

Enhetstaxa

Uppföljning av enhetlig patientavgift inom
öppenvården i Region Stockholm



Stockholm centrum för hälsoekonomi (StoCHE) utreder hur hälso- och sjukvårdens resurser kan användas för att bidra till ett effektivt och jämlikt vårdutnyttjande samt förbättrad hälsa. Analyserna baseras på hälsoekonomisk teori och metod och avser att informera politiker och andra beslutsfattare på olika nivåer inom hälso- och sjukvården. Vi bidrar även med expertkunskap kring hälsoekonomiska resultat och metoder till Region Stockholms hälso- och sjukvårdsverksamhet samt stödjer regionernas nationella system för kunskapsstyrning.

Citera gärna Stockholm centrum för hälsoekonomi, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Referera till rapporten enligt: Stockholm centrum för hälsoekonomi. Enhetstaxa - Uppföljning av enhetlig patientavgift inom öppenvården i Region Stockholm. Stockholm: Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning; 2025. Rapport StoCHE 2025:05.

Medverkande

Från StoCHE

- Projektledare: Clas Rehnberg
- Statistiker: Matilda Hagman
- Hälsoekonom: Emma Högdahl
- Hälsoekonom: Nils Janlöv
- Ansvarig chef: Emelie Heintz

Stockholm centrum för hälsoekonomi (StoCHE)

Tomtebodavägen 18A, 171 65 Solna

stoche.slso@regionstockholm.se

Dnr: 2025-2302

Omslagsfoto: Yanan Li

Stockholm Juni 2025

Rapporten kan laddas ner från stoche.regionstockholm.se

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Bakgrund	2
Syfte	3
Tidigare arbeten	3
Förändring av patientavgifterna mellan 2021–2022	4
Metod och Data	6
Population	6
Subgrupper i analysen: Kroniska diagnoser, mosaicgrupper och högkostnadsskydd ...	7
Kroniska diagnoser	7
Mosaicgrupper	7
Högekostnadsskydd	8
Andel som gjort minst ett besök och antal besök per invånare	8
Resultat	10
Besök över tid	10
Andel av befolkningen som gjort minst ett besök	12
Besök per invånare	16
Kön	16
Åldersgrupper	17
Kroniska diagnoser	18
Socioekonomiska grupper	19
Högekostnadsskydd	20
Högekostnadsskydd och kroniska diagnoser	21
Diskussion och slutsatser	24
Referenser	26
Bilagor	27
Bilaga 1 – Jämförelse mellan april 2018 – mars 2019 och april 2022 – mars 2023	27
Bilaga 2 – Avgiftsnivå och enhetstaxamodellen	30

Sammanfattning

Patientavgifterna inom den del av hälso- och sjukvården som regionerna finansierar utgör idag cirka 2-3 procent av de totala kostnaderna. Inom den öppna vården ligger dock andelen något högre. Motiven för patientavgifter är dels att bidra till finansiering, dels att genom differentiering av avgifter styra patientströmmar till olika vårdformer och vårdnivåer. Under senare år har flera regioner infört enhetstaxa inom den öppna vården med syfte att minska administration och komplexiteten med de undantag för avgifter som tidigare införts. Avgifternas roll för styrning av patientströmmar kan då minska. Region Stockholm hade tidigare differentierade patientavgifter med en lägre nivå för primärvård och högre avgift för öppen specialist- och sjukhusvård. Under april 2022 infördes en så kallad blandad enhetstaxa för den öppna vården. Med blandad enhetstaxa avses att en högre avgift tas ut vid besök på akutmottagningarna, medan avgiften är densamma för primärvård och annan specialistvård.

Syftet med föreliggande rapport är att följa upp hur vårdutnyttjandet utvecklats efter införandet av enhetstaxan i Region Stockholm. Uppföljningen avser det totala vårdutnyttjandet samt utvecklingen för olika vårdformer och patientgrupper. Uppföljningen begränsas till en jämförelse mellan året före införandet av enhetstaxa och första året med enhetstaxa.

Analyserna i rapporten baseras på data ifrån Region Stockholms patientregister VAL-databas. Materialet inkluderar endast somatisk vård och består av alla fysiska besök, samt videobesök inom husläkarverksamheten, specialiserad öppenvård samt akutmottagning under perioden 1 april 2018 – 31 mars 2023. Resultaten fokuserar framför allt på jämförelsen mellan period 1 april 2021–31 mars 2022 och 1 april 2022 – 31 mars 2023, som är ett år före införandet respektive perioden efter införandet av enhetstaxa.

På en övergripande nivå har inga stora förändringar skett mellan vårdformerna, med undantag av en ökning av besök vid akutmottagningar. Denna effekt kan dock ha påverkats av andra faktorer som tillgängligheten inom andra vårdformer. Den ökning av läkarbesök som noteras generellt är samtidigt en effekt av återhämtning efter Covid-19 pandemin.

I rapporten redovisas dock vissa intressanta skillnader mellan patientgrupper som individer med kroniska sjukdomar, patienter med eller utan frikort samt i viss mån mellan socioekonomiska områden. Det är framförallt för patienter med kroniska sjukdomar som inte har frikort som en viss överskjutning ägt rum från besök i primärvården till besök inom öppen specialistvård. För flertalet grupper med kroniska sjukdomar är ökningen av specialiserad öppenvård större för de utan frikort än de med frikort. Patienter med frikort fortsätter i större utsträckning att använda husläkarverksamheten. Individer i geografiska områden med lägre inkomster uppvisar något lägre ökning efter pandemin och i vissa fall även minskningar av primärvårdsbesök (främst allmänläkarbesök), vilket också är förväntat då dessa grupper är mer känsliga för avgiftsförändringar.

Resultaten från studien ska tolkas med försiktighet. Jämförelserna har gjorts på aggregerade nivåer utan matchning av jämförbara grupper. Gruppen utan frikort är inte heller helt homogen då det förekommer avgiftsbefrielser för vissa individer. Individer kan även ha frikort hela eller delar av den undersökta perioden. I kommande uppföljningar bör hänsyn tas till avgiftsbefrielser generellt samt hur individer ändrar sitt besöksmönster när man ändrar status från eller till frikort.

Bakgrund

Även om huvuddelen av hälso- och sjukvårdens finansiering utgörs av skattemedel, svarar patientavgifterna inom den del av sjukvården som regionerna finansierar för cirka 2-3 procent av de totala kostnaderna (SKR 2024). Patientavgifterna varierar dock mellan vårdformer och utgör en låg andel för slutenvård, något högre för kontakter i den öppna vården och än högre för förskrivna läkemedel och vissa hjälpmedel¹. Syftet med avgifter som patienterna betalar på egen hand är dels att bidra till finansiering, dels att styra beteende för att söka vård. Avgiften kan då användas som ett styrmedel av vårdsökande till olika vårdformer inom främst den öppna vården. Förekomst av patientavgifter inom hälso- och sjukvården kan ses som en självrisk där patienten bidrar med viss finansiering till verksamheten, men som även håller nere efterfrågan på vårdtjänster. Även om avgifterna utgör en mindre andel av kostnaderna för besök i Sverige och andra länder har avgifterna inom öppenvården varit lägre inom primärvården och högre för besök inom sjukhus och annan specialistvård. Härtill finns exempel på en mängd undantag för olika vårdformer, yrkeskategorier och patientgrupper samt även en max-gräns för patienter med många besök (högkostnadsskyddet). Skillnaderna i avgiftsstrukturen har även inneburit ett administrativt arbete för vårdgivare och det har funnits önskemål om förenklingar och mer enhetliga avgifter.

Enhetstaxa har tidigare tillämpats i ett antal svenska regioner. Det finns två typer av enhetstaxa. Med ren enhetstaxa menas att patientavgiften är densamma oavsett vårdnivå eller vårdgivarkategori. Blandad enhetstaxa, vilket bland annat Region Stockholm införde 2022, innebär i stället att det är samma patientavgift inom primärvården och den öppna specialistvården men att avgiften för besök vid akutmottagning är högre. Bland de regioner som inte har enhetstaxa kan patientavgiften variera utifrån vårdnivå eller vårdgivarkategori. I Sverige förekommer alla tre modellerna med ren enhetstaxa, blandad enhetstaxa och regioner som inte alls har enhetstaxa. Vilken typ av patientavgifter som förekom under år 2023 mellan regionerna redovisas i tabell 1.

Tabell 1. Förekomst av olika typer av patientavgifter mellan svenska regioner (ren renhetstaxa, blandad enhetstaxa och ej enhetstaxa), år 2023.

Ren enhetstaxa	Blandad enhetstaxa	Ej enhetstaxa
Gävleborg	Jämtland Härjedalen	Blekinge
Jönköping	Norrbottnen	Dalarna
Kalmar	Stockholm	Gotland
Värmland	Västernorrland	Halland
Västerbotten		Kronoberg
Östergötland		Skåne
		Sörmland
		Uppsala
		Västmanland
		Västra Götaland
		Örebro

Källa: SKR (2023)

Region Värmland var den region som först tillämpade enhetstaxa med införande år 2012. Även Kalmar läns landsting införde enhetstaxa år 2012. Som framgår av tabellen tillämpade sex av landets regioner under år 2023 en "ren" enhetstaxa med samma avgift

¹ För den totala hälso- och sjukvården ligger patienternas andel av finansieringen på ca 15 procent där vårdområden som förskrivna läkemedel, tandvård och olika hjälpmedel har betydligt högre andel patientavgifter (SCB 2024).

inom primärvård, specialistvård såväl som på akutmottagning. Ytterligare fyra regioner hade en blandad enhetstaxa där en högre avgift tas ut för besök vid akutmottagning. Övriga regioner tillämpar olika patientavgifter beroende på vårdnivå och yrkeskategorier.

Från 1 april 2022 införde Region Stockholm en ny avgiftsmodellen med en så kallad blandad enhetstaxa enligt SKRs definition för större delen av den öppna vården. Förändringen innebar att en enhetstaxa för alla vårdkontakter infördes i primärvården och andra öppna specialistmottagningar, med undantag för en högre avgift vid besök på akutsjukhusens akutmottagningar. Avgiftsreformen innebar en ny avgiftsstruktur och nya avgiftsnivåer, där syftet var att underlätta tolkning och tillämpning av avgiftsreglerna och därigenom minska de administrativa kostnaderna och skapa förutsättningar för ett framtida införande av ett centraliserat och automatiserat system för hantering av patientavgiften.

I utredningen som låg till grund för denna avgiftsreformerings uppmärksammades behovet av att följa upp och utvärdera effekterna av det nya avgiftssystemet, både vad gäller effekterna på patienternas besöksmönster och beteende för våldsökande hos olika grupper.

Syfte

Rapportens syfte är att följa upp hur vårdutnyttjandet utvecklats efter införandet av enhetstaxan i Region Stockholm. Uppföljningen avser det totala vårdutnyttjandet samt utvecklingen för olika vårdformer och patientgrupper. Uppföljningen begränsas till en jämförelse mellan året före införandet av enhetstaxa och första året med enhetstaxa.

Tidigare arbeten

Ett syfte med patientavgifter är att styra och vägleda patienter till den mest lämpliga vårdnivån, ofta primärvården, för att hantera hälsoproblem (Vårdanalys, 2017). I flera sjukvårdssystem är patientavgiften i primärvården satt till noll för att kanalisera initiala vårdbehov (ej akut) till vad som kallas första linjens vård. Patientavgifter bidrar också till att öka medvetenheten om kostnaderna för vård och begränsa efterfrågan.

