

2025-02-10

Vårt dnr: Gem 2024/0220

Ert dnr: S2024/02135

Till Socialdepartementet

## Svar från Sveriges läkarförbund på remiss om Uppdaterat högkostnadsskydd S2024/02135

### Sammanfattande synpunkter

Sveriges läkarförbund **avstyrker** förslaget om förändringar i högkostnadsskyddet. Vi är också kritiska till processen, där storleken på besparingen redan är beslutad innan regeringen remitterar hur den ska uppnås. Därutöver menar vi att analysen bakom förslaget är grund och konsekvensbeskrivningarna ofullständiga.

Läkarförbundet förstår behovet av hushållning med allmänna medel gällande läkemedel väl. Läkemedel står för en betydande andel av kostnaderna i våra verksamheter. Våra medlemmar har därmed en hög kostnadsmedvetenhet i all läkemedelsförskrivning. Läkemedelsförmånen kan dock inte ses som ett separat system. Besparingar där riskerar att driva fram ökade kostnader i andra delar av hälso- och sjukvården (och i samhällsekonomin) men i promemorian görs inga försök att bedöma de riskerna.

Läkarförbundet befärar också att det höjda taket och den kraftiga höjningen av det första trappsteget riskerar att leda till att patienter i ekonomisk utsatthet avstår från läkemedelsbehandling med lidande och förvärrad sjukdom som följd.

### Kap 3 Bakgrund

Läkarförbundet anser att motiven till förändringarna i högkostnadsskyddet bygger på en bristfällig analys. Ökat pris eller minskad subvention kan vara ett ändamålsenligt politiskt redskap när något överkonsumeras. Det är dock mindre ändamålsenligt om kostnaderna ökar av andra skäl.

I TLV:s rapport Kostnadsutveckling och långsiktigt hållbar finansiering av läkemedel<sup>1</sup>, som tagits fram på uppdrag av regeringen, framgår att orsakerna till de ökande kostnaderna är komplexa. De största kostnadsökningarna finns inom läkemedel mot cancer, mot cystisk fibros samt biologiska läkemedel mot inflammatoriska sjukdomar som till exempel reumatoid artrit, psoriasis och astma. Samtliga är exempel på hur medicinska framsteg nu gör det möjligt att hjälpa fler att må bättre under längre tid. En del av ökningen av kostnaden för läkemedelsförmånen innebär att patienter som tidigare vårdats på sjukhus nu kan vårdas hemma. En del innebär att personer som tidigare haft omfattande funktionsnedsättningar och stora behov av stöd nu kan leva självständigt och delta aktivt i samhälls- och arbetslivet. Inget av detta framstår som exempel på överkonsumtion.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket har regeringens uppdrag att göra hälsoekonomiska bedömningar. De läkemedel som ingår i läkemedelsförmånen – även de som förskrivs i stora volymer eller innebär höga kostnader per behandlad patient -- har bedömts vara de hälsoekonomiskt bästa behandlingsalternativen när de används korrekt.

Ett höjt tak och lägre subventionsgrad i de första trappstegen i högkostnadsskyddet skapar samtidigt incitament för läkare och patienter att välja billigare läkemedel eller helt andra behandlingsalternativ – som TLV alltså redan bedömt som sämre ur ett hälsoekonomiskt perspektiv.

Den föreslagna förändringen av högkostnadsskyddet beräknas fullt infört minska utgifterna för läkemedelsförmånen med 2,7 mdr kr från 2027. Det motsvarar en tämligen liten andel av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård – samtidigt som det riskerar att få stora konsekvenser för de allra mest utsatta patienterna och kan bidra till att öka andra offentliga utgifter.

## Kap 4 Uppdaterat högkostnadsskydd för läkemedel

Läkarförbundet avstyrker som tidigare anförts att kostnadstaket för högkostnadsskyddet för läkemedel höjs, samt höjningen av det första trappsteget.

SLF vill också lyfta fram att risken för att patienter avstår från läkemedel på grund av höga kostnader kan öka om de inte förstår högkostnadsskyddets utformning. Att taket nu föreslås höjas till 0,06463% av prisbasbeloppet, och att trappstegen i högkostnadstrappan ligger på 0,52632, 0,94372, 1,39479 respektive 1,87279 gånger detta belopp bidrar inte till systemets transparens eller begriplighet.

