

Lagrådsremiss

Indexreglering av högkostnadsskydd inom vården

Regeringen överlämnar denna remiss till Lagrådet.

Stockholm den 31 maj 2012

Göran Högglund

Lars Hedengran
(Socialdepartementet)

Lagrådsremissens huvudsakliga innehåll

I lagrådsremissen föreslås att högkostnadsskyddet för bl.a. besök inom den öppna hälso- och sjukvården indexregleras genom att fastställas till en viss andel av prisbasbeloppet. Även den avgift som högst får tas ut per vårdtag inom slutenvården kopplas till prisbasbeloppet.

Vidare föreslås att ett kostnadstak införs för inköp av läkemedel och andra varor inom läkemedelsförmånerna. Kostnadstaket ska indexregleras. Enligt förslaget fastställs beloppen inom den s.k. förmånstrappan till en viss andel av kostnadstaket.

Lagförslagen föreslås träda i kraft den 1 januari 2013. Om den enskilde har uppnått avgifts- eller kostnadsbefrielse före ikraftträdandet börjar dock inte de nya bestämmelserna att gälla förrän den pågående ettårsperioden har avslutats.

Innehållsförteckning

1	Beslut.....	3
2	Lagförslag.....	4
2.1	Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).....	4
2.2	Förslag till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.....	7
3	Ärendet och dess beredning.....	9
4	Nuvarande rättsliga reglering.....	9
4.1	Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).....	9
4.2	Lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.	10
5	Bakgrund.....	11
5.1	Avgiftsstrukturen för hälso- och sjukvård samt läkemedel.....	11
5.2	Behov av och efterfrågan på hälso- och sjukvård samt läkemedel.....	13
5.3	Avgifter som styrinstrument och finansieringskälla	14
6	Indexreglering av högkostnadsskydden.....	16
7	Genomförande, information och uppföljning	21
8	Ekonomiska konsekvenser.....	22
9	Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser	23
10	Författningskommentar.....	24
10.1	Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).....	24
10.2	Förslaget till lag om ändring i lagen (2001:160) om läkemedelsförmåner m.m.....	25
Bilaga 1	Sammanfattning av betänkandet Framtidens högkostnadsskydd i vården (SOU 2012:2).....	27
Bilaga 2	Betänkandets lagförslag	33
Bilaga 3	Förteckning över remissinstanserna.....	37

1 Beslut

Regeringen har beslutat att inhämta Lagrådets yttrande över förslag till

1. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
2. lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

2 Lagförslag

Regeringen har följande förslag till lagtext.

2.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs att 26 och 26 a §§ hälso- och sjukvårdslagen¹ ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

26 §²

Av patienter får vårdavgifter och avgifter med anledning av att patienter uteblir från avtalade besök tas ut enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. Patienter som är bosatta inom landstinget respektive kommunen, liksom patienter som avses i 3 c §, ska *därvid* behandlas lika. Landstinget får dock för sluten vård fastställa avgiftsnivåer i olika inkomstintervall och besluta om vilka regler om nedsättning av avgiften som ska gälla. *Högsta avgiftsbelopp* för sluten vård är 80 kronor för varje vård dag.

Av patienter får vårdavgifter och avgifter med anledning av att patienter uteblir från avtalade besök tas ut enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. Patienter som är bosatta inom landstinget respektive kommunen, liksom patienter som avses i 3 c §, ska behandlas lika. Landstinget får dock för sluten vård fastställa avgiftsnivåer i olika inkomstintervall och besluta om vilka regler om nedsättning av avgiften som ska gälla. *Avgiften* för sluten vård *får* för varje vård dag *uppgå till högst 0,0023 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste tiotal kronor.*

Avgiften tas ut av patientens förmyndare om patienten är under 18 år när

1. vården ges, eller
2. han eller hon uteblir från ett avtalat besök.

Om det finns flera förmyndare svarar de solidariskt för avgiften.

Om det finns särskilda skäl får avgiften tas ut av den underårige.

Endast kommunen får ta ut vårdavgifter för *sådan* långtidssjukvård som den har betalningsansvar för enligt 2 § lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso-

Endast kommunen får ta ut vårdavgifter för långtidssjukvård som den har betalningsansvar för enligt 2 § lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.

¹ Lagen omtryckt 1992:567.

² Senaste lydelse 2010:245.

och sjukvård.

Avgifter för vård enligt 18 §, för förbrukningsartiklar enligt 18 c § eller för *sådan* långtidssjukvård som en kommun har betalningsansvar för enligt 2 § lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård får, tillsammans med avgifter för hemtjänst och dagverksamhet enligt 8 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453), per månad uppgå till högst en tolfedel av 0,48 gånger prisbasbeloppet. Avgifterna får dock inte uppgå till så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel av sitt avgiftsunderlag för sina personliga behov och andra normala levnadskostnader (förbehållsbelopp). När avgifterna fastställs ska kommunen dessutom försäkra sig om att vårdtagarens make eller sambo inte drabbas av en oskäligt försämrad ekonomisk situation.

Avgiftsunderlaget och förbehållsbeloppet ska beräknas med tillämpning av 8 kap. 3–8 §§ socialtjänstlagen.

Avgifter för vård enligt 18 §, för förbrukningsartiklar enligt 18 c § eller för långtidssjukvård som en kommun har betalningsansvar för enligt 2 § lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård får, tillsammans med avgifter för hemtjänst och dagverksamhet enligt 8 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453), per månad uppgå till högst en tolfedel av 0,48 gånger prisbasbeloppet. Avgifterna får dock inte uppgå till så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel av sitt avgiftsunderlag för sina personliga behov och andra normala levnadskostnader (förbehållsbelopp). När avgifterna fastställs ska kommunen dessutom försäkra sig om att vårdtagarens make eller sambo inte drabbas av en oskäligt försämrad ekonomisk situation.

Avgiftsunderlaget och förbehållsbeloppet *enligt sjätte stycket* ska beräknas med tillämpning av 8 kap. 3–8 §§ socialtjänstlagen.

26 a §³

Den som har betalat vårdavgifter som avser öppen hälso- och sjukvård enligt denna lag i andra fall än som avses i 18 § första stycket, avgifter för förbrukningsartiklar som avses i 3 d § eller avgifter för *sådan* tandvård som avses i 8 a § tandvårdslagen (1985:125) med *sammanlagt 1 100 kronor*, eller det lägre belopp som bestämts av landstinget, är befriad från att därefter betala ytterligare avgifter för *sådan vård eller sådana förbrukningsartiklar* under den tid som återstår av ett år, räknat från det första tillfälle då avgift betalats.

Den som har betalat vårdavgifter som avser öppen hälso- och sjukvård enligt denna lag i andra fall än som avses i 18 § första stycket, avgifter för förbrukningsartiklar som avses i 3 d § eller avgifter för tandvård som avses i 8 a § tandvårdslagen (1985:125) med *ett belopp som motsvarar 0,025 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor*, eller det lägre belopp som bestämts av landstinget, är befriad från att därefter betala ytterligare *sådana* avgifter under den tid som återstår

³ Senaste lydelse 2011:1576.

av ett år, räknat från det första tillfälle då avgift betalats.

Har en förälder eller föräldrar gemensamt flera barn under 18 år i sin vård, får barnen gemensamt avgiftsbefrielse när kostnaderna för avgifter enligt första stycket sammanlagt uppgår till där avsett belopp.

Kostnadsbefrielse gäller under den tid som avses i första stycket även för barn som under denna tid fyller 18 år.

Med förälder avses även *fosterförälder*. Som förälder räknas även den med vilken en förälder stadigvarande sammanbor och som är eller har varit gift med eller har eller har haft barn med föräldern.

Avgiftsbefrielse gäller under den tid som avses i första stycket även för barn som under denna tid fyller 18 år.

Med förälder avses även *familjehemsförälder*. Som förälder räknas även den med vilken en förälder stadigvarande sammanbor och som är eller har varit gift med eller har eller har haft barn med föräldern.

-
1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.
 2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för avgiftsbefrielse som har uppkommit före den 1 januari 2013.

2.2 Förslag till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

Härigenom föreskrivs att 5 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

5 §¹

Med läkemedelsförmåner enligt denna lag avses ett skydd mot höga kostnader vid inköp av sådana förmånsberättigade varor som avses i 15 och 18 §§. Förmånerna innebär en reducering av den enskildes kostnader för sådana varor.

Kostnadsreduceringen beräknas på den sammanlagda kostnaden för varor som den förmånsberättigade köper under ett år räknat från det första inköpstillfället. Reduceringen lämnas vid varje inköpstillfälle på grundval av den sammanlagda kostnaden för de dittills och vid tillfället inköpta varorna.

Så länge den sammanlagda kostnaden inte överstiger 1 100 kronor lämnas ingen kostnadsreducering. När den sammanlagda kostnaden överstiger detta belopp, utgör kostnadsreduceringen

1. 50 procent av den del som överstiger 1 100 kronor men inte 2 100 kronor,

2. 75 procent av den del som överstiger 2 100 kronor men inte 3 900 kronor,

3. 90 procent av den del som överstiger 3 900 kronor men inte 5 400 kronor, samt

4. hela den del av den samman-

Med läkemedelsförmåner enligt denna lag avses ett skydd mot höga kostnader vid inköp av sådana förmånsberättigade varor som avses i 15–18 §§. Förmånerna innebär en reducering av den enskildes kostnader för sådana varor.

Den förmånsberättigade ska under ettårsperioden sammanlagt inte betala mer än ett belopp som motsvarar 0,05 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor (kostnadstaket).

Så länge den sammanlagda kostnaden för varor enligt andra stycket inte överstiger ett belopp som motsvarar 0,5 gånger kostnadstaket lämnas ingen kostnadsreducering. När den sammanlagda kostnaden överstiger detta belopp, utgör kostnadsreduceringen

1. 50 procent av den del som överstiger 0,5 gånger men inte 0,954 gånger kostnadstaket,

2. 75 procent av den del som överstiger 0,954 gånger men inte 1,773 gånger kostnadstaket, och

3. 90 procent av den del som överstiger 1,773 gånger men inte 2,454 gånger kostnadstaket.

¹ Senaste lydelse 2011:1577.

lagda kostnaden som överstiger
5 400 kronor.

När den sammanlagda kostnaden överstiger ett belopp som motsvarar 2,454 gånger kostnadstaket är den förmånsberättigade befriad från att betala ytterligare kostnader under den resterande delen av ettårsperioden.

Vad som sägs i andra och tredje styckena gäller inte för sådana varor som avses i 18 § 3, som är kostnadsfria enligt 19 §.

Har en förälder eller har föräldrar gemensamt flera barn under 18 år i sin vård, tillämpas bestämmelserna i andra och tredje styckena gemensamt för barnen. Kostnadsreducering gäller under ett år räknat från första inköpstillfället även för barn som under denna tid fyller 18 år. Med förälder avses även *fosterförälder*. Som förälder räknas även den som en förälder stadigvarande sammanbor med och som är eller har varit gift med eller har haft barn med föräldern.

Vad som sägs i andra-femte styckena gäller inte för varor som avses i 18 § 3, som är kostnadsfria enligt 19 §.

