

2021-06-24

Dnr... HSF210308-1

Utredning av förutsättningar för digitala vårdgivare

Helseplan Consulting Group AB

Juni 2021

Niklas Källberg

Nils Rydmarker

Bengt Guldager

Innehåll

1. Sammanfattning och slutlig bedömning	4
2. Inledning	6
2.1. Bakgrund	6
2.2. Frågeställningar	6
2.3. Metod	7
2.4. Projektorganisation	8
3. Definitioner och begrepp	8
4. Förutsättningar för digitala vårdbesök i Sverige	9
4.1. Etablering och utveckling av digital primärvård	9
4.2. Utmaningar med digital utomlänsvård	10
4.3. Patientunderlag för digitala besök	11
4.4. Den lagstadgade valfriheten	11
4.5. Vård på lika villkor	13
4.6. Riksavtalet och hälso- och sjukvårdsregionernas prislistor	13
4.7. Ersättning till digitala vårdgivare	14
4.8. Utredning från 2019 föreslår en digifysisk vårdvalsreform	14
5. Omvärldsperspektivet	15
5.1. SKR	15
5.2. Regioner	16
6. Region Västmanlands möjligheter att vidta åtgärder	18
6.1. Åtgärder riktade direkt mot de digitala vårdgivarna	18
6.2. Åtgärder riktade mot Region Sörmland	19
6.3. Övriga åtgärder för Region Västmanland	21
7. Tillgång till fakturaunderlag och journaldata för tjänster som utförts av digitala vårdgivare	23
7.1. Underlag för fakturering och uppföljning av utförda tjänster ..	23
7.2. Uppföljning av vårdtjänster och delning av journaldata	23
8. Slutsatser och rekommendationer: Alternativ för framtida påverkan avseende digitala tjänster och kostnader för dessa	24
8.1. Åtgärder mot och kravställning av digitala vårdgivare	25

8.2.	Samverkan och dialog med Region Sörmland	25
8.3.	Påverkan på riks- och regionnivå.....	26
8.4.	Region Västmanlands egen utveckling	27
9.	Bilagor.....	30
9.1.	Bilaga 1: Källor	30
9.2.	Bilaga 2: Intervjuförteckning	32
9.3.	Bilaga 3: Analys av juridiska förutsättningar – Region Västmanlands rättigheter och skyldigheter vid digital utomlänsvård	33

1. Sammanfattning och slutlig bedömning

Alltsedan introduktionen av digitala vårdgivare i Sverige våren 2016 i samband med att Region Jönköpings län likställde digitala primärvårdsbesök med traditionella har dessa tjänster, och därmed kostnaderna för dessa, ökat i snabb takt. Några regioner diskuterar eller har fattat beslut om begränsningar i möjligheterna för digitala vårdgivare att agera i regionen. Merparten av kostnaden faktureras från digitala vårdgivare i Sörmland, vars regelverk möjliggör för digitala vårdgivare att ta över privata vårdcentraler i regionen för att sedan kunna erbjuda alla svenskar kostnadsfria besök via nätet.

Denna rapport belyser vilka rättigheter och skyldigheter regioner har vad gäller digitala vårdgivares tjänster då avtal inte tecknats lokalt. Utifrån en ökad kunskap och förståelse får Region Västmanland bättre förutsättningar för att kunna skapa en långsiktig strategisk plan för digitalisering i regionen och fatta beslut om egna och andra aktörers uppdrag.

Helseplan bedömer att Region Västmanland saknar möjlighet att vidta åtgärder direkt riktade mot de digitala vårdgivarna. Region Sörmlands regelbok och avtal är skrivna på ett sätt som gör att Västmanland inte tilldelats rättigheter.

Region Västmanland kan dock välja att föra en dialog och påverka Region Sörmland med tydligare kravställan och utökad samverkan. Utredningen bedömer att regioner generellt, men i synnerhet Sörmland, har utvecklingspotential i regelverket för digital primärvård. En dialog med Region Sörmland att ändra regelverket för digital primärvård såväl som en översyn av Västmanlands egna regelverk och en god beredskap för att vårdaktörerna kan komma att byta huvudregion torde ge Västmanland bättre förutsättningar i mötet med de digitala vårdgivarna. Utredningen visar även att Region Sörmlands uppföljning av digitala primärvårdsgivare och delgivning av densamma har brister. Detta försvårar för Västmanland att ur ett både medicinskt och ekonomiskt perspektiv få en överblick över digitala primärvårdstjänster utförda av vårdgivare som är kontrakterade av Region Sörmland och nyttjas av Västmanlands invånare. Regionen bör överväga att begära att Sörmland utvecklar sin uppföljning av digitala primärvårdsgivare. På samma tema bör Västmanland säkerställa att patientdata för medborgare som nyttjar digitala primärvårdstjänster i andra regioner är åtkomligt för regionen vilket det inte är idag. Flera digitala vårdgivare har dock börjat eller är på väg att börja använda NPÖ. Då detta är en riksövergripande lösning med starkt stöd uppfattar Helseplan att det främst är genom detta utvecklingsarbete som Västmanland kommer att få tillgång till patientdata. Slutligen kan Västmanland välja att i sin helhet eller i delar bestrida fakturor från Region Sörmland. Helseplan bedömer att Västmanland kommer förlora i rätten vid ett bestridande av fakturor i sin helhet.

På riks- och regionnivå kan Region Västmanland verka för att valfriheten inom primärvården tas bort helt eller att verka för att valfriheten inom primärvården endast gäller fysisk vård. Båda är alternativ som skulle säkerställa kontinuitet i primärvården och möjliggöra för regionerna att ha bättre kontroll över och information om de egna medborgarnas vårdbesök. Helseplan anser att utgångspunkten att begränsa konkurrensen då vissa vårdcentraler inte är

rustade för digital vård är en för passiv hållning. Medborgarnas möjligheter till relevant digital vård bör vara i fokus. Om inte regionen kan eller väljer att ha möjlighet att erbjuda den digitala vården, borde det vara möjligt att söka den på annat sätt, liksom i andra fall då regionen av olika skäl har begränsade möjligheter att bedriva specifik vård.

På nationell politisk nivå finns även alternativet att gemensamt avtala en patientavgift med övriga regioner. Skillnaden mellan patientavgifter är lägre och incitamenten för digitala vårdgivare att använda en viss regions avtal mindre numera, främst då Region Sörmland höjt avgiften från noll till 100 kr. Det återstår dock skillnader i patientavgifter och Helseplan bedömer inte att en enhetlig patientavgift för vare sig fysiska eller digitala besök kommer till stånd inom överskådlig framtid – respektive region har egna strategier för prissättning och styrning av flöden. Däremot är det viktigt att bevaka utvecklingen, då förändringar i patientavgift ger förändringar i incitament och strategi för vårdbolagen.

Det finns ett antal handlingsalternativ som Region Västmanland kan vidta oaktat hur andra regioner eller vårdaktörer agerar. Införande av remisskrav som helt eller delvis inkluderar utomlänsvård, att helt eller delvis säga upp utomlänsavtal eller att besluta om förändringar av villkoren i de egna valfrihetssystemen är exempel på detta. Samtliga alternativ måste dock föregås av en grundlig utredning för att exempelvis säkerställa att de rättsligt hållbara eller inte äventyrar patientens fria val och upplevelse av tillgänglighet till vården.

För att skapa innovations- och konkurrenskraft skulle Västmanland kunna decentralisera kostnadsansvaret från hälso- och sjukvårdsstyrelsen till vårdcentralerna. Helseplan menar att man i så fall bör gå igenom enheternas möjlighet att möta utvecklingsbehoven men understryker att det finns andra potentiellt mer effektiva sätt att stimulera utveckling av digital vård än kostnadsansvar. Helseplan ser en möjlighet i att föra en dialog med digitala vårdgivare om att etablera sig fysiskt i Region Västmanland (för att få ha vårdavtal) och bli en naturlig del av vårdgivargruppen. Det skulle öppna för en potentiellt bättre styrning av digitala flöden. I och med införandet av patientavgiften i Sörmland kommer nuvarande vårdaktörer förmodligen se detta som ett alternativ, varför Region Västmanland rekommenderas att ha en dialog med bolagen tidigt för att diskutera lösningar. Slutligen bör Region Västmanland överväga att skapa en egen konkurrenskraftig lösning som gör att regionens medborgare inte vill söka annan vård. Kontinuitetstanken och behovet av att kunna planera vården i en region gör att det optimala läget är att västmanlänningar är tillfredsställda med vården som erbjuds i regionen, inklusive digifysisk vård.

Helseplan konstaterar att utvecklingen av digitala tjänster och möten i hälso- och sjukvården gått mycket snabbt de senaste åren, inte minst genom den katalysatoreffekt Covid-pandemin innebar. Denna utveckling är positiv då den upplevda tillgängligheten till vård, ett område där Sverige konsekvent får låga utvärderingar jämfört med motsvarande länder, kan öka. Upplevd tillgänglighet kan dock inte likställas med vård efter behov, varför det är viktigt att påverka digitala tjänsteutvecklingen från region- och riksnivå.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Ett flertal statliga utredningar pekar på behovet av att primärvården stärks. Det finns en nationell valfrihet sedan några år tillbaka i den öppna vården vilket har möjliggjort för och inneburit en snabb expansion av privata aktörer som erbjuder digitala tjänster. Nya digitala lösningar för kontakter med vården har också kommit att värdesättas av allt fler i befolkningen. Fler tjänster utvecklas idag av vårdföretag, som är mer specifikt inriktade på behov hos olika patientgrupper såsom behandling av artros eller högt blodtryck.

I och med att Region Jönköpings län likställde digitala besök med traditionella våren 2016 började antalet utomlänbesök öka och många regioner ser en fördubbling av kostnaden för dessa varje år. I januari 2017 slopades patientavgifterna i primärvården i Sörmland. Öppettiderna förlängdes och avgifterna för sjukhusbesök höjdes i stället till 400 kronor. På så sätt ville regionen minska trycket på akuterna och i stället förmå sörmlänningarna att söka sig till vårdcentralerna. En indirekt konsekvens av detta blev att allt fler digitala vårdföretag valde att ha avtal med Region Sörmland som utgångspunkt för den digitala utomlänsvården. Genom att ta över privata vårdcentraler i Sörmland eller teckna underleverantörsavtal med befintliga vårdgivare där kan de digitala vårdgivarna erbjuda alla svenskar kostnadsfria besök via nätet.

Även Region Västmanland har en ökande andel digitala vårdbesök, kostnaden för digitala vårdbesök uppgick till totalt 20 Mkr under 2020. Merparten av kostnaden för dessa besök faktureras av Region Sörmland. Antal besök och innehållet i dem är svåra att påverka och/eller få insyn i av Region Västmanland.

Några regioner diskuterar eller har 2021 fattat beslut om begränsningar i möjligheterna för digitala vårdgivare att agera i regionen. Hittills har ingen djupgående analys genomförts av det rättsliga och avtalsmässiga läget för regioner: Vilka rättigheter och skyldigheter har regioner vad gäller digitala vårdgivares tjänster då avtal inte tecknats lokalt? Denna förståelse är en av förutsättningarna för att kunna skapa en långsiktig strategisk plan för digitalisering i regionen och fatta beslut om egna och andra aktörers uppdrag.

2.2. Frågeställningar

Syftet är att skapa en rapport som Region Västmanland kan använda som beslutsunderlag för framtida vägval vad gäller digitala vårdgivare. Utredningen skall behandla det juridiska och avtalsmässiga perspektivet i förhållandet mellan Region Västmanland och digitala vårdgivare som nyttjas av regionens invånare och se över skyldigheter och rättigheter i nuvarande avtal. Den ekonomiska aspekten är inte i fokus för denna utredning. I rapporten beskrivs också nuvarande och möjlig framtida information om besöken som utförs av de digitala vårdgivarna.

Rapporten svarar på följande huvudfrågor:

1. Vilka skyldigheter och rättigheter har Region Västmanland enligt lagrum och befintliga avtal i det system som nu råder med tjänster utförda av digitala vårdgivare?
2. Har Västmanland möjlighet att få mer information, som journaldata och i så fall hur, avseende patienter som nyttjar tjänster utförda av digitala vårdgivare?

Juridiska och avtalsmässiga överväganden bygger på nuvarande struktur där Region Sörmland är centralt för större delen av Sveriges regioner. Utredningen tar i mångt och mycket utgångspunkt i Region Sörmlands regelverk, som ligger till grund för flera av Region Västmanlands handlingsalternativ.

Analysen syftar även till att skapa merförståelse och höja kompetensen inför vägval kopplat till digitala vårdgivare i nästa steg, exempelvis regionens egen utveckling och nya leverantörsförhållanden/nyetablering. För den delen och för att jämföra Västmanlands struktur med andra regioner har en enklare benchmark genomförts.

2.3. Metod

2.3.1. Källor och dokumentgranskning

Helseplan har sammanställt material från nationell nivå som utredningar, material från Sveriges kommuner och regioner (SKR) samt från relevanta regioner.

En stor del av arbetet har ägnats åt genomgång av befintliga avtal och lagtexter samt analys av materialet ur ett juridiskt, organisatoriskt och avtalsmässigt perspektiv för att klargöra regionens möjligheter och skyldigheter. Huvuddokument har varit Riksavtalet för utomlänsvård, hälso- och sjukvårdslagen (HSL), patientlagen (PatL) och Region Sörmlands avtal med primärvårdsenheter, faktureringsunderlag och regelbok.

Se bilaga 1 för källförteckning.

2.3.2. Intervjuer

Intervjuer har genomförts med representanter på SKR som arbetat med utredningen av digitala vårdgivare, ordförande i SKR:s beredning för digitalisering och nyckelpersoner från de regioner som uttalat sig om digitala primärvårdskostnader och -utredningar våren 2021.

Frågorna har framförallt gällt avtalsmässiga, juridiska och strategiska förutsättningar och vägval. Projektet har kontinuerligt stämts av med representanter från Region Västmanland, bland annat om avtal och fakturor. Se bilaga 2 för intervjuista.

2.4. Projektorganisation

Anders Ahlgren har initierat projektet och varit beställare och projektägare. Styrgruppen har utgjorts av Anders Ahlgren, Håkan Wittgren och Mattias Damberg. Helseplans projektgrupp har bestått av Niklas Källberg, delägare och kundansvarig, Nils Rydmarker, seniorkonsult och projektledare, samt Bengt Guldager, jurist och expert.

3. Definitioner och begrepp

Rapporten innehåller flertalet ord som är områdesspecifika. Därav följer nedan en lista med definitioner, begrepp och förkortningar:

Ord	Förklaring
Hemlandsting/hemregion	Den region patienten är folkbokförd i. I rapporten används "region", förutom i vissa citat där "landsting" används.
Vårdregion/vårdlandsting	Vårdlandsting kallas det den region utanför hemregionen där en patient undersöks eller behandlas. Den regionen har avtal med den vårdgivare som patienten har vårdats av. I rapporten används "region", förutom i vissa citat där "landsting" används.
Utomlänsvård	Med utomlänsvård avses undersökning eller behandling av patient folkbokförd i annan region. Patienten kallas för utomlänspatient.
Riksavtalet	Reglerar hur regionerna ersätter varandra för utomlänsvård.
Regionavtal	Ett för regionerna i en sjukvårdsregion gemensamt avtal om samverkan.
Sjukvårdsregionernas prislista	Prislistor som beslutats av sjukvårdsregionerna.
Valfrihet	Patientens rätt att välja utförare i öppen vård i hela riket.
Digital vård	Vård som förmedlas digitalt via ljud och bild eller chatt.
Fysisk vård	Vård som ges när en patient fysiskt besöker vårdgivaren.
Digitala primärvårdsbesök	I rapporten används "digitala primärvårdsbesök" för att täcka de tjänster som utreds. I folkmun kallas aktörerna ofta för "nätläkare", vilket kan vara missvisande

	då utbudet är större än endast besök hos läkare, även om större delen av diskussionen handlar om just digitala läkarbesök inom primärvården i dagsläget.
Centraliserad finansiering	I det här sammanhanget: Hälso- och sjukvårdsstyrelsen betalar kostnaden för digitala utomlänsbesök.

4. Förutsättningar för digitala vårdbesök i Sverige

Detta kapitel etablerar förståelse för digitala besök i Sverige. Huvudkällor är material från SKR, lagar och förordningar, utredningen Styrning för en mer jämlik vård och Västra Götalandsregionens (VGR) rapport om nätläkare våren 2021.