Patientavgifter som styrverktyg kan emellertid vara mindre precisa för att påverka specifika beteenden eller prioriteringar inom vårdsektorn som genom att styra eller begränsa vårdutnyttjandet. Tidigare studier visar att högre avgifter leder till att även nödvändig vård undviks. Den omfattande amerikanska randomiserade studien med olika försäkrings- och avgiftsalternativ – RAND-studien visade även att personer med lägre inkomst var mer benägna att avstå från vård när avgifterna ökade (Gruber 2006). En central avvägning för att använda patientavgifter som styrmedel är effekterna av avgiftshöjningar ur ett jämlikhetsperspektiv.

I en svensk studie utförd av Jakobsson & Svensson (2016a) jämfördes effekten av patientavgifterna för vårdutnyttjande i de 21 sjukvårdsregionerna mellan 2003 och 2012. Avgiften för besök varierade i genomsnitt mellan 89 och 186 kronor under dessa år och regioner. Syftet med studien var att analysera hur besök hos allmänläkare påverkades av nivån på patientavgiften. I studien kontrollerades för region och regionala variationer i tidstrender för att uppskatta effekten av prisförändringar på läkarbesök. Huvudresultatet av studien var att patientavgiften inte hade någon statistiskt eller ekonomiskt signifikant effekt på antalet sjukvårdsbesök. Studien fann att i ett sjukvårdssystem som det svenska där regionerna självständigt kan sätta patientavgifter, är avgiften inte en viktig prediktor för antalet läkarbesök i primärvården. Författarna menar att deras resultat stämmer överens med vissa tidigare studier på europeiska data där effekten av patientavgifter för vårdutnyttjandet tenderar att vara relativt lågt. Studien är baserad på aggregerade data för samtliga regioner över tio år, vilket

innebär att till exempel priskänsligheten hos låginkomstgrupper inte uppskattades då sådana resultat försvinner i den aggregerade analysen. Johansson med flera (2019) undersökte prismedvetenheten inom sjukvården bland ungdomar och unga vuxna, och hur den varierar över inkomstgrupper och kön. Patientavgifter inom sjukvården är ett standardpolicyinstrument för att minska risken för överutnyttjande av vård och öka effektiviteten. Det finns dock oro för att kostnadsdelning kan minska efterlevnaden av relevant vård och därmed orsaka negativa hälsoeffekter. Analysen utfördes med hjälp av sjukvårds- och ekonomiska registerdata för 73 000 individer i åldern 18–22. Författarna använde åldersdifferentierad kostnadsdelning i svensk primärvård som sin identifieringsstrategi. Resultaten visar att patientavgiften minskade det genomsnittliga antalet besök med 7 procent. Bland kvinnor minskade besöken med 9 procent, för låginkomsttagare med 11 procent, och för kvinnor med låg inkomst med 14 procent. Författarna drar slutsatsen att även blygsamma patientavgifter har betydande effekter på vårdutnyttjandet, och att effekten är betydligt större i låginkomstgrupper och bland kvinnor. Olsen & Melberg (2018) undersökte effekterna av att ta bort patientavgifter för allmänläkare för ungdomar i Norge. Utgångspunkten var att analysera om avgifter för primärvårdstjänster kan leda till minskad tillgång och underkonsumtion av nödvändig hälsovård för ekonomiskt svaga patientgrupper, som ungdomar. Studiens syfte var att uppskatta om undantag från patientavgifter bland ungdomar i åldern 12 till 15 år resulterade i ökade besök hos allmänläkare. I studien användes registerdata om antalet läkarbesök för män och kvinnor mellan 2006 och 2013. Resultaten visade att undantag för ungdomar från självrisk ökade antalet per person läkarbesök med 22,1 procent bland kvinnor och 13,8 procent bland män. Detta indikerar att ungdomar (och sannolikt familjer) mellan 12 och 15 år var känsliga för självrisk före reformen och kvinnor mer så än män. Detta tyder på att patientavgifter kan ha en betydande inverkan på hur ofta ungdomar söker läkarvård. Särskilt kvinnor verkar vara mer känsliga för skillnader i avgifter.

Effekterna av att införa enhetstaxa i Region Värmland (se tabell 1 ovan) analyserades av Jakobsson & Svensson (2016b). I studien jämfördes utvecklingen i Värmland med Region Örebro som kontrollgrupp där avgiftsstrukturen inte ändrats. Resultatet från studien visade inte på några signifikanta skillnader i vårdutnyttjandet av besök inom primärvården, vilket även kvarstod vid analys av mindre socioekonomiska områden. Studien analyserade dock inte effekterna av enhetstaxan för den övriga öppna specialistvården.

Förändring av patientavgifterna mellan 2021–2022

Region Stockholm införde den nya enhetstaxan 1 april 2022. Den nya avgiftsmodellen innebär att en enhetlig taxa på 250 kronor/vårdkontakt sattes för primärvård och annan öppen specialistvård. Avgiften för akutsjukhusens akutmottagningar sattes till 400 kronor/vårdkontakt. Taxan gällde alla invånare mellan 18–84 år, medan den öppna vården var avgiftsfri för barn/ungdom upp till och med 17 år med undantag för sjukhusens akutmottagning där avgiften var 120 kronor per besök. Personer 85 år och äldre har sen tidigare en lagstadgad rätt till avgiftsfri öppen vård gällande alla högkostnadsskyddsgrundande vårdkontakter. När den infördes år 2016 förändrades inte de äldres besöksmönster avsevärt, men gruppen har en konstant ökning i antalet vårdkontakter per individ med drygt 1 procent per år, vilket kan förklaras med naturliga orsaker som en äldre befolkning som lever längre (Region Stockholm 2020). Nivån för enhetstaxan på 250 kronor, är en ökning för läkarbesök inom primärvården med 50 kronor eller 25 procent. För övrig specialistvård innebär enhetstaxan en sänkning av avgiften med 150 kronor eller 37,5 procent². Avgiften för besök vid

² Tidigare utgick en lägre avgift på 200 kronor för första besöket efter remiss.

akutmottagningen är oförändrad på 400 kronor för vuxna upp till 84 år och 120 kronor för barn. Härtill finns en mängd undantag för vissa verksamheter och grupper. Avgiftsbefriade verksamheter är till exempel förebyggande insatser, screening, viss rehabilitering, mödravård, smittskydd, missbruksvård.

Metod och Data

Analyserna i rapporten baseras på data ifrån Region Stockholms patientregister VAL-databasen. Materialet inkluderar endast somatisk vård och består av alla fysiska besök, samt videobesök inom husläkarverksamheten, specialiserad öppenvård samt akutmottagning under perioden 1 april 2018 – 31 mars 2023. Materialet är indelat i tre uppföljningsperioder som består av:

Tabell 2. Uppföljningsperioder 2018–2023

Period	Start	Slut
Period 1	1 april 2018	31 mars 2019
Period 2	1 april 2021	31 mars 2022
Period 3	1 april 2022	31 mars 2023

Då enhetstaxan infördes 1 april 2022 har uppföljningen utgjorts av en 12 månader period som sedan jämförts med tidigare 12-månaders perioder. Valet att tillämpa 12-månaders period är främst att säsongsvariationer blir lika för jämförelseperioderna. Att vi valt bort perioder under 2020 och 2021 är med hänsyn till Covid-pandemin som kraftigt reducerade besöksfrekvensen, vilket inte kan kopplas till utformningen av patientavgifterna.

Vidare avgränsas analyserna till att endast inkludera fysiska besök samt videobesök hos läkare, fysioterapeuter och sjuksköterskor. Analyserna i den här rapporten fokuserar framför allt på jämförelsen mellan period 1 april 2021–31 mars 2022 och 1 april 2022 – 31 mars 2023, som är ett år före införandet respektive perioden efter införandet av enhetstaxa.

Hembesök har exkluderats då dessa är avgiftsfria för patienter som är inskrivna i hemsjukvård eller som har hemrehabilitering. Dock betalar patienten avgift enligt enhetstaxan för övriga hembesök. På grund av bristfällig registrering av chatbesök och telefonkontakter är även dessa exkluderade (dessa är också avgiftsbefriade).

Definitioner

- **Besök** – Inkluderar fysiska besök och videobesök
- **Totala besök** – Inkluderar fysiska besök och videobesök hos läkare, sjuksköterskor och fysioterapeuter
- **Läkarbesök** – Inkluderar fysiska besök och videobesök hos läkare
- **Vårdområde** – Besöken redovisas separat för husläkarverksamhet, specialiserad öppenvård och akutmottagning som i rapporten benämns som vårdområden

Figur 1. Definitioner av begrepp som används i rapporten

Population

Alla personer som var folkbokförda i Region Stockholm under de tre perioderna ingår i studiepopulationen som definieras per den 31 mars året för periodens start, vilket innebär att populationen definieras månaden innan uppföljningsperiodens start, för uppföljningsperioden 1 april 2022 – 31 mars 2023 definieras populationen 31 mars 2022. I tabell 3 visas fördelningen av studiepopulationen i de olika grupperna för tidsperioderna april 2021- mars 2022 samt april 2022 – mars 2023.

Subgrupper i analysen: Kroniska diagnoser, mosaicgrupper och högkostnadsskydd

För att se hur enhetstaxan har påverkat vårdkonsumtionen i olika grupper i befolkningen så har analyserna delats upp på kön och åldersgrupper, kroniska diagnoser, innehav av frikort eller inte samt mosaicgrupper. I tabell 4 presenteras fördelningen av befolkningen i de olika grupperna.

Kroniska diagnoser

Vid skapandet av de kroniska sjukdomsgrupperna har vi gått fem år tillbaka i tiden från uppföljningsperiodens start och identifierat individer med minst en diabetes-, astma, KOL-, hjärtsvikt-, och/eller cancerdiagnos. Vilket innebär att vi för uppföljningsperioden 1 april 2022 – 31 mars 2023 har sökt efter diagnoser under perioden 1 april 2017 – 31 mars 2022, genomsökandet inkluderar alla öppenvårdskontakter i Region Stockholm. Val av diagnoser för kroniska sjukdomar baseras på en studie som definierat kronisk sjukdom med relevans för primärvården (Forslund med flera 2021). I figur 2 presenteras sjukdomsgrupperna.

Kroniska sjukdomsgrupper och Icd10-koder:

- **Astma** - J46 och J45
- **Cancer** - Hela kapitel C
- **Diabetes** - E10, E11, E12, E13 och E14
- **Hjärtsvikt** - I50 och I110
- **KOL** - J41, J42, J43 och J44
- **Multikroniker** - Innebär att man har två eller fler av ovanstående diagnoser
- **Ej kroniker** - Innebär att man inte har någon av de ovanstående diagnoserna, men kan ha andra kroniska diagnoser som inte tas hänsyn till i den här rapporten

Figur 2. Definition av kroniska diagnoser

Mosaicgrupper

I datamaterialet saknas uppgifter om individernas socioekonomi, därför används istället så kallade mosaicgrupper som en indikator på socioekonomisk status. I rapporten används tre nivåer av mosaicgrupper som inkluderar genomsnittlig inkomst och utbildning: 1. Bättre bemedlade (Högst inkomst och utbildning), 2. Medelgott bemedlad (medelinkomst och utbildning), 3. Sämre bemedlade (lägst inkomst och utbildning). Mosaicgrupperna baseras på variabeln *basomr*, som utgörs av små geografiska områden. Inom Region Stockholm finns cirka 1 400 Mosaicområden, vilket innebär att det i genomsnitt bor cirka 1 600 personer i varje område. Inkomst och utbildning är den genomsnittliga inkomsten och utbildningen i det område som individen är bosatt, i vilken grupp individen hamnar beror på vart individen är folkbokförd och utgår därmed inte ifrån individens faktiska inkomst och utbildning.

