

**DATORISERAD BEVAKNING
AV
HÖGKOSTNADSSKYDDET**

Studie utförd på uppdrag av Landstingsförbundet

Göran Andrén

Gunnar Söderbergh Ulf Wennerberg

Stockholm i maj 1999

Innehåll

Sammanfattning och förslag.....	1
1 Uppdraget.....	3
2 Arbetets uppläggning.....	3
3 Högkostnadsskyddets nuvarande utformning.....	4
4 Resultat från utredningens intervjuer och seminarium.....	5
4.1 Resultat från intervjuerna.....	5
4.2 Resultat från utredningens seminarium.....	6
5 Bedömning av möjligheterna att införa IT-stöd för högkostnadsskyddet.....	7
5.1 Var gör IT-stöd för högkostnadsskyddet störst nytta?.....	7
5.2 Begränsa IT-stödet till de viktigaste fallen!.....	8
5.3 Patientkvalitet, besparingar, uppföljningsbarhet och framtidsberedskap - fyra möjliga nyttoeffekter.....	9
5.4 Datorisering av högkostnadsskyddet - ett steg mot en önskvärd infrastruktur!.....	10
5.5 Privata vårdgivare - en viktig del av lösningen.....	11
5.6 Sekretess och integritet - hinder finns men de bör kunna övervinnas.....	12
5.7 Några viktiga regler och tolkningar som bör utredas.....	13
6 Förslag till åtgärder.....	14
6.1 Val av teknisk lösning.....	14
6.2 Genomförandeåtgärder.....	15

Bilagor:

1. Tidigare utredningar vad gäller datoriserad bevakning av högkostnadsskyddet
2. Apotekets system för hantering av läkemedelsavgifterna
3. Tekniska lösningar för ett datoriserat högkostnadsskydd
4. Kostnaderna för ett datoriserat högkostnadsskydd

Sammanfattning och förslag

Landstingsförbundet uppdrog i november 1998 till Göran André, Stockholms läns landsting att undersöka möjligheterna att införa någon typ av datoriserad bevakning av högkostnadsgränsen för vårdavgifter. Uppdraget har genomförts med stöd av konsulterna Gunnar Söderbergh, SEMA Group Konsult AB och Ulf Wennerberg, Ulf Wennerberg Konsult AB.

I uppdraget har ingått att belysa vilka problem som kan finnas vid administrationen av högkostnadsskyddet, vilka behov av datorstöd som finns inom detta område, vilka tekniska lösningar som kan komma ifråga om det befinner sig lämpligt att införa datorstöd samt hur det fortsatta arbetet i så fall bör läggas upp.

Avsikten har inte varit att uttömmande behandla alla de frågor som hör samman med en datoriserad bevakning av högkostnadsskyddet. Syftet har istället varit att undersöka om det finns ett intresse bland landstingen för att införa datorstöd inom detta område och om detta är tekniskt och ekonomiskt genomförbart.

Underlag för utredningsarbetet har insamlats genom analys av skriftligt material samt genom intervjuer och möten med företrädare för landstingen. Intervjuer har genomförts med landstingens kontaktpersoner i patientavgiftsfrågor och med IT-personal inom landstingen som arbetar med patientadministrativa system.

Ett väsentligt inslag i arbetet har också varit ett seminarium som anordnades under februari månad i syfte att diskutera preliminära resultat från arbetet. I seminariet deltog företrädare för Landstingsförbundet samt för landstingen i Stockholms län, Uppsala län, Jönköpings län, Norrbottens län, Östergötlands län samt Västra Götalandsregionen.

Vi har kunnat konstatera att det hos många landsting finns ett intresse för en datoriserad bevakning av högkostnadsskyddet. Intresset är inte generellt men omfattar tillräckligt många landsting för att det skall vara motiverat att gå vidare med ett fortsatt utvecklingsarbete.

Mot denna bakgrund föreslår vi att man i det fortsatta arbetet detaljträder en **teknisk lösning** som består av nedanstående komponenter:

1. Ett rikstäckande register över patienter med frikort som förvaltas gemensamt av landstingen
2. Ett datoriserat högkostnadskort för avgiftsackumulering vid besök hos vårdgivare inom eget landsting

Vårt förslag grundas på följande **motiv**:

- Lösningen med ett sk smart frikort ger inte tillräckligt stora förbättringar för att vara värt insatsen, framför allt därför att hela ansvaret för bevakning av högkostnads-skyddet ligger kvar hos patienten
- Lösningen med ett register över avgiftsbefriade patienter är förhållandevis okomplicerad. Det borde därför vara möjligt att ta fram rikstäckande rutiner. Dessa behöver i princip bara innehålla tre funktioner: lägg till, ta bort och besvara frågan: har patienten frikort?
- En lösning som hanterar ackumuleringsfasen (datoriserat högkostnadskort) måste innehålla relativt komplicerade funktioner. Dessa måste dessutom anpassas till varje landstings interna system. Det är avsevärt svårare att ta fram en rikstäckande lösning för dessa funktioner än för ett register.

Avgränsningen av del 2 i den tekniska lösningen till eget landsting innebär att **varje landsting självt svarar för den övervägande delen av det integrationsarbete som krävs med befintliga eller kommande system**. Gemensamt skapas förutsättningar i form av ett färdigt programpaket eller gemensamma gränssnitt - varje intressent får sedan själv stå för sin interna del av lösningen. Detta är en arbetsfördelning som kraftigt sänker inträdeströskeln till systemet.

Vi föreslår att Landstingsförbundet genomför följande åtgärder för att föra arbetet vidare:

- Landstingsförbundet bör **inbjuda intresserade landsting att delta i ett fortsatt utvecklingsarbete** i syfte att ta fram en teknisk lösning av det slag som skisserades ovan. Det kan vara lämpligt att samla intresserade landsting i en gemensam projektgrupp för att driva detta arbete.
- Landstingsförbundet bör **uppmåna landstingen att bygga in delfunktioner för bevakning av högkostnadsskyddet då landstingen av andra skäl utvecklar eller förnyar sina vårdadministrativa system**. Kostnaderna för att tillhandahålla IT-stöd för denna verksamhet kan sänkas avsevärt om dessa möjligheter beaktas.
- Landstingsförbundet bör **ta initiativ till en översyn av regelverket för högkostnadsskyddet i syfte att åstadkomma administrativa förenklingar**. Mest angeläget är att ta bort möjligheterna att välja starttidpunkt för kvalificeringsperioden och att alltid betrakta besökstillfället som kvalificerande tidpunkt också då fakturering sker.

1 Uppdraget

Landstingsförbundet uppdrog i november 1998 till Göran André, Stockholms läns landsting att undersöka möjligheterna att införa någon typ av datoriserad bevakning av högkostnadsgränsen för vårdavgifter. Uppdraget har genomförts med stöd av konsulterna Gunnar Söderbergh, SEMA Group Konsult AB och Ulf Wennerberg, Ulf Wennerberg Konsult AB. I uppdraget har ingått att belysa vilka problem som kan finnas vid administrationen av högkostnadsskyddet, vilka behov av datorstöd som finns inom detta område, vilka tekniska lösningar som kan komma ifråga om det befinner sig lämpligt att införa datorstöd samt hur det fortsatta arbetet i så fall bör läggas upp.

Bakgrunden till uppdraget är bl a en skrivelse från Sammanläggningsdelegerade för Västra Götaland (hälso- och sjukvårdskommittén) till Landstingsförbundet i vilken kommittén aktualiserar frågan om en datoriserad bevakning av högkostnadsgränsen för vårdavgifter. I skrivelsen hänvisas bl a till en förstudie som har gjorts inom Kommunalförbundet Västra Götaland i denna fråga. I förstudien redovisas olika möjligheter och hinder för att införa en heltäckande, datoriserad bevakning av högkostnadsgränsen. Dessa möjligheter och hinder torde enligt kommittén vara gemensamma för samtliga landsting. Kommittén föreslog därför att Landstingsförbundet belyser frågan.

Den resursram som har stått till förfogande för uppdraget har varit begränsad. Avsikten har därför inte varit att uttömmande behandla alla de frågor som hör samman med en datoriserad bevakning av högkostnadsskyddet. Syftet har istället varit att undersöka om det finns ett intresse bland landstingen för att införa datorstöd inom detta område och om detta är tekniskt och ekonomiskt genomförbart. I rapporten redovisas därför inte några färdiga förslag till lösningar. Däremot beskrivs några möjliga tekniska lösningar samt en väg för fortsatt arbete om Landstingsförbundet eller enskilda landsting vill gå vidare med arbetet.

