

Yttrande över remitterad Promemoria Uppdaterat högkostnadsskydd för läkemedel S2024/02135

Sammanfattning:

Förslaget innebär att patienterna ska betala en högre egenavgift inom högkostnadsskyddet. Justeringen innebär att kostnadstaket för högkostnadsskyddet för läkemedel höjs, från 2 900 kronor till 3 800 kronor utifrån 2025 års prisbasbelopp.

Beloppen inom den så kallade högkostnadstrappan höjs också i varje steg. Det först trappsteget höjs så att patienten betalar 75 procent, i stället för 50 procent, av kostnaden i det intervallet. För att få subvention måste man enligt förslaget ha mer än 2000 kronor i läkemedelskostnad, jämfört med nu gällande kostnad om 1450 kr.

Sammantaget beräknas avgifterna som den enskilde som mest kan behöva betala öka med 900 kronor under en tolv månaders period. Lagändringen föreslås träda i kraft den 1 juli 2025.

Med redovisade höjningar och utformning av skydd mot höga kostnader beräknas samtliga patienters egenavgifter för läkemedel öka med cirka 540 miljoner kronor för 2025, 2 160 miljoner kronor för 2026 och 2 700 miljoner kronor från och med 2027.

Konsekvenserna av promemorians förslag leder till att statens andel av kostnaden för läkemedel m.m. inom högkostnadsskyddet minskar medan patientens andel, egenavgiften, ökar.

Regeringen räknar med att färre personer får del av läkemedelssubventionerna efter höjning. Idag får 21 procent av befolkningen subventioner, efter ändringen bedöms 18 procent få subventioner.

Konsekvenser av promemorians förslag för kommuner och regioner innebär, efter en simulering genomförd av SCB, en total kostnadsökning på cirka 60 miljoner kronor för alla kommuner tillsammans år 2027. Dessa ökade kostnader kommer att belasta kommunernas socialtjänstbudget i enlighet med socialtjänstlagen.

Kommentar

Riksförbundet HjärtLung är i högsta grad medvetna om de stora utmaningar som samhället står inför och att de gemensamma medlen inte räcker till allt. Det problemet ser vi, men regeringens förslag till att då höja taket för högkostnadsskyddet för läkemedel är inte rätt väg att gå.

En höjning med 900 kronor/år kan låta lite - och en del grupper klarar av det - men förslaget riskerar att slå hårt mot personer med små ekonomiska marginaler. Äldre med behov av många mediciner, socio-ekonomiskt utsatta grupper av människor och människor med långvariga och kroniska sjukdomar som till exempel de patientgrupper Riksförbundet HjärtLung företräder: människor med hjärt-, kärl- och lungsjukdom.

En icke konsekvensutredd höjning kan leda till att vissa inte har råd att följa sina behandlingsplaner. Detta kan förvärra deras hälsotillstånd och i slutändan leda till ökad belastning på sjukvårdssystemet.

En höjning av högkostnadsskyddet riskerar dessutom att ytterligare fördjupa ojämlikheten för de som redan idag löper större risk att inte få diagnos eller vård i tid på grund av att man helt enkelt inte har råd att söka sig till hälso- och sjukvården.

Det är väldokumenterat att 40–60 procent av patienter inte tar sina läkemedel såsom ordinerat. Dålig ekonomi är enligt Läkemedelsverket en av orsakerna.¹ Med en fördyring av läkemedelsuttaget riskerar vi att ytterligare skifta patientgrupperna i de som har råd och de som inte har råd att sköta sin behandling. Ett a- och ett b-lag i vården.

Högekostnadsskydden inom vården ska skydda mot orimligt höga kostnader för enskilda patienter. Men det finns idag ingen samordning mellan kostnadstaken, för den enskildes läkemedel, sjukvård, sjukresor, färdtjänst och hjälpmedel, vilket gör att avgifter staplas på varandra. En enskild patient kan behöva betala över 7000 kronor per år eller mer, beroende på behov och regionens regler.²

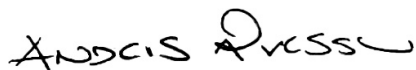
På en övergripande nivå är Riksförbundet HjärtLung oroat över trenden mot att allt större ekonomiskt ansvar läggs över på den enskilde patienten. Det allmänna skydd som vårt skattefinansierade, gemensamma vårdssystem ska ge riskerar att urholkas.

Kraftiga höjningar av det här slaget riskerar att odla en misstro mot den gemensamt finansierade vården och öppna för ett försäkringsfinansierat system där människor med stor vårdtyngd, med kroniska och långvariga sjukdomar utesluts eller kraftigt missgynnas. Det var just sådana omotiverade och ojämlika skillnader som vårt gemensamt finansierade vårdssystem togs fram för att komma till rätta med.

Att möta den ökade kostnaden för utvecklingen och framstegen inom medicinen, såväl läkemedel som nya behandlingsmetoder, samt för den demografiska utvecklingen med att lägga över allt större kostnader på den enskilde, anser vi är fel väg att gå.

Höjningen av högkostnadsskyddet kan inte ses isolerat utan måste också sättas i en övergripande kontext där många människor i Sverige idag, inte bara socio-ekonomiskt utsatta grupper, under kort tid fått radikalt fördyrade levnadsomkostnader. Till exempel har matpriserna under de senaste tre åren ökat med 25 procent.

Riksförbundet HjärtLung saknar en konsekvensbeskrivning kring vad en ytterligare höjning och ytterligare höjningar av högkostnadsskyddet kan komma att innebära för det mest utsatta grupperna, de äldre, människor med kroniska och långvariga sjukdomar.



Anders Åkesson
Ordförande
Riksförbundet HjärtLung

¹ Källa Läkemedelsverket. [Behandlingsplanen och uppföljningen](#) | [Rationell läkemedelsanvändning](#) | [Läkemedelsboken](#)

² Källa: hejaolika.se