

Synliga vårdbehov och osynliga kostnader

Dagens Samhälle den 27 april 2018

Nätläkarnas intåg i svensk vård lär inte ha undgått någon. Sedan 2016 har det gått att nå en läkare via en app med väntetider räknat i minuter snarare än veckor, och det oavsett om patienten befinner sig i hemmet, på jobbet eller utomlands. Allt som krävs är en uppkoppling till nätet och ett mobilt bank-id.

Videosamtal med läkare över nätet är ett stort framsteg även om tekniken i sig inte är särskilt ny – den har funnits åtminstone sedan millennieskiftet. Men landstingen har varit långsamma med att anamma detta och det har krävts privata entreprenörer för att skapa en tjänst som är enkel att använda. Att den är uppskattad märks av att antalet digitala vårdbesök på bara ett och ett halvt år har ökat till nästan 2 procent av primärvårdsbesöken.

För användarna innebär nätläkarna att primärvårdens envisa tillgänglighetsproblem minskar. Samtidigt uppstår stigande ekonomiska spänningar när digitala leverantörer trycker på med omfattande reklamkampanjer medan landstingen rör sig långsamt framåt. Det har blivit en krock på flera plan: mellan teknik och värderingar, mellan i huvudsak fasta ersättningar till vårdcentraler och rörliga till nätläkare. Kommer lagstiftarna klara att hålla liv i innovationskraften från digitaliseringen utan att tappa kostnadskontrollen och skicka notan till skattebetalarna?

I dag lägger Sverige cirka 506 miljarder kronor på sjukvård, vilket som andel av BNP gör oss till ett av de länder som spenderar mest på vård i OECD. Men mer pengar i vården har ingen självklar koppling till resultat och patientnöjdhet. I Sverige är den bristande tillgängligheten sorgebarnet (Vårdanalys 2014:3).

På en rad områden har digitaliseringen vänt upp och ned på etablerade företag och branscher. Även inom sjukvården är förändringstrycket påtagligt. Centralt här är att svenskar länge har efterfrågat mer sjukvård, vilket köer och långa väntetider visar. Bland primärvårdsanvändarna finns förstås alla möjliga vårdbehov – allt från oroliga småbarnsföräldrar till kroniskt sjuka och säkert en eller annan hypokondriker. I dagens system leder detta till ökade spänningar som förstärks av två samverkande faktorer:

- Den åldrande befolkningen ökar successivt omsorgsbehovet och kostnadstrycket.
- Patienternas insikt om kostnader och vårdgivarnas möjlighet till helhetsperspektiv försvåras av landstingens komplexa ersättningsystem.

För det första kommer betydelsen av den åldrande befolkningen att öka. Den stora 40-talistgenerationen har nu gått i pension och kommer snart upp i åldern 85+ då vårdbehoven ökar dramatiskt. Under många år har välfärden (mätt som volym i offentlig konsumtion) ökat mer än i en enkel demografiframskrivning, men det kommer snart inte gå att upprätthålla denna förstärkning utan omfattande effektiviseringar eller skattehöjningar.

Vad betyder då demografin för efter-frågan på nätläkare? Nyttjandet av nätläkartjänster fördelat efter ålder följer i grova drag en "L-kurva": Användandet är högt bland yngre personer och faller

därefter. Framöver lär detta ändras och äldre kommer rimligen att använda nätläkare i högre utsträckning i takt med en stigande digital mognad. Åldersfördelningen i användandet kommer då att skifta från ett "L" till ett "U" – det vill säga efterfrågan kommer att vara relativt hög både bland unga och äldre.

För det andra: Komplexa patientavgifter- och ersättningssystem i sjukvården skapar administrativ rundgång och osynliggör verkliga kostnader. Många vet säkert inte att ett besök i den fysiska primärvården kostar cirka 1 700 kronor (per viktad vårdkontakt under 2016). Ett digitalt läkarbesök skiljer sig från ett besök till den egna vårdcentralen genom att formellt betraktas som ett så kallat utomlänsbesök. En konsekvens av detta är att patientens hemlandsting ska ersätta regionen där nätläkarföretaget har sin hemvist.

För de två största nätläkarna, Kry och Min Doktor, är hemlandstinget Region Jönköpings län. Utomlänstaxan i Jönköping var ursprungligen 2 195 kronor men har sänkts i två steg och är nu 650 kronor. I den pengan ingår ersättning till nätläkaren, till den fysiska vårdcentral som nätläkaren samarbetar med samt en administrativ avgift till landstinget. Efter betald patientavgift på runt 200 kronor innebär det att varje digitalt patientbesök kostar skattebetalarna cirka 450 kronor. Det är förvisso väsentligen dyrare än vart och ett av de cirka 5 miljoner 1177-samtal som ringdes under 2017 – ett samtal till vårdguiden kostar ofta 125–175 kronor – men är ingen bra jämförelse eftersom möjlighet att ställa diagnos saknas.

Är då ett digitalt vårdbesök dyrt eller inte för samhället? Den frågan borde avgöras av om kontakten lyckas lösa ett verkligt vårdbehov, exempelvis genom att på ett tidigt stadium upptäcka en sjukdom eller leda till förebyggande åtgärder. Här finns erfarenheter från andra länder där nätläkare har resulterat i ökad volym och kostnader, men det finns också positiva exempel där nätläkare har förstärkt vårdkedjan och kompletterat den fysiska vården. Vår tolkning av detta är att avgörande för utfallet är inte formen för besöket utan hur vården är organiserad och hur ersättningarna ser ut.

När det gäller kostnaderna för primärvården hotar de samtidigt att stiga av andra skäl än demografi och nätläkarnas intåg. I dag betalar personer under 20 år samt den växande gruppen över 85 år ingen avgift i primärvården. Därtill finns ett stort antal personer som har kommit upp i högkostnadsskyddet på 1 100 kronor, och för dem saknas nästan alla ekonomiska spärrar för kontakt med vården. Ingen vet i dag hur många med högkostnadsskydd som kontaktar nätläkare eftersom statistiken för digitala vårdkontakter är decentraliserad till respektive landsting.

Ett bra mantra för sjukvården är "Låt den rätte komma in", vilket också är titeln på en rapport av Vårdanalys. Med olika digitala verktyg borde det bli enklare att slussa patienter till rätt nivå i vårdkedjan och även leverera mer sjukvård för samma pengar – exempelvis genom en digital grindvaktfunktion, genom information via nätet och genom mer individanpassad rådgivning via appar. En konkret fråga som borde utredas är hur olika former av samarbete mellan nätläkare och vårdcentraler kan formaliseras eller förstärkas. Går det exempelvis att hitta en ny modell som gör det enklare för digitala och fysiska vårdgivare att dela den fasta och rörliga ersättningen, beroende på vilka åtgärder som vidtas?

För politiker och andra beslutsfattare är det bråttom att se över landstingens pris- och ersättningssystem så att de ger rätt incitament till samtliga vårdgivare att erbjuda en sammanhållen och kostnadseffektiv vård. Annars kommer kombinationen av en åldrande befolkning, ett snårigt

pris- och ersättningssystem samt ett trubbigt högkostnadsskydd att innebära en urholkad välfärd eller stigande kostnader för medborgarna.

Mårten Blix

IFN

Johanna Jeansson

Dagens Industri