2 Arbetets uppläggning

Underlag för utredningsarbetet har insamlats genom analys av skriftligt material samt genom intervjuer och möten med företrädare för landstingen. Det skriftliga materialet har bl a omfattat beskrivningar av regelsystemet inom patentavgiftsområdet och av nuvarande arbetsrutiner och datorstöd inom detta område. Intervjuer har genomförts med landstingens kontaktpersoner i patientavgiftsfrågor och med IT-personal inom landstingen som arbetar med patientadministrativa system. Intervjuerna har framförallt syftat till att belysa erfarenheterna av nuvarande rutiner och system och hur man från landstingens sida prioriterar IT-insatser inom det aktuella området i förhållande till IT-insatser inom andra delar av hälso- och sjukvårdens verksamhet.

Ett väsentligt inslag i arbetet har också varit ett seminarium som anordnades under februari månad i syfte att diskutera preliminära resultat från arbetet. I seminariet deltog företrädare för Landstingsförbundet samt för landstingen i Stockholms län, Uppsala län, Jönköpings län, Norrbottens län, Östergötlands län samt Västra Götalandsregionen. Såväl IT-personal som sakkunniga i patientavgiftsfrågor deltog i seminariet. De åtgärder som föreslås i denna rapport bygger i stor utsträckning på resultatet av de diskussioner som fördes på seminariet.

3 Högkostnadsskyddets nuvarande utformning

I det följande behandlas endast det statligt reglerade högkostnadsskyddet för vårdavgifter (HSL §26). Utöver detta högkostnadsskydd har vissa landsting infört egna högkostnadsskydd för bl a sjukresor och avgifter inom slutenvården.

Högkostnadsskyddet för vårdavgifter i öppen vård innebär att patienten betalar högst 900 kronor under en tolv månaders period. Patienten väljer själv när kvalificeringsperioden skall starta. Patienten har således rätt att välja bort ett vårdtillfälle och istället starta kvalificeringsperioden vid ett senare tillfälle. Om patienten faktureras avgiften för besöket är det datum för besöket – inte betalningsdatum – som räknas. Beloppet får dock inte tillgodoräknas förrän avgift erlagts.

Högkostnadsskyddet för barn gäller gemensamt för samtliga barn i en familj. Detta innebär att barnens sammanlagda avgifter summeras och då totalsumman har nått 900 kronor erhåller samtliga barn i familjen var sitt frikort. För den öppna barnsjukvården dock avgiftsfri i hela landet.

Administrationn av högkostnadsskyddet sker nu med hjälp av ett sk högkostnadskort på vilket patientens erlagda avgifter noteras. Då högkostnadsgränsen har uppnåtts byts högkostnadskortet ut mot ett frikort. Patienten kan också välja att visa upp ett erforderligt antal kvitton. Nivån 900 kronor är absolut i den meningen att den inte får överskridas. Den sist erlagda avgiften kan därför variera i storlek.

Inget landsting har idag IT-stöd för bevakning av högkostnadsgränsen. Denna bevakning sker manuellt på ovan angivet sätt. Vissa landsting har dock vårdadministrativa system som gör det möjligt att notera om patienten har frikort och hur länge som detta gäller. Norrbottens läns landsting har ett sådant system som omfattar all offentlig hälso- och sjukvård. Andra landsting kan ha denna möjlighet för vissa vårdgrenar eller mottagningar. Möjligheter att samla dessa uppgifter till ett gemensamt register saknas dock i samtliga fall utom i Norrbotten.

Det vanliga är att flera vårdadministrativa system används parallellt inom ett landsting och att möjligheterna att överföra information mellan dessa system är begränsade eller obefintliga. Det är också regel att privata vårdgivare inte är anslutna till landstingens system och att de har egna system för sin vårdadministration eller inga system alls. Rapporteringen från privata vårdgivare till landstingen sker vanligen klumpvis utan angivande av individuella patientuppgifter.

Inget landsting har fn planer på att införa separata IT-system för hantering av högkostnadsskyddet. Däremot kan denna fråga komma att övervägas i samband med att landstingen ser över sina vårdadministrativa system. Det som då kan bli aktuellt är att införa delfunktioner för hantering av högkostnadsskyddet. Det är denna metod som har valts i Norrbottens läns landsting.

4 Resultat från utredningens intervjuer och seminarium

Som nämndes inledningsvis genomförde utredningen intervjuer med landstingens kontaktpersoner för patientavgiftsfrågor om behovet av IT-stöd för hanteringen av högkostnadsskyddet för vårdavgifter. Dessutom genomfördes ett seminarium med företrädare för ett antal landsting under februari månad. Seminariet syftade till att diskutera preliminära resultat från utredningsarbetet.

I det följande sammanfattas resultatet av intervjuerna och seminariet. De diskussioner som fördes på seminariet har varit styrande för de förslag som utredningen redovisar i slutet av denna rapport.

4.1 Resultat från intervjuerna

Intervjuerna syftade bl a till att belysa vilka erfarenheter som finns av nuvarande rutiner för hantering av högkostnadsskyddet. Allmänt kan framhållas att meningarna bland landstingens företrädare är delade i detta avseende.

Vissa intervjuade anser att nuvarande administrativa rutiner fungerar väl och att de inte behöver ändras. Dessa personer hänvisar ofta till att det är patienten som har ansvar för att hålla reda på kvitton och annat underlag och att det också är patienten som skall säga till då han eller hon är kvalificerad för frikort. I linje med detta synsätt anser man också att det är patientens ansvar att hålla reda på ett utfärdat frikort och att ta med frikortet vid ett läkarbesök.

De som anser att nuvarande rutiner har nackdelar framhåller i regel följande omständigheter:

1. Patienter har ofta tappat bort eller glömt sina frikort. Det vore då bra om man på ett enkelt sätt kunde kontrollera om patienten är avgiftsbefriad eller ej och i så fall för hur länge.
2. Många patienter blir förvånade då kassapersonalen inte kan få fram ur datorn om de har frikort eller ej och hänvisar till Apotekets system. Detta är litet pinsamt och kan ge intryck av att sjukvården inte riktigt hänger med i utvecklingen.
3. Det uppstår ibland krångel då patienten börjar komma i närheten av kvalificeringsgränsen. Det är svårt att förklara varför avgiften avviker från normalbeloppet då man når upp till gränsen.
4. Patienter kommer ibland med kvitton som avser frikortstiden och vill ha återbetalning av avgiften. Dessa ärenden ger ibland upphov till diskussioner som kan vara tidsödande och irriterande. Detta kunde undvikas om man hade ett bättre bevakningssystem

Några landsting ser ett behov av ett landstingsgemensamt register över frikortsinnehav. Man skulle då på ett enkelt sätt kunna genomföra de kontroller som omtalades ovan. Inget landsting har fn planer på att införa ett system för bevakning av högkostnadsgränsen. Många intervjuade framhåller att IT-stöd för hantering av högkostnadsskyddet inte är något prioriterat område. Det finns andra områden inom patientadministrationen som anses vara betydligt angelägnare att satsa på.

De flesta anser att en eventuell satsning på ett IT-stöd inom detta område bör ske integrerat med andra åtgärder för att utveckla IT-stödet inom vården. Isolerade satsningar för att skapa system som enbart kan hantera högkostnadsskyddet bedöms inte vara meningsfulla. Den låga prioriteringen av dessa satsningar medför också att enkla lösningar som register över frikortsinnehav prioriteras framför mer komplicerade lösningar som olika typer av bevakningssystem.

4.2 Resultat från utredningens seminarium

Diskussionerna på seminariet visade bl a att systemlösningar som enbart är inriktade på att hantera högkostnadsskyddet inte är ekonomiskt försvarbara. Sådana lösningar bör istället ses som en del av en större satsning på en elektronisk infrastruktur för samverkan mellan olika landsting och vårdgrenar. Avsaknaden av en sådan infrastruktur kan också ses som ett betydande hinder för att snabbt etablera ett system för datoriserad bevakning av högkostnadsskyddet.

Det framkom också att patientnyttan och möjligheterna till administrativa besparingar är de viktigaste motiven för att införa någon typ av datoriserad bevakning av högkostnadsskyddet. Bl a framhölls det att många av de patienter som utnyttjar högkostnadsskyddet är gamla och har svårt att hålla reda på högkostnads- och frikort. Det administrativa krånglet i samband med återbetalning av avgifter och hanteringen av kvitton är också besvärande. Man kan ha invändningar mot nuvarande system också från revisionell synpunkt.

Meningarna på seminariet var delade om vilken täckningsgrad som bör eftersträvas för ett IT-system för bevakning av högkostnadsskyddet. Några anser att ett sådant system inte har något värde om det inte omfattar samtliga vårdgivare och besökstillfällen. Andra ansåg att en total täckning av dessa varken är nödvändig eller genomförbar.

