

Sammanfattning

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 högkostnads-

skydd 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 tröskleffekter 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 uppräkningsenligt prisbasbelopp. Därmed återställs realvärdet av högkostnadsskydden till 1997 respektive 1999 års nivå för öppenvård och läkemedel. Från flera håll har kritik framförts mot att indexuppräkningsenligt 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 expeditionsavgifter, 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 samhälleliga 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 expeditionsavgift eller någon förändring av för-

månstrappan 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 högkostnadsskyddet 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 engångsupräkning görs, och att maximibeloppet fortsättningsvis indexregleras löpande enligt prisbasbeloppet.

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 landstingen på uppskattningsvis 120–150 miljoner kronor, förutsatt att landstingen utnyttjar möjligheten att höja avgiften. Den årliga indexuppräknings kommer sannolikt inte att leda till någon intäktsökning på kort sikt eftersom maximavgiften 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 jämna 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.