Högekostnadsskydd

Individerna grupperas utifrån om de haft frikort någon del av den aktuella uppföljningsperioden, respektive om de aldrig innehar frikort under perioden. Det innebär att individer med frikort kan ha gjort besök med frikort och utan frikort under samma uppföljningsperiod, men de grupperas in i gruppen av individer som har frikort någon del under uppföljningsperioden.

Tabell 3. Fördelningen av studiepopulationen i olika grupper för perioderna april 2021 - mars 2022 och april 2022 - mars 2023.

		2021–2022	2022–2023
Befolkning	Totalt	2 397 479 (100.0)	2 422 547 (100.0)
Kön	Kvinnor	1 196 929 (49.9)	1 208 656 (49.9)
	Män	1 200 550 (50.1)	1 213 891 (50.1)
Åldersgrupp	0–18 år	529 518 (22.1)	531 506 (21.9)
	19–64 år	1 464 393 (61.1)	1 479 352 (61.1)
	65–84 år	351 879 (14.7)	358 425 (14.8)
	85+ år	51 689 (2.2)	53 264 (2.2)
Mosaic	1.Bättre bemedlade	696 789 (29.1)	699 580 (28.9)
	2.Medelt gott bemedlad	962 075 (40.1)	974 088 (40.2)
	3.Sämre bemedlade	705 640 (29.4)	714 099 (29.5)
	Mosaic saknas	32 975 (1.4)	34 780 (1.4)
Kroniska diagnoser ³	Astma	14 2543 (5.9)	147 537 (6.1)
	Cancer	76 705 (3.2)	78 347 (3.2)
	Diabetes	80 344 (3.4)	83 303 (3.4)
	Hjärtsvikt	13 370 (0.6)	13 914 (0.6)
	KOL	16 881 (0.7)	16 230 (0.7)
	Multikroniker	56 691 (2.4)	59 572 (2.5)
	Ej kroniker	2 010 945 (83.9)	2 023 644 (83.5)
Högekostnadsskydd	Frikort	522 712 (21.8)	530 676 (21.9)
	Ej frikort	1 874 767 (78.2)	1 891 871 (78.1)

Andel som gjort minst ett besök och antal besök per invånare

I resultatdelen presenteras två centrala mått på vårdutnyttjande. Det är dels andelen av individer i olika grupper som gjort minst ett besök och antal besök per invånare i olika grupper. Måtten jämförs mellan perioden innan enhetstaxa infördes och perioden efter det infördes.

För att underlätta tolkningen av resultaten för måttet andel av befolkningen eller en grupp som gjort minst ett besök så presenteras två tabeller. Den ena tabellen redovisar andelen som gjort minst ett besök för respektive tidsperiod och den andra tabellen redovisar differensen mellan andelen som gjort ett besök perioden innan enhetstaxa infördes och perioden efter det infördes, differensen presenteras i procentenheter.

³ Alla besök är inte diagnossatta - ej obligatoriskt för andra yrkesgrupper än läkare.

Resultaten presenteras för besök totalt och läkarbesök, uppdelat på vårdområdena husläkarverksamhet, specialiserad öppenvård och akutmottagning

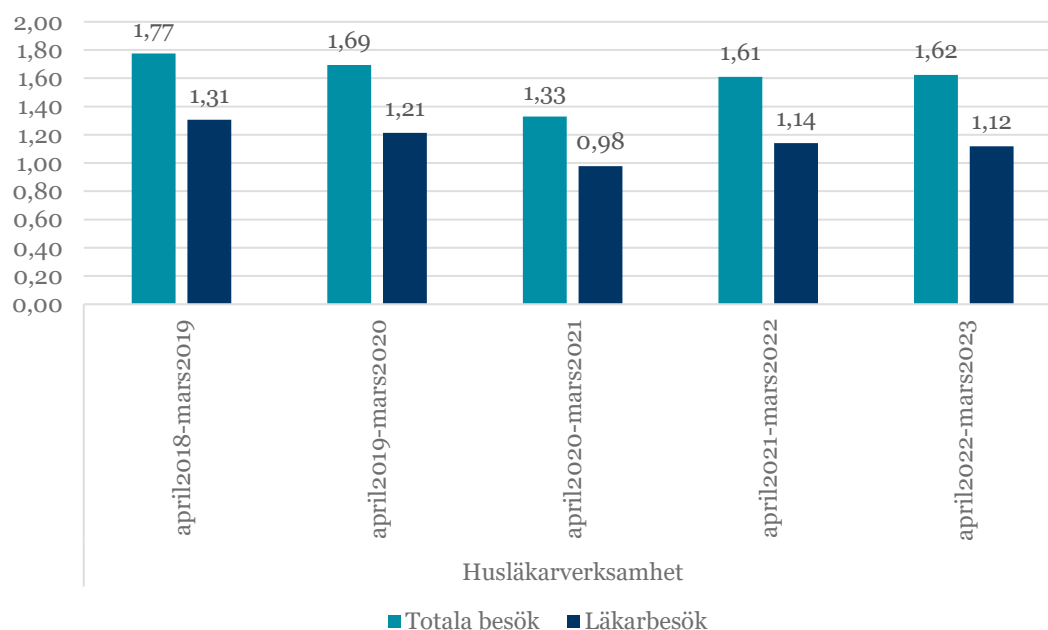
Måttet antal besök per invånare anges också för besök totalt och läkarbesök. I rapporten beräknar vi den procentuella förändringen i antal besök per invånare inom de olika vårdområdena husläkarverksamhet, specialiserad öppenvård och akutmottagning mellan perioden innan enhetstaxa infördes och perioden efter det infördes. På grund av att perioden april 2021 och mars 2022 inkluderar Covid-19 pandemin som hade en betydande inverkan på vårdkonsumtionen så jämför vi även med perioden april 2018-mars 2019. Om den procentuella förändringen är positiv, innebär det att genomsnittsbesöken per invånare har ökat mellan de två perioderna, och på motsvarande sätt visar ett negativt resultat att antal besök per invånare i genomsnitt har minskat.

Resultat

Inledningsvis presenteras utvecklingen över tid för antalet besök inom husläkarverksamheten. För att bedöma effekterna av enhetstaxa är det viktigt att ta hänsyn till dels generella trender som finns oavsett reformer, dels beakta nedgången av vårdutnyttjande under Covid-19 pandemin. Därefter presenteras skillnader mellan 12-månaders perioden före införandet av enhetstaxa i jämförelse med de första 12 månaderna med enhetstaxa. Jämförelsen baseras på både måtten om minst ett besök och antal besök per invånare.

Besök över tid

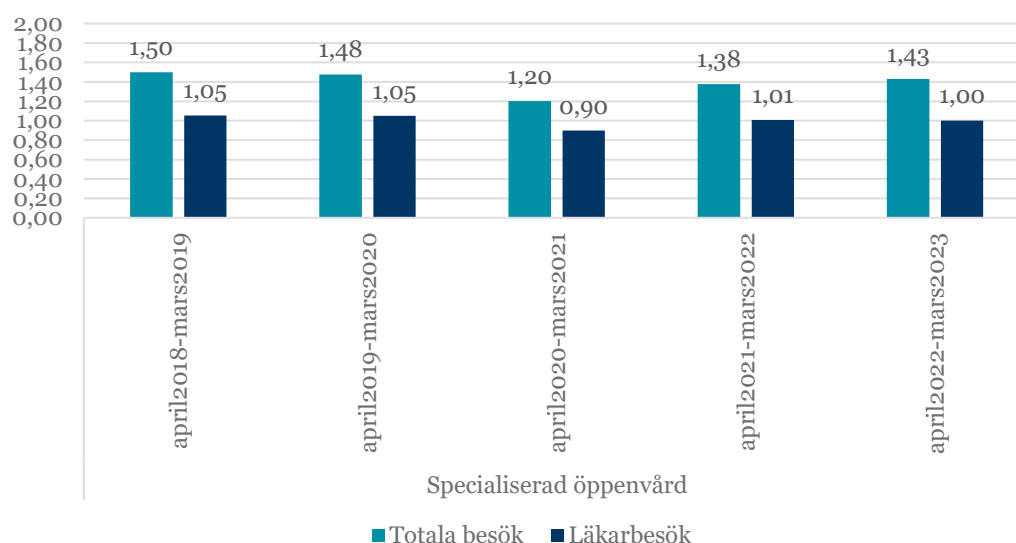
Om man ser till antalet totala besök och antalet läkarbesök över tid så syns en nedåtgående trend gällande antalet besök per invånare. I figur 3 visas antalet besök per invånare för fem olika tidsperioder för olika vårdområden inom den öppna vården. En nedgång av antalet besök per invånare syns tydligt under Covid-19 pandemin. Tiden efter pandemin så ökar besöken men inte till samma nivå som perioden innan pandemin. Eftersom perioden april 2021 och mars 2022 inkluderar Covid-19 pandemin som hade en betydande inverkan på vårdkonsumtionen så har vi även valt att jämföra besöksutvecklingen med perioden april 2018-mars 2019. Resultaten för jämförelsen mellan april 2018-mars 2019 och april 2022 – mars 2023 presenteras i Bilaga 1. Jämförelsen mellan april 2018-mars 2019 och april 2022 – mars 2023 (Bilaga 1) visar stora procentuella skillnader mellan perioderna och beror sannolikt till störst del av den nedåtgående trenden i antalet besök per invånare över tid.



Figur 3. Antalet besök totalt och läkarbesök per invånare inom husläkarverksamheten för tidsperioden 2018–2023

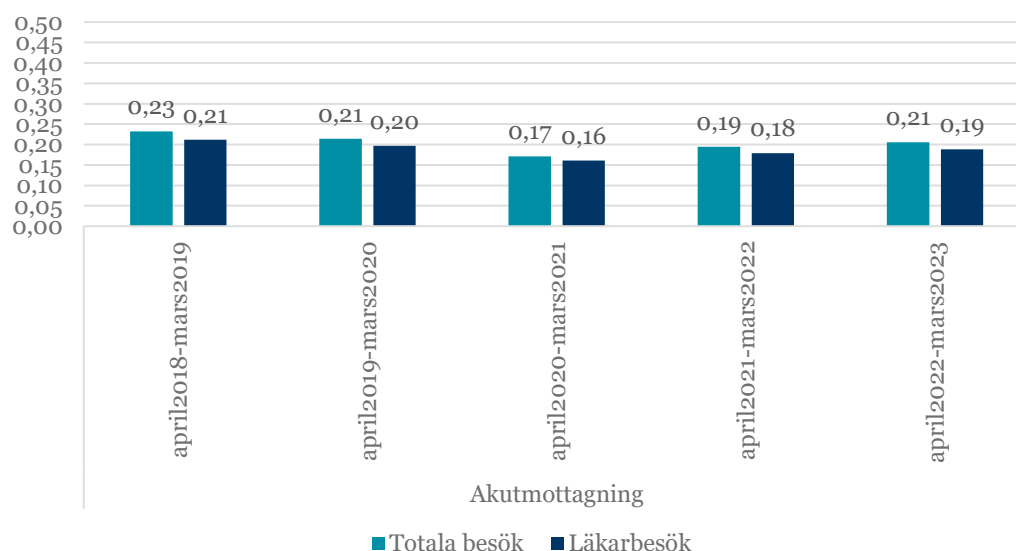
Som framgår av figuren sker en nedgång av såväl det totala antalet besök som läkarbesök under pandemiåren – främst april 2020-mars 2021. För det totala antalet besök syns en tydlig uppgång efter pandemin, men för läkarbesök ligger nivån lägre. Detta kan förklaras av den generella trend som finns inom svensk primärvård med en minskning av antal läkarbesök per invånare. Det kan även vara så att nedgången avser fysiska besök, medan distansbesök via främst video ökat. De sistnämnda saknas tyvärr i

statistiken från regionens VAL-register. I figur 4 presenteras utvecklingen för den specialiserade öppenvården.