Beträffande den framtida inriktningen av satsningarna på ett datoriserat system för hantering av högkostnadsskyddet framkom att två åtgärder bör prioriteras: (1) ett bevakningssystem som endast omfattar det egna landstinget och (2) ett rikstäckande register över avgiftsbefriade. Som nämnts bör dessa satsningar dock inte ses som isolerade åtgärder utan kopplas till andra insatser inom det patientadministrativa området.

5 Bedömning av möjligheterna att införa IT-stöd för högkostnadsskyddet

5.1 Var gör ett IT-stöd för högkostnadsskyddet störst nytta?

På annat ställe i rapporten har vi diskuterat de tre faserna i ett högkostnadsskydd:

- 1) Följa upp patientens ackumulering av avgifter
- 2) Hantera avgiften när gränsen överskrids
- 3) Föra och tillhandahålla register över utfärdade ”frikort”

Vi har framhållit att hanteringen av avgiften då gränsen överskrids med dagens tolkning av regelverket är svår att göra automatiskt och inte bör ingå i ett datoriserat system så länge inte reglerna ändras (se nedan - regeländringar). Fas 2 bör således skötas manuellt.

Vi har däremot konstaterat att det finns olika uppfattningar om vilken av de övriga punkterna som är viktigast. Somliga säger att ett frikortsregister är fullt tillräckligt, andra att ackumuleringsfunktionen är nödvändig för att datorstödet skall bli meningsfullt.

Vår slutsats är att en första lösning bör bygga på ett stöd för faserna 1 och 3 ovan.

5.2 Begränsa IT-stödet till de viktigaste fallen!

Enligt vår uppfattning kan IT-stödet för högkostnadsskydd inte ha ambitionsnivån att täcka alla förekommande fall. Vårdgivarsituationen och regelverket är för komplext för att detta skall vara försvarbart eller ens genomförbart. Ambitionen bör i stället vara att ge tillräckligt god täckning för att alla patienter som ofta besöker sjukvården och deras ledsagare skall få bra service och för att undanröja så mycket som möjligt av nuvarande administrativa merarbete. Om man missar en del ”sällanbesökare” spelar det inte så stor roll. Man bör observera att högkostnadsskyddet idag endast faller ut för c:a tio procent av patienterna. Vi vill nämna att det finns olika uppfattningar om detta, och att viss möda i det fortsatta arbete bör läggas ned att finna en för alla parter tillräckligt bra lösning.

Slutsatsen av de diskussioner vi fört om vilket stöd som är viktigast och vilken täckningsgrad som behövs är att vi föreslår att ett första steg i en datoriserad bevakning av högkostnadsskyddet utformas med:

- Avgiftsackumulering begränsad till eget landsting

Skälet till denna avgränsning är att avgifter från andra landsting inte är särskilt vanliga för de patientkategorier som faktiskt får avgiftsbefrielse. De undantagssituationer som förekommer kan i dessa fall oftast redas ut hos den egna vårdgivaren. Därutöver är avgiftsackumuleringen funktionellt avsevärt mycket mer komplicerad att hantera eftersom den kan kräva omfattande felhanteringsrutiner. Den bedöms därför vara svårhanterad i ett IT-system som sträcker sig över landstingsgränser.

- Rikstäckande register (ev decentraliserat) över avgiftsbefriade

Avgiftsbefriade patienter behöver därmed normalt inte betala vid besök på eget eller annat landsting, förutsatt att vårdgivaren använder riksregistret.

Den som tar beslutet om avgiftsbefrielse bör även i ett datoriserat system förse patienten med någon form av handling som kan bäras med och bekräftar detta - t ex en enkel, av utfärdaren undertecknad, förklaring om avgiftsbefrielse med angivande av utfärdare, patientidentitet och utgångsdatum. Patienten behöver inte bära med sig handlingen, men kan – om han eller hon har den med sig – få avgiftsbefrielse även hos vårdgivare som inte är anslutna till datorsystemet. Apoteket använder sitt frikort på detta sätt.

Observera att riksregistret bör ses som ett rent informationsregister utan ”juridiskt värde”. Om avgift betalats i onödan får detta redas ut genom att patienten får visa upp kvittot för ansluten vårdgivare inom eget landsting för att avgiften skall räknas in i ackumuleringen. Detta kan ske vid patientens nästa besök hos någon egen vårdgivare.

5.3 Patientkvalitet, besparingar, uppföljningsbarhet och framtidsberedskap – fyra möjliga nyttoeffekter

Den nytta som uppnås med datoriserat högkostnadsskydd kan härledas till fyra effektområden - patientkvalitet, administrativa besparingar, uppföljningsbarhet och framtidsberedskap.

Patientkvalitet

Patienterna och deras ledsagare upplever dagens högkostnadshantering som ålderdomlig och besvärlig. De jämför (dock orättvist - se bilaga 2) med apotekens hantering och kan inte förstå att vården skall vara så mycket sämre.

Bland dem som ofta besöker vården ingår stora grupper av människor som har många störningar i sitt liv. Där finns förvirrade, och med ålderns rätt, glömska människor. Där finns grupper som behöver ledsagare. Många har dessutom en komplicerad vårdbild och besöker många olika vårdgivare. För alla dessa människor, och deras ledsagare, skulle det vara en stor lättnad om avgiftshanteringen kunde förenklas så mycket som möjligt. Trassel med glömda frikort, felbetalda besök eller oregistrerade besök, gör tillvaron besvärligare.

En bättre hantering av högkostnadsskyddet är för dessa människor ett viktigt tecken på total vårdkvalitet.

Administrativa besparingar

De administrativa besparingar som kan göras hamnar inte främst i den "normala" löpande hanteringen. Det handlar främst om att minska arbetet med att i efterhand korrigera felaktigt hanterade besök eller andra felsituationer - betala tillbaka avgifter, utfärda nya kort, utreda om fakturor betalats eller inte etc.

Det finns inga hårda fakta om vilket arbete som läggs ned. Samtliga vidtalade centrala avgiftshandläggare upplever att detta är en mycket stor del av deras arbete. Varje fall är mödosamt och tar tid eftersom underlagen är dåliga och ibland omöjliga att få tag på. Frikort utfärdas ju av alla vårdgivare - inte bara konventionella, ofta stora, sjukvårdsenheter utan också av sjukgymnaster, fotvårdspecialister, naprapater etc. Även de enskilda vårdgivarna drabbas av detta arbete - när glömda besök skall läggas in, avgifter återbetalas etc. De rutiner som idag används är dessutom knappast att betrakta som fullgoda från revisions synpunkt.

Uppföljningsbarhet

Det finns idag små möjligheter att följa upp de effekter på t ex konsumtionsmönster som högkostnadsskyddet ger. Det är svårt att få en uppfattning om vilka grupper som utnyttjar skyddet och vad som händer om ändringar görs. Idag förs t ex diskussioner om hur många "onödiga" besök som blivit följden av att barn och ungdomar blivit avgiftsbefriade - utan att sakliga underlag finns i tillräcklig omfattning.

Framtidsberedskap

Nuvarande frikortssystem för högkostnadsskydd är enkelt men inte flexibelt. Det ger till exempel inte möjlighet till den gradvisa avgiftsnedsättning som finns för läkemedel med syfte att motverka icke önskvärd konsumtion och minska samhällets kostnader.

Det är inte heller väl ägnat för samordning av olika kostnadsskydd. Flera nya och komplicerade samordningar av "karens" av detta slag är redan aviserade. På politikernivå diskuteras också att införa regler som liknar läkemedelsreglerna. Många av de förslag som nu diskuteras - och som verksamhetsansvariga vill ha - är överhuvud taget inte genomförbara utan datorisering. Man kan fråga sig om man inte redan nu bör bereda vägen för att kunna hantera nya typer av högkostnadsskydd - förvarningstiden brukar vara kort. Ett rimligt mål är därutöver att en medborgare skall ha **ett** högkostnadskort/frikort (eller motsvarande datoriserad funktion).

5.4 Datorisering av högkostnadsskyddet - ett steg mot en önskvärd infrastruktur!

Den tekniska lösningen för datorisering av högkostnadsskydd bedöms inte vara särskilt komplicerad eller kostsam. Problemet är snarare att det ställer krav på en infrastruktur för samverkan mellan landsting och andra vårdgivare som idag inte finns och också måste utvecklas. Om IT-stöd införs nu kommer arbetet för infrastruktur också att belasta budget och andra resurser.

