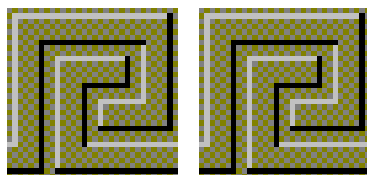


# Har sökmönstret förändrats inom öppenvården med anledning av ökade patientavgifter?



**DECEMBER 2003**



VÄSTRA  
GÖTALANDSREGIONEN

Ekonomi- och resursavdelningen  
Analys- och utvärderingsavdelningen

## Innehållsförteckning

1. Uppdrag .....	3
2. Avgränsningar .....	3
3. Förutsättningar.....	4
3.1 IMPLEMENTERINGEN AV DE NYA AVGIFTERNA.....	4
3.2 BEHOVET AV BESÖKEN/TJÄNSTERNA .....	5
3.3 HÖGKOSTNADSSKYDDETS UTFORMNING.....	6
4. Undersökningsfrågor .....	7
5. Metod.....	8
6. Resultat .....	9
6.1 BESÖK HOS SJUKSKÖTERSKA .....	9
6.2 BESÖK HOS LÄKARE VID SJUKHUS OCH LÄKARE I PRIMÄRVÅRD.....	12
6.3 LÄKARBESÖK VID PRIMÄRVÅRDENS JOURCENTRALER.....	14
6.4 "TELEFONRECEPT" .....	16
7. Slutsatser .....	17
BILAGA 1 .....	18

# 1. Uppdrag

Vid årsskiftet 2002/2003 införde VGR nya patientavgifter. Detta innebar för den öppna vårdens del:

att besök hos sjuksköterska belades med en avgift om 60:-, från att tidigare ha varit avgiftsfritt.  
att avgiften för läkarbesök i primärvård höjdes från 100:- till 120:-  
att avgiften för läkarbesök inom länssjukvården höjdes från 200:- till 300:-  
att det infördes en tilläggsavgift om 80:- för läkarbesök inom primärvårdens jourmottagningar, vilket betydde att avgiften i praktiken steg från 100:- till 200:- (100:- + 20:- + 80:-)  
att det infördes en avgift om 80:- för läkemedelsrecept utfärdade via annan läkarkontakt än besök (tfn, brev, mejl fax m.m) – tidigare avgiftsfritt.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsens motiv för prisjusteringarna var regionens behov av intäktsförstärkning, en önskan att styra patienternas beteende/sökmönster och en strävan att uppnå ett mer konsekvent och logiskt avgiftssystem.

Med anledning av prisjusteringarna beslutade Hälso- och sjukvårdsstyrelsen 2002.10.29 –30 och 2003.01.21–22 att ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att under hösten år 2003 utvärdera om patienternas sökmönster påverkats av de nya patientavgifterna. Närmare bestämt ville man ha utrett hur patienterna reagerat på

- avgiften för sjuksköterskebesök
- den ökade skillnaden i avgift mellan läkarbesök i primärvård och läkarbesök inom länssjukvård
- tilläggsavgiften för läkarbesök inom primärvårdens jourverksamheter

Hälso- och sjukvårdsdirektören har valt att delegera uppdraget till ekonomi- och resursavdelningen. Denna har i sin tur engagerat analys - och utvärderingsavdelningen/ A. Lindgren och L. Palo.

## 2. Avgränsningar

Uppdraget har utvidgats till att också omfatta en undersökning av hur patienterna och apoteken reagerat inför avgiften om 80:- för recept utfärdade "via annan läkarkontakt än besök". Eftersom det oftast handlar om att patienten ringer till läkaren, betecknas denna tjänst i fortsättningen "telefonrecept".

Sjuksköterskebesök sker såväl inom primärvård som länssjukvård. Undersökningen avgränsar sig dock till besök inom primärvård. Förundersökningar ger stöd för antagandet, att det är på denna nivå som reaktioner på patientavgiften i form av annat sökbeteende ev. kan ha uppstått. Det finns inget i förarbetet som tyder på att patienter reagerat inför avgiften för sjuksköterskebesök inom sjukhus.

Undersökningen omfattar heller inte offentligt finansierade privata läkare, vilka också är skyldiga att tillämpa de nya avgifterna då inte annat framgår av lag eller vårdavtal.

Som ett led i fullgörandet av uppdraget har följande huvudfrågor formulerats:

- Har införandet av patientavgift minskat antalet sjuksköterskebesök?
- Har den ökade skillnaden i avgift mellan läkarbesök i primärvård och läkarbesök i länssjukvård lett till ökat antal läkarbesök i primärvård?
- Har införandet av tilläggsavgiften för läkarbesök inom primärvårdens jourverksamhet lett till minskat antal besök inom denna vårdform?
- Har införandet av patientavgift på 80 kronor för "telefonrecept" minskat antalet ärenden av denna typ?

Arbetet med att besvara huvudfrågorna påbörjades under september månad 2003. Detta med sikte på att kunna redovisa utfallet för hälso- och sjukvårdsstyrelsen vid dess sammanträde 2003.12.09.

En fortlöpande samverkan mellan ekonomi- och resursavdelningen och analys- och utvärderingsavdelningen har präglat arbetet. Det har också varit beroende av att personal inom regionens primärvård och sjukhus ställt sig välvilligt till förfogande för besvarande av olika typer av undersökningsfrågor. Vidare har personal såväl på beställar- som utförarsidan hjälpt till att få fram statistiska uppgifter.

## 3. Förutsättningar

Faktorer som i ett inledande skede bedömdes ha stor betydelse för utfallet av föreliggande undersökning var:

- Implementeringen av de nya avgifterna
- Behovet av besöken/tjänster
- Högekostnadsskyddets utformning

### 3.1 Implementeringen av de nya avgifterna

En förutsättning för att patienternas reaktion på de nya patientavgifterna ska kunna beskrivas på ett tillförlitligt sätt, är att avgifterna fungerar som det är tänkt. Rättare sagt att de tillämpas någorlunda konsekvent. Att inte undantag görs för vissa "känsliga grupper"; att personalen inte modifierar, rättar till, vad som uppfattas som ofullkomligheter i betalningssystemet; att avgiftssystemets bokstav får styra.

De förundersökningar som gjorts ger inga belägg för att det skulle ha uppstått några systematiska avvikelser från de anvisningar som åtföljer de nya patientavgifterna.

Däremot har det framkommit att det i vissa avseenden kan vara svårt att utläsa vad bokstaven, texten, egentligen säger. Här kan det i vissa fall uppstå svårigheter att dra gräns mellan sjuksköterskebesök (60 kr), sk mellanliggande provtagning – där avgiften sedan tidigare är 80 kr – och provtagningar som ingår i läkarbesöket (0 kr). En ytterligare omständighet som försvårar tillämpningen: en och samma provtagning kan kosta patienten 80 kr den ena gången och 60 kr den andra gången, beroende på om det är en laboratoriepersonal eller en sjuksköterska som svarar för provtagningen. Dessutom är det oklart vilken provtagningsavgift som ska tas ut för personer som inte besökt eller avser att besöka läkare/sjuksköterska – en grupp som ökar i antal.