Figur 4. Antalet besök totalt och läkarbesök per invånare inom den specialiserade öppenvården för tidsperioden 2018–2023

Utvecklingen för den specialiserade öppenvården visar på en liknande utveckling som för husläkarverksamheten med nedgång under pandemin. Återhämtningen är dock tydligare med en nivå i paritet med perioden före pandemin, vilket kan bero på att avgiften minskade för denna vårdform, medan den ökade för primärvården. I figur 5 redovisas motsvarande utveckling för akutmottagningar.



Figur 5. Antalet besök totalt och läkarbesök per invånare på akutmottagning för tidsperioden 2018–2023

Även för akutmottagningar noteras en nedgång under pandemin med en återhämtning under senare år. Från dessa aggregerade siffror är det svårt att utläsa några effekter av

enhetstaxa på vårdformerna. Det är ett argument för att studera effekterna för olika patientgrupper. Det föreligger inga större förändringar över tid, med undantag för perioden med Covid-19 pandemin. Av redovisningen framgår dock att en jämförelse med pandemi-åren kan ge missvisande resultat om effekter av enhetstaxan.

Andel av befolkningen som gjort minst ett besök

När patientavgiften i primärvården ökar så kan det tänkas att tröskeln för att söka vård blir högre för vissa grupper. Ett mått på denna tröskel är om individen tar ett initiativ till ett första besök. I tabell 4 visas andelen av befolkningen som gjort minst ett besök, oavsett vårdgivarkategori, inom husläkarmottagning, specialiserad öppenvård och akutmottagning. I tabell 5 visas differensen mellan andelarna för de två jämförelseperioderna för olika vårdformer, differensen presenteras som skillnad i procentenheter. Positiva ökningarna som är större än 1 procentenhet har markerats med grönt och minskningar som är större än -1 procentenhet har markerats med rött. Jämförelsen visar inte några större skillnader mellan perioden före respektive efter enhetstaxa. Sammanfattningsvis visar tabellen att andelen som gjort minst ett besök ökar mellan före och efter införandet av enhetstaxa i alla vårdområden, med några undantag för vissa grupper.

Störst ökning av andelen av befolkningen som gjort minst ett besök inom husläkarverksamheten ser vi i gruppen 0–18 år, följt av individer med astma och multikroniker. En ökning inom husläkarverksamheten syns även i de äldre åldersgrupperna. Den yngsta åldersgruppen 0–18 år samt åldersgruppen 85+ är avgiftsbefriad och påverkas inte av förändringen i patientavgiften. De två äldre åldersgrupperna är de grupperna som ökar sin andel mest inom specialiserad öppenvård, lika stora ökningarna syns för individer med hjärtsvikt och cancer. Andelen av befolkningen med frikort som gjort minst ett besök till husläkarverksamheten ökar medan andelen i specialiserad öppenvård minskar.

Tabell 4. Andel av befolkningen som gjort minst ett besök totalt, uppdelat på olika grupper och vårdområden. Avser perioderna april 2021-mars 2022 jämfört med april 2022-mars 2023

		Hus- läkarverksamhet		Specialiserad öppenvård		Akutmottagning	
		2021– 2022 (%)	2022– 2023 (%)	2021– 2022 (%)	2022– 2023 (%)	2021– 2022 (%)	2022– 2023 (%)
Befolkning	Totalt	52,7	53	37	37,5	12,6	13
Kön	Kvinnor	58	58,3	43,6	44	13,3	13,9
	Män	47,5	47,8	30,4	31,1	11,9	12,2
Åldersgrupp	0–18 år	43,2	45,3	23,1	23,7	11	11,9
	19–64 år	50,6	50	35	35,1	10,6	10,7
	65–84 år	74,2	75,3	62,9	64,6	19,7	20,4
	85+ år	61,9	63,3	58,4	60,6	38,6	40,4
Mosaic	1. Bättre bemedlade	50,6	51,2	37,3	37,9	11,6	12,1
	2. Medelgott bemedlad	53,4	53,9	37,5	38,2	12,3	12,8
	3. Sämre bemedlade	54,3	54,1	36,3	36,7	14	14,4

Kroniska diagnoser	Astma	64,2	65,6	43,4	43,8	15,2	16,1
	Cancer	71,2	72,2	75,5	77,4	20,9	21,8
	Diabetes	81,3	82,4	72,6	73,7	20,1	20,5
	Hjärtsvikt	66,1	66,9	67,7	69,7	36,1	36,8
	KOL	77	77,6	58,8	59,9	27,3	28,9
	Multikroniker	80,9	82,5	78	79,4	34,9	35,8
	Ej kroniker	49	49	32,1	32,4	10,9	11,2
Högekostnadsskydd	Ej frikort	42,7	42,7	23,7	24,9	8,2	8,8
	Frikort	88,5	89,9	84,8	82,7	28,3	28,3

Tabell 5. Skillnaden i andelen som gjort minst ett besök totalt, uppdelat på olika grupper och vårdområden. Avser skillnaden mellan perioderna april 2021-mars 2022 och april 2022-mars 2023, skillnaden presenteras i procentenheter

		Husläkarverksamhet	Specialiserad öppenvård	Akut-mottagning
		Diff	Diff	Diff
Befolkning	Totalt	0,31	0,55	0,44
Kön	Kvinnor	0,35	0,41	0,06
	Män	0,29	0,70	0,41
Åldersgrupp	0–18 år	2,14	0,61	-1,53
	19–64 år	-0,64	0,07	0,71
	65–84 år	1,07	1,78	0,71
	85+ år	1,35	2,20	0,85
Mosaic	1.Bättre bemedlade	0,53	0,60	0,08
	2.Medelt gott bemedlad	0,52	0,66	0,14
	3.Sämre bemedlade	-0,16	0,40	0,55
Kroniska diagnoser	Astma	1,33	0,38	-0,95
	Cancer	1,07	1,85	0,78
	Diabetes	1,17	1,07	-0,09
	Hjärtsvikt	0,77	2,01	1,24
	KOL	0,55	1,02	0,47
	Multikroniker	1,55	1,35	-0,20
	Ej kroniker	0,04	0,32	0,29
Högekostnads-skydd	Ej frikort	-0,06	1,20	1,26
	Frikort	1,42	-2,07	-3,49

* Grön markering visar ökning som är större än 1 procentenhet. Röd markering visar minskningar som är större än -1 procentenhet.

Från tabellen framgår att i åldersgruppen 19–64 år minskar andelen med minst ett besök i husläkarverksamheten och att ökningen är något lägre för den specialiserade. Det är den grupp som förmodligen påverkats mest av avgiftsförändringarna då de i

mindre utsträckning är avgiftsbefriade och inte har frikort i samma utsträckning. Ett liknande mönster ses för gruppen icke-kroniker i jämförelse med olika kroniker-grupper.

I tabell 6 visas andelen av befolkningen som gjort minst ett läkarbesök perioden innan och efter enhetstaxa infördes. I tabell 7 visas, på samma sätt som ovan, differensen mellan andelarna för de två jämförelseperioderna, Här är förändringarna mellan perioderna ännu mindre jämfört med om vi tittar på andelen som gjort minst ett besök oavsett vårdgivarkategori. De största förändringarna mellan perioderna ser vi för specialiserad öppenvård i grupperna 85+ år, cancer och hjärtsvikt, där andelen ökat med cirka 2 procentenheter i respektive grupp. Den största minskningen av andelen som gjort minst ett läkarbesök ser vi för individer med frikort i den specialiserade öppenvården (-2,9 procentenheter).

Om man tittar på befolkningen i stort i region Stockholm så ökar andelen som gjort minst ett besök till den specialiserade öppenvården mer än andelen som gjort minst ett besök till husläkarverksamheten, det gäller både besök oavsett vårdgivarkategori samt för läkarbesök.

Tabell 6. Andel av befolkningen som gjort minst ett läkarbesök, uppdelat på olika grupper och vårdområden. Avser perioderna april 2021-mars 2022 jämfört med april 2022-mars 2023

		Husläkar- verksamhet		Specialiserad öppenvård		Akutmottagning	
		2021– 2022 (%)	2022– 2023 (%)	2021– 2022 (%)	2022– 2023 (%)	2021– 2022 (%)	2022– 2023 (%)
Befolk- ningen	Totalt	48,7	49,0	34,4	34,8	11,8	12,1
Kön	Kvinnor	54,0	54,4	40,8	41,0	12,5	12,9
	Män	43,4	43,7	28,0	28,5	11,1	11,4
Åldersgrupp	0–18 år	39,1	40,9	20,2	20,8	8,9	9,5
	19–64 år	46,9	46,6	32,7	32,5	10,1	10,2
	65–84 år	69,3	69,8	59,8	61,4	19,4	20,1
	85+ år	56,6	57,2	54,6	56,9	38,4	40,2
Mosaic	1.Bättre bemedlade	46,7	47,3	35,0	35,5	10,9	11,3
	2.Medelgott bemedlad	49,3	49,8	34,9	35,5	11,5	11,9
	3.Sämre bemedlade	50,4	50,2	33,4	33,5	13,1	13,4
Kroniska diagnoser	Astma	60,0	61,0	40,8	41,0	13,9	14,6
	Cancer	65,0	65,8	73,8	75,7	20,5	21,4
	Diabetes	74,1	74,7	58,5	59,5	19,7	20,1
	Hjärtsvikt	61,5	61,6	63,9	65,9	35,8	36,5
	KOL	72,3	72,2	56,7	57,1	27,0	28,6
	Multikroniker	75,2	75,7	72,4	73,7	34,6	35,4
	Ej kroniker	45,2	45,4	30,0	30,2	10,1	10,3
Högekost- nadsskydd	Ej frikort	38,7	38,8	21,0	22,3	7,4	7,8
	Frikort	84,5	85,5	82,2	79,4	27,5	27,6

Tabell 7. Skillnaden i andelen som gjort minst ett läkarbesök, uppdelat på olika grupper och vårdområden. Avser skillnaden mellan perioderna april 2021-mars 2022 och april 2022-mars 2023, skillnaden presenteras i procentenheter

		Husläkar- verksamhet	Specialiserad öppenvård	Akut- mottagning
		Diff	Diff	Diff
Befolkningen	Totalt	0,3	0,4	0,4
Kön	Kvinnor	0,3	0,2	0,4
	Män	0,3	0,6	0,3
Åldersgrupp	0-18 år	1,8	0,5	0,7
	19-64 år	-0,3	-0,1	0,1
	65-84 år	0,5	1,7	0,7
	85+ år	0,5	2,3	1,8
Mosaic	1.Bättre bemedlade	0,5	0,5	0,4
	2.Medelgott bemedlad	0,5	0,5	0,4
	3.Sämre bemedlade	-0,2	0,2	0,3
Kroniska diagnoser	Astma	1,0	0,2	0,7
	Cancer	0,8	1,8	0,8
	Diabetes	0,6	0,9	0,3
	Hjärtsvikt	0,2	2,1	0,6
	KOL	-0,1	0,4	1,6
	Multikroniker	0,6	1,4	0,8
	Ej kroniker	0,1	0,2	0,2
Högekostnads- skydd	Ej frikort	0,1	1,2	0,4
	Frikort	1,0	-2,9	0,0

* Grön markering visar ökning som är lika med eller större än 1 procentenhet. Röd markering visar minskningar som är större än -1 procentenheter.