Har en förälder eller har föräldrar gemensamt flera barn under 18 år i sin vård, tillämpas bestämmelserna i andra-femte styckena gemensamt för barnen. Kostnadsreducering gäller under ett år räknat från första inköpstillfället även för barn som under denna tid fyller 18 år. Med förälder avses även *familjehemsförälder*. Som förälder räknas även den som en förälder stadigvarande sammanbor med och som är eller har varit gift med eller har haft barn med föräldern.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.

2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för kostnadsbefrielse som har uppkommit före den 1 januari 2013.

3 Ärendet och dess beredning

Den 22 juni 2011 beslutade regeringen att en särskild utredare skulle se över avgiftsstrukturen för hälso- och sjukvård, läkemedel, äldre- och handikappomsorg m.m. (dir. 2011:61). Utredningen, som antog namnet Vårdavgiftsutredningen, lämnade sitt betänkande den 16 januari 2012. Betänkandet, Framtidens högkostnadsskydd i vården (SOU 2012:2), behandlar framför allt högkostnadsskydden för läkemedel samt hälso- och sjukvård. En sammanfattning av betänkandet finns i *bilaga 1*. Författningsförslagen finns i *bilaga 2*. Betänkandet har remissbehandlats. En förteckning över remissinstanserna finns i *bilaga 3*. En sammanställning av remissyttrandena finns tillgänglig i Socialdepartementet (dnr S2012/390/FS).

4 Nuvarande rättsliga reglering

Högkostnadsskydden för hälso- och sjukvård och läkemedel regleras i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

4.1 Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

I hälso- och sjukvårdslagen finns det grundläggande bestämmelser om hälso- och sjukvård. Med hälso- och sjukvård avses i lagen åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvården hör även sjuktransporter samt att ta hand om avlidna (1 §). Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (2 §). Varje landsting och landstingsfri kommun ska erbjuda en god hälso- och sjukvård bl.a. åt dem som är bosatta inom landstinget eller kommunen, åt dem som är kvarskrivna och stadigvarande vistas där samt åt dem som utan att vara bosatta i Sverige har rätt till vårdförmåner här vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av förordning (EG) nr 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen (3 och 3 c §§).

I hälso- och sjukvårdslagen regleras även möjligheten för landstingen att ta ut avgifter inom hälso- och sjukvården. Enligt 26 § får vårdavgifter och avgifter med anledning av att patienter uteblir från avtalade besök tas ut enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. I exempelvis smittskyddslagen (2004:168) finns bestämmelser om att viss vård ska vara kostnadsfri för patienten. Patienter som är bosatta inom landstinget respektive kommunen, liksom patienter som har rätt till vårdförmåner enligt förordning 883/2004, ska behandlas lika. När det gäller sjukhusvård har dock landstinget möjlighet att socialt differentiera avgifterna genom att fastställa avgiftsnivåer i olika inkomstintervall och besluta om vilka

regler om nedsättning av avgiften som ska gälla. Avgiften för slutna vård får inte överskrida 80 kronor per vård dag.

I 26 a § hälso- och sjukvårdslagen finns bestämmelser om högkostnadsskydd för vårdavgifter inom den öppna hälso- och sjukvården, för avgifter för vissa förbrukningsartiklar och för avgifter för sådan tandvård som utförs till hälso- och sjukvårdsavgift enligt bestämmelser i tandvårdslagen (1985:125). Den som har betalat sådana avgifter med sammanlagt 1 100 kronor behöver inte betala ytterligare avgifter under den tid som återstår av ett år, räknat från det första tillfälle då avgift betalats. Ett landsting kan besluta att ett lägre högkostnadsskydd än 1 100 kronor ska gälla. Om en förälder eller föräldrar gemensamt har flera barn under 18 år i sin vård får barnen gemensamt avgiftsbefrielse när kostnadstaket uppnåtts.

4.2 Lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

Lagen om läkemedelsförmåner m.m. innehåller bl.a. bestämmelser om vilka varor som ska omfattas av läkemedelsförmånerna och om prisreglering av dessa varor. Med läkemedelsförmåner avses enligt 5 § ett skydd mot höga kostnader vid inköp av förmånsberättigade läkemedel och andra varor.

Högkostnadsskyddet innebär en stegvis reduktion av den enskildes kostnader för sådana varor under en ettårsperiod. Den del av de sammanlagda kostnaderna som överstiger 1 100 kronor men inte 2 100 kronor reduceras med 50 procent, den del som överstiger 2 100 kronor men inte 3 900 kronor reduceras med 75 procent och den del som överstiger 3 900 kronor men inte 5 400 kronor minskas med 90 procent. Den enskilde behöver inte betala någon del av den sammanlagda kostnaden för förmånsberättigade varor som överstiger 5 400 kronor. Denna s.k. förmånstrappa innebär att den enskilde totalt behöver betala högst 2 200 kronor under ettårsperioden. Om en förälder eller föräldrar gemensamt har flera barn under 18 år i sin vård tillämpas bestämmelsen om högkostnadsskydd gemensamt för barnen.

Bestämmelserna om högkostnadsskydd gäller för inköp av läkemedel om läkemedlet har förskrivits för människor av en läkare, tandläkare, sjuksköterska, barnmorska eller tandhygienist i syfte att förebygga, påvisa, lindra eller bota sjukdom eller symptom på sjukdom eller i likartat syfte och under förutsättning att receptet är försett med arbetsplatskod (6 §).

De varor som kan omfattas av högkostnadsskyddet enligt lagen är vissa varor som förskrivs i födelsekontrollerande syfte av läkare eller barnmorskor samt förbrukningsartiklar som behövs vid stomi och som förskrivs av läkare eller av någon annan som Socialstyrelsen förklarat behörig till detta (18 § punkt 1 och 2).

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) beslutar om ett läkemedel eller en vara ska ingå i läkemedelsförmånerna samt fastställer det inköpspris och försäljningspris som ska tillämpas av öppenvårdsapoteken (7 §). När det gäller receptbelagda läkemedel ska vid bedömningen hänsyn tas till kostnadseffektivitet och marginalnytta (15 §). Även s.k.

extempore- och licensläkemedel, liksom receptfria läkemedel, kan ingå i läkemedelsförmånerna (16 och 17 §§).

Rätt till läkemedelsförmåner har bl.a. den som är bosatt i Sverige och den som, utan att vara bosatt här, har rätt till vårdförmåner här vid sjukdom eller moderskap enligt vad som följer av förordning (EG) nr 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen (4 §).

5 Bakgrund

5.1 Avgiftsstrukturen för hälso- och sjukvård samt läkemedel

För bl.a. besök i öppenvården och vid köp av läkemedel finns det statligt reglerade högkostnadsskydd. För avgifter i slutenvården finns inget nationellt reglerat högkostnadsskydd, däremot en lagstadgad maxavgift per vård dag.

Högkostnadsskydd för öppenvårdsbesök m.m.

I juli 1981 infördes ett lagstadgat högkostnadsskydd. Detta var gemensamt för sjukvård och läkemedel och hade formen av ett system med 15-kort för registrering av inköp av läkemedel samt för läkarbesök och sjukvårdande behandling. Högkostnadsskyddet utlöstes när en patient registrerats för 15 besök/läkemedelsinköp, oavsett typ av besök och läkemedelskostnad. År 1991 infördes ett nytt högkostnadsskydd, där de sammanlagda kostnaderna för patienten inte fick överstiga ett visst belopp (då 1 500 kronor) under en tolv månadersperiod.

Det gemensamma högkostnadsskyddet för hälso- och sjukvård och läkemedel ersattes den 1 januari 1997 av de nuvarande två separata systemen. Högkostnadsskyddet på hälso- och sjukvårdsområdet innebar att man under en period på tolv månader sammanlagt behövde betala högst 900 kronor i vårdavgifter, avgifter för vissa förbrukningsartiklar och avgifter för viss tandvård.

Den 1 januari 2012 genomfördes en höjning av högkostnadsskyddet för öppenvård m.m. baserat på en historisk indexering enligt prisbasbeloppet som innebar att avgiftstaket i högkostnadsskyddet höjdes från 900 kronor till 1 100 kronor per tolv månadersperiod.

Landstingen har, inom ramen för det lagstadgade högkostnadsskyddet, möjlighet att utforma sina egna avgiftssystem. Det finns en viss variation i avgiftsnivå mellan landstingen. Landstingen har även möjlighet att helt avgiftsbefria vissa typer av öppenvårdsbesök. Exempelvis är vård av barn och ungdomar upp till 18–20 års ålder avgiftsbefriad i de flesta landsting.

Dagens system med högkostnadsskydd och frikort inom öppenvården bygger på att sjukvårdspersonalen vid varje besök noterar de avgifter patienten betalar i ett så kallat högkostnadskort. Det finns inte något centralt system där vårdpersonalen kan se patientens alla besök. Alterna-

tivt kan patienten spara alla kvitton på betalade avgifter och visa upp dem på en vårdmottagning när avgiftstaket uppnås, och därmed få ett frikort.

Högekostnadsskydd för läkemedel m.m.

Avgiftsstrukturen för läkemedel har genom åren genomgått en rad förändringar. Tidigare fanns det separata högekostnadsskydd för hälso-sjukvård respektive läkemedel, men den 1 juli 1981 infördes, som nämnts, ett gemensamt högekostnadsskydd för öppenvård och läkemedel, i form av ett system med 15-kort för registrering av inköp av läkemedel samt för läkarbesök och sjukvårdande behandling. Från och med den 1 juli 1987 fick patienten betala hela läkemedelskostnaden upp till 60 kronor, medan läkemedelsförmånen stod för överskjutande kostnad. Beloppsgränsen höjdes successivt men principen kvarstod fram till 1992.

Ett nytt system infördes den 1 juli 1992 som innebär att patienten fick betala 120 kronor per recept plus 10 kronor extra för varje tillkommande läkemedel per expedieringstillfälle. Även i detta system kom beloppen att förändras vid ett flertal tillfällen. Den 1 januari 1993 infördes en högsta rabattgräns – referenspris – för vissa grupper av utbytbara läkemedel. För läkemedel som hade högre pris än referenspriset var patienten tvungen att själv betala mellanskillnaden, även då patienten hade frikort.

Det nuvarande statliga förmånssystemet för läkemedel trädde i kraft den 1 januari 1997, då det gemensamma högekostnadsskyddet för öppenvårdsbesök och läkemedel ersattes av två separata högekostnadsskydd. Det för läkemedel bygger på att patienten, under en tolv månadersperiod, får sin totala läkemedelskostnad stegvis reducerad enligt en trappstegsmodell, den s.k. förmånstrappan.

Den 1 januari 2012 genomfördes en höjning av högekostnadsskyddet baserat på en uppräknig enligt prisbasbeloppet för att nå ett realvärde som motsvarar det som gällde då högekostnadsskyddet infördes 1997. Beloppen inom förmånstrappan för läkemedel höjdes, så att patienten

- upp till 1 100 kronor betalar hela kostnaden
- mellan 1 100 och 2 100 kronor betalar 50 procent,
- mellan 2 100 och 3 900 kronor betalar 25 procent,
- mellan 3 900 och 5 400 kronor betalar 10 procent samt
- över 5 400 kronor är kostnadsbefriad.

Ändringarna innebär att det högsta belopp som den enskilde själv får betala för läkemedel m.m. höjdes från 1 800 kronor till 2 200 kronor per tolv månadersperiod.

