillgängligheten skapar behoven"*. En återkommande synpunkt är att besöken hos privata digitala vårdtjänster ofta handlar om besvär och åkommor där det ofta hade räckt med egenvård, eller att man mycket väl hade kunnat vänta till dagen därpå när vårdcentralen öppnat igen.

Enkätresultaten visar att sex av tio vårdcentralchefer inte anser att de privata digitala vårdtjänsterna tillgodoser andra behov än vad vårdcentralerna har i uppdrag att tillgodose, och att lika många, sex av tio vårdcentralchefer (60 procent), inte anser att de privata digitala vårdtjänsterna erbjuder en värdefull komplettering genom korta väntetider och att de är nåbara i stort sett dygnet runt. En tolkning är att vårdcentralerna visserligen kan hålla med om att det ingår i deras uppdrag att ta hand om en del av de patienter som i dag vänder sig till de privata digitala vårdtjänsterna, men att de har begränsade resurser och därför måste prioritera patienter med svårare diagnoser och besvär.

De privata digitala vårdtjänsterna verkar således till stor del ta emot patienter som i många fall inte skulle fått träffa en läkare om de vänt sig till sin vårdcentral, åtminstone inte med samma tillgänglighet. Detta innebär också att de privata digitala vårdtjänsterna inte verkar ha minskat arbetsbördan för vårdcentralerna, eftersom det alltså handlar om besök som annars inte blivit av. En större tillgänglighet till digitala vårdtjänster har alltså skapat en efterfrågan, utan att efterfrågan på andra vårdtjänster verkar ha minskat i någon större omfattning.

Besöken hos de privata digitala vårdtjänsterna verkar alltså inte ha minskat behoven av fysiska besök i någon större omfattning, och har därmed inte avlastat vårdcentralerna. Tvärtom har de digitala utomlänsbesöken snarare kommit till stånd för att det varit svårt för patienter att få träffa läkare på deras vårdcentraler. I grunden är det naturligtvis en resurs- och prioriteringsfråga om i vilken utsträckning patienter med enkla besvär ska kunna träffa en läkare och hur snabbt detta i så fall ska kunna ske. Av vårdcentralernas svar och våra samtal med regionerna framgår tydligt att man uppfattar att vårdcentralernas resurser i första hand ska ägnas åt patienter med svårare besvär, och att patienter med enklare åkommor kan få vänta. Detta är också innebörden av den medicinska prioritering som ska ske enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

7. Utomlänsersättningen

För att kunna bedöma vilken konkurrens som skapas genom de privata digitala vårdtjänsterna och hur de påverkar vårdcentralerna i vårdvalssystemen krävs kännedom om hur de olika ersättningssystemen fungerar och vilka effekter och incitament de innebär för olika aktörer. I detta kapitel ges därför en kort bakgrund och beskrivning dels av hur de olika ersättningssystemen ser ut i regionerna, dels varför utomlänsersättningen kommit till och varför den fått den utformning den har i dag. Slutligen görs också en bedömning om utomlänsersättningen är rimlig i förhållande till ersättningsnivåerna för motsvarande tjänster i vårdvalssystemen.

7.1 De privata digitala vårdtjänsterna ersätts enligt andra regler än vårdcentralerna

Den kanske mest uppmärksammade effekten av de privata digitala vårdtjänsterna är vilka kostnader de medför för regionerna. I praktiken förs dock merparten av kostnaden vidare och belastar vårdcentralerna, antingen som direkta avdrag från ersättningen till vårdcentralerna eller genom att kostnaderna tas på central nivå men inom samma budget, och därmed ändå påverkar den totala ersättning som betalas ut till vårdcentralerna. Detta är också en av anledningarna till att Konkurrensverket intresserat sig för de privata digitala vårdtjänsterna.

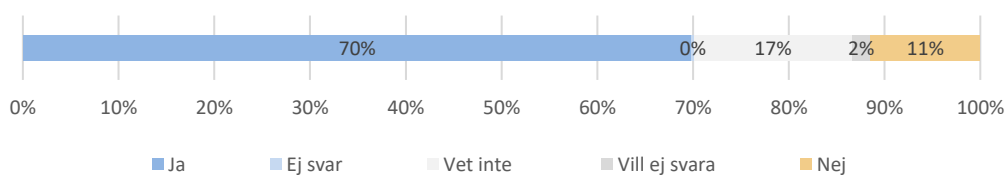
7.2 Ersättningen för de privata digitala vårdtjänsterna påverkar vårdcentralernas resurser

Vårdcentralerna finansieras enligt de regler som varje region formulerat för sina vårdvalssystem, medan de privata digitala vårdtjänsterna finansieras enligt den så kallade *utomlänsersättningen* som gäller när en patient söker vård i en annan region. Utomlänsersättningen finansieras dock ur regionernas vårdvalssystem, vilket direkt eller indirekt innebär att vårdcentralerna får lägre ersättning.

7.2.1 Sju av tio vårdcentralchefer anser att de privata digitala vårdtjänsterna innebär att deras vårdcentral får mindre resurser

Att ersättningen till de privata digitala vårdtjänsterna påverkar vårdcentralernas ekonomi är en utbredd uppfattning bland vårdcentralcheferna. Sju av tio vårdcentralchefer (70 procent) anser att ersättningen för de privata digitala vårdtjänsterna innebär att deras vårdcentral får mindre resurser.

Figur 22. Vårdcentralchefernas uppfattning om ersättningen för de privata digitala vårdtjänsterna innebär att deras vårdcentral får mindre resurser



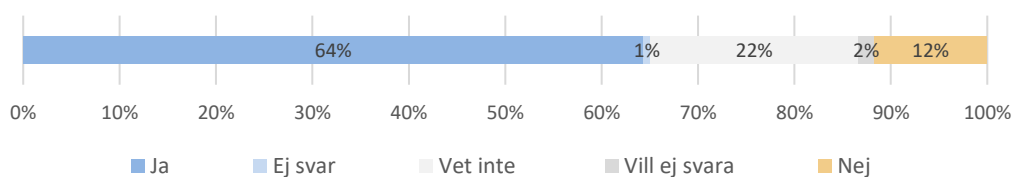
Källa: Konkurrensverkets enkät april 2022. Frågan i enkäten löd "Utifrån din kännedom – innebär ersättningen för de privata digitala vårdtjänsterna att din vårdcentral får mindre resurser?"

Att kostnaderna för de digitala utomlänsbesöken påverkar regionens och vårdcentralernas ekonomi negativt bekräftas också av våra samtal med regionernas ansvariga för vårdvalssystemen. Flera har dock påpekat att kostnaderna bara motsvarar 1–2 procent av den totala primärvårdsbudgeten i regionen.³⁸

"Det är en betydande kostnad för regionen, får en effekt som är indirekt som omfördelas från övrig primärvård. Kalmar ligger lågt i förhållande till andra regioner, men det är fortfarande en betydande kostnad."

Förutom att kostnaderna för de privata digitala vårdtjänsterna belastar vårdcentralernas ekonomi finns det också en stark och spridd uppfattning att ersättningen är högre än vad vårdcentralerna får för motsvarande tjänster. Vår enkät till vårdcentralchefer visar att närmare två tredjedelar av vårdcentralcheferna (64 procent) anser att de privata digitala vårdtjänsterna får mer betalt än fysiska vårdcentraler för att utföra jämförbar vård.

Figur 23. Vårdcentralchefernas uppfattning om de privata digitala vårdtjänsterna får mer betalt än fysiska vårdcentraler för att utföra jämförbar vård?



Källa: Konkurrensverkets enkät april 2022. Frågan löd "Utifrån din kännedom – får de privata digitala vårdtjänsterna mer betalt än fysiska vårdcentraler för att utföra jämförbar vård?".

7.3 Vårdcentralernas ersättning bygger i huvudsak på kapitering

All vård som en vårdcentral utför för sina listade patienter ersätts enligt de villkor som gäller i regionens vårdvalssystem. I de flesta regioner bygger ersättningssystemen på en kapiteringsersättning, det vill säga en klumpsumma per listad patient där det inte utgår någon särskild ersättning när listade patienter söker vård hos "sin" vårdcentral. Däremot

³⁸ Företrädare för en region.

ersätts besök av olistade patienter, men kostnaderna för dessa besök belastar den vårdcentral där patienten är listad. Ur regionens perspektiv innebär kapiteringsersättningssystemen att den totala ersättningen till vårdcentralerna i princip är bestämd och inte påverkas varken av hur många besök som görs eller om patienterna går till den vårdcentral där de är listade eller någon annan vårdcentral inom regionen.³⁹

”Vi vill inte ge en ersättning per besök till digitala vårdgivare. Vi vill inte att man ska räkna pinnar när man tar emot patienter, det ska vara en helhet.”⁴⁰

För vårdcentralerna finns starka incitament att förmå många patienter att lista sig hos dem, eftersom ersättningen beror på antalet listade patienter,⁴¹ men även att minimera patienternas konsumtion av vård utanför vårdcentralen, eftersom detta innebär kostnader eller minskad ersättning.

Under våra intervjuer har vi inte upplevt att det finns någon utbredd kritik mot ersättningssystemens konstruktion i vårdvalssystem. Tvärtom uttryckte en av läkarorganisationerna att de uppskattade systemet med kapiteringsersättning, eftersom de menade att systemet överlämnar de medicinska prioriteringarna till läkarprofessionen och att de alltså inte kände något tryck att prioritera en viss typ av patienter eller besök av ekonomiska skäl. Det kan därför finnas anledning att jämföra utomlänserättningen med hur vårdvalssystemen hanterar digitala besök av olistade patienter, eftersom de i många avseenden är ganska jämförbara.

Ersättningssystem som bygger på kapiteringsersättning kan dock inte tillämpas när patienter söker vård utanför sin hemregion.⁴² När patienter besöker vårdgivare som inte ingår i hemregionens vårdvalssystem, och som regionen alltså inte har något avtal med, regleras ersättningen därför i stället av riksavtalet för digital utomlänsvård, som är en överenskommelse mellan regionerna.

7.4 Vårdcentralerna får låg eller ingen rörlig ersättning för besök hos läkare

Vårdcentralernas uppdrag är att ta hand om sina listade patienter och ge dem den hälso- och sjukvård som följer av kraven i vårdvalssystemen i respektive region.

Av tabell 5 framgår att endast 4 av 21 regioner ger någon rörlig ersättning alls när deras listade patienter gör fysiska besök hos läkare, medan 11 regioner ger ersättning för digitala besök. Ersättningarna för fysiska besök är i samtliga fall lika höga som för digitala besök. Sju regioner tillämpar alltså en högre ersättning för digitala besök än för fysiska besök, vilket innebär ett direkt incitament för vårdcentralerna att i högre utsträckning använda sig av

³⁹ Däremot ökar regionens kostnader om antalet invånare ökar, eftersom varje invånare (i de flesta fall) är listade på en vårdcentral och därmed ger rätt till ersättning till den vårdcentralen.

⁴⁰ Företrädare för en region.

⁴¹ Eftersom kapiteringsersättningen är viktad med olika faktorer som syftar till att spegla patienternas förväntade vårdbehov är det, åtminstone i princip, lika attraktivt för vårdcentralerna att locka till sig ”vårdtunga” patienter som unga och friska patienter.

⁴² SKR (2014), *Beslutsstöd i frågan om utomlänserättning i samband med listning utanför det egna hemlandstinget*, SKR dnr 14/2135.

digitala besök. Att detta är avsikten bekräftas också av våra intervjuer med vårdvalsansvariga i regionerna. Regionerna vill helt enkelt ha fler digitala besök på vårdcentralerna, och då behöver det finnas ekonomiska incitament att så blir fallet.

Tabell 5. Rörlig ersättning till vårdcentraler för deras listade patienters besök hos läkare

Region	Fysiskt besök hos läkare av listad patient	Digitalt besök hos läkare av listad patient
Uppsala	310 kr	310 kr
Örebro	174 kr	174 kr
Stockholm ⁴³	110 + (165) kr	110 + (165) kr
Västmanland	110 kr	110 kr
Gävleborg	Ingen	300 kr
Halland	Ingen	300 kr
Jämtland Härjedalen	Ingen	300 kr
Gotland	Ingen	215 kr
Sörmland	Ingen	200 kr
Dalarna	Ingen	100 kr
Västerbotten	Ingen	100 kr
Blekinge	Ingen	Ingen
Jönköping	Ingen	Ingen
Kalmar	Ingen	Ingen
Kronoberg	Ingen	Ingen
Norrbottn	Ingen	Ingen
Skåne	Ingen	Ingen
VGR	Ingen	Ingen
Värmland	Ingen	Ingen
Västernorrland	Ingen	Ingen
Östergötland	Ingen	Ingen

Källa: Konkurrensverket och respektive region 2022.

7.4.1 Vårdcentralerna får mer betalt för att ta emot olistade patienter

När en vårdcentral tar emot patienter som inte är listade hos dem är situationen annorlunda, eftersom de inte får någon kapiteringsersättning för att ta emot dem. Vårdcentralernas kostnader för att ta emot olistade patienter behöver därför i princip täckas helt av den rörliga ersättningen, och det är därför naturligt att ersättningen för att ta emot olistade patienter är högre än för att ta emot listade. Vårdcentralernas uppdrag är dock i första hand att ta hand om sina listade patienter, och möjligheterna att besöka andra vårdcentraler är därför begränsad på olika sätt i regionerna. För att styra patienter till att gå till "sin" vårdcentral tillämpar vissa regioner högre patientavgifter för besök hos andra vårdcentraler än där patienten är listad.⁴⁴ Vårdcentralerna har i de flesta fall inte något ansvar för att ta emot olistade patienter

⁴³ Region Stockholm har en extra ersättning om 165 kronor för nystartad mottagning. Extra ersättning per besök på husläkarmottagning, 300 kronor, om patienten är olistad eller listad hos annan vårdgivare inom samma vårdval.

⁴⁴ Som exempel tillämpar Västra Götalandsregionen en patientavgift om 100 kronor för läkarbesök på vald enhet men 300 kronor för läkarbesök på annan enhet.

annat än för akuta besök, vilket innebär att de kan hänvisa patienter till den vårdcentral där de är listade. Vårdcentralerna kan också kräva att patienter först listar sig hos dem innan de tar emot dem (för icke-akuta besök). Genom att patienten blir listad kommer vårdcentralen alltså att erhålla kapiteringsersättning i framtiden (det vill säga tills patienten listar om sig eller flyttar). Det är inte ovanligt att privata digitala vårdföretag kräver att man listar sig hos dem för att kunna boka ett besök.

