

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
Internet: 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-Arnlin, 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 kommunalpensionärs förbund, Sveriges pensionärs riksförbund, Sveriges pensionärsförbund och Vårdförbundet, har varit knuten till utredningen.

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

Stockholm i januari 2012

Bo Könberg

/ Ingemar Eckerlund

Pontus Johansson

Ruth-Aida Nabum

Innehåll

Sammanfattning	11
Författningsförslag	19
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
1 Inledning	25
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
2 Nuvarande avgiftsstruktur	31
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	Hjälpmedelscentral	42
2.5.4	Ortopedteknisk avdelning.....	42
2.5.5	Fritt val av hjälpmedel.....	43
2.6	Högekostnadsskydd – 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
3	Erfarenheter av dagens system	51
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	Hjälpmedelskonsumtion	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

4	Internationell utblick	81
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
5	Framtida finansiering av vård och omsorg	91
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
6	Överväganden och förslag.....	107
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	Konsekvensanalys.....	139
7.1	Problembeskrivning och utredningens syfte	139
7.2	Förslagen i sammanfattning.....	139
7.3	Vilka berörs av utredningens förslag?	140
7.4	Kostnadsmässiga 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

8	Författningskommentar	151
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

Bilagor

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 tröskeleffekter uppkomma.

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

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

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

Även om utvecklingen under det senaste decenniet tycks ha gått mot att allt färre i befolkningen avstår från vård av ekonomiska skäl, så finns det fortfarande ett betydande antal personer som gör det. Det största problemet i sammanhanget är tandvården.

Detta är ju också skälet till att man infört högkostnadsskydd i avgiftssystemen, varav två är de statligt reglerade högkostnadsskydden för besök i öppen hälso- och sjukvård respektive läkemedel. Konstruktionen av dessa högkostnadsskydd påverkar också avgiftsintäkterna.

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

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

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

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

Högkostnadsskydd

Nuvarande statligt reglerade högkostnadsskydd för besök i öppen vård respektive läkemedel har i sina huvuddrag legat fast sedan 1997. Från och med den 1 januari 2012 gäller dock nya beloppsgränser som tagits fram genom en uppräknings enligt prisbasbeloppet. Därmed återställs realvärdet av högkostnadsskydden till 1997 respektive 1999 års nivå för öppenvård och läkemedel. Från flera håll har kritik framförts mot att indexuppräkningsen skedde i ett

enda steg. I stället förordas en löpande årlig uppräknings av avgiftstaken i högkostnadsskydden.

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

Förslag och bedömningar

Indexering

På grundval de fakta som redovisas i betänkandets olika kapitel och egna överväganden finner jag att starka principiella skäl talar för ett gemensamt högkostnadsskydd, i första hand för de båda statligt reglerade skydden, för läkemedel respektive öppenvård, men också för sjukresor. Det starkaste argumentet för ett gemensamt högkostnadsskydd är att det 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 expeditonsavgift 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 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 engångsuppräknningen 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 indexuppräknningen kommer sannolikt inte att leda till någon intäktsökning på kort sikt eftersom maximiavgiften ska avrundas nedåt till närmaste tiotal kronor.

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

Här får man räkna med betydande investeringar i utvecklingsarbete, såväl lokalt inom alla landsting som centralt för att samordna arbetet på nationell nivå. På längre sikt kommer detta emellertid också genom tillgång till bättre beslutsunderlag att medföra möjlighet till effektivare styrning, samt betydande besparingar genom en mer rationell hantering av arbetet av högkostnadskort, frikort,

etc. Dessutom kommer det att innebära en avsevärd förenkling för den enskilda patienten genom att man slipper spara kvitton och/eller hålla reda på sitt högkostnadskort.

Framtida finansiering

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

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

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

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

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 sjukvårdslagen¹ (1982:763) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

26 §²

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

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

¹ Lagen omtryckt 1992:567.

² Senaste lydelse 2010:245.

2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste tiotal kronor.

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

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

Om det finns flera förmyndare svarar de solidariskt för avgiften.