Antal individer med kroniska sjukdomar som gör minst ett besök till husläkarverksamheten och öppen specialistvård ökar, jämfört med individer i gruppen "Ej kroniker" som i stort sett har en oförändrad andel med minst ett besök. Detta kan skulle kunna tolkas som att enhetstaxan påverkar gruppen "Ej kroniker" mer än övriga kronikergrupper. Detta kan även påverkas av faktorer som ålder och andelen individer med minst ett besök. I tabellen ovan tas dock inte hänsyn till om patienter uppnått högekostnadsskydd och erhållit frikort. Gruppen med kroniska sjukdomar har sannolikt högre frekvens med frikort (se vidare kommande avsnitt där denna uppdelning tillämpas).

Besök per invånare

I föregående avsnitt tittade vi på andelen som gjort minst ett besök inom de olika vårdområdena. I det här avsnittet tittar vi på antal besök per invånare, det vill säga det genomsnittliga antalet besök per invånare i Region Stockholm, här presenteras antal besök totalt (läkare, fysioterapeut och sjuksköterska), antalet läkarbesök per invånare särredovisas också.

Avsnittet är uppdelat på kön, åldersgrupper, Mosaicgrupper, kroniska diagnoser samt högkostnadsskydd. Avsnittet fokuserar på jämförelseperioderna april 2021-mars 2022 och april 2022-mars 2023, det vill säga ett år innan jämfört med året efter enhetstaxa infördes. Jämförelser mellan perioderna april 2018-mars 2019 och april 2022-mars 2023 presenteras i Bilaga 1.

Kön

Både män och kvinnor ökar sitt genomsnittliga antal besök per invånare i alla vårdområden om vi tittar på de totala besöken. Störst procentuell ökning ser vi för män på akutmottagning följt av den specialiserade öppenvården (tabell 8). I tabell 9 presenteras samma sak men för endast läkarbesök. Där ser vi minskningar i antalet läkarbesök per invånare både inom husläkarverksamheten och den specialiserade öppenvården. Störst minskning ser vi hos kvinnor som minskar antalet läkarbesök inom husläkarverksamheten med 2,4 procent.

Tabell 8. Antal besök totalt per invånare, uppdelat på åldersgrupp och vårdområde. För jämförelseperioden april 2021-mars 2022 jämfört med april 2022-mars 2023

	Husläkarverksamhet			Specialiserad öppenvård			Akutmottagning		
	2021- 2022	2022- 2023	Diff %	2021- 2022	2022- 2023	Diff %	2021- 2022	2022- 2023	Diff %
K	1,84	1,84	0,1	1,61	1,66	3,0	0,21	0,22	5,6
M	1,38	1,41	2,1	1,14	1,20	5,1	0,18	0,19	5,4
Befolkningen	1,61	1,62	0,98	1,38	1,43	3,86	0,19	0,21	5,51

Tabell 9. Antal läkarbesök per invånare, uppdelat på kön och vårdområde. För jämförelseperioden april 2021-mars 2022 jämfört med april 2022-mars 2023

	Husläkarverksamhet			Specialiserad öppenvård			Akutmottagning		
	2021- 2022	2022- 2023	Diff %	2021- 2022	2022- 2023	Diff %	2021- 2022	2022- 2023	Diff %
K	1,34	1,31	-2,4	1,20	1,19	-0,9	0,19	0,20	5,1
M	0,94	0,92	-1,7	0,82	0,82	-0,1	0,17	0,18	5,1
Befolkningen	1,14	1,12	-2,10	1,01	1,00	-0,59	0,18	0,19	5,11

Den ökning som noteras för såväl husläkarverksamhet som den öppna specialistvården är förmodligen en del av återhämtningen efter Covid-19 pandemin och ska inte ses som en effekt av enhetstaxan. Skillnaderna i ökningen mellan vårdformerna kan dock ha påverkats av enhetstaxan. Det är uppenbart att ökningen av det totala antalet besök per invånare är lägst inom husläkarverksamheten, högre inom specialiserad öppenvård och högst på akutmottagningarna. Det sistnämnda är svårförklarat. Utvecklingen för läkarbesöken med tydliga minskningar inom husläkarverksamheten, något mindre minskning inom specialiserad öppenvård kan förmodligen förklaras av den tidigare

redovisade nedåtgående trenden av antal läkarbesök inom husläkarverksamheten. Även för läkarbesök noteras en större ökning vid akutmottagningarna.

Åldersgrupper

Tabell 10 visar antal besök totalt per invånare. Här ser vi att antalet besök per invånare inom husläkarverksamheten har minskat för gruppen 19–64 år efter införandet av enhetstaxa. I övriga åldersgrupper syns en ökning i antalet besök per invånare, störst ökning ser vi för 85+ (8,6 procent) samt 0–18 år (8,3 procent). Antal besök inom den specialiserade öppenvården ökar för alla åldersgrupper, men framför allt för de äldre åldersgrupperna. En ökning av antalet besök per invånare ser vi även på akutmottagning.

Tabell 10. Antal besök totalt per invånare, uppdelat på åldersgrupp och vårdområde. För jämförelseperioden april 2021-mars 2022 jämfört med april 2022-mars 2023

	Husläkarverksamhet			Specialiserad öppenvård			Akutmottagning		
	2021- 2022	2022- 2023	Diff %	2021- 2022	2022- 2023	Diff %	2021- 2022	2022- 2023	Diff %
0-18 år	0,89	0,96	8,3	0,60	0,62	3,5	0,15	0,17	9,4
19-64 år	1,45	1,39	-3,7	1,21	1,23	1,7	0,16	0,16	3,1
65-84 år	3,10	3,26	4,9	3,08	3,27	6,3	0,34	0,36	6,0
85+	3,39	3,68	8,6	2,46	2,62	6,6	0,73	0,78	7,2
Befolkningen	1,61	1,62	0,98	1,38	1,43	3,86	0,19	0,21	5,51

Tabell 11 visar antalet läkarbesök per invånare. Här ser vi att gruppen 0–18 år ökar antalet läkarbesök per invånare inom husläkarverksamheten med 6,2 procent, för övriga åldersgrupper sker en minskning av det genomsnittliga antalet läkarbesök inom husläkarverksamheten. Viktigt att poängtera är att gruppen 0–18 år samt äldre än 85 år inte berörs av införandet av enhetstaxa då dessa grupper har avgiftsfri vård inom öppenvården (undantag akutmottagning).

Tabell 11. Antal läkarbesök per invånare, uppdelat på åldersgrupp och vårdområde. För jämförelseperioden april 2021-mars 2022 jämfört med april 2022-mars 2023

	Husläkarverksamhet			Specialiserad öppen- vård			Akutmottagning		
	2021- 2022	2022- 2023	Diff %	2021- 2022	2022- 2023	Diff %	2021- 2022	2022- 2023	Diff %
0-18 år	0,72	0,76	6,2	0,42	0,43	2,1	0,12	0,13	9,1
19-64 år	1,11	1,06	-4,3	0,87	0,85	-2,5	0,15	0,15	2,6
65-84 år	1,84	1,81	-1,9	2,31	2,32	0,3	0,33	0,35	5,9
85+	1,72	1,68	-2,4	1,97	2,05	4,1	0,72	0,77	7,1
Befolkningen	1,14	1,12	-2,10	1,01	1,00	-0,59	0,18	0,19	5,11

Även för läkarbesök avviker åldersgruppen 0-18 år för både husläkarverksamhet som öppen specialistvård, vilken kan förklaras avgiftsbefrielser. Åldersgruppen 19-64 år uppvisar ett mönster med minskningar i båda dessa vårdformer, och lägst ökning vid akutmottagningar. Detta kan – som tidigare nämnts – bero på att den åldersgruppen i större utsträckning utnyttjar digitala vårdkontakter som videobesök via utomlänstaxan, vilket inte inkluderas i ovanstående tabell.

Kroniska diagnoser

Ålder i kombination med en kronisk diagnos är också något som påverkar individers vårdkonsumtion. I den här rapporten tas inte hänsyn till åldersfördelningen inom de olika kroniska diagnoserna, men viktigt att ha med sig är att vissa kroniska diagnoser är vanligare bland barn och unga, exempelvis astma, och diagnoser som KOL består mestadels av en äldre patientgrupp, vilket också kan påverka vårdkonsumtionen. I tabell 12 visas antalet besök per invånare oavsett vårdgivarkategori. Störst procentuell förändring i antalet besök ser vi i gruppen diabetes följt av multikroniker som ökar sitt antal besök med 11,1 procent respektive 10,2 procent inom husläkarverksamheten. Inom den specialiserade öppenvården och akutmottagning syns ökningar för alla grupper. För ej kroniker och för personer med hjärtsvikt ser vi en marginell minskning av antalet besök inom husläkarverksamheten. Inom den specialiserade öppenvården samt på akutmottagning syns en ökning för alla grupper.

Tabell 12. Antal besök totalt per invånare, uppdelat på kroniska diagnoser och vårdområde. För jämförelseperioden april 2021-mars 2022 jämfört med april 2022-mars 2023

	Husläkarverksamhet			Specialiserad öppenvård			Akutmottagning		
	2021- 2022	2022- 2023	Diff %	2021- 2022	2022- 2023	Diff %	2021- 2022	2022- 2023	Diff %
Astma	2,04	2,05	0,2	1,55	1,58	2,2	0,23	0,25	10,0
Cancer	2,91	2,93	0,9	4,72	4,98	5,3	0,35	0,37	6,6
Diabetes	3,82	4,24	11,1	3,20	3,28	2,3	0,34	0,35	4,2
Hjärtsvikt	3,29	3,27	-0,9	3,80	3,88	2,2	0,72	0,76	5,4
KOL	3,61	3,72	2,9	2,73	2,87	5,1	0,52	0,59	12,2
Multikroniker	4,91	5,41	10,2	5,08	5,37	5,7	0,72	0,75	4,4
Ej kroniker	1,32	1,30	-1,8	1,03	1,06	2,8	0,16	0,17	4,4
Befolkningen	1,61	1,62	0,98	1,38	1,43	3,86	0,19	0,21	5,51

I tabell 13 visas antalet läkarbesök per invånare. Här skiljer sig de procentuella förändringarna jämfört med föregående tabell, här ser vi en minskning av antalet läkarbesök per invånare inom husläkarverksamheten, för alla sjukdomsgrupper. Störst minskning ser vi för personer med hjärtsvikt som minskar antal läkarbesök per invånare med 5, 8 procent samtidigt som samma grupp uppvisar en ökning med 3,3 procent inom den specialiserade öppenvården. Individer med kroniska diagnoser har i regel lättare att få remiss till den specialiserade öppenvården och är redan inne i systemet. Vi ser också stora ökningar för vissa kronikergrupper på akutmottagning (KOL och astma).

Minskningen av besök hos KOL-patienter inom husläkarverksamheten kan bidra till ökningen av besök vid akutmottagningarna. En tidigare studie visade att bristande kontinuitet sammanfaller med ett högre utnyttjande av akutmottagningar (Sveréus, Larsson & Rehnberg 2014)

Tabell 13. Antal läkarbesök per invånare, uppdelat på kroniska diagnoser och vårdområde. För jämförelseperioden april 2021-mars 2022 jämfört med april 2022-mars 2023

	Husläkarverksamhet			Specialiserad öppenvård			Akutmottagning		
	2021- 2022	2022- 2023	Diff %	2021- 2022	2022- 2023	Diff %	2021- 2022	2022- 2023	Diff %
Astma	1,56	1,55	-0,9	1,18	1,16	-1,5	0,21	0,23	8,9
Cancer	1,69	1,66	-1,9	3,28	3,16	-3,6	0,34	0,36	6,5
Diabetes	2,07	2,03	-2,2	2,02	2,01	-0,6	0,33	0,34	3,8
Hjärtsvikt	1,90	1,79	-5,8	2,51	2,59	3,3	0,71	0,74	4,8
KOL	2,20	2,15	-2,3	2,04	2,04	0,0	0,51	0,57	12,1
Multikroniker	2,53	2,46	-2,9	3,52	3,50	-0,5	0,70	0,73	4,4
Ej kroniker	1,00	0,98	-2,5	0,78	0,77	-0,9	0,14	0,15	3,9
Befolkningen	1,14	1,12	-2,10	1,01	1,00	-0,59	0,18	0,19	5,11

Den minskning som ses av läkarbesök inom husläkarverksamheten, samtidigt som ökningen av besök totalt sett ökar, kan förklaras av ändrade arbetssätt med en förskjutning av besök från läkare till andra yrkesgrupper.