Den rörliga ersättningen för besök av olistade patienter framgår av tabell 6. Av tabellen framgår att fyra regioner (Västmanland, Kronoberg, Uppsala och Blekinge) tillämpar en högre ersättning för fysiska besök än för digitala. Övriga 17 regioner tillämpar samma ersättning för fysiska och digitala besök, det vill säga i motsats till ersättningen för listade patienters besök ger ingen region högre ersättning för digitala besök än för fysiska. Däremot ger två regioner (Gävleborg och Jämtland Härjedalen) högre ersättning till vårdcentralerna i sitt eget vårdvalssystem än vad som betalas till vårdcentraler i andra regioner enligt utomlännersättningen.

Tabell 6. Rörlig ersättning för olistade patienters besök hos läkare

Region	Fysiskt besök hos läkare av olistad patient	Digitalt besök hos läkare av olistad patient
Västmanland	865 kr	500 kr
Gävleborg	700 kr	700 kr
Kronoberg	665 kr	500 kr
Uppsala	620 kr	310 kr
Jämtland Härjedalen	600 kr	600 kr
Dalarna	500 kr	500 kr
Kalmar	500 kr	500 kr
Skåne	500 kr	500 kr
VGR	500 kr	500 kr
Värmland	500 kr	500 kr
Örebro	500 kr	500 kr
Östergötland	500 kr	500 kr
Halland	450 kr	450 kr
Sörmland	450 kr	450 kr
Norrbottn	430 kr	430 kr
Gotland	425 kr	425 kr
Västernorrland	410 kr	410 kr
Stockholm ⁴⁵	110+300 kr	110 + (300) kr
Blekinge	400 kr	100 kr
Jönköping	250 kr	250 kr
Västerbotten	200 kr	100 kr

Källa: Konkurrensverket och respektive region 2022.

⁴⁵ Region Stockholm har en extra ersättning om 165 kronor för nystartad mottagning. Extra ersättning per besök på husläkarmottagning, 300 kronor, om patienten är olistad eller listad hos annan vårdgivare inom samma vårdval.

7.5 Vid vård utanför hemregionen tillämpas utomlännersättning

När en patient söker vård hos en vårdgivare som inte är etablerad i hemregionen kan regionens ersättningsystem i vårdvalssystemet inte tillämpas. Samtidigt har alla patienter rätt att söka vård i hela Sverige, och det finns således ett behov av ett system för att reglera kostnader för vårdbesök mellan regionerna. Styrelsen för SKR beslutade därför i oktober 2014 om ett nytt riksavtal för utomlänsvård. I riksavtalet finns bestämmelser om vad som gäller när en patient får vård utanför sin hemregion. Riksavtalet innebär bland annat att patienten har möjlighet att välja en fast läkarkontakt och att lista sig inom primärvården i en annan region. Utomlänspatienter omfattas dock inte av regionens vårdgaranti, varken den lagreglerade nationella vårdgarantin eller eventuella andra vårdgarantier som tillämpas inom regionerna.⁴⁶

7.5.1 Ersättningsnivån för digital utomlänsvård har sänkts i flera omgångar

SKR har även en särskild rekommendation rörande ersättningen för digitala utomlänbesök. Ersättningsnivåerna har sänkts flera gånger.⁴⁷

SKR:s styrelse beslutade i maj 2017 om en ny rekommendation om gemensamma utomlännersättningar för digitala vårdkontakter. Ersättningen per besök sänktes från 2 000 kronor 2016 till 650 kronor för 2017.⁴⁸ Bakgrunden var att ett fåtal privata aktörer hade börjat erbjuda digital vård i större omfattning under 2016. Den rekommenderade nivån 650 kronor för digital läkarkontakt, 600 kronor för digital kontakt med psykolog eller kurator och 300 kronor för digital kontakt med annan sjukvårdspersonal baserades på en självkostnads-kalkyl som skattade olika kostnadskomponenter. Ersättningarna inkluderade patientavgift och kompensation för provtagning och medicinsk service, för vilken vårdgivaren alltså bör ha fullt kostnadsansvar. Innebörden i SKR:s rekommendation var en halvering av den tidigare gällande nivån för utomlännersättning för digitala kontakter i den region där flera digitala vårdgivare startat sin verksamhet.⁴⁹

Under 2018 genomförde regionerna en gemensam utvärdering av den självkostnads-kalkyl som låg till grund för ersättningsnivåerna. Enligt utvärderingen skulle ersättningsnivåerna kunna sänkas väsentligt, till 450 kronor för en läkarkontakt, 425 kronor för en kontakt med psykolog, kurator eller psykoterapeut och 200 kronor för en kontakt med annan sjukvårdande personal. De beräknade nivåerna beskrevs som *”rimliga i en mogen verksamhet med stora volymer och låga marginalkostnader men inte anpassade för en verksamhet under uppbyggnad eller med stora utvecklingsinslag”*. De delar i kalkylen som justerades och som bidrog till den beräknade sänkningen var antagandena om lönenivå, övriga kostnader, kostnader för medicinsk service och produktivitet. Utvärderingen remissbehandlades och synpunkter inhämtades både från regionernas ekonomidirektörer och från de digitala aktörerna. Remissbehandlingen visade att det fanns samstämmighet när det gäller ändringen av antagandena om lönenivå. Däremot fanns det olika uppfattningar om antagandena rörande övriga kostnader (bland annat utvecklingskostnader), produktivitet och medicinsk service. De digitala

⁴⁶ SKR (2014) *Riksavtal för utomlänsvård med kommentarer*.

⁴⁷ Se Riksavtal för utomlänsvård och kommentarer från 2014 samt beslut från Styrelsen för Sveriges Kommuner och Landsting (nuvarande SKR), den 14 juni 2019, ärendenr 18/05148.

⁴⁸ Vård- och omsorgsanalys (2022), *Besök via nätet - Resursutnyttjande och jämlikhet kopplat till digitala vårdbesök*.

⁴⁹ SKR (2019), *Utvecklingen av digitala vårdtjänster*, Meddelande från styrelsen 8/2019.

aktörerna framförde kritiska synpunkter framför allt när det gäller att för liten hänsyn tagits till kostnader för fortsatt utveckling och kostnader för att en stor del av de digitala kontakterna sker utanför normal arbetstid.

Frågan om nivåerna på utomlänsersättningen för digitala vårdtjänster var föremål för en lång beredningsprocess, både på tjänstepersonsnivå i regionerna och i SKR:s politiska organ. Regionernas tjänstepersonsledningar tillstyrkte en sänkning i enlighet med utvärderingen, och i de politiska diskussionerna menade många att det framtagna underlaget var fullgott och att det brådskade. Från andra håll lyftes samtidigt olika argument mot en kraftig sänkning av ersättningsnivåerna, bland annat att en väsentligt sänkt ersättning kan försvåra möjligheterna till fortsatt utveckling av, och god tillgänglighet till, sådana digitala tjänster som många patienter uppenbarligen värderar högt och som kan bidra i utvecklingen mot en mer effektiv och tillgänglig hälso- och sjukvård. SKR:s styrelse gjorde därför en sammanvägd bedömning i den nya rekommendationen, som alltså innebär en sänkning av ersättningen för digitala besök.

Skälet till rekommendationen var *”en uttrycklig önskan från regionerna om ett gemensamt grepp för att hantera situationen i en fråga där utvecklingen går oerhört snabbt, där begreppet utomlänsvård får ett delvis nytt innehåll och där nuvarande system och regleringar inte är helt tillfyllest för att vårdens resurser ska nyttjas på bästa sätt”*.

Enligt rekommendationen utgår numera ersättning till vårdgivare med 500 kronor för en digital läkarkontakt, 425 kronor för digital kontakt med kurator, psykolog eller psykoterapeut och 275 kronor för digital kontakt med annan legitimerad sjukvårdspersonal. Ersättningarna är beräknade inklusive patientavgift⁵⁰ (vilken skiljer sig mellan regionerna) och ska även täcka vårdgivarens kostnader för provtagning och medicinsk service i samband med besöket.

7.5.2 Kriterier för att en digital kontakt ska ge rätt till utomlänsersättning

Av rekommendationen framgår även vilka kriterier som gäller för att en digital kontakt ska vara berättigad till ersättning:

- Kontakten ska utgöra kvalificerad sjukvård.
- Kontakten ska uppfylla regionens krav på journalföring och inrapportering.
- Kontakten ska föregås av en sortering (triagering).
- Kontakten ska föregås av ID-kontroll genom stark autentisering.⁵¹

Utomlänsersättningen ska alltid tillämpas vid utomlänsfakturering. Överenskommelsen avser vilken ersättning som patientens hemmaregion ska betala till den region där vården utförts, vilket inte behöver vara samma ersättning som betalas till vårdgivarna. Vilka ersättningar som ska gälla i förhållande till vårdgivarna beslutas av varje region. Om enskilda

⁵⁰ SKR rekommenderar en lägsta patientavgift om 100 kronor vid digitala besök.

⁵¹ SKR (2019), *Utvecklingen av digitala vårdtjänster*, Meddelande från styrelsen 8/2019.

regioner gör egna upphandlingar av digitala tjänster till ett annat pris än det föreslagna utomlänspriset bör det senare ändå tillämpas vid utomlänsfakturering, vilket motsvarar den praxis som i dag tillämpas vid utomlänsfakturering.

Utifrån våra intervjuer med regionerna följer samtliga regioner SKR:s rekommendation.

Besöket ska utgöra "kvalificerad sjukvård", vilket innebär att det inte ska vara fråga om rådgivning eller enklare vårdåtgärder. Under utredningen har det framkommit att SKR och regionerna varit av uppfattningen att Socialstyrelsen har en definition av kvalificerad sjukvård, men att det enligt Socialstyrelsen inte finns någon sådan definition.⁵² Utgångspunkten för bedömning av vad som är ersättningsbart är att all vård är att anse som sjukvård, men att det skett vissa gränsdragningar rörande möjlighet till ersättning utifrån Riksavtalet.

Det finns en problematik i att den region som i slutändan står för kostnaden inte har någon avtalsrelation med de privata digitala vårdföretagen och därför inte kan ställa krav eller följa upp avtalen själv, utan måste be den region som utfärdat fakturan om hjälp. Den region som får fakturan har därmed svårt att bedöma om det som utförts berättigar till ersättning eller inte. En problematik är att fakturering mellan regionerna fortfarande sker manuellt, genom att pappersfakturer skickas mellan regionerna. Ett sådant förfarande är inte idealiskt för en effektiv systematisk uppföljning eftersom manuell handpåläggning krävs. Det har gjorts försök att gå över till elektronisk fakturering, men användandet av olika system hos regionerna har medfört att det inte ansetts genomförbart.⁵³

7.6 Kan regionerna undvika att betala utomlännersättning för digitala besök?

Flera regioner har utrett om det är möjligt att inte betala utomlännersättning för digitala besök. Regionerna har landat i skilda slutsatser rörande huruvida detta faktiskt är möjligt men även om det bör företas eller inte, med beaktande av olika avvägningar. Exempelvis har utfallet varit att det inte är juridiskt möjligt sett till avtalsrättsliga relationer men även att det skulle kunna leda till att den egna regionens patienter skulle kunna missgynnas vid behov av vård i andra regioner.

Västra Götalandsregionen har dragit slutsatsen att det enda sättet att slippa bekosta digitala utomlänbesök i primärvården är att lagstiftningen ändras. De menar att det inte är framkomligt att ställa krav mot fysiska vårdgivare som ingår i en annan regions vårdval eftersom avtalsrelation saknas.⁵⁴

Kry och Doktor.se har numera fysiska vårdcentraler i Region Stockholm och registrerar därför sina digitala besök av regioninvånarna som inomlänbesök varför utomlänstaxan ej tillämpas.⁵⁵

⁵² Mejl från Socialstyrelsen, 2021-11-19.

⁵³ Möte med Region Sörmland.

⁵⁴ Möte och rapport från Västra Götalandsregionen.

⁵⁵ Möte med Region Stockholm.

Region Skåne har utifrån en tolkning av sina avtalsvillkor landat i att om den digitala privata vårdgivaren har ett avtal med Region Skåne så ska regioninvånarnas digitala besök registreras i regionens system som ett inomlänsbesök. Det har regionen krävt av Kry, Capio Go och Doktor.se samt Min Doktor. Om vårdgivaren däremot inte har avtal med Region Skåne anses detta inte vara möjligt.⁵⁶

Flera regioner har således agerat på olika sätt för att undvika att betala utomlänsersättning för digitala besök. Genomgående har det krävts en avtalsrelation genom fysisk etablering för att utomlänstaxan för digitala besök inte ska tillämpas.

7.7 Vårdcentralerna har ofta kostnadsansvar för utomlänsersättningen

I samtliga regioner har vårdcentralerna kostnadsansvar om en listad patient besöker en annan vårdcentral inom regionens vårdval, så kallade otrohetsbesök. När det gäller kostnadsansvaret för digitala utomlänsbesök av listade patienter hos privata digitala vårdgivare gör regionerna däremot olika. Vissa regioner trycker ut kostnadsansvaret på vårdcentralerna, men 13 regioner har valt att ta kostnaden centralt på regionnivå, däribland samtliga tre storstadsregioner. Här finns således inte någon samsyn bland regionerna. Västra Götalandsregionen menar att vissa vårdcentraler i centrala Göteborg skulle drabbas oproportionerligt hårt om man skulle föra ut kostnaderna på vårdcentralerna, och att den politiska ledningen därför har valt att ta kostnaden på regionnivå.⁵⁷

Region Stockholm har övervägt att lägga ut kostnadsansvaret, men menar att marknaden är relativt ny och att det inte går att prognostisera kostnaderna då marknaden fortfarande växer.⁵⁸

De senaste åren har flera av de privata digitala vårdgivarna börjat driva egna vårdcentraler, ofta i storstadsregioner men även i andra delar av landet. Detta innebär att digitala vårdbesök ersätts enligt de ordinarie ersättningssystemen i respektive region i stället för utomlänsersättningen, vilket i de flesta fall är en fördel för regionen. En del regioner, bland annat Region Stockholm och Region Sörmland, har därför valt att ge en extra ersättning vid besök på nyetablerade vårdcentraler under de första 12 månaderna. Det finns dock en viss misstro i vissa regioner mot att de digitala privata vårdgivarbolagen via sina dotterbolag fortsätter att debitera enligt digital utomlänsersättning.⁵⁹ Enligt intervjuer som Konkurrensverket genomfört med Region Stockholm och Region Skåne har båda regionerna villkor som innebär att digitala besök av regioninvånare ska registreras som ett inomlänsbesök om vårdgivaren har både privat digital vård och bedriver vårdcentraler. Såvitt Konkurrensverket kunnat utröna från våra intervjuer med de två regionerna så följer också vårdgivarna denna instruktion.