Avgiften för "telefonrecept" omfattas – i likhet med besöksavgifter – av den öppna vårdens högekostnadsskydd. Patienten ska alltså inte betala någon receptavgift om han/hon nått gränsen för frikort. Vid utfärdande av "telefonrecept" kan en läkare inte alltid veta om en patient uppnått denna gräns. Hälso- och sjukvården förfogar inte över en högekostnadsdatabas – likt Apoteket AB – som ger snabbt besked om patientens frikortsstatus. Den öppna vårdens högekostnadsskydd bygger på att vårdgivaren träffar patienten, och att denne visar upp sitt frikort. Detta förhållande leder till att hälso- och sjukvården ibland blir otydlig mot både patienter och apoteket, vad gäller avgiften för "telefonrecept". Då det ankommer på apoteket att infordra ev. receptavgift, kan denna otydlighet i vissa fall leda till onödigt "betalningstrassel" för alla inblandade parter. Betalningsbefriade patienter som inte har med sig öppenvårdens frikort till apoteket, får betala avgiften och sedan återkräva den inom hälso- och sjukvården mot uppvisande av kvitto. Det är i och för sig inte de enda som anmodas gå tillbaka till vården med sitt apotekskvitto. Det måste även de patienter som rätteligen betalat avgiften göra – om de vill att beloppet ska räknas med vid kvalificering för ett ev. frikort. (Utförligare om "telefonrecept" och frikort: se avsnitten: 3.2 respektive 3.3)

Framhållas bör också att psykiatrin inte tillämpar patientavgifterna helt på samma sätt som sker inom hälso- och sjukvården i övrigt. Men det är heller inte meningen. För psykiatrin finns nämligen en villkorlig regel för avgiftsfrihet, en undantagsklausul, som gör det möjligt för läkare att medge befrielse från patientavgift, om detta bedöms försvåra fortsatt behandlingsarbete.

Helhetsintrycket att implementeringen av de nya avgifterna fungerat väl, och att förekommande administrativa svårigheter mest märktes i början av år 2003, i övergångsskedet mellan de gamla och de nya avgifterna. Svårigheten att i vissa fall veta vilken avgift som gäller för ett sjuksköterskebesök/laboratorieprov inom primärvård är dock ett klart störningsmoment. Så också hälso- och sjukvårdens otydlighet beträffande avgiften för telefonrecept

### 3.2 Behovet av besöken/tjänsterna

Forskning inom området visar att betalningsviljan normalt är större för varor och tjänster som uppfattas som nödvändiga än för produkter som betraktas som försumbara. Det betyder att vi som konsumenter i allmänhet har lättare för att acceptera prishöjningar i det förra fallet än i det senare fallet. Om något "nödvändigt" ter sig dyrt avstår vi inte, istället drar vi om möjligt in på någon annan kostsam konsumtion, mindre viktigt för välbefinnandet. Ekonomer säger att "priselasticiteten" är större för nödvändiga - än för mindre betydelsefulla varor och tjänster.

Sjukvårdsinrättningar besöker de flesta människor därför att man anser att man behöver det, för att det framstår som nödvändigt. Det är inte för ro skull man åker iväg till sjukhuset eller vårdcentralen för att träffa läkare eller sjuksköterska. Detta betyder nu inte att patienter är beredda att betala hur mycket som helst för alla former av besök inom vården. För icke livshotande tillstånd finns det av allt att döma en smärtgräns, en gräns där avgiften kan få en del patienter att överväga andra alternativ, t.ex. avvakta ev. större behov, bedriva egenvård, ransonera vårdutnyttjandet eller helt avstå från besök.

Nedan följer en kortfattad beskrivning av de aktuella besöken/tjänsterna. Detta för att ge en översiktlig bild av innehållet och behovet.

- **Besök hos sjuksköterska i primärvård.** Med uttrycket sjuksköterska i primärvård avses både "distriktsköterska", "sjuksköterska" och "specialistsjuksköterska". De förstnämnda kategorierna gör i stort samma jobb. Det handlar mest om blodtryckstagning, såromläggningar och information om olika hudåkommor och om medicinsk vägledning. Det som skiljer är att distriktsköterska är behörig att ge vissa vaccinationer, ge inhalationsmedel och skriva ut vissa typer av ej receptbelagda läkemedel. En specialistsjuksköterska i primärvård kan vara särskilt inriktad på patienter med diabetes, astma, hypertoni, inkontinens eller annat t.ex. bensår. Totala antalet sjuksköterskebesök inom primärvård uppgår till ungefär ett per invånare och år, men variation är stor. Ju mer glesbygd desto fler sjuksköterskebesök, sannolikt beroende på att tillgången på läkare inte är lika stor på landsbygden som i stan. Vid vissa vårdcentraler upprätthåller sjuksköterskorna s.k. öppen mottagning, dit patienterna kan komma utan föregående tidsbeställning. Men på flera håll har denna service dragits in, då man ansett sig tvungen att prioritera tidsbokade patienter, vilka anses ha större vårdbehov. Allmänt gäller att sjuksköterskor svarar för en basal medicinsk vård som inte fordrar läkarinsats. Besöken ger dessutom tillfällen för patienten att ställa frågor kring sitt tillstånd - frågor som inte alltid hinns med vid anslutande läkarbesök. Kort sagt: sjuksköterskebesök är för många patienter ett viktigt led i strävan att återställa eller vidmakthålla den egna hälsan.
- **Besök hos läkare i primärvård.** I VGR finns en besöksgaranti som säger att var och en har rätt att komma i kontakt med allmänläkare inom en vecka. Ungefär hälften av invånarna har varje år kontakt med en allmänläkare i primärvård. Totala antalet besök uppgår i genomsnitt till drygt ett per invånare och år. Det är ett brett spektrum av sjukdomar och besvär som allmänläkare konfronteras med. Vanligast är muskelskelledala sjukdomar, symptom och sjukdomstecken (inkl. psykiska besvär), andningsorganens sjukdomar, cirkulationsorganens sjukdomar, sjukdomar i örat och skador/förgiftningar. En stor majoritet av patienterna kan allmänläkaren och/eller annan vårdcentralspersonal ge bot eller lindring. Ett vanligt förekommande påstående är att c:a 10 % remitteras till specialistläkare. Tilläggas bör att ett mindre antal läkarbesök inte är besvärsrelaterade t.ex. önskan om friskintyg, hälsokontroller. Den tid som åtgår för ett läkarbesök varierar stort. Från 10 minuter för enklare fall, upp till 45 minuter för patienter som är "multisjuka" eller har extra stort behov av samtal. Allmänläkarrollen förutsätter en bred medicinsk kompetens och god social förmåga. För att befrämja kvaliteten på olika typer av besök – i termer av tillgänglighet, närhet och kontinuitet – tillämpar primärvården numer s.k. listning. Det innebär att patienterna erbjuds att teckna sig för en bestämd vårdcentral. Ju fler tecknade patienter, desto större ersättning får vårdcentralen från sin hälso- och sjukvårdsnämnd.

