

Ds 2011:23

# Uppdaterade högkostnadsskydd

*– öppen hälso- och sjukvård samt läkemedel*



REGERINGSKANSLIET  
**Socialdepartementet**

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, 2003.*

– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som skall svara på remiss.

Broschyren är gratis och kan laddas ner eller beställas på  
<http://www.regeringen.se/>

Tryckt av Elanders Sverige AB  
Stockholm 2011

ISBN 978-91-38-23611-6  
ISSN 0284-6012

# Innehåll

<b>Promemorians huvudsakliga innehåll .....</b>	<b>5</b>
<b>1 Promemorians lagförslag .....</b>	<b>7</b>
1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).....	7
1.2 Förslag till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. ....	9
<b>2 Bakgrund .....</b>	<b>11</b>
2.1 Nuvarande reglering .....	12
2.1.1 Hälso- och sjukvård.....	12
2.1.2 Läkemedel .....	13
2.2 Avgiftsutveckling för läkemedel historiskt .....	14
2.2.1 Trappkonstruktionen för skydd mot höga läkemedelskostnader.....	16
2.2.2 Hamstringseffekter.....	17
2.3 Högkostnadsskydd för sjukvård.....	18
2.4 Avgiftsutveckling för sjukvårdsbesök historiskt .....	18
<b>3 Förslag.....</b>	<b>21</b>
3.1 Val av index för historisk uppräknig .....	22

3.2	Reviderat belopp för högkostnadsskydd hälso- och sjukvård.....	23
3.3	Reviderad högkostnadstrappa för läkemedel.....	24
<b>4</b>	<b>Konsekvenser.....</b>	<b>27</b>
4.1	Samlade intäktsökningar till följd av höjda högkostnadsskydd för sjukvård och läkemedel .....	27
4.2	Fördelningseffekter.....	28
<b>5</b>	<b>Författningskommentar .....</b>	<b>29</b>
5.1	Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) .....	29
5.2	Förslaget till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.....	30

# Promemorians huvudsakliga innehåll

I denna promemoria föreslås en uppdatering av högkostnads-skydden, dels för bl.a. besök inom öppenvården, dels på läkemedelsområdet. Beloppen har varit nominellt oförändrade för läkemedel sedan 1999 och för besök i öppenvården sedan 1997 vilket har urholkat värdet på högkostnadsskydden. Uppdateringen baseras på utvecklingen av prisbasbeloppet. Syftet med förslaget är att stärka hälso- och sjukvården genom att mer resurser tillförs landstingen. Höjt fribelopp för sjukvård syftar även till att förbättra landstingens möjligheter att styra patienterna mot en ändamålsenlig vårdkonsumtion.

En höjning av högkostnadsskydden baserat på en historisk indexerings med prisbasbeloppet innebär en höjning av högkostnadsskyddet för läkemedel från 1 800 kronor till 2 200 kronor och för sjukvårdsbesök från 900 kronor till 1 100 kronor. Sammantaget beräknas därmed avgifterna som den enskilde som mest kan behöva betala öka med  $(400+200)$  600 kronor under ett år.

Med redovisade höjningar och utformning av skydd mot höga kostnader beräknas patientavgifterna för läkemedel öka med ca 700 miljoner kronor och för sjukvårdsbesök ökar de med ca 280 miljoner kronor, det vill säga sammantaget med ca 980 miljoner kronor.

Lagförslagen föreslås träda i kraft den 1 januari 2012.



# 1 Promemorians lagförslag

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

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

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 26 a §<sup>2</sup>

Den som har *erlagt* 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 *högst* 900 kronor, eller det lägre belopp som bestämts av landstinget, är befriad från att därefter *erlägga* ytterligare

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

---

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

<sup>2</sup> Senaste lydelse 2000:356.

avgifter för sådan vård eller sådana förbrukningsartiklar under den tid som återstår av ett år, räknat från det första tillfälle då avgift *erlagts*. avgifter för sådan vård eller sådana förbrukningsartiklar 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.

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

- 
1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2012.
  2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande om kostnadsbefrielse har uppkommit före den 1 januari 2012.



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

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

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 5 §<sup>1</sup>

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 900 kronor lämnas ingen kostnadsreducering. När den sammanlagda kostnaden överstiger detta belopp, utgör kostnadsreduceringen

1. 50 procent av den del som överstiger 900 kronor men inte 1 700 kronor,

2. 75 procent av den del som överstiger 1 700 kronor men inte 3 300 kronor,

3. 90 procent av den del som överstiger 3 300 kronor

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

---

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2003:76.

men inte 4 300 kronor, samt men inte 5 400 kronor, samt  
4. hela den del av den 4. hela den del av den  
sammanlagda kostnaden som sammanlagda kostnaden som  
överstiger 4 300 kronor. överstiger 5 400 kronor.

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 eller har eller har haft barn med föräldern.

- 
1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2012.
  2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för inköp av förmånsberättigade varor, om det första inköpstillfället inträffat före den 1 januari 2012.