4.1. Etablering och utveckling av digital primärvård

Majoriteten av den digitala utomlänsvården i Sverige utförs av aktörer som är kontrakterade direkt eller indirekt¹ av Region Sörmland eller Region Jönköping, för Västmanlands del nästan uteslutande Region Sörmland. Med start 2016 påbörjades en snabb tillväxt där volymen för digital utomlänsvård 2019-2020 har haft en ökningstakt på omkring 100 procent. Cirka 2 300 000 digitala vårdkontakter utomlänfakturerades under 2020 av dessa regioner, till en kostnad på drygt 900 miljoner kronor för hemregionerna.² Nationella marknadsföringskampanjer har snabbt ökat befolkningens kännedom om digitala vårdgivare med följden att digitala vårdkontakter har expanderat snabbt. Pandemin Covid-19 har ytterligare förstärkt expansionen. Trots att ersättningsbeloppen för digital utomlänsvård i etapper justerats nedåt till dagens nivå på 500 kr för ett läkarbesök har användningen av digitala vårdgivare fortsatt att öka.

Svensk hälso- och sjukvård tar till sig digital utveckling relativt snabbt, exempelvis vad gäller videobesök (SOU 2019:42). Den utvecklade användningen av digital vård har påskyndats då förväntningar från befolkningen på tillgänglighet till läkarbesök i primärvården ökat.³ Nya digitala vårdgivare har etablerat sig inom ramen för fritt vårdval nationellt inom primärvården,

¹ Med indirekt kontrakterade avses att aktören verkar som underleverantör till en av vårdregionen kontrakterad leverantör.

² Statistik sammanställd av SKR.

³ Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys, rapport 2014:7 "En mer jämlik vård är möjlig"

vilket har påverkat den digitala vården. De digitala vårdbolagens utveckling av digitala tjänster har lyft behovet av digital förändring bland vårdcentraler generellt.

Enligt Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys är digitaliseringen uppskattad bland individer som använder sig av tjänsterna (Vårdanalys 2020:1). Studier visar emellertid att individer ofta föredrar ett fysiskt vårdbesök framför ett digitalt. Preferenser varierar beroende på utbildning, inkomst, vårdbehov samt digitala erfarenheter (Vårdanalys 2020:1). Observera att Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys undersökning är gjort innan pandemin och att nyare analyser kan nyansera bilden.

En stor digital omställning pågår, där både regiondriven vård och traditionella privata vårdgivare inför ett bredare digitalt utbud. Parallellt med detta etablerar sig flertalet digitala vårdgivare fysiskt i allt fler regioner. Detta innebär sammantaget att det som tidigare endast erbjöds av ett fåtal digitala vårdgivare etablerade i Sörmland/Jönköping, successivt kommer att erbjudas av det stora flertalet primärvårdsaktörer i landet. Fler tjänster utvecklas även av vårdföretag som är specifikt inriktade på vissa patientgrupper och deras behov, exempelvis behandling mot artros, högt blodtryck, kvinnosjukvård med mera. Beroende på var och i vilken takt sådana vårdgivare och tjänster etableras kan de likt de digitala vårdgivarna som tillhandahåller primärvård på kort tid erbjudas till invånare över hela landet. I dagsläget har flera aktörer valt att etablera sig i Region Sörmland då patientavgiften för digitala vårdkontakter som inte sker genom video har varit 0 kr. Region Sörmland har dock beslutat att införa en patientavgift på 100 kr för digitala vårdkontakter från och med den 1 juli 2021, vilket kan ändra förutsättningarna för övriga regioner att få digitala vårdgivare att ansluta till den egna regionen.

4.2. Utmaningar med digital utomlänsvård

SKR har sammanställt fyra utmaningar som är kopplade till den snabba ökningen av digitala vårdgivares tjänster.

En utmaning handlar om att den digitala utomlänsvården bidrar till en vårdlogik med enstaka besök som delvis står i kontrast med ambitionerna att verka för en ökad kontinuitet mellan primärvården och patienterna.

En annan utmaning handlar om svårigheten att så långt möjligt säkerställa att hälso- och sjukvårdens samlade resurser prioriteras med utgångspunkt efter principen om att vård ska ges till den med störst behov.

En tredje utmaning handlar om det faktum att en större del av en regions kostnader går till att ersätta vård som ges av vårdgivare som är kontrakterade av andra regioner. Det är ett ekonomiskt utfall som en region inte själv kan styra över, t.ex. genom budget och ersättningssystem, utan aktiveras av patientens val att söka vård hos en vårdgivare kontrakterad i en annan region.

En fjärde utmaning handlar om att digital utomlänsvård i dagsläget i praktiken är avgiftsfri för invånare, genom Region Sörmlands beslut om patientavgifter. Det gör att tröskeln för invånare att söka digital utomlänsvård typiskt sett är lägre än att söka vård i sin egen region.

4.3. Patientunderlag för digitala besök

De digitala besöken är ojämnt fördelade på befolkningen. Statistik och studier av Vårdanalys (2020:1) visar att befolkningen i tätbefolkade områden gör flest besök, främst i Stockholm, samt att många besökare är från den yngre delen av befolkningen.⁴ Fler kvinnor än män använder i dagsläget digitala besök. Användningen varierar även med socioekonomiska förutsättningar. I kommuner med större andel invånare som har lägre inkomst är det färre som använder digitala vårdtjänster. Då utvecklingen gått snabbt finns farhågor bland allmänläkarna själva om att utvecklingen inte svarar mot riktlinjer för prioriteringar och att vården för patienter med större behov riskerar urholkas (Vårdanalys 2020:1). I vilken grad digitala vårdgivare avlastar den traditionella vården eller inte är en omdebatterad fråga. Data från Region Skåne åren 2016-2018 visar i en studie att patienter som använde digitala vårdtjänster även kontaktade fysiska vårdcentraler oftare än andra samt besökte akutmottagningar minst lika ofta.⁵ Dessa resultat, som tyder på att den traditionella vården inte avlastas, stämmer med motsvarande studier internationellt i sammanhang där digitala vårdgivare ersätts per åtgärd. Det bör dock nämnas att den digitala vården, inklusive digital primärvård, är under utveckling och att effekter av nya digitala processer och tjänster bör utvärderas kontinuerligt.

4.4. Den lagstadgade valfriheten

Den 1 januari 2010 infördes i HSL en skyldighet för alla regioner att ha ett vårdval inom primärvården.⁶ Ett vårdval innebär att regionen tar fram ett uppdrag som definieras i ett så kallat förfrågningsunderlag, som beskriver vad en vårdgivare ska göra samt vilken ersättning uppdraget ger.⁷ Vilken vårdgivare som helst, offentlig eller privat, kan starta en verksamhet och konkurrera om patienterna enligt lagen om valfrihetssystem.

⁴ Vårdanalys rapport 2020:1 "Tre perspektiv på digitala vårdbesök - befolkningens, patienternas och vårdpersonalens uppfattningar.

⁵ Författare: Lina Maria Ellegård, fil dr, nationalekonomiska institutionen, Ekonomihögskolan vid Lunds universitet och Gustav Kjellsson, fil dr, universitetslektor, institutionen för nationalekonomi med statistik samt CHEGU (Centrum för hälsoekonomi), Göteborgs universitet. Artikel i Läkartidningen 2019-10-18 – Originalstudie: Nätvårdsanvändare i Skåne kontaktade oftare vårdcentral.

⁶ Genom ändring i dåvarande HSL (1982:763) 5 §, se prop. 2008/09:74 fr.a. s 24-27, 39-41 samt 51-52.

⁷ När en region inrättar ett vårdval ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillämpas.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är regionerna skyldiga att erbjuda öppen vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård med vård efter samma villkor som för de egna invånarna (HSL 8 kap. 3 § 1 st.).⁸

När patientlagen (PatL) infördes den 1 januari 2015 tydliggjordes i denna att alla i Sverige bosatta har rätt att välja utförare av offentligt finansierad vård. Rätten att välja är inte begränsad till den egna regionen, utan patienterna kan söka och få sin primärvård var de vill i Sverige (PatL 9 kap 1 §).

Därav har bosatta i Sverige stöd av både patientlagen och hälso- och sjukvårdslagen i möjligheten att välja offentligt finansierad öppenvård var som helst i Sverige. Den nationella valfriheten innebär möjligheter för entreprenörer som tillhandahåller digitala vårdtjänster. Genom att teckna underleverantörsavtal med en enda privat vårdcentral som har ett vårdavtal med en region kan den digitala entreprenören erbjuda sina digitala tjänster till hela Sveriges befolkning.

Redan innan den nationella valfriheten infördes i lag hade samtliga regioner åtagit sig att följa en rekommendation av SKR som innebar att patienterna kunde välja primärvård, viss öppen specialistvård och viss slutenvård i andra regioner.⁹ I regionerna fanns det många som ansåg att rekommendationen var svårbegriplig. Kunskapen om vad rekommendationen innebar var också bristfällig både hos vårdpersonal och andra.

Vid införandet av patientlagen 2015 var lagstiftarens intentioner bland annat att stärka och tydliggöra patientens ställning och stärka patientens integritet, delaktighet och självbestämmande. Avsikterna avseende den lagstiftade valfriheten var också att öka öppenheten för patienter och tydliggöra att valmöjlighet kan stimulera utvecklingen av nytänkande och kostnadseffektiva lösningar samt bidra till förbättrad kvalitet och tillgänglighet.¹⁰

När den nationella valfriheten infördes utgick man från den verklighet som då gällde, dvs att vård erbjuds när vårdgivare och patient möts fysiskt. I förarbetena till patientlagen finns därför inte heller något som talar för att lagstiftaren förutsåg att digitala vårdgivares vårdproduktion skulle expandera i den takt som skett de senaste åren. Den aktuella utvecklingen kan dock sägas följa lagstiftarens intentioner att utvecklingen av nytänkande skulle eftersträvas och uppmuntras, samt att valfriheten var tänkt att skapa förutsättningar för just detta. Även i

⁸ Infördes i lag 1 januari 2015 genom ändring i dåvarande HSL (1982:763) 4 §.

⁹ SKR:s "Rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården", 2000-12-08, Dnr Lf 924/00

¹⁰ Prop. 2013/14:106 s 83.

förarbetena till LOV var intentionen att den konkurrens som ett valfrihetssystem medför skulle främja kvalitet och nytänkande i primärvården.¹¹

4.5. Vård på lika villkor

Vård på lika villkor innebär bland annat att en patient som söker vård i annan region ska få ta del av det öppenvårdsutbud som ingår i den regionens vårderbjudande, även om det inte överensstämmer med utbudet i patientens hemregion. Detta innebär bland annat att en patient har möjlighet att välja mellan samtliga behandlingsalternativ inom den öppna hälso- och sjukvården inom samtliga regioner. Regionerna kan inte prioritera sina egna invånare framför patienter som är bosatta i andra regioner då principen om att vård ska ges efter medicinska behov är grundläggande i svensk hälso- och sjukvård. Då vården ska ges på lika villkor ska patienter från andra regioner betala patientavgifter och andra taxor enligt regler som fastställs av vårdregionen och som gäller för vårdregionens egna patienter.

4.6. Riksavtalet och hälso- och sjukvårdsregionernas prislister

Patientens hemregion är kostnadsansvarig för den öppenvård som tillhandahålls av vårdgivare i andra regioner (8 kap. 3 § 2 st HSL). Detta gäller inte bara vård som vårdregionen tillhandahåller i egen regi utan också sådan vård som tillhandahålls av privata vårdgivare som har tecknat vårdavtal med vårdregionen. Efter att patienten vårdats i en annan region, utifrån den medicinska bedömning av vårdbehovet som gjorts där, kan vårdregionen därmed kräva att patientens hemregion ersätter den faktiska kostnaden för patientens vård.¹² Det är upp till regionerna att komma överens om villkor och nivåer för ersättning mellan vårdregion och hemregion. Detta har sedan kommit att regleras i det så kallade Riksavtalet¹³ och i sjukvårdsregionala prislister.

Riksavtalet reglerar hur regionerna ska hantera patientflöden mellan varandra. I kapitel 8.1 anges att hemlandstinget ska betala skälig ersättning till vårdlandstinget för den vård som vårdregionen tillhandahåller i egen regi. Med grund i överenskommelser mellan vårdregion och i en sjukvårdsregion samverkande regioner regleras ersättningsnivåer i en regional prislista. I kapitel 8.2 regleras sådan utomlänsvård som ges i privat regi. I detta fall ska hemregionen betala enligt de i vårdregionens kontrakt med den privata vårdgivaren angivna villkoren. Som

¹¹ Prop. 2008/09:29 s 18.

¹² Prop. 2013/14:106 s 87.

¹³ SKR. Riksavtal för utomlänsvård och kommentarer med giltighet från och med den 1 januari 2015.

förutsättning för hemregionens betalningsskyldighet gäller enligt kapitel 8.2 att "ersättning för en vårdtjänst är densamma för både inom- och utomlänspatienter."

Likt hälso- och sjukvårdslagen är riksavtalet teknikneutralt i den mening att avtalet inte reglerar hur vården erbjuds (fysiskt eller digitalt). Avgörande för avtalets tillämpning är om privat vård ges av en vårdgivare som är kontrakterad av en annan region än patientens hemregion. Enligt en rekommendation från SKR ska alla regioner ha samma pris för digitala utomlänsbesök. Denna rekommendation har följts i de prislistor som beslutats i sjukvårdsregionerna.

4.7. Ersättning till digitala vårdgivare

Den ersättning som hemregionen betalar till vårdregionen och ersättningen som vårdregionen betalar till vårdgivaren är viktigt att skilja på. Hemregionen ersätter vårdregionen enligt det pris som anges i sjukvårdsregionens prislista. Vårdregionens ersättning till anlitade vårdgivare regleras i de avtal eller överenskommelser som gäller mellan vårdregionen och vårdgivaren. Vid primärvårdsbesök är avtalet/överenskommelsen vårdregionens (i detta fall Region Sörmlands) motsvarighet till Region Västmanlands Primärvårdsprogram 2020.

4.8. Utredning från 2019 föreslår en digifysisk vårdvalsreform

Utredningen Styrning för en mer jämlik vård (2019:42) lämnar få utredda lagförslag men diskuterar och föreslår en integrerad digifysisk vårdvalsreform,¹⁴ med en gemensam listningstjänst för att underlätta för befolkningen att lista sig och få information om alternativen, liksom att utförare ska kunna tillhandahålla både fysiska och digitala besök och krav på fast läkarkontakt. Om utredningens intentioner genomförs kan det innebära bland annat att den parallella valfriheten till digitala vårdgivare nationellt genom utomlänsavtal avskaffas. Gemensamma ersättningsprinciper med fokus på kapitering och nationellt reglerade patientavgifter rekommenderas också. De digitala vårdgivarna kan därav öppna egna fysiska mottagningar i de regioner där man vill verka alternativt vara underleverantör till annan fysisk vårdcentral i respektive region med regionavtal.

Helseplan kan konstatera att utredningens förslag fortsätter att debatteras och den är därför ett intressant underlag för utvecklingsdiskussioner, även om utredningen i sig inte haft några direkta effekter.

¹⁴ SOU 2019:42 Digifysiskt vårdval. Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet.

5. Omvärldsperspektivet

Flertalet regioner ser över situationen med digitala vårdbesök, där några har fattat beslut om att försöka undvika att betala externa leverantörer för digitala vårdbesök i möjligaste mån från och med den 1 januari 2022. Här följer en kort sammanfattning av några regioners agerande, där några officiellt gått ut med utredningar om eller begränsningar av regionens digitala vård, medan andra har för Västmanland intressanta krav på eller relationer med digitala vårdgivare.

5.1. SKR

SKR ser digitala vårdtjänster som en självklar och naturlig del av framtidens vårdutbud och menar att kontinuitet och kostnadskontroll är nyckelorden vad gäller det de kallar nätläkare.