Systemet med högekostnadsskydd och frikort för läkemedel vilar på ett centralt datoriserat system som administreras av Apotekens Service AB och som alla apotek har tillgång till. Enligt 2 kap. 6 § lagen (2009:366) om handel med läkemedel ska apoteken på begäran erbjuda konsumenter delbetalning av läkemedel och varor som omfattas av lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. Det är sedan upp till varje enskilt apotek att utforma en delbetalningsplan.

Avgiftstak för slutenvård

Det finns inget nationellt högkostnadsskydd för avgifter inom slutenvården. Sedan juni 1998 finns det däremot en lagstadgad maxavgift på 80 kronor per patient och vård dag. Varje landsting har möjlighet att differentiera slutenvårdsavgiften beroende på exempelvis patientgrupp eller ålder så länge den inte överstiger 80 kronor per patient och vård dag. Slutenvård är avgiftsfri för barn och ungdomar inom alla landsting. Åldersgränsen för avgiftsfrihet varierar dock från 18 år till 20 år. För resten av befolkningen ligger avgiften för slutenvård oftast på maxbeloppet 80 kronor per dag. I vissa landsting förekommer en nedsättning av avgiften (oftast till 60 kronor eller 40 kronor) beroende på t.ex. antalet vård dagar, om patienten har hel aktivitetsersättning, om patienten är över 65 år eller om patienten har en årsinkomst under ett visst belopp. Patienter som har rätt till lägre avgifter, eller under sjukhusvistelsen får rätt till lägre avgifter, måste i de flesta landsting själva ansöka om avgiftsnedsättning.

5.2 Behov av och efterfrågan på hälso- och sjukvård samt läkemedel

I genomsnitt görs i Sverige tre läkarbesök per person och år, vilket är en relativt låg siffra internationellt sett. Variationen i antal besök beror sannolikt inte bara på skillnader i sjuklighet, utan hänger även samman med andra behovsrelaterade faktorer, såsom kön, inkomst och ålder. Generellt sett ökar besöksfrekvensen med ålder. Kvinnor gör i genomsnitt fler läkarbesök än män. Personer med låg inkomst gör generellt fler läkarbesök än personer med hög inkomst, även om detta samband inte är lika entydigt. Dessutom påverkas besöksfrekvensen i hög grad av vårdens tillgänglighet, t.ex. avstånd till vårdcentral/sjukhus, öppettider och personaltillgång.

Inköp av läkemedel hänger tydligt samman med läkarbesök. För att kunna köpa receptbelagda läkemedel krävs i princip att man besökt en läkare och fått recept utskrivet. Konsumtionsprofilerna för läkemedel och sjukvård är därför likartade. Detta gäller dock inte för läkemedel till de allra äldsta som i stor utsträckning bor på särskilt boende och får sina läkemedel där.

Studier visar att få avstår från sjukvård och läkemedel av ekonomiska skäl även om det förekommer. På nationell nivå genomförs studier av bland andra Statistiska centralbyrån (SCB). Exempelvis genomförs löpande intervjuundersökningar av levnadsförhållanden (ULF). Dessa startade på 1970-talet och det har sedan dess varit möjligt att följa olika befolkningsgruppers kontakter med hälso- och sjukvården. Resultat av undersökningen visar att av samtliga tillfrågade under åren 2001–2005 svarade 12 procent av männen och 14 procent av kvinnorna att de avstått från att söka vård under de senaste tre månaderna trots att de upplevt ett sådant behov. Skälen till att inte söka vård varierar. Enligt ULF 2005 och 2006 var det vanligaste skälet att man ville vänta med besök (45 procent). Bland de skäl som var relaterade till själva sjukvården var långa väntetider vanligast (13 procent). Att inte ha råd (3 procent) eller

att det var för långt att resa (1 procent) visade sig vara relativt ovanliga skäl.

SCB genomför även undersökningar om hushållens ekonomi (HEK). Denna undersökning genomförs årligen och man har under en följd av år ställt frågan: Har du någon gång under året ansett dig vara i behov av sjukvård, tandvård eller läkemedel men avstått på grund av att du inte hade råd? Resultatet för hela befolkningen över 20 år visar att det är 1–2 procent av befolkningen som uppgett sig avstå från sjukvård och läkemedel av ekonomiska skäl. Det är betydligt fler som avstår från tandvård av ekonomiska skäl än från hälso- och sjukvård och läkemedel.

Under våren 2011 genomfördes i Sverige och ytterligare tio länder undersökningen The 2011 Commonwealth Fund International Health Policy Survey (IHP-studien). Studien genomförs årligen och Sverige har medverkat även 2009 och 2010. Studien vänder sig till sjukare vuxna, vilket innebär att en majoritet av respondenterna är eller under det senaste året har varit allvarligt eller kroniskt sjuka, skadade eller funktionsnedsatta och fått sjukvård för detta. Resultatet av 2011 års studie visar att cirka 4 procent av respondenterna hade avstått från att göra ett medicinskt test eller genomgå behandling eller rekommenderad uppföljning under de senaste två åren på grund av kostnaden, 6 procent har avstått från att besöka en läkare trots medicinskt problem och cirka 7 procent har låtit bli att hämta ut förskrivna läkemedel alternativt hoppat över en dos. I jämförelse med andra länder som deltagit (Australien, Frankrike, Kanada, Nederländerna, Norge, Nya Zeeland, Schweiz, Storbritannien, Tyskland och USA) har Sverige den lägsta siffran när det gäller att avstå från läkarbesök på grund av kostnaden. Relativt andra länder är det i Sverige ovanligt att på grund av ekonomiska skäl inte hämta ut läkemedel eller hoppa över en dos läkemedel. I denna undersökning är dock andelen som avstår vård på grund av ekonomiska skäl något högre än i SCB:s undersökningar. Möjligen kan skillnaden i resultat delvis förklaras av att målgruppsprofilerna är olika så tillvida att målgruppen i den senare undersökningen utgörs av sjukare vuxna.

Vårdavgiftsutredningen konstaterar att det är vanligare att avstå från sjukvård eller läkemedel bland ekonomiskt utsatta grupper. Som exempel kan nämnas att det bland ensamstående med barn var cirka 4 procent som avstod från sjukvård och läkemedel under 2009. Bland personer i hushåll med ekonomiskt bistånd var det under samma år 3–4 procent som avstod sjukvård och cirka 6 procent som avstod läkemedel.

Studier visar alltså att det generellt sett är ovanligt att man inte besöker sjukvården eller hämtar ut läkemedel av ekonomiska skäl. Studierna visar även på tendensen att andelen som avstår vård och läkemedel minskar över tid. Vårdavgiftsutredningen menar att det är oklart vad som ligger bakom denna utveckling, men det kan möjligen hänga samman med att avgifterna reellt sett blivit lägre.

5.3 Avgifter som styrinstrument och finansieringskälla

I Sverige, liksom i de flesta andra jämförbara länder, spelar avgifterna generellt sett en relativt begränsad roll som finansieringskälla. Egenavgifterna motsvarar 16–17 procent av hälso- och sjukvårdens totala

kostnader, en andel som varit i stort sett konstant under det senaste decenniet. Avgiftsandelens varierar emellertid kraftigt mellan olika delar av vårdsektorn. För receptbelagda läkemedel utgör egenavgifternas andel 22–23 procent av läkemedelskostnaderna medan egenavgifterna för öppen vård täcker 13–14 procent av kostnaderna för öppen vård.

Det främsta motivet för egenavgifter i hälso- och sjukvården är att de ska fungera som instrument för att styra efterfrågan till lämplig vårdnivå vid lämplig tidpunkt. Avgifter i vården är även avsedda att medföra ett ökat kostnadsmedvetande hos befolkningen och därmed motverka överkonsumtion. Detta förutsätter att avgifterna varierar mellan olika vårdnivåer. Viktigt är också att vårdavgifterna inte är så höga att den som behöver vård avstår från eller skjuter upp sitt besök av ekonomiska skäl.

Att t.ex. egenavgiften för besök i primärvården vanligen är lägre än egenavgiften för besök på sjukhusmottagning avspeglar alltså en medveten prisdifferentiering av avgifterna i öppen hälso- och sjukvård. Syftet är i detta fall att styra vårdefterfrågan till primärvården, som vanligen är den mest lämpliga vårdnivån att vända sig till i första hand.

Efter införandet av denna typ av prisdifferentiering i början av 1990-talet kunde man notera att andelen läkarbesök i primärvården ökade från 39 procent 1991 till 52 procent 1998. Sedan dess har primärvårdsandelen ökat några procentenheter till, och uppgick 2010 till cirka 55 procent. I vilken mån denna omfördelning av besöken beror på avgiftsdifferentieringen eller andra faktorer, såsom en utbyggnad av primärvården, är dock svårt att avgöra. Den kraftiga ökningen av besöksfrekvensen för barn och ungdomar (15–20 procent) då avgiften för dessa togs bort 1998 tyder på att patientavgifter påverkar efterfrågan. Införande eller borttagande av avgifter förefaller ha betydande tröskeleffekter. Vårdavgiftsutredningen konstaterar dock att kunskapen om effekten på vårdefterfrågan när det gäller mer marginella förändringar i avgifterna fortfarande är otillräckliga för att kunna ligga till grund för några direkta slutsatser.

Vårdavgiftsutredningen konstaterar att en internationell utblick tyder på att avgifter har relativt begränsad inverkan på efterfrågan. Bland annat beror det på att de högkostnadsskydd som finns för att skydda utsatta befolkningsgrupper avsiktligt dämpar avgifternas inverkan på efterfrågan.

En litteraturoversikt genomförd av utredningen visar vidare att ökade egenavgifter på sjukvårdsbesök respektive läkemedel medför minskad efterfrågan, men att priskänsligheten är relativt låg. En avgiftshöjning på 10 procent leder till cirka 3–4 procents minskning av efterfrågan. Förutom avgifterna är det naturligtvis många andra faktorer som påverkar vårdefterfrågan, såsom sjuklighet, kön, socioekonomi, sjukvårdens organisation och tillgänglighet.

När det gäller läkemedel finns det en påtaglig spridning i priskänslighet beroende på typ av läkemedel. Låg priskänslighet noteras t.ex. för smärtstillande läkemedel, medan priskänsligheten tycks vara större för blodtryckssänkande läkemedel och andra läkemedel som har en sjukdomsförebyggande verkan. Priskänsligheten varierar också med inkomstnivå. Låginkomsttagare är helt naturligt mer priskänsliga, och rapporterar i högre grad att de av ekonomiska skäl avstått från läkemedel.

6 Indexreglering av högkostnadsskydden

Regeringens förslag: Högkostnadsskyddet för bl.a. besök inom den öppna hälso- och sjukvården indexregleras genom att fastställas till en viss andel av prisbasbeloppet, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor.

Även den avgift som högst får tas ut per vård dag inom slutenvården kopplas till prisbasbeloppet och avrundas nedåt till närmaste tiotal kronor.

När det gäller läkemedelsförmånerna införs en bestämmelse om kostnadstak för inköp av förmånsberättigade varor. Även detta kostnadstak indexregleras och avrundas nedåt till närmaste femtiotal kronor. Beloppen inom den s.k. förmånstrappan fastställs till en viss andel av kostnadstaket.

Utredningens förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag. Utredningen föreslog bl.a. att det belopp som den förmånsberättigade som högst ska behöva betala för läkemedel m.m. under ettårsperioden ska betecknas avgiftstak.