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

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

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

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

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

26 a §³

Den som har betalat vårdavgifter som avser öppen hälso- och sjukvård enligt denna lag i andra fall än som avses i 18 § första stycket, avgifter för förbrukningsartiklar som avses i 3 d § eller avgifter för sådan tandvård som avses i 8 a § tandvårdslagen (1985:125) med *sam-*

Den som har betalat vårdavgifter som avser öppen hälso- och sjukvård enligt denna lag i andra fall än som avses i 18 § första stycket, avgifter för förbrukningsartiklar som avses i 3 d § eller avgifter för sådan tandvård som avses i 8 a § tandvårdslagen (1985:125) med *ett belopp*

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

manlagt 1 100 kronor, eller det lägre belopp som bestämts av landstinget, är befriad från att därefter betala ytterligare avgifter för sådan vård eller sådana förbrukningsartiklar under den tid som återstår av ett år, räknat från det första tillfälle då avgift betalats.

som motsvarar 0,025 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor, eller det lägre belopp som bestämts av landstinget, är befriad från att därefter betala ytterligare sådana avgifter under den tid som återstår av ett år, räknat från det första tillfälle då avgift betalats.

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

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

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

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

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

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

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

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

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

5 §⁴

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande i fråga om kostnadsbefrielse som har uppkommit före den 1 januari 2013.

1 Inledning

1.1 Bakgrund – vårdens utförande och finansiering

Hälso- och sjukvård är liksom äldre- och handikappomsorg lagstadgade uppgifter för landsting/regioner respektive kommuner. Verksamheterna bedrivs till övervägande del i offentlig regi och finansieras främst genom landstings- och kommunalskatt, samt statliga bidrag.

De totala kostnaderna för hälso- och sjukvård och äldre- och handikappomsorg uppgick år 2009 till 443 miljarder kronor, motsvarande cirka 14 procent av bruttonationalprodukten (BNP)¹. Hälso- och sjukvården, som är den största delen och står i fokus för denna utredning, kostade drygt 309 miljarder kronor, eller 10 procent av bruttonationalprodukten (BNP)². Hälso- och sjukvårdskostnaderna finansierades till 81,5 procent av landstings- och kommunalskatt samt statsbidrag. Avgifter av olika slag svarade för 16,7 procent, medan återstoden finansierades av privata försäkringar (0,2 procent), ideella organisationer (0,2 procent) och företag (1,4 procent). Dessa andelar har varit stabila under det senaste decenniet utom för privata försäkringar där andelen fördubblats, från 0,1 procent, och för företag (företagshälsovård) där andelen minskat med en tredjedel.

Avgiftsandelen uppgår alltså totalt sett till 16–17 procent. Den 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 öppen vård täcker bara cirka 2 procent av landstingens totala nettokostnader för hälso- och sjukvård (exklusive tandvård och läkemedel), men 13–14 procent av kostnaderna

¹ BNP-andelen var cirka 11 procent år 1990 och 12,4 procent år 2000.

² Hälso- och sjukvårdens andel av BNP har de senaste 30 åren varierat mellan 8–9,3 procent. Den höga andelen år 2009 avspeglar att BNP detta år minskade med cirka 5 procent.

för öppen vård (enligt nationalräkenskapernas s.k. hälsoräkenskaper). Även dessa andelar har varit relativt konstanta under senare år.

Detta skiljer sig markant från utvecklingen under 1990-talet då egenavgifterna ökade kraftigt och därmed gav ett ökat bidrag till finansieringen av vårdens kostnader. Detta ledde – trots befintliga högkostnadsskydd – till farhågor för att avgifterna nått sådana nivåer att de förhindrade angelägen vård, särskilt bland ekonomiskt svaga eller på annat sätt utsatta grupper i samhället.

1.2 Avgifternas roll

Som bakgrund till en närmare analys av avgiftssystemens effekter är det viktigt att komma ihåg varför vi har avgifter inom vården. Man brukar urskilja följande syften:

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

De tre första punkterna handlar om avgifterna som styrinstrument, vilket vanligen anses vara det viktigaste motivet för egenavgifter.