## 2 Bakgrund

Sjukvårdsutgifternas andel av BNP har ökat de senaste 20 åren, men i en relativt blygsam takt. Framöver finns det emellertid betydande utmaningar i och med den demografiska utvecklingen med allt fler äldre, tillsammans med framsteg inom forskning och teknik, som kan leda till nya läkemedel och behandlingar. Den teknologiska utvecklingen har historiskt både minskat styckkostnaden för att tillhandahålla vård samtidigt som användningen av vård har vidgats till nya patientgrupper. Nettot hittills har inneburit ett ökat kostnadstryck inom sjukvården utöver den demografiska utvecklingen. Om samma mönster håller framöver kommer de nya behandlingsmöjligheterna innebära ökade kostnader utöver demografin. En sådan utveckling kommer därmed innebära ett ökat tryck uppåt på sjukvårdens andel av BNP. För att möta de framtida behoven kommer det krävas förändringar på flera plan, såväl verksamhetsmässigt genom effektiviseringar som finansieringsmässigt.

Högekostnadsskyddet för läkemedel har varit oförändrat sedan år 1999 och för besök i öppenvården sedan år 1997.

Avgifternas andel av huvudmännens totala intäkter har minskat över tiden. Egenavgifterna finansierar i dag omkring 3–4 procent av kostnaderna för hälso- och sjukvård och cirka 20 procent för läkemedel förskrivna på recept. De som har ett stort behov av vård kan även mötas av andra avgifter som landstingen tar ut av patienterna: sjukhusvård, hjälpmedel, transporter m.m.

## 2.1 Nuvarande reglering

Grundläggande hörnstenar för den svenska hälso- och sjukvården är att en god vård och omsorg ska erbjudas på lika villkor för hela befolkningen. Vården och omsorgen finansieras huvudsakligen via skatter. Den enskilde patienten betalar således endast en mindre del vid nyttjandet av vård och omsorg. De grundläggande målen för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Detta framgår av 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Både kommuner och landsting tar ut avgifter, dels enligt de nationella bestämmelser för avgifter som följer av hälso- och sjukvårdslagen dels enligt andra grunder, t.ex. kommunallagen. De intäkter som redovisas i t.ex. räkenskapsammandraget avser de samlade avgiftsintäkterna.

### 2.1.1 Hälso- och sjukvård

Inom hälso- och sjukvården finns det ett tak för hur mycket man behöver betala för bl.a. läkarbesök. Detta regleras i 26 a § hälso- och sjukvårdslagen. Högkostnadsskyddet innebär att man under en period på tolv månader sammanlagt behöver betala högst 900 kronor i vårdavgifter inom öppenvården, avgifter för vissa förbrukningsartiklar och avgifter för viss tandvård. När man har betalat 900 kronor får man ett frikort som gäller under resten av tolv månadersperioden. Landstingen kan i stort sett själva bestämma vilka avgifter som ska tas ut vid läkarbesök och andra tjänster i vården.

Barn och ungdomar under 18 år i samma familj (samma hushåll) har ett gemensamt högkostnadsskydd. Det innebär att deras avgifter räknas samman och ger frikort om de överstiger 900 kronor. De flesta landsting har avgiftsbefrielse för vård av barn och ungdomar upp till 18–20 års ålder.

Inom den slutna vården får en vårdavgift på maximalt 80 kronor per vård dag tas ut av landstingen enligt 26 § hälso- och sjukvårdslagen.

Till patientavgifter räknas både de avgifter som betalas hos landstingets mottagningar och avgifter hos de privata vårdgivare som har avtal med landstinget. Även besök hos andra landsting kan räknas in.

Det finns inget nationellt högkostnadsskydd för avgifter med anledning av att man är inlagd på sjukhus (sluten vård) eller för sjukresor och tekniska hjälpmedel. Det finns i vissa landsting högkostnadsskydd för sjukresor och tekniska hjälpmedel. Utformningen av dessa högkostnadsskydd bestäms av landstingen. Även vilka avgifter som tas ut bestäms av landstingen.

### 2.1.2 Läkemedel

Det nuvarande statliga förmånssystemet för läkemedel trädde i kraft den 1 januari 1997. De grundläggande bestämmelserna kring de nuvarande läkemedelsförmånerna finns i lagen (2002:160) om läkemedelförmåner m.m. Bestämmelserna i lagen kompletteras av vissa bestämmelser i förordningen (2002:687) om läkemedelsförmåner m.m.

När det nuvarande förmånssystemet trädde i kraft den 1 januari 1997 begränsades patientens samlade läkemedelsutgifter under en tolv månadersperiod till 1 300 kronor. Beloppsgränserna för högkostnadsskyddet har sedermera höjts med verkan fr.o.m. den 1 juni 1999 till nuvarande 1 800 kr per tolv månadersperiod.

