



INKOM

Till berörd remissinstans

2012 -01- 30

Äldreförvaltningen  
*Dnr 0401-25/2012*

## ANGÅENDE REMISSEN OM FRAMTIDENS HÖGKOSTNADSSKYDD I VÅRDEN

Detta gäller remissvar på "Framtidens högkostnadsskydd i vården"  
Dnr: 127/2012

Remisstiden sträcker sig till den 22 februari 2012, vilket vi ber er respektera. Om det av några skäl inte är möjligt för er att inkomma med svar inom utsatt tid måste en kontakt tas med den för ärendet ansvariga personen på roteln.

Ansvarig handläggare/borgarrådssekreterare på Äldre- och ytterstadsroteln är Magnus Thulin, tfn 508 29 533.

### Remissvar skickas till:

- Äldre- och ytterstadsroteln i **digital form (word/excel)**. Ange KS:s diarienummer som namn på ärenderubrik. Ex: KS 314-331-2004
- KF/KS kansli i **pappersform**.

### Adresserna är följande:

Rotelns e-post: Funktion SLK RV-remissvar eller  
RV-remissvar@stockholm.se

KF/KS kansli, Stadshuset, 105 35 STOCKHOLM

Med vänliga hälsningar

Äldre- och ytterstadsroteln



## Remitteringsmapp

**Ärende:** Framtidens högkostnadsskydd i vården (SOU 2012:2)

Inkom till KF/KS kansli den 25 januari 2012

Behandling i övrigt:

För yttrande senast: 22 februari 2012

**Stadsdelsnämnderna**

**Facknämnderna**

**Övriga**

Äldrenämnden

SLK

Socialnämnden

Kommunstyrelsens pensionärsråd

Kommunstyrelsens handikappråd

## Barbara Ahlmark

---

**Från:** Funktion SLK RV-remissvar  
**Skickat:** den 26 januari 2012 14:52  
**Till:** Remiss Forv-Äldrenamnden; Funktion SOF Remiss forv-Socialtjänstnamnden; Barbara Ahlmark; Karin Hansson Nyberg  
**Kopia:** Kathlen Henricson-Karlsson  
**Ämne:** Remiss av Framtidens högkostnadsskydd i vården (SOU 2012:2)  
**Bifogade filer:** Remissbrev Framtidens högkostnad.docx; 127.pdf

Du har fått detta ärende/dokument för handläggning (eller information).

Skickat av: Louise Löwenhav (SLKLLO)

Diarienummer: 000127/2012

Ärendebeskrivning: Remiss av Framtidens högkostnadsskydd i vården (SOU 2012:2)

Handling/uppgift: 20

Åtgärdstyp: Remiss (REM)

Beskrivning: Remittering enligt sändlista

Handläggare: Louise Löwenhav (SLKLLO)

Dokumentid: 144852

Dokumenttyp: Remiss (REM)

Dokumentnamn: remiss av framtidens högkostnadsskydd i vården (so

Dokumentbeskrivning: Remittering enligt sändlista

Ansvarig: Louise Löwenhav (SLKLLO)

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

Handling/uppgift: 10

Åtgärdstyp: Remiss (REM)

Beskrivning: Remiss av Framtidens högkostnadsskydd i vården (SOU 2012:2)

Handläggare: Louise Löwenhav ()

Dokumentid: 144849

Dokumenttyp: Remiss (REM)

Dokumentnamn: remiss av framtidens högkostnadsskydd i vården (so

Dokumentbeskrivning: Remiss av Framtidens högkostnadsskydd i vården (SOU 2012:2)

Ansvarig: ()



REGERINGSKANSLIET

Bilaga till  
dnr 0401-25/2012

Remiss

2012-01-17

S2012/390/FS

**Socialdepartementet**

Enheten för folkhälsa och sjukvård

Åsa Eloffs

Telefon 08-405 14 77

STOCKHOLMS STAD	
Kommunstyrelsen	
KF/KS Kansli	
Ink.	2012 -01- 25
Dnr:	001-127/2012
Fili:	RV

**Framtidens högkostnadsskydd i vården (SOU 2012:2)**

**Remissinstanser:**

1. Socialstyrelsen
2. Statens folkhälsoinstitut
3. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
4. Läkemedelsverket
5. Smittskyddsinstitutet
6. Ekonomistyrningsverket
7. Statens beredning för medicinsk utvärdering
8. Försäkringskassan
9. Statskontoret
10. Konsumentverket
11. Sveriges Apoteksförening
12. Apotekens Service AB
13. Stockholms kommun
14. Göteborgs kommun
15. Huddinge kommun
16. Täby kommun
17. Linköpings kommun
18. Kalmar kommun
19. Gotlands kommun
20. Örebro kommun
21. Mora kommun
22. Gävle kommun
23. Skövde kommun
24. Växjö kommun
25. Sigtuna kommun
26. Borlänge kommun
27. Malung kommun
28. Orsa kommun
29. Bergs kommun