I Västra Götalandsregionens rapport sammanfattas fyra utmaningar för regioner gällande digital utomlänsvård som SKR har identifierat:

1. Systemet bidrar inte till kontinuitet mellan primärvård och patienter
2. Vård ska ges till den med störst behov
3. Det är problematiskt att en stor del av regionens utgifter går till vårdgivare som är kontrakterade av andra regioner
4. Digital utomlänsvård är avgiftsfri för invånare

SKR har sedan 2019 arbetat med utredning av digitala vårdtjänster. Man följer och rapporterar om volymutvecklingen och agerar bollplank till regionerna, men är inte drivande i frågan då man anser att ansvaret ligger på regionerna. SKR menar att en ny lagstiftning kan vara en möjlig väg framåt (Patrik Sundström) och att lagstiftaren kan begränsa det fria vårdvalet till vård som ges fysiskt. SKR är införstådd i utmaningen med kostnadsutvecklingen för regionerna med anledning av etableringen av digitala vårdgivare, samtidigt som dess värde i form av innovationskraft med potentiellt ökad tillgänglighet som resultat inte ska underskattas. Därtill kan de digitala vårdgivarna möjliggöra en utveckling av nischade vårdtjänster riktade till mindre patientgrupper som med nödvändighet behöver erbjudas nationellt för att nå en volym där tjänsten bär sig. För vissa patientgrupper kan generösa öppettider vara viktigare än kontinuiteten i form av en fast vårdgivarkontakt (Lars Kolmodin).

SKR:s styrelse har med anledning av de ökade kostnaderna för regionerna antagit rekommendationer till regionerna om gemensamma utomlänsersättningar och om krav som de

digitala vårdkontaktarna måste uppfylla för att ta del av ersättningen.¹⁵ De har även tagit fram rekommendationer för lägsta nivå för patientavgift då den avgiften har betydelse för efterfrågan på vård. Patientavgifterna varierar mellan 100 och 300 kr (juni 2021).¹⁶

SKR menar att invånare ska kunna ha en samlad överblick över hela sin hälsosituation, inklusive kontakter med olika vårdgivare oavsett driftsform, och lyfter fram Region Gävleborg, där man kopplar samman sitt hälso- och sjukvårdssystem för att skapa sammanhållna digitala flöden. Man menar även att kostnadsansvaret bör vara decentraliserat för att skapa innovations- och konkurrenskraft i regionerna.

En mer detaljerad utredning av bland annat förutsättningarna för digital vård i riksavtalet pågår och förväntas avrapporteras under sommar/tidig höst 2021. En presentation av hur utvecklingen av digital vård kan mötas presenterades för politiker våren 2021.

5.2. Regioner

Helseplan har valt att kontakta följande regioner, som har uttalat sig nyligen om utvecklingen av digitala primärvårdsersättningar:

Region Sörmland är för tillfället en huvudaktör i den digitala primärvården i och med att avgiften för patientbesök är noll. Denna höjs till 100 kr den 1 juli 2021. Genom att ta över privata vårdcentraler eller genom att teckna underleverantörsavtal med befintliga vårdcentraler i Sörmland erbjuder i dagsläget de digitala vårdgivarna alla svenskar kostnadsfria besök via nätet. Region Sörmlands regelverk gäller för vård utförd av digitala vårdgivare, oavsett var patienten är hemmahörande.

Region Västmanland utreder vilka rättigheter och skyldigheter som regioner har kopplat till digitala vårdgivares tjänster då avtal inte tecknats lokalt. I samband med detta görs även en översyn av delning av patientdata kopplat till digitala utomlänskontakter.

Region Stockholm har som krav på vårdgivare att de måste kunna erbjuda digital vård för att få ha vårdavtal i Regionen. Digitala vårdgivare etablerar sig även fysiskt i högre utsträckning på

¹⁵

<https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/ehalsa/digitalavardtjansteriprimarvarden.28301.html>

¹⁶

https://skr.se/download/18.71b542201784abfbf7a124e9/1616578603618/avgift_oppn_slutenvard_2021_uppdaterad.pdf

regionens uppmuntran, vilket minskar utomlänskostnader och kan göra att regionen får en tydligare relation till vårdgivarna. Regionen har en stor andel privata vårdgivare och är snarare kritiska mot förutsättningarna, i detta fall Region Sörmlands regelverk, än etablering av digitala vårdaktörer.

Västra Götalandsregionen var en av de första regioner där politiska företrädare uttalade viljan att upphöra att ekonomiskt ersätta digitala utomlänskontakter från den 1 januari 2022. Regionen kom under maj 2021 med en rapport som analyserade förutsättningarna för detta. Inga digitala vårdgivare har fysiska vårdcentraler i VGR. Rapporten har använts som ett av underlagen till Helseplans analys.

Det är viktigt att poängtera att rapporten är skriven ur perspektivet att regionen inte vill betala för digitala utomlänskontakter och att rekommendationerna följer därav. En av rekommendationerna i rapporten är att VGR ska verka för en förändring av gällande lagstiftning, för att begränsa valfriheten avseende digital vård. Författarna menar att det är enda lösningen som ger en långsiktig möjlighet att sluta betala för digitala utomlänskontakter. Man tar även upp kostnaden för digitala utomlänsbesök, som VGR hanterar centralt. Här nämns att innan regionen överväger att decentralisera finansieringen bör regionen kravställa nuvarande vårdgivare så att de är bättre rustade digitalt, då vissa vårdcentraler anses få svårt att konkurrera med större digitala vårdgivare.

Region Skåne har ingen pågående utredning av digitala vårdbesök. Skåningarnas digitala vårdbesök ges via fysiska vårdcentraler (drivna av digitala vårdgivare) som Regionen tecknat avtal med vilket minskar utomlänskontakter.

Region Östergötland fattade politiskt beslut i mars 2021 att utreda möjligheterna att sluta med att ekonomiskt ersätta digitala utomlänskontakter. En grupp tjänstpersoner ska nu på uppdrag av region-, hälso och sjukvårds- och utvecklingsdirektör bereda frågorna med återrapportering till styrelse och nämnd i november. Regionen har gjort ställningstagandet att vårdgivare måste kunna producera patientdata i Cosmic, vilket minskar etableringen av digitala vårdgivare med fysisk närvaro i Regionen.

Region Norrbotten har startat utredning av juridiska, ekonomiska och andra förutsättningar för att upphöra att ekonomiskt ersätta digitala utomlänskontakter från jan 2022. Det genomförs relativt få digitala utomlänskontakter i regionen idag.

Region Gotland har fattade under våren 2021 politiskt beslut att utreda möjligheter att sluta betala digitala vårdgivare från den 1 jan 2022. Digitala vårdgivare är dock viktiga för Regionens tillgänglighet. Kostnaderna uppgick endast till 5 miljoner kronor 2020, men i relation till budgeten för Region Gotland, som är Sveriges minsta sjukvårdshuvudman, är det ändå noterbart.

6. Region Västmanlands möjligheter att vidta åtgärder

Detta kapitel fokuserar på huvudfrågan "Vilka skyldigheter och rättigheter har Region Västmanland enligt lagrum och befintliga avtal i det system som nu råder med tjänster utförda av digitala vårdgivare?". Syftet är att beskriva Region Västmanlands handlingsutrymme ur ett legalt och avtalsmässigt perspektiv. I kapitlet nämns samtliga möjligheter, oaktat om dessa tar hänsyn till medborgarnas intressen, politiska eller andra hänsynstaganden såsom samverkansklimate med andra regioner. Den sortens överväganden och hänsynstaganden diskuteras i rapportens sista kapitel.

För en mer detaljerad juridisk analys hänvisas till bilaga 3.

6.1. Åtgärder riktade direkt mot de digitala vårdgivarna

6.1.1. Tredjemansavtal och hängavtal

Region Sörmland och ett antal privata vårdgivare har ingått nu aktuella avtal om att tillhandahålla vård i Region Sörmland. Avtalsvillkoren är standardiserade och anges i "Regelbok för bedrivande av primärvård inom Region Sörmland 2021".

Inom avtalsrätten förekommer det att "tredje man" tilldelas rättigheter enligt ett avtal. Två parter kan ingå ett avtal som ger rättigheter till någon som i formell mening inte är part i avtalet – en tredje man.

Om hemregioner hade tilldelats rättigheter enligt Region Sörmlands Regelbok hade Region Västmanland, trots att de inte är part i avtalet, ändå kunna åberopa dessa rättigheter gentemot de privata vårdgivare som är part i avtalet med Region Sörmland.

Det finns ingenting i Regelboken som tyder på någon avsikt hos avtalsparterna att ge patientens hemregion rätt att rikta krav mot de privata vårdgivarna. Tvärtom så görs det tydligt att vården till patienter hemmahörande i andra regioner tillhandahålls av de privata vårdgivarna på uppdrag av Region Sörmland.

Regionerna använder sig ibland av så kallade "hängavtal", där en aktör i vissa fall ges rätt att tillträda som part eller ingå ett nytt eget avtal. Vi kan konstatera att Region Sörmlands Regelbok inte innebär någon rätt för Region Västmanland att teckna anslutningsavtal eller på annat sätt inträda som part.

6.1.2. Utomobligatorisk skada

En aktör kan orsaka en annan aktör skada utan att dessa båda har några avtalsförpliktelser gentemot varandra. Det är då fråga om en så kallad utomobligatorisk skada. Utomobligatoriska skador regleras i skadeståndslagen.

Det får anses vara högst osannolikt att digitala vårdgivare orsakar en region skada genom brottslig handling. Ren förmögenhetsskada är skadetyper som skulle kunna komma i fråga för en region, exempelvis om privata vårdgivare har fakturerat för vårdtjänster som aldrig har utförts eller för fel vårdtjänster. En individ hos vårdgivaren kan då ha gjort sig skyldig till bedrägeri. Skadelidande kan då ha rätt till ekonomisk kompensation.

Det är den aktör som har utbetalat felaktiga belopp som anses vara skadelidande. Vid en rättslig prövning är det svårt för någon annan än den direkt utsatta regionen, vilket i nu aktuellt sammanhang är Region Sörmland, att hävda att man är skadelidande. Det är därtill en skada som först och främst uppstår i Region Sörmlands avtal med den privata vårdgivaren och i den avtalsrelationen är som sagt Region Västmanland inte part.

Vanligtvis krävs fördjupade granskningar för att uppdaga att ett brott kan ha begåtts. Det bör noteras att det endast Region Sörmland som med stöd av tecknat vårdavtal skulle kunna genomföra denna slags granskningar.

6.1.3. Bedömning

Om Region Västmanland enligt Region Sörmlands avtal med privata vårdgivare hade tilldelats rättigheter, alternativt kunnat teckna hängavtal, hade man kunnat rikta krav mot de digitala vårdgivarna i Region Sörmland. Utredningen konstaterar att så inte är fallet, på grund av hur Region Sörmlands regelbok och avtal är skrivna.

Region Västmanland kommer inte vinna framgång med en skadeståndstalan riktad mot en privat vårdgivare för utförd digital utomlänsvård. Utredningens bedömning är att en sådan eventuell skadeståndstalan istället måste föras av Region Sörmland.

Helseplan bedömer att Region Västmanland enligt gällande rätt för närvarande saknar möjlighet att vidta åtgärder direkt riktade mot de digitala vårdgivarna. Däremot finns möjlighet att vidta andra åtgärder, se i de avsnitten 6.2 och 6.3. Det finns vidare möjlighet att på olika sätt samverka med de digitala vårdgivarna och med Region Sörmland, se avsnitt 8.

6.2. Åtgärder riktade mot Region Sörmland

Som framgår ovan kan Region Västmanland inte vidta några rättsliga åtgärder mot de digitala vårdgivarna. Det finns dock ett antal andra åtgärder skulle kunna vidtas. Även om Region Västmanland inte väljer att genomföra någon av följande möjligheter är de viktiga att beakta i framtida strategi för digitala vårdgivare.

Först redogörs i punkt 6.2.1 för den rättsliga grunden för Region Sörmlands fakturering. Därefter beskrivs åtgärder som Region Västmanland skulle kunna vidta mot Region Sörmland.

6.2.1. Rättslig grund för fakturering

Här avhandlas på vilken rättslig grund Västmanland faktureras och om detta anses lag- och avtalsmässigt korrekt. Utomlänsavtal prövades rättsligt redan 1955. Dåvarande utomlänsavtal uppvisar så stora likheter med dagens Riksavtal att bedömningarna som gjordes då står sig än idag. Patientlagens införande 2015 förändrar inte rättsläget. Enligt utredningen är den rättsliga grunden för fakturering och betalning av utomlänsvård att regionerna köper vårdtjänster av varandra. Köpen regleras i lag som kompletteras av regionernas överenskommelser i utomlänsavtal. Nuvarande fakturering av Region Västmanlands köp av digital öppenvård av Region Sörmland är förenlig med lag och de avtal som gäller regionerna sinsemellan. Region Västmanland kan därmed inte ifrågasätta giltigheten i Riks- och regionavtal.

Av Region Västmanlands utbetalningar om cirka 20 mkr för digitala vårdbesök som tillhandahållits av annan region står Region Sörmland för den allra största delen. Fakturorna gäller ersättning för öppenvård till patienter bosatta i Västmanland, enligt fakturaunderlaget till de styckepriser per vårdkontakt som anges i SKR:s "Rekommendation om gemensamma utomlänsersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården m.m."

Redan av faktureringen med den åtföljande betalningen kan konstateras att det är mycket som talar för att Region Västmanlands betalningar avser ersättning för köp, att köparen är Region Västmanland och att säljaren är Region Sörmland.

Rättsläget innan den 1 januari 2015 var att hemregionen köper vårdtjänster från vårdregionen och att regionernas köp/sälj-relation reglerades dels genom lagstiftning, dels genom utomlänsavtalen. I och med patientlagens införande finns det anledning att fråga sig om lagändringen innebar att hemregionens betalningar inte längre skulle anses utgöra betalning för köp av vård utan istället en lagreglerad finansiering. Vi kan dock konstatera att lagändringen inte innebar någon förändring. Det är alltså fråga om köp av vård.

Köparen och säljaren har varken skriftligen eller muntligen ingått några specifika avtal inför varje uppdrag som köps in. En anledning till detta är att de individuella uppdragen inte föregås av några avtalsdiskussioner parterna sinsemellan då patienten på egen hand uppsöker vårdinrättningen i Region Sörmland med önskemål om viss öppenvård. Vårdinrättningen i Region Sörmland är då enligt lag skyldig att erbjuda vård.

Köpen regleras dock i överenskommelser av ramavtalskaraktär. I "utomlänsavtal" regleras patientens hemregions köp av vård från en vårdregion. Nu gällande är först och främst "Riksavtal för utomlänsvård och kommentarer – med giltighet fr.o.m. den 1 januari 2015". Av kommentarer tillhörande "Riksavtalet" framgår att utomlänsvården även regleras i regionavtal och i mellanlänsavtal.

6.2.2. Bestridande av Region Sörmlands fakturering

Region Västmanland skulle kunna i sin helhet bestrida faktura från Region Sörmland. Ett sådant bestridande skulle dock Region Västmanland med all säkerhet förlora i rätten.

Däremot finns möjlighet att bestrida delar av beloppet, mot bakgrund av lagförarbeten och Riksavtalet som föreskriver att ersättningen för inomläns- och utomlänspatienter ska vara lika. Notera att innan ett bestridande bör Region Västmanland ha frigjort sig från sina förpliktelser att tillämpa viss ersättningsnivå, se nedan punkt 6.3.2. Här finns viss möjlighet till framgång. Region Sörmland kan dock välja att rätta sig genom att höja ersättningen för digital vård som privata vårdgivarna ger till deras inhemska patienter. Om så sker kommer en eventuell rättstvist inte kunna leda till att Region Västmanlands framtida kostnader för den digitala utomlänsvården minskar.

Region Västmanland kan även bestrida fakturor från Region Sörmland på grund av missnöje med genomförda leveranser, exempelvis vad gäller vårdkvalitet eller bristfälliga uppgifter i faktureringsunderlag.

6.2.3. Allmänt om att bestrida fakturor och driva rättsprocess

Region Västmanland skulle kunna initiera en tvist genom att direkt ansöka om stämning vid allmän domstol. Att bestrida fakturor är dock för en köpare det mest kostnadseffektiva, enklaste och vanligen också det mest strategiskt kloka sättet att inledningsvis agera vid en tvist med en säljare. Ett bestridande är mindre aggressivt än ett initierande av en rättstvist. Bestridandet kan därför vara mer användbart om en målsättning är att söka tvinga fram en dialog med motparten om de förutsättningar som gäller för fakturerade tjänster.

För tvist i frågor som regleras i sjukvårdsregionens avtal och prislistor gäller att tvisten i första hand hanteras i samverkansnämnden. Samverkansnämnden ska därför kontaktas om Region Västmanland väljer att bestrida fakturor.