Högkostnadsskyddet bygger på att den enskilde patienten får sin totala läkemedelskostnad under en tolv månadersperiod stegvis reducerad enligt en trappstegsmodell, den s.k. högkostnads-trappan, beroende på hur stor kostnaden är. Detta innebär enligt nuvarande beloppsgränser att den sammanlagda läkemedelskostnaden reduceras endast om den överstiger 900 kronor. Om så är fallet utgör kostnadsreduceringen 50 procent av den del som överstiger 900 kronor men inte 1 700 kronor, 75 procent av den

del som överstiger 1 700 kronor men inte 3 300 kronor, 90 procent av den del som överstiger 3 300 kronor men inte 4 300 kronor samt hela den del av den sammanlagda kostnaden till den del den överstiger 4 300 kronor. Läkemedel som inte ingår i förmånerna samt läkemedel med merkostnad inom det generiska utbytessystemet kan göra att läkemedelsutgifterna för en enskild patient överstiger 1 800 kronor under en tolv månaders period.

Läkemedel som används inom den slutna vården betalas dock av sjukvårdshuvudmännen. Med slutna vård avses enligt hälso- och sjukvårdslagen sådan vård som kräver intagning på sjukhus.

## 2.2 Avgiftsutveckling för läkemedel historiskt

Avseende läkemedel är datatillgången före år 2000 bristfällig. Datatillgången är emellertid god från år 2000, vilket är halvåret efter den senaste avgiftshöjningen inom detta område.

Läkemedelsförmånerna består av tre delar

- läkemedel på recept
- livsmedel till barn och
- förbrukningsartiklar (t.ex. teststickor vid diabetes)

Det är för läkemedel på recept som patientavgifterna är mer betydande. Där uppgick avgifterna år 2010 till 5 056 miljoner kronor medan de uppgick till ca 30 miljoner kronor för de övriga delarna av förmånerna. I analyserna som följer nedan är det därför patientavgifter och kostnader för läkemedel på recept som avses.

**Tabell 2.1 Kostnader och egenavgifter för läkemedel på recept inom förmånerna år 2000–2010 samt prognos 2011–2012, miljoner kronor**

År	Egenavgift	Förmåns-kostnad	Total kostnad	Patientandel
2000	4 800	14 654	19 454	24,7%
2001	4 860	15 680	20 540	23,7%
2002	5 042	17 087	22 129	22,8%
2003	4 937	17 405	22 342	22,1%
2004	4 981	17 359	22 340	22,3%
2005	4 975	17 252	22 227	22,4%
2006	5 008	17 502	22 510	22,2%
2007	5 141	18 036	23 177	22,2%
2008	5 151	18 790	23 941	21,5%
2009	5 083	18 848	23 932	21,2%
2010	5 056	18 767	23 823	21,2%
2011 pr	5 119	19 002	24 121	21,2%
2012 pr	5 145	19 097	24 242	21,2%
<b>Utv % '00-'10</b>	<b>5,3%</b>	<b>28,1%</b>	<b>22,5%</b>	<b>-14,0%</b>

Källa: Apoteket AB (Xplain) och Apotekens Service AB (Concise), Socialstyrelsen avseende prognos 2011 och 2012.

Som framgår av tabellen har totalkostnaderna för läkemedel på recept inom förmånen ökat med 22,5 procent åren 2000–2010 medan patientavgifterna enbart ökat med 5,3 procent. En orsak är troligen att nya läkemedel och ökade kostnader främst hamnar på patienter som redan omfattas av högkostnadsskyddet. Andelen av kostnaderna som bekostas av patienterna har fallit från 24,7 procent år 2000 till 21,2 procent år 2010 (-14 procent). Med samma patientandel år 2010 som under år 2000 skulle dessa egenavgifter ha uppgått till 5 878 miljoner kronor, dvs. 822 miljoner kronor mer än som var fallet 2010. Effekten blir likartad även om man tittar på prognosen för 2012 eftersom kostnaderna enbart ökar marginellt fram till 2012.

Prognosen för 2011 och 2012 är baserad på Socialstyrelsens läkemedelsprognos. Patientandelen antas vara oförändrad dessa år då kostnaderna ökar i en långsam takt, vilket även var fallet under 2010. Prognosen används senare för att beräkna effekter av höjda avgifter. Det kan noteras att kostnaderna beräknas nästan vara desamma 2012 som de var 2008, vilket är det år effekterna av höjda avgifter beräknas på.

### **2.2.1 Trappkonstruktionen för skydd mot höga läkemedelskostnader**

Läkemedelskostnaderna är skevt fördelade mellan de som använder läkemedel. Tabellen nedan visar hur nuvarande högkostnads-trappa ser ut och fördelningen av patienter 2008. Hälften av patienterna har lägre kostnader än 900 kronor samtidigt som deras andel av de totala förmånskostnaderna enbart är ca 4 procent. En femtedel av patienterna har läkemedelskostnader som uppgår till mer än 4 300 kronor samtidigt som denna grupp står för fyra femtedelar av de totala kostnaderna.

Med nuvarande trappkonstruktion betalar patienten maximalt 1 800 kronor för läkemedel, men frikortet träder inte in förrän vid ett läkemedelsvärde på 4 300 kronor. Detta sker genom att läkemedelskostnaden subventioneras i en större omfattning högre upp i trappan. En tanke bakom denna utformning är både att förskjuta tidpunkten när man får frikort och att minska tiden under vilken patienter har frikort. Man har sett att det finns risk för att patienternas beteende kan påverkas av att läkemedels-uttagen blir gratis för patienten.