30. Bräcke kommun
31. Vingåkers kommun
32. Emmaboda kommun
33. Strömsunds kommun
34. Bjurholms kommun
35. Lindesbergs kommun
36. Sandvikens kommun
37. Lycksele kommun
38. Sunne kommun
39. Arjeplogs kommun
40. Jokkmokks kommun
41. Luleå kommun
42. Pajala kommun
43. Stockholm läns landsting
44. Uppsala läns landsting
45. Södermanland läns landsting
46. Östergötland läns landsting
47. Jönköping läns landsting
48. Kronoberg läns landsting
49. Kalmar läns landsting
50. Blekinge läns landsting
51. Skåne läns landsting
52. Halland läns landsting
53. Västra Götaland läns landsting
54. Värmland läns landsting
55. Örebro läns landsting
56. Västmanland läns landsting
57. Dalarna läns landsting
58. Gävleborg läns landsting
59. Västernorrland läns landsting
60. Jämtland läns landsting
61. Västerbotten läns landsting
62. Norrbotten läns landsting
63. Handikappförbundens samarbetsorgan
64. De Handikappades Riksförbund
65. Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund
66. Alzheimerföreningen
67. Demensförbundet
68. Anhörigas Riksförbund
69. Bröstcancerföreningarnas Riksorganisation
70. Prostatacancerförbundet
71. Astma- och Allergiförbundet
72. Pensionärernas Riksorganisation
73. Svenska Diabetesförbundet
74. Riksförbundet för Social och Mental Hälsa
75. Reumatikerförbundet
76. Sveriges Pensionärsförbund
77. Sveriges Kommuner och Landsting

78. Läkemedelsindustriföreningen
79. Läkemedelshandlarna
80. Swedish Medtech
81. Föreningen för generiska läkemedel
82. Sveriges Läkarförbund
83. Svenska läkaresällskapet
84. Sveriges Tandläkarförbund
85. Svensk Sjuksköterskeförening
86. Farmaciförbundet
87. Sveriges Farmaceutförbund
88. Vårdförbundet
89. Vårdföretagarna
90. Praktikertjänst AB

Remissvaren ska ha inkommit till Socialdepartementet senast den 15 mars 2012. Vi ser helst att ni endast skickar dem i elektronisk form och då både i wordformat och pdf-format.

Remissvaren ska skickas till följande e-postadresser:  
registrator@social.ministry.se samt s.fs@social.ministry.se

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet. Om remissen är begränsad till en viss del av betänkandet, anges detta inom parentes efter remissinstansens namn i remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För andra remissinstanser innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria *Svara på remiss – hur och varför* (SB PM 2003:2). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats [www.regeringen.se](http://www.regeringen.se).



Olivia Wigzell  
Departementsråd

Kopia till  
Fritzes kundservice, 106 47 Stockholm  
Riksdagens utredningstjänst

# Framtidens högkostnadsskydd i vården

*Betänkande av Vårdavgiftsutredningen*

*Stockholm 2012*



---

STATENS OFFENTLIGA  
UTREDNINGAR

---

SOU 2012:2



SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress:  
Fritzes kundtjänst  
106 47 Stockholm  
Orderfax: 08-598 191 91  
Ordertel: 08-598 191 90  
E-post: [order.fritzes@nj.se](mailto:order.fritzes@nj.se)  
Internet: [www.fritzes.se](http://www.fritzes.se)

*Svara på remiss. Hur och varför. Statsrådsberedningen (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02)*  
– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som ska svara på remiss.  
Broschyren är gratis och kan laddas ner eller beställas på  
<http://www.regeringen.se/remiss>

Textbearbetning och layout har utförts av Regeringskansliet, FA/kommittéservice.

Omslag: Elanders Sverige AB.

Tryckt av Elanders Sverige AB.  
Stockholm 2012

ISBN 978-91-38-23677-2  
ISSN 0375-250X

## Till Statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Regeringen beslutade den 22 juni 2011 att tillsätta en utredning med uppgift att göra en översyn av avgiftsstrukturen för hälso- och sjukvård, läkemedel, äldre- och handikappomsorg m.m. (dir. 2011:61). Fr.o.m. den 10 augusti 2011 förordnades landshövdingen Bo Könberg som särskild utredare.