- **Besök hos läkare vid sjukhus** kan vara ett sätt att följa upp en slutenvårdsinsats. Men vanligen är det en remiss från läkare i primärvård eller annan specialistläkare som föranleder besök. Numer finns också möjlighet för patienten att få hjälp utan remiss. Det förekommer också något som kallas egenremiss, vilket är en av mottagningen utformad blankett där patienten själv beskriver sina besvär. Oberoende av vilket, bjuder VGRs besöksgaranti rätt till undersökning inom en månad vid befarad allvarlig sjukdom. Specialistläkarnas patienter är i allmänhet en starkt selekterad grupp: det är människor drabbade av sjukdomar/besvär som kräver specifika undersökningar och åtgärder. Under ett år besöker knappt var tredje invånare läkare vid sjukhus. Totala antalet besök uppgår till knappt ett per invånare och år. Annorlunda uttryckt: det går c:a tre besök hos läkare vid sjukhus på fyra läkarbesök i primärvård. För att en patient ska anses färdigutredd, färdigbehandlad, hos en specialistläkare fordras oftast flera besök. Besvärens art och grad gör att patienterna sällan avbryter påbörjade vårdkontakter: man är alltför beroende av den hjälp som kan ges. Utbytbarenheten mot besök hos läkare i primärvård är sannolikt låg. C:a 20 % av de patienter som besöker en specialistläkare vid sjukhus, besöker samma år också en läkare i primärvård. Kontakt med läkare i primärvård är för många ett passerat skede i det specifika vårdförloppet. Att återvända dit innan man blivit hjälpt på sjukhuset utgör i dessa fall inget egentligt alternativ.
- **Besök vid jourcentral.** En jourcentral är en primärvårdsenhet som tar emot patienter som av olika skäl önskar besöka läkare efter det att vårdcentralerna stängts. Vissa jourcentraler håller öppet mellan kl. 17.00 - 23.00 andra stänger inte förrän kl. 08.00 på morgon. Ibland är primärvårdens jourcentraler lokaliserade vid sjukhus, men vanligare är att de inte är det. Antalet läkarbesök vid jourcentraler motsvarar ungefär 10 % av samtliga läkarbesök i primärvård. Diagnospanoramata är breda. Vanliga besöksorsaker är akuta infektioner, muskelskelledala besvär och lättare skador. Det händer också att patienter söker hjälp för akuta tillstånd som hjärtinfarkt, stroke och svåra astmaanfall. Detta innebär att jourmottagningarna måste ha beredskap att ta hand om akuta fall och/eller transportera dessa till sjukhus. Å andra sidan förekommer också patienter som utan större olägenhet skulle kunna avvakta med läkarbesök till dess vårdcentralen öppnar. I flera primärvårdsområden har en förstärkt sjukvårdsupplysning lett till att dessa fall minskat i antal. Ur ett primärvårdsperspektiv innebär detta ökad rationalitet, eftersom jourmottagningar är förhållandevis kostsamma verksamheter. De kräver jourlinjer, och att man ibland tvingas anlita stafettläkare för att klara bemanningen.
- **Ett "telefonrecept"** är en ordination på läkemedel som en läkare (i vissa fall även sjuksköterska) skriver ut efter det att en patient ringt (alternativt skrivit brev, mejlat, faxat) och bett om denna tjänst. I allmänhet handlar det om förlängning av tidigare förskrivning, där ytterligare undersökningar eller provtagningar inte erfordras. Efter påringningen kontaktar läkaren det apotek där patienten vill hämta ut sin ordination - per telefon eller fax. Eller så skickar läkaren receptet hem till patienten, i det fall det är fråga om en ordination som berättigar till uttag mer än en gång. Patienten går till apoteket (utan eller med recept), betalar för varan, och erlägger avgiften för "telefonrecept" (80:-) om han/hon inte har frikort. Eller så skickar apoteket varan till ett särskilt utlämningsställe där patienten kan lösa ut medicinen. Därefter överför Apoteket AB ev. receptavgift till VGR.. Ett ytterligare, vanligt förekommande, alternativ är att läkaren kommer överens med patienten att komma till läkarmottagningen och hämta sitt recept. I dessa fall betalas ev. receptavgift på stället - inte på apoteket. Inom primärvården är drygt en tredjedel av alla recept (inkl APO-dos) "telefonrecept". Men variationen är ganska stor, inom Primärvården i Göteborg är t.ex. var femte recept ett "telefonrecept". De patienter som främst är betjänta av "telefonrecept" är äldre, kroniskt sjuka, patienter med regelbundet återkommande infektioner och invånare som bor i glesbygd, långt från läkarmottagning och apotek. Snävt ekonomiskt skiljer det 40:- mellan ett telefonrecept och ett besök hos läkare för receptförlängning (120:- - 80:- = 40). Om en sjuksköterska skriver ut receptet skiljer det 20:-, men åt andra hållet. (60:- - 80:- = - 20:-)

Såväl sjuksköterskebesök, besök hos läkare i primärvård, besök hos läkare vid sjukhus, besök vid primärvårdens jourcentraler som telefonrecept, framstår som genuina behov. Alla typerna ter sig mer eller mindre nödvändiga för de personer som utnyttjar dem, och de representerar sannolikt också en trygghet för befolkningen i stort: är man inte sjuk eller skadad, kan man bli det. Betalningsviljan kan därför antas vara stor för dessa tjänster. Så också toleransen för de aktuella avgiftshöjningarna - förutsatt att de inte i något avseende lett till vad som kan uppfattas som ett oskäligt högt pris. Det mesta talar för att prishöjningar i motsvarande grad för exempelvis lunchrestaurangbesök, biobiljetter, bensin eller alkohol skulle uppmärksammas på ett helt annat sätt.

### 3.3 Högkostnadsskyddets utformning

Ur ett patientperspektiv handlar patientavgifterna inte enbart om viljan att betala. Naturligtvis handlar det också om *förmågan* därtill. Personer med långvarigt låga inkomster, många nödvändiga utgifter och ett flertal besök

inom öppen vård har i vissa fall helt enkelt inte råd - även om betalningsviljan är aldrig så god. Exempel på mer sårbara grupper i denna mening är: pensionärer med låg ATP, ensamstående föräldrar, missbrukare och studenter.

För att inte någon ska riskera att gå miste om den vård och behandling de behöver finns därför högkostnads-skydd för såväl öppenvårdsbesök (statligt reglerat), slutenvårdsbesök (regionalt reglerat) som läkemedelsuttag (statligt reglerat). Skydden skiljer sig från varandra vad gäller utformning och nivåer. Gemensamt är att betalningsfrihet inträder då patientens samlade betalningar når upp till en viss volym under en och samma årsperiod. Detta hjälper nu inte alltid personer med låg kontantmarginal. Särskilt inte i en situation där individen inte kvalificerat sig för något högkostnads-skydd och där det ännu är några dagar kvar till nästa löne-/bidragsutbetalning. Därför har patienterna också möjlighet att betala vård och läkemedel mot faktura.