Remissinstanserna: Merparten av de remissinstanser som svarat på remissen ställer sig bakom utredningens förslag gällande indexering av högkostnadsskydden för öppenvårdsbesök och läkemedel. Som exempel kan nämnas *Sveriges Kommuner och Landsting*, *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket* och *Konsumentverket* samt ett antal landsting, såsom *Uppsala läns landsting*, *Hallands läns landsting* och *Norrbottnens läns landsting*. Flera instanser instämmer i utredningens bedömning att lägre indexjusteringar är att föredra framför stora, mer sällan återkommande justeringar. Flera instanser instämmer även i bedömningen att indexjusterade högkostnadsskydd och avgiftstak bidrar till en långsiktigt hållbar finansiering av hälso- och sjukvården, exempelvis *Östergötlands läns landsting* och *Stockholms läns landsting*.

Fyra remissinstanser avstyrker förslagen om indexreglerade högkostnadsskydd för öppenvårdsbesök och läkemedel, nämligen *Jämtlands läns landsting*, *Kalmar kommun*, *Astma- och allergiförbundet* samt *Demensförbundet*. Dessa instanser pekar på risken för att en indexering av högkostnadsskydden drabbar redan ekonomiskt utsatta grupper och anser att finansieringen av hälso- och sjukvården inte bör lyftas över på den enskilde. Demensförbundet påpekar att en indexering av högkostnadsskydden innebär en risk för automatiska prisökningar och föredrar nuvarande system.

Även några remissinstanser, som i och för sig inte avstyrker utredningens förslag, menar att det finns en risk att redan ekonomiskt utsatta grupper kommer att drabbas av indexjusteringarna, exempelvis *Statens folkhälsoinstitut* och *Riksförbundet för Social och Mental Hälsa*.

Sveriges Pensionärsförbund anser att indexregleringen för de båda högkostnadsskydden och avgiftstaket för slutenvårdsavgiften istället för att vara kopplat till konsumentprisindex bör vara kopplat till inkomstutvecklingen.

Kronobergs läns landsting och *Hallands läns landsting* efterlyser en ökad tydlighet i fråga om vilket högkostnadsskydd som är aktuellt vid

öppenvårdsbesök i andra landsting. Hälso- och sjukvårdslagen ger utrymme för tolkning huruvida det är vårdgivande landsting eller hemlandstingets tillämpning av högkostnadsskyddet som gäller i de fall de skiljer sig åt. Enligt vissa sjukvårdshuvudmän är det vårdlandstingets belopp som ska tillämpas medan andra anser att hemlandstingets belopp gäller oavsett var vården söks. Att tillämpa samma högkostnadsbelopp i hela landet skulle vara mer i linje med målsättningen om en rättvis och jämlik vård samtidigt som administrationen skulle förenklas.

Gotlands kommun påpekar att begreppet fosterföräldrar som används i den föreslagna lydelsen av 26 § hälso- och sjukvårdslagen, inte längre används i socialtjänstlagen. Begreppet motsvaras numera närmast av familjehemsförälder.

När det gäller indexering av högkostnadsskyddet för läkemedel anför *Sveriges Apoteksförening* att de inte har några principiella invändningar mot förslaget, men att det är viktigt att det finns en ansvarig myndighet med kommunikationsansvar för högkostnadsskyddet gentemot allmänheten. Därutöver bedömer Sveriges Apoteksförening att beslut om indexering kräver god framförhållning, minst sex månader mellan beslut och ikraftträdande, för att nödvändiga förändringar i apotekens IT-stöd ska hinna genomföras.

Sveriges Farmaceutförbund har inget emot en indexreglering av avgiftstaket i högkostnadsskyddet. Däremot anser förbundet att indexregleringen bör införas vid en annan tidpunkt än årsskiftet, förslagsvis januari/februari, eftersom den hamstringsrisk som förslaget medför innebär att den redan tunga arbetsbelastningen på apoteken under julhelgerna ökar ytterligare.

Merparten av de svarande remissinstanserna ställer sig positiva även till förslaget om indexering av avgiftstaket för slutenvård. Två instanser, *Jämtlands läns landsting* och *Demensförbundet*, avstyrker förslaget av samma orsak som dessa instanser avstyrker förslagen om indexering av högkostnadsskydden för öppenvårdsbesök och läkemedel. *Södermanlands läns landsting* ser problem med en indexjustering av avgiftstaket inom slutenvården men stödjer förslaget om att höja maxbeloppet för slutenvårdsavgiften i en engångsuppräkning.

Skälen för regeringens förslag

Indexering av högkostnadsskyddet för öppenvårdsbesök m.m.

Trots att hälso- och sjukvården i huvudsak är skattefinansierad bidrar patientavgifterna till dess finansiering. Regeringen menar att det finns behov av att säkerställa att patientavgifternas realvärde bibehålls över tid eftersom detta bidrar till en hållbar finansiering av hälso- och sjukvården. Regeringen instämmer därför i Vårdavgiftsutredningens förslag att högkostnadsskyddet ska indexregleras.

Syftet med förslaget är att stärka hälso- och sjukvården genom att mer resurser tillförs landstingen. Regeringen menar att en hållbar finansiering av hälso- och sjukvården bör komma patienterna till del genom en mer kvalitativ och effektiv vård.

Några remissinstanser har påpekat att indexjusteringar av högkostnadsskyddet riskerar att drabba redan ekonomiskt utsatta grupper. Rege-

ringens avsikt med förslaget är dock inte att patientavgifternas andel av finansieringen ska öka utan att avgifternas realvärde bibehålls över tid. Utan en löpande indexreglering menar regeringen att värdet av patientavgifterna kommer att minska över tid. Genom löpande indexregleringar av högkostnadsskyddet för öppenvårdsbesök kommer patientavgifterna att bidra till en hållbar finansiering av hälso- och sjukvården. Högkostnadsskyddets konstruktion innebär dock att de personer som behöver mest vård även fortsättningsvis endast kommer att betala en mindre del vid nyttjandet av sjukvård.

Indexreglering av högkostnadsskyddet syftar även till att bibehålla landstingens utrymme att differentiera sina sjukvårdsavgifter och därmed ha möjlighet att styra vårdefterfrågan till lämplig vårdnivå. Med ett avgiftstak i högkostnadsskyddet som ligger för lågt minskar hälso- och sjukvårdshuvudmännens möjlighet att styra vårdefterfrågan.

Ytterligare ett syfte att löpande indexreglera högkostnadsskyddet är att undvika stora justeringar i högkostnadsskyddet. Mindre, löpande indexregleringar menar regeringen är att föredra framför stora justeringar, inte minst för personer med en svår ekonomisk situation. Dessutom väntas mindre indexregleringar motverka överkonsumtion. Med ett högkostnadsskydd där värdet urholkas når patienterna relativt fort upp till kostnadsbefrielse och blir därmed okänsliga för vårdavgifter. En överkonsumtion av hälso- och sjukvård resulterar i att möjligheterna att erbjuda vård till dem som mest behöver det minskar.

Indexering av högkostnadsskyddet för läkemedel m.m.

Regeringen instämmer i Vårdavgiftsutredningens förslag att indexreglera högkostnadsskyddet för läkemedel. Det främsta syftet är, liksom inom öppenvården, att bibehålla realvärdet av högkostnadsskyddet. En löpande indexering av högkostnadsskyddet bidrar till en hållbar finansiering av läkemedel. Kostnader för läkemedel är en stor utgift för landstingen och egenavgifterna för läkemedel utgör nära en femtedel av dessa. Regeringen menar att det är av stor betydelse att egenavgifternas värde inte minskar över tid.

En löpande indexering av högkostnadsskyddet för läkemedel motverkar dessutom stora och sällan återkommande justeringar av kostnadstaket. Statistik över läkemedelsförsäljning har visat att större höjningar av högkostnadsskyddet för läkemedel kan leda till överkonsumtion av läkemedel eller att läkemedel hämtas ut men inte används. Med en löpande indexering av högkostnadsskyddet för läkemedel bedömer utredningen att sådana hamstringseffekter ska motverkas. Regeringen instämmer i den bedömningen. Några remissinstanser har uttryckt oro för att redan ekonomiskt utsatta grupper kommer att drabbas av indexjusteringarna. Liksom högkostnadsskyddet för öppenvårdsbesök säkerställer emellertid även det för läkemedel att de personer som konsumerar mest läkemedel även fortsättningsvis endast kommer att betala en mindre del av kostnaderna för dessa.

Indexering av avgiftstaket för slutenvården

Vårdavgiftsutredningen föreslår att den högsta tillåtna avgiften för slutenvård indexregleras löpande. Regeringen instämmer även i detta förslag. Skälet är att patientavgifterna även inom slutenvården bör bidra till en hållbar finansiering av hälso- och sjukvården. En nödvändighet är då, enligt regeringen, en löpande indexreglering av avgiftstaket för slutenvården.

Slutenvårdsavgiften fastställdes 1998 till maximalt 80 kronor per vård- dag. Regeringen ställer sig bakom utredningens förslag att vid en inledande indexreglering av slutenvårdsavgiften genomföra en uppräknig av avgiften motsvarande den som genomfördes i högkostnadsskydden för läkemedel och öppenvårdsbesök fr.o.m. den 1 januari 2012, i syfte att återställa realvärdet av slutenvårdsavgiften till det som gällde 1998. En sådan justering innebär en höjning av slutenvårdsavgiften till cirka 100 kronor vid ett första indexeringstillfälle.

Modell för indexering

Vårdavgiftsutredningen föreslår att högkostnadsskydden för öppenvårds- besök och läkemedel samt avgiftstaket för slutenvården indexregleras genom att i lag fastställas till bestämda andelar av prisbasbeloppet.

Vårdavgiftsutredningen konstaterar att indexeringen bör följa den allmänna prisutvecklingen i samhället för att säkerställa att värdet av patient- och egenavgifter inte minskar över tid. Detta talar för att knyta högkostnadsskydden till prisbasbeloppet, som i princip följer konsument- prisindex (KPI). Många individer med stort vårdbehov har ersättningar som är kopplade till prisbasbeloppet, bl.a. garantipensionen, nivån på det vanliga och det särskilda bostadstillägget till pensionärer (BTP och SBTP), äldreförsörjningsstödet samt handikappersättningen. Även avgifterna för äldre- och handikappomsorgen är kopplade till prisbasbeloppet.

Ett annat alternativ är att knyta den löpande indexeringen till kostnads- utvecklingen inom hälso- och sjukvård, t.ex. landstingsprisindex, LPI. Kostnaderna inom sjukvården ökar generellt sett snabbare än KPI, bl.a. på grund av att sjukvården är mer personalintensiv än ekonomin i sin helhet. Ett sådant index skulle värdesäkra avgifterna i relation till landstingens kostnader i större utsträckning än ett index baserat på KPI. Utredningen anser emellertid att en sådan typ av indexering kan vara problematisk eftersom syftet med indexeringen är att följa prisutvecklingen i samhället, inte landstingens kostnadsutveckling. Dessutom är inkomsterna för stora grupper av patienter kopplade till prisbasbeloppet.

Ytterligare en aspekt som bör beaktas är hur ofta en indexreglering ska ske. Ju oftare det sker, desto mer motverkas hamstringseffekter. Samtidigt krävs en administrativ insats vid varje regleringstillfälle. I andra länder, t.ex. Finland och Danmark, gör man årliga indexuppräkniggar. Utredningen menar att övervägande skäl talar för att indexeringen av beloppsgränserna i högkostnadsskydden i stället knyts till prisbasbeloppets utveckling. Ändringarna bör, enligt utredningen, genomföras efter en avrundning nedåt.