Socioekonomiska grupper

Personer med lägre inkomst är mer känsliga för avgiftshöjningar och kan vara mer benägna att avstå från vård när avgifterna ökar. I tabell 14 visas antalet besök, oavsett vårdgivarkategori, per invånare uppdelat på socioekonomiska områden. Tabellen visar inga minskningar i det genomsnittliga antalet besök mellan perioden innan och efter införandet av enhetstaxa. Ökningarna för samtliga vårdformer är emellertid lägst för individer med lägst socioekonomi, även jämfört med befolkningen i stort.

Tabell 14. Antal besök totalt per invånare, uppdelat på mosaicgrupper och vårdområde. För jämförelseperioden april 2021-mars 2022 jämfört med april 2022-mars 2023

	Husläkar- verksamhet			Specialiserad öppen- vård			Akutmottagning		
	2021- 2022	2022- 2023	Diff %	2021- 2022	2022- 2023	Diff %	2021- 2022	2022- 2023	Diff %
1.Bättre bemedlade	1,43	1,45	1,3	1,36	1,43	5,0	0,17	0,19	5,9
2.Medelgott bemedlade	1,61	1,63	1,1	1,39	1,45	4,3	0,19	0,20	6,0
3.Sämre bemedlade	1,81	1,82	0,6	1,38	1,42	2,3	0,22	0,23	4,7
Befolkningen	1,61	1,62	0,98	1,38	1,43	3,86	0,19	0,21	5,51

Från tabell 15 som visar antalet läkarbesök per invånare framgår en minskning av antalet läkarbesök inom husläkarverksamheten. Den minskningen är störst för individer inom den lägsta socioekonomiska gruppen (-3,2 procent), för samma grupp ser vi även en minskning i antalet läkarbesök inom den specialiserade öppenvården.

Tabell 15. Antal läkarbesök per invånare, uppdelat på mosaicgrupper och vårdområde. För jämförelseperioden april 2021-mars 2022 jämfört med april 2022-mars 2023

	Husläkar- verksamhet			Specialiserad öppen- vård			Akutmottagning		
	2021- 2022	2022- 2023	Diff %	2021- 2022	2022- 2023	Diff %	2021- 2022	2022- 2023	Diff %
1.Bättre bemedlade	1,02	1,01	-1,4	1,02	1,02	-0,3	0,16	0,17	5,5
2.Medelgott bemedlade	1,13	1,11	-1,7	1,02	1,02	0,2	0,17	0,18	5,5
3.Sämlre bemedlade	1,29	1,25	-3,2	1,00	0,98	-1,7	0,21	0,21	4,5
Befolkningen	1,14	1,12	-2,10	1,01	1,00	-0,59	0,18	0,19	5,11

Sammanfattningsvis är ökningarna – det vill säga återhämtning från Covid-19 pandemin – lägre i områden med låg inkomst. Minskningen av läkarbesök inom husläkarverksamheten är också största för befolkningen i dessa områden

Högekostnadsskydd

I detta avsnitt redovisas skillnader mellan patientgrupper med och utan frikort. Genom att det är främst individer utan frikort som påverkas av de förändrade patientavgifterna ger denna uppdelning en möjlighet att jämföra vårdutnyttjande med individer som har frikort och inte påverkas av förändringen. Jämförelsen mellan grupper med och utan frikort är emellertid inte helt perfekt. Ett problem är att det inte går att urskilja tidpunkten för när individer med frikort uppnådde högekostnadsskyddet. Vissa besök inom denna grupp kan således ägt rum då patientavgift har tagits ut. Vår bedömning är dock att gruppen utan frikort är mer känslig för avgiftsförändringarna.

Tabell 16 visar att individer med frikort har en mycket högre genomsnittlig vårdkonsumtion än individer utan frikort, vilket är förväntat. Att individer med frikort skulle ändra sitt besöksmönster efter införandet av enhetstaxa är inte förväntat, de påverkas inte av förändringen vilket innebär att gruppen kan användas som en form av kontrollgrupp. Tabellen visar att individer med frikort ökar sitt antal besök per invånare med 3,5 procent inom husläkarverksamheten.

Om vi tittar på individer utan frikort så ser vi att antalet besök per invånare minskar med -2,9 procent inom husläkarverksamheten och inom den specialiserade öppenvården sker istället en ökning av det genomsnittliga antalet besök med 9,8 procent (tabell 16).

Tabell 16. Antal besök totalt per invånare, uppdelat på individer med eller utan frikort och vårdområde. För perioden april 2021-mars 2022 och april 2022-mars 2023

	Husläkarverksamhet			Specialiserad öppenvård			Akutmottagning		
	2021- 2022	2022- 2023	Diff %	2021- 2022	2022- 2023	Diff %	2021- 2022	2022- 2023	Diff %
Ej frikort	0,89	0,86	-2,9	0,49	0,54	9,8	0,11	0,12	8,0
Frikort	4,19	4,34	3,5	4,54	4,59	1,1	0,49	0,51	3,1
Befolkningen	1,61	1,62	0,98	1,38	1,43	3,86	0,19	0,21	5,51

I tabell 17 visas antalet läkarbesök per invånare och för läkarbesök är minskningarna i husläkarverksamheten -2,2 procent och här ser vi en ökning av antalet läkarbesök med 11,4 procent i den specialiserade öppenvården. Att individer utan frikort skulle öka sitt antal besök till den specialiserade öppenvården kan antas vara förväntat när patientavgiften till husläkarverksamheten blir dyrare i relation till besök i den specialiserade vården.

Tabell 17. Antal läkarbesök per invånare, uppdelat på individer med eller utan frikort och vårdområde. För perioden april 2021-mars 2022 och april 2022-mars 2023

	Husläkarverksamhet			Specialiserad öppenvård			Akutmottagning		
	2021- 2022	2022- 2023	Diff %	2021- 2022	2022- 2023	Diff %	2021- 2022	2022- 2023	Diff %
Ej frikort	0,67	0,65	-2,2	0,37	0,41	11,4	0,10	0,11	7,5
Frikort	2,84	2,77	-2,4	3,30	3,11	-5,8	0,47	0,48	2,9
Befolkningen	1,14	1,12	-2,10	1,01	1,00	-0,59	0,18	0,19	5,11

Från tabellerna kan vi utläsa en minskning av det totala antalet besök per invånare för gruppen utan frikort, det vill säga de som påverkas av avgiftshöjning inom vårdformen. Samtidigt noteras ökningarna inom den specialiserade öppenvården och akutmottagningarna. Samma mönster noteras för läkarbesök. Gruppen med frikort som inte påverkas av taxeförändringarna, uppvisar en ökning av det totala antalet besök inom husläkarverksamheten, men endast mindre ökningarna för specialiserad öppenvård och besök vid akutmottagning. Detta kan tolkas som att enhetstaxan bidragit till en omfördelning av besök från husläkarverksamheten till den specialiserade öppenvården.

Högekostnadsskydd och kroniska diagnoser

Individer med kroniska diagnoser har i genomsnitt en högre vårdkonsumtion än befolkningen i stort, individer med frikort gör också fler besök än befolkningen i stort. Hur antalet besök per invånare för individer med kroniska diagnoser och som inte har frikort har förändrats mellan perioden före och efter enhetstaxa är intressant, då det är en grupp som i genomsnitt har en högre vårdkonsumtion än befolkningen i stort, men deras vårdkonsumtion är inte tillräckligt hög för att komma upp i beloppsgränsen för frikort. I den här analysen har vi delat in individer med kroniska diagnoser utifrån om de haft frikort någon gång under den aktuella perioden eller inte haft frikort under någon del av perioden.

Tabell 18 visar antalet besök oavsett vårdgivarkategori. Individer utan frikort ökar antalet besök, vilket gäller för alla kronikergrupper, där ökningarna är störst inom specialiserad öppenvård för individer med cancer (16,1 procent) och KOL (17,3 procent). För individer med frikort ser vi både minskningar och ökningarna inom den specialiserade öppenvården, dock är ökningarna här inte alls lika stora som för individer utan frikort. Individer med frikort har också större ökningarna i husläkarverksamheten jämfört med individer utan frikort.

Tabell 18. Antal besök totalt per invånare uppdelat på individer med eller utan frikort och kroniska diagnoser samt vårdområde. För perioden april 2021-mars 2022 och april 2022-mars 2023

		Husläkarverksamhet			Specialiserad öppen-vård			Akutmottagning		
		2021-2022	2022-2023	diff %	2021-2022	2022-2023	diff %	2021-2022	2022-2023	diff %
Ej fri-kort	Astma	1,17	1,19	1,6	0,69	0,74	7,7	0,14	0,16	15,2
	Cancer	1,57	1,56	-0,6	1,46	1,69	16,1	0,21	0,23	9,1
	Diabetes	1,90	1,91	0,7	1,25	1,30	3,8	0,16	0,17	6,4
	Ej kroniker	0,80	0,77	-4,1	0,42	0,46	10,0	0,10	0,10	7,1
	Hjärt-svikt	2,05	2,05	0,1	1,51	1,58	4,9	0,60	0,63	3,9
	KOL	1,76	1,77	0,6	0,93	1,09	17,3	0,29	0,34	16,1
	Multi-kroniker	2,61	2,80	7,4	1,84	2,02	9,8	0,53	0,60	11,7
Fri-kort	Astma	4,58	4,53	-1,0	4,06	4,03	-0,6	0,49	0,51	5,5
	Cancer	4,03	4,11	2,0	7,46	7,79	4,4	0,47	0,50	6,3
	Diabetes	5,76	6,28	9,0	5,17	5,00	-3,3	0,52	0,52	-1,3
	Ej kroniker	3,74	3,79	1,3	3,89	3,89	0,1	0,45	0,46	2,4
	Hjärt-svikt	5,05	4,96	-1,7	7,02	7,09	0,9	0,88	0,94	6,7
	KOL	5,59	5,65	1,1	4,66	4,64	-0,3	0,77	0,84	8,3
	Multi-kroniker	6,37	6,94	9,0	7,14	7,34	2,8	0,84	0,84	0,6

Gruppen utan frikort är sannolikt friskare än de med frikort, men uppvisar en större ökning av besök inom den öppna specialistvården. Detta kan vara en effekt av enhetstaxan genom att man i större utsträckning söker vård inom öppen specialistvård i stället för inom husläkarverksamheten.

I tabell 19 visas antalet läkarbesök per invånare för individer med kroniska diagnoser med och utan frikort. Alla grupper utan frikort ökar sitt antal läkarbesök till den specialiserade öppenvården, störst är ökningen för individer med cancer och KOL, även på akutmottagningarna så ser vi öknings för individer utan frikort. Antalet läkarbesök inom husläkarverksamheten minskar dock för alla grupper förutom gruppen astma. Denna grupp består till stor del av yngre som är avgiftsbefriade. För individer med frikort ser vi att minskningarna inom den specialiserade öppenvården är större än minskningarna inom husläkarverksamheten. Eftersom gruppen med frikort inte påverkas av avgiftsförändringen har man inga ekonomiska motiv att söka vård inom specialiserad öppenvård

För att kunna besöka den specialiserade öppenvården krävs ofta en remiss. Individer med kroniska diagnoser har i regel en redan etablerad kontakt med hälso- och sjukvården, det är därför lättare för dessa individer att få en kontakt med den specialiserade öppenvården, vilket kan vara en förklaring till att antalet besök ökar inom den specialiserade öppenvården när patientavgiften blir på samma nivå som inom husläkarverksamheten. Detta förklarar dock inte minskningen för flertalet patienter med kroniska sjukdomar och frikort.