Högkostnads-skyddet för öppenvårdsbesök är så utformat att patienten får betala för sina besök till dess summan av betalningarna under en 12-månadersperiod når upp till 900:-. Resterande besök under perioden är avgiftsfria; patienten får "frikort". Den aktuella gränsen för frikort har legat fast sedan år 1997. Det betyder att gränsen inte anpassats till konsumentprisindexet, till penningvärdesförsämringen. Om så hade varit fallet skulle gränsen för frikort i dag legat kring c:a 950 kr. (Dagens Medicin 44/2003).

Under perioden 1/1 -30/9 år 2002 uppgick totala antalet *läkarbesök* vid NU, SÅS och SKAS till 433 433 för åldersgruppen 20-w år. Av dessa besök var 83 872 avgiftsfria p g a att patienten hade uppnått högkostnads-skyddet, dvs 19,4 %. Motsvarande andel för *läkarbesök* inom Primärvården Skaraborg uppgick till c:a 10 %.

Andelen avgiftsfria *besök för sjukvårdande behandling* p g a högkostnads-skyddet vid NU, SKAS och SÅS uppgick under samma period till 22,9% för åldersgruppen 20-w år. Och motsvarande andel för *sjukvårdande behandling* inom Primärvården Skaraborg var c:a 16 %.

Nu motsvarar inte dessa relationstal andelen *patienter* med frikort. Den är sannolikt klart lägre, då besökssnittet dras upp av patienter med många besök. Men detta hindrar inte slutsatsen att avgifterna för relativt många patienter inte har någon större betydelse. Frikortet är en viktig buffert. Och många individer kvalificerar sig snabbt för denna rättighet.

Då patientavgifterna ökat samtidigt som gränsen för frikort kvarstår, krävs numer något färre antal besök än tidigare för att nå upp till högkostnads-skyddet. Detta talar för att det borde vara fler individer som erhållit frikort under år 2003 än under år 2002. En närmare kontroll av utvecklingen av antalet frikortsbesök tyder på att så också är fallet: jämför perioden 1/1 -30/9 år 2003 med samma period år 2002, framkommer att andelen frikortsbesök vid NU, SKAS och SÅS ökat till **26,3 % för läkarbesök** och till **41,2 % för sjukvårdande behandlingar**. Vad gäller **Primärvården Skaraborg** har andelen frikortsbesök ökat till **15,1 % för läkarbesök** och till **33,8 % för sjukvårdande behandlingar** (se vidare Bilaga 1). Utvecklingen bekräftas vid kontakter med sjukhuspersonal som distribuerar frikortsunderlag till öppenvårdsmottagningar. Vederbörande person vid SkaS - som även skickar räkningar till patienter för obetalda avgifter - beskriver förändringen på följande sätt:

- *I år måste jag dela ut c:a 75 frikort per gång till mottagningarna mot c:a 50 förra året. Och administrationen i övrigt kring frikortet är mer krävande i år. Det är t.ex. mycket fler fakturor som måste makuleras därför att patienten nått upp till frikortsgränsen innan jag hunnit få iväg räkningen*

Ökningen av antalet frikort kan i och för sig vara en effekt av andra faktorer än de ökade patientavgifterna. Det mesta talar ändå för att de nya avgifterna är den väsentligaste orsaken. Frikortets buffrande inflytande på pris-känsligheten har under alla omständigheter ökat sedan år 2002.

## 4. Undersökningsfrågor

Nedan redovisas de undersökningsfrågor som formulerats i anslutning till varje huvudfråga

*Har införandet av patientavgift minskat antalet sjuksköterskebesök?*

- Hur har antalet besök hos sjuksköterska utvecklats för invånarna 20-w år under perioden 2002.01.01 - 2003.09.30

- Vad kan få sjuksköterskepatienter att avstå från ett avtalat besök?
- Har någon av dessa faktorer ökat eller minskat under senare tid? I så fall vilka?
- Hur har patienterna reagerat på införandet av avgift om 60:-
- Är det någon typ av patienter som avstår från sjuksköterskebesök med hänvisning till den nya patientavgiften. Om "Ja": vilka då

*Har den ökade skillnaden i avgift mellan läkarbesök i primärvård och läkarbesök i länssjukvård lett till ökat antal läkarbesök i primärvård?*

- Hur har antalet besök hos läkare i primärvård utvecklats under perioden 2002.01.01 - 2003.09.30?
- Hur har antalet besök hos läkare inom sjukhus utvecklats under perioden 2002.01.01 - 2003.09.30?
- Vad kan få patienter att avstå från ett avtalat läkarbesök på sjukhus?
- Har någon av dessa faktorer ökat eller minskat under senare tid? I så fall vilka?
- Hur har patienterna reagerat inför avgiftshöjningen till 300:-?
- Är det någon typ av patienter som avstår från läkarbesök vid sjukhus med hänvisning till den nya patientavgiften?

*Har införandet av en tilläggsavgift för jourbesök inom primärvård lett till minskat antal besök inom denna vårdform?*

- Hur har antalet jourläkarbesök utvecklats för invånarna (20-w år) under perioden 2002.01.01 - 2003.09.30?

*Har införandet av patientavgift på 80 kronor för telefonrecept minskat antalet ärenden av denna typ?*

## 5. Metod

För att få svar på frågor om hur antalet besök av olika typ utvecklats har vårddatabasen VEGA anlitats.

Mätpunkterna är befolkningen 20-w år i en till tre slumpmässigt utvalda kommuner. Urvalen har gjorts bland länets stora kommuner. Med stor kommun menas här ett invånarantal överstigande 30.000 (14 kommuner i Västra Götaland). Att inte mindre kommuner övervägts betingas av en strävan att undvika nackdelen med små tal. Det vill säga variationer som i hög grad kan vara en effekt av slumpen. Slumpen spelar för visso alltid en viss roll vid urvalsstudier, men den får mindre genomslag ju större de studerade enheterna är. Det handlar också om att invånarna i större kommuner i allmänhet betjäns av stora och/eller fler primärvårdsenheter. Dvs av en vårdproducent vars produktion i allmänhet är mindre sårbar för olika typer av tillfälligt personalbortfall, än vad en liten enskild vårdenhet är.

Avgränsningen 20-w år beror på att patienter under 20 år inte betalar för öppenvårdsbesök. De är alltså inte intressanta i sammanhanget.

Mättidpunkter är varje kvartal under perioden 2002.01.01 - 2003.09.30. Att utfallet studeras uppdelat på detta sätt gör det möjligt att påvisa eventuella trender.