**Tabell 2.2** Nuvarande trappa för högkostnadsskydd för läkemedel, fördelning 2008

Kostnadsintervall	Patientkostnad max	Andel av		Patientavgift %	
		kronor	procent	total kostnad	antal patienter
0-900	900	100%	4%	50%	95,4%
900-1700	1 300	50%	4%	12%	78,8%
1700-3300	1 700	25%	7%	11%	55,5%
3300-4300	1 800	10%	4%	5%	41,2%
4300-	1 800	0%	81%	21%	11,0%
<b>Summa</b>	–	–	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>21,5%</b>

Källa: Socialstyrelsen, läkemedelskostnader 2008.

Den genomsnittliga patientavgiften för läkemedel i riket är 21,5 procent 2008. Även patienter med en årskostnad under 900 kronor erhåller en liten subvention. Orsaken till att denna grupp får viss rabatt är att en del av dessa har haft subvention vid ingången av 2008, trots att deras kostnader är lägre än 900 kronor under helåret 2008.

### 2.2.2 Hamstringeffekter

Förändringar av högkostnadsskydden har inneburit omfattande hamstring av läkemedel historiskt. Särskilt tydligt var detta vid den stora omläggningen 1996/97 då högkostnadsskydden separerades från varandra.

Men även under 1999 då gränsen för frikort för läkemedel höjdes från 1 300 kronor till 1 800 kronor skedde en omfattande hamstring, även om den var tydligast månaderna innan juli 1999. Under andra halvåret ökade kostnaderna däremot mycket långsamt. I snitt avviker därför inte kostnadsutvecklingen under helåret från den generella utvecklingen under 1990-talet.

## 2.3 Högkostnadsskydd för sjukvård

För sjukvård är utformningen av högkostnadsskyddet enkelt; alla som betalar mer än 900 kronor blir avgiftsbefriade för resten av 12-månadersperioden. Landstingen bestämmer emellertid själva taxorna för olika typer av besök i syfte att styra patienterna mot en ändamålsenlig vårdkonsumtion.

Statistik för sjukvårdens högkostnadsskydd finns inte samlad på nationell nivå, till skillnad från läkemedel. Det finns inga register som fångar upp besök som patienter betalar avgifter för inom ramen för högkostnadsskyddet om 900 kronor. En modell för att simulera nuvarande patientavgifter och högkostnadsskydd och förändringar blir därför mer bristfällig än motsvarande modell för att beräkna patientavgifter för läkemedel.

## 2.4 Avgiftsutveckling för sjukvårdsbesök historiskt

När det gäller kostnader och intäkter för hälso- och sjukvård är uppgifter uppdelade på olika delverksamheter före 2002 mycket osäkra och inte jämförbara med perioden därefter på grund av ändrade redovisningsprinciper. Statistik inhämtad från SKL visar utvecklingen av patientavgifter för sjukvård totalt och nettokostnader som är jämförbara mellan 2002 och 2009. Avgifterna för patienter i öppen vård utgör ca 80 procent av de totala avgifterna i sjukvård baserat på uppgifter från 2009.

Även om redovisningsprinciperna är jämförbara sedan 2002 påverkar gränssnittet mellan vård utförd av privata vårdgivare och av landstingen den redovisade statistiken. De avgiftsintäkter som redovisas är landstingens egna intäkter. De privata utförarnas patientintäkter syns enbart som lägre nettokostnader i landstingens redovisning. Det är framför allt Stockholms läns landsting som har avsevärt lägre redovisade avgiftsintäkter beroende på en stor andel vård som bedrivs i privat regi (40 procent lägre patientavgifter per invånare för patienter i öppen vård 2009). Många landsting har liten omfattning av privat utförd vård. Utgår man i stället från medianlandstingets avgifts-

intäkter per invånare skulle avgiftsintäkterna bli ca 500 miljoner kronor högre än de som redovisas 2009. I vilken grad och i vilken riktning utvecklingen av patientavgifternas andel av nettokostnaderna i tabell 2 nedan påverkas går inte heller att uttala sig om utan djupare analyser.

**Tabell 2.3 Patientavgifter för sjukvård samt nettokostnader exklusive tandvård och läkemedel, 2002–2009. Miljoner kronor**

	Patientavgifter sjukvård	Nettokostnader sjukvård	Patientandel
2002	2 350	124 975	1,9%
2003	2 523	133 126	1,9%
2004	2 737	136 138	2,0%
2005	2 806	141 704	2,0%
2006	2 815	149 392	1,9%
2007	2 971	156 780	1,9%
2008	3 006	165 184	1,8%
2009	3 146	171 059	1,8%
2010 pr	3 240	176 168	1,8%
2011 pr	3 328	180 951	1,8%
2012 pr	3 460	188 125	1,8%
<b>Utv '02-'09</b>	<b>33,9%</b>	<b>36,9%</b>	<b>-2,2%</b>

Källa: SKL samt egna beräkningar

Till skillnad från läkemedel har patientavgifterna i sjukvården ökat i nästan samma takt som nettokostnaderna. Patienternas andel av kostnaderna har minskat enbart med drygt 2 procent i sjukvården jämfört med en minskning med 14 procent avseende läkemedel.