Tabell 19. Antal läkarbesök per invånare, uppdelat på individer med eller utan frikort och kroniska diagnoser samt vårdområde. För perioden april 2021-mars 2022 och april 2022-mars 2023

		Husläkarverksamhet			Specialiserad öppen-vård			Akutmottagning		
		2021-2022	2022-2023	diff %	2021-2022	2022-2023	diff %	2021-2022	2022-2023	diff %
Ej frikort	Astma	0,92	0,94	2,3	0,52	0,56	7,8	0,12	0,14	13,7
	Cancer	0,95	0,94	-1,1	1,18	1,38	16,5	0,21	0,23	9,1
	Diabetes	1,06	1,00	-5,3	0,65	0,71	8,6	0,15	0,16	6,0
	Ej kroniker	0,62	0,61	-2,5	0,32	0,35	11,5	0,08	0,09	6,6
	Hjärt-svikt	1,17	1,13	-3,5	1,17	1,23	5,2	0,60	0,62	3,5
	KOL	1,10	1,07	-2,3	0,72	0,81	13,4	0,29	0,33	16,0
	Multi-kroniker	1,36	1,32	-2,6	1,33	1,47	10,5	0,53	0,59	11,4
Frikort	Astma	3,43	3,31	-3,5	3,10	2,91	-6,0	0,46	0,48	5,2
	Cancer	2,30	2,27	-1,5	5,03	4,68	-6,9	0,45	0,48	6,1
	Diabetes	3,10	2,92	-5,7	3,41	3,15	-7,7	0,51	0,50	-1,7
	Ej kroniker	2,76	2,71	-1,8	2,92	2,74	-6,4	0,42	0,43	2,2
	Hjärt-svikt	2,93	2,71	-7,4	4,40	4,50	2,2	0,87	0,92	5,9
	KOL	3,38	3,22	-4,6	3,45	3,26	-5,6	0,75	0,81	8,1
	Multi-kroniker	3,28	3,13	-4,6	4,92	4,70	-4,4	0,81	0,82	0,6

Den uppdelning som är gjord i detta avsnitt för olika grupper med kroniska sjukdomar med eller utan frikort ger ett visst stöd till att införandet av enhetstaxa bidragit till en förskjutning av den öppna vården från husläkarverksamhet till specialiserad öppenvård. Utvecklingen för akutmottagningar är svårare att förklara. Men minskningarna av besök inom husläkarverksamheten kan ge effekter som att kroniker i större utsträckning söker vård på akutmottagningar. Samtidigt noteras en något större minskning av läkarbesök vid husläkarverksamhet för kroniker med frikort i jämförelse med motsvarande grupp utan frikort. Detta är svårt att förklara utifrån skillnader i taxa och förmodligen finns andra påverkande faktorer som till exempel tillgängligheten inom husläkarverksamheten.

Diskussion och slutsatser

Totalt utgör patientavgifter idag cirka 2-3 procent av finansieringen av den del av hälso- och sjukvården som regionernas ansvarar för. Avgifter för olika typer av besök utgör huvuddelen av dessa avgifter. Motiven för patientavgifter är dels att de bidrar till finansiering av hälso- och sjukvården, dels att de påverkar efterfrågan på sjukvårdstjänster. Den sistnämnda funktionen kan delas in i två typer: i) en egenbetalning som kan ses som en klassisk självrisk vid gemensam finansiering för att hålla nere efterfrågan ("moral hazard-problemet"⁴), ii) genom att differentiera avgifterna inom olika vårdområden kan efterfrågan för olika sjukvårdstjänster stimuleras eller motverkas. Generellt har lägre avgifter eller inga avgifter alls tillämpats inom primärvården för att stimulera invånare att initialt söka sig till "första linjens vård". Här finns dock skillnader mellan länder där ofta valet mellan avgifter och remisstväng tillämpats för att styra vårdströmmarna. För övrig specialistvård och akutmottagningar har högre avgifter tagits ut. Argumenten mot differentierade avgifter är att de är administrativt betungande och att mängden undantag för vissa grupper bidrar till komplexiteten.

Region Stockholm har tidigare haft differentierade patientavgifter med en lägre nivå för primärvård och högre avgift för öppen specialist- och sjukhusvård. Under april 2022 infördes en så kallad blandad enhetstaxa för den öppna vården. Med blandad enhetstaxa avses att besök vid akutmottagningarna debiteras en högre avgift, medan avgiften är densamma för primärvård och annan specialistvård. Tidpunkten för perioden med den nya taxan medför ett antal metod- och dataproblem. Ett metodproblem vid analys av utvecklingen och effekten av enhetstaxan är att ta hänsyn till den generella utvecklingstrenden av besök (främst läkarbesök). Ett annat problem är att jämförelseperioderna åren före införandet är osäkra och påverkas av andra faktorer på grund av främst Covid-19 pandemin.

För läkarbesök inom primärvården finns sedan flera år tillbaka en generell nedåtgående trend i Sverige. Det är osäkert att tolka en eventuell minskning av besök som en effekt av införandet av enhetstaxa. Då projektet har genomförts inom en kort uppföljningsperiod har vi valt att fokusera på utvecklingen för olika grupper samt att endast jämfört perioden med enhetstaxa med en 12-månaders period direkt innan införandet. Även under denna period kan utvecklingen till viss del utgöra en återhämtning sedan Covid-19 pandemin. De mest intressanta resultaten i rapporten är således jämförelse av utvecklingen för olika grupper med olika vårdbehov. Vid jämförelsen mellan individer med och utan frikort kan den förstnämnda gruppen ses som en typ av kontrollgrupp, då dessa i mindre utsträckning påverkas av enhetstaxan.

På en övergripande nivå är det svårt att se större effekter av enhetstaxan. De mindre ökningarna som noteras för båda måtten (andel av invånare med minst ett öppenvårdsbesök och antal besök per invånare) kan likväl vara en fortsättning på återhämtning från Covid-19 pandemin. Dock är ökningarna något större inom den specialiserade öppenvården i jämförelse med primärvården. Mest förvånande är kanske ökningen av antalet totala besök vid akutmottagningarna. En förklaring skulle kunna vara att den högre avgiften inom primärvården får fler att söka vård vid sjukhusen, men att öppenvårdsmottagningar ofta kräver remiss och tidsbokning, vilket bidrar till ökat efterfrågetryck på akutmottagningar trots högre avgift. Ökningen av besöken på akutmottagningarna har sannolikt även andra orsaker än förändringen av patientavgifterna. Detta ligger utanför studiens avgränsning att bedöma, men vid fortsatta uppföljningar kan faktorer som tillgänglighet vara intressant att studera.

⁴ Begreppet "moral hazard" avser beteendet att öka vi ökar vår efterfrågan om kostnader delas med andra som vid skattefinansierad och försäkringsfinansierad vård.

Skillnader i utvecklingen av besök för olika grupper är relativt liten, men följer förväntat mönster. Ökningarna är större för åldersgrupperna 0-18 och individer över 65 år. Båda grupperna har viss avgiftsbefrielse och/eller frikort i högre utsträckning. Individer i geografiska områden med lägre inkomster (Mosaicbaserat) uppvisar lägre ökning och i vissa fall även minskningar av primärvårdsbesök (främst allmänläkarbesök), vilket också är förväntat då dessa grupper är mer känsliga för avgiftsförändringar.

Resultaten från avsnittet där vårdutnyttjandet för individer med kroniska sjukdomar har fördelats beroende på om de omfattas eller inte omfattas av högkostnadsskyddet, tyder på att det skett en viss överflyttning av vårdkonsumtion från husläkarverksamhet till annan specialiserad öppenvård efter införandet av enhetstaxa. För flertalet grupper med kroniska sjukdomar är ökningen av specialiserad öppenvård större för de utan frikort än de med frikort. Patienter med frikort fortsätter i större utsträckning att använda husläkarverksamheten. Det bör i sammanhanget beaktas att nivån på högkostnadsskyddet har höjts under den studerade perioden. Från 1150 kronor år 2021, 1200 kronor år 2022 och 1300 kronor år 2023. Detta kan påverkat resultatet såtillvida att färre individer uppfyller krav på frikort. Ett annat problem är att tidpunkten för när individer uppnår högkostnadsskydd inte är känt.

Resultaten från studien ska tolkas med försiktighet. Jämförelserna har gjorts på aggregerade nivåer utan matchning av jämförbara grupper. Gruppen utan frikort är inte heller helt homogen då det förekommer avgiftsbefrielser för vissa individer. Individer kan ha frikort hela eller delar av den undersökta perioden. Vissa besök för dessa individer är därmed gjorda med frikort och vissa utan. I kommande analyser skulle det vara av intresse att se om/hur individer ändrar sitt besöksmönster när man ändrar status från frikort till ej frikort och tvärsom. I denna studie saknas tillgång till datum för denna förändring.

Påverkan av återhämtning från Covid-19 pandemin och den korta uppföljningstiden (endast 12 månader) skapar osäkerhet. Vidare kan den nedåtgående trenden av läkarbesök inom husläkarverksamheten även påverkats av högre andel kapitering i ersättningen. Inom husläkarverksamheten har ersättningen ändrats från en relativt hög andel prestationsersättning, mot större andel kapitering, vilket minskar incitamenten till besök. Dock kan innehållet i besöken påverkats positivt. Vidare har inte eventuella positiva effekter som minskat administrativt arbetet belysts i rapporten. Rapporten visar dock på utvecklingstendenser som stämmer med ekonomisk teori och förväntade utfall, men bör analyseras vidare med analys på individnivå och längre tidsperspektiv.

Referenser

- Gruber J. (2006). The Role of Consumer Copayments for Health Care: Lessons from the RAND Health Insurance Experiment and Beyond. Kaiser Family Foundation.
- Jakobsson N & Svensson M (2016a). Copayments and physicians visits: A panel data study of Swedish regions 2003-2012. Health Policy, Sep;120(9):1095-9.
- Jakobsson N & Svensson M (2016b). The effect of copayments on primary care utilization: results from a quasi-experiment. Applied economics, vol. 48, no. 39, 3752–3762.
- Johansson N, Jakobsson N, Svensson M (2019). Effects of primary care cost-sharing among young adults: varying impact across income groups and gender. Eur J Health Econ. Nov;20(8):1271-1280.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017). En primär angelägenhet. Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum. Rapport 2017:3
- Olsen C & Melberg HO (2018). Did adolescents in Norway respond to the elimination of copayments for general practitioner services? Health Econ. Jul;27(7):1120-1130.
- Region Jämtland Härjedalen, Slutrapport för utredning av mer enhetliga patientavgifter, Dnr: RS/200/2015, 2015-11-13.
- Region Stockholm (2020). Utredning om förenkling av Regelverk för patientavgifter – Enhetstaxa. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Dnr. HSN 2021-0280.
- SCB (2024). Hälsoräkenskaper, SCB, Stockholm.
- Sveriges Kommuner och Regioner (2023). Patientavgifter i öppen hälso- och sjukvård år 2023. SKR, Stockholm.
- Sveréus S, Larsson K, Rehnberg C (2017). Clinic continuity of care, clinical outcomes and direct costs for COPD in Sweden: a population based cohort study. Accepted by European Clinical Respiratory Journal, 13 Jan.