- Vad gäller *sjuksköterskor* är mätobjekten sjuksköterskebesök (exkl MVC och BVC) inom Primärvården i Mölndal, Primärvården i Alingsås, Primärvården i Mark och Primärvården Kungälv. Och mätpunkterna är invånarna (20-w år) i respektive kommun. Primärvården i Skaraborg ingick ej i urvalsunderlaget, eftersom denna organisation bytte mätverktyg vid årsskiftet 2002/2003 - en omständighet som kan påverka mätvärdena.
- För *läkare inom sjukhus* är mätobjekten läkarbesök vid Kärnsjukhuset Skövde (KSS), närmare bestämt vid MVO Internmedicin, MVO Öron-Näsa-Hals och MVO kirurgi, urologi, ortopedi. Mätpunkterna är i alla tre fallen invånarna (20-w år) i Skövde kommun.

- Mätobjekt för *läkare i primärvård* är besök hos allmänläkare inom primärvården Skövde och mätpunkten är invånarna (20-w år) i Skövde kommun.
- Mätobjekten för *läkare vid jourcentral* är läkarbesök vid primärvårdens jourcentraler i Skövde, Alingsås (Sörhaga), Skene och Jourcentralen Uddevalla sjukhus. Mätpunkterna är invånarna (20-w år) Skövde kommun, Alingsås kommun, Marks kommun respektive Uddevalla kommun. Här har statistiken kompletterats med intervjuer: sju personer inom primärvård och sjukhus fått ta ställning till frågan patientavgiften minskat antalet besök vid jourcentral.
- Och mätobjektet för "*telefonrecept*" är antalet recept utfärdade via telefonkontakt och "annan kontakt" av allmänläkare/specialistläkare inom Primärvården Göteborg – det enda pv-området i VGR som konsekvent tillämpat samma uttagsprogram under år 2002 och 2003. Mätpunkt: invånarna i Västra Götaland. Som ett komplement har 10 slumpmässigt valda Apotek fått besvara frågorna: "Hur stor andel av samtliga recept är "telefonrecept?" och "Vilken betydelse patientavgiften haft för utvecklingen av antalet "telefonrecept".

Resten av de undersökningsfrågor som redovisas ovan har besvarats med hjälp av telefonintervjuer, 15-30 minuter långa. Inom primärvården har totalt 10 sjuksköterskor/verksamhetsföreträdare intervjuats, fördelade över samtliga PVO-områden.

Vad gäller läkarbesök vid sjukhus har avdelningsföreståndare och mottagningspersonal intervjuats vid SkaS (MVO Internmedicin, MVO Öron-Näsa-Hals) Alingsås sjukhus (MVO Internmedicin, MVO Kirurgi/Ortopedi) SÄS (MVO Ögon, MVO Öron-Näsa-Hals, Akutvårdcentral, MVO Psykiatri) Totalt 11 personer.

Intervjuerna har haft en öppen karaktär, de intervjuade har ombetts att spontant beskriva sina intryck med utgångspunkt från de frågor som ställts. Med hjälp av följdfrågor har personalen uppmuntras att berätta lite mer. Ledande frågor - frågor som kan besvaras med Ja eller Nej - har undvikits i det längsta. Ambitionen har varit att skapa en förtrolig atmosfär och ett lugnt tempo; ge utrymme för eftertanke, och att försöka fånga så många nyanser som möjligt.

## 6. Resultat

### 6.1 Besök hos sjuksköterska

- Vad visar statistiken?

**Tabell 1. Invånarna i åldern 20-w år i Mölndal kommun. Antalet besök hos sjuksköterska inom primärvården i Mölndal, under olika kvartal år 2002 och 2003.**

	1:a kvartalet	2:a kvartalet	3:e kvartalet	4:e kvartalet	Summa för de tre första kvartalen
År 2002	4 017	4 113	4 115	5 058	12 245
År 2003	3 688	3 716	3 488		10 892
Förändring i %	- 8,2	- 9,6	- 15,2		- 11,0

Källa: Värddatabasen VEGA

**Tabell 2. Invånarna i åldern 20-w år i Alingsås kommun. Antalet besök hos sjuksköterska inom Primärvården i Alingsås under olika kvartal år 2002 och 2003.**

	1:a kvartalet	2:a kvartalet	3:e kvartalet	4:e kvartalet	Summa för de <u>tre</u> första kvartalen
År 2002	4 127	4 803	4 505	6 555	13 435
År 2003	4 523	4 371	4 339		13 233
Förändring i %	+ 9,6	- 9,0	- 3,7		- 1,5

Källa: Värddatabasen VEGA

**Tabell 3. Invånarna 20-w år i Marks kommun. Antalet besök hos sjuksköterska inom Primärvården i Mark, under olika kvartal år 2002 och 2003.**

	1:a kvartalet	2:a kvartalet	3:e kvartalet	4:e kvartalet	Summa för de <u>tre</u> första kvartalen
År 2002	7 905	8 206	8 352	10 107	24 464
År 2003	6 964	7 065	6 832		20 861
Förändring i %	- 11,9	- 13,9	- 18,2		- 14,7

Källa: Värddatabasen VEGA

**Tabell 4. Invånarna 20-w år i Kungälv kommun. Antalet besök hos sjuksköterska inom Primärvården i Kungälv, under olika kvartal år 2002 och 2003.**

	1:a kvartalet	2:a kvartalet	3:e kvartalet	4:e kvartalet	Summa för de <u>tre</u> första kvartalen
År 2002	2 953	3 316	2 978	4 251	9 247
År 2003	2 435	2 513	2 128		7 076
Förändring i %	- 17,5	- 24,2	- 28,5		- 23,5

Källa: Värddatabasen VEGA

Tabellerna visar att antalet besök hos sjuksköterska i primärvård är färre år 2003 i tre av de fyra kommunerna. Skillnaden föreligger oberoende av vilket av de tre kvartalen som studeras. Den kommun som något bryter mönstret är Alingsås, där antalet besök är i stort sett oförändrat - totalt sett. Utfallet förklaras av ett förhållandevis stort antal besök under första kvartalet år 2003. För de båda andra kvartalen noteras också här en minskning jämfört med år 2002

- Vad säger intervjuerna?

På fråga vad som kan få sjuksköterskepatienter att avstå från ett avtalet besök, svarar sex av tio intervjuade personer, att patienter normalt inte bara uteblir. Detta med reservation för sådan fall där behovet inte kvarstår, eller där besvären allvarligt förvärrats: man har tvingats söka läkare. Tre personer uppger att *avgiften* för sjuksköterskebesök kan få folk att avstå.

På den mer specifika frågan: "Hur har patienterna reagerat på införandet av avgift om 60:-?" uppger en majoritet, att patienterna reagerat på något sätt. Mest i början. Även på denna fråga svarar tre av de intervjuade – dock inte samma personer – att avgiften bidragit till ett minskat antal sjuksköterskebesök. Två av de tillfrågade uppger att avgiften *kan* ha haft denna effekt. Detta betyder att hälften finner att avgiften om 60:- har/kan ha orsakat färre besök. Å andra sidan ger fyra personer uttryck för att patienterna inte reagerat alls, eller att det är mycket få som reagerat negativt.