Om tvisten inte avslutas fredligt genom en överenskommelse eller förlikning av något slag så kommer tvisten att lösas först efter en rättsprocess i allmän domstol. En rättsprocess i flera rättsinstanser tar vanligen många år i anspråk och utgången i målet är alltid i relativt hög grad oviss. Den part som förlorar svarar i normalfallet för både sina egna och motpartens rättegångskostnader.

6.3. Övriga åtgärder för Region Västmanland

Förutom ovan beskrivna möjligheter att agera rättsligt mot Region Sörmland skulle Region Västmanland kunna välja andra vägar enligt följande.

6.3.1. Införande av remisskrav som helt eller delvis inkluderar digital utomlänsvård

Remisskrav är den av lagstiftaren förespråkade metoden för de regioner som ser svårigheter att planera och prioritera utifrån lokala behov och/eller som önskar att begränsningar i det egna vårdutbudet ska få genomslag. Den närmare utformningen av remisskrav är något som måste föregås av specifik och noggrann utredning. Patienter bosatta i den egna regionen och patienter från andra regioner måste dock hanteras lika.

6.3.2. Helt eller delvis säga upp utomlänssavtal

Om Region Västmanland önskar betala Region Sörmland en annan, lägre, ersättning för dessa tjänster då behöver Region Västmanland frigöra sig från sin skyldighet att betala enligt de fastställda nivåerna i SKR:s rekommendation och i sjukvårdsregionens prislista, dvs ersättningsnivåer som Region Västmanland idag avtalsrättsligt är förbunden att tillämpa. I båda fallen är uppsägningstiden ett år. Eftersom utomlänssavtalen till sin natur är tillsvidareavtal bör enligt allmänna avtalsrättsliga principer en uppsägning av endast vissa villkor vara möjlig. Region Västmanland skulle därmed kunna besluta om en avgränsad uppsägning enbart av SKR:s rekommendation samt av den specifika regiongemensamma prislistan för digitala vårdtjänster.

Efter en uppsägning kommer det vara oklart vilken ersättning som Region Västmanland ska betala för fakturerad vård. Åtgärden kan därför lämpligen åtföljas av avtalsdiskussioner med Region Sörmland om ersättningsnivåer – som därefter parterna kan specificera i Mellanlänssavtal. I förhandlingarna skulle parterna kunna diskutera även andra villkor för tjänsten såsom kvalitet, uppföljning etc. Åtgärden att delvis säga upp utomlänssavtalen kan vidare vara lämplig att genomföra inför ett eventuellt fakturabestridande och en eventuell rättsprocess enligt ovan avsnitt 6.2.

6.3.3. Beslut om förändringar av villkoren i de egna valfrihetssystemen

Region Västmanland kan genom förändringar i avtalsvillkoren i framtida vårdavtal (LOU) och genom beslut om förändring i villkor för befintliga vårdval (LOV) formulera förutsättningar och villkor för digital vård. I avtalsvillkoren kan uppställas krav på den digitala vården både vad gäller innehåll, uppföljning och ersättning. Ett krav som skulle kunna övervägas är att digitala kontakter med patienter bosatta i regionen som avser vård som kan hanteras enligt regionens eget avtal också ska hanteras enligt detta avtal (oavsett om det är huvudleverantören eller en underleverantör som tillhandahåller denna vård). Även i övrigt kan villkor formuleras som leder till en ökad koppling mellan fysisk vård och digital vård. I sammanhanget bör särskild omsorg läggas vid formulering av villkor avseende anlitande av underleverantörer, filialer och liknande.

Region Västmanland kan upphandla (LOU) eller införa vårdval (LOV) för digitala vårdtjänster specifikt. För avtalsvillkoren gäller detsamma som i föregående stycke.

7. Tillgång till fakturaunderlag och journaldata för tjänster som utförts av digitala vårdgivare

Detta kapitel fokuserar på huvudfrågan "Har Västmanland möjlighet att få mer information, som journaldata och i så fall hur, avseende patienter som nyttjar tjänster utförda av digitala vårdgivare?" Tillgången till data analyseras ur två perspektiv: Underlag för fakturering och uppföljning, samt patientdata.

Utredningen konstaterar att det under årens lopp tillkommit ett flertal olika metoder och skrivningar för uppföljning av de tjänster som digitala vårdgivare utför i hem- respektive vårdregion. Ingen region har en tillräckligt god metodik för uppföljning samtidigt som utredningen konkluderar att Region Sörmland inte är ett av de bättre exemplen.

7.1. Underlag för fakturering och uppföljning av utförda tjänster

Region Sörmland är den aktör som kan följa upp digitala primärvårdsbesök, genom fakturaunderlag, göra fördjupade granskningar och genom att se till att aktörer följer regelboken och använder NPÖ eller regionens journalsystem.

Digitala vårdgivare verksamma i Sörmland skickar in fakturaunderlag till Region Sörmland bestående av 66 fält med information per besök. Informationen skickas från den digitala vårdgivaren till den primärvårdscentral för vilken densamme är underleverantör. Vårdcentralen delar sedan informationen med Region Sörmland. Delningen sker genom Privera, ett it-stöd för att administrera ersättningen för privata vårdgivare. Informationen bifogas ej som vidare underlag till faktura till Region Västmanland. Fakturorna skickas inte heller digitalt utan fysiskt med transport.

Utöver uppgifter av ekonomisk karaktär innehåller fakturaunderlaget från de digitala vårdgivarna obligatoriska uppgifter som kan vara värdefulla även ur ett medicinskt perspektiv, exempelvis för att följa patientens behov och väg genom vården. Förutom personuppgifter kan verksamhetsområde, mottagning, avtalstyp, vårdnivå, besöksform, typ av vårdkontakt/vårdgivarspecialitet, huvuddiagnos och bidiagnoser samt läkemedelsförskrivning nämnas. Sammantaget torde detta utgöra intressant information om de patienter som idag är skrivna i Region Västmanland men får digital primärvård av digitala vårdgivare kontrakterade av Region Sörmland.

7.2. Uppföljning av vårdtjänster och delning av journaldata

Region Västmanland tar idag inte del av någon patientdata om de patienter som genomför digitala primärvårdsbesök och som faller inom ramen för utomlänspatienter. Region Västmanland saknar därmed möjlighet att följa upp besöken på en övergripande nivå genom

fördjupade granskningar av utförda tjänster, men även genom att kravställa och följa upp att leverantörer använder NPÖ eller regionens journalsystem.

Medicinskt sett följs i dagsläget endast patienter på fysiska vårdcentraler upp i Region Sörmland. **Uppföljningen av digitala vårdtjänster** genomförs sedan i höstas huvudsakligen som intervjuer i så kallade dialogmöten (muntligen eller skriftligen), där regionen ställer frågor och utföraren besvarar ställda frågor. Frågorna skickas ut i förväg utifrån en rapport som Region Sörmlands medicinske rådgivare sammanställer för var och en av de digitala vårdgivarna.

Det har inte skett någon granskning med utgångspunkt i utförarens förda patientjournaler för någon av de nuvarande (10) vårdcentraler i Region Sörmland som fokuserar på digitala vårdbesök. Region Sörmland har heller inte genomfört någon fördjupad uppföljning/granskning/revision avseende följsamhet till regelbokens "Riktlinjer för vårdgivares information och marknadsföring".

Digitala vårdgivare journalför inte i Region Sörmlands journalsystem och Sörmland har ej heller tillgång till de digitala vårdgivarnas journalsystem. Det förekommer att digitala vårdgivare intygar att de ska journalföra och dela med Region Sörmland. I realiteten har det visat sig endast gälla fysiska vårdcentraler. Region Sörmland har numera krav att digitala vårdgivare ska producera till NPÖ.

Diskussionen om att kravställa digitala vårdgivare att antingen använda/koppla sina system till respektive regions journalsystem har förts länge, bland annat inom SKR. SKR har kommit fram till att det är ett proportionerligt krav att digitala vårdgivare ska använda regionens journalsystem. Det måste dock skrivas in i avtal och kravställas.

Nationell patientöversikt¹, ofta kallad NPÖ, är ett webbaserat verktyg för sammanhållen journalföring och nås antingen via journalsystemet eller via en länk åtkomlig till exempel på ett intranät. Genom NPÖ kan behörig vårdpersonal ta del av information som finns i patientens journal hos andra vårdgivare i Sverige oavsett journalsystem.

Ineras process för att möjliggöra för digitala vårdgivare att få fulla behörigheter till NPÖ kan upplevas ha varit långsam, men i dagsläget har alla aktuella digitala vårdgivare avtal med NPÖ och kan därmed läsa information. Inte alla kan ännu producera till (skriva i) NPÖ. Fler och fler digitala vårdgivare har dock påbörjat processen, exempelvis Doktor.se och KRY.

8. Slutsatser och rekommendationer: Alternativ för framtida påverkan avseende digitala tjänster och kostnader för dessa

Utredningen har konstaterat att Region Västmanland har ett antal möjligheter att både agera för att minska sina kostnader för digital primärvård som utförs i annan region, men också

alternativ inför framtida strategiska vägval. Nedan listas respektive huvudområde med alternativ.

8.1. Åtgärder mot och kravställning av digitala vårdgivare

Helseplan bedömer att Region Västmanland saknar möjlighet att vidta åtgärder direkt riktade mot de digitala vårdgivarna. Region Sörmlands regelbok och avtal är skrivna på ett sätt som gör att Region Västmanland inte tilldelats rättigheter eller har möjligheter att teckna hängavtal. Det innebär även att Region Västmanland inte kan driva skadeståndstalan gentemot en privat vårdgivare.

Det är viktigt att påpeka att Västmanlands möjligheter i detta fall inte är avhängigt lagmässiga förhållanden utan beror på hur Region Sörmlands har skrivit regelbok och avtal. Det är därför viktigt att bevaka hur villkor formuleras i eventuella framtida sådana avtal och regelböcker, i andra regioner och i Region Västmanland.

8.2. Samverkan och dialog med Region Sörmland

Även om Region Västmanland inte kan vidta rättsliga åtgärder mot digitala vårdgivare kan man påverka Region Sörmland både genom att bestrida fakturor, men också genom att närma sig Sörmland med tydligare kravställan och utökad samverkan. I nästa steg får Region Sörmland välja om de vill och kan agera gentemot digitala vårdgivare. Om Västmanland inte väljer att genomföra någon av följande möjligheter är de viktiga att beakta i framtida strategi för digitala vårdgivare. Detta gäller speciellt då förändringar i digitala primärvårdsgivares agerande förväntas då patientavgiften i Sörmland höjs.

Nuvarande fakturering av Region Västmanlands köp av digital öppenvård av Region Sörmland är förenlig med lag och de avtal som gäller regionerna sinsemellan. **Region Västmanland kan således inte ifrågasätta giltigheten i nuvarande Riks- och regionavtal.**

Region Västmanland skulle däremot kunna, om man anser att levererade tjänster är bristfälliga i kvalitet eller om uppgifterna i faktureringsunderlaget är bristfälliga, **i sin helhet eller i delar bestrida fakturor från Region Sörmland.** Helseplan bedömer att Västmanland med all sannolikhet kommer förlora i rätten vid ett bestridande av fakturor i sin helhet. Att däremot delvis bestrida fakturor är en möjlighet som skulle kunna övervägas. Innan detta måste dock samverkansnämnden kontaktas. Ett delvis bestridande skulle kunna ta sin utgångspunkt i att Region Sörmland har alltför olika ersättningsnivåer för digital vård till patienter bosatta i Sörmland jämfört med patienter från andra regioner. Det kan dock finnas skäl för att dessa olika ersättningsnivåer, olikheter som också förekommer i flera regioner. Mer relevant för Region Västmanlands ställda frågor är att delvis bestrida till följd av brister i utförda tjänsteleveranser. För det krävs dock att Region Västmanland bedömer fakturor, fakturaunderlag och/eller kvalitet som undermåliga. I dagsläget har Region Västmanland för lite information för att kunna göra en sådan analys, varför Helseplan rekommenderar Västmanland att först begära ut nödvändigt material och genomföra en grundläggande analys av köpta tjänster.

Påverka Region Sörmland att ändra regelverket för digital primärvård. Vi har konstaterat att Region Sörmlands regelverk lämnar en del i övrigt att önska. Utredningen har inte tittat på andra regioners regelverk, men erfarenhetsmässigt har även dessa viss utvecklingspotential, exempelvis kring vad som gäller för digitala vårdgivare. En dialog med Region Sörmland om deras regelverk, en översyn av region Västmanlands eget regelverk och beredskap på att vårdaktörerna kan komma att byta huvudregion och därför aktualisera diskussion om dessa regioners regelverk, rekommenderas.

Begära att Region Sörmland utvecklar sin uppföljning av digitala primärvårdsgivare. Region Sörmland är som avtalspart den aktör som kan kravställa, följa upp och agera på uppföljningen gällande digitala primärvårdsbesök genom att exempelvis undersöka följsamheten till regionens regelbok eller genomföra en fördjupad granskning av utförda tjänster. Denna uppföljning sker för digitala primärvårdsgivare i dagsläget främst i dialogform utan kompletterande data eller granskningar. Helseplan anser att detta arbete har utvecklingspotential. Region Västmanland skulle genom att delvis bestrida fakturor kunna sätta press på Region Sörmland och kräva att Region Sörmland förbättrar sin uppföljning. Region Västmanland bör dock enligt Helseplan utvärdera en dialog och gemensam syn i första hand.

Säkerställa att patientdata för medborgare som nyttjar digitala primärvårdstjänster i andra regioner är åtkomligt för Region Västmanland. Region Västmanland tar idag inte del av någon patientdata om de patienter som genomför digitala primärvårdsbesök i en annan region. Flera vårdgivare har dock börjat eller är på väg att börja använda NPÖ och Region Sörmland har ett krav på att digitala vårdgivare ska producera i NPÖ. Då detta är en riksövergripande lösning med starkt stöd uppfattar Helseplan att det främst är genom detta utvecklingsarbete som Västmanland kommer få tillgång till patientdata.

8.3. Påverkan på riks- och regionnivå

Region Västmanland kan **verka för att valfriheten inom primärvården tas bort helt** eller att **verka för att valfriheten inom primärvården endast gäller fysisk vård**. Båda alternativen skulle säkerställa kontinuitet i primärvården och möjliggöra för regionerna att ha bättre kontroll över och information om de egna medborgarnas vårdbesök.

Även rapportförfattarna i VGR rekommenderar att man ska verka för en begränsning av valfriheten avseende digital vård, för att kunna sluta betala för digitala utomlänskontakter. I samband med detta anses även att regionen ska fortsätta ta kostnaden för digital utomlänsvård centralt och inte föra över ansvaret på vårdcentraler, med hänvisning till att flera vårdcentraler har svårt att konkurrera med större digitala vårdgivare.

Helseplan anser att utgångspunkten att begränsa konkurrensen då vissa vårdcentraler inte är rustade för digital vård är en passiv hållning. Medborgarnas möjligheter till relevant digital vård bör vara i fokus. Om inte regionen kan eller väljer att ha möjlighet att erbjuda digitala vård, borde det vara möjligt att söka den på annat sätt, liksom i andra fall då regionen av olika skäl har

begränsade möjligheter att bedriva specifik vård. Alternativet att arbeta mer proaktivt för att möjliggöra för primärvårdsenheter i regionen att arbeta digifysiskt är en längre men mer attraktiv väg. I det kan ligga att föra en dialog med organisationerna som erbjuder digitala primärvårdsbesök av olika slag, att likt vissa regioner diskutera en gemensam digital plattform eller bygga upp en egen digital plattform.

Gemensamt avtala en patientavgift med övriga regioner. Detta alternativ ligger på politisk nivå och frågan diskuteras kontinuerligt i bland annat SKR. Skillnaden mellan patientavgifter är lägre och incitamenten för digitala vårdgivare att använda en viss regions avtal mindre numera, främst då Region Sörmland höjt avgiften från noll till 100 kr. Det återstår dock skillnader i patientavgifter och Helseplan bedömer inte att en enhetlig patientavgift för vare sig fysiska eller digitala besök kommer till stånd inom överskådlig framtid – respektive region har egna strategier för prissättning och styrning av flöden. Däremot är det viktigt att bevaka utvecklingen, då förändringar i patientavgift ger förändringar i incitament och strategi för vårdbolagen.