Denna infrastruktur för elektronisk samverkan mellan landsting, vårdgivare och andra intressenter i vården måste dock byggas upp i alla fall (och är under uppbyggnad på många enskilda ställen) om vården skall kunna bedrivas med en kvalitet och effektivitet som svarar mot medborgarnas krav i framtiden. Problemet är bara det normala för infrastrukturella investeringar - varje enskilt behov motiverar inte insatsen, men de samlade behoven gör det mer än väl. Högkostnadsskydd skulle därutöver kunna vara ett lämpligt pilotprojekt eftersom de data som ingår inte är lika sekretesskänsliga som andra patientdata.

Med dessa förutsättningar bedömer vi att en inriktning som **enbart** innehåller högkostnadsskydd knappas kan försvaras ekonomiskt. Om man däremot betraktar elektronisk samverkan i vården avseende t ex remittering, provsvar, bokning och patientjournaler som ett nödvändigt inslag i framtida vård som nu måste börja förberedas hamnar saken i ett annat läge. Då kan högkostnadsskyddet ge hög nettoeffekt, både i sig själv och genom att fungera som ett pilotprojekt för en säker elektronisk samverkan.

5.5 Privata vårdgivare – en viktig del i lösningen

Inom egen organisation bör landstingen kunna tillhandahålla och kräva användning av ett datoriserat högkostnadsskydd. Där bör täckningen således bli närmast 100-procentig (undantag är t ex oidentifierade patienter).

De privata vårdgivarna är och kommer att vara en viktig vårdgivarkategori som också bör kunna ge samma slag av service som de offentliga vårdgivarna.

Det är inte självklart att de utnyttjar en given möjlighet. Många vårdgivare rapporterar idag överhuvud taget inte enskilda besök utan redovisar i klump - och motsätter sig av integritetsskäl all enskild rapportering av besöksdata. De kan också uppleva att datorstödet ger merarbete och/eller merkostnader

För de vårdgivare som av principiella skäl inte vill utnyttja en datoriserad lösning finns alltid möjligheten att utfärda kvitton och sedan låta patienten själv ansvara för sitt högkostnadsskydd.

Vi vill framhålla att en föreslagen lösning kan och bör utformas så att den är genomförbar även för en vårdgivare med små administrativa resurser. I lösningsskissen ingår en webblösning som enbart kräver tillgång till en någorlunda modern persondator med programvara (webbläsare) som kan laddas ned gratis från nätet. Kostnaden för detta bör vara överkomlig även för en ensam vårdgivare, särskilt som datorn också kan användas för annat stöd.

Den kanske viktigaste grunden för att datorisera högkostnadsskyddet är dock att patienterna upplever detta som en kvalitetsfråga. Vi menar då att varje vårdgivare själv bör ta ställning till om han/hon vill ge patienterna den service det innebär att de automatiskt får betala rätt avgifter för vården. För huvuddelen av de privata vårdgivarna lär detta inte bli något problem. De är redan idag avancerade IT-användare när det gäller vårdstöd och vårdssamverkan, eftersom de upplever att detta är attraktivt för patienterna och ger dem möjligheter att ge god vård. De större kommer förmodligen inte välja den enkla webblösningen utan bygga in det i befintliga IT-system. Många av de mindre kommer att se det som en viktig konkurrensfaktor när det gäller att bygga upp patientrelationer.

5.6 Sekretess och integritet – hinder finns men de bör kunna övervinnas

De data som behövs för högkostnadsskyddet är:

För avgiftsbefriade:

- Personidentitet
- Giltighetstid

För ackumulering:

- Personidentitet
- Giltighetstid för ev avgiftsbefrielse
- Besöksdata
 - Besöksnummer (för att kunna hitta rätt post)
 - Besöksdatum
 - Betald avgift
 - Vårdgivare (för kontroll och undvikande av dubbelregistrering)
 - Handläggare (vid korrigeringar, eller av revisionella krav).

Systemet måste självklart ha ett fullgott behörighetsskydd. Uppgiften om vårdgivare kan vara kontroversiell. Det är dock möjligt att utforma rutiner som gör det möjligt att oönskat angivande av vårdgivare inte behöver förekomma.

I övrigt är det fråga om data som enligt vår uppfattning knappast upplevs som känsliga av patienterna. De data som det här är fråga om skickas idag över befintliga kommunikationsnät inom många landsting.

Det finns idag olika uppfattningar om vad dagens regelverk tillåter i dessa avseenden och denna fråga måste utredas vidare. Eventuellt kan ändringar i lag eller föreskrifter behövas. Vid en avvägning mellan patientens nytta och hans/hennes behov av integritet synes det dock troligt att sådan förändringar skulle kunna beslutas i relevanta instanser och dessutom accepteras av medborgarna. Särskild lagstiftning med denna innebörd har redan genomförts för Apoteket AB.

För de människor som överhuvud inte vill förekomma i dataregister föreslås det handlingssätt som framgår ur apoteketets broschyr: ”Om du inte vill ha något apotekskort, måste du själv samla högkostnadsbevisen i god ordning, och ta med till Apoteket varje gång för att få rätt rabatt”.

5.7 Några viktiga regler eller tolkningar som bör utredas

Det finns fem regler eller regeltolkningar som komplicerar automatiska lösningar eller som kan påverka hela lösningen. Dessa beskrivs i detta avsnitt.

Sekretess och integritet

Det har framförts farhågor om att nödvändiga dataregister inte skulle få föras. Det är möjligt, men enligt vår uppfattning inte troligt, att sjukvården skulle förvägras rätten att föra denna typ av register av integritetsskäl. Motsvarande register förs redan av Apoteket AB enligt Lagen om receptregister.

Vi har dock tidigare framfört att kostnaderna för infrastrukturen knappast motiverar en lösning enbart för högkostnadsskyddet. De stora vinsterna kommer med utvidgad vård-samverkan över organisationsgränser, som då också kommer att innefatta överföring av avsevärt känsligare information. Detta innebär att ett beslut att gå vidare med högkostnadsskyddet egentligen bör baseras på en stark övertygelse att även journalinformation i framtiden kommer att tillåtas överföras i denna infrastruktur.

Frågan måste utredas vidare och prioriteras med tanke på att handläggningstiderna kan bli långa.

Skall patienten kunna ”taktikvälja”?

Idag bestämmer patienten när han/hon vill ta ut sitt frikort. Man kan i vissa fall få mycket förmånligare villkor om man väntar - ”taktikväljer” vilket tillåts i de flesta landsting. ”Taktikvalen” försvårar kraftigt en automatisk lösning, skapar patientmissnöje vid ”felaktiga val” och administrativa problem. En rak, automatiskt regel skulle förenkla avgiftsarbetet, samt göra det enklare att automatiskt hantera även gränsövergången till avgiftsbefrielse.

När har patienten betalat?

Reglerna säger att högkostnadsskyddet baseras på ”betalda” avgifter. **Regeltolkningen** är för de flesta landsting att en avgift inte är betald förrän pengarna finns på landstingets konto. Många besök, till exempel på akut eller i övrigt på udda tider, betalas genom att patienten får ett inbetalningskort. Man vill slippa kassahantering och de flesta avgifterna betalas ändå omedelbart. Vård måste därutöver ges även till personer som inte har fyllt plånbok och en inte liten del av de återkommande patienterna har aldrig det och får därför också någon form av faktura/inbetalningskort. Det senare får den egendomliga effekten

att patienter som för länge sedan skulle fått gratis vård om de bara haft pengar får faktura efter faktura - av vilka alla blir ogiltiga om socialtjänsten går in och betalar de allra första - med påföljande behov av många korrigeringar i ekonomisystemen.

Det skulle innebära en stor förenkling i IT-stödet och en stor besparing i avgiftshandläggningen om man ändrade regeltolkningen till att pengarna ur högkostnadssynpunkt har betalats i och med att fakturan/inbetalningskortet accepterats. Om pengarna sedan inte betalas in blir detta föremål för sedvanliga indrivningsåtgärder och är inte en fråga som har med högkostnadsskyddet att göra. Detta förfarande är normalt i många andra sammanhang och lär inte innebära några större risker för ekonomiska förluster (även om effekterna kanske bör följas upp).

Eventuella nya frikortsregler och deras konsekvenser

Som framhållits på annan plats är nuvarande frikortsregler de enda som med rimlig insats kan hanteras utan IT-stöd. Om dessa regler ändras kan datorisering bli tvingande. Detta gäller till exempel om läkemedelsreglerna överförs på vårdfallet.

Är frikortstanken förenlig med lagen?