⁵⁶ Möte med Region Skåne.

⁵⁷ Dialogmöte Konkurrensverket och Koncernstaben Västra Götalandsregionen, 2021-11-17.

⁵⁸ Intervju med Region Stockholm, 2022-02-02.

⁵⁹ Västra Götalandsregionen (2021), *Digitala utomlänskontakter i primärvården*.

Av tabell 7 framgår att åtta regioner lägger ut kostnadsansvaret på vårdcentralerna för digitala utomlänsbesök. Två regioner, Region Jönköping och Region Halland, lägger inte ut hela kostnaden på vårdcentralerna utan tar en del centralt. Region Jönköping lägger ut halva kostnaden för läkarbesök och Region Halland tillämpar ett tak som innebär att om kostnaderna överstiger 2019 års nivå tas mellanskillnaden centralt.

Tabell 7. Vårdcentralers kostnadsansvar för digitala utomlänsbesök

Region	Kostnadsansvar för digitala utomlänsbesök	Har vårdcentral kostnadsansvar för digitala utomlänsbesök
Kronoberg	Ja	Avdrag på ersättningen för listade patienters digitala utomlänsbesök
Dalarna	Ja	Avdrag på ersättningen för listade patienters digitala utomlänsbesök
Blekinge	Ja	Avdrag på ersättningen för listade patienters digitala utomlänsbesök
Norrbottn	Ja	Avdrag på ersättningen för listade patienters digitala utomlänsbesök
Västmanland	Ja	Avdrag på ersättningen för listade patienters digitala utomlänsbesök
Västernorrland	Ja	Avdrag på ersättningen för listade patienters digitala utomlänsbesök
Jönköping	Ja	Vårdcentralen och regionen delar på kostnaden.
Halland	Ja	Kostnader för digitala utomlänsbesök och kostnader som överstiger 2019 års nivå tas centralt
Stockholm	Nej	Kostnaden tas centralt
Gotland	Nej	Kostnaden tas centralt
Gävleborg	Nej	Kostnaden tas centralt
Jämtland Härjedalen	Nej	Kostnaden tas centralt
Kalmar	Nej	Kostnaden tas centralt
Skåne	Nej	Kostnaden tas centralt
Sörmland	Nej	Kostnaden tas centralt
Uppsala	Nej	Kostnaden tas centralt
VGR	Nej	Kostnaden tas centralt
Värmland	Nej	Kostnaden tas centralt
Västerbotten	Nej	Kostnaden tas centralt
Örebro	Nej	Kostnaden tas centralt
Östergötland	Nej	Kostnaden tas centralt

Källa: Uppgifter från regionerna sammanställda av Konkurrensverket.

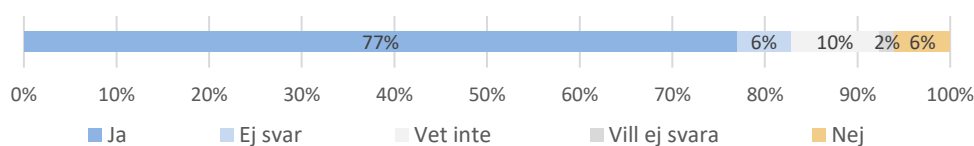
7.7.1 Tre av fyra vårdcentralchefer anser att utomlänsersättningen bör tas bort

Kritiken mot utomlänsersättningen och dess effekter för vårdcentralerna är stark, såväl bland regionernas vårdvalsansvariga som bland företrädare för vårdcentralerna.

”Systemet behöver ändras så patienter med störst behov av vård prioriteras. Varför ska vårdcentralen straffas när patienten ringer Kry mitt i natten, för åkommor som hade kunnat vänta. Patienten förstår inte den ekonomiska konsekvensen för sin vårdcentral. Det bör inte vara möjligt att ringa upp Kry 3 gånger på en helg när man har ett förkyllt barn. Låt patienter själv finansiera om de önskar vård på jourtid. Många skulle vänta och söka sin vårdcentral och är det riktigt angeläget så skulle man betala.”⁶⁰

Bland vårdcentralcheferna finns en bred uppfattning om att utomlänsersättningen bör avskaffas. Vår enkät visar att tre av fyra vårdcentralchefer (77 procent) anser att utomlänsersättningen för digitala besök bör tas bort. Stödet för att utomlänsersättningen ska finnas kvar är mycket lågt, endast sex procent av vårdcentralcheferna anser att utomlänsersättningen inte bör tas bort.

Figur 24. Vårdcentralcheferns inställning till om utomlänsersättningen för digitala besök bör tas bort



Källa: Konkurrensverkets enkät april 2022. Frågan i enkäten löd ”Utomlänsersättningen för digitala besök bör tas bort”.

7.8 De flesta privata digitala vårdtjänster är etablerade i Region Sörmland och faktureras därifrån

Faktureringen av privata digitala utomlänsbesök görs främst av Region Jönköping och Region Sörmland, varav Region Sörmland står för mer än 95 procent av faktureringen. De privata digitala vårdgivarna har antingen en egen vårdcentral eller är underleverantörer till en privat vårdcentral som är etablerad i någon av de två regionerna.

Själva faktureringen görs enligt uppgift fortfarande manuellt genom att fakturor skickas från Region Sörmland till respektive betalande region för deras folkbokförda patienter. Enligt Region Sörmland är det fortfarande inte möjligt att göra detta digitalt. Som underlag för faktureringen lämnas uppgifter om patientens personnummer, vårdgivare/mottagning, diagnos och yrkeskategori/pris. Det är också Region Sörmland som i första hand följer upp de privata digitala vårdgivarna, eftersom vårdgivarna har avtalsrelation med Region Sörmland, inte de andra regionerna.⁶¹

⁶⁰ Företrädare för en vårdcentral, Konkurrensverkets enkätundersökning.

⁶¹ Intervju med Region Sörmland.

7.8.1 Ersättning för digitala inomlänsbesök av listad patient på vårdcentralen

Det finns dock några regioner som har infört ersättning per besök när en listad patient besöker sin vårdcentral digitalt, bland annat regionerna Dalarna, Uppland, Stockholm, Sörmland och Västmanland. Ersättningen per digitalt besök varierar mellan 100 och 310 kronor. Ersättningen är således lägre än vad de digitala vårdgivarbolagen får via utomlänsersättningen. Volymerna av digitala besök på vårdcentralerna är inte heller jämförbara med de stora volymer som de digitala vårdgivarbolagen har, men de har ökat betydligt under pandemin. Värt att poängtera är att patientavgiften för dessa besök är högre i Stockholm, Uppsala och Västmanland, jämfört med om patienten hade besökt en rent digital vårdgivare som utomlänspatient.⁶² I Dalarna och Sörmland är det dock ingen skillnad, patientavgiften är 100 kronor.

7.9 Är nivån på utomlänsersättningen rimlig?

Mot bakgrund av den kritik som riktats mot utomlänsersättningen kan det vara rimligt att dra slutsatsen att ersättningen är för hög i förhållande till ersättningarna för motsvarande besök inom ramen för vårdvalssystemen. I detta avsnitt görs därför en jämförelse med vårdvalssystemens ersättningar, som är konstruerade för att hantera olika typer av besök med olika incitament och styreffekter.

7.9.1 Nivån på utomlänsersättningen är jämförbar med ersättningen för besök av olistade

Vårdvalssystemens ersättningar för digitala besök av olistade patienter är i flera avseenden jämförbara med digitala utomlänsbesök, eftersom det i båda fallen handlar om digitala besök av patienter som läkaren i princip inte har träffat tidigare och som denne inte förväntas bygga upp en långsiktig relation med. I båda fallen handlar det också om digitala besök som per definition utesluter sådana besök som förutsätter fysiska undersökningar. Eftersom de inte fått någon kapiteringsersättning för dessa patienter bör ersättningen täcka hela kostnaden för sådana besök.

En jämförelse av besöksersättningen för digitala läkarbesök av olistade patienter i vårdvalssystemen visar att 15 av regionerna ger en ersättning i spannet 400–600 kronor per besök (se tabell 8). Nio av regionerna ger 500 kronor per besök, vilket alltså är detsamma som utomlänsersättningen. En rimlig förklaring är att dessa regioners uppskattning av den verkliga kostnaden för sådana besök ligger i samma storleksordning, det vill säga omkring 500 kronor per besök.

Av tabell 8 framgår också att ersättningen för digitala besök av olistade patienter är avsevärt högre än ersättningen för listade patienter. Tio regioner ger inte någon ersättning alls för digitala besök av listade patienter. Endast Uppsala, Stockholm och Västerbotten tillämpar samma ersättning för digitala besök av listade och olistade patienter, men deras ersättningar för digitala besök av olistade hör samtidigt till de lägsta.

⁶² Stockholm 200 kronor, Uppsala 200 kronor och Västmanland 170 kronor.

Tabell 8. Rörlig ersättning för digitala besök hos läkare, per region

Region	Digitalt besök hos läkare av olistad patient	Digitalt besök hos läkare av listad patient
Gävleborg	700 kr	300 kr
Jämtland Härjedalen	600 kr	300 kr
Örebro	500 kr	174 kr
Västmanland	500 kr	110 kr
Dalarna	500 kr	100 kr
Kalmar	500 kr	Ingen
Kronoberg	500 kr	Ingen
Skåne	500 kr	Ingen
VGR	500 kr	Ingen
Värmland	500 kr	Ingen
Östergötland	500 kr	Ingen
Halland	450 kr	300 kr
Sörmland	450 kr	200 kr
Norrbottn	430 kr	Ingen
Gotland	425 kr	215 kr
Stockholm ⁶³	110 + (300) kr	110 + (165) kr
Västernorrland	410 kr	Ingen
Uppsala	310 kr	310 kr
Jönköping	250 kr	Ingen
Västerbotten	100 kr	100 kr
Blekinge	100 kr	Ingen

Källa: Konkurrensverket och respektive region 2022.

7.9.2 Nivån på utomlänsersättningen verkar inte vara orimligt hög

När SKR 2018 gjorde en regiongemensam utvärdering av den självkostnads kalkyl som låg till grund för ersättningsnivåerna drogs slutsatsen att ersättningsnivåerna skulle kunna sänkas från 650 till 450 kronor för en läkarkontakt. De beräknade nivåerna beskrevs som *”rimliga i en mogen verksamhet med stora volymer och låga marginalkostnader men inte anpassade för en verksamhet under uppbyggnad eller med stora utvecklingsinslag”*. Efter en lång beredningsprocess beslutade SKR:s styrelse om en något mindre sänkning av rekommendationen, till 500 kronor för ett digitalt besök.⁶⁴

Under våra intervjuer med tjänstemän som ansvarar för vårdvalssystemen har vi inte stött på några synpunkter om att utomlänsersättningen skulle vara orimligt hög. Vi kan också konstatera att regionernas ersättningar till vårdcentralerna för att ta emot digitala besök av olistade patienter ligger i samma storleksordning som utomlänsersättningen, varav nio ger exakt samma ersättning per besök.

Med hänsyn till resonemangen ovan verkar det alltså som att regionernas uppfattning om vad som är en rimlig ersättning för digitala vårdbesök av olistade patienter ligger i storleksordningen 450–500 kronor per besök, vilket i så fall innebär att utomlänsersättningens nivå på 500 kronor för digitala läkarbesök inte är orimligt hög.

⁶³ Region Stockholm har en extra ersättning om 165 kronor för nystartad mottagning. Extra ersättning per besök på husläkarmottagning, 300 kronor, om patienten är olistad eller listad hos annan vårdgivare inom samma Vårdval.

⁶⁴ SKR (2019), *Utvecklingen av digitala vårdtjänster*, Meddelande från styrelsen 8/2019.

8. Kontinuitet och kvalitet hos digitala vårdtjänster

I detta kapitel redovisas hur regioner och vårdcentralchefer uppfattar kvaliteten på de privata digitala vårdtjänsterna och hur dessa samspelar med och påverkar den övriga primärvården.

8.1 Få klagomål om den medicinska kvaliteten på de privata digitala vårdtjänsterna

Det finns en utbredd kritik mot att de privata digitala vårdtjänsterna som innebär att dessa främst används av unga och relativt friska patienter med lättare åkommor, och att tyngre patienter som tar längre tid att hantera och ofta kräver fysiska besök inte blir aktuella för dessa tjänster, vilket illustreras av nedanstående citat ur vår enkät till vårdcentralchefer.

”Jag tycker att det är jättebra att ni belyser detta problem. Vi märker inom primärvården att patienter söker mer och mer vård. Vård som de i vanliga fall inte skulle söka för (för att det egentligen inte behövs en vårdkonsultation), men nu när det är så enkelt att komma i kontakt med läkare så gör man det för säkerhets skull. Man vill också att det ska gå väldigt snabbt. Primärvården har blivit som en snabbköpsaffär.[...]. Det här är ingen positiv utveckling, för den kapaciteten som behövs för denna typ av vård finns inte att uppbringa i Sverige.”⁶⁵

En relevant fråga är därför om den vård som ges av de privata digitala vårdtjänsterna är av tillräcklig kvalitet, eller åtminstone likvärdig den vård som ges av vårdcentralerna. Våra intervjuer med ansvariga för vårdvalssystemen i regionerna har dock inte gett uttryck för någon nämnvärd kritik mot den kompetens och det arbete som utförs av de läkare som arbetar i de privata digitala vårdtjänsterna. De kritiska kommentarer som förekommit handlar i stället ofta om att de besök som tas emot inte är de som vårdcentralerna hade prioriterat utifrån sina förutsättningar och resurser.

Vad gäller den medicinska kvaliteten bör det framhållas att IVO hittills har fått relativt få klagomål på de digitala vårdtjänsterna. IVO menar att detta troligen delvis kan förklaras av att patienterna ofta är nöjda med tjänsterna.