Träffa en gemensam överenskommelse om lägre ersättningsnivåer mellan regionerna. Att arbeta med övriga regioner (helst flera och helst även med SKR) för att genomföra ändringar i Riksavtalet/rekommendationer. Dock har successiva sänkningar redan genomförts. Ytterligare sänkningar har en negativ påverkan på all digital vård, dvs även sådan som är önskad. Det riskerar även leda till att ekonomiskt pressade aktörer riskerar bedriva en verksamhet som är mindre seriös och är till mindre nytta för regionerna än den som tillhandahålls idag.

8.4. Region Västmanlands egen utveckling

Region Västmanland har ett antal valmöjligheter oaktat andra regioners och vårdaktörers agerande. Dessa sammanfattas och kommenteras kort nedan.

Införande av remisskrav som helt eller delvis inkluderar digital utomlänsvård. Regioner som vill ha bättre kontroll över planering, prioritering och begränsningar föreslås av lagstiftaren att införa remisskrav för vissa tjänster. Remisskrav för akutbesök har bland annat diskuterats i andra regioner, jämförbart med Norges system. Helseplan anser att detta är ett relativt stort ingrepp som måste utredas noggrant och som kan motverka syftet med patientens fria val och upplevelse av tillgänglighet till vården.

Helt eller delvis säga upp utomlänsavtal. Uppsägning av endast vissa villkor i utomlänsavtalen torde vara möjliga, exempelvis SKR:s rekommendation och regiongemensamma prislistan för digitala vårdtjänster. Här krävs avtalsdiskussioner med Region Sörmland och potentiellt andra regioner, där ersättningsnivåer, kvalitet, uppföljning etc bör tas upp. Denna åtgärd kan vara lämplig att genomföra inför eventuellt fakturabestridande.

Beslut om förändringar av villkoren i de egna valfrihetssystemen. I framtida avtal (LOU) och genom att förändra befintliga (LOV) kan region Västmanland exempelvis kravställa att digitala patientbesök hanteras enligt regionens avtal, samt formulera villkor som ökar kopplingen mellan

fysisk och digital vård. Man kan även upphandla (LOU) eller införa vårdval (LOV) för digitala vårdtjänster specifikt. Helseplan rekommenderar att Region Västmanland utreder en möjlig förändring av avtalen men råder till försiktighet gällande upphandling av digitala vårdtjänster specifikt då detta kan komplicera vårdgivarnas val av bästa möjliga kontaktväg för patienten.

Skapa en egen konkurrenskraftig lösning som gör att Region Västmanlands medborgare inte vill söka annan vård. Kontinuitetstanken och behovet av att kunna planera vården i en region gör att det optimala läget är att västmanlänningar är tillfredsställda med vården som erbjuds i regionen, inklusive digifysisk vård. Det innebär att en tillräckligt god digifysisk vård ska finnas lokalt och tillhandhållas på de områden man erbjuder vård. Utveckling sker redan i Region Västmanland och andra regioner, exempelvis i Stockholm som skapat appen Alltid öppet som är bemannad 07.00-22.00. Helseplan ser utmaningen i att liksom digitala primärvårdsföretag erbjuda 24/7-tjänster, men en förstärkt digital möjlighet i kombination med nuvarande primärvårdsjour skulle förmodligen täcka en stor del av det upplevda behovet. Det är också viktigt att konstatera att 1177 utvecklas kontinuerligt och att triagering och patientstöd i relativt stor utsträckning kan fås där.

Decentralisera kostnadsansvaret i region Västmanland från hälso- och sjukvårdsstyrelsen till vårdcentralerna. SKR menar att ett decentraliserat kostnadsansvar skapar innovations- och konkurrenskraft i regioner och är därför att föredra. Region Västmanland och andra regioner har använt olika varianter för kostnadsansvar, från fullt ansvar till att en större eller mindre del hanteras centralt. Helseplan instämmer i att större kostnadsansvar för Region Västmanlands primärvårdsenheter ger ett ökat incitament till att möta patienters efterfrågan på digital vård, men vi håller även till del med Västra Götalandsregionens utredning i att man i så fall bör gå igenom enheternas möjlighet att möta utvecklingsbehoven. Det finns även andra sätt att stimulera utveckling av digital vård än kostnadsansvar.

Föra en dialog med digitala vårdgivare om att etablera sig fysiskt i Regionen (för att få ha vårdavtal) och bli en naturlig del av vårdgivargruppen. Detta alternativ skulle under rätt förutsättningar kunna möjliggöra en bättre styrning av digitala flöden. I och med införandet av patientavgiften i Sörmland kommer nuvarande vårdaktörer förmodligen se detta som ett alternativ, varför Region Västmanland rekommenderas att ha en dialog med bolagen tidigt för att diskutera lösningar. För att effektivt kunna styra flöden krävs det att patienten blir informerad i det fall denne ändrar sökmönster. Exempel på detta kan vara att patienten får en digital indikation vid val av vårdgivare som man normalt inte besöker.

8.4.1. Slutdiskussion

SKR identifierade fyra utmaningar för regioner vad gäller digital utomlänsvård. Den första, att systemet inte bidrar till kontinuitet mellan primärvård och patienter, är relevant, men beror delvis på typen av besök. För vissa besök av engångskaraktär fungerar digitalt besök med läkare eller sjuksköterska utan möjlighet till kontinuerlig förståelse för patientens behov väl och denna

typ av besök kan avlasta kontinuitetsvården, medan avsaknad av information om patientens besök och dess situation i andra fall kan påverka vårdkvaliteten.

Den andra poängen att vård ska ges till den med störst behov handlar delvis om vem som ska definiera behovet. Sverige ligger fortfarande mycket lågt vad gäller tillgänglighet till vård, vilket delar av de digitala vårdgivarnas olika erbjudanden kan avhjälpa.

SKR:s tredje poäng, att det är problematiskt att en stor del av regionens utgifter går till vårdgivare som är kontrakterade av andra regioner kan naturligtvis ses som en utmaning, men denna kan lösas med förändrade villkor för utomlänsvård, tydligare samverkan och gemensam kravställning mellan regioner.

Den fjärde utmaningen, att digital utomlänsvård är avgiftsfri för invånare, är en reell utmaning som också den bör lösas centralt genom ändrat riksavtal. Det kommer dock inte att helt lösa utmaningen, då det förmodligen alltid kommer finnas regioner med lägre patientavgifter och andra incitament för privata aktörer att etablera sig, som enklare regelverk och lägre kravställning på aktörer.

Helseplan konstaterar att utvecklingen av digitala tjänster och möten i hälso- och sjukvården gått mycket snabbt de senaste åren, inte minst genom den katalysatoreffekt Covid-pandemin innebar. Denna utveckling är positiv då den upplevda tillgängligheten till vård, ett område där Sverige konsekvent får låga utvärderingar jämfört med motsvarande länder, kan öka. Upplevd tillgänglighet kan dock inte likställas med vård efter behov, varför det är viktigt att påverka digitala tjänsteutvecklingen från region- och riksnivå.

Om varje region i Sverige hade utvecklat en enligt medborgarna väl fungerande och lättillgänglig fysisk och digital mottagning och kontakt med medborgarna skulle marknaden för vårdbolag vara mycket begränsad. Samtliga regioner som Helseplan har kontakt med konstaterar att man måste fatta strategiska beslut om framtida digifysiskt erbjudande i regionen – hur det ska utformas och vem/vilka som ska stå för utbudet. Regioner kommer att fatta olika beslut, delvis beroende på olikheter i exempelvis efterfrågan, avstånd och population, men även av politiska skäl.

Införandet av patientavgift i Sörmland, SKR:s arbete med utveckling av såväl utomlänssavtal som generella rekommendationer, den tekniska utvecklingen och befolkningens beteende kommer tillsammans att fortsätta förändra digitala vårdtjänster i allmänhet och digitala primärvårdstjänster specifikt. Även om förslagen i utredningen Styrning för en mer jämlik vård i stora delar inte leder till lag kommer gemensamma ersättningsprinciper och krav på att utföra ska kunna tillhandahålla både fysiska och digitala besök fortsätta diskuteras. De förändringar som sker och kan komma att ske i kölvattnet av God och nära vård-utredningen, utredningen om En god och sammanhållen vård för barn och unga samt primärvårdens generella utveckling påverkar även vägvalen för såväl fysisk som digital primärvård.

9. Bilagor

9.1. Bilaga 1: Källor

9.1.1. Lagstiftning

Patientlag (2014:821)

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)

Skadeståndslag (1972:207)

Lag (2016:1145) om offentlig upphandling

Lagen (2008:962) om valfrihetssystem

Lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning

Fördraget om Europeiska unionens funktionssätt, 2012/C 326/01

9.1.2. Lagförarbeten

Prop. 2008/09:74

Prop. 2008/09:29

Prop. 2013/14:106

Prop. 2015/16:195 s. 933

SOU 2019:42

9.1.3. Rättspraxis

NJA 2001 s. 711

NJA 1956 s. 209

NJA 1994 s. 359

NJA 2013 s. 491

NJA 2005 s. 142

Göta Hovrätts dom i mål B 2963-11

NJA 1997 s. 44

NJA 1955 s 476

EU-domstolens dom i mål C-451/08 Helmut Müller

Kammarrätten i Stockholms dom i mål nr 7355-16

9.1.4. Övrigt

SKR:s "Riksavtal för utomlänsvård och kommentarer – med giltighet fr.o.m. den 1 januari 2015",
<https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-176-1.pdf?issuusl=ignore>

SKR:s "Rekommendation om gemensamma utomlänssättningar för digitala vårdtjänster i primärvården m.m." 2019-06-14, dnr 18/05148,
<https://skr.se/download/18.4829a209177db4e31aa28384/1615211266532/Digitala-vardtjanster.pdf>

SKR:s "Rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården" 2000-12-08, dnr Lf 924/00,
https://skr.se/download/18.4829a209177db4e31aa359de/1615468629906/Rekommendation_valmojligheter_halso_sjukvard.pdf

SKR:s "Sammanställning över regionernas krav på remiss i öppen vård",
<https://skr.se/skr/halsasjukvard/patientinflytande/utomlansvardriksavtal/remissioppenvard.30838.html>

SKR:s "Patientavgifter i öppen hälso- och sjukvård år 2021",
https://skr.se/download/18.71b542201784abfbf7a124e9/1616578603618/avgift_oppen_sluten_vard_2021_uppdaterad.pdf

SKR:s "Delredovisning av primärvårdens digitala utbud 2020",
<https://skr.se/download/18.2b9356b71784ab0c985c08db/1617863225113/Digitala-vardkontakter-i-prim%C3%A4rvarden-2020.pdf>

Inera "Nationell patientöversikt – NPÖ", <https://www.inera.se/tjanster/alla-tjanster-a-o/npo---nationell-patientoversikt/>

Region Sörmlands "Regelbok för bedrivande av primärvård inom Region Sörmland 2021",
<https://samverkan.regionsormland.se/for-vardgivare/halsoval/vardval-primarvard-halsoval/regelbok-primarvard/>

Sjukvårdsregion Mellansveriges "Avtal om samverkan i Avtal om samverkan i Sjukvårdsregion Mellansverige", <https://www.xn--sjukvrdsregionmellan-0zb.se/avtal-och-bilagor/>

Sjukvårdsregion Mellansveriges "Gemensam prislista för primärvård samt digitala vårdtjänster i primärvård Sjukvårdsregion Mellansverige 2021", <https://www.xn--sjukvrdsregionmellan-0zb.se/samverkan/attachment/del31.pdf>

Konkurrensverkets beslut 1993-12-02, dnr 689/93

Lina Maria Ellegård, fil dr, nationalekonomiska institutionen, Ekonomihögskolan vid Lunds universitet och Gustav Kjellsson, fil dr, universitetslektor, institutionen för nationalekonomi med statistik samt CHEGU (Centrum för hälsoekonomi), Göteborgs universitet. Artikel i

Läkartidningen 2019-10-18 – Originalstudie: Nätvårdsanvändare i Skåne kontaktade oftare vårdcentral.

Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys, rapport 2014:7 "En mer jämlik vård är möjlig"

Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys, rapport 2020:1 "Tre perspektiv på digitala vårdbesök - befolkningens, patienternas och vårdpersonalens uppfattningar.

VGR:s rapport "Digitala utomlänskontakter i primärvården", 2021-04-26

9.2. Bilaga 2: Intervjuförteckning

Namn	Funktion	Organisation
Lars Kolmodin	Handläggare, upphandling och valfrihetssystem	SKR
Kent Bobits	Verksamhetsutvecklare eHälsa	Region Sörmland
Christoffer Bernsköld	Enhetschef Allmänmedicin Hälso- och sjukvårdsförvaltningen	Region Stockholm
Daniel Forslund	Ordförande i SKR:s beredning för digitalisering och innovations-landstingsråd Region Stockholm	SKR, Region Stockholm
Per Lundqvist	Politisk sekreterare och ledamot i Digitaliseringsberedningen	VGR
Karin Möller	Hälso- och sjukvårdsstrateg	Region Östergötland
Jonas Ekström	Medicinsk digitaliseringschef	Region Västmanland

9.3. Bilaga 3: Analys av juridiska förutsättningar – Region Västmanlands rättigheter och skyldigheter vid digital utomlänsvård

1. Inledning

Region Västmanland betalade år 2020 cirka 20 mkr för digitala vårdbesök som hade tillhandahållits i en annan region. Det är främst Region Sörmland som har fakturerat Region Västmanland för sådana vårdtjänster och Region Västmanland har betalt i enlighet med de utställda fakturorna.

I denna analys kommer först utredas om Region Västmanland har möjlighet att vidta några åtgärder som riktas mot "digitala vårdgivare" – aktörer som har specialiserat sig på att tillhandahålla digital vård.

Därpå undersöks på vilken rättslig grund Region Västmanland betalar fakturor från Region Sörmland – om det är som köp eller om det är som gåva, bidrag eller annan finansiering.

Efter detta redovisas centrala villkor som samtliga regioner måste följa och slutligen redovisas möjliga åtgärder som Region Västmanland med utgångspunkt i dessa villkor skulle kunna vidta för att minska sina kostnader eller på annat sätt förändra förutsättningarna för digital utomlänsvård.

2. Kan Region Västmanland vidta åtgärder riktade mot digitala vårdgivare?

2.1 Tredjemansavtal

Inom avtalsrätten förekommer det att "tredje man" tilldelas självständiga rättigheter enligt ett avtal. Två parter kan ingå ett avtal som ger rättigheter till någon som i formell mening inte är part i avtalet – en tredje man.

Uttrycket "tredjemansavtal" är inte helt adekvat eftersom det inte är fråga om något separat avtal. Det är inte heller så att den tredje mannen ges tillgång till hela avtalsinnehållet utan i normalfallet ges denne enbart tillgång till specifika rättigheter enligt avtalet som kan göras gällande direkt mot en av avtalsparterna, dvs utan deltagande av den andre avtalsparten.

Huvudregeln inom avtalsrätten är att ett avtal endast binder avtalsparterna.¹⁷ De rättigheter som tilldelas tredje man genom tredjemansavtal är ett undantag till denna huvudregel, ett undantag som accepteras i rättspraxis.¹⁸ Om en tredje man faktiskt ska anses ha tilldelats rättigheter enligt ett avtal eller inte är en tolkningsfråga. Avgörande är om det har varit avtalsparternas avsikt att det ska uppstå bundenhet i förhållande till tredje man. Som nämnts

¹⁷ Se t.ex. NJA 2001 s. 711

¹⁸ Se t.ex. NJA 1956 s. 209 och NJA 1994 s. 359

måste det också vara fråga om en självständig rätt, dvs en rätt som kan göras gällande direkt mot en av avtalsparterna. Kravet på självständighet ska dock inte förstås som att det i avtalet måste ha utpekats ett visst särskilt rättssubjekt. Det kan vara fråga om ett tredjemansavtal också i de fall när ett kollektiv utpekats.¹⁹ Vid en tvist där en rättighet åberopas är det den tredje mannen som har bevisbördan för att ett tredjemansavtal föreligger.²⁰

En fråga för utredningen är om Region Sörmlands avtal med privata vårdgivare på något sätt kan ge rättigheter till Region Västmanland. Om en bestämmelse i avtalet anses utgöra tredjemansavtal så skulle alltså Region Västmanland, trots att de inte är part i själva avtalet, ändå kunna åberopa avtalsbestämmelsen gentemot de privata vårdgivare som är part i avtalet med Region Sörmland.