Lagen säger att kostnaden för vård under en period på tolv månader inte skall överstiga högkostnadsbeloppet. Detta har tolkats så att patienten erhåller gratis vård från kvalifikationsperiodens början och tolv månader framåt. Detta medför att en patient under en tolv-månadersperiod kan komma att betala nästan dubbla beloppet - om ett första enskilt vårdtillfälle efter nära tolv månader följs av en intensiv besöksperiod. I strikt mening krävs ständig kontroll 12 månader bakåt för att erhålla rätt resultat. Om lagen tolkas på detta sätt måste högkostnadsskyddet bevakas med IT från datorsystem eller i smartkort om man skall kunna efterleva lagen med rimliga insatser. Datorisering blir med denna tolkning av lagen tvingande.

6 Förslag till åtgärder

6.1 Val av teknisk lösning

Vi föreslår att man detaljutreder en lösning som består av nedanstående komponenter:

1. Ett rikstäckande register över avgiftsbefriade patienter
2. Ett datoriserat högkostnadskort för avgiftsackumulering vid **besök hos alla vårdgivare inom eget landsting.**

Förslaget grundas på följande motiv:

- Ett **”smart frikort”** ger inte tillräckligt stora förbättringar för att vara värt insatsen, framför allt därför att hela ansvaret för bevakning av högkostnadsskyddet ligger kvar hos patienten
- Ett **register över avgiftsbefriade är förhållandevis okomplicerat och det borde vara möjligt att ta fram rikstäckande rutiner**. Det behöver i princip bara innehålla tre funktioner: lägg till, ta bort, besvara fråga ”finns frikort”. Det borde därför vara okomplicerat både i utveckling och drift och kan fungera som prototyp i arbetet att bygga ett rikstäckande samverkansnät. **Därutöver täcker det huvuddelen samverkansbehovet utanför eget landsting**, särskilt när det gäller de förväntningar patienterna kan tänkas ha när det gäller servicekvalitet.
- **Akkumuleringsfasen (”datoriserat högkostnadskort”) måste innehålla mer komplicerade funktioner som dessutom måste anpassas till varje landstings interna funktioner. Det är avsevärt svårare att ta fram en rikstäckande lösning för detta**. Avgiftsackumuleringsfasen är funktionellt avsevärt mer komplicerad - det måste till exempel finnas möjligheter att rätta, ändra och räkna om. Därutöver kan nödvändigt samspel med andra system variera mycket och vara mycket komplicerat. **IT-stöd för detta efterfrågas huvudsakligen för användning inom eget landsting**. ”Avgiftsackumulering” sker dessutom huvudsakligen inom eget landsting. Den del av patienterna som ofta besöker vårdinrättningar eller av olika skäl har svårt att hålla reda på sig besöker också huvudsakligen vårdgivare inom eget landsting. Det senare gäller än mer sedan regionerna har bildats.
- **Ett ”färdigt paket” skulle göra det möjligt för de landsting som är intresserade att snabbt komma igång med ett system** som dessutom innehåller kopplingar till det rikstäckande avgiftsbefrielseregistret.

Avgränsningen till eget landsting innebär att varje landsting självt svarar för den övervägande delen av integrationsarbetet med befintliga eller kommande system. Gemensamt skapas förutsättningar - varje intressent får sedan själv stå för egen del av lösningen. Detta är en arbetsfördelning som samtidigt kraftigt sänker inträdeströskeln. En förutsättning som har styrt vårt arbete är att det skall finnas färdiga lösningar även för mindre, självständiga vårdgivare.

6.2 Genomförandeåtgärder

Vi har tidigare konstaterat att det inte finns någon gemensam uppfattning bland landstingen om behovet av datorstöd vid hanteringen av högkostnadsskyddet. Vi har dock

funnit att intresset är tillräckligt stort bland landstingen för att det skall finnas anledning att gå vidare med nedanstående åtgärder. Upplägget ger intresserade landsting möjlighet att skapa en lösning samtidigt som de som inte anser att insatsen är befogad kan avstå.

Följande åtgärder bör genomföras:

- Landstingsförbundet bör inbjuda intresserade landsting att delta i ett fortsatt utvecklingsarbete i syfte att ta fram en teknisk lösning av det slag som skisserades i avsnitt 6.1. Det kan vara lämpligt att samla intresserade landsting i en gemensam projektgrupp för att driva detta arbete.
- Landstingsförbundet bör uppmana landstingen att bygga in delfunktioner för bevakning av högkostnadsskyddet då landstingen av andra skäl utvecklar eller förnyar sina vårdadministrativa system. Kostnaderna för att tillhandahålla IT-stöd för denna verksamhet kan sänkas avsevärt om dessa möjligheter beaktas.
- Landstingsförbundet bör ta initiativ till en översyn av regelverket för högkostnadsskyddet i syfte att åstadkomma administrativa förenklingar. Mest angeläget är att ta bort möjligheterna att välja starttidpunkt för kvalificeringsperioden och att alltid betrakta besökstillfället som kvalificerande tidpunkt också då fakturering sker.

För att fullfölja det utvecklingsarbete som har påbörjats genom denna förstudie bör - som nämnts - en projektgrupp med deltagande av intresserade landsting tillsättas. Lämpligast torde vara att ett landsting - t ex Stockholms läns landsting - är administrativt sammanhållande för arbetet och att övriga landsting medverkar i en ledningsgrupp och/eller med projektmedarbetare. Kostnaderna för projektet kan då spridas ut på flera landsting.

Vissa av de ändringar av regelverket för högkostnadsskyddet som behöver göras förutsätter lagändringar eller ändring av statliga föreskrifter. Landstingsförbundet bör därför föreslå regeringen att en utredning tillsätts med uppgift att se över aktuella författningar. Samtidigt finns det anledning att internt inom landstingen se över de regler som har tillkommit genom beslut av olika landstingsorgan. Detta gäller bl a vissa regler för avbetalning av patientavgifter.

Tidigare utredningar vad gäller datoriserad bevakning av högkostnadsskyddet

1 Inledning

Frågan om en datoriserad bevakning av högkostnadsgränsen för vårdavgifter har utretts tidigare. Som nämndes i huvudtexten har en förstudie genomförts av Kommunalförbundet Västra Götaland. Denna förstudie fungerade som en utgångspunkt för Kommunalförbundets hänvändelse till Landstingsförbundet. Frågan har också tagits upp i en skrivelse till Hälso- och sjukvårdsnämnden i Stockholms läns landsting. I skrivelsen efterlyser Kajsa Hansson (c) en samordnad hantering av patientavgifter med hjälp av datorstöd. I ett svar på skrivelsen redovisade hälso- och sjukvårdens koncernstab möjligheterna att åstadkomma en sådan hantering inom Stockholms läns landsting. I det följande lämnas en kortfattad redogörelse för de utredningar som genomförts i Västra Götaland och i Stockholms läns landsting.

2 Förstudie inom Kommunalförbundet Västra Götaland

Förstudien avsåg möjligheterna till datoriserad bevakning av högkostnadsskyddet i Västra Götalandsregionen. Uppdraget avsåg endast den öppna hälso- och sjukvården. I regionen finns även ett högkostnadsskydd för den slutna vården.

I studien konstateras att det finns totalt åtta vårdadministrativa system inom den offentliga sjukvården i regionen och att samtliga dessa kan behöva ändras om man skall införa datoriserad bevakning av högkostnadsskyddet. Vidare konstateras att en stor del av privatläkarna i Göteborgsområdet inte har datoriserat sin verksamhet. Detsamma gäller övriga privata vårdgivare i regionen. Vidare gäller att varje klinik normalt har sin egen databas för patientadministrativa uppgifter och att databasen i regel inte är tillgänglig för andra än egen behörig personal. Den splittrade bilden vad gäller tillgängligt IT-stöd inom det patientadministrativa området anses i förstudien vara en betydande svårighet vid ett eventuellt införande av en datoriserad bevakning av högkostnadsskyddet.

I förstudien görs också bedömningen att det är mycket svårt att få till stånd ett bevakningssystem som omfattar alla vårdgivare (offentliga och privata, utomläns- och inomlämsvård, etc). Detta anses medföra att man under alla omständigheter måste ha manuella rutiner för komplettering av den information som finns i bevakningssystemet. Modifieringen av befintliga system för att göra dessa kompatibla med bevakningssystemet anses också medföra risker för att oförutsedda problem kan komma att uppstå. Vidare hävdas i förstudien att nuvarande manuella system med högkostnadskort/frikort fungerar relativt väl och att nytan med att införa datoriserad bevakning av hög-

kostnadsgränsen är begränsad. De svårigheter som förutses med att få en datoriserad rutin att fungera bedöms leda till kostnader som inte alls uppvägs av den begränsade patientnyttan.