IVO har också gjort en tematisk granskning av digitala vårdtjänster där man granskat 13 digitala vårdgivares, 7 privata bolag och 6 regioner. IVO konstaterade bland annat att patienter hänvisades till fysisk vård när det behövdes, att förskrivning av läkemedel i hög utsträckning följde riktlinjerna, att det fanns policyer för informationssäkerhet och att utvecklingen gick mot en alltmer kombinerad digital och fysisk vård. IVO menade dock att det behövs specifik utbildning för digital vård och att vårdgivarnas uppföljning av förskrivningen kunde förbättras. Överlag fanns det tendenser som indikerade att de privata vårdgivarna var bättre på att fullt ut integrera funktioner och verktyg samt utbilda personal på ett sätt som möjliggör effektivt arbete inom digital vård. IVO konstaterade sammanfattningsvis att det fanns förutsättningar för en patientsäker vård med digitala vårdtjänster. Kry hade också granskats i ett tidigare ärende utan anmärkning. IVO poängterade dock att granskningen skedde utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv och inte utifrån exempelvis hälso- och sjukvårdslagens behovskrav eller regionernas ersättningsystem.

⁶⁵ Företrädare för en vårdcentral, Konkurrensverkets enkätundersökning.

8.2 Har de privata digitala vårdtjänsterna tagit tillvara digitaliseringens möjligheter?

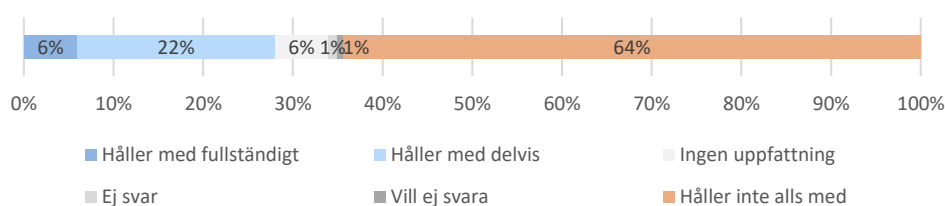
En fördel med digitala vårdbesök är att det är möjligt att ställa ett antal inledande frågor om patientens bakgrund och besvär som kan användas för att initialt bedöma patientens vårdbehov (ofta används begreppet *triagering* för bedömning av vårdbehov) och för att leda patienten till vårdpersonal med lämplig specialistkompetens. Patienten behöver därmed inte redogöra för sina problem flera gånger, vilket innebär att processen kan gå snabbare och involvera färre personer, vilket ger en avsevärd effektivisering både för patienten och för vården. Samtidigt kan patienter som inte bedöms vara lämpliga för denna typ av vård sorteras bort.⁶⁶

De privata digitala vårdtjänsterna har olika varianter av triagering. Min Doktor bygger på en omfattande inledande triagering följt av chatt-tjänster där patienten mer ingående får beskriva sina symtom i text och bilder, medan Kry endast har en inledande triagering innan patienten får träffa en läkare i ett videosamtal, där samtalet i huvudsak fungerar som ett traditionellt läkarbesök där patienten får redogöra för sina problem muntligt.

8.2.1 Två tredjedelar av vårdcentralcheferna anser inte att de privata digitala vårdtjänsterna erbjuder ett effektivt sätt att bedöma patienternas behov av vård och leda dem till rätt vårdnivå

Det verkar dock som om vårdcentralerna inte upplever att de privata digitala vårdtjänsterna innebär en effektivisering ur deras perspektiv. I enkäten till vårdcentralcheferna frågade vi om de ansåg att de privata digitala vårdtjänsterna erbjuder ett effektivt sätt att bedöma patienternas behov av vård och leda dem till rätt vårdnivå. Närmare två av tre (64 procent) ansåg att de inte gjorde detta. Endast en dryg fjärdedel av vårdcentralcheferna (28 procent) höll helt eller delvis med om att de privata digitala vårdtjänsterna erbjuder ett effektivt sätt att bedöma patienternas behov av vård och leda dem till rätt vårdnivå, vilket framgår av figur 25.

Figur 25. Vårdcentralchefernas uppfattning om de privata digitala vårdtjänsterna erbjuder ett effektivt sätt att bedöma patienternas behov av vård och leda dem till rätt vårdnivå



Källa: Konkurrensverkets enkät april 2022. Respondenterna fick ta ställning till påståendet "De privata digitala vårdtjänsterna erbjuder ett effektivt sätt att bedöma patienternas behov av vård och leda dem till rätt vårdnivå".

⁶⁶ De privata digitala vårdgivare vi träffat har varit noga med att de direkt vid den inledande triageringen hänvisar patienter med suicidrisk eller andra akuta besvär till 112 och att varken sådana samtal eller samtal med triviala vårdfrågor faktureras.

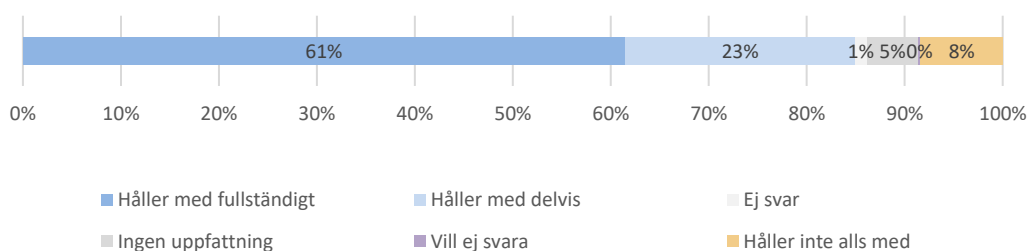
8.3 Vad innebär de privata digitala vårdtjänsterna för kontinuiteten i vården

Kontinuiteten i vården tas ofta upp som en viktig faktor för att vården ska vara effektiv både ur patienternas och hälso- och sjukvårdens perspektiv. Som ovan nämnts kan de digitala vårdtjänsterna utformas så att den information patienten lämnar kan användas för att vägleda denne till rätt vårdnivå och att vårdpersonal ges möjlighet att ta del av informationen så att de inte behöver ställa samma frågor flera gånger. På detta sätt får de en klar och tydlig bild av vilka åtgärder och bedömningar som gjorts tidigare.

8.3.1 Åtta av tio vårdcentralchefer anser att de privata digitala vårdtjänsterna försvårar kontinuiteten i vården

Det verkar dock inte som om den information som patienter lämnar vid besök hos privata digitala vårdtjänster förs vidare till vårdcentralerna. Vårdcentralerna, som alltså har ansvar för att tillgodose deras listade patienters behov av primärvård, har således svårt att få information om vilka besök deras patienter gjort hos privata digitala vårdtjänster. Enligt vår enkät till vårdcentralchefer anser åtta av tio vårdcentralchefer (84 procent) att de privata digitala vårdtjänsterna försvårar kontinuiteten i patienternas kontakter med primärvården.

Figur 26. Vårdcentralchefernas uppfattning om de privata digitala vårdtjänsterna försvårar kontinuiteten i patienternas kontakter med primärvården



Källa: Konkurrensverkets enkät april 2022. Respondenterna fick ta ställning till påståendet "De privata digitala vårdtjänsterna försvårar kontinuiteten i patienternas kontakter med primärvården".

8.3.2 Mindre än var femte vårdcentralchef anser att de privata digitala vårdtjänsternas dokumentation är tillräcklig

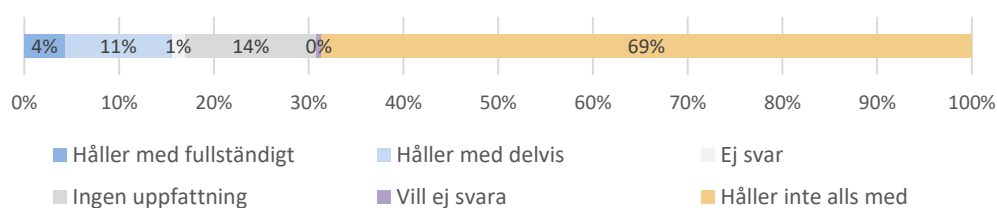
En viktig faktor för att den offentliga vården ska vara effektiv är att alla insatser dokumenteras och är tillgängliga för annan vårdpersonal som behöver dem för att göra adekvata bedömningar av patientens behov. Några av de privata digitala vårdtjänsterna har utnyttjat digitaliseringens möjligheter genom att låta patienterna svara på ett antal frågor om deras hälsotillstånd och besvär, vilket dels används för triageringen som leder patienten till vårdpersonal med rätt kompetens och vårdnivå, dels innebär att dessa uppgifter kan användas som dokumentation för fortsatta kontakter.

Ett problem är dock att denna dokumentation i praktiken inte görs tillgänglig för patientens ordinarie vårdcentral, eftersom de privata digitala vårdtjänsteföretagen inte ingår i samma vårdvalssystem som patienten och därför inte omfattas av samma avtal och rutiner om regiongemensamma journalssystem med mera.

De privata digitala vårdtjänsterna har i normalfallet tillgång till journalsystemen i de regioner där de är etablerade, men eftersom de inte har någon avtalsrelation med övriga regioner har de inte heller tillgång till journalsystemen. När de tar emot patienter från andra regioner sker därför dokumentationen i vårdföretagets eget eller i regionens journalsystem, beroende på vilka villkor som gäller i regionen. I Region Sörmland, där de flesta digitala vårdföretag är etablerade, medger regionen att vårdföretagen dokumenterar i sina egna journalsystem. I normalfallet lämnas dock inte någon information om besök hos privata digitala vårdtjänster till den vårdcentral där patienten är listad. Underlaget för utomlänsfakturering är mycket kortfattat och informationen förs i normalfallet inte in i patientjournalen (se avsnitt 7.8).

Detta innebär att vårdcentralerna inte har tillgång till information om varför deras listade patienter har besökt privata digitala vårdtjänster, eller vilka bedömningar de läkare som undersökt dem har gjort. Mindre än var femte vårdcentralchef (15 procent) anser helt eller delvis att de privata digitala vårdtjänsternas dokumentation ger vårdcentralernas läkare fullgod insyn i patienternas situation och vilka bedömningar som gjorts. Närmare sju av tio (69 procent) anser inte att dokumentationen ger insyn i vilka bedömningar som gjorts.

Figur 27. Vårdcentralchefernas uppfattning om de privata digitala vårdtjänsterna dokumenterar sina insatser i journal som ger vårdcentralernas läkare fullgod insyn i patienternas situation och vilka bedömningar som gjorts



Källa: Konkurrensverkets enkät april 2022. Respondenterna fick ta ställning till påståendet "De privata digitala vårdtjänsterna dokumenterar sina insatser i journal som ger vårdcentralernas läkare fullgod insyn i patienternas situation och vilka bedömningar som gjorts".

8.4 Kritik mot bristande kontinuitet i kontakterna mellan läkare och patient

Ett ofta återkommande tema i debatten om primärvården är vikten av kontinuitet i kontakterna mellan läkare och patient. Som exempel kan nämnas att utredningen Styrning för en mer jämlik vård tog upp *Patient- och invånarperspektivet*, med en mer personcentrerad vård som i ökad utsträckning utgår från individers olika behov och *Kontinuitet* som de första av sina sex utgångspunkter för sitt slutbetänkande. Enligt utredningen bör kontinuitet genomsyra styrning och organisering av vården, vilket bland annat ökar patientsäkerhet och effektivitet. Kontinuitet ökar dessutom invånarnas förtroende för vården.⁶⁷

På ett liknande sätt har Svenska Läkarförbundet och andra organisationer som företräder läkare länge argumenterat för att begränsa antalet listade patienter per läkare. De menar att om patienterna träffar samma läkare när de söker vård har läkaren möjlighet att lära känna patienten och följa hur besvär utvecklas över tiden, och att vården då kan bli effektivare och

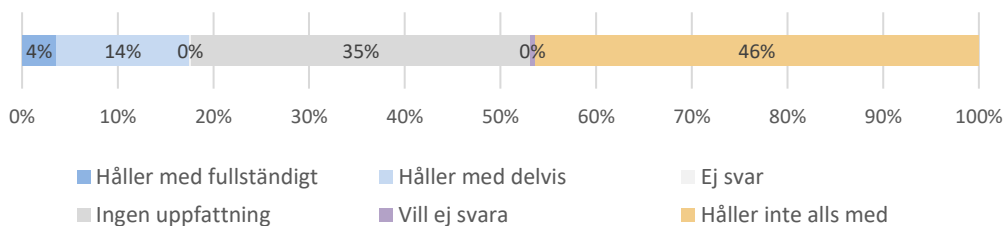
⁶⁷ SOU 2019:42, *Digifysiskt vårddval Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*.

arbetsmiljön för läkarna förbättras. Kopplingen mellan läkare och patient var också en viktig faktor bakom införandet av vårdval i primärvården. En grundläggande logik i vårdvalet är att patienter ska välja en läkare eller vårdcentral de känner sig trygga med, och att relationen ska kunna fortsätta över en lång tid utan att påverkas av nya upphandlingar när upphandlade avtal löper ut.

De digitala vårdtjänsterna bygger dock på en i det närmaste motsatt logik, där relationerna mellan läkare och patient inte ska spela någon roll utan patienter hanteras i mer eller mindre strikt turordning, där den läkare som blir ledig tar emot den patient som är först i kön. Detta innebär stora möjligheter till effektivisering, eftersom läkarnas arbetstid kan utnyttjas fullt ut utan att de behöver styras av inbokade mötestider. De digitala vårdtjänsternas stora fördel är alltså den rationalitet som man delvis ville motverka genom införandet av vårdval (redan innan vårdvalet infördes fanns dock en rättighet till en fast läkarkontakt).

Ur ett mer långsiktigt perspektiv kan det dock vara ett problem om läkaren inte tar hänsyn till patienternas sjukdomshistoria. Vårdcentralerna i vårdvalssystemen har ett mer långsiktigt ansvar för sina patienters hälsa. Vår enkät till vårdcentralchefer visar att mindre än var femte vårdcentralchef (18 procent) helt eller delvis anser att de digitala vårdtjänsterna tar hänsyn till patienternas sjukdomshistoria vid bedömningar och förskrivningar. Knappt hälften (46 procent) anser inte att de tar sådan hänsyn, medan en tredjedel (35 procent) inte har någon uppfattning.

Figur 28. Vårdcentralchefernas uppfattning om de digitala vårdtjänsterna tar hänsyn till patienternas sjukdomshistoria vid bedömningar och förskrivningar



Källa: Konkurrensverkets enkät april 2022. Respondenterna fick ta ställning till påståendet "De digitala vårdtjänsterna tar hänsyn till patienternas sjukdomshistoria vid bedömningar och förskrivningar".