Regeringen instämmer i utredningens förslag och föreslår således ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) med innebörd att högkostnadsskyddet för avgifter för besök i öppenvården m.m. fastställs till 0,025 gånger prisbasbeloppet, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor, och att avgiftstaket för slutenvården fastställs till 0,0023 gånger prisbasbeloppet, avrundat nedåt till närmaste tiotal kronor.

När det gäller högkostnadsskyddet på läkemedelsområdet föreslås en ny bestämmelse i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. som preciserar hur mycket den enskilde sammanlagt under ettårsperioden själv ska behöva betala för förmånsberättigade läkemedel och andra varor. Detta framgår i dag endast indirekt av lagtexten. Utredningen föreslog att detta belopp bör benämnas ”avgiftstak”. Termen avgift nämns emellertid inte i övrigt i lagen och regeringen anser därför att ”kostnadstak” är lämpligare att använda. Kostnadstaket föreslås fastställas till 0,05 gånger prisbasbeloppet, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor. Beloppsgränserna inom förmånstrappan fastställs i sin tur till vissa andelar av kostnadstaket på så sätt att den enskilde betalar hela kostnaden upp till 0,5 gånger kostnadstaket, hälften av kostnaderna mellan 0,5 och 0,954 gånger kostnadstaket, 25 procent av kostnaderna mellan 0,954 och 1,773 gånger kostnadstaket och 10 procent av kostnaderna mellan 1,773 gånger och 2,454 gånger kostnadstaket. Den enskilde behöver inte betala någon del av de kostnader som överstiger ett belopp motsvarande 2,454 gånger kostnadstaket.

En beräkning av högkostnadsskyddet inom öppenvården utifrån nu gällande prisbasbelopp (44 000 kr för år 2012) resulterar i ett belopp om 1 100 kr ($0,025 \times 44\,000$ kr), dvs. samma summa som i dag anges i 26 a § hälso- och sjukvårdslagen. Kostnadstaket på läkemedelsområdet uppgår vid en motsvarande beräkning till 2 200 kr ($0,05 \times 44\,000$ kr), dvs. samma belopp som i dag indirekt framgår av bestämmelsen om förmånstrappan i 5 § tredje stycket lagen om läkemedelsförmåner m.m. En uträkning av beloppsintervallen inom förmånstrappan utifrån förslaget om att dessa ska utgöra vissa andelar av kostnadstaket (2 200 kronor med dagens prisbasbelopp) resulterar också i samma belopp som nu anges i krontal i lagtexten.

Varje höst beslutar regeringen om efterföljande års prisbasbelopp. Beroende på storleken på prisbasbeloppshöjningen ska samtidigt högkostnadsskydden och maxavgiften inom slutenvården revideras. Ett par remissinstanser har haft invändningar mot att justeringar av högkostnadsskyddet på läkemedelsområdet ska genomföras samtidigt som det prisbasbelopp som kostnadstaket beräknas på börjar gälla. Såvitt regeringen har kunnat utröna saknas det emellertid tekniska eller andra skäl till att låta nya belopp inom högkostnadsskydden och för slutenvårdsavgiften börja gälla senare än den 1 januari.

Landstingen kan liksom i dag välja att tillämpa ett lägre högkostnadsskydd för öppenvårdsbesök och en lägre avgift inom slutenvården än vad lagstiftningen anger.

Ett par remissinstanser har efterlyst ett förtydligande i hälso- och sjukvårdslagen av huruvida det är högkostnadsskyddet i det landsting där vården ges eller där patienten är bosatt som ska gälla vid vård i annat landsting än hemlandstinget. I ifrågavarande lagstiftningsärende saknas emellertid underlag för ett sådant förtydligande.

Den som åtnjuter avgiftsbefrielse (fått frikort) för besök m.m. inom öppenvården eller som uppnått kostnadsbefrielse för läkemedel m.m. som sträcker sig över ett årsskifte påverkas inte av en höjning av högkostnadsskyddet under löpande ettårsperiod. För den som vid årsskiftet inte har nått upp till frikortsgränsen eller som ännu inte haft kostnader för läkemedel uppgående till den nivå där full kostnadsreducering inträder gäller däremot de nya beloppen. Den som t.ex. har haft läkemedelskostnader som berättigar till viss kostnadsreducering omfattas således av höjningar av beloppen inom förmånstrappan.

7 Genomförande, information och uppföljning

Regeringens bedömning: Beräkningar av högkostnadsskydden och av avgiftstaket inom slutenvården bör utföras av en utpekad myndighet. Effekter av indexregleringar bör följas inom befintliga uppföljningsstrukturer.

Utredningens förslag: Utredningen ansåg att det bör uppdras åt någon myndighet att tillkännage ändringar i högkostnadsskydden och i avgiftstaket inom slutenvården.

Remissinstanserna: Inga direkta synpunkter har inkommit som vänder sig mot utredningens förslag.

Skälen för regeringens bedömning

Regeringen instämmer i utredningens förslag och gör bedömningen att beräkningar gällande högkostnadsskydden och avgiftstaket lämpligen bör utföras av en utpekad myndighet.

Regeringens bedömning är att det även bör finnas en utpekad aktör för att informera om förändringar i högkostnadsskydden samt i avgiftstaket för slutenvården. Även ett sådant uppdrag bör därför ges till någon eller några myndigheter. Mer i detalj hur detta ska utformas återkommer regeringen till.

Vårdavgiftsutredningen påpekar att möjligheterna att följa vård- och läkemedelskonsumtion är bristfälliga. Utredningen konstaterar dock att möjligheterna till uppföljning av läkemedelskonsumtion är bättre än för vårdkonsumtion. I dag är det möjligt att följa läkemedelskonsumtionen på individnivå, i termer av inköp av receptföreskrivna läkemedel, antal frikort etc. Uppgifter om vårdkonsumtion är otillräckliga, på såväl individ- som systemnivå. Utredningen bedömer därför att möjligheterna att följa hälso- och sjukvårdskonsumtionen bör utvecklas.

Ett utvecklingsarbete för att följa vårdkonsumtionen löpande på nationell nivå innebär omfattande insatser. Dessutom måste ett nationellt utvecklingsarbete på området motsvara det nationella åtagandet och samtidigt ta hänsyn till det kommunala självstyret. I nuläget finns inte underlag för att gå vidare med ett så omfattande utvecklingsarbete.

Regeringen anser att de förändringar som här föreslås behöver följas upp noggrant. Särskilt viktigt är det att följa utvecklingen när det gäller

personer som väljer att avstå sjukvård och läkemedel av ekonomiska skäl. Regeringen avser att följa denna utveckling noga inom befintliga uppföljningsstrukturer, exempelvis genom de undersökningar som genomförs av Statistiska centralbyrån och Commonwealth Fund.

8 Ekonomiska konsekvenser

För den enskilde patienten innebär förslagen en begränsad ökning av de samlade utgifterna för besök i öppen vård och för läkemedel, sannolikt mindre än 100 kronor per år i genomsnitt. Först när indexuppräknningen leder till höjningar på 50 kronor eller mer kommer högkostnadsskydden att ändras. Enligt förslaget måste prisbasbeloppet öka med minst 4,5 procent för att högkostnadsskyddet för öppenvårdsbesök m.m. ska höjas med 50 kronor. För att kostnadstaket för läkemedel m.m. ska höjas med 50 kronor måste prisbasbeloppet öka med minst 2,2 procent. Det är således mer sannolikt att kostnadstaket för läkemedel kommer att höjas årligen än det är för öppenvård.

Om ökningen av prisbasbeloppet ett visst år ligger strax under den nivå som krävs för att t.ex. kostnadstaket på läkemedelsområdet ska höjas men året därpå ligger strax däröver kan detta t.ex. innebära att taket höjs med 100 kronor på en och samma gång (49+51 kronor).

En höjning av högkostnadsskyddet i öppenvården med 50 kronor (som motsvarar en höjning med cirka 4,5 procent av prisbasbeloppet) beräknas öka patientavgifterna med drygt 2 procent, eller 55–70 miljoner kronor. En höjning av kostnadstaket för läkemedel med 50 kronor (motsvarande cirka 2,2 procent av prisbasbeloppet) beräknas öka patienternas egenavgifter med 1 procent eller 55 miljoner kronor. Att avgiftsintäkterna ökar mindre än höjningarna av avgiftstaken beror på att inte alla patienter kommer att nå de nya avgiftstaken.

För att genomföra den föreslagna förändringen med indexering av förmånstrappan för läkemedel kommer det att krävas en anpassning av nuvarande avgiftssystem, vilket administreras av Apotekens Service AB. Detta kan beräknas kosta cirka 1,5 miljoner kronor som en engångsinvestering.

Indexregleringen av den maximala avgiften för slutenvård innebär det första året, 2013, en höjning från 80 kronor till 100 kronor per vård dag. Detta medför en intäktsökning för landstingen på uppskattningsvis 120–150 miljoner kronor, förutsatt att landstingen utnyttjar möjligheten att höja avgiften. Beräkningen utgår från uppgifter för 2010, då landstingens slutenvårdsintäkter uppgick till cirka 520 miljoner kronor. Nivån på avgiftsintäkterna har varit relativt stabil de senaste åren och beräkningen ger därför sannolikt en god bild av effekterna även 2013. Landstingen har olika regler för beräkningen av avgiften. Avgiftsintäkter i slutenvård som tillfaller privata entreprenörer som landstingen köper vård från, framgår inte alltid av landstingens redovisning. Detta gör det svårt att mer exakt bedöma konsekvenserna både avseende landstingens intäkter och patienternas avgiftsökningar. Den årliga indexuppräknningen fr.o.m. 2014 kommer med all sannolikhet inte att leda till någon intäktsökning på kort sikt eftersom maximiavgiften ska avrundas nedåt till närmaste

tiotal kronor. Prisbasbeloppet måste därför ha ökat med närmare 10 procent innan det sker en uppräknings av slutenvårdsavgiften.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att beräkningarna visar på begränsade ekonomiska konsekvenser. Dessa drabbar främst äldre och vissa ekonomiskt utsatta grupper, som får de största genomsnittliga utgiftsökningarna. Högkostnadsskydden och taket för slutenvårdsavgiften är dock avsedda att dämpa ekonomiska konsekvenser bland annat för dessa grupper så långt det är möjligt. Dessutom anser regeringen att mindre justeringar är att föredra framför stora indexjusteringar som infaller mer sällan. Regeringen menar även att en mer hållbar finansiering av hälso- och sjukvården avses komma patienterna till del i form av en stärkt hälso- och sjukvård.

Den inledande indexjusteringen av taket för slutenvårdsavgiften innebär en möjlighet till ökade intäkter för landstingen. Därefter väntas kommande indexjusteringar av såväl högkostnadsskydden som av avgiftstaket inom slutenvården att följa prisutvecklingen.

9 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Regeringens förslag: Lagändringarna träder i kraft den 1 januari 2013. Äldre föreskrifter gäller fortfarande i fråga om avgifts- eller kostnadsbefrielse som har uppkommit före ikraftträdandet.

Utredningens förslag: Överensstämmer med regeringens förslag.