Utredningen antog namnet Vårdavgiftsutredningen (S 2011:08). Som sekreterare förordnades fr.o.m. den 8 augusti 2011 filosofie doktorn och departementssekreteraren Ruth-Aida Nahum, fr.o.m. den 15 augusti 2011 filosofie doktorn Ingemar Eckerlund och fr.o.m. den 22 augusti 2011 kanslirådet Pontus Johansson.

Som sakkunniga förordnades fr.o.m. den 13 september 2011 ämnesrådet Per Aldskogius, kanslirådet Klara Cederlund, departementssekreteraren Åsa Elffors, kanslirådet Karin Hellqvist, departementssekreteraren Nils Janlöv (t.o.m. den 12 oktober 2011) och kanslirådet Eva Willman.

Som experter i utredningen förordnades fr.o.m. den 13 september 2011 enhetschefen Mona Heurgren, koordinatören Thord Redman och ekonomen Per Sedigh.

Kanslirådet Karin Hellqvist ersattes fr.o.m. den 3 november 2011 av kanslirådet Kent Löfgren. Utredaren Danuta Biterman har vid några tillfällen ersatt Mona Heurgren.

Anders Norlund, Marianne Heibert-Arnlinde, Per Sedigh och Sven-Eric Bergman har bidragit med underlag, som också redovisas som bilagor.

En referensgrupp, med företrädare för Famna, Handikappförbunden, Lika Unika, Läkarförbundet, Nätverket Unga för tillgänglighet, Pensionärernas riksorganisation, Riksförbundet pensionärs-gemenskap, Svenska kommunalpensionärers förbund, Sveriges pensionärers riksförbund, Sveriges pensionärsförbund och Vårdförbundet, har varit knuten till utredningen.

Utredningen överlämnar härmed sitt betänkande *Framtidens  
högekostnadsskydd i vården* (SOU 2012:2) och har därmed slutfört  
sitt uppdrag.

Stockholm i januari 2012

Bo Könberg

*/ Ingemar Eckerlund*

*Pontus Johansson*

*Ruth-Aida Nahum*

# Innehåll

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>11</b>
<b>Författningsförslag .....</b>	<b>19</b>
1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) .....	19
2 Förslag till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. ....	22
<b>1 Inledning.....</b>	<b>25</b>
1.1 Bakgrund – vårdens utförande och finansiering .....	25
1.2 Avgifternas roll .....	26
1.3 Problembeskrivning.....	28
1.4 Uppdraget.....	28
1.5 Utredningens avgränsningar .....	29
<b>2 Nuvarande avgiftsstruktur .....</b>	<b>31</b>
2.1 Öppenvård.....	31
2.1.1 Patientavgift.....	31
2.1.2 Högkostnadsskydd.....	34
2.2 Slutenvård.....	35
2.3 Läkemedel.....	36
2.4 Sjukresor.....	39

2.5	Tekniska hjälpmedel.....	40
2.5.1	Hörcentral .....	41
2.5.2	Syncentral .....	42
2.5.3	Hjälpmiddelscentral .....	42
2.5.4	Ortopedteknisk avdelning.....	42
2.5.5	Fritt val av hjälpmedel.....	43
2.6	Höggkostnadsskydd – översikt.....	43
2.7	Äldre och handikappomsorg .....	44
2.7.1	Avgifter beslutade enligt andra bestämmelser än SoL .....	45
2.8	Tandvård .....	46
	Referenser .....	48
<b>3</b>	<b>Erfarenheter av dagens system .....</b>	<b>51</b>
3.1	Inledning.....	51
3.2	Effekter på styrning av vårdefterfrågan .....	51
3.2.1	Öppenvård.....	51
3.2.2	Läkemedel.....	53
3.3	Behov av sjukvård, läkemedel, m.m. ....	63
3.3.1	Fördelning av läkarbesök och läkemedelskonsumtion .....	64
3.3.2	Vem avstår från vård av ekonomiska skäl? .....	68
3.3.3	Delbetalning av läkemedel.....	72
3.3.4	Sjukresor .....	72
3.3.5	Hjälpmiddelskonsumtion .....	73
3.4	Det samlade avgiftsuttaget för äldre- och handikappomsorgen.....	74
3.5	Avgifternas bidrag till finansiering.....	75
3.5.1	Sjukvård och egenavgifter.....	75
3.5.2	Läkemedel och egenavgifter .....	76
3.5.3	Brist på data.....	77
	Referenser .....	79