8.5 Förskrivning av läkemedel

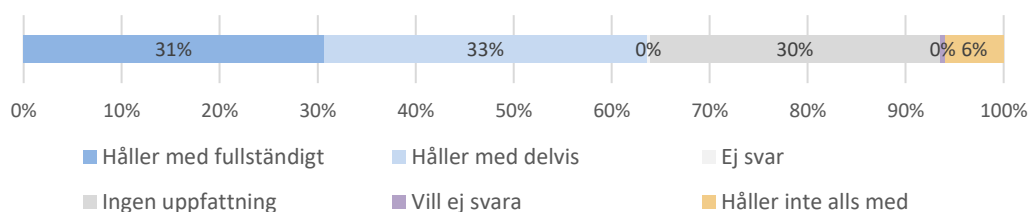
8.5.1 Sex av tio vårdcentralchefer anser att de privata digitala vårdtjänsterna är mer generösa med läkemedel

Vi har tidigare konstaterat att besöken hos de privata digitala vårdtjänsterna ofta tar avsevärt kortare tid än ett fysiskt besök på en vårdcentral, vilket naturligtvis är en effektivisering för såväl vårdgivare som patient. En av de digitala vårdgivarna har sagt till Konkurrensverket att en enkel receptförskrivning kan klaras av på tre minuter och att utgångna recept kan förnyas direkt på apotek via ett sms till en digital vårdgivare.⁶⁸ Flera företrädare för olika läkarföreningar har dock ifrågasatt om det är lämpligt och förenligt med lagstiftningen att förskriva läkemedel utan att träffa patienten, eller att förlänga ett recept som en annan läkare skrivit ut.

⁶⁸ Intervju med en privat digital vårdgivare.

Vår enkät till vårdcentralchefer visar att sex av tio vårdcentralchefer (64 procent) helt eller delvis anser att de privata digitala vårdtjänsterna är mer benägna att tillgodose patienternas önskemål vid förskrivningen av läkemedel än läkare vid fysiska vårdcentraler. Endast sex procent av vårdcentralcheferna höll inte med om detta, medan tre av tio (30 procent) inte hade någon uppfattning.

Figur 29. Vårdcentralchefernas uppfattning om de privata digitala vårdtjänsterna är mer benägna att tillgodose patienternas önskemål vid förskrivningen av läkemedel än läkare vid fysiska vårdcentraler



Källa: Konkurrensverkets enkät april 2022. Respondenterna fick ta ställning till påståendet "De privata digitala vårdtjänsterna är mer benägna att tillgodose patienternas önskemål vid förskrivningen av läkemedel än läkare vid fysiska vårdcentraler".

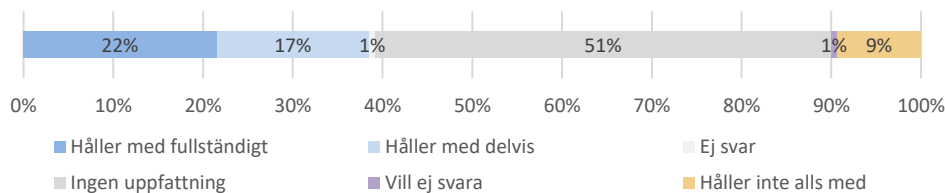
8.5.2 Fyra av tio vårdcentralchefer anser att de privata digitala vårdtjänsterna är mer frikostiga med remisser till annan offentligt finansierad vård

En annan bärande tanke med vårdvalet i primärvården var att ge vårdcentralerna incitament att ta ett större ansvar för patienternas vård och att utföra undersökningar och behandlingar själva i stället för att remittera dem vidare i vårdkedjan. Detta är också en anledning till att åtta regioner gör avdrag från ersättningen till vårdcentralerna när listade patienter besöker andra delar av primärvården än den vårdcentral där de är listade. Detta innebär att vårdcentralerna behöver balansera mellan att minska sina kostnader genom att inte remittera patienter till andra vårdgivare och att göra sina patienter nöjda genom att tillgodose deras önskemål. Därutöver har vårdcentralerna också det medicinska ansvaret att se till att patienterna får adekvat vård.

Även här fungerar de privata digitala vårdtjänsterna enligt helt andra förutsättningar, eftersom de inte har något kostnadsansvar när de remitterar patienter till andra vårdgivare.

Tvärtom kan det vara en konkurrensfördel om de kan utfärda remisser till annan offentligt finansierad vård som andra läkare inte anser är motiverad. Vår enkät till vårdcentralchefer visar att fyra av tio vårdcentralchefer (39 procent) helt eller delvis anser att de privata digitala vårdtjänsterna är mer frikostiga med att remittera till annan offentligt finansierad vård än läkare vid fysiska vårdcentraler. En tiondel (9 procent) håller dock inte med, och hälften av vårdcentralcheferna (51 procent) har ingen uppfattning i denna fråga.

Figur 30. Vårdcentralchefernas uppfattning om de privata digitala vårdtjänsterna är mer frikostiga med att remittera till annan offentligt finansierad vård än läkare vid fysiska vårdcentraler



Källa: Konkurrensverkets enkät april 2022. Respondenterna fick ta ställning till påståendet *”De privata digitala vårdtjänsterna är mer frikostiga med att remittera till annan offentligt finansierad vård än läkare vid fysiska vårdcentraler”*.

Enligt en avhandling från Lunds universitet leder digitala vårdbesök i något högre utsträckning till ytterligare vårdbesök än fysiska besök. Enligt studien, som avser patienter med luftvägs- och urinvägssymtom, sökte patienter som gjort digitala läkarbesök fysisk vård i högre utsträckning än patienter som gjort fysiska besök. De fysiska besöken hade främst gjorts på uppmaning av den digitala läkaren. I övrigt fanns ingen skillnad i andelen patienter som sökte fysisk vård, och nästan 70 procent av e-besökspatienter hade inget fysiskt läkarbesök de närmsta två veckorna efter det digitala läkarbesöket. En slutsats i avhandlingen är att digitala läkarbesök inte verkar vara förknippade med överförskrivning av antibiotika eller överutnyttjande av fysiska sjukvårdsbesök när patienter söker vård för vanliga symtom.⁶⁹

Av enkätsvaren framgår att det finns en viss föreställning att de privata digitala vårdgivarna är mer generösa med remisser och förskrivning av läkemedel, men att det inte verkar vara belagt att så är fallet. Däremot anser vi att den digitala hanteringen bör ge stora möjligheter att systematiskt följa upp förskrivningen av läkemedel och andra faktorer för att jämföra behandlingsresultat och identifiera över- och underbehandling.

⁶⁹ Entezarjou, Artin (2022), *eVisits in the digital era of Swedish primary care*, avhandling Lunds universitet.

9. Vad innebär de digitala vårdtjänsterna för konkurrensen på primärvårdsmarknaden?

Detta avslutande kapitel handlar om hur konkurrensen och konkurrensförhållandena för vårdcentralerna påverkats av de privata digitala vårdtjänsterna som finansieras med utomlänssättning. Framför allt handlar det om de incitament som de olika ersättningsystemen medför, men vi tar också upp andra faktorer som har påverkat utvecklingen.

9.1 De privata digitala vårdtjänsterna har på ett markant sätt ökat tillgängligheten

De privata digitala vårdtjänsterna har bidragit till ökad tillgänglighet till primärvården, något som efterlysts under många år. De privata digitala vårdtjänsterna är tillgängliga i princip dygnet runt, året om. Genom att i huvudsak nyttja sjukvårdspersonal på sätt som inte påverkar övrig sjukvård medför det ett effektivt nyttjande av resurser utifrån ett samhällsperspektiv. Genom de digitala plattformarna och triagering kan patienten snabbt och enkelt ledas till rätt vårdnivå. Patienter och legitimerad vårdpersonal kan också undvika onödiga resor när fler möten sker digitalt. De patienter som nyttjar tjänsterna är också mer benägna att fortsätta använda dem.

9.1.1 Regionerna vill att vårdcentralerna arbetar mer digitalt

Av våra intervjuer med företrädare för regionerna framgår tydligt att de är positiva till digitaliseringen och gärna vill att vårdcentralerna ska erbjuda digitala besök. Sju regioner tillämpar alltså en högre ersättning för digitala besök än för fysiska besök, vilket innebär ett direkt incitament för vårdcentralerna att i högre utsträckning använda sig av digitala besök.

9.1.2 Etableringsförutsättningarna för de privata digitala vårdtjänsterna har varit goda

Som vi redan konstaterat i inledningskapitlet har de privata digitala vårdtjänsterna funnits på primärvårdsmarknaden en förhållandevis kort tid. Den snabba etableringen möjliggjordes genom att de privata digitala vårdföretagen ingick underleverantörsavtal med vårdcentraler i Region Jönköping och Region Sörmland. Flera leverantörer vittnar om att de försökt förmå regionerna att utveckla eller köpa digitala tjänster inom primärvården, men att de inte fått någon respons och därför valt att utveckla och marknadsföra tjänsterna själva. När den nya patientlagen trädde i kraft tydliggjordes patienternas möjligheter att besöka vård i andra regioner, och när SKR tog även fram ett regelverk för hur ersättningarna ska beräknas och betalas, gick utvecklingen rasande fort.

9.2 Vårdvalsreformen innebär fri etablering och konkurrens genom tillgänglighet och servicenivå

Vårdvalet i primärvården innebär att det finns en marknad där privata och offentliga vårdcentraler konkurrerar om patienterna. Priser och villkor bestäms ensidigt av regionerna, och vårdgivarna konkurrerar bland annat med öppettider, servicenivå, tillgänglighet till läkarbesök och genom att lägga ner eller öppna nya vårdcentraler. Regionerna justerar villkoren och ersättningarna varje år. Eftersom regionerna är beroende av de privata vårdcentralerna, och ofta är måna om att de ska vara kvar, kan man jämföra detta med årliga förhandlingar.

Ersättningen till vårdcentralerna utgörs i huvudsak av en kapiteringsersättning, vilket innebär att vårdcentralerna har incitament att ha många listade patienter. Eftersom kapiteringsersättningen är differentierad med syfte att motsvara olika patientgruppers förväntade vårdbehov är i princip alla patienter lika lönsamma, eftersom vårdtunga patienter ger högre ersättning. Däremot är incitamenten att låta patienter göra många läkarbesök i regel små, eftersom ersättningen per besök eller vårdinsats ofta är låg eller obefintlig. Patienterna har dock hela tiden möjlighet att välja att lista om sig till en annan vårdcentral, vilket innebär att vårdcentralerna har incitament att hålla sina patienter nöjda.

De digitala vårdtjänsterna innebär att tröskeln att komma i kontakt med primärvården kraftigt har sänkts för de invånare som nyttjar dessa tjänster och att tillgängligheten har ökat. Sannolikt förändrar de digitala vårdtjänsterna konsumtionsmönstret av vård. Hög tillgänglighet värderas högre än kontinuitet bland de patienter som nyttjar tjänsterna. Enklare åkommer lämpar sig också bättre att lösa digitalt än att vänta på en tid på vårdcentralen. Vid flera intervjuer med regioner har de menat att det är tillgängligheten som driver nyttjandet av de digitala vårdtjänsterna, och att patienterna i många fall lika gärna hade kunna söka på 1177.se eller vänta till dagen därpå.

9.3 Digitala tjänster används för att attrahera patienter

När vårdvalet i primärvården infördes var ett viktigt syfte att skapa en mångfald av utförare som inte konkurrerar med pris utan med kvalitet. Den dåvarande regeringen gav också Konkurrensverket i uppdrag att följa regionernas arbete med vårdvalssystemen ur konkurrenssynpunkt och bland annat analysera förutsättningar för kvalitetskonkurrens. I den senaste rapporten från 2014, konstaterade Konkurrensverket att det finns förutsättningar för kvalitetskonkurrens i stora delar av landet, särskilt i områden med stort befolkningsunderlag.⁷⁰ Konkurrensverket påpekade att kvalitetskonkurrens endast kan avse faktorer som patienterna kan urskilja, vilket främst innebär olika aspekter av tillgänglighet och bemötande. Medicinsk kvalitet och liknande faktorer ligger således endast till grund för kvalitetskonkurrens i den mån patienterna själva kan urskilja och bedöma dem.

Med det perspektivet kan vi konstatera att den tillgänglighet som erbjuds av de privata digitala vårdtjänsterna verkar vara en form av kvalitet som många patienter uppskattar. Flera företrädare för regionernas vårdvalsförvaltningar har påpekat att patienterna listats om i samband med besök utan att de varit medvetna om detta. Ibland upptäckts detta först när patienten vänt sig till den vårdcentral där de tidigare varit listade, men fått besked att de

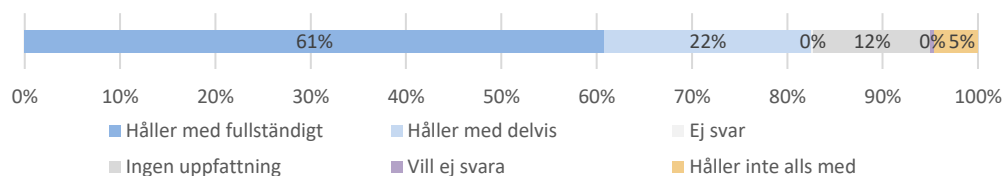
⁷⁰ Konkurrensverket (2014), *Etablering och konkurrens bland vårdcentraler*.

inte längre är listade hos dem och därför inte kan boka tider eftersom vårdcentralen inte har tid att ta emot olistade patienter som inte är akut sjuka. Detta har också påpekats i samband med vår enkät.

”Dagens system, där patienter listas på nätläkare utan att bli informerade om det, skapar enorma problem för oss. Minskade intäkter, patientsäkerhet och stor risk att patienter hamnar mellan stolarna. Det har hänt oss vid flera tillfällen. Kroniska patienter ringer Kry för att boka tid för PCR-test listas utan att veta om det. I och med det försvinner patienten från vår lista och blir inte kallad till årskontroll.”⁷¹

Åtta av tio vårdcentralchefer (83 procent) anser helt eller delvis att de privata digitala vårdtjänsterna används för att locka till sig patienter med relativt små vårdbehov och förmå dem att lista sig vid den digitala vårdgivarens vårdcentraler.

Figur 31. Vårdcentralchefernas uppfattning om de privata digitala vårdtjänsterna används för att locka till sig patienter med relativt små vårdbehov och förmå dem att lista sig vid den digitala vårdgivarens fysiska vårdcentraler



Källa: Konkurrensverkets enkät april 2022. Respondenterna fick ta ställning till påståendet *”De privata digitala vårdtjänsterna används för att locka till sig patienter med relativt små vårdbehov och förmå dem att lista sig vid den digitala vårdgivarens fysiska vårdcentraler”*.