Till att börja med kan konstateras att Region Västmanland enligt aktuella avtal inte är avtalspart. Det är Region Sörmland och den privata vårdgivare som har tecknat nu aktuella vårdavtal och det är således endast de som är avtalsparter. Avtalsvillkoren är i huvudsak standardiserade och anges i "Regelbok för bedrivande av primärvård inom Region Sörmland 2021".²¹

I tiden innan den 1 januari 2015 var det vanligt förekommande att regionerna i sina avtal med privata vårdgivare hade bestämmelser som innebar att den privata vårdgivaren var skyldig att leverera vårdtjänster till övriga regioner (dvs till patientens hemregion). I vissa fall – beroende på hur avtalsbestämmelsen utformats – har man kunnat hävda att det därmed uppkommit självständiga rättigheter för hemregionen såsom tredje man. Alltjämt idag förekommer det avtalsbestämmelser i regionernas vårdavtal där frågan om tredjemansavtal skulle kunna aktualiseras.²² Utredningen har mot denna bakgrund gått igenom Region Sörmlands Regelbok.

Det finns ingenting i Regelboken som tyder på att det funnits någon avsikt hos avtalsparterna att ge patientens hemregioner en rätt att rikta krav mot de privata vårdgivarna som har avtal med Region Sörmland. Tvärtom så görs i Regelbokens punkt 2 tydligt att även denna vård till patienter hemmahörande i andra regioner tillhandahålls av de privata vårdgivarna på uppdrag av Region Sörmland. Av punktens första stycke framgår tydligt att utomlänsvården inte är den privata vårdgivarens ansvar: "Region Sörmland ska erbjuda öppen vård även till patienter från andra regioner".

I den för utomlänsvården centrala avtalsbestämmelsen, Regelbokens punkt 3.7, anges att "ersättning utbetalas enligt regionens prislista för utomlänspatienter". Ordet "regionens" är i

¹⁹ NJA 2013 s. 491

²⁰ NJA 2005 s. 142

²¹ <https://samverkan.regionsormland.se/for-vardgivare/halsoval/vardval-primarvard-halsoval/regelbok-primarvard/>

²² Även i det nu aktuella avtalet finns bestämmelser som skulle kunna anses skapa tredjemansrättigheter, men då för helt andra aktörer, dvs inte hemregioner. Det är företrädesvis bestämmelser som beskriver skyldighet att på olika sätt samverka. Som exempel kan nämnas vårdgivarens ansvar gentemot övriga vårdcentraler i jourområdet (Regelbokens punkt 2.3) och ansvar gentemot kommunens hälso- och sjukvård (Regelbokens punkt 2.5).

bestämd form singularis och syftar uppenbart på avtalsparten Region Sörmland. Inte heller här ges det således någon rättighet för patientens hemregion.

Sammanfattningsvis kan konstateras att Region Sörmlands Regelbok inte ger upphov till tredjemans-rättigheter av någon betydelse för Region Västmanland.²³

2.2 Hängavtal/anslutningsavtal

Kan då Region Västmanland på någon annan grund hävda rättigheter med stöd av Region Sörmlands Regelbok?

Regionerna använder sig ibland av s.k. "hängavtal". Med detta avser regionerna vanligen att någon annan än de ursprungliga avtalsparterna ges rätt att "hänga på" avtalet. Med avtalsrättslig terminologi är det antingen fråga om att en av de ursprungliga avtalsparterna tillsammans med en ny part ingår ett helt nytt separat avtal eller att en ny part tillträder/ansluter till detta avtal.

Uttrycket "hängavtal" är främst ett arbetsrättsligt begrepp som innebär att ett företag som inte själv tillhör en arbetsgivarorganisation ingår ett avtal med en fackförening om att tillämpa ett redan existerande kollektivavtal.

Den konstruktion som regionerna avser beskrivs därför bättre med utgångspunkt i de ovan angivna mer allmänna avtalsrättsliga uttryckssätten. Om det enligt en bestämmelse i ett avtal stipuleras rätt för viss aktör att tillträda som part eller ingå ett nytt eget avtal så kan denna rätt i sig vara en tredjemansrättighet. Förändringen effektueras antingen genom att ett helt nytt avtal tecknas eller att det tecknas ett s.k. "anslutningsavtal".

Ett anslutningsavtal kan gälla för hela det ursprungliga avtalsinnehållet eller för en större eller mindre del av detta. Genom anslutningsavtalet kan en helt ny part inträda i rättigheter (och skyldigheter) enligt ursprungsavtalet.

Det kan konstateras att Region Sörmlands avtal/Regelbok inte innebär någon rätt för Region Västmanland att teckna anslutningsavtal eller på annat sätt inträda som part.

2.3 Utomobligatorisk skada

Hitintills i detta avsnitt har utredningen fokuserat på frågan om Region Västmanland kan vidta åtgärder mot nätläkarföretag med stöd av avtal.

²³ Det finns en bestämmelse enligt vilken en hemregion i vart fall teoretiskt skulle kunna diskutera uppkomst av rättigheter och det är Regelbokens punkt 2.18 om hjälpmedel för patienter från andra regioner. För nu aktuellt utredningsuppdrag är dock hjälpmedel en i sammanhanget högst marginell fråga.

En aktör kan orsaka en annan aktör skada utan att dessa båda har några avtalsförpliktelser gentemot varandra. Det är då fråga om en s.k. utomobligatorisk skada. Utomobligatoriska skador regleras i skadeståndslagen.²⁴

Kan då Region Västmanland med stöd av skadeståndslagens bestämmelser kräva ekonomisk kompensation av nätläkarföretag?

Det finns olika typer av skador för vilka en skadelidande kan kräva ekonomisk kompensation – personskada, sakskada, ren förmögenhetsskada och allmän förmögenhetsskada. Ren förmögenhetsskada är den av skadetyperna som skulle kunna komma i fråga för en region. Med ren förmögenhetsskada avses "skada som uppkommer utan samband med att någon lider person- eller sakskada".²⁵ För rätt till ekonomisk kompensation vid rena förmögenhetsskador är huvudregeln att det krävs att skadan har orsakats genom brott.²⁶ Vanligtvis krävs fördjupade granskningar för att uppdaga att ett brott kan ha begåtts. I sammanhanget bör noteras att det endast är Region Sörmland som med stöd av tecknat vårdavtal skulle kunna genomföra dessa granskningar.

Det får anses vara högst osannolikt att nätläkare förorsakar skada genom brottslig handling. Resonemanget i det följande är därmed företrädesvis teoretiskt.

Det har dock hänt att privata vårdgivare har fakturerat för vårdtjänster som aldrig har utförts. En individ hos vårdgivaren kan då ha gjorts sig skyldig till bedrägeri.²⁷ I en sådan situation kan den skadelidande i enlighet med skadeståndslagens bestämmelser ha rätt till ekonomisk kompensation. Det är den aktör som har förletts att utbetala felaktiga belopp som anses vara skadelidande. Vid en eventuell rättslig prövning kan det därför vara svårt för någon annan än Region Sörmland, att hävda att man är skadelidande. Det är därtill en skada som först och främst uppstår i det uppdrag som regleras i Region Sörmlands avtal med den privata vårdgivaren och i den avtalsrelationen är Region Västmanland inte part. Den allmänna regeln är att avtalspart endast ansvarar mot sin direkte avtalspart, inte mot sin avtalsparts avtalspart.²⁸ Mot denna bakgrund är det högst osannolikt att Region Västmanland skulle kunna vinna framgång med en skadeståndstalan riktad mot en digital vårdgivare.

3. Avsnitt 2 – Utredningens bedömning

²⁴ Skadeståndslag (1972:207)

²⁵ Skadeståndslagen 1 kap. 2 §

²⁶ Skadeståndslagen 2 kap. 2 §. Det finns ett fåtal i rättspraxis formulerade undantag till denna huvudregel. Dessa är dock ytterst begränsade och specifika.

²⁷ Se t.ex. Göta Hovrätts dom i mål B 2963-11

²⁸ Se NJA 1997 s. 44.

Med stöd av det anförda är utredningens bedömning att Region Västmanland saknar möjlighet att vidta åtgärder riktade mot nätläkarföretagen. Detta främst eftersom den digitala vården som utförs inte regleras i något avtal mellan Region Västmanland och respektive nätläkarföretag.

4. Köp

4.1 Fakturor och betalningar

Av de fakturor som Region Sörmland månadsvis skickar till Region Västmanland framgår att Region Sörmland begär ersättning för öppenvård som har tillhandahållits av "digitala aktörer" till patienter bosatta i Region Västmanland. Faktureringen avser utförda vårdåtgärder vilka redovisas i fakturan per patient, datum för vårdtillfället, samt med uppgift om styckepriser per vårdkontakt. Sistnämnda uppgift motsvarar de styckepriser som anges i SKR:s "Rekommendation om gemensamma utomlänsersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården m.m."²⁹ Av fakturan framgår även vilken avtalspart som har tillhandahållit vård, vilken uppgift dock inte alltid avser Region Sörmlands avtalspart utan i vissa fall anges istället en sådan avtalsparts underleverantör.

Redan av denna fakturering med den åtföljande betalningen kan konstateras att det är mycket som talar för att Region Västmanlands betalningar utgör ersättning för köp av vård, att köparen är Region Västmanland och att säljaren är Region Sörmland.

Köparen och säljaren har varken skriftligen eller muntligen ingått några specifika avtal inför varje vårduppdrag som köps in. En anledning till detta är att de individuella uppdragen inte kan föregås av några avtalsdiskussioner parterna sinsemellan. Detta eftersom det är patienten som på egen hand uppsöker vårdinrättningen i Region Sörmland med önskemål om viss öppenvård.³⁰ Vårdinrättningen i Region Sörmland är då enligt lag skyldig att erbjuda vård.³¹ Köparen och säljaren upprättar därmed inga avtal inför varje enskilt köp.

4.2 Ramavtal

Köpeavtal inför varje köp av vård upprättas visserligen inte. Däremot har parterna förbundit sig att följa avtal som övergripande reglerar villkor för köp av vård regionerna sinsemellan. Dessa avtal kallas för "utomlänsavtal". Utomlänsavtal har funnits alltsedan 1950. Nu gällande är "Riksavtal för utomlänsvård och kommentarer – med giltighet fr.o.m. den 1 januari 2015".³² Av detta avtal med kommentarer "Riksavtalet" framgår att utomlänsvården även regleras i s.k.

²⁹ "Rekommendation om gemensamma utomlänsersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården m.m." 2019-06-14, dnr 18/05148.
<https://skr.se/download/18.4829a209177db4e31aa28384/1615211266532/Digitala-vardtjanster.pdf>

³⁰ Enligt patientlag (2014:821), PatL, 9 kap. 1 §

³¹ Enligt hälso- och sjukvårdslag (2017:30), HSL, 8 kap. 3 §

³² "Riksavtal för utomlänsvård och kommentarer – med giltighet fr.o.m. den 1 januari 2015",
<https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-176-1.pdf?issuussl=ignore>

regionavtal och i mellanlänsavtal. Region- och mellanlänsavtal definieras i bilaga till riksavtalet. Med "Regionavtal" avses ett för regionerna i en sjukvårdsregion gemensamt avtal och med "Mellanlänsavtal" avses ett avtal där parterna är två eller flera regioner, men där avtalet inte är ett regionavtal. I samtliga dessa utomlänsavtal regleras villkor för regionernas samverkan om sådan hälso- och sjukvård som en region tillhandahåller åt en annan region. I avtalen överenskomms om de villkor som ska gälla för parternas senare köp av utomlänsvård. Utomlänsavtal är därmed s.k. ramavtal.³³

4.3 Rättspraxis

Redan år 1955 klargjorde Högsta domstolen sin uppfattning om det första mer övergripande utomlänsavtalet som hade ingåtts år 1950.³⁴ Högsta domstolen uttalade om de dåvarande sjukvårdshuvudmännens utomlänsavtal att "överenskommelsen mellan landstingen och berörda städer har karaktären av en inbördes reglering med ömsesidiga utfästelser". Mellaninstansen, Svea Hovrätt, som relativt utförligt beskrev utomlänsavtalets framväxt konstaterade att avtalet "är av civilrättslig natur".

Den tidens sjukvårdshuvudmän hade via sina nationella förbund (landstingsförbundet respektive stadsförbundet) inför antagandet av utomlänsavtalet inrättat ett gemensamt särskilt utskott. En i målet central fråga var om ett senare meddelat ställningstagande av detta utskott var att anse som en del av utomlänsavtalet eller inte. Svea Hovrätt ansåg för sin del att utskottsmeddelandet i formell mening inte var en del av utomlänsavtalet. Efter genomförd avtalstolkning i vilken domstolen tog hänsyn till avtalets syfte och till de avtalsslutande parternas avsikt tillmätte hovrätten trots detta utskottsmeddelandet en avgörande betydelse. Högsta domstolen såg dock inget behov att tolkningsvägen inkludera utskottsmeddelandet eftersom detta enligt domstolen var en del av utomlänsavtalet. Enligt Högsta domstolen "måste utskottsmeddelandet uppfattas såsom ett av vederbörande huvudmän godtaget komplement till avtalet".

Omvandlat till dagens avtalssituation regionerna sinsemellan kan konstateras att nu gällande Riksavtalet, Regionavtalen och Mellanlänsavtalen kan ha kompletterats exempelvis genom ställningstaganden av det nu aktuella förbundet Sveriges Kommuner och Regioner, SKR. Som ett för denna utredning viktigt exempel på ett sådant utvidgat avtalsinnehåll är den tidigare omnämnda "Rekommendation om gemensamma utomlänsersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården m.m.". Dessa rekommendationer får därmed anses vara lika bindande för regionerna som utomlänsavtalen som sådana.

I 1955 års rättsfall prövades 1950 års utomlänsavtal. Det bör framhållas att detta utomlänsavtal uppvisar så stora likheter med dagens Riksavtal att de bedömningar som då gjordes sannolikt står sig än idag.

³³ För definition, se lag (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, 1 kap. 20 §

³⁴ NJA 1955 s 476

4.4 *Konkurrensverkets uppfattning*

Konkurrensverket har utrett frågan om Riksavtalet utgör ett i konkurrenslagens mening konkurrensbegränsande avtal.³⁵ Av betydelse för frågan om Riksavtalets rättsliga karaktär och frågan om hemregionen genomför köp när vård tillhandahålls i annan region uttalade verket följande. "Det avtalsparterna avtalat om, dvs. villkoren för utomlänsvården i Sverige, utgör enligt Konkurrensverket verksamhet av ekonomisk natur där vårdlandstinget mot betalning utför tjänster åt hemlandstinget."

5. Gåva, bidrag eller annan finansiering

5.1 *Vårdregionens och hemregionens ansvar enligt HSL*

Mot bakgrund av det i ovan punkt 2.1 till 2.4 anförda är utredningens uppfattning att Region Västmanland genomför köp av digital vård av Region Sörmland. Inför denna slutsats har vi även undersökt om de ersättningar som Region Västmanland erlägger till Region Sörmland istället för köp skulle kunna anses vara gåva/bidrag/finansiering.

I HSL 8 kap. 3 § första stycke första mening anges.

Regionen ska erbjuda öppen vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård.

Teoretiskt skulle man, med denna lagbestämmelse som utgångspunkt, kunna betrakta den öppenvård som en vårdregion tillhandahåller till patienter bosatta i någon annan region som något annat än en försäljning av vård till patientens hemregion. Vårdregionens tillhandahållande av denna utomlänsvård skulle då endast motiveras av den lagstadgade skyldigheten att tillhandahålla vård till patienter från andra regioner, dvs något köp/sälj av vården skulle i så fall aldrig genomföras.

I HSL 8 kap. 3 § andra stycket anges följande.

Om patienten omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård enligt 1 §, svarar den regionen för kostnaderna för vård som patienten ges med stöd av första stycket.

Denna bestämmelse skulle kunna uppfattas som en bekräftelse på det angivna synsättet, dvs att hemregionen inte köper utomlänsvård. Patientens hemregion skulle med detta synsätt endast ha ett finansieringsansvar för öppenvård som tillhandahålls av en annan region.

En utbetalning av medel som inte motsvaras av någon motprestation kallas vanligen för gåva. Om hemregionens utbetalningar skulle anses vara gåvor får det en del civilrättsliga

³⁵ Konkurrensverkets beslut 1993-12-02, dnr 689/93

konsekvenser. Förhandsutfästelser om gåva är exempelvis inte bindande. En gåva ska också i huvudsak vara frivillig. Med detta synsätt – att hemregionen ger gåvor till vårdregionen – skulle Region Västmanland i princip kunna avstå från att ge någon gåva till Region Sörmland. Det i detta stycke sagda gäller dock endast ur ett strikt civilrättsligt perspektiv.