Bilagor

Bilaga 1 – Jämförelse mellan april 2018 – mars 2019 och april 2022 – mars 2023

Tabell B1.1. Antal besök totalt per invånare, uppdelat på åldersgrupp och vårdområde. För jämförelseperioden april 2018-mars 2019 jämfört med april 2022-mars 2023.

	Husläkarverksamhet			Specialiserad öppenvård			Akutmottagning		
	2018- 2019	2022- 2023	Diff %	2018- 2019	2022- 2023	Diff %	2018- 2019	2022- 2023	Diff %
K	1,99	1,84	-7,4	1,76	1,66	-5,6	0,25	0,22	-12,5
M	1,56	1,41	-9,6	1,24	1,20	-3,3	0,22	0,19	-10,9
Befolkningen	1,77	1,62	-8,43	1,50	1,43	-4,66	0,23	0,21	-11,79

Tabell B1.2. Antal läkarbesök per invånare, uppdelat på kön och vårdområde. För jämförelseperioden april 2018-mars 2019 jämfört med april 2022-mars 2023

	Husläkarverksamhet			Specialiserad öppenvård			Akutmottagning		
	2018- 2019	2022- 2023	Diff %	2018- 2019	2022- 2023	Diff %	2018- 2019	2022- 2023	Diff %
K	1,50	1,31	-12,5	1,27	1,19	-6,8	0,23	0,20	-12,3
M	1,11	0,92	-17,1	0,83	0,82	-2,1	0,20	0,18	-9,8
Befolkningen	1,31	1,12	-14,50	1,05	1,00	-4,98	0,21	0,19	-11,16

Tabell B1.3. Antal besök totalt per invånare, uppdelat på åldersgrupp och vårdområde. För jämförelseperioden april 2018-mars 2019 jämfört med april 2022-mars 2023

	Husläkarverksamhet			Specialiserad öppenvård			Akutmottagning		
	2018- 2019	2022- 2023	Diff %	2018- 2019	2022- 2023	Diff %	2018- 2019	2022- 2023	Diff %
0-18 år	0,88	0,96	9,4	0,63	0,62	-1,2	0,18	0,17	-6,3
19-64 år	1,46	1,39	-4,4	1,33	1,23	-7,6	0,19	0,16	-17,3
65-84 år	4,03	3,26	-19,2	3,40	3,27	-3,7	0,39	0,36	-8,3
85+	4,90	3,68	-25,0	2,56	2,62	2,5	0,80	0,78	-3,0
Befolkningen	1,77	1,62	-8,43	1,50	1,43	-4,66	0,23	0,21	-11,79

Tabell B1.4. Antal läkarbesök per invånare, uppdelat på åldersgrupp och vårdområde. För jämförelseperioden april 2018-mars 2019 jämfört med april 2022-mars 2023

	Husläkarverksamhet			Specialiserad öppenvård			Akutmottagning		
	2018-2019	2022-2023	Diff %	2018-2019	2022-2023	Diff %	2018-2019	2022-2023	Diff %
0-18 år	0,75	0,76	1,8	0,43	0,43	-1,2	0,13	0,13	2,1
19-64 år	1,15	1,06	-8,0	0,92	0,85	-7,7	0,18	0,15	-18,0
65-84 år	2,58	1,81	-30,0	2,43	2,32	-4,7	0,38	0,35	-8,7
85+	3,00	1,68	-44,0	1,99	2,05	3,0	0,79	0,77	-3,0
Befolkningen	1,31	1,12	-14,50	1,05	1,00	-4,98	0,21	0,19	-11,16

Tabell B1.5. Antal besök totalt uppdelat på kroniska diagnoser och vårdområde. För jämförelseperioden april 2018-mars 2019 jämfört med april 2022-mars 2023

	Husläkarverksamhet			Specialiserad öppenvård			Akutmottagning		
	2018-2019	2022-2023	Diff %	2018-2019	2022-2023	Diff %	2018-2019	2022-2023	Diff %
Astma	2,17	2,05	-5,8	1,70	1,58	-6,9	0,29	0,25	-13,0
Cancer	3,61	2,93	-18,7	5,47	4,98	-9,0	0,42	0,37	-11,5
Diabetes	4,79	4,24	-11,4	3,72	3,28	-11,8	0,41	0,35	-13,3
Hjärtsvikt	6,03	3,27	-45,9	4,28	3,88	-9,4	0,87	0,76	-13,3
KOL	4,72	3,72	-21,3	3,09	2,87	-7,1	0,64	0,59	-8,7
Multikroniker	6,88	5,41	-21,4	5,89	5,37	-8,8	0,86	0,75	-12,5
Ej kroniker	1,41	1,30	-8,0	1,14	1,06	-6,8	0,19	0,17	-14,6
Befolkningen	1,77	1,62	-8,43	1,50	1,43	-4,66	0,23	0,21	-11,79

Tabell B1.6. Antal läkarbesök per invånare, uppdelat på kroniska diagnoser och vårdområde. För jämförelseperioden april 2018-mars 2019 jämfört med april 2022-mars 2023

	Husläkarverksamhet			Specialiserad öppenvård			Akutmottagning		
	2018-2019	2022-2023	Diff %	2018-2019	2022-2023	Diff %	2018-2019	2022-2023	Diff %
Astma	1,68	1,55	-8,1	1,25	1,16	-7,2	0,25	0,23	-11,4
Cancer	2,25	1,66	-26,5	3,67	3,16	-13,9	0,41	0,36	-12,0
Diabetes	2,70	2,03	-24,9	2,24	2,01	-10,2	0,40	0,34	-13,5
Hjärtsvikt	4,37	1,79	-59,0	2,67	2,59	-2,8	0,86	0,74	-13,5
KOL	3,01	2,15	-28,5	2,14	2,04	-4,8	0,63	0,57	-8,9
Multikroniker	4,09	2,46	-40,0	3,82	3,50	-8,1	0,84	0,73	-12,7
Ej kroniker	1,10	0,98	-11,6	0,83	0,77	-6,6	0,17	0,15	-14,0
Befolkningen	1,31	1,12	-14,50	1,05	1,00	-4,98	0,21	0,19	-11,16

Tabell B1.7. Antal besök totalt per invånare, uppdelat på mosaicgrupper och vårdområde. För jämförelseperioden april 2018-mars 2019 jämfört med april 2022-mars 2023

	Husläkarverksamhet			Specialiserad öppenvård			Akutmottagning		
	2018- 2019	2022- 2023	Diff %	2018- 2019	2022- 2023	Diff %	2018- 2019	2022- 2023	Diff %
1.Bättre bemedlade	1,51	1,45	-4,5	1,46	1,43	-2,2	0,20	0,19	-7,7
2.Medelgott bemedlad	1,77	1,63	-8,2	1,52	1,45	-4,1	0,22	0,20	-11,0
3.Sämre bemedlade	2,06	1,82	-11,5	1,53	1,42	-7,4	0,28	0,23	-14,9
Saknas	1,24	1,09	-12,2	1,14	0,99	-12,8	0,28	0,19	-32,3
Befolkningen	1,77	1,62	-8,43	1,50	1,43	-4,66	0,23	0,21	-11,79

Tabell B1.8. Antal läkarbesök per invånare, uppdelat på mosaicgrupper och vårdområde. För jämförelseperioden april 2018-mars 2019 jämfört med april 2022-mars 2023

	Husläkarverksamhet			Specialiserad öppenvård			Akutmottagning		
	2018- 2019	2022- 2023	Diff %	2018- 2019	2022- 2023	Diff %	2018- 2019	2022- 2023	Diff %
1.Bättre bemedlade	1,14	1,01	-11,6	1,05	1,02	-3,1	0,18	0,17	-6,6
2.Medelgott bemedlad	1,30	1,11	-14,7	1,06	1,02	-4,1	0,20	0,18	-10,6
3.Sämre bemedlade	1,49	1,25	-16,5	1,06	0,98	-7,6	0,25	0,21	-14,2
Befolkningen	1,31	1,12	-14,50	1,05	1,00	-4,98	0,21	0,19	-11,16

Tabell B1.9. Antal besök totalt per invånare, uppdelat på individer med eller utan frikort och vårdområde. För perioden april 2018-mars 2019 och april 2022-mars 2023

	Husläkarverksamhet			Specialiserad öppenvård			Akutmottagning		
	2018- 2019	2022- 2023	Diff %	2018- 2019	2022- 2023	Diff %	2018- 2019	2022- 2023	Diff %
Ej frikort	0,88	0,86	-1,53	0,52	0,54	4,5	0,13	0,12	-5,63
Frikort	4,63	4,34	-6,33	4,62	4,59	-0,6	0,57	0,51	-10,49
Befolkningen	1,77	1,62	-8,43	1,50	1,43	-4,66	0,23	0,21	-11,79

Tabell B1.10. Antal läkarbesök per invånare, uppdelat på individer med eller utan frikort och vårdområde. För perioden april 2018-mars 2019 och april 2022-mars 2023

	Husläkarverksamhet			Specialiserad öppenvård			Akutmottagning		
	2018- 2019	2022- 2023	Diff %	2018- 2019	2022- 2023	Diff %	2018- 2019	2022- 2023	Diff %
Ej frikort	0,69	0,65	-5,5	0,38	0,41	8,2	0,11	0,11	-2,4
Frikort	3,27	2,77	-15,1	3,20	3,11	-2,9	0,54	0,48	-11,0
Befolkningen	1,31	1,12	-14,50	1,05	1,00	-4,98	0,21	0,19	-11,16

Bilaga 2 – Avgiftsnivå och enhetstaxamodellen

I ett PM från Region Stockholm (2020) konstateras att det finns ett större behov av att på olika sätt styra patientströmmarna. Genom att införa en lägre patientavgift inom primärvården än inom specialistvården ges ett incitament för patienten att i första hand vända sig till primärvården. I och med införandet av enhetstaxa finns inte längre samma skillnader mellan olika yrkeskategorier och vårdnivåer. De förväntar sig därför att patientavgiftens styrande effekt kan upphöra. I vissa fall täcker arbetsgivare sina anställdas vårdkostnader, vilket ytterligare minskar möjligheterna att reglera eller minska överkonsumtion genom patientavgifter.

Enligt det givna räkneexemplet, i tabell 2 framgår det att införandet av enhetstaxa inte nödvändigtvis kommer ha en betydande effekt på dessa specifika patienttyper (Region Stockholm, 2020). Oavsett vilken avgiftsmodell som används, når tre av patienterna frikort. För den fjärde patienten (patient B) innebär enhetstaxan en extra kostnad på 50 kronor, men denne når ändå frikort. Eftersom den totala summan av patientavgifter är högre i och med enhetstaxan jämfört med den dåvarande modellen, antogs att frikortsnivån kommer att uppnås snabbare. Utifrån PM:et identifierades så kallade sällangångsbesökare som den grupp som väntas drabbas av enhetstaxan eftersom denna grupp är priskänsliga och att den högre patientavgiften skulle kunna resultera i en ökad risk för att nödvändig vård uteblir eller skjuts upp.

Tabell B2.1. Jämförelse mellan den dåvarande avgiftsnivån och enhetstaxamodellen med en högre avgift för akutsjukhusens akutmottagningar för olika patienttyper.

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

Egen bearbetning från Region Stockholm (2020)

Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning består av Nationellt centrum för suicidforskning och prevention (NASP), Stockholm centrum för hälsoekonomi (StoCHE) och HTA Region Stockholm. CHIS är en universitetsjukvårdsenhet, vilket bland annat innebär att vi bedriver forskning av hög nationell och internationell kvalitet, bedriver utbildning av hög kvalitet samt bidrar till en evidensbaserad hälso- och sjukvård genom att överföra våra egna forskningsresultat till praktisk vård och fortlöpande utvärdera etablerade och nya metoder.