När det gäller sjukvård kan landstingen, till skillnad från läkemedelsförmånen, själva höja avgifter till läkarbesök och andra besök; den maximala avgiften begränsas till 900 kronor för en tolv månadersperiod. När landstingen höjer avgifterna resulterar det i att fler patienter omfattas av högkostnads-skyddet. Högkostnads-skyddet för sjukvård är besöksbaserat och

uppenbarligen finns det många patienter som bara gör ett fåtal besök ett år. Denna grupp patienter med lågt vårdutnyttjande kan landstingen genom höjda avgifter få in extra intäkter från.

Hade patientandelen varit lika hög 2009 som 2002 skulle avgiftsintäkterna öka med 71 miljoner kronor totalt och ungefär med 56 miljoner kronor inom öppen vård. Effekten blir 6–7 miljoner kronor högre baserat på prognosen för nettokostnader och patientavgifter 2012.

Nettokostnaderna exklusive läkemedel och tandvård är framskrivna baserat på landstingens bokslut för 2010 samt SKL:s Ekonomirapport maj 2011. Patienternas andel av nettokostnaderna har antagits oförändrad dessa år. Prognosen används senare för att beräkna effekter av höjda avgifter.

### 3 Förslag

**Förslag:** Högkostnadsskyddet för bl.a. besök inom den öppna hälso- och sjukvården höjs från 900 kronor till 1 100 kronor och för läkemedel m.m. från 1 800 kronor till 2 200 kronor. Beloppen inom högkostnadstrappan för läkemedel höjs proportionerligt lika mycket. Lagändringarna träder i kraft den 1 januari 2012. För patienter som har hunnit påbörja en högkostnadsperiod före ikraftträdandet ska nuvarande bestämmelser gälla under resten av perioden.

De satsningar som regeringen genomför inom hälso- och sjukvårdens område syftar till att skapa förutsättningar för en god hälso- och sjukvård som tar sin utgångspunkt i patientens behov. I första hand syftar regeringens satsningar till att verka för en bibehållen eller bättre hälsa för patienten. För invånarna, i egenskap av skattebetalare, är det av vikt att detta sker genom ett effektivt utnyttjande av gemensamma resurser. Det är angeläget att lägga särskilt fokus på att öka valfriheten, tillgängligheten och säkerheten för patienten och brukaren. Satsningar kommer också att göras för att stimulera kommuner och landsting till en effektivare och bättre sammanhållen vård och omsorg för äldre. Vidare är det viktigt för patienten och brukaren att det finns möjlighet att vara delaktig, fatta beslut och ta del av kunskap och information om vårdens utformning och resultat. Detta kan i sin tur leda till att patienterna och brukarna i ökad utsträckning kan verka pådrivande i hälso- och sjukvårdens förbättringsarbete.

Syftet med föreliggande förslag är att stärka hälso- och sjukvården genom att mer resurser tillförs landstingen. Höjt fribelopp för sjukvård syftar även till att förbättra landstingens möjligheter att styra patienterna mot en ändamålsenlig vårdkonsumtion. Detta sker dels genom den statiska förändring som följer av att högkostnadsskyddet höjs och dels genom de dynamiska effekter detta ger genom förändrade beteendemönster.

### 3.1 Val av index för historisk uppräknings

En förändring av högkostnadsskydden kan knytas till ett index. Vid en genomgång av andra områden finner man att avgifterna för äldre och handikappomsorg är knutet till prisbasbeloppet (PBB), som i princip följer konsumentprisindex. Nivån på det vanliga och det särskilda bostadstillägget till pensionärer (BTP och SBTP) följer PBB liksom äldreförsörjningsstödet. Även garantipensionen följer PBB. Handikappersättning som betalas ut i vissa fall är knuten till prisbasbeloppet. Sjukpenning, sjuk- och aktivitetsersättning och rehabiliteringsersättning är däremot oftast inkomstrelaterat.

Riksnormen för försörjningsstöd räknas inte upp med automatik även om hänsyn tas till bland annat PBB vid förändringar. A-kassans högsta belopp är nominellt bestämt liksom bostadsbidrag till barnfamiljer och föräldrapenningens garantinivå.

Även om vissa ersättningar är inkomstrelaterade har många med stora vårdbehov ersättningar kopplade till prisbasbeloppet. Vissa ersättningar är till och med nominellt oförändrade eller ändras vid särskilda beslut.

I tabellen nedan visas vilka nivåer högkostnadsskydden skulle ligga på idag om de hade indexerats i takt med prisbasbeloppet. Högkostnadsskyddet för sjukvård har i tabellen indexerats historiskt sedan 1997 och läkemedel från 1999.