När det som i detta fall är fråga om medel som överförs från en myndighet till en annan benämns detta inte gåva utan mer vanligt är att man kallar överföringen för bidrag eller finansiering. I den offentligrättsliga lagregleringen, HSL 8 kap. 3 § andra stycket, används inte heller uttrycket gåva. Istället anges att hemregionen "svarar...för kostnaderna".

Rättsläget innan 1 januari 2015 var otvetydigt att hemregionen köper vårdtjänster från vårdregionen och att regionernas köp/sälj-relation reglerades dels genom lagstiftning, dels genom utomlänssavtalen. I det tidigare omnämnda avgörandet i Högsta domstolen beskrevs regionernas utomlänssavtal som en "reglering med ömsesidiga utfästelser, som gå utöver vad som enligt lag åvilat dem".³⁶

Numera gäller enligt PatL, 9 kap. 1 § att patienter ska ha möjlighet att välja utförare av öppenvård i hela Sverige.³⁷ I HSL 8 kap. 3 § föreskrivs de regionernas skyldigheter som krävs för att möjliggöra denna nationella valfrihet för patienterna.

Det går inte av lagstiftningen att utläsa att regionerna därmed sinsemellan skulle genomföra köp av öppenvård. Mot denna bakgrund finns anledning att ställa sig frågan om den lagändring som genomfördes 1 januari 2015 också innebar en förändring vad gäller vilken rättslig grund som ska anses gälla för hemregionens betalningar till vårdregionen – köp eller finansiering.

5.2 Upphandlingsrättsligt perspektiv

Om en myndighets agerande anses utgöra ett köp då får detta upphandlingsrättsliga konsekvenser.

I LOU 1 kap. 2 § första styckes andra mening anges.

Med upphandling avses de åtgärder som vidtas i syfte att anskaffa varor, tjänster eller byggtreprenader genom tilldelning av kontrakt.

Som framgår av bestämmelsen är det fråga om en upphandling endast i de fall det genomförs en anskaffning av något slag, dvs en åtgärd för att få tillgång till varor eller tjänster.

Om det däremot anses vara en utbetalning som sker utan motprestation, dvs om den som genomför utbetalningen inte anskaffar någonting, då omfattas utbetalningen överhuvudtaget

³⁶ NJA 1955 s 476

³⁷ PatL 9 kap. 1 §: "En patient som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård ska inom eller utom denna region få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård."

inte av LOU.³⁸ Detta gäller oavsett om transaktionen utgör en gåva, ett bidrag eller om det är fråga om en betalning som görs som följd av en i lag angiven skyldighet att finansiera något.

Om man enligt resonemanget i föregående avsnitt skulle se vårdregionens ansvar enligt HSL 8 kap. 3 § som ett självständigt ansvar att tillhandahålla utomlänsvård och hemregionens ansvar enligt bestämmelsen endast som ett allmänt finansieringsansvar, då skulle det aldrig vara fråga om någon anskaffning när en hemregion finansierar utomlänsvård. Redan av definitionen på upphandling i LOU 1 kap. 2 § framgår att en finansiering utan motprestation inte är en upphandling. En sådan finansiering faller därmed helt utanför LOU:s tillämpningsområde.

5.3 Uttalanden i lagförarbeten till HSL

Patientens möjlighet att fritt välja var i Sverige denne önskar få tillgång till öppenvård reglerades tidigare i SKR:s "Rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården".³⁹ I lagförarbetet inför Riksdagens antagande av PatL uttalade lagstiftaren att ett fritt vårdval istället borde regleras i lag.⁴⁰

Gällande rätt är att en upphandlande myndighets köp av en annan upphandlande myndighet omfattas av LOU.⁴¹ Om nu aktuella betalningar utgör köp och inte bidrag/finansiering måste alltså det upphandlingsrättsliga regelverket beaktas. I nu aktuella lagförarbeten bekräftar lagstiftaren att utgångspunkten är att regionerna är skyldiga att upphandla.⁴²

Upphandlingsskyldighet uppstår normalt mellan landsting eftersom de är fristående från varandra.

Efter detta uttalande följer en relativt utförlig genomgång av det vid denna tidpunkt rådande rättsläget med avseende på offentlig upphandling av öppenvård enligt lagförslaget. Lagstiftaren summerar sin uppfattning i frågan med följande.

Det finns anledning att tro att gränserna för offentligt-offentligt samarbete, även efter det att rättspraxis kodifieras i nya direktiv, kommer att fortsätta att prövas och utvecklas i praxis. Regeringen delar emellertid utredningens bedömning att

³⁸ Se prop. 2015/16:195 s. 933 samt EU-domstolens dom i mål C-451/08 *Helmut Müller* (punkt 49)

³⁹ "Rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården" 2000-12-08, dnr Lf 924/00, https://skr.se/download/18.4829a209177db4e31aa359de/1615468629906/Rekommendation_valmojligheter_halso_sjukvard.pdf

⁴⁰ Prop. 2013/14:106 s 84

⁴¹ I nu gällande Riksavtal läggs så mycket fokus på frågan om upphandling av privat vård att läsaren närmast kan få intrycket att upphandlingsskyldighet enligt LOU endast skulle gälla i de fall vård tillhandahålls av privata vårdgivare. I tidigare gällande Riksavtal beskrevs på ett tydligare sätt skyldigheten att upphandla även omfattar situationen när en region köper vård som utförs av en annan regions egen regi-verksamhet.

⁴² Prop. 2013/14:106 s 89

förslaget till reglering av det fria vårdvalet inte bör medföra någon konflikt med EU:s upphandlingsregler eller de grundläggande EU-rättsliga principerna.

Den kodifiering som lagstiftaren talade om har numera beslutats och införts i svensk lag genom LOU 3 kap. 17 §.⁴³ Bestämmelsen utgör ett uttryckligt undantag från lagens tillämpningsområde, ett undantag som gäller under i bestämmelsen angivna förutsättningar vid ”upphandling mellan två eller flera upphandlande myndigheter”.

Alldeles oavsett om lagstiftarens ovan citerade uppfattning är korrekt eller inte, kan konstateras att det som lagstiftaren diskuterar är ett undantag från LOU:s tillämpningsområde. Ett undantag är dock endast nödvändigt om lagen först har konstaterats vara tillämplig. Lagstiftaren har således i förarbetena till HSL 8 kap. 3 § haft som sin tydliga utgångspunkt att upphandlingsskyldighet råder, dvs att det är fråga om en anskaffning enligt LOU 1 kap. 2 §. Det är mot den bakgrunden som lagstiftaren har argumenterat för att det föreligger ett undantag från skyldigheten att upphandla.

Om lagstiftaren hade varit av uppfattningen att HSL 8 kap. 3 § innebär att hemregionen inte gör någon anskaffning av vård – då hade lagstiftaren inte behövt göra sig besväret att argumentera för ett svårtillämpat undantag.⁴⁴ Då hade det räckt med ett enkelt konstaterande att hemregionen inte anskaffar något eftersom vårdregionen har ett eget självständigt ansvar att tillhandahålla öppenvård åt patienter som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård.

Noterbart i sammanhanget är att även om en finansiering utan motprestation inte omfattas av LOU så omfattas denna av EU:s statsstödsregler.⁴⁵ Om lagstiftaren hade ansett att hemregionen inte genomför köp utan endast ansvarar för finansiering hade lagstiftaren därmed behövt argumentera för att hemregionens finansiering är förenlig med statsstödsreglerna. I de aktuella förarbetena nämns dock ingenting om EU:s statsstödsregler.

6. Avsnitt 3 och 4 – Utredningens bedömning

- 6.1 Vår slutsats är att det i upphandlingsrättslig mening sker en anskaffning när hemregionen betalar för vård som tillhandahålls av vårdregionen. Det civilrättsliga uttrycket för detta är att det genomförs köp av vård. Hemregionen är köpare och vårdregionen är säljare. Vår uppfattning är att lagändringen 1 januari 2015 inte innebar någon förändring av rättsläget i detta avseende. Den rättsliga grunden för hemregionens betalning av öppenvård enligt HSL 8 kap. 3 § är därmed

⁴³ Lag (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU

⁴⁴ Att undantaget är svårtillämpat bekräftas av Kammarrätten i Stockholms dom i mål nr 7355-16.

⁴⁵ Fördraget om Europeiska unionens funktionssätt, 2012/C 326/01, konsoliderad version, Artikel 107.1.

densamma som den som gäller för slutenvården. All utomlänsvård utgör köp/sälj av vårdtjänster regionerna sinsemellan.

7. Villkor för Region Västmanlands köp

7.1 Det är alltså utredningens uppfattning att patientens hemregion, Region Västmanland, köper digital öppenvård som levereras av säljaren/vårdregionen, Region Sörmland. Dessa köp av vård regleras av offentligrättslig speciallagstiftning (främst HSL 8 kap. 3 §). Köpen regleras även av bestämmelser i utomlänsavtalen (Riksavtalet, Regionavtalen, Mellanlänsavtalen) med eventuella avtalskompletteringar.⁴⁶ I den utsträckning speciallagstiftningen och parterna (regionerna) har lämnat frågor oreglerade kan även allmänna avtals- och köprättsliga bestämmelser komma att aktualiseras.

7.2 I det följande redovisas sådana villkor för köp som har bäring på frågan vilka åtgärder Region Västmanland skulle kunna vidta för att minska sina kostnader för digital utomlänsvård eller på annat sätt förändra förutsättningarna för digital utomlänsvård.

7.3 I lagstiftningen uppställs bl.a. följande villkor:

- Vårdregionen är skyldig att leverera öppen vård till patienter från andra regioner (HSL 8 kap. 3 §)
- Den vård som levereras ska ges på samma villkor som de villkor som gäller för vårdregionens egna patienter (HSL 8 kap. 3 §)
- Patienten har rätt att välja vilken av vårdregionens utförare som ska tillhandahålla vården (PatL 9 kap. 1 §)
- Patientens hemregion är skyldig att betala för utförd vård (HSL 8 kap. 3 §)
- Hemregionens skyldighet att betala gäller inte om hemregionen ställer krav på remiss och remissvillkoren inte har följts (HSL 8 kap. 3 §)

7.4 I lagförarbetsuttalanden kompletteras lagstiftningen med bl.a. följande.

- Ersättningen för vården ska motsvara den faktiska kostnaden för utförd vård.⁴⁷

⁴⁶ Det kan noteras att Region Västmanland och Region Sörmland inte har ingått några Mellanlänsavtal som har bäring på aktuella köp av digital vård.

⁴⁷ Prop. 2013/14:106 s 87 "Efter att patienten vårdats i ett annat landsting, utifrån den medicinska bedömning av vårdbehovet som gjorts där, kan vårdlandstinget därmed kräva att patientens

- Det är den medicinska bedömning av vårdbehovet som görs av vårdlandstingets utförare som avgör vilken vård som ska utföras och ersättas.⁴⁸

- Patientens rätt att välja utförare i vårdregionen gäller endast offentligt finansierade utförare.⁴⁹

7.5 I lagförarbetena överlämnas vidare till regionerna att i utomlänsavtal fastställa vilken nivå på ersättningen som ska gälla och att närmare ange hur de ekonomiska transaktionerna ska genomföras.⁵⁰

7.6 I svensk rättsordning är avtalsfrihet huvudregel. Avtalsfriheten gäller dock inte utan undantag. För nu aktuella köp av öppenvård inskränks regionernas avtalsfrihet främst genom ovan speciallagstiftning. I den utsträckning lagstiftaren har valt att lämna frågor oreglerade kan dock regionerna formulera villkor i utomlänsavtal.

7.7 I Riksavtalet återfinns bl.a. följande villkor:

- Kapitel 4.1

Söker en patient öppen vård ersätter hemlandstinget vårdlandstinget enbart om hemlandstingets eventuella remisskrav från allmänläkare till specialistläkare och fysioterapeut/sjukgymnast har iakttagits.

- Kapitel 8.1

För utomlänsvård i egen regi och andra tjänster som lämnats enligt de ovan angivna bestämmelserna ska hemlandstinget betala skälig ersättning till vårdlandstinget. Ersättning för tjänster enligt detta avtal lämnas i enlighet med regional prislista, som har sin grund i överenskommelse mellan vårdlandstinget och samverkande landsting inom sjukvårdsregionen.

- Kapitel 8.2

Vård som ges av privat vårdgivare med kontrakt med ett landsting, som detta landsting sluter i enlighet med LOU (vårdavtal) eller LOV, ersätts av det kontraktsslutande landstinget. Det kontraktsslutande landstinget ersätts i sin tur

hemlandsting ersätter den faktiska kostnaden för patientens vård.”...” Det är emellertid av vikt att understryka att det endast är de faktiska kostnaderna som ska ersättas.”

⁴⁸ Ibid.

⁴⁹ Prop. 2013/14:106 s 86 ”En patient kommer att kunna välja utförare, antingen en offentlig aktör eller en privat utförare som har avtal med landstinget. Den sistnämnda behöver således vara upphandlad av landstinget enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling, förkortad LOU, alternativt godkänd inom ett s.k. valfrihetssystem enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV. Patienten kan även välja öppen vård hos läkare eller fysioterapeuter som är verksamma enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi.”

⁵⁰ Prop. 2013/14:106 s 87 ”Regeringen lämnar till landstingen att lösa hur de ekonomiska transaktionerna ska genomföras.”...”Regeringen anser att det är upp till landstingen sinsemellan att reglera ersättningen för vård inom primärvården och den specialiserade öppenvården.”

av patientens hemlandsting enligt de i kontraktet med vårdlandstinget angivna villkoren. I detta kontrakt ska regleras bl.a. att ersättning för en vårdtjänst är densamma för både inom- och utomlänspatienter. Ett sådant kontrakt är en förutsättning för att ett hemlandsting ska vara skyldigt att ersätta det kontraktsslutande landstinget.

...

Ersättning för tjänst som lämnas enligt avtalet faktureras det betalningsansvariga landstinget med specifikation per patient och vårdtillfälle så snart vården slutförts eller en gång per månad vid vårdtid över 30 dagar. Rätten till ersättning har förfallit om kravet inte har fakturerats sex månader efter det att vårdtjänsten avslutades. Anmärkning mot framställt krav på ersättning ska göras senast tre månader efter det att fakturan mottagits. Dröjsmålsränta erläggs enligt bestämmelserna i räntelagen (1975:635).

- 7.8 Riksavtalets villkor om remisskrav i kapitel 4.1 kan förstås på olika sätt. Antingen a) som ett exempel på remisskrav av hemregionen som måste följas för att hemregionen ska vara skyldig att ersätta öppenvården, eller b) som en inskränkning/begränsning av hemregionens möjlighet att uppställa remisskrav. En tolkning enligt b) skulle innebära att hemregionen endast skulle kunna uppställa remisskrav för vård hos specialistläkare och fysioterapeut/sjukgymnast.⁵¹
- 7.9 HSL 8 kap. 3 § omfattar all slags öppenvård av patienter bosatta i andra regioner. Bestämmelsens huvudsakliga avgränsning är således att all öppenvård omfattas – och att därmed ingen slutenvård omfattas. Hemregionens ersättningsskyldighet enligt bestämmelsens andra stycke, och hemregionens möjlighet att genom remisskrav kontrollera denna sin ersättningsskyldighet, gäller därmed även de för all öppenvård.⁵²
- 7.10 Det är inte möjligt för regionerna att i utomlänssavtal helt avvika från villkor som gäller enligt en för regionerna tvingande lagbestämmelse. Av allmän avtalsrätt följer att en avtalsbestämmelse som strider mot en tvingande lagregel kan inte göras gällande. Om en inskränkning av lagbestämmelsens tillämpningsområde genom Riksavtalets kapitel 4.1 skulle vara avsedd är alltså detta ett villkor i Riksavtalet som inte kan göras gällande. I den mån villkoret strider mot lag är det istället lagbestämmelsen, dvs HSL 8 kap. 3 §, som ska tillämpas.
- 7.11 Av detta följer att den enda möjliga tolkningen av Riksavtalets kapitel 4.1 är enligt ovan a), dvs som ett exempel på ett av flera möjliga remisskrav som en hemregion kan stipulera.