Den typ av patienter som avstår från besök p g a avgiften är företrädesvis två grupper: "titta-in-besökare" och patienter med svag ekonomi, mest äldre. Den första kategorin är i huvudsak personer som kommer för att kolla sitt blodtryck en extra gång, för säkerhets skull. Vidare nämns personer med bagatellartade åkommor, t.ex. skrubbår.

Hur pass vanligt det är att dessa grupper uteblir har de flesta intervjuade svårt att ange. En distriktssköterska gör följande uppskattning vad gäller äldre "omläggningspatienter":

- *Man tenderar att glesa ut sina besök. Har inga siffror precis. Men det är lite mindre än ganska vanligt förekommande, om du förstår hur jag menar.*

Citatet förmedlar också att gruppen "svag ekonomi, mest äldre" inte upphör med sina sjuksköterskebesök. Snarare handlar om att man gör färre antal besök. Att man t.ex. varvar sjuksköterskans omläggningar med egna omläggningar. Eller att man skjuter på besöket till dess pensionen/sjukbidraget/lönen kommit.

- Bedömning av resultat

Materialet tyder på att antalet besök hos sjuksköterska i primärvård är lägre år 2003 än år 2002, generellt sett. Undersökningen tyder på att införandet av en avgift om 60:- i viss mån kan ha bidragit till detta utfall. Men det är svårt att på denna grundval bedöma hur stort förklaringsvärde denna faktor har.

Vad gäller statistiken över sjuksköterskebesök bör framhållas att den är lite osäker, p.g.a. av att registreringsrutinerna varierar något inom regionen i tid och rum. Så också avtal mellan beställare och utförare om prestationer och ersättningar. Minskningen av antalet besök i tre av de fyra studerade kommunerna är dock så tydlig, att det finns grund för slutsatsen att värdena återspeglar en verklig minskning

Iögonfallande är att Marks kommun uppvisar ett förhållandevis stort antal besök hos sjuksköterska i primärvård. Nästan dubbelt så många som Alingsås - en i det närmast exakt lika stor kommun. Sannolikt förklaras detta av att nio distriktssköterskor i Mark är utlokaliserade till olika tätorter i kommunen, dvs att geografiska tillgängligheten är betydligt större här än i de flesta andra kommuner.

De intervjuer som gjorts för sjuksköterskor/föreståndare ger stöd för slutsatsen att patientavgiften i viss mån kan ha bidragit till att antalet sjuksköterskebesök minskat. Även om inte alla vidgår detta. Inte i någon av intervjuerna har det hos intervjuaren insmugit sig en misstanke om att den intervjuade personen försökt svara "taktiskt", i den ena eller andra riktningen. Vidare står det tydligt att många sjuksköterskorna var undrande inför hur patienterna skulle komma att reagera, innan avgiften infördes. Detta borgar för att man varit observant på denna punkt. Kort sagt: trovärdigheten uppfattas som stor.

**Slutsats:**

Införandet av avgiften om 60 kr kan ha lett till ett minskat antal sjuksköterskebesök inom primärvården.

## 6.2 Besök hos läkare vid sjukhus och läkare i primärvård

### Vad visar statistiken?

**Tabell 5. Invånarna 20-w år i Skövde kommun. Antalet läkarbesök vid MVO för internmedicin, KSS under olika kvartal år 2002 och 2003.**

	1:a kvartalet	2:a kvartalet	3:e kvartalet	4:e kvartalet	Summa för de tre första kvartalen
År 2002	949	809	579	610	2 337
År 2003	618	524	530		1 672
Förändring i %	- 34,8	- 35,2	- 8,5		- 28,5

Källa: Värddatabasen VEGA

**Tabell 6. Invånarna 20-w år i Skövde kommun. Antalet läkarbesök vid MVO för Öron-Näsa-Hals, KSS - under olika kvartal år 2002 och 2003.**

	1:a kvartalet	2:a kvartalet	3:e kvartalet	4:e kvartalet	Summa för de tre första kvartalen
År 2002	674	717	565	728	1 956
År 2003	722	596	409		1 727
Förändring i %	+ 10,7	- 16,9	- 17,6		- 11,7

Källa: Värddatabasen VEGA

**Tabell 7. Invånarna 20-w år i Skövde kommun. Antalet läkarbesök vid MVO för Kirurgi, urologi och ortopedi, KSS - under olika kvartal år 2002 och 2003.**

	1:a kvartalet	2:a kvartalet	3:e kvartalet	4:e kvartalet	Summa för de tre första kvartalen
År 2002	1 998	1 913	1 675	2 040	5 586
År 2003	1 883	1 668	1 370		4 921
Förändring i %	- 5,8	- 12,8	- 18,2		- 11,9

Källa: Värddatabasen VEGA

**Tabell 8. Invånarna 20-w år i Skövde kommun. Antalet besök hos allmänläkare inom Primärvården i Skövde under olika kvartal år 2002 och 2003.**

	1:a kvartalet	2:a kvartalet	3:e kvartalet	4:e kvartalet	Summa för de tre första kvartalen
År 2002	9 832	9 351	8 549	10 026	27 732
År 2003	10 951	9 915	9 591		30 457
Förändring i %	+ 11,4	+ 6,0	+12,2		+ 9,8

Källa: Värddatabasen VEGA

Tabellerna 5, 6 och 7 visar att antalet invånare 20-w år i Skövde kommun som besökt läkare vid studerade MVO inom KSS, är lägre år 2003 än år 2002. Tydligast är minskningen vid MVO Internmedicin, där den uppgår till nästan 30%

Till detta kan tilläggas att totala antalet besök hos läkare vid NU, SÄS och SkaS, var i stort sett konstant (+0,2%) under motsvarande period, räknat på patienter 20-w år.

Tabell 8 visar att Skövdeinvånarna (20- w år) under motsvarande period ökat antalet besök hos läkare inom Primärvården Skövde med 9,8 procent jämfört med år 2002.

- Vad säger intervjuerna?

På fråga hur patienterna reagerat för avgiftshöjningen från 200:- till 300:- för besök hos läkare vid sjukhus, uppger samtliga 11 intervjuade personer, att det i stort sett inte uppstått några negativa reaktioner alls. Avgiften avgör inte om det blir besök eller inte besök. Det som avgör är sjukdomen/besvären, att man vanligen blivit remitterad och i vissa fall väntetiden. Flera av de intervjuade finner också att frågan faller, p g a att flera patienter har frikort. Eller inser att man snart kommer att få det.