**Tabell 3.1 Historisk indexering av högkostnadsskydden baserat på prisbasbeloppet samt nivå 2012**

År	Prisbas- belopp	Index	Högekostnads		Totalt
			skydd sjukvård	skydd läkemedel	
2012	43 800	1,21	1 089	2 166	3 255
2011	42 800	1,18	1 64	2 116	3 181
2010	42 400	1,17	1 054	2 097	3 151
2009	42 800	1,18	1 064	2 116	3 181
2008	41 000	1,13	1 019	2 027	3 047
2007	40 300	1,11	1 002	1 993	2 995
2006	39 700	1,10	987	1 963	2 950
2005	39 400	1,09	980	1 948	2 928
2004	39 300	1,09	977	1 943	2 920
2003	38 600	1,07	960	1 909	2 868
2002	37 900	1,05	942	1 874	2 816
2001	36 900	1,02	917	1 825	2 742
2000	36 600	1,01	910	1 810	2 720
1999	36 400	1,01	905	<b>1 800</b>	2 705
1998	36 400	1,01	905	1 300	2 205
1997	36 300	1,00	<b>900</b>	1 300	2 200

Källa: SCB och egna beräkningar. Prognos 2011 och 2012 VP 2011.

### 3.2 Reviderat belopp för högekostnadsskydd hälso- och sjukvård

Med en historisk indexering i takt med prisbasbeloppet (PBB) föreslås högekostnadsskyddet för hälso- och sjukvård bli 1 100 kronor 2012 jämfört med 900 kronor idag.

Avgiftsintäkterna för landstingen beräknas öka med ungefär 10 procent eller med ca 280 miljoner kronor 2012 som en följd av denna höjning. I relation till de samlade patientavgifterna enligt tabell 2.3 ökar patientandelen från 1,8 procent av nettokostnaderna till 2,0 procent år 2012. Höjningen innebär

även att patientavgifterna (+59 %) beräknas öka snabbare än sjukvårdens nettokostnader (50,5 %) mellan 2012 och 2002.

Beräkningarna är behäftade med viss osäkerhet. Dels saknas nationell data beträffande avgifter som patienter betalar för sjukvårdsbesök, dels finns det ingen uppgift om patientavgifter som betalas till privata vårdgivare. Besöksdata från Region Skåne och Östergötlands läns landsting ger dock sannolikt en god bild av effekterna även på nationell nivå. Ökade patientavgifter till privata vårdgivare beräknas med förslaget kunna reducera landstingens nettokostnader med ca 70–80 miljoner kronor utöver den tidigare nämnda intäktsförstärkningen om ca 280 miljoner kronor. Denna effekt är emellertid osäker.

### 3.3 Reviderad högkostnadstrappa för läkemedel

Med en historisk indexering i takt med prisbasbeloppet (PBB) föreslås en ökning av högkostnadsskyddet för läkemedel från 1 800 kronor till 2 200 kronor fr.o.m. 2012. Detta innebär en ren uppdatering av nuvarande högkostnadstrappa där antalet trappsteg och subventionsgraden behålls intakta medan beloppen inom trappstegen ökar proportionerligt ungefär lika mycket och med ett maximalt läkemedelsvärde om 5 400 kronor jämfört med 4 300 kronor idag.

**Tabell 3.2 Uppdatering av nuvarande trappa max 5 400 kronor max 2 200 kronor patient**

Trappa	Patient-avgift	Max patient-kostnad	Andel patienter i intervall	Andel av kostnader i intervall
01 0–1 100 kr	100%	1 100	54%	5%
02 1 100–2 100 kr	50%	1 600	12%	4%
03 2 100–3 900 kr	25%	2 050	11%	8%
04 3 900–5 400 kr	10%	2 200	5%	6%
05 5 400–	0%	2 200	18%	76%



En uppdatering av nuvarande trappa skulle innebära att en något lägre andel patienter än idag får frikort; 18 procent mot 21 procent av patienterna i nuvarande modell. Andelen av kostnaderna som ligger över frikortsgränsen blir något lägre: 76 procent mot 81 procent idag.

Underlaget för att beräkna hur mycket högre avgiftsintäkter som kommer att genereras av ett höjt högkostnadsskydd är läkemedelsuttagen i riket under 2008. För att värdera effekter av olika trappkonstruktioner har därför nuvarande regelverk först simulerats.

**Tabell 3.3** Nuvarande och uppdaterad trappa för skydd mot höga läkemedelskostnader, samt effekter av uppdatering. Prognos 2012.

	Nuvarande	Uppdatering
Max patientavgift, kr	1 800	2 200
Gräns frikort, kr	4 300	5 400
Patientavgifter mnkr	5 145	5 846
- förändring mnkr		701
- % förändring		13,6%
Andel under frikort		
- patienter	79%	82%
- kostnader	19%	24%

Källa: Socialstyrelsen, egna beräkningar

En uppdatering av nuvarande högkostnadstrappa ger ungefär 700 miljoner kronor i ökade avgiftsintäkter, om inte avgiftshöjningen påverkar läkemedelskonsumtionen. Detta skulle i princip återställa patienternas andel av läkemedelskostnaderna till förhållandena år 2000, dvs. strax efter förra revideringen juli 1999. Till detta kan även komma dynamiska effekter utifrån ett förändrat beteendemönster.