Remissinstanserna: Som nämnts under avsnitt 6 anför *Sveriges Apoteksförening* att det behövs mycket god framförhållning, sex månader, för att nödvändiga förändringar i IT-stödet hos apoteken ska hinna genomföras. *Sveriges Farmaceutförbund* anser att indexregleringen bör läggas vid en annan tidpunkt än årsskiftet eftersom den hamstringsrisk som förslaget medför innebär att den redan tunga arbetsbelastningen på apoteken under julhelgerna ökar ytterligare.

Skälen för regeringens förslag: Regeringen delar utredningens uppfattning att lagändringarna bör träda i kraft den 1 januari 2013. Anledning saknas att av tekniska eller andra skäl skjuta fram ikraftträdandet till en senare tidpunkt (jfr ovan under avsnitt 6).

För den som vid ikraftträdandet redan uppnått avgiftsbefrielse (fått frikort) för bl.a. besök i öppenvården eller som uppnått full kostnadsreducering för inköp av läkemedel m.m. bör de nya bestämmelserna om högkostnadsskydd inte börja tillämpas förrän pågående ettårsperiod har avslutats. Övergångsbestämmelser med den innebörden föreslås därför.

Någon övergångsbestämmelse när det gäller ändringen i bestämmelsen om högsta tillåtna avgift inom slutenvården behövs däremot inte. Avgiften ska beräknas med tillämpning av det maxbelopp som gäller varje aktuell vård dag.

Se även författningskommentaren, avsnitt 10.

10 Författningskommentar

10.1 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

26 §

Genom en ändring i *första stycket* indexregleras maxavgiften för slutenvård genom en koppling till prisbasbeloppet. Landstingen får fortsättningsvis ta ut en avgift per vård dag om högst 0,0023 gånger det prisbasbelopp som regeringen fastställer för varje år enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken. Avgiften ska avrundas nedåt till närmaste tiotal kronor.

Sjätte stycket i paragrafen innehåller bestämmelser om det högsta månadsbelopp som avgifter för kommunal hälso- och sjukvård tillsammans med avgifter för hemtjänst och dagverksamhet får uppgå till samt bestämmelser om den enskildes förbehållsbelopp. Genom ett tillägg i *sjunde stycket* förtydligas att det är dessa avgifter och förbehållsbelopp som ska beräknas enligt 8 kap. 3–8 §§ socialtjänstlagen.

I paragrafen görs även vissa språkliga ändringar.

Paragrafen behandlas i avsnitt 6.

26 a §

Genom en ändring i *första stycket* indexregleras högkostnadsskyddet för vårdavgifter inom öppen hälso- och sjukvård, vissa förbrukningsartiklar och sådan tandvård som utförs mot hälso- och sjukvårdsavgift. I stället för ett fast belopp utgör avgiftstaket ett belopp motsvarande 0,025 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor. Liksom i dag kan landstinget besluta att avgiftsbefrielse ska börja gälla vid ett lägre belopp. I stycket görs även en språklig justering.

Tredje stycket ändras språkligt i syfte att göra terminologin i paragrafen enhetlig.

I *fjärde stycket* ersätts termen ”fosterförälder” med det mer moderna ordet ”familjehemsförälder”. Någon ändring i sak är inte avsedd.

Paragrafen behandlas i avsnitt 6.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelserna

Enligt *punkt 1* träder lagändringarna i kraft den 1 januari 2013.

Av *punkt 2* följer att den som har uppnått avgiftsbefrielse enligt 26 a § i dess nuvarande lydelse när lagändringen träder i kraft inte behöver betala några ytterligare avgifter under den resterande delen av pågående ettårsperiod, även om högkostnadsskyddet höjs. För den som den 1 januari 2013 inte har betalat avgifter om sammanlagt 1 100 kronor börjar däremot de nya bestämmelserna att gälla direkt vid ikraftträdandet.

Övergångsbestämmelsen reglerar enbart vad som ska gälla i samband med ikraftträdandet den 1 januari 2013. Framtida justeringar av högkostnadsskyddet till följd av att prisbasbeloppet räknas om för kommande år kommer emellertid att slå igenom på motsvarande sätt. Enligt 26 a § första stycket är den som har haft kostnader för vårdavgifter m.m.

uppgående till motsvarande 0,025 gånger prisbasbeloppet befriad från att därefter betala ytterligare sådana avgifter under den resterande delen av ettårsperioden. Detta gäller oavsett om högkostnadsskyddet, efter det att avgiftsbefrielse har uppkommit, höjs som en följd av att prisbasbeloppet ändras.

Övergångsbestämmelsen omfattar inte ändringen i 26 §. Högsta tillåtna avgift inom slutenvården beräknas med utgångspunkt i paragrafens lydelse den vård dag som avgiften avser.

Bestämmelserna behandlas i avsnitt 9.

10.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (2001:160) om läkemedelsförmåner m.m.

5 §

Första stycket ändras på så sätt att det i definitionen av vad som avses med läkemedelsförmåner enligt lagen även görs en hänvisning till bestämmelserna i 16 och 17 §§. Ändringen utgör enbart ett förtydligande av vad som gäller redan i dag.

Övriga ändringar i paragrafen innebär att högkostnadsskyddet för sådana läkemedel, födelsekontrollerande medel och förbrukningsvaror som omfattas av läkemedelsförmånerna indexregleras.

I det nya *tredje stycket* anges hur mycket den enskilde ska behöva betala för förmånsberättigade varor under den ettårsperiod som avses i andra stycket, dvs. vilket kostnadstak som ska gälla. Kostnadstaket bestäms till 0,05 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor. Någon motsvarande bestämmelse om det maximala belopp som en enskild får betala för läkemedel och andra varor under ett år finns inte i dag utan detta framgår nu endast indirekt av bestämmelsen om den s.k. förmånstrappan i nuvarande tredje stycket.

Fjärde stycket ändras på så sätt att såväl det belopp som den enskilde ska betala själv innan någon kostnadsreducering kan bli aktuell som övriga belopp inom förmånstrappan i fortsättningen ska utgöra en viss andel av kostnadstaket enligt det nya tredje stycket.

I det nya *femte stycket* förtydligas vad som gäller redan i dag, delvis enligt den upphävda fjärde punkten i fjärde stycket, nämligen att när de sammanlagda kostnaderna för förmånsberättigade varor överstiger ett visst belopp är den enskilde befriad från att betala ytterligare sådana kostnader under den resterande delen av ettårsperioden. Även detta belopp utgör en viss andel av kostnadstaket.

I *sjätte stycket* görs dels en språklig justering, dels en ändring till följd av att två nya stycken läggs till paragrafen.

Motsvarande följdändring som i sjätte stycket görs i *sjunde stycket*. Vidare ersätts termen ”fosterförälder” med det mer moderna ordet ”familjehemsförälder”. Någon ändring i sak är inte avsedd.

Paragrafen behandlas i avsnitt 6.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelserna

Enligt *punkt 1* träder lagändringarna i kraft den 1 januari 2013.

Av *punkt 2* följer att den som har uppnått kostnadsbefrielse när lagändringen träder i kraft inte behöver betala några ytterligare kostnader för förmånsberättigade varor under den resterande delen av ettårsperioden, även om högkostnadsskyddet höjs. Om den enskilde däremot den 1 januari 2013 har haft sammanlagda kostnader som inte överstiger 5 400 kronor börjar de eventuellt ändrade beloppen inom trappan för kostnadsreducering och för kostnadsbefrielse att gälla direkt vid ikraftträdandet.

Övergångsbestämmelsen reglerar enbart vad som ska gälla i samband med ikraftträdandet den 1 januari 2013. Motsvarande principer kommer emellertid att gälla dem som uppnått kostnadsbefrielse även vid framtida justeringar av nivåerna inom högkostnadstrappan. Av det nya femte stycket i 5 § följer att den som har haft sammanlagda kostnader för förmånsberättigade varor överstigande ett belopp motsvarande 2,454 gånger kostnadstaket enligt tredje stycket är befriad från att betala ytterligare kostnader under den resterande delen av ettårsperioden. Detta gäller oavsett om kostnadstaket höjs efter det att kostnadsbefrielse har uppkommit.

Bestämmelserna behandlas i avsnitt 9.

Uppdraget, avgränsningar

Mitt uppdrag är enligt kommittédirektiven att se över avgiftsstrukturen för hälso- och sjukvård, läkemedel, äldre- och handikappomsorg m.m. Syftet är att åstadkomma en struktur för avgifter och högkostnadsskydd som

- långsiktigt bidrar till att utveckla kvaliteten och effektiviteten i vården och omsorgen,
- värnar de grupper som är mest i behov av vård eller omsorg,
- styr patienten att söka vård på rätt nivå och i rätt tid,
- stimulerar till förebyggande och tidiga insatser, och
- bidrar till en långsiktigt hållbar finansiering av vården och omsorgen.

Jag har informerat Socialdepartementet om att jag har gjort vissa avgränsningar av arbetet, främst med hänsyn till den mycket korta tid som stått till förfogande. Mina överväganden och förslag gäller sålunda främst utformning och effekter av framtidens högkostnadsskydd för besök i öppen vård och inköp av läkemedel.

Nuläge

Jag har i mitt arbete tagit avstamp i en beskrivning av nuvarande avgiftssystem, vilken återfinns i kapitel 2. Fokus ligger i första hand på att beskriva de olika högkostnadsskydd som finns för hälso- och sjukvård samt för läkemedel, och att ge en bild av hur dessa har utvecklats genom åren. Den avgiftsvariation som förekommer inom öppenvården belyses särskilt. Statligt reglerade högkostnadsskydd finns inom hälso- och sjukvård, läkemedel, tandvård samt inom äldre- och handikappomsorgen. Jag har också haft ambitionen att bilda mig en uppfattning om effekterna av nuvarande avgiftssystem. Detta har visat sig lättare sagt än gjort, främst på grund av brister i den rutinmässiga uppföljningen av dagens avgiftssystem, och därmed i dataunderlaget. Jag har ändå gjort ett försök, i kapitel 3, att så långt möjligt redovisa i vad mån avgifterna hittills uppfyllt sina syften, nämligen:

- att styra efterfrågan till ”rätt” vårdnivå,
- att öka kostnadsmedvetandet hos befolkningen,
- att begränsa vårdefterfrågan och därmed kostnaderna, samt
- att bidra till finansieringen av vårdkostnaderna.

Kunskapen om egenavgifternas styreffekter är ofullständig. För att kunna utvärdera huruvida patienten styrs till rätt vårdnivå, i rätt tid och om onödig vårdkonsumtion undviks krävs uppgifter på individnivå, som underlag för analys av sambanden mellan avgiftsnivå och konsumtionsmönster för olika grupper av individer. Dessa uppgifter ska helst kunna kopplas till relevanta bakgrundsfaktorer som beskriver t.ex. hälsoläge, demografi och inkomstförhållanden.

Tillgängliga aggregerade data tyder på att styreffekten av marginella avgiftsändringar är begränsad. Vid större förändringar kan dock betydande tröskeleffekter uppkomma.

I Sverige liksom i de flesta andra jämförbara länder spelar avgifterna generellt sett en relativt begränsad roll som finansieringskälla. Egenavgifterna motsvarar 16–17 procent av hälso- och sjukvårdens totala kostnader, en andel som varit i stort sett konstant under det senaste decenniet.