- *Man säger bara: "Åh, kostar det, det! Har det ökat?". Sedan kommer inget mer. Man vet ju att det har blivit dyrare överallt i samhället.*
- *Det behövs ju inte mer än tre gånger, för att jag ska komma upp till frikortet.*

Att besök hos allmänläkare skulle kunna vara ett alternativ till besök hos läkare vid sjukhus – med tanke på avgiftsskillnaden – är ett påstående som avvisas med eftertryck. Ingen av de intervjuade säger sig ha mött någon sådan patient. Däremot uppger två personer, att det inträffar att kallade patienter infinner sig trots att besvären inte längre kvarstår.

- Bedömning av resultat

Huruvida antalet besök hos läkare vid sjukhus ökat eller minskat mellan år 2002 och 2003 går inte att säkert avgöra inom ramen för denna undersökning. Det finns inget i materialet som talar för att ökningen av besöksavgiften från 200:- till 300:- har påverkat antalet läkarbesök vid sjukhus. Det finns därmed heller inget som tyder på att avgiftshöjningen lett till överströmning av läkarpatienter från sjukhus till primärvård.

Den minskning som synes ha skett av antalet läkarbesök vid de studerade mottagningarna vid KSS, förefaller återspegla specifika förhållanden vid de studerade enheterna. Den dramatiskt stora nedgången vid MVO internmedicin visar sig vid en närmare kontroll, vara en effekt av färre antal tillgängliga läkare år 2003 än år 2002.

Dessutom: även för denna besökstyp finns det anledning räkna med mättekniska effekter. Införandet av BESIS i öppenvård vid senaste årsskiftet, ger av allt att döma lägre mätvärden för år 2003 än år 2002. Det beror främst på att "team-besök" – ett besök där patienten träffar flera läkare vid ett och samma tillfälle – numer enbart registreras som *ett* besök. Detta gäller särskilt Kirurgi-, urologi- och ortopedimottagningen. Här var antalet "teambesök" c:a 100 under år 2003. Vad som också gör sig gällande, är eftersläpningar i besöksregistreringen för senare delen av år 2003. Detta är en viktig förklaring till Öron-Näls-Hals har ett mycket lågt mätvärde för tredje kvartalet detta år.

Att antalet primärvårdsbesök för motsvarande befolkning (invånarna i Skövde kommun) ökat med c:a 10 procent mellan år 2002 och 2003 är förvisso intressant. Men att koppla ihop detta resultat med det ovan redovisade utfallet vid KSS låter sig inte göras av skäl som redan framgått. Dessutom ger intervjuerna med mottagningspersonal/föreståndare vid mottagningarna på KSS, och andra sjukhus i regionen, inget som helst utrymme att tro att det skulle ha skett ett överflöde av patienter till primärvården.

**Slutsats:**

Det finns inget i undersökningen som talar för att avgiftshöjningen från 200 kr till 300 kr för läkarbesök vid sjukhus lett till överströmning av läkarpatienter från sjukhus till primärvård.

## 6.3 Läkarbesök vid primärvårdens jourcentraler

### Vad visar statistiken?

**Tabell 9. Invånarna i åldern 20-w år i Skövde kommun. Antalet läkarbesök vid Jourcentralen i Skövde, under olika kvartal år 2002 och 2003.**

	1:a kvartalet	2:a kvartalet	3:e kvartalet	4:e kvartalet	Summa för de <u>tre</u> första kvartalen
År 2002	1 107	1 192	1 137	1 178	3 436
År 2003	1 082	1 243	1 175		3 500
Förändring i %	- 2,3	+ 4,3	+ 3,3		+ 1,9

Källa: Värddatabasen VEGA

**Tabell 10. Invånarna i åldern 20-w år i Alingsås kommun. Antalet läkarbesök vid Jourcentralen i Alingsås (Sörhaga), under olika kvartal år 2002 och 2003.**

	1:a kvartalet	2:a kvartalet	3:e kvartalet	4:e kvartalet	Summa för de <u>tre</u> första kvartalen
År 2002	1 405	1 319	2 125	1 364	4 849
År 2003	1 146	921	827		2 894
Förändring i %	- 18,4	- 30,2	- 61,1		- 40,3

Källa: Värddatabasen VEGA

**Tabell 11. Invånarna 20-w år i Marks kommun. Antalet läkarbesök vid Jourcentralen i Skene under olika kvartal år 2002 och 2003.**

	1:a kvartalet	2:a kvartalet	3:e kvartalet	4:e kvartalet	Summa för de <u>tre</u> första kvartalen
År 2002	1 105	1 110	1 110	1 057	3 325
År 2003	854	965	805		2 624
Förändring i %	- 22,7	- 13,1	- 27,5		- 21,1

Källa: Värddatabasen VEGA

**Tabell 12. Invånare i Uddevalla i åldern 20-wår. Antalet läkarbesök vid Jourcentralen i Uddevalla under olika kvartal år 2002 och 2003.**

	1:a kvartalet	2:a kvartalet	3:e kvartalet	4:e kvartalet	Summa för de <u>tre</u> första kvartalen
År 2002	1 567	1 760	1 772	1 589	5 099
År 2003	1 386	1 477	1 320		4 183
Förändring i %	- 11,6	- 16,1	- 25,5		- 18,0

Källa: Värddatabasen VEGA

Tabellerna visar att antalet besök - relaterade till invånare 20- w år i respektive kommun - har minskat tydligt vid tre av de fyra studerade jourcentralerna mellan år 2003 och år 2002. Minskning är tydlig oberoende av vilket

kvartal som studeras. Utvecklingen vid Jourcentralen i Alingsås intar en särställning, med en minskning på 40,3 procent.

- Vad säger intervjuerna?

Av de sex personer som intervjuats, uppger en person att antalet besök minskat (Jourcentralen, Uddevalla sjukhus). De övriga intervjuade – som i sina svar relaterar till andra jourcentraler än de ovan redovisade – har inte uppfattat någon minskning av antalet besök mellan år 2002 och år 2003.

Ett intryck från dessa intervjuer är att höjningen till 200:- för ett jourcentralsbesök inte haft någon större avskräckande effekt.

- *Den som söker på kvällen är beredd att betala. Det var en nedgång i början, men sedan har det återgått till samma nivå som tidigare.*
- *Har man frikort, så kommer man.*
- *En stor del av patienterna är barn. (dvs. icke-betalande)*

Den person som vidimerar ett minskat antal besök, ställer sig tveksam till påståendet att detta skulle kunna vara effekt av den högre avgiften:

- *Svårt att veta om det hänger ihop med avgiftshöjningen.*

- Bedömning av resultat

Mätdata tyder på att det på vissa håll i regionen har skett en minskning av antalet besök vid primärvårdens jourcentraler mellan år 2002 och år 2003. Men det förefaller långsökt att tillskriva prishöjningen till 200:- för jourbesök någon större betydelse i sammanhanget, om ens någon.