Eftersom läkemedelskonsumtionen är skevt fördelad påverkar utformningen av högkostnadsskyddet både hur mycket avgiftsintäkterna ökar och vilka som får betala de högre avgifterna. En tanke med nuvarande trappa är att minska risken för mindre angelägna uttag.

Utformningen av statsbidraget för läkemedelskostnader till landstingen ändrade karaktär från och med 2002 i och med att bidraget inte längre delades ut efter landstingens faktiska kostnader utan baseras på beräknat behov. Ökade läkemedelskostnader ledde därmed inte längre automatiskt till ökat statsbidrag som täcker alla kostnader. Därefter har allt fler landsting decentraliserat kostnadsansvaret för läkemedel. Läkemedel på recept är inte längre en fri nyttighet i terapiarsenalen. Enligt Socialstyrelsens prognoser över läkemedelskostnaderna inom förmånerna har också landstingens arbete med att effektivisera läkemedelsanvändningen sänkt ökningstakten för läkemedelskostnaderna. När landstingen och läkarna ändrar förskrivningsmönster påverkas även patienternas möjligheter att få ut nya recept under perioder med frikort.

## 4 Konsekvenser

Konsekvenserna av promemorians förslag blir ökade intäkter för landstingen samt ökade utgifter för personer som ligger över gränsen för högkostnadsskydd för hälso- och sjukvård och läkemedel.

### 4.1 Samlade intäktsökningar till följd av höjda högkostnadsskydd för sjukvård och läkemedel

Den samlade ökningen vid en historisk indexering av intäkterna blir vid en prognos för 2012 ca 980 miljoner kronor. Eventuella dynamiska effekter i form av beteendeförändringar har inte beaktats i denna beräkning.

**Tabell 4.1 Samlade intäktsökningar av uppdaterat högkostnadsskydd för läkemedel och sjukvård i öppen vård, beräknad effekt 2012.**

	Läkemedel inom förmånerna			Sjukvård, öppenvård		Avgiftsin- täkter totalt mnkr
	Gräns frikort kr	Max pat avgift kr	Avgifts- intäkter mnkr	Max pat avgift kr	Avgifts- intäkter mnkr	
Nuvarande	4 300	1 800	5 145	900	2 733	7 878
Indexerat	5 400	2 200	5 846	1 100	3 014	8 860
Differens	1 100	400	701	200	281	982

Källa: SKL, Socialstyrelsen, egna beräkningar

Effekten kan bli ca 70–80 miljoner kronor större om hänsyn tas till ökade patientavgifter för besök till privata vårdgivare, men denna effekt är svårbedömd.

## 4.2 Fördelningseffekter

Totalt blir den maximala kostnaden för högkostnadsskydden under en 12-månadersperiod 3 300 kronor. För en person som hamnar över frikortsgårnsen för både sjukvård och läkemedel ökar kostnaderna med maximalt 600 kronor under ett år.

De som kommer att belastas mest av högre avgifter är de som har flest sjukvårdsbesök och samtidigt använder läkemedel. Dessa grupper beräknas i snitt få betala 250–350 kronor per person i högre avgifter årligen. Personer som inte ingår i dessa grupper beräknas få betala ca 150 kronor mer per person i genomsnitt per år. Justeringen innebär en ren uppdatering av högkostnadsskydden så att de motsvarar det reala värdet vid den senaste revideringen. De personer som behöver mest vård kommer även fortsättningsvis att betala endast en mindre del vid nyttjandet av sjukvård och läkemedel.

## 5 Författningskommentar

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

#### 26 a §

Paragrafen behandlas i avsnitt 3.

Genom en ändring i *första stycket* höjs högkostnadsskyddet för bl.a. besök inom den öppna hälso- och sjukvården från 900 kronor till 1 100 kronor.

Genom att ordet ”högst” tas bort tydliggörs att patienten måste betala sammanlagt 1 100 kronor i vårdavgifter m.m. innan kostnadsbefrielse inträder, om inte landstinget bestämmer ett lägre takbelopp. Någon saklig ändring i förhållande till hur avgifterna beräknas i dag är inte avsedd.

I övrigt görs vissa språkliga justeringar.

#### **Ikraft- och övergångsbestämmelserna**

Lagen träder enligt *punkt 1* i kraft den 1 januari 2012.

Av bestämmelsen i *punkt 2* följer att en patient som före den 1 januari 2012 uppnått kostnadsbefrielse för avgifter enligt 26 a § enligt bestämmelsens nuvarande lydelse, dvs. erlagt avgifter om 900 kronor, behåller denna förmån under resterande del av högkostnadsperioden trots att takbeloppet höjts till 1 100 kronor. Kostnadsbefrielsen upphör ett år från det att den första avgiften betalades.