Konkurrensverket anser dock inte att det är något problem om vårdcentraler erbjuder patienter bättre service och tillgänglighet, utan att det snarare är sådan kvalitetskonkurrens som vårdvalet syftade till att åstadkomma. När allt fler privata digitala vårdgivare etablerar vårdcentraler i fler regioner innebär det att de kommer att ingå i regionernas ordinarie ersättningsystem, och att de alltså måste rekrytera listade patienter eftersom det är kapiteringsersättningen som utgör merparten av ersättningen. Det är således ett av primärvårdsmarknadens grundläggande villkor att vårdcentralerna försöker förmå patienter att lista sig hos dem, till exempel genom digital tillgänglighet.

Detta gäller dock under förutsättning att patienterna är medvetna om att de blir omlistade till den digitala vårdgivaren i samband med besöket, och att de således inte längre kommer att vara listade på sin tidigare vårdcentral och att det i framtiden är den nya vårdcentralen som de ska vända sig till om de har behov av vård.

Det bör inte heller vara något problem om vårdgivare erbjuder en hög tillgänglighet och servicenivå även till grupper som vanligtvis inte har särskilt stora hälsoproblem eller för besvär som inte är särskilt högt prioriterade ur ett medicinskt perspektiv, men kostnaderna för sådana tjänster bör i så fall rymmas inom de ordinarie ersättningsystemen och antingen omfattas av kapiteringsersättningen eller av mer specifikt beräknade ersättningar som motsvarar deras prioritering.

⁷¹ Företrädare för en vårdcentral, Konkurrensverkets enkätundersökning.

9.4 Antalet fysiska besök på vårdcentraler har minskat – men minskningen började innan de privata digitala vårdtjänsterna etablerades

Antalet mottagningsbesök hos läkare inom primärvården minskade redan under åren 2012–2015 med omkring 100 000 besök varje år. År 2016, då de privata digitala vårdtjänsterna började utnyttja utomlänsersättningen, minskade antalet fysiska läkarbesök på vårdcentralerna dubbelt så snabbt, med mer än 200 000 besök. Antalet digitala utomlänskontakter motsvarade dock bara omkring en tiondel av det minskade antalet fysiska läkarbesök.

Vi har dock inte kunnat fastslå i vilken utsträckning digitala besök har ersatt fysiska besök.

9.5 Utomlänsersättningen är kostnadsdrivande

Utomlänsersättningen för digitala besök fungerar som en styckeprisersättning och är därmed volymrelaterad, det vill säga fler besök ger högre ersättning. Det finns inte något tak på hur många besök en privat digital vårdgivare kan debitera regionen, och ersättningen är inte heller differentierad för att motsvara läkarens arbetsinsats. Utomlänsersättningen skapar således incitament till fler besök och därmed högre kostnader.

9.5.1 Vårdcentralerna kan inte påverka kostnaden för utomlänsersättningen

Utomlänsersättningen för digitala besök skiljer sig i flera avseenden från vårdcentralernas ersättning, som i hög utsträckning bygger på kapiteringsersättning, där syftet är att ge vårdcentralerna incitament att ta hand om sina patienter utan att stimulera till onödiga besök. Vårdcentralerna har svårt att konkurrera genom att erbjuda liknande digitala tjänster eftersom deras ersättningssystem ger låg eller ingen rörlig ersättning för digitala besök.

9.6 Vårdcentralerna bär kostnaderna för privata digitala vårdbesök

När patienter besöker privata digitala vårdtjänster påverkas vårdcentralerna i vårdvalssystemen på flera sätt. Framför allt påverkas vårdcentralernas ekonomi eftersom kostnaderna för utomlänsersättningen belastar primärvården i patienternas hemregion, och antingen medför direkta avdrag på vårdcentralernas ersättning eller indirekt genom att kostnaden tas centralt inom primärvårdsbudgeten.

Till saken hör att vårdcentralerna redan i utgångsläget haft en ansträngd ekonomi. Av Konkurrensverkets rapport från 2014 framgick även att fyra av tio vårdcentraler inte klarade sig på ersättningen utan gick med underskott.⁷² När vårdcentralerna även måste bära kostnaderna för sina listade patienters digitala utomlänsbesök blir detta en nackdel som påverkar deras möjligheter att bedriva verksamheten. Som flera regioner påpekat kan inte vårdcentralerna styra i vilken utsträckning deras listade patienter gör digitala utomlänsbesök, och ersättningsmodellerna är inte utformade för att spegla efterfrågan på de digitala vårdtjänsterna.

⁷² Konkurrensverket (2014), *Etablering och konkurrens bland vårdcentraler*.

9.6.1 Tillgänglighet skapar efterfrågan

En effekt av de privata digitala vårdtjänsterna är att många patienter numera förväntar sig att såväl få träffa vårdpersonal med kort väntetid som tillgänglighet dygnet runt alla dagar i veckan. Erfarenheterna från pandemin har visat att inom primärvården utförs allt fler patientbesök digitalt, där det är medicinskt motiverat. Det finns därför mycket som talar för att denna utveckling med en förskjutning mot en alltmer digital vård kommer att fortsätta på lång sikt, något som regionerna också eftersträvar. Samtidigt ligger den offentligt finansierade vården relativt långt efter de privata digitala vårdgivarna när det gäller möjligheter att erbjuda digitala besök för sina patienter. Som alltid är det en resurs-, prioriterings- och organiseringsfråga. Den bristande tillgängligheten till primärvården är något som ofta har förklarat den mycket snabbt växande marknaden för digitala vårdtjänster. Av tillgänglig statistik från SKR, och Region Sörmland, rapporter från Vård- och omsorgsanalys och från våra intervjuer framkommer en likartad bild att yngre kvinnor i storstadsområden i högre grad nyttjar dessa tjänster och att glesbygdsbor och äldre människor mer sällan nyttjar tjänsterna. De patienter som börjat använda de digitala vårdtjänsterna kommer troligen att förvänta sig hög tillgänglighet även i framtiden.

9.7 Problematiskt om vårdgivare på samma marknad ersätts enligt olika ersättningsmodeller

Konkurrensverket anser att det är problematiskt att systemet med utomlänsersättning innebär att det i praktiken finns två parallella system för offentlig finansiering av primärvård, där vårdcentralerna i huvudsak ersätts genom kapiteringsersättning medan de privata digitala vårdgivarna ersätts per besök. Vårdcentralernas kapiteringsersättning är utformad för att inte vara kostnadsdrivande genom att ersättningen per besök är relativt låg, medan utomlänsersättningen är kostnadsdrivande eftersom den syftar till att ge full kostnads- täckning för varje besök.

De två olika ersättningssystemen – på en och samma marknad – leder till effekter för konkurrensen, genom att det ena ersättningssystemet premierar många besök för enklare åkommor, och det andra ersättningssystemet premierar en hög fast ersättning per listad patient för patienter med ett betydligt större vårdbehov, många gånger äldre kroniker eller multisjuka patienter. Risken finns att vårdgivare analyserar och bedömer patienter som lönsamma respektive olönsamma beroende av ersättningsmodellen. Eftersom hälso- och sjukvård i grund och botten handlar om att ge behandling så att patienter blir friskare och mår bättre, det vill säga goda behandlingsresultat, menar vi att inslag av mer resultatbaserade behandlingsinsatser bör övervägas i ett ersättningssystem. Ersättningsmodellen kan då vara teknikneutralt utformad och vårdgivaren själv avgör i samråd med patienten vilken besöksform som är optimal i det enskilda vårdmötet.

Oavsett om man anser att de digitala vårdtjänster som de privata digitala vårdbolagen utför ingår i vårdvalsuppdragen eller inte, bör utomlänsersättningen för digitala besök ses över för att uppnå konkurrens på lika villkor mellan aktörerna.

9.7.1 De olika ersättningsmodellerna i primärvården leder sannolikt till negativa effekter på konkurrensen

För att en marknad ska fungera effektivt behövs reglering och tillsyn. Behovet av regler och kontroll av deras efterlevnad varierar för olika marknader och mellan olika branscher.

Trots att de privata digitala vårdgivarna är en del av vårdvalssystemen ersätts de på ett helt annat sätt än vårdcentralerna. Vårdcentralerna ersätts i huvudsak med kapitering och låg eller ingen besöksersättning, medan de privata digitala vårdgivarna ersätts enbart med besöksersättning i enlighet med den digitala utomlänstaxan. Vårdcentralerna är beroende av att ha tillräckligt många patienter listade hos sig för att klara sig på ersättningen, eftersom de också har mer eller mindre fullt kostnadsansvar för sina listade patienter. De privata digitala vårdgivarna är beroende av att ha tillräckligt stora besöksvolymerna för att klara sig på ersättningen, och som vi redan fastslagit så ökar besöksvolymerna också kraftigt över tid. Vårdcentralerna har också ett helhetsansvar för sina listade patienter, vilket många menar att de privata digitala vårdgivarna inte har.

Det finns även en oro att patienter med större vårdbehov, som multisjuka äldre och kroniker, blir kvar på vårdcentralerna, och därför menar en del företrädare för primärvården att de privata digitala vårdtjänsterna egentligen inte utgör någon avlastning för den övriga primärvården. Enligt dem blir det inte konkurrens på lika villkor utan snarare att de "plockar russinen ur kakan". Kritik finns även från regioner att de privata digitala vårdtjänsterna utnyttjar den digitala utomlänsersättningen på ett sätt som driver på stora volymer av patientbesök för enklare åkommor, vilket belastar den övriga offentligt finansierade primärvården ekonomiskt.

*"Det är absurt att vårdgivare med LOV-avtal med VGR hela tiden tvingas till att bedriva vården så kostnadseffektivt som möjligt, men samtidigt kan andra vårdgivare i andra regioner locka med korta väntetider och få betalt för varje besök oavsett, längd, kvalitet eller resultat."*⁷³

Enligt IVO stämmer också bilden att de privata digitala vårdgivarna ofta tar patientbesök för enklare åkommor och att de oftare remitterar patienter vidare till den fysiska vården. IVO menar också att den offentliga vården i vissa fall varit skeptisk till de privata digitala vårdgivarnas remisser och det har även hänt att de har skickat tillbaka remisserna.⁷⁴

⁷³ Västra Götalandsregionen (2021), *Digitala utomlänskontakter i primärvården*.

⁷⁴ Intervju med IVO, 2021-11-19.

9.8 När avtal mellan region och vårdgivare saknas försvåras dokumentation och uppföljning

Systemet med utomlänsersättning är avsett för att hantera situationer när regionernas egna ersättningssystem inte går att tillämpa, till exempel när patienter besöker vårdcentraler utanför hemregionen och regionen saknar avtal med vårdgivaren. När nu detta system kommit att tillämpas i avsevärt större utsträckning än vad som varit avsett, får avsaknaden av avtalsförhållanden mellan regionen och vårdgivaren även andra konsekvenser.

Vid all offentlig upphandling är det av grundläggande betydelse att det går att följa upp vilka tjänster som utförts och att de ersättningar som betalas verkligen följer de villkor som avtalats. Vid tillämpning av utomlänsersättningen saknas avtal mellan den region som betalar och det digitala vårdföretaget, och därmed är en systematisk uppföljning inte möjlig, enligt de samtal vi haft framför allt med Region Sörmland.

En konsekvens är att de privata digitala vårdgivarna inte omfattas av regionens journal-system och andra it-lösningar, vilket annars är ett krav på alla vårdgivare i vårdvalssystemen. De privata digitala vårdgivarna har därmed endast tillgång till den dokumentation som finns i den nationella patientöversikten om patientens sjukdomshistoria, vilken ofta kan vara bristfällig, eftersom varje patient måste lämna samtycke till att uppgifter ska läggas in där. Vårdcentralerna får också bristfällig information om deras listade patienters besök hos privata digitala vårdgivare, eftersom journalanteckningarna läggs i vårdgivarens eget journalsystem och inte i hemregionens.

Vid fakturering enligt utomlänsersättningen för digitala besök lämnas mycket begränsad information till hemregionen: patientens personnummer, vilken yrkeskategori som tagit emot besöket och diagnoskod.⁷⁵ Företrädare för vissa regioner menar att syftet med besöket och behandlingsresultat ofta är bristfälligt dokumenterat. Hemregionen kan visserligen begära ytterligare information, men sådana förfrågningar hanteras enligt mer eller mindre manuella rutiner, vilket försvårar en systematisk uppföljning och kontroll av vad som faktureras.

I en konkurrensutsatt verksamhet är det naturligt att vårdgivare inte rapporterar mer än vad som är nödvändigt för att besöket ska berättiga till ersättning. Under våra intervjuer med regionerna har det dock förts fram att detta innebär att det inte går att bedöma om de privata digitala vårdgivarna har tagit hänsyn till patientens sjukdomshistoria, något som vårdgivaren är skyldig till enligt Socialstyrelsens riktlinjer. SKR menar också att en fjärdedel av diagnoserna 2020 satta av privata digitala vårdgivare hade någon form av "slaskdiagnos".⁷⁶ Samtidigt har tillsynsmyndigheten IVO i sina granskningar inte i någon större utsträckning riktat kritik mot de privata digitala vårdgivarna i sin tillsyn, utan de följer i stort sett regelverken för dokumentation och journalföring.

Av våra intervjuer med beställarna i regionerna framgår också att regioner och privata vårdgivare generellt inte använder sig av samma journalsystem, och att man inte ansett det vara proportionerligt att ställa sådana krav, men att man är medveten om att det inte alltid är möjligt att följa patienters sjukdomshistoria och behandlingsinsatser. Det är först när vårdgivarna har ett avtal med regionen som innebär att de ska ha ett journalsystem som kan kommunicera med regionens journalsystem som avtalsuppföljning är möjlig. Vårdgivare som verkar enligt utomlänsersättningen kommer därför inte att ha den typen av krav på sig.

⁷⁵ Alla vårdgivare i Sverige är skyldiga att följa den standard som är internationellt erkänd enligt ICE.

⁷⁶ SKR (2021), *Delredovisning av primärvårdens digitala utbud 2020*.

9.8.1 Olika journalsystem bör kunna kommunicera med varandra

Det vore naturligtvis önskvärt att alla journalsystem inom vården kan kommunicera med varandra, men detta verkar fortfarande vara ett stort problem inom primärvården i Sverige. Av samtalen med de privata digitala vårdgivarna framgår att de har identifierat stora möjligheter att effektivisera dokumentation och uppföljning. Bland annat har de pekat på att de uppgifter som patienten angett i samband med den digitala triageringen inför besöket kan användas för dokumentation, vilket innebär att patienterna inte behöver berätta samma sak flera gånger och att läkarens arbete med journalföring kan förenklas. En annan möjlighet är att följa förskrivning av läkemedel i realtid, vilket gör det möjligt att snabbt reagera om en läkare skriver ut stora mängder av beroendeframkallande läkemedel, narkotiska preparat eller antibiotika, något som i dag inte alls sker på vårdcentralerna.