## Kap 6 Konsekvenser

Promemorian saknar en hälsoekonomisk analys. Läkemedelsförmånen bör inte ses som ett separat system, utan som en integrerad del av hälso- och sjukvårdskostnaderna. Minskade utgifter för läkemedelsförmånen kan innebära ökade kostnader på andra områden, men promemorian innehåller ingen analys av denna risk.

Ett försämrat högkostnadsskydd riskerar att leda till sämre eller helt utebliven behandling. Det kan (utöver lidande) bland annat innebära ökade kostnader för sjukförsäkringen, ökade kostnader för omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning samt ökade sjukvårdskostnader för patienter med förvärrad sjukdom och fler komplikationer.

### Kap 6.1 Konsekvenser för patienter

Stora delar av befolkningen kan betala 317 kr per månad för sina läkemedel. Läkarförbundet anser också att det är rimligt med en viss egenfinansiering. Men promemorian saknar en analys av vad höjningen av takbeloppet och det första trappsteget betyder för de patienter som har så höga utgifter för läkemedel att de kommer att behöva betala 3800 kr redan vid årets första uttag av läkemedel.

Omkring 6 % av svenska folket lever i materiell och social fattigdom och hela 20 % saknar kontantmarginal.<sup>2</sup> Många patienter saknar möjlighet att spara från en månad till en annan, och den som inte klarar en kreditprövning får inte köpa läkemedel mot avbetalning. För dem är det utgiften vid det enskilda uttaget som avgör om de just då har råd med sina läkemedel.

I en undersökning av Svensk Apoteksörening anger 67 % av de svarande apoteksanställda att de minst en gång i veckan möter kunder som avstår från att hämta ut sina läkemedel på grund av kostnaden.<sup>3</sup>

För några av våra stora folksjukdomar är de förskrivna preparaten förknippade med höga kostnader, bland annat diabetes, astma och KOL. Det är väl belagt att dessa sjukdomar har högre förekomst bland individer med sämre socioekonomisk status. Samtidigt har många ansträngt ekonomi på grund av ohälsa och funktionsnedsättning. Socialstyrelsens lägesrapport 2024<sup>4</sup> visar på stora socioekonomiska skillnader i hälsa.

Personer med stort behov av receptbelagda läkemedel behöver ofta också receptfria läkemedel utan subvention. Sammantaget innebär det att patienternas utgifter för läkemedel kan vara betydligt högre än högkostnadsskyddet.

Det finns många områden där invånarna har en kombination av låga inkomster och hög ohälsa och där förslaget kan få stora negativa konsekvenser avseende sjukdomsbördan om patienter på grund av kostnadsökningen tvingas avstå behandling. Den potentiellt försämrade hälsan kommer i sådana fall att generera ökade kostnader lokalt, och bidra till en ökad ojämlikhet avseende möjligheterna till god vård i Sverige.

## Kap 6.2 Konsekvenser för kommuner och regioner

Det finns en beräkning i promemorian som bygger på hur många som idag har ekonomiskt bistånd från socialtjänsten och samtidigt har utgifter för läkemedel, och hur kommunernas kostnader kan beräknas öka för denna grupp. Det saknas dock en analys av hur många som idag är självförsörjande eller som klarar sig på ersättning från socialförsäkringssystemet, som kommer att behöva ekonomiskt bistånd om taket och trappstegen höjs.

Promemorian saknar också en bedömning av hur regionernas och kommunernas kostnader för vård och omsorg påverkas om patienter avstår läkemedelsbehandling så att deras vårdbehov ökar.

Med vänliga hälsningar

Sofia Rydgren Stale  
Ordförande  
Sveriges läkarförbund

Malin Strid  
Utredare  
Avdelningen för politik och profession  
Sveriges läkarförbund

[malin.strid@slf.se](mailto:malin.strid@slf.se)  
070-091 69 82

---

<sup>1</sup> [Kostnadsutveckling och långsiktigt hållbar finansiering av läkemedel](#) Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket 2024

<sup>2</sup> [Materiell och social fattigdom ökar i Sverige](#) SCB 2024

<sup>3</sup> [Apoteken oroas över höjt högkostnadsskydd](#) Apoteksföreningen 2024

<sup>4</sup> [Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård – Lägesrapport](#) Socialstyrelsen 2024