Den kraftiga minskningen av antalet besök vid Jourcentralen i Alingsås är i grunden en effekt av att man här dragit ner verksamheten. Så är det inte förvisso inte överallt. Men det finns en mer eller mindre uttalad hållning inom primärvården som innebär att man uppmuntrar patienter att så långt möjligt besöka läkare dagtid. Den telefonrådgivare som många primärvårdsenheter förfogar över har därvid en viktig funktion. Ur verksamhetens synvinkel är det angeläget att de förhållandevis dyra jourmottagningarna förbehålls patienter som är i akut behov av hjälp; de som inte kan vänta till nästa dag.

**Slutsats:**

Det förefaller inte troligt att avgiftshöjningen till 200:- för jourbesök inom primärvården minskat antal besök inom denna vårdform.

## 6.4 "Telefonrecept"

- Vad visar statistiken?

**Tabell 13. Invånarna i Västra Götaland. Antalet "telefonrecept"\* förskrivna av allmänläkare/specialist inom primärvården i Göteborg under olika kvartal år 2001, 2002 och 2003.**

	1:a kvartalet	2:a kvartalet	3:e kvartalet	4:e kvartalet	Summa för de tre första kvartalen
År 2001	15 695	15 117	12 233	13 449	43 045
År 2002	13 770	14 643	11 750	14 039	40 163
År 2003	13 500	14 333	12 064		39 897
Förändring i % 2002 jämf 2001	- 12,3	- 3,1	- 3,9	+ 4,4	- 6,7
Förändring i % 2003 jämf 2002	- 2,0	- 2,1	+ 2,7		- 0,7

Källa UPV/L. Björkman

\* Begreppet telefonrecept inkluderar de recept (inklusive APO-dos) som förskrivits via annan kontakt än besök. "Annan kontakt" kan förutom telefon vara brev, mejl, fax m.m.

Tabellen visar att antalet "telefonrecept" förskrivna av allmänläkare/annan specialist inom Primärvården Göteborg är i det närmast identiskt lika stort år 2003 som år 2002. Detta efter en tydlig minskning mellan år 2001 och år 2002.

- Vad säger intervjuerna?

Ett genomgående svar då apotekspersonal intervjuats, är att antalet "telefonrecept" utgör en liten andel av samtliga recept. Men man har svårt att kvantifiera. En intervjuad uppskattar andelen till c:a 20%. Och en person inflikar - mycket riktigt - att apoteket inte kan veta hur många telefonrecepten är. Här registreras enbart "telefonrecept" som det åligger apoteket att infordra ev. avgift för. De fall där patienten hämtar och betalar "telefonreceptet" hos vårdgivaren - ett betydande antal - omfattas således inte i den redovisning som nedan följer.

Att införandet av avgift (80:-) skulle ha minskat antal "telefonrecept", bedömer endast en av tio intervjuade personer. Övriga finner att det inte skett någon minskning av antalet "telefonrecept" mellan år 2002 och år 2003. Två av dessa personer framhåller dock att det skett en minskning sett över längre tid.

- Bedömning av resultat

Det råder ingen tvekan om att "telefonrecepten" är ungefär lika många år 2003 som år 2002. Detta talar för att avgiften på 80;- inte påverkat benägenheten att ringa, mejla, skriva, faxa till läkare och be om förlängning av recept.

Statistiken från Göteborg och de intervjusvar som redovisats, ger ett mycket samstämmigt intryck.

### Slutsats:

Införandet av en avgift på 80;- för "telefonrecept" har inte påverkat benägenheten att ringa, mejla, skriva, faxa till läkare för att be om förlängning av recept.

## 7. Slutsatser

Den undersökning som ligger till grund för föreliggande rapport ger stöd för följande slutsatser:

Implementeringen av de nya avgifterna har i allmänhet fungerat väl

I vissa fall är det dock svårt för personal att avgöra hur mycket en patient ska betala för ett sjuksköterskebesök/laboratorieprov inom primärvården: om det ska vara 80 kr, 60 kr- eller 0 kr. Detta är ett begränsat men återkommande störningsmoment för verksamheten, patientkontakten.

Det föreligger en viss otydlighet inom hälso- och sjukvården kring patienternas frikortsstatus. Detta leder till att det i vissa fall uppstår onödigt "betalningstrassel" kring avgiften för "telefonrecept" – för såväl patient, apotek som vårdinrättning.

Betalningsviljan för sjuksköterskebesök, läkarbesök inom primärvård, läkarbesök vid sjukhus, läkarbesök vid jourcentral och "telefonrecept" kan antas vara stor – jämfört med andra tjänster, och varor, i samhället.

Förmågan att betala för tjänsterna främjas framförallt av högkostnadsskyddet (frikortet) för öppenvård.

Antalet personer som uppnått gränsen för detta högkostnadsskydd (900:-) är betydligt större år 2003 än år 2002, varför frikortets buffrande effekt på patienternas priskänslighet har ökat.

Införandet av avgiften om 60 kr kan ha lett till ett minskat antal sjuksköterskebesök inom primärvården.

Antalet besök hos specialistsjuksköterskor inom primärvård och sjukhus har däremot inte påverkats av avgiften om 60:-

Det finns inget i undersökningen som talar för att avgiftshöjningen från 200 kr till 300 kr för läkarbesök vid sjukhus lett till överströmning av läkarpatienter från sjukhus till primärvård.

Det förfaller inte troligt att avgiftshöjningen till 200:- för jourbesök inom primärvården minskat antalet besök inom denna vårdform.

Införandet av en avgift på 80 kr för "telefonrecept", har inte påverkat benägenheten att ringa, mejla, skriva, faxa till läkare för att be om förlängning av recept.

## BILAGA 1

### X. Sjukhusgrupperna NU, SÄS och SKAS. Totalt antal läkarbesök och besök för sjukvårdande behandling under perioderna 2002.01.01-09.30 och 2003.01.01-09.30. Exklusive patienter 0-19 år.

	Läkarebesök		Besök för sjukvårdande behandling	
	Totalt antal	- därav frikortsbesök	Totalt antal	- därav frikortsbesök
2002.01.01-09.30	433 433	(19,4%) 83 872	302 827	(22,9%) 69 256
2003.01.01-09.30	434 283	(26,3%) 114 241	332 797	(41,2%) 136 995
Skillnad mellan 2003 och 2002	850	30 369	29 970	67 739

Källa: Aktuella sjukhusgrupper

### X. Primärvården Skaraborg. Totalt antal läkarbesök och besök för sjukvårdande behandling under perioderna 2002.01.01-09.30 och 2003.01.01-09.30. Exklusive patienter 0-19 år.

	Läkarbesök		Besök för sjukvårdande behandling	
	Totalt antal	- därav frikortsbesök	Totalt antal	- därav frikortsbesök
2002.01.01-09.30	166 510*	(10,5 %) 17 400	246 600*	(16,5 %) 40 700
2003.01.01-09.30	172 307	(15,1 %) 26 100	255 037	(33,8%) 86 200
Skillnad mellan 2003 o 2002		8 700		45 500

\* Beräknat värde

Anm. Sjuksköterskebesöken inkluderar även besök vid MVC och BVC

Källa: Primärvården Skaraborg