Avgiftsandelen varierar emellertid kraftigt mellan olika delar av vårdsektorn. Högsta avgiftsandelen gäller för tandvård, där patienternas egenavgifter står för cirka 60 procent av totalkostnaderna. För receptbelagda läkemedel är egenavgifternas andel 22–23 procent. Egenavgifterna för besök i öppenvård täcker 13–14 procent av kostnaderna för öppen vård. Även dessa andelar har varit i stort sett konstanta under senare år.

Eftersom priskänsligheten är relativt låg, så leder ökade avgifter till ökade avgiftsintäkter. Höjda avgifter innebär emellertid samtidigt en ökad risk för att viss nödvändig vård förhindras, vilket strider mot lagstiftarens intentioner om att vården ska ges efter behov.

Även om utvecklingen under det senaste decenniet tycks ha gått mot att allt färre i befolkningen avstår från vård av ekonomiska skäl, så finns det fortfarande ett betydande antal personer som gör det. Det största problemet i sammanhanget är tandvården. Detta är ju också skälet till att man infört högkostnadsskydd i avgiftssystemen, varav två är de statligt reglerade högkostnadsskydden för besök i öppen hälso- och sjukvård respektive läkemedel. Konstruktionen av dessa högkostnadsskydd påverkar också avgiftsintäkterna.

I kapitel 4 redovisas fakta om avgifter och högkostnadsskydd i några länder som jag bedömt vara av särskilt intresse ur svenskt perspektiv. De länder som ingår i redovisningen är Danmark, Finland, Norge och Storbritannien, som har skattefinansierade system, samt Nederländerna och Tyskland, som har försäkringsbaserade system.

Redovisningen ger en ”ögonblicksbild” av den nu gällande avgiftsstrukturen i de olika länderna. Ser man tillbaka 10–15 år i tiden kan man konstatera att de länder som då tillämpade nolltaxa i primärvården (Danmark, Storbritannien och Nederländerna) har fortsatt med detta. I övriga länder har egenavgifterna höjts vid flera tillfällen. Samtidigt har man infört eller utvidgat olika former av högkostnadsskydd för att lindra bördan av egenavgifterna för vissa grupper i befolkningen.

När det gäller läkemedel har samtliga jämförda länder någon typ av egenavgifter. Även här har man som regel höjt egenavgifterna över tid, och tillämpar någon typ av högkostnadsskydd, ofta indexreglerat.

Elektroniska system för hantering av avgifterna har införts eller planeras i flera länder. Man eftersträvar enkla system som gäller för alla invånare, och där eventuell förmån regleras direkt vid besök/inköp.

Högkostnadsskydd

Nuvarande statligt reglerade högkostnadsskydd för besök i öppen vård respektive läkemedel har i sina huvuddrag legat fast sedan 1997. Från

och med den 1 januari 2012 gäller dock nya beloppsgränser som tagits fram genom en uppräknings enligt prisbasbeloppet. Därmed återställs realvärdet av högkostnadsskydden till 1997 respektive 1999 års nivå för öppenvård och läkemedel. Från flera håll har kritik framförts mot att indexuppräkningsen skedde i ett enda steg. I stället förordas en löpande årlig uppräknings av avgiftstaken i högkostnadsskydden.

Jag har övervägt olika alternativ för utformningen av framtidens högkostnadsskydd. Därvid har jag analyserat för- och nackdelar med ett gemensamt högkostnadsskydd i jämförelse med separata högkostnadsskydd. Jag har även övervägt olika utformningar av förmånstrappor samt expeditonsavgifter, för att motverka överkonsumtion.

Förslag och bedömningar

Indexering

På grundval de fakta som redovisas i betänkandets olika kapitel och egna överväganden finner jag att starka principiella skäl talar för ett gemensamt högkostnadsskydd, i första hand för de båda statligt reglerade skydden, för läkemedel respektive öppenvård, men också för sjukresor. Det starkaste argumentet för ett gemensamt högkostnadsskydd är att det samhällsliga stödet till individen blir oberoende av hur konsumtionen fördelas mellan sjukvård, läkemedel och sjukresor. Det finns emellertid, åtminstone på kort sikt, en rad praktiska problem med en sådan lösning. Jag föreslår därför att nu gällande separata högkostnadsskydd för öppenvård respektive läkemedel tills vidare bibehålls. För att i framtiden säkra avgifternas realvärde föreslår jag dock att avgiftstaken i högkostnadsskydden indexregleras genom koppling till prisbasbeloppet.

Från den 1 januari 2012 är avgiftstaket för besök i öppen vård 1 100 kronor. Jag föreslår att avgiftstaket indexregleras genom koppling till prisbasbeloppet. Ett nytt avgiftstak beräknas inför varje årsskifte, med avrundning nedåt till närmaste femtiotal kronor. För läkemedel gäller från samma datum att avgiftstaket vid inköp av förmånsberättigade läkemedel är 2 200 kronor. Här finns dock en förmånstrappa med successivt ökande subventionsgrad. Jag föreslår att även avgiftstaket och beloppsgränserna i förmånstrappan för läkemedelsinköp indexregleras, genom koppling till prisbasbeloppet. Ett nytt avgiftstak beräknas inför varje årsskifte, med avrundning nedåt till närmaste femtiotal kronor.

Efter ingående överväganden har jag stannat för att inte föreslå vare sig någon expeditonsavgift eller någon förändring av förmånstrappan i nuvarande system. Mitt främsta skäl till detta är att om man vill komma till rätta med eventuell överkonsumtion, så bör man använda andra medel. Jag anser nämligen att huvudansvaret för problemet (överkonsumtionen) inte finns hos patienterna utan hos vårdgivarna.

Jag föreslår att även avgiften för slutenvård indexregleras genom en koppling till prisbasbeloppet. Slutenvårdsavgiften fastställdes 1998 till maximalt 80 kronor per vård dag. En uppräknings motsvarande den som genomfördes av högkostnadsskydden för läkemedel och öppenvårdsbesök fr.o.m. den 1 januari 2012, skulle innebära att slutenvårdsavgiften höjs till cirka 100 kronor.

Mitt förslag är att en sådan engångsuppräknings görs, och att maximibeloppet fortsättningsvis indexregleras löpande enligt prisbasbeloppet. Bilaga 1

Uppföljning

Jag uppfattar det som ett stort praktiskt problem att tillgången på relevant dataunderlag för att bedöma egenavgifternas effekter är begränsad, i vissa avseenden obefintlig. Endast beträffande läkemedel finns möjlighet att följa upp konsumtionen på individnivå, i termer av inköp av receptförskrivna läkemedel, antal frikort, etc. För övriga områden och avgiftssystem är informationen helt otillräcklig, på såväl individ- som systemnivå.

Detta innebär i själva verket att det är omöjligt att med rimlig säkerhet avgöra vilka effekter avgiftsstruktur och avgiftsnivå har på styrningen av efterfrågan respektive intäkterna.

En slutsats av mitt arbete är alltså att det för närvarande inte går att följa upp och utvärdera effekterna av hur nuvarande separata högkostnadsskydd sammantaget påverkar olika grupper av patienter.

Jag föreslår därför att det så snart som möjligt påbörjas en utveckling/uppbyggnad av ett register och hanteringssystem, motsvarande det som finns för läkemedel, även för öppenvården.

Konsekvensanalys

En indexering av avgiftstaken för öppenvård och läkemedel bidrar enligt min bedömning dels till att förebygga överkonsumtion av det slag som uppkommit vid tidigare, relativt stora förändringar, dels till en långsiktigt hållbar finansiering av vården.

De som i första hand berörs av förslagen är patienter och allmänhet, landsting och kommuner, samt staten.

För den enskilde patienten innebär förslaget som mest en mycket begränsad ökning av de samlade utgifterna för besök i öppen vård och läkemedel, sannolikt mindre än 100 kronor per år i genomsnitt.

Vid en höjning av avgiftstaket med 2 procent kan landstingens intäkter från patientavgifter beräknas öka med cirka 1 procent. Skillnaden beror på att bara de patienter som når över det tidigare avgiftstaket kommer att drabbas av höjningen. Detta motsvarar cirka 25–30 miljoner kronor i ökade patientavgifter. Även när det gäller egenavgifter för läkemedel så medför en höjning av avgiftstaket med 2 procent att avgifterna ökar med cirka 1 procent, vilket motsvarar cirka 50 miljoner kronor. Enligt mitt förslag sker emellertid inga höjningar förrän avgiftstaken höjts med minst 50 kronor.

För att kunna genomföra den föreslagna förändringen med indexering av förmånstrappan för läkemedel kommer det att krävas en anpassning av nuvarande avgiftssystem, vilket handhas av Apotekens Service AB. Detta kan beräknas kosta cirka 1,5 miljoner kronor som en engångsinvestering.

Den föreslagna engångsuppräknings av nuvarande maximala avgift för slutenvård, från 80 kronor till 100 kronor per vård dag, medför en intäktsökning för landstinget på uppskattningsvis 120–150 miljoner kro-

nor, förutsatt att landstingen utnyttjar möjligheten att höja avgiften. Den årliga indexuppräknningen kommer sannolikt inte att leda till någon intäktsökning på kort sikt eftersom maximiavgiften ska avrundas nedåt till närmaste tiotal kronor.

De mest omfattande konsekvenserna av mina förslag och bedömningar har att göra med det utvecklingsarbete som krävs för att åstadkomma ett system för automatisk (datoriserad) hantering av högkostnadsskyddet för patientavgifter i öppenvården. Detta arbete behövs både för att kunna följa upp nuvarande systems effekter och för att på längre sikt eventuellt införa ett gemensamt högkostnadsskydd.

Här får man räkna med betydande investeringar i utvecklingsarbete, såväl lokalt inom alla landsting som centralt för att samordna arbetet på nationell nivå. På längre sikt kommer detta emellertid också genom tillgång till bättre beslutsunderlag att medföra möjlighet till effektivare styrning, samt betydande besparingar genom en mer rationell hantering av arbetet av högkostnadskort, frikort, etc. Dessutom kommer det att innebära en avsevärd förenkling för den enskilda patienten genom att man slipper spara kvitton och/eller hålla reda på sitt högkostnadskort.

Framtida finansiering

Det har under senare år från olika håll hävdats att välfärdssektorn står inför stora ekonomiska utmaningar, och att det för att klara den framtida finansieringen av sjukvård och äldreomsorg kommer att bli nödvändigt med ett ökat inslag av privat finansiering, bl.a. i form av egenavgifter.

Jag har för att belysa den frågan beställt två uppsatser om det framtida finansieringsbehovet. Dessa redovisas i bilagorna 3 och 4.

Min slutsats är att de senaste 30 årens utveckling av sjukvård och äldreomsorg i huvudsak har kunnat klaras med en ökning av BNP-andelen för dessa ändamål med cirka 2 procentenheter. Detta mycket beroende på att den ökade livslängden helt tycks ha bestått av friska år som lagts till livet.

Vad gäller den kommande trettioårsperioden talar mycket för att den förväntade ökningen av livslängden även i framtiden till stor del består av friska år (uppskjuten sjuklighet), varför förlängningen i sig inte behöver leda till någon betydande ökning av belastningen på sjukvården och äldreården.

Dock kommer sannolikt utvecklingen av den medicinska teknologin och krav på förbättrad standard även i framtiden att vara kostnadsdrivande. Till detta kommer att 40-talistgenerationen är klart större än generationerna före och efter, vilket leder till ökade kostnader.