9.8.2 Utomlänsersättningen hindrar innovationer och affärsmodeller som inte bygger på besök

Det är uppenbart att det nuvarande systemet med utomlänsersättning har varit en förutsättning för de senaste årens utveckling av privata digitala vårdtjänster. För företagen har utomlänsersättningen inneburit en stabilitet och ett tydligt nationellt regelverk att förhålla sig till. Samtidigt påpekar åtminstone ett företag att det finns stora möjligheter att utveckla andra digitala tjänster än videosamtal med vårdpersonal, till exempel genom att ge patienterna stöd för egenvård, men att en sådan utveckling förutsätter andra ersättningsmodeller. Detta vårdföretag saknade också en direkt relation med regionerna och menade att detta försvårar en nära samverkan och uppföljning av medicinska resultat.⁷⁷

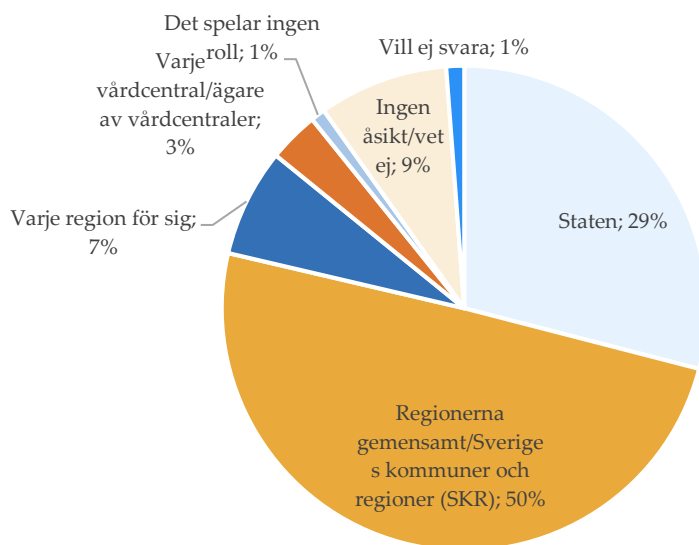
Konkurrensverket anser att det vore önskvärt att digitaliseringens möjligheter tas till vara, vilket ofta förutsätter ett utbyte av information mellan olika aktörer. Eftersom utomlänsersättningen medger ersättning trots att det saknas en avtalsrelation mellan köpare och säljare är det i praktiken omöjligt att ta till vara sådana utvecklingsmöjligheter, eller att följa upp resultat på ett systematiskt sätt. Det är inte heller möjligt att tillämpa ersättningsmodeller där ersättningen bygger på uppnådda medicinska resultat.

9.9 Regler som ger rätt till ersättning för utförda tjänster utan avtal bör undvikas

I vår enkät till vårdcentralchefer ställde vi en fråga om vem som bör formulera uppdraget till de digitala vårdbolagen och besluta om ersättningen till dem. Av svaren framgår att hälften av vårdcentralcheferna (50 procent) anser att detta bör göras av regionerna gemensamt, medan tre av tio (29 procent) anser att staten bör göra det. Endast sju procent anser att detta bör hanteras av varje region för sig. Som frågan är ställd handlar det dock om ett separat uppdrag till de digitala vårdtjänsterna, det vill säga inte ett uppdrag som är integrerat med vårdcentralernas uppdrag. Av enkäten framgår att tre fjärdedelar av vårdcentralcheferna föredrar att ett uppdrag att tillhandahålla digitala vårdtjänster är integrerat med vårdcentralernas uppdrag, men om uppdraget till de digitala vårdtjänsterna ska vara skilt från vårdcentralernas uppdrag föredrar alltså åtta av tio vårdcentralchefer att uppdraget formuleras på nationell nivå, antingen av regionerna gemensamt eller av staten.

⁷⁷ Presentation av Blodtrycksdoktorn, *Idéer till principer för ersättning till digital specialiserad kronikervård*.

Figur 32. Vårdcentralchefernas uppfattning om vilken eller vilka aktörer som bör formulera uppdraget och besluta om ersättningen till de digitala vårdbolagen?



Källa: Konkurrensverkets enkät april 2022. Frågan i enkäten löd "Vilken eller vilka aktörer bör formulera uppdraget och besluta om ersättningen till de digitala vårdbolagen?".

Konkurrensverket har dock i flera sammanhang de senaste åren kritiserat regler som innebär att privata företag ges rätt till ersättning utan konkurrensutsättning och utan att det finns något avtal eller någon beställning från den myndighet som ska betala för tjänsterna. En regel som innebär att en viss tjänst som utförs ger rätt till en viss offentlig ersättning innebär nämligen att företag kan producera sådana tjänster under förmånliga förhållanden, till exempel i områden med stora befolkningsunderlag och korta avstånd, till en lägre kostnad än den reglerade ersättningen, vilket kan leda till goda vinster. Däremot kommer inte någon produktion att uppstå där produktionskostnaderna är högre än ersättningen, till exempel i glesbygd. Vidare kommer en fast ersättning innebära att eventuella samordnings- eller stor-driftsfördelar kommer att stanna hos leverantören, och därmed inte komma det offentliga till godo, samtidigt som leverantören har incitament att producera mer än vad som är samhällsekonomiskt lönsamt om det inte finns något produktions- eller kostnadstak i regelverket för ersättningen.

Eftersom det offentliga ofta har ansvar för att offentligt finansierade tjänster finns tillgängliga i hela landet måste den offentliga aktören ofta producera samma tjänst till en högre kostnad för de delar av landet där kostnaden är högre än den fastlagda ersättningen, vilket kan ske antingen i egen regi eller genom upphandling. Den offentliga aktören har också ofta ansvar för att ta över ansvaret från privata aktörer, till exempel om de går i konkurs eller om de vill lägga ner verksamheten för att den inte är tillräckligt lönsam.

9.9.1 Offentligt finansierade tjänster som bedrivs i privat regi bör konkurransutsättas

Konkurrensverket förordar därför att tjänster som utförs av privata företag med offentlig finansiering ska upphandlas i konkurrens. En sådan konkurransutsättning innebär dels att eventuella stordrifts- och samordningsfördelar åtminstone delvis kommer det offentliga till godo, dels att det offentliga tecknar ett avtal som innebär att företagen förbinder sig att verkligen utföra tjänsterna till de överenskomna villkoren. Om det finns konkurrens från andra företag stimuleras också företagen att förbättra nyttan för sina kunder, till exempel genom högre kvalitet eller lägre priser, samtidigt som de strävar efter att minimera sina kostnader till exempel genom effektivisering eller nya produktionsmetoder. Att upphandla varor och tjänster i konkurrens kan därför vara ett sätt för statliga och kommunala myndigheter att utnyttja skattemedel mer effektivt och att bedriva verksamheter med högre kvalitet och lägre kostnader än att producera allt i egen regi. Att anlita privata företag *utan* konkurransutsättning behöver däremot inte alls leda till ökad effektivitet eller bättre kvalitet. Tvärtom bygger konkurrensreglerna på insikten att företag som inte behöver ta hänsyn till konkurrens från andra företag kan komma att ta ut högre priser eller leverera sämre kvalitet för att maximera sina egna vinster. Även upphandlingslagstiftningen innebär att offentliga inköp och kontrakt ska konkurransutsättas.⁷⁸

Ett alternativ till konkurransutsättning genom offentlig upphandling är att inrätta valfrihets-system enligt LOV eller att införa krav på att tillhandahålla digitala vårdtjänster inom vårdvalssystemen. En fördel är att kraven och villkoren då kan anpassas löpande varje år i dialog mellan myndigheten och leverantörerna.

9.10 De digitala vårdtjänsterna bör integreras i regionernas vårdvalssystem

Oavsett vad man anser om nyttan av de privata digitala vårdtjänsterna kan vi konstatera att systemet med utomlänsersättning för digitala vårdbesök inte är förenligt med regionernas ersättningsmodeller i vårdvalssystemen. Systemet med utomlänsersättning innebär att de privata digitala vårdtjänsterna har rätt till ersättning utan att det har skett någon konkurransutsättning och utan att det finns ett avtal med den region som ska betala, vilket innebär att regionerna får betala för tjänster som de inte beställt och som de har svårt att följa upp. De företag som driver de digitala vårdtjänsterna har visserligen ett avtal med åtminstone en region, det vill säga den region där de ingår i vårdvalssystemet (ofta Region Sörmland), som således har samma möjligheter att ställa krav och följa upp verksamheten som de har på övriga aktörer som är godkända i vårdvalssystemet. Eftersom övriga regioner inte har något avtal med företagen kan de inte alltså inte ställa krav på hur tjänsterna utförs eller på andra sätt integrera dem i sina system.

De privata digitala vårdtjänsterna kan därför varken hämta eller lämna uppgifter till regionernas journalsystem. Eftersom digitalisering framför allt handlar om att samla in, hantera och bearbeta stora mängder information innebär denna brist på utbyte av information att viktiga delar av digitaliseringens fördelar inte kommer till stånd, eller åtminstone inte kommer samhället till del, utan till stor del stannar hos de digitala vårdföretagen.

⁷⁸ Se även Konkurrensverkets yttrande över Valfärdsutredningens betänkande *Ordning och reda i välfärden* (SOU 2016:78) (Fi2016/04014/K).

9.10.1 Digitala vårdtjänster bör vara en integrerad del av vårdcentralernas uppdrag i vårdvalen

Såvitt Konkurrensverket kan bedöma handlar den vård som tillhandahålls av privata digitala vårdtjänster om en delmängd av den vård som utförs av vårdcentraler. Bolagen ställer ofta som krav att de läkare som arbetar i de digitala vårdtjänsterna ska ha en anställning på en vårdcentral, eller åtminstone tidigare ha arbetat inom primärvården med liknande arbetsuppgifter. Arbetet utförs i de flesta fall som bisyssla.

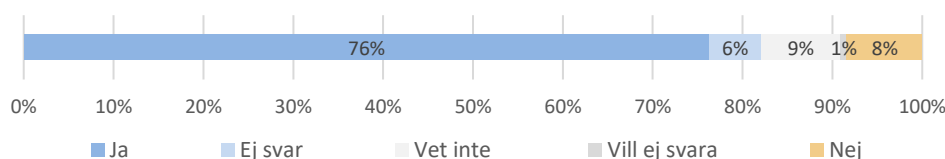
Att vården ges digitalt är inte heller något som skiljer de privata digitala vårdtjänsterna från den vård som ges av vårdcentraler i vårdvalssystemen. Såvitt Konkurrensverket har erfarenhet har de flesta regioner och vårdcentraler möjligheter att hantera digitala besök, om än i varierande omfattning. Flera regioner har på olika sätt försökt stimulera digitala besök, till exempel genom att ge högre ersättning för digitala besök än för fysiska, även om utvecklingen gått relativt långsamt fram till de senaste åren.

Konkurrensverket kan se flera uppenbara fördelar med digitala vårdbesök, ur såväl patienternas, vårdcentralernas som regionernas perspektiv. Samtliga regioner ställer också redan i dag krav i sina vårdvalssystem att alla vårdcentraler ska erbjuda digitala besök för sina listade patienter. De nackdelar som finns handlar främst om att det saknas en avtalsrelation mellan den digitala vårdgivaren och regionen som innebär att den digitala utomlänsvården inte samordnas och integreras med vårdcentralernas arbete, och att ersättningens utformning innebär incitament till ökade kostnader.

Konkurrensverket anser därför att regionerna bör se över utomlänserättningen i syfte att digitala vårdbesök i första hand hanteras inom ramen för de ordinarie ersättningssystemen i vårdvalen.

Av vår enkät framgår att tre av fyra vårdcentralchefer (76 procent) anser att digitala vårdtjänster bör integreras i regionernas vårdvalssystem, till exempel vad gäller ersättning, uppföljning och journalföring.

Figur 33. Vårdcentralchefernas uppfattning om digitala vårdtjänster bör integreras i regionernas vårdvalssystem (t.ex. vad gäller ersättning, uppföljning och journalföring)



Källa: Konkurrensverkets enkät april 2022. Frågan i enkäten löd "Digitala vårdtjänster bör integreras i regionernas vårdvalssystem (t.ex. vad gäller ersättning, uppföljning och journalföring)".

9.10.2 Problemen med utomlännersättningen försvinner när de privata digitala vårdföretagen etablerar vårdcentraler

De senaste åren har flera privata digitala vårdföretag även börjat driva vårdcentraler, antingen genom att förvärva företag som driver vårdcentraler eller genom att etablera egna vårdcentraler. Enligt Dagens Medicin driver de privata digitala vårdföretagen omkring 46 vårdcentraler 2022, varav 14 drivs i Region Stockholm och 11 drivs i Region Skåne.⁷⁹

När de privata digitala vårdgivarna etablerar vårdcentraler i en region och därmed ingår avtal med regionen och ingår i regionens vårdvalssystem försvinner problemet med den digitala utomlännersättningen för regionens invånare, eftersom dessa besök registreras som inomlännsbesök.

9.10.3 Regionerna bör se över patientavgifterna för digitala besök

Av avsnitt 5.1 framgår att patientavgiften för besök på vårdcentral i vissa fall kan vara högre än vid besök hos en privat digitala vårdgivare. Detta kan skapa incitament för patienter att söka vård hos privata digitala vårdtjänster som ersätts med utomlännersättning, eftersom det kan vara billigare att kontakta den privata digitala vårdgivaren än vänta på en tid på den vårdcentral patienten är listad på. I sammanhanget ska dock nämnas att reglerna om högkostnadsskydd även tillämpas på digitala besök, varför de patienter som slår i högkostnadstaket, inte kommer att behöva betala patientavgift.

Konkurrensverket anser därför att regionerna bör se över patientavgifterna så att patienterna stimuleras att i första hand vända sig till den vårdcentral där de är listade.

⁷⁹ Dagens Medicin, 2022-05-10, *Nätläkare satsar stort i landets södra halva*.