I förstudien rekommenderas att nuvarande manuella rutiner används i avvaktan på utveckling och installation av ett gemensamt vårdadministrativt system vid regionens vårdenheter. Datoriserad bevakning av högkostnadsgränsen kan införas som en del-funktion inom ramen för ett sådant system. Att modifiera befintliga patientadministrativa system för att införa en sådan funktion bedöms dock inte vara en framkomlig väg.

3 *Utredning inom Stockholms läns landsting*

Inom Stockholms läns landsting genomfördes under hösten 1998 en utredning om möjligheterna att införa ett ADB-register för högkostnadsskyddet. Registret skulle kunna ge upplysningar om patienten har frikort och vilken giltighetstid som detta i så fall har. Eventuellt skulle också en ackumuleringsfunktion kunna införas som gör det möjligt att se hur långt en patient har kvar innan högkostnadsgränsen uppnås.

Utredningen konstaterar – i likhet med förstudien i Västra Götaland – att splittringen vad gäller vårdadministrativa system är en betydande svårighet om man vill införa ett datorbaserad register för bevakning av högkostnadsskyddet. Vidare konstateras att det centrala öppenvårdssystem som fn används i Stockholm år 2000 kommer att ersättas av lokala patientadministrativa system som inte medger registrering av erlagda patientavgifter.

Utredningen i Stockholms läns landsting hävdar också att datalagen inte medger att vårdgivarna lämnar identifierbara uppgifter om patienterna till ett gemensamt register som administreras av landstinget. Ett sådant register skulle därför kräva lagändringar. Ytterligare en svårighet som nämns är att många privata vårdgivare inte har den IT-utrustning som krävs för att ett gemensamt register skall kunna upprättas.

Apotekets system för hantering av läkemedelsavgifterna

För läkemedel finns ett särskilt högkostnadsskydd. Detta skydd innebär dels att patientens kostnader för läkemedel kan uppgå till maximalt 1300 kronor per år dels att den avgift som erläggs vid ett visst inköp är beroende av hur mycket som patienten har köpt tidigare under kvalificeringsperioden.

Apoteket AB har tagit fram ett särskilt IT-system för att räkna ut hur mycket patienten skall betala vid varje inköpstillfälle. Patienter hänvisar ofta till detta system vid kontakter med sjukvården och förvånas ibland över att inte sjukvården har ett liknande system. Det kan därför finnas anledning att kortfattat beskriva Apotekets system.

Den beskrivning som lämnas i det följande är baserad på telefonsamtal med Magnus Lind och Stefan Gustafsson, Apoteket AB. Dessutom har översänt informationsmaterial gått igenom. Apotekets system har utvecklats av WM-Data. Utgångspunkten har varit ett generellt korthanteringssystem.

Apotekets system bygger på att patienten tilldelas ett kort på vilket finns ett nummer (som inte är personnumret). Med hjälp av numret får man rätt ingång till en riksgemensam högkostnadsdatabas som till kassaterminalen kan leverera det saldo som patienten har. Dessutom kan systemet räkna ut rätt kostnad för aktuella recept.

Systemet innehåller vidare en automatisk funktion för delbetalningar. Om den som hämtar ut läkemedlet inte har kort används personnumret som alltid finns på receptet för att identifiera den som skall erlägga avgiften. Databasen innehåller således inga uppgifter som hämtats från recepten.

Det som registreras i Apotekets system är personnummer, kortnummer, erlagd egenavgift, uppnått högkostnadsbelopp, datum och klockslag för inköp och startdatum för påbörjat högkostnadsskydd. Därutöver finns plats för ett kommentarfält och justeringsmöjligheter då korrigeringar måste göras.

Transaktionerna sparas i 15 månader. Den tekniska lösningen bygger på överföring via ett X25-nät. Svarstiderna ligger i allmänhet under 2 sekunder.

Personer som inte vill ha något kort måste visa upp kvitton för att få rätt rabatt. Apotekets rätt att föra receptregister regleras i en särskild lag. Lagen ger Apoteket uttrycklig rätt att registrera de aktuella uppgifterna som stöd för hanteringen av högkostnadsskyddet.

Som nämnts görs ofta jämförelser mellan Apotekets system och de system som hälso- och sjukvården använder för administrationen av patientavgifterna. Det finns därför

anledning att betona att det finns viktiga skillnader mellan dessa system. De viktigaste skillnaderna är:

- Högkostnadsskyddet för läkemedel har en mer komplicerad utformning, bl a till följd av en successivt utfallande rabatt för den enskilde.
- Den som skall ha förmånen är alltid entydigt identifierad via receptet - som dessutom alltid skall registreras för expediering.
- Apoteken bedriver detaljhandelsverksamhet med krav på en effektiv hantering av ett mycket stort antal transaktioner.
- Apotekets system verkar inom en organisation som redan har en komplett och väl fungerande infrastruktur för datakommunikation och samverkan.
- Apoteket har en samordnad systemlösning för det administrativa stödet (vården har ett mycket stort antal olika).

Dessa skillnader gör att beslutssituationen för Apoteket är avsevärt enklare än i sjukvården och att det system som tillämpas för läkemedel inte utan vidare kan överföras till vårdavgifter. Detta gäller så länge som apoteksverksamheten bedrivs i monopolform. Vid en avreglering av apoteksverksamheten kan situationen bli en annan. Det bör dock betonas att Apoteket har erfarenheter som sjukvården kan dra nytta av. Kontakter har redan tagits mellan Apoteket och Landstingsförbundet samt mellan Södermanlands läns landsting och Apoteket.

Tekniska lösningar för ett datoriserat högkostnadsskydd

1 *Tre huvudspår*

1.1 *Många möjliga tekniska lösningar*

Det finns många olika sätt att tekniskt lösa informationsstödet för högkostnadsskyddet. För att ge underlag för val av huvudväg har vi på grundval på diskussioner med olika landstingsföreträdare beskriva ett antal **huvudspår**. Dessa skiljer sig avseende teknisk grundlösning, ambitionsnivå och förvaltnings- och driftsform. Efter diskussioner med landstingsföreträdare föreslås i huvudrapporten **ett** val av lösning. Vi vill i denna bilaga redovisa de möjligheter vi diskuterat och precisera det val vi i första hand föreslår.

Under varje huvudspår finns några olika varianter. Även när det gäller **driftsformerna** finns flera valmöjligheter. Det finns ingen naturlig "placeringpunkt" för ett färdigt system. Ett möjligt alternativ kan vara att **ett** landsting åtar sig att driva systemet för samtliga landstings räkning. Ett annat alternativ kan vara att efter specifikation och eventuellt egenfinansierad utveckling överlåta åt något IT-företag att tillhandahålla systemet.

1.2 *Huvudspår 1: "Smart" patientkort som informationsbärare*

Denna lösning bygger på att patienten bär med sig ett smart patientkort, dvs ett kort med inbyggd processor och minne. Varje vårdgivare har en uppdateringsenhet, som gör det möjligt att mata in uppgifter om besök och betalda avgifter. Kortet laddas med programvara som innehåller det egna landstingets regelverk för högkostnadsregler, eventuellt också regler för avgiftshantering. Glömda besök får registreras hos valfri vårdgivare mot presentation av kvitto.

Kortet medtas vid varje besök och kan användas på två sätt:

- För presentation av avgiftsläge relativt det egna landstingets högkostnadsskydd
- För avgiftsberäkningsinformation grundat på patientkategori, undersökningstyp, mm

1.3 *Huvudspår 2: Rikstäckande totalsystem*

Denna lösning innebär ett för alla användare rikstäckande system för registrering av patientbesök. Systemet består av följande delar:

1. En för användaren rikstäckande databas (inkl serverfunktioner) över alla besök eller över alla utfärdade högkostnadskort. Observera att rikstäckning också kan nås i en decentraliserad lösning där man först letar inom eget område (ungefär som landstingens befolkningsregister).

2. En objektmodul med väl definierade gränssnitt som enkelt kan kopplas ihop med alla marknadens kassasystem - åtminstone de som är någorlunda öppet byggda. Detta är lösningen för högdatoriserade vårdgivare med resurser att anskaffa kopplingen.
3. En webbläsarlösning som gör det möjligt att utbyta information med avgifts-databasen med vanliga webblösningar över Internet eller ett slutet nät. Detta är lösningen för lågdatoriserade vårdgivare.
4. Ett rikstäckande datakommunikationssystem som kan slussa frågor och svar till rätt landsting.
5. En tillräckligt bra säkerhetslösning.
6. En gemensam förvaltnings- och driftorganisation.

Landstingen måste ha en beställarroll men leverantören kan vara ett annat landsting eller en extern organisation. Besöket registreras då via en delfunktion i normal kassahantering eller via webbläsaren. Tillämpningen kontaktar rätt del av databasen och räknar fram ett avgiftsförslag grundat på historik och andra regler. Därefter registreras betald avgift.