⁵¹ Det kan noteras att Riksavtalets kommentarer till kapitel 4.1 inte bringar någon klarhet i vad som avses, utan snarast ges i den delen utrymme för ytterligare tolkningsmöjligheter. Även det som sägs i kommentarerna skulle man kunna uppfatta som en inskränkning/begränsning av hemlandstingets möjlighet att uppställa remisskrav, men med en helt annan avgränsning än det som sägs i avtalets kapitel 4.1.

⁵² Med undantag för barnmedicin, gynekologi eller psykiatri när sådan vård tillhandahålls med stöd av lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning (3 § andra stycket).

- 7.12 Av Riksavtalets kommentarer framgår att regionerna informerar SKR om de remisskrav som har koppling till berörda lagbestämmelser. Vidare hänvisas till en SKR:s hemsida för tillgång till uppgifter om de olika regionernas remisskrav.⁵³ Av den sammanställning som återfinns på hemsidan framgår att remisskrav finns för öppenvård av många olika slag. Det är uppenbart inte begränsat till endast viss specialistvård eller fysioterapi/sjukgymnastik. Regionerna och privata utförare tillämpar de remisskrav som uppräknas. Även detta talar för att ovan a) är den enda möjliga tolkningen av Riksavtalets kapitel 4.1. En hemregion skulle därmed teoretiskt kunna införa remisskrav för all öppenvård.
- 7.13 Riksavtalets kapitel 8.1 beskriver hur ersättning fastställs när en hemregion köper vård av en vårdregion och vårdregionen utför vården i egen regi. Av bestämmelsen framgår att hemlandstingen ska betala en "skälig ersättning". I lagförarbeten anges att ersättningen ska motsvara den "faktiska kostnaden" för utförd vård. Det kan noteras att det är delvis olika grunder för beräkningen som beskrivs genom dessa båda uttryck.
- 7.14 I Riksavtalets kapitel 8.2 beskrivs hur hemregionens ersättning fastställs när vården tillhandahålls av en privat vårdgivare som har anlitats av vårdregionen. Ersättning ska utgå "enligt de i kontraktet med vårdlandstinget angivna villkoren". Region Sörmland betalar den ersättning som regionen anger i sitt vårdavtal med privata vårdgivare. Detta är den kostnad som Region Sörmlands har för denna vård. Här föreligger därmed en god överensstämmelse med den teoretiska beräkningsgrund som enligt lagförarbetena ska användas. En helt annan sak är att denna "faktiska kostnad" inte nödvändigtvis behöver överensstämma med de kostnader som uppstår i den privata utförarens verksamhet. I lagstiftningen – HSL 8 kap. 3 § – regleras dock hemregionens ersättningsskyldighet till vårdregionen. Detta innebär att det är Region Sörmlands (och inte de privata vårdgivarnas) faktiska kostnader som ska utgöra utgångspunkt för fastställande av ersättningsnivån.
- 7.15 Av Riksavtalets kapitel 8.2 framgår att vårdregionen ska utforma villkoren i sina vårdavtal med privata vårdgivare så att "ersättning för en vårdtjänst är densamma för både inom- och utomlänspatienter".
- 7.16 Region Sörmland har inrättat ett valfrihetssystem för primärvården.⁵⁴ Avtalsvillkoren för detta valfrihetssystem anges i "Regelbok för bedrivande av primärvård inom Region Sörmland 2021" med tillhörande bilagor.⁵⁵ Av denna regelboks punkt 3.7 framgår att ersättning "för

⁵³

<https://skr.se/skr/halsasjukvard/patientinflytande/utomlansvardriksavtal/remissioppenvard.30838.html>

⁵⁴ Enligt lag (2008:962) om valfrihetssystem, LOV

⁵⁵ <https://samverkan.regionsormland.se/for-vardgivare/halsoval/vardval-primarvard-halsoval/regelbok-primarvard/>

utomlänspatienter utbetalas enligt regionens prislista för utomlänspatienter utifrån beslut taget i Samverkansnämnden Uppsala/Örebroregionen”.

- 7.17 I sjukvårdsregionens ”Gemensam prislista för primärvård samt digitala vårdtjänster i primärvård Sjukvårdsregion Mellansverige 2021” uppräknas priser för digitala vårdtjänster.⁵⁶ Dessa priser överensstämmer fullt ut med de priser som anges i SKR:s ”Rekommendation om gemensamma utomlänsersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården m.m.”. Som exempel kan nämnas att ersättning ska utgå med ”500 kr för en digital läkarkontakt”.
- 7.18 Av Region Sörmlands regelboks ”Bilaga 3.1 Prislista” framgår att Region Sörmland till sina privata vårdgivare utbetalar ersättning för ”digitala besök alla yrkeskategorier (inkl. IGBT)” med ”200 kr per besök”. Inledningsvis i prislstan anges att prislstan gäller ”i huvudsak enbart patienter som är sörmlänningar”.
- 7.19 Region Sörmland betalar således till privata vårdgivare ett pris om 500 kr för en digital läkarkontakt när vården ges till patienter från andra regioner medan de betalar ett pris om 200 kr per besök (även läkarbesök) när vården ges till patienter bosatta i Region Sörmland. Detta är inte i överensstämmelse med Riksavtalets kapitel 8.2 som stadgar att ersättningen ska vara ”densamma för både inom- och utomlänspatienter”.
- 7.20 I nu gällande ”Avtal om samverkan i Sjukvårdsregion Mellansverige”, dvs det Regionavtal som gäller för den sjukvårdsregion där Region Västmanland och Region Sörmland ingår, anges i § 11 följande.⁵⁷ ”Tvist om tolkning eller tillämpning av detta avtal ska i första hand underställas samverkansnämnden för att lösas i samförstånd. I andra hand ska tvister avgöras av svensk domstol med tillämpning av svensk rätt om inte regionerna enas om annat förfarande.”
- 7.21 Eftersom HSL som lag stipulerar offentligrättsligt reglerade skyldigheter att tillhandahålla vård kan en vårdregion aldrig förvägra patienterna vård. Om exempelvis en hemregion skulle vägra betala en vårdregion för fakturerad utförd vård och frågan om ersättningen därmed under en tid blir tvistig – då har detta i sig ingen betydelse för vårdregionens skyldighet att fortsatt tillhandahålla vård till patienter från den aktuella hemregionen.

8. Utredningens förslag

- 8.1 Den juridiska analysen visar att det finns åtgärder som Region Västmanland teoretiskt skulle kunna välja att vidta. I denna rättsliga analys redovisas åtgärder som Region Västmanland ensidigt, dvs helt på egen hand, skulle kunna vidta. I denna analys görs således ingen bedömning

⁵⁶ <https://www.xn--sjukvrdsregionmellan-0zb.se/samverkan/attachment/del31.pdf>

⁵⁷ <https://www.xn--sjukvrdsregionmellan-0zb.se/avtal-och-bilagor/>

av om åtgärderna, av hänsyn till medborgarnas intressen, politiska intressen eller samverkansklimat till övriga regioner eller SKR, är praktiskt genomförbara eller inte. I denna analys redogörs för möjliga alternativa åtgärder ur ett rättsligt perspektiv, vilka också kommenteras utifrån ett rättsligt genomförandeperspektiv. Överväganden av annat slag än de rent rättsliga och förslag på åtgärder som Region Västmanland kan vidta tillsammans med andra återfinns i Helseplans huvudrapport.

8.2 Rättsligt möjliga åtgärder vilka syftar till att antingen minska Region Västmanlands kostnader för digital utomlänsvård och/eller till att förändra förutsättningarna för digital utomlänsvård:

- Införa remisskrav som helt eller delvis inkluderar digital utomlänsvård.

Remisskrav är den av lagstiftaren förespråkade metoden för de regioner som ser svårigheter att planera och prioritera utifrån lokala behov och/eller som önskar att begränsningar i det egna vårdutbudet ska få genomslag. Den närmare utformningen av remisskrav är något som måste föregås av specifik och noggrann utredning. Patienter bosatta i den egna regionen och patienter från andra regioner måste dock hanteras lika.

- I sin helhet bestrida av Region Sörmland fakturerat belopp.

Region Västmanland avråds från att fullt ut bestrida fakturerat totalbelopp. Region Västmanland skulle i det fallet, mot bakgrund av HSL 8 kap. 3 §, i det närmaste helt säkert förlora en prövning i allmän domstol. Lagbestämmelsens krav på att hemregionen ska ersätta vården innebär att en hemregion kommer ha mycket svårt att helt vägra att betala för utförd vård. Detta trots Riksavtalets skarpa formuleringar i kapitel 8.2 om att vårdregionens kontrakt med privata vårdgivare måste uppfylla vissa krav och trots att dessa krav inte uppfylls i Region Sörmlands regelbok. Risker är mycket stora för att Region Västmanland som tappande part kommer tvingas betala både sina egna och motpartens rättegångskostnader. En process i allmän domstol med anlitade processombud kan kosta i storleksklassen 500 tkr till 1,5 mkr per part.

- Delvis bestrida av Region Sörmland fakturerat belopp.

Ett delvis bestridande skulle kunna baseras på den omständigheten att Region Sörmland inte hanterar ersättningen för inhemska patienter och utomlänspatienter lika. En sådan likabehandling är enligt Riksavtalets kapitel 8.2 en "förutsättning för att ett hemlandsting ska vara skyldigt att ersätta det kontraktsslutande landstinget". I detta avseende finns därmed en viss möjlighet till framgång. Det är dock inte säkert att en tvist – annat än i det helt korta perspektivet, dvs för den enskilda fakturan – skulle resultera i lägre kostnader för Region Västmanlands utomlänsvård. Den angivna bristen i likabehandling kan nämligen Region Sörmland inför kommande fakturor lika gärna korrigera genom att höja ersättningen för den digitala vård som privata vårdgivarna ger till patienter bosatta i vårdregionen.

Inför en eventuell rättsprocess av detta slag rekommenderas att Region Västmanland närmare utreder de specifika förutsättningarna för denna process.

- Ett delvis bestridande i övrigt.

Ett bestridande skulle även kunna grundas på missnöje med genomförda leveranser. Missnöjet kan gälla allt från brister i vårdkvalitet till bristfälliga uppgifter i fakturaunderlag. Som en möjlig brist i dagens fakturering av Region Sörmland kan nämnas att denna inte lever upp till kravet i Riksavtalets kapitel 8.2 om att fakturering ska ske "så snart vården slutförts". Detta eftersom månadsvis fakturering enligt Riksavtalet endast är möjlig vid "vårdtid över 30 dagar". Av allmän avtalsrätt följer vidare att om det kan konstateras att det inte levereras någon öppenvård alls har Region Västmanland inte heller någon skyldighet att betala. Detsamma gäller om Region Sörmland har fakturerat för vård som inte har utförts, vård som uppvisar allvarliga brister eller vård till högre ersättning än den vård som har faktiskt utförts.

Inför en eventuell rättsprocess av detta slag rekommenderas att Region Västmanland närmare utreder de specifika förutsättningarna för denna process.

- Allmänt om att bestrida fakturor och driva rättsprocess.

Anmärkningar mot fakturor måste enligt Riksavtalet kapitel 8.2 göras "senast tre månader efter det att fakturan mottagits". När en faktura bestrids innebär detta inte per automatik att tvisten hamnar i domstol. Normalt sett är det den aktör som inte får betalt enligt faktura som har intresse av att driva frågan i rättsprocess. Denna inleder vanligen med att framföra krav och påminnelser (eventuellt med stöd av inkasso). Om fakturan ändå inte betalas är vanligt att denne ansöker hos kronofogdemyndigheten om betalningsföreläggande. Först därefter – om fakturan alltjämt inte är betald – överlämnas ärendet för prövning i allmän domstol. Det finns dock alltid möjlighet för endera part att direkt ansöka om stämning vid allmän domstol.

Det förutses både i Riksavtalet och aktuellt Regionavtal att tvister kan uppkomma. Enligt det mellan parterna gällande Regionavtalet ska tvist i först hand hanteras i samverkansnämnden. Först därefter kan det bli aktuellt att initiera process i allmän domstol. Sannolikt ska med detta förstås att samverkansnämnden ska kontaktas av endera eller båda part/-er direkt när en faktura bestrids.

Notera också det som sägs i följande punkt om uppsägning av utomlänsavtal. Det kan vara lämpligt att genomföra en uppsägning enligt vad som där sägs inför ett eventuellt fakturabestridande och en eventuell rättsprocess när det gäller en förestående tvist om ersättningsnivåer. Det blir då ett tydliggörande för rättsliga instanser att Region Västmanland inte accepterar gjorda bedömningar av ersättningsnivåer.

Notera vidare att rättsprocesser inte sällan avslutas genom att parterna ingår förlikning. I en förlikningsöverenskommelse skulle parterna kunna specificera annat som ska gälla vid aktuella tjänsteköp (såsom kvalitet, uppföljning m.m.). Om målet istället avslutas med dom kommer dock inga sådana frågor att inkluderas.

- Helt eller delvis säga upp utomlänsavtal

I dagsläget specificeras ersättningen för de digitala vårdtjänster som Region Sörmland fakturerar i SKR:s "Rekommendation om gemensamma utomlänsersättningar för digitala vårdtjänster i

primärvården m.m". De däri angivna ersättningsnivåerna upprepas i "Gemensam prislista för primärvård samt digitala vårdtjänster i primärvård Sjukvårdsregion Mellansverige 2021".

Om Region Västmanland önskar betala Region Sörmland en annan, lägre, ersättning för dessa tjänster behöver Region Västmanland frigöra sig från sin skyldighet att betala enligt de i dessa båda dokument fastställa nivåerna, dvs ersättningsnivåer som Region Västmanland idag avtalsrättsligt är förbunden att tillämpa.

I Riksavtalet kapitel 9 anges en uppsägningstid om ett år. Av bestämmelsen framgår inte om, och i så fall hur, denna är tänkt att tillämpas i tiden efter den 31 december 2017. Av Regionavtalet framgår inget annat än att det är ett tillsvidareavtal. I oreglerade avseenden gäller allmänna avtalsrättsliga principer. Eftersom Regionavtalet är ett tillsvidareavtal så kan det sägas upp förutsatt att det tillämpas en skälig uppsägningstid. Även Riksavtalet är i praktiken ett tillsvidareavtal. Mot bakgrund av Riksavtalets bestämmelse om uppsägningstid kan antas att rättsliga instanser kommer anse att en uppsägningstid om ett år är skälig.

Region Västmanland skulle alltså kunna fatta beslut om att säga upp Riksavtalet och Regionavtalet samt meddela detta till SKR och övriga/berörda regioner. Eftersom utomlänssavtalen till sin natur är tillsvidareavtal bör enligt allmänna avtalsrättsliga principer en uppsägning av endast vissa villkor vara möjlig. Region Västmanland skulle därmed kunna besluta om en avgränsad uppsägning enbart av SKR:s rekommendation om digitala vårdtjänster samt av den specifika regiongemensamma prislistan för digitala vårdtjänster.

Efter en uppsägning kommer det vara oklart vilken ersättning som Region Västmanland ska betala för den fakturerade vården. Åtgärden kan därför lämpligen åtföljas av avtalsdiskussioner med Region Sörmland om ersättningsnivåer – som därefter parterna kan specificera i Mellanlänssavtal. I förhandlingarna skulle parterna kunna diskutera även andra villkor för tjänsten såsom kvalitet, uppföljning etc.

- Beslut om förändringar av villkoren i de egna valfrihetssystemen

Region Västmanland kan genom förändringar i avtalsvillkoren i framtida vårdavtal (LOU) och genom beslut om förändring i villkor för befintliga vårdval (LOV) formulera förutsättningar och villkor för digital vård. I avtalsvillkoren kan uppställas krav på den digitala vården både vad gäller innehåll, uppföljning och ersättning. Ett krav som skulle kunna övervägas är att digitala kontakter med patienter bosatta i regionen som avser vård som kan hanteras enligt regionens eget avtal också måste hanteras enligt detta avtal (oavsett om det är huvudleverantören eller en underleverantör som tillhandahåller denna vård). Även i övrigt kan villkor formuleras som leder till en ökad koppling mellan fysisk vård och digital vård. I sammanhanget bör särskild omsorg läggas vid formulering av villkor avseende anlitande av underleverantörer, filialer och liknande.

Region Västmanland kan upphandla (LOU) eller införa vårdval (LOV) för digitala vårdtjänster specifikt. För avtalsvillkoren gäller detsamma som i föregående stycke.

ⁱ <https://www.inera.se/tjanster/alla-tjanster-a-o/npo---nationell-patientoversikt/>