I det sammanhanget har jag övervägt idén att under en begränsad period ersätta nuvarande statsfinansiella överskottsmål om 1 procent av BNP med ett allmänt sparande i en nyinrättad "Äldreomsorgsfond". Syftet är att förtydliga för medborgarna att överskottsmålet är avsett att användas för att jämma ut kostnaderna över tiden för "40-talistpuckeln", alltså med dagens teknologi och standard. Den skulle börja användas i början av 2020-talet då den första stora 40-talistårgången passerar 80 års ålder.

Sammantaget bedömer jag att den framtida utvecklingen av sjukvård och äldreomsorg visserligen kommer att ställa krav på ökade resurser, men att dessa krav kan tillgodoses med en relativt begränsad ökning av BNP-andelen. Vad gäller finansieringen är min bedömning att egenavgifternas roll även i fortsättningen kommer att vara begränsad. Bilaga 1

Förslag till
lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs att 26 och 26 a §§ hälso- och sjukvårdslagen¹ (1982:763) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

26 §²

Av patienter får vårdavgifter och avgifter med anledning av att patienter uteblir från avtalade besök tas ut enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. Patienter som är bosatta inom landstinget respektive kommunen, liksom patienter som avses i 3 c §, ska därvid behandlas lika. Landstinget får dock för slutna vård fastställa avgiftsnivåer i olika inkomstintervall och besluta om vilka regler om nedsättning av avgiften som ska gälla. *Högsta avgiftsbelopp* för slutna vård är 80 kronor för varje vård dag.

Av patienter får vårdavgifter och avgifter med anledning av att patienter uteblir från avtalade besök tas ut enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. Patienter som är bosatta inom landstinget respektive kommunen, liksom patienter som avses i 3 c §, ska därvid behandlas lika. Landstinget får dock för slutna vård fastställa avgiftsnivåer i olika inkomstintervall och besluta om vilka regler om nedsättning av avgiften som ska gälla. *Avgiften* för slutna vård får för varje vård dag uppgå till högst 0,0023 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste tiotal kronor.

Avgiften tas ut av patientens förmyndare om patienten är under 18 år när

1. vården ges, eller
2. han eller hon uteblir från ett avtalat besök.

Om det finns flera förmyndare svarar de solidariskt för avgiften.

Om det finns särskilda skäl får avgiften tas ut av den underårige.

Endast kommunen får ta ut vårdavgifter för sådan långtidssjukvård som den har betalningsansvar för enligt 2 § lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Avgifter för vård enligt 18 §, för förbrukningsartiklar enligt 18 c § eller för sådan långtidssjukvård som en kommun har betalningsansvar för enligt 2 § lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård får, tillsammans med avgifter för hemtjänst och dagverksamhet enligt 8 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453), per månad uppgå till högst en

¹ Lagen omtryckt 1992:567.

² Senaste lydelse 2010:245

tolftedel av 0,48 gånger prisbasbeloppet. Avgifterna får dock inte uppgå till så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel av sitt avgiftsunderlag för sina personliga behov och andra normala levnadskostnader (förbehållsbelopp). När avgifterna fastställs ska kommunen dessutom försäkra sig om att vårdtagarens make eller sambo inte drabbas av en oskäligt försämrad ekonomisk situation.

Avgiftsunderlaget och förbehållsbeloppet ska beräknas med tillämpning av 8 kap. 3–8 §§ socialtjänstlagen.

Avgiftsunderlaget och förbehållsbeloppet enligt *sjätte stycket* ska beräknas med tillämpning av 8 kap. 3–8 §§ socialtjänstlagen.

26 a §³

Den som har betalat vårdavgifter som avser öppen hälso och sjukvård enligt denna lag i andra fall än som avses i 18 § första stycket, avgifter för förbrukningsartiklar som avses i 3 d § eller avgifter för sådan tandvård som avses i 8 a § tandvårdslagen (1985:125) med sammanlagt 1 100 kronor, eller det lägre belopp som bestämts av landstinget, är befriad från att där-efter betala ytterligare avgifter för sådan vård eller sådana förbrukningsartiklar under den tid som återstår av ett år, räknat från det första tillfälle då avgift betalats.

Den som har betalat vårdavgifter som avser öppen hälso och sjukvård enligt denna lag i andra fall än som avses i 18 § första stycket, avgifter för förbrukningsartiklar som avses i 3 d § eller avgifter för sådan tandvård som avses i 8 a § tandvårdslagen (1985:125) med *ett belopp som motsvarar 0,025 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor*, eller det lägre belopp som bestämts av landstinget, är befriad från att där-efter betala ytterligare *sådana* avgifter under den tid som återstår av ett år, räknat från det första tillfälle då avgift betalats.

Har en förälder eller föräldrar gemensamt flera barn under 18 år i sin vård, får barnen gemensamt avgiftsbefrielse när kostnaderna för avgifter enligt första stycket sammanlagt uppgår till där avsett belopp.

Kostnadsbefrielse gäller under den tid som avses i första stycket även för barn som under denna tid fyller 18 år.

Avgiftsbefrielse gäller under den tid som avses i första stycket även för barn som under denna tid fyller 18 år.

Med förälder avses även fosterförälder. Som förälder räknas även den med vilken en förälder stadigvarande sammanbor och som är eller har varit gift med eller har eller har haft barn med föräldern.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.
2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande i fråga om avgiftsbefrielse som har uppkommit före den 1 januari 2013.

³ Senaste lydelse 2011:xx. Se Prop. 2011/12:1, utg.omr. 9.

Härigenom föreskrivs att 5 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

5 §⁴

Med läkemedelsförmåner enligt denna lag avses ett skydd mot höga kostnader vid inköp av sådana förmånsberättigade varor som avses i 15 och 18 §§. Förmånerna innebär en reducering av den enskildes kostnader för sådana varor.

Kostnadsreduceringen beräknas på den sammanlagda kostnaden för varor som den förmånsberättigade köper under ett år räknat från det första inköpstillfället. Reduceringen lämnas vid varje inköpstillfälle på grundval av den sammanlagda kostnaden för de dittills och vid tillfället inköpta varorna.

Den förmånsberättigade ska under ettårsperioden sammanlagt inte betala mer än ett belopp som motsvarar 0,05 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor (avgiftstaket).

Så länge den sammanlagda kostnaden inte överstiger 1 100 kronor lämnas ingen kostnadsreducering. När den sammanlagda kostnaden överstiger detta belopp, utgör kostnadsreduceringen

Så länge den sammanlagda kostnaden för varor enligt andra stycket inte överstiger ett belopp som motsvarar 0,5 gånger avgiftstaket lämnas ingen kostnadsreducering. När den sammanlagda kostnaden överstiger detta belopp, utgör kostnadsreduceringen

1. 50 procent av den del som överstiger 1 100 kronor men inte 2 100 kronor,

1. 50 procent av den del som överstiger 0,5 gånger men inte 0,954 gånger avgiftstaket,

2. 75 procent av den del som överstiger 2 100 kronor men inte 3 900 kronor,

2. 75 procent av den del som överstiger 0,954 gånger men inte 1,773 gånger avgiftstaket, och

3. 90 procent av den del som överstiger 3 900 kronor men inte 5 400 kronor, samt

3. 90 procent av den del som överstiger 1,773 gånger men inte 2,454 gånger avgiftstaket.

4. hela den del av den sammanlagda kostnaden som överstiger 5 400 kronor.

Vad som sägs i andra och tredje

När den sammanlagda kostna-

⁴ Senaste lydelse 2011:xx. Se Prop. 2011/12:1, utg.omr. 9.

styckena gäller inte för sådana varor som avses i 18 § 3, som är kostnadsfria enligt 19 §.

den överstiger 2,454 gånger avgiftstaket är den förmånsberättigade befriad från att betala ytterligare kostnader under den resterande delen av ettårsperioden.

Vad som sägs i andra-femte styckena gäller inte för sådana varor som avses i 18 § 3, som är kostnadsfria enligt 19 §.

Har en förälder eller har föräldrar gemensamt flera barn under 18 år i sin vård, tillämpas bestämmelserna i andra och tredje styckena gemensamt för barnen. Kostnadsreducering gäller under ett år räknat från första inköpstillfället även för barn som under denna tid fyller 18 år. Med förälder avses även fosterförälder. Som förälder räknas även den som en förälder stadigvarande sammanbor med och som är eller har varit gift med eller har eller har haft barn med föräldern.

-
1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.
 2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande i fråga om kostnadsbefrielse som har uppkommit före den 1 januari 2013.

Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut, Tandvårds- och läkemedelsför-
månsverket, Läkemedelsverket, Smittskyddsinstitutet, Ekonomistyr-
ningsverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Försäkrings-
kassan, Statskontoret, Konsumentverket, Sveriges Apoteksförening,
Apotekens Service AB, Stockholms kommun, Göteborgs kommun,
Huddinge kommun, Täby kommun, Linköpings kommun, Kalmar
kommun, Gotlands kommun, Örebro kommun, Mora kommun, Gävle
kommun, Skövde kommun, Växjö kommun, Sigtuna kommun, Borlänge
kommun, Malungs kommun, Orsa kommun, Bergs kommun, Bräcke
kommun, Vingåkers kommun, Emmaboda kommun, Strömsunds
kommun, Bjurholms kommun, Lindesbergs kommun, Sandvikens
kommun, Lycksele kommun, Sunne kommun, Arjeplogs kommun,
Jokkmokks kommun, Luleå kommun, Pajala kommun, Stockholms läns
landsting, Uppsala läns landsting, Södermanlands läns landsting, Öster-
götlands läns landsting, Jönköpings läns landsting, Kronobergs läns
landsting, Kalmar läns landsting, Blekinge läns landsting, Skåne läns
landsting, Hallands läns landsting, Västra Götalands läns landsting,
Värmlands läns landsting, Örebro läns landsting, Västmanlands läns
landsting, Dalarnas läns landsting, Gävleborgs läns landsting, Väster-
norrlands läns landsting, Jämtlands läns landsting, Västerbottens läns
landsting, Norrbottens läns landsting, Handikappförbundens samarbets-
organ, De Handikappades Riksförbund, Hjärt- och Lungsjukas Riks-
förbund, Alzheimerföreningen, Demensförbundet, Anhörigas Riks-
förbund, Bröstcancerföreningarnas Riksorganisation, Prostatacancer-
förbundet, Astma- och Allergiförbundet, Pensionärernas Riksorganisa-
tion, Svenska Diabetesförbundet, Riksförbundet för Social och Mental
Hälsa, Reumatikerförbundet, Sveriges Pensionärsförbund, Sveriges
Kommuner och Landsting, Läkemedelsindustriföreningen, Läkemedels-
handlarna, Swedish Medtech, Föreningen för generiska läkemedel,
Sveriges Läkarförbund, Svenska läkaresällskapet, Sveriges Tandläkar-
förbund, Svensk Sjuksköterskeförening, Farmaciförbundet, Sveriges
Farmaceutförbund, Vårdförbundet, Vårdföretagarna, Praktikertjänst AB

Instanser utanför remisslistan som lämnat synpunkter

Psoriasisförbundet, Svenska Migränförbundet, Hörselskadades Riksför-
bund och Sveriges Pensionärers Riksförbund