Referenser

- Affärsvärlden 2022-04-04, "Nätläkarna värda miljarder – så mycket äger profilerna".
- Blodtrycksdoktorn (2021), *Idéer till principer för ersättning till digital specialiserad kronikervård*, presentation överlämnad till Konkurrensverket 2022-04-11.
- Dagens Industri 2020-04-23, "Nätläkaren Kry coronarusar: 'Vi har nästan dubblat vår volym'".
- Dagens Medicin 2022-05-10, "Nätläkare satsar stort i landets södra halva".
- Dagens Nyheter 2022-06-01, "Region Sörmland stoppar digital artrosläkare".
- Entezarjou, Artin (2022), *eVisits in the digital era of Swedish primary care*, avhandling Lunds universitet.
- Gabrielsson-Järhult, Areskoug-Josefsson och Kammerlind (2019), *Digitala vårdmöten med läkare. Rapport från en kvantitativ och kvalitativ studie*, Hälsohögskolan, Jönköpings universitet.
- Inera AB (2021), *Förfrågningsunderlag Upphandling av teknisk lösning för Ineras Video- och distansmötestjänst 2021*, sista anbudsdag 2022-02-21. Refnr 2021070005.
- Konkurrensverket (2009), *Uppföljning av vårdoval i primärvården. Förutsättningar och hinder. Delrapport 1*, KKV rapport 2009:5.
- Konkurrensverket (2014), *Etablering och konkurrens bland vårdcentraler – om kvalitetsdriven konkurrens och ekonomiska villkor*, KKV rapport 2014:2.
- Konkurrensverket (2015), *Hyrläkare i primärvården*, KKV rapport 2015:10.
- Konkurrensverket (2020), *Regioners upphandlingar av vårdpersonal*, KKV rapport 2020:4.
- Läkartidningen 2021-11-23, "Region Sörmland granskar artrosapp".
- Läkartidningen 2022-05-02, "Fler nätläkarbesök i regionernas egen regi".
- McKinsey&Company (2016), *Värdet av digital teknik i den svenska vården*.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020), *Tre perspektiv på digitala vårdbesök - befolkningens, patienternas och vårdpersonalens uppfattningar*, Rapport 2020:1.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2022), *Besök via nätet – Resursutnyttjande och jämlikhet kopplat till digitala vårdbesök*, Rapport 2022:1.
- Proposition 2008/09:74, *Vårdoval i primärvården*.
- Proposition 2013/14:106, *Patientlag*.
- Proposition 2021/22:72, *Utökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform*.
- Region Stockholm (2022), *Årsredovisning 2021*.

SKR, verksamhetsstatistik 2012–2019.

SKR (2014), *Beslutsstöd i frågan om utomlännersättning i samband med listning utanför det egna hemlandstinget*, SKR dnr 14/2135.

SKR (2014), *Riksavtal för utomlänsvård med kommentarer*.

SKR (2019), *Meddelande från styrelsen – Utvecklingen av digitala vårdtjänster*.

SKR (2019), *Utvecklingen av digitala vårdtjänster*, Meddelande från styrelsen 8/2019, SKR ärendenr 18/05148.

SKR (2020), *Digitala vårdkontakter i primärvården 2020*.

SKR (2020), *Statistik om hälso-och sjukvård och regional utveckling*.

SKR (2021), *Delredovisning av primärvårdens digitala utbud 2020*.

SKR (2021), *Digitala vårdtjänster Sjukvårdsdelegationen*.

Socialdepartementet (2016), *Vision e-hälsa 2025 – gemensamma utgångspunkter för digitalisering i socialtjänst och hälso- och sjukvård* (dnr S2016/01874/FS).

Socialstyrelsen (2021), *Uppdämda vårdbehov. Analys och förslag till insatser*.

Socialutskottets betänkande 2021/22:SoU22, *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården - en primärvårdsreform*.

SOU 2013:2, *Patientmaktsutredningen*.

SOU 2019:42, *Digifysiskt vårdval, Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*.

STRAMA (2019), *Rekommendationer för kvalitetsindikatorer vid digitala vårdmöten*.

Västra Götalandsregionen (2021), *Digitala utomlänskontakter i primärvården*.

Genomförda intervjuer

Myndigheter och offentliga aktörer

Vårdvalsansvariga tjänstemän i Region Jönköpings län, Region Kalmar, Region Norrbotten, Region Skåne, Region Stockholm, Region Sörmland, Region Värmland, Västra Götalandsregionen och Region Östergötland.

Inspektionen för vård och omsorg.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Närhälsan i VGR (egen regin).

SKR.

Privata digitala vårdgivare

Blodtrycksdoktorn.

Doktor 24.

Doktor.se Nordic AB.

Kry.

Min Doktor.

Övriga

Lunds universitet.

Stiftelsen NEPI nätverk för läkemedelsepidemiologi.

Svenska föreningen för allmänmedicin (SFAM).

Svenska läkarföreningen (SLF).

Bilaga 1 Enkät till vårdcentralchefer

Som en del av arbetet med denna rapport har Konkurrensverket genomfört en enkätundersökning riktad till chefer för vårdcentraler med frågor om deras syn på digitala vårdtjänster och hur de påverkar verksamheten på de vårdcentraler de ansvarar för. Enkätens utformning är avstämd med Sveriges Kommuner och Regioner.

Metodbeskrivning

Frågeformulär

Frågorna utarbetades av Konkurrensverket och testades i en provundersökning före ordinarie datainsamling. De flesta av frågorna hade fasta svarsalternativ men det fanns också några frågor med öppna svar.

Population och urval

Undersökningen gjordes som en totalundersökning bland svenska verksamhetschefer på vårdcentraler. Konkurrensverket tillhandahöll listor med e-postadresser till verksamhetschefer inom respektive region. För några vårdcentraler saknades e-postadress och de kompletterades av SKOP. Under datainsamlingen visade det sig att flera e-postadresser gick till personer som inte var vårdcentralchefer och några studsade av andra skäl. SKOP kontaktade regionerna och aktuella vårdcentraler för att komplettera med korrekta kontaktuppgifter i de fall det var möjligt.

Datainsamlingsmetod

Datainsamlingen inklusive provundersökningen genomfördes i perioden 28 februari till 19 april 2022.

Antal svar och bortfall

I den ursprungliga populationen fanns 1 255 poster. Efter borttagande av dubletter återstod 986 e-postadresser. Trots eftersökningar och kompletteringar bortföll ytterligare tio under datainsamlingen. Nettourvalet bestod av 959 e-postadresser eftersom några ytterligare dubletter uppkom när registret kompletterades och de togs bort. Av nettourvalet valde 418 vårdcentralchefer att besvara undersökningens frågor, vilket innebär en svarsfrekvens om 44 procent. Eftersom några var chef för flera vårdcentraler så innebär det att cheferna svarade för 517 vårdcentraler. I bortfallet ingår 169 vårdcentralchefer som öppnade frågeformuläret och därefter valde att inte delta i undersökningen.

Beskrivning av intervjupersonerna

Enkätsvaren representerar alla Sveriges regioner

De 418 verksamhetschefer som besvarat undersökningens frågor representerar samtliga Sveriges regioner. Andelen svar från Stockholms, Göteborgs och Malmö storstadsområden motsvarar ungefär storstadsregionernas andel av Sveriges befolkning.

Tabell 9. Antal enkätsvar per region

Region	Antal	Andel
Stockholm	101	25%
Västra Götaland	84	21%
Skåne	69	17%
Halland	18	4%
Jönköpings län	17	4%
Östergötland	15	4%
Uppsala	12	3%
Dalarna	11	3%
Kalmar	10	2%
Gävleborg	9	2%
Västerbotten	8	2%
Västmanland	7	2%
Sörmland	7	2%
Värmland	6	1%
Jämtland Härjedalen	6	1%
Norrbottn	6	1%
Västernorrland	5	1%
Örebro län	4	1%
Kronoberg	4	1%
Blekinge	2	0%
Gotland	1	0%
(Ej svar)	16	
Summa	418	100%

Källa: Konkurrensverkets enkät april 2022

En fjärdedel av vårdcentralcheferna är chef för fler än en vårdcentral

Av tabell 10 framgår att omkring en fjärdedel (26 procent) av cheferna för vårdcentraler har svarat att de är chef för fler än en vårdcentral.

Tabell 10. Är du chef för flera vårdcentraler?

Är du chef för flera vårdcentraler?	Antal	Andel
Ja	108	26%
Nej	304	73%
Ej svar	6	1%
Summa	418	100%

Källa: Konkurrensverkets enkät april 2022.

Drygt hälften av enkätsvaren kommer från chefer för privata vårdcentraler

Drygt hälften av de vårdcentralchefer som besvarat enkäten (54 procent) arbetar på privatägda aktiebolag. Två av fem (42 procent) arbetar inom regionens egenregi och tre procent arbetar inom andra typer av organisationer.

Tabell 11. Organisationsform

Organisationsform	Antal	Andel
Regionens egenregi	177	42%
Aktiebolag (privat, dvs. ej ägt av regionen)	224	54%
Aktiebolag (ägt av regionen)	2	0%
Annat (t.ex. stiftelse eller ekonomisk förening)	13	3%
Ej svar	2	0%
Summa	418	100%

Källa: Konkurrensverkets enkät april 2022.

En tredjedel av de privata vårdcentralerna i enkäten är personalägda

Närmare en femtedel av de vårdcentralchefer som besvarat enkäten har angett att de arbetar på en vårdcentral som till minst hälften ägs av personer som arbetar på vårdcentralen. Frågan ställdes enbart till vårdcentralchefer som angett att vårdcentralen ägs av ett privatägt aktiebolag eller av någon annan organisationsform än regionens egen regi. Av de vårdcentralchefer som besvarat frågan, och som alltså arbetar på en privatägd vårdcentral, arbetar en tredjedel (33 procent) på en personalägd vårdcentral, vilket med stor sannolikhet bör innebära att de är delägare till den vårdcentral de är chef över.

Tabell 12. Andel av vårdcentraler som är personalägda

Ägs vårdcentralen till minst hälften av personer som arbetar på vårdcentralen?	Antal	Andel	Antal	Andel
Ej svar/ej tillfrågad	185	44%		
Ja	77	18%	77	33%
Nej	155	37%	155	67%
Vet inte	1	0%	1	0%
Summa	418	100%	233	100%

Källa: Konkurrensverkets enkät april 2022. Frågan ställdes endast respondenter som angett organisationsform *Aktiebolag ej ägda av regionen* eller *Annat (t.ex. stiftelse eller ekonomisk förening)*.

Bilaga 2 Kartläggning av regionernas olika ersättnings-system i vårdvalet i primärvården

För att beskriva regionernas olika ersättningssystem inom vårdvalet i primärvården har vi gjort en kartläggning av regelböckerna i de 21 regionerna. Som tidigare nämnts bygger samtliga ersättningssystem på kapitering, det vill säga en fast ersättning per listad patient utifrån ålder, kön och andra faktorer. I de regioner som har glesbygd utgår också extra ersättning till vårdcentraler som är lokaliserade i vissa områden. Rörliga ersättningar som besöksersättningar förekommer också för listade patienter men enbart i Region Stockholm, Västmanland och Örebro. I fem regioner utgår ersättning för besök hos sjuksköterska av listad patient. I samtliga regioner utgår besöksersättning om en olistad patient besöker vårdcentralen.

Tabell 13. Rörlig besöksersättning för fysiska besök hos läkare eller sjuksköterska på vårdcentral

Region	Fysiskt besök läkare av listad patient	Fysiskt besök läkare av olistad patient	Fysiskt besök hos sjuksköterska av listad patient
Blekinge	Ingen	400 kr	Ingen
Dalarna	Ingen	500 kr	100 kr
Gotland	Ingen	425 kr	Ingen
Gävleborg	Ingen	700 kr	Ingen
Halland	Ingen	450 kr	Ingen
Jämtland Härjedalen	Ingen	600 kr	Ingen
Jönköping	Ingen	250 kr	Ingen
Kalmar	Ingen	500 kr	Ingen
Kronoberg	Ingen	665 kr	Ingen
Norrbottnen	Ingen	430 kr	Ingen
Skåne	Ingen	500 kr	Ingen
Stockholm ⁸⁰	110 + (165) kr	110+300 kr	110 + (165) kr
Sörmland	Ingen	450 kr	Ingen
Uppsala	310 kr	620 kr	282 kr
VGR	Ingen	500 kr	Ingen
Värmland	Ingen	500 kr	Ingen
Västerbotten	Ingen	200 kr	Ingen
Västmanland	110 kr	865 kr	110 kr
Västernorrland	Ingen	410 kr	Ingen
Örebro	174 kr	500 kr	174 kr
Östergötland	Ingen	500 kr	Ingen

Källa: Regionernas regelböcker för vårdval i primärvård.

⁸⁰ Region Stockholm har en extra ersättning om 165 kronor för nystartad mottagning. Extra ersättning per besök på husläkarmottagning, 300 kronor, om patienten är olistad eller listad hos annan vårdgivare inom samma Vårdval.

För digitala besök på vårdcentralen av listade patienter är det desto fler regioner som ger vårdcentralerna en besöksersättning. Enligt företrädare för regionerna vill man stimulera primärvården att erbjuda fler digitala besök där det är möjligt och medicinskt motiverat. För vissa diagnoser, som diabetes och högt blodtryck, där patienten ofta behöver följas upp av läkare, är digitala besök enligt regionerna ett bra komplement till fysiska besök. Om olistad patient besöker vårdcentralen digitalt betalas besöksersättning i samtliga regioner.

Tabell 14. Ersättning för digitalt besök hos läkare på vårdcentral

Region	Digitalt besök hos läkare av listad patient	Digitalt besök hos läkare av olistad patient
Blekinge	Ingen	100 kr
Dalarna	100 kr	500 kr
Gotland	215 kr	425 kr
Gävleborg	300 kr	700 kr
Halland	300 kr	450 kr
Jämtland Härjedalen	300 kr	600 kr
Jönköping	Ingen	250 kr
Kalmar	Ingen	500 kr
Kronoberg	Ingen	500 kr
Norrbottn	Ingen	430 kr
Skåne	Ingen	500 kr
Stockholm	110 + (165) kr	110 + (300) kr
Sörmland	200 kr	450 kr
Uppsala	310 kr	310 kr
VGR	Ingen	500 kr
Värmland	Ingen	500 kr
Västerbotten	100 kr	100 kr
Västmanland	110 kr	500 kr
Västernorrland	Ingen	410 kr
Örebro	174 kr	500 kr
Östergötland	Ingen	500 kr

Källa: Regionernas regelböcker för vårdval i primärvård.



Adress 103 85 Stockholm
Telefon 08-700 16 00
konkurrensverket@kkv.se

www.konkurrensverket.se