<b>4</b>	<b>Internationell utblick .....</b>	<b>81</b>
4.1	Inledning.....	81
4.2	Gällande avgiftssystem .....	82
4.2.1	Avgifter för läkarbesök i primärvård .....	82
4.2.2	Avgifter för läkarbesök i specialiserad vård .....	83
4.2.3	Avgifter för läkemedel.....	84
4.3	Utvecklingstendenser .....	85
4.4	Vad säger litteraturen? .....	87
4.5	Administrativa kostnader för avgiftssystemen .....	88
4.6	Sammanfattande diskussion – vad kan vi lära? .....	88
	Referenser .....	90
<b>5</b>	<b>Framtida finansiering av vård och omsorg .....</b>	<b>91</b>
5.1	Inledning.....	91
5.2	Demografi.....	92
5.3	Medicinsk teknologi .....	94
5.4	Ökade krav på offentliga tjänster.....	95
5.5	Produktivitetsutvecklingen .....	96
5.6	Ökade standardkrav.....	98
5.7	Tänkbara åtgärder .....	98
5.7.1	Avgifterna i framtiden? .....	99
5.7.2	Mer privat finansierad sjukvård?.....	100
5.7.3	Ett tillägg om äldreomsorgsfond alternativt fortsatt minskad statsskuld .....	104
5.8	Sammanfattning och slutsatser .....	105
<b>6</b>	<b>Överväganden och förslag.....</b>	<b>107</b>
6.1	Inledning – allmänna utgångspunkter och avgränsning .....	107
6.2	Överväganden .....	107
6.2.1	Avgifter som styrinstrument .....	108

6.2.2	Behovsstyrd vård och högkostnadsskydd .....	110
6.2.3	Hur förebygga risken för överkonsumtion? .....	112
6.2.4	Avgifter som finansieringskälla .....	115
6.2.5	Indexering .....	116
6.2.6	Avgifter inom äldre- och handikappomsorgen .....	118
6.2.7	Uppföljning .....	119
6.3	Alternativa utformningar av högkostnadsskydden .....	120
6.3.1	Separata högkostnadsskydd .....	120
6.3.2	Gemensamt högkostnadsskydd .....	121
6.3.3	Sammanfattande bedömning .....	129
6.4	Förslag på kort sikt: fortsatt separata högkostnadsskydd ...	130
6.4.1	Öppenvård .....	131
6.4.2	Läkemedel .....	131
6.4.3	Expeditionsavgift eller ändrad förmånstrappa? .....	133
6.4.4	Slutenvårdsavgift .....	133
6.4.5	Delbetalning .....	134
6.4.6	Avgifter inom äldre- och handikappomsorg .....	134
6.4.7	Utveckling av infrastruktur för data och behov av uppföljning .....	135
6.5	Förslag på längre sikt: gemensamt högkostnadsskydd .....	137
7	<b>Konsekvensanalys .....</b>	<b>139</b>
7.1	Problembeskrivning och utredningens syfte .....	139
7.2	Förslagen i sammanfattning .....	139
7.3	Vilka berörs av utredningens förslag? .....	140
7.4	Kostnadmässiga och andra konsekvenser av förslagen .....	141
7.4.1	Öppenvård och läkemedel .....	141
7.4.2	Slutenvård .....	147
7.4.3	Delbetalning .....	148
7.4.4	Utvecklingsarbete .....	149
7.5	EU-perspektiv .....	149
7.6	Tidpunkt för ikraftträdande, behov av informationsinsatser .....	150

<b>8</b>	<b>Författningskommentar .....</b>	<b>151</b>
8.1	Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) .....	151
8.2	Förslaget till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. ....	152
<b>Bilagor</b>		
Bilaga 1	Kommittédirektiv 2011:61.....	155
Bilaga 2	Litteraturöversikt .....	173
Bilaga 3	Framtida finansiering av vård och omsorg <i>Underlag av Per Sedigh</i> .....	183
Bilaga 4	Framtida finansiering av vård och omsorg <i>Underlag av Sven-Eric Bergman</i> .....	207



# 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 tröskelleffekter 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 indexuppräknings skedde i ett

enda steg. I stället förordas en löpande årlig uppräknings- och 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 uppräkningsmotsvarande 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.

### 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 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 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.



# Författningsförslag

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

Härigenom föreskrivs att 26 och 26 a §§ hälso- och sjukvårdslagen<sup>1</sup> (1982:763) ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 26 §<sup>2</sup>

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 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. *Avgiften* för sluten vård får för varje vård dag uppgå till högst 0,0023 gånger prisbasbeloppet enligt

<sup>1</sup> Lagen omtryckt 1992:567.

<sup>2</sup> Senaste lydelse 2010:245.