## 5.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

### 5 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 3.

Genom ändringarna i *tredje stycket* höjs högkostnadsskyddet för läkemedel, födelsekontrollerande medel och förbrukningsvaror som omfattas av läkemedelsförmånerna. Bland annat ändras det belopp som den enskilde själv ska betala innan någon kostnadsreducering kan bli aktuell från 900 kronor till 1 100 kronor.

### **Ikraft- och övergångsbestämmelserna**

Lagen träder enligt *punkt 1* i kraft den 1 januari 2012.

Enligt *punkt 2* gäller äldre föreskrifter fortfarande för inköp av förmånsberättigade varor om det första inköpstillfället inträffat före lagens ikraftträdande. Om den enskilde genom att köpa t.ex. ett förmånsberättigat läkemedel påbörjat en högkostnadsperiod före den 1 januari 2012 tillämpas således nu gällande bestämmelser om kostnadsreducering under den resterande delen av tolv månadersperioden.

# Departementsserien 2011

---

## *Kronologisk förteckning*

---

1. Olovlig fotografering. Ju.
2. Avskaffande av den obligatoriska byggförsäkringen. M.
3. Högre utbildning i utvecklingssamarbetet  
En analys av högre utbildning inom ramen för svenskt utvecklingssamarbete och politiken för global utveckling. UD.
4. Behandling av personuppgifter vid Inspektionen för socialförsäkringen, m.m. S.
5. Barns rätt till vård och sociala insatser stärks. Ju.
6. Ökad konkurrens på det uppdragsarknologiska området – vissa ändringar i kulturminneslagen. Ku.
7. Sekretess för finansiella företag. Fi.
8. Hotelltjänster. Ju.
9. Förbättringar inom familjepolitiken. S.
10. Preskription av rätt till försäkringsersättning m.m. Ju.
11. Enklare avbetalningsköp. Ju.
12. Genomförande av EU:s direktiv om skydd av djur som används för vetenskapliga ändamål. L.
13. Upphävande av lagen om exploaterings-samverkan. S.
14. Synnerligen ömmande omständigheter och verkställighetshinder  
– en kartläggning av tillämpningen. Ju.
15. Utbyte av uppgifter ur kriminalregister mellan EU:s medlemsstater. Ju.
16. Kustbevakningsdatalag. Fö.
17. Sveriges företagande och konkurrenskraft – Internationell benchmarking. N.
18. Översyn av sjukförsäkringen – förslag till förbättringar. S.
19. Komplettering av kollektivtrafiklagen. N.
20. En reformerad yrkestrafiklagstiftning. N.
21. Vissa lagändringar i fråga om riktade emissioner av aktier. Ju.
22. Anmälningsskyldighet vid utstationering samt förtydligande avseende missbruk av visstidsanställningar enligt anställnings skyddslagen. A.
23. Uppdaterade högkostnadsskydd  
– öppen hälso- och sjukvård samt läkemedel. S.

# Departementsserien 2011

---

## Systematisk förteckning

---

### Justitiedepartementet

---

- Olovlig fotografering. [1]  
Barns rätt till vård och sociala insatser stärks. [5]  
Hotelltjänster. [8]  
Preskription av rätt till försäkringsersättning m.m. [10]  
Enklare avbetalningsköp. [11]  
Synnerligen ömmande omständigheter och verkställighetshinder – en kartläggning av tillämpningen. [14]  
Utbyte av uppgifter ur kriminalregister mellan EU:s medlemsstater. [15]  
Vissa lagändringar i fråga om riktade emissioner av aktier. [21]

### Utrikesdepartementet

---

- Högre utbildning i utvecklingssamarbetet  
En analys av högre utbildning inom ramen för svenskt utvecklingssamarbete och politiken för global utveckling. [3]

### Försvarsdepartementet

---

- Kustbevakningsdatalag. [16]

### Socialdepartementet

---

- Behandling av personuppgifter vid Inspektionen för socialförsäkringen, m.m. [4]  
Förbättringar inom familjepolitiken. [9]  
Upphävande av lagen om exploaterings-samverkan. [13]  
Översyn av sjukförsäkringen – förslag till förbättringar. [18]  
Uppdaterade högkostnadsskydd – öppen hälso- och sjukvård samt läkemedel. [23]

### Finansdepartementet

---

- Sekretess för finansiella företag. [7]

### Landsbygdsdepartementet

---

- Genomförande av EU:s direktiv om skydd av djur som används för vetenskapliga ändamål. [12]

### Miljödepartementet

---

- Avskaffande av den obligatoriska byggfelsförsäkringen. [2]

### Näringsdepartementet

---

- Sveriges företagande och konkurrenskraft – Internationell benchmarking. [17]  
Komplettering av kollektivtrafiklagen. [19]  
En reformerad yrkestrafiklagstiftning. [20]

### Kulturdepartementet

---

- Ökad konkurrens på det uppdragsarkeologiska området – vissa ändringar i kulturminneslagen. [6]

### Arbetsmarknadsdepartementet

---

- Anmälningsskyldighet vid utstationering samt förtydligande avseende missbruk av visstidsanställningar enligt anställningsskyddslagen. [22]