Systemet kan utformas i flera varianter:

- Fullständigt regelriktigt avgiftsförslag grundat på gällande taxor och regler i den unika situationen. Automatisk avgiftsclearing mellan landsting.
- Avgiftsförslag enbart grundat på högkostnadsberäkning.
- Enbart signal om att högkostnadsskydd gäller. Detta ger betydligt enklare systemlösning, men kräver annan hantering av avgiftsuppbyggnaden.

1.4 Huvudspår 3: "Paket" för högkostnadshantering erbjuds enskilda landsting

Denna lösning innebär ett komplett lösningspaket för högkostnadshantering bestående av programpaket, gränssnitt och anvisningar. De landsting som är intresserade måste själva anskaffa lösningen och ordna samverkan med andra. Lösningen kan vara särskilt intressant för stora landsting och/eller landsting under sammanslagning eftersom det ger lösningar som kan användas även i intern samverkan.

Paketet kan tas fram i olika färdighetsgrader. En minimilösning innehåller:

- Kravspecifikationer för objektmodul och webbläsarlösning enligt huvudspår 2 (klienterna).

- Kravspecifikation för en servermodul - dvs en gemensam datautrustning med en databas som dels kan utväxla information med klienterna, dels kan kommunicera med andra servrar.
- En fullständig specifikation för datakommunikation och datautbyte.
- Anvisningar, erfarenheter, datautbytesavtal och annan information som behövs för att upphandla eller utveckla ett färdigt paket.

En maximilösning innehåller färdiga program för alla delar.

1.5 Resursåtgång, tekniska möjligheter, leveransformer och synpunkter på de tre förslagen

Allmänt kan sägas att tillämpningen inte är tekniskt svår, och bygger på välkänd teknik i alla tre huvudspåren. När man väl vet hur det skall se ut är konstruktionsarbetet inte särskilt omfattande. Däremot krävs det erfarenhetsmässigt mycket arbete - ofta också lång kalendertid - för att ta fram en lösning som accepteras av en bred krets olikartade organisationer. Tiden blir längre med med ”grupparbetsform”, kortare om man har en drivande kärna - t ex en ”extremt” intresserad part eller leverantör. (Men i det senare fall kan lösningen få svårt att nå acceptans).

Ett datakommunikationssystem för samverkan är heller inte särskilt svårt att specificera - internetteknik och elektronisk handel är goda förebilder.

Som tidigare framhållits behöver totallösningen enligt huvudspår 2 inte innebära **ett totalt** system. Det kommer förmodligen i stället att bestå av ett antal samverkande, helt oberoende system - liknande elektronisk handel.

Utvecklingskostnaden för att få fram ett system bedöms således inte särskilt stor.

Däremot kan ett system innebära avsevärda investeringar i infrastruktur och betydande följdinvesteringar i befintliga avgiftssystem och utrustningar. Även relativt blygsamma investeringar i enskilda ”kassaplatser” blir på grund av det stora antalet utrustningar avsevärda, och modifieringar i befintliga system kan, i dagens mycket omoderna IT-miljö för vården kosta mycket pengar.

Dessutom måste till kalkylen fogas kostnader för drift och förvaltning av framför allt den infrastruktur som behövs.

Man får räkna med en för ”elektronisk samverkan” klassisk obalans i motivation - den totala vinsten kan vara stor, men den fördelas mycket ojämnt mellan ”vinnare” och ”förlorare” vilket skapar risker för kvalitetsbrister i det löpande arbetet. Man får heller

inte underskatta resursåtgången för manuell hantering där den behövs. Det gäller särskilt huvudspår 1.

I prövningen av förslagen måste också tas med hur huvudmannaskap (beställare och leverantör) kan ordnas så att arbetet blir effektivt. Vårdens organisationsformer är komplexa och kan vara starkt begränsande för möjligheten att kraftfullt driva den typ av arbete.

Den infrastruktur som skapas har många fler användningsområden inom sjukvården och kan ses som ett utomordentligt viktigt redskap för att utveckla vårdkvalitet och värdeeffektivitet.

2 Teknisk lösning - förstahandsalternativ

2.1 Val av förstahandsalternativ, motiv

Med utgångspunkt bland annat från genomfört arbetsseminarium föreslår vi att man, om det finns tillräckligt intresse för åstadkomma ett datoriserat högkostnadsskydd, i första hand detaljutreder följande lösning:

- Rikstäckande register över avgiftsbefriade patienter
- ”Avgiftsackumuleringsfasen” (datoriserat högkostnadskort) tas fram som ett färdigt ”paket” och erbjuds intresserade landsting att användas för besök hos alla vårdgivare **inom eget landsting**

Förslaget grundas på följande motiv:

- **”Smart frikort”** ger inte tillräckligt stora förbättringar för att vara värt insatsen, framför allt därför att hela ansvaret för bevakning av högkostnadsskyddet ligger kvar hos patienten
- Ett **register över avgiftsbefriade är förhållandevis okomplicerat och det borde vara möjligt att ta fram rikstäckande rutiner.** Det behöver i princip bara innehålla tre funktioner: lägg till, ta bort, besvara fråga ”finns frikort”. Det borde därför bara okomplicerat både i utveckling och drift och kan fungera som prototyp i arbetet att bygga ett rikstäckande samverkansnät. **Därutöver täcker det huvuddelen samverkansbehovet utanför eget landsting**, särskilt när det gäller de förväntningar patienterna kan tänkas ha när det gäller servicekvalitet.
- **Ackumuleringsfasen (”datoriserat högkostnadskort”) måste innehålla mer komplicerade funktioner som dessutom måste anpassas till visst landstings interna funktioner. Det är avsevärt svårare att ta fram en**

rikstäckande lösning för detta. Avgiftsackumuleringsfasen är funktionellt avsevärt mer komplicerad - det måste till exempel finnas möjligheter att rätta, ändra och räkna om. Därutöver kan nödvändigt samspel med andra system variera mycket och vara mycket komplicerat. **IT-stöd för detta efterfrågas huvudsakligen för användning inom eget landsting.** ”Avgiftsackumulering” sker dessutom huvudsakligen inom eget landsting. Den del av patienterna som ofta besöker vårdinrättningar eller av olika skäl har svårt att hålla reda på sig besöker också huvudsakligen vårdgivare inom eget landsting. Det senare gäller än mer sedan storlandstingen bildats.

- **Ett ”färdigt paket” skulle göra det möjligt för de landsting som är intresserade att snabbt komma igång med ett system** som dessutom innehåller kopplingar till det rikstäckande avgiftsbefrielseregistret.

Avgränsningen till eget landsting innebär att varje landsting självt svarar för den övervägande delen av integrationsarbetet med befintliga eller kommande system. Gemensamt skapas förutsättningar - varje intressent får sedan själv stå för egen del av lösningen. Detta är en arbetsfördelning som samtidigt kraftig minskar inträdeströskeln, och överlåter egen detaljlösning till respektive part.

Enligt vår uppfattning måste det finnas färdiga lösningar även för mindre, självständiga vårdgivare.

2.2 *Grov teknisk lösning*

Vi beskriver här mycket översiktligt lösningsskisser för de två delarna, mera för att visa på innehåll, möjligheter, problem och genomförbarhet än för att peka ut bästa lösning

A: Riksregister över avgiftsbefriade personer

En lösning kan utformas på följande sätt:

Varje landsting har ett register över egen befolkning. Registret innehåller en post för varje medborgare med följande fält:

- Personnummer
- Giltighetstid (alt ”skall betala”)
- Utfärdande instans (revisionssynpunkt)

Utfärdande instans behöver bara vara begripligt i eget landsting (riksgemensam kod behövs inte).

Därutöver finns ett riksregister som innehåller

- Personnummer
- Giltighetstid

Riksregistret kan gallras automatiskt med förbestämd fördröjning. Riksregistret uppdateras varje natt genom överföring av ändrade poster från varje landsting över särskilt skyddad förbindelse. (Det förutsätts att dagsaktualitet är tillräcklig). Överföringen sker genom standardiserade meddelanden (EDI-liknande format). Riksregistret kan nås via Internet av behöriga användare som bara kan läsa registret. (Frågan: Finns avgiftsbefrielse för personnummer xxxxxx-xxxx). Därutöver kan effektivare åtkomstmetoder tillhandahållas användare som önskar det - t ex möjligheter att internt hålla ett riksregister. Skydds- och behörighetssystem bör utformas som en pilot för skydd av framtida integritetskänslig information.

Den stora utmaningen är att skapa och vidmakthålla en katalog över behöriga användare. Även i detta avseende är det ett viktigt pilotprojekt för en framtida oundviklig utveckling mot effektivare samverkan mellan vårdgivare i av patienten godkända former.

Det utvecklade riksregistret är en tjänst som måste drivas och förvaltas av en lämplig kombination av beställare och leverantör.

B: "Paket" för avgiftsackumulering inom landsting (högkostnadskort)

Paketet står av färdigutvecklad programvara och specifikationer för att upprätthålla och använda en databas med följande information:

- Personnummer
- Första besök för ev. avgiftsbefrielseperiod
- Besöksdata
- Besöksidentitet (för att kunna hitta rätt post)
- Datum
- Betald avgift
- Vårdgivare (kodutseende för vårdgivare måste kunna variera beroende på landsting)
- Handläggare (kan behövas ur revisionssynpunkt)
- Kvittoidentitet (vid indirekt registrering av besök)

Åtkomst med följande huvudfunktioner (som skall kunna ges olika behörighet):

- "Normal hantering": skall kunna läsa ackumulerat belopp, alt frikort och registrera betald avgift.

- ”Registrering av besök från kvitto”: skall kunna registrera besök, med kontroll av att dubbelregistrering ej sker, samt erhålla meddelande om ev. återbetalning (Bör kunna göras av godkänd vårdgivare).
- ”Korrigeringshantering”: mer omfattande korrigeringshantering som följd av felaktigheter (Utförs normalt av särskild avgiftsenhet).
- ”Urval för avgiftsbefrielse”: funktioner för överföring till riksregister.
- ”Databassynkronisering”: Funktioner för att samordna informationen hos vårdgivares databaser enligt förutbestämda ansvarskriterier. Förutsätter samordnade kodstruktur, och skall ge möjlighet till samordnade delösningar inom ett landsting. Denna funktionalitet kan bli mycket komplex, och man bör försöka hålla sig till en rimlig ambitionsnivå.

Direkt åtkomst till databasen kan ske på två sätt:

- Behörighetsskyddad webbläsaråtkomst via Internet eller ett intranät. En fullständig funktion för detta skall ingå i paketet.
- Via anrop från annat system för patientadministration.

I paketet ingår en fullständig gränssnittsbeskrivning. Anropen förutsätts ske med meddelandeteknik, inte direkta databasanrop. Paketet utvecklas för programvara, utrustning och metoder inom ”standardiseringens huvudfåra” så att i princip samtliga befintliga och kommande patientadministrativa system kan kompletteras med högkostnadsskydd.

Kostnaderna för ett datoriserat högkostnadsskydd

1 *Två väsensskilda kostnadsposter – infrastruktur och specifik lösning*

Som vi framhåller på annat ställe i rapporten bygger föreslagen lösning för högkostnadsskyddet på två väsentligt olika komponenter:

- **En fungerande infrastruktur för datasamverkan mellan respektive landsting och för detta landsting aktuella vårdgivare samt för åtkomst till riksregistret över avgiftsbefriade**

Infrastrukturen består av väl fungerande och skyddade datakommunikationer, funktioner för systemmässig samverkan, katalog över användare samt behörighetssystem och andra skyddsfunktioner. Infrastrukturen måste specificeras, drivas och förvaltas. Delar av denna infrastruktur finns redan internt i de flesta landsting men den måste kompletteras. Däremot finns för närvarande inte någon infrastruktur för riksregistret (Internet kan användas som grund, men måste utnyttjas som slutet nät), och i de flesta fall ligger de privata vårdgivarna utanför infrastrukturen.

Denna infrastruktur är mycket kostsam och kan knappas motiveras enbart med vinsterna med högkostnadsskydd. När den väl finns har den ett utomordentligt stort mervärde framför allt om den utformas så att även klinisk patientinformation kan förmedlas över den. Enligt vår uppfattning kommer en sådan infrastruktur att införas oberoende av högkostnadsskyddets utveckling - frågan är bara när.

- **En specifik lösning för högkostnadsskyddet**

Denna lösning består av ett "system" för att hantera riksregistret och ett programpaket för att hantera avgiftsackumuleringen. Dessutom behövs en förvaltnings- och driftsorganisation för riksregistret.

Kostnadmässigt är skillnaderna mellan de två komponenterna stor, både när det gäller beloppen och när det gäller hur de skall bedömas. Som exempel kan nämnas att Norrbottens Läns Landsting har byggt upp ett enhetligt system för all vård och därmed inom länet skapat ovanstående infrastruktur. När detta väl var gjort betraktades en datoriserad lösning av högkostnadsskyddet som ett kostnadmässigt närmast försumbart tillägg till deras totala lösning och har inte föregåtts av några längre diskussioner om kostnad och nytta.

Den **faktiska** kostnaden för infrastrukturen beror starkt på nuläget i **varje** landsting. Vi har sett det meningslöst (och omöjligt) att på detta initiala stadium ta in det detaljerade underlag som behövs för att fastställa kostnaden för infrastrukturen, inte minst därför att **den del av denna kostnad som man vill belasta högkostnadskalkylen är en utpräglad landstingsspecifik bedömningsfråga** grundad på varje landstings framtida utvecklingsstrategi för vården.

Vi redovisar därför en bedömning av kostnaderna för den specifika lösningen men redovisar enbart kostnadsposter som skall ingå i en kalkyl för infrastrukturen. **Varje landsting måste göra en egen bedömning av hur värdefull infrastrukturen på sikt är, och hur stor del av kostnaden som skall belasta IT-stödet för högkostnadsskyddet.**

2 Bedömda kostnader för den specifika lösningen

Bedömningen bygger på den beskrivning som gjorts i bilaga 3 – tekniska lösningar. Den **innefattar kostnaderna för konstruktion av en IT-lösning från en fullgod kravspekifikation**. Vi anser oss inte nu kunna bedöma kostnaderna för inledande landstingsövergripande utvecklingsarbete – den beror starkt på hur många landsting som är inblandade, om de har samma behov och utgångspunkter och hur effektiva arbetsformer som kan ordnas. En bedömning bör kunna göras efter det att denna förstudie remissbehandlats.

Riksregister

Utveckling av ett register som innehåller personnummer och uppgift om frikort och som är åtkomligt via en webbläsare **bedöms kosta c:a 100 000 kronor**.

Avgiftsackumulering

Utveckling av ett programpaket för avgiftsackumulering med nödvändiga högkostnadsdata för beskriven funktionalitet via webbläsare **bedöms kosta c:a 250 000 kr**. I detta pris har inberäknats nödvändiga bakomliggande funktioner för t ex korrigering, samt att framställa en gränssnittsspekifikation som underlag för integrering med befintliga system.

Därutöver måste tilläggsmoduler tas fram i befintliga system för att härbärgera högkostnadsskyddet (kostnaden beror på befintliga systems ålder, struktur, anpassningsbarhet och leverantörer). Vi uppskattar att kostnaden för en enkel anpassning till ett moderna, öppna system inte bör överstiga **50 000 kronor (per system som behöver modifieras)** - undantaget användarens utvecklingskostnader för bestämma exakt utformning. Äldre system kan vara avsevärt dyrare att anpassa.

3 Kostnadsposter som ingår i upprättande och drift av en infrastruktur

Riksregistret

Vid beräkning av kostnaderna för att upprätta och driva ett rikstäckande register för avgiftsbefriade bör åtminstone följande poster ingå i kalkylen:

1. Drift av registret innebärande att registret är åtkomligt på internet, samt att det varje natt uppdateras automatiskt.
2. Teknisk systemadministration innebärande backup, gallring etc
3. Användaradministration innebärande att upprätthålla och ajourhålla en fullständig katalog över behöriga användare - förmodligen genom att överföra register över behöriga användare från respektive landsting.
4. Kundstödsfunktioner
5. Resurser för att kunna hantera specialfunktioner, t ex kopiering av riksregister till sådan landsting som föredrar sådan lösning.

Avgiftsackumulering

För att kunna använda ett programpaket för avgiftsackumulering i eget landsting måste varje landsting genomföra följande åtgärder:

1. Utveckling av katalog över behöriga användare, samt i vissa fall av ”system-övergripande” behörighetssystem
2. Drift datakommunikation, ev. inkluderande privata vårdgivare
3. Drift av katalog över behöriga vårdgivare
4. Teknisk administration av webblösning och tilläggsmoduler
5. Användaradministration, innebärande att upprätthålla och ajourhålla en fullständig katalog över behöriga användare
6. Kundstödsfunktioner
7. Resurser för specialfunktioner, t ex samverkan med riksregistret.

Kalkylen måste bygga på en analys av nuläge i eget landsting och inkludera kostnaderna för de moment enligt ovan som inte redan finns i drift på landstinget.