Att t.ex. ett besök i primärvården oftast kostar hälften så mycket som ett sjukhusbesök är följden av en medvetet vald pris-differentiering, i syfte att styra vårdefterfrågan till primärvården, som erfarenhetsmässigt är ”rätt” vårdnivå för huvuddelen av befolkningens hälsoproblem.

Det är också meningen att avgifterna ska påverka vårdefterfrågan så att den mest angelägna vården prioriteras på bekostnad av mindre angelägen eller onödig vård.

Ett problem är att det inte självklart fungerar så i praktiken. Avgifter är i detta sammanhang ett trubbigt styrinstrument. För flertalet i befolkningen är dagens avgiftsnivåer knappast något hinder. För andra, särskilt för ekonomiskt svaga grupper, finns dock en risk att även angelägna vårdbehov hindras av egenavgifter. Dessutom är det många andra faktorer som påverkar efterfrågan, såsom sjukvårdens organisation och – inte minst – vårdens tillgänglighet.

I Sverige liksom i de flesta andra jämförbara länder spelar avgifterna generellt sett en relativt begränsad roll som finansieringskälla. Det har emellertid under senare år från olika håll hävdats att välfärdssektorn står inför stora ekonomiska utmaningar framöver. En åldrande befolkning i kombination med utvecklad medicinsk teknologi och ökade standardkrav antas tillsammans med en förmodad låg produktivitetsutveckling i sektorn medföra att kostnaderna kommer att stiga kraftigt.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har beräknat att kommunernas och landstingens kostnader kommer att öka med cirka 50 procent fram till år 2035, vilket skulle innebära ett "finansieringsgap" på 200 miljarder kronor. Mot denna bakgrund menar många – om än inte alla – att det för att klara finansieringen av den framtida välfärden i allmänhet och vården i synnerhet kommer att bli nödvändigt med ett ökat inslag av privat finansiering, bl.a. i form av egenavgifter.

Jag vill här påpeka att frågan om avgifter i vården inte är okontroversiell. I Sverige har vi sedan lång tid tillbaka haft egenavgifter, t.ex. vid besök hos läkare i primärvården. Andra länder, såsom Danmark och Storbritannien, har ingen avgift för motsvarande tjänst. Detta avspeglar en skillnad i synen på egenavgifter som också varit föremål för debatt bland hälsoekonomer på internationell nivå.

De som förordar egenavgifter menar, med stöd av klassisk ekonomisk teori, att om patienten inte behöver betala någonting alls för tjänsten så kommer det att leda till överkonsumtion och därmed en välfärdsförlust för samhället. En patientavgift gör att överkonsumtionen minskar.

Detta argument för patientavgifter har inte fått stå oemotsagt. Motståndarna hävdar att de antaganden som den ekonomiska teorin bygger på inte är realistiska i detta sammanhang, bl.a. därför att patienter i allmänhet inte kan betraktas som rationella, välinformerade konsumenter.

Många menar att det är orättvist med patientavgifter över huvud taget, eftersom det alltid finns en risk att någon av ekonomiska skäl avstår från att efterfråga vård trots att behov föreligger. Det finns t.o.m. de som hävdats att avgifterna kan betraktas som en "cynisk beskattning av sjuka människor".

1.3 Problembeskrivning

I kommittédirektiven framhålls att kunskapen om de samlade effekterna av dagens system för egenavgifter och högkostnadsskydd är bristfällig. Avgifterna inom olika delar av vårdsektorn är inte samordnade, vilket innebär att den som behöver vårdinsatser av olika slag måste betala egenavgifter i flera olika avgiftssystem. Det kan leda till att ekonomiskt svaga grupper avstår från behövlig vård. Högkostnadsskydden, som syftar till att förebygga detta, medför samtidigt att många får frikort vilket kan leda till överkonsumtion.

Styreffekterna och de fördelningspolitiska konsekvenserna av dagens avgiftssystem är alltså oklara. Det är därför önskvärt att ingående analysera dessa förhållanden som underlag för överväganden om alternativa utformningar av framtidens avgiftssystem. Ett praktiskt problem i sammanhanget är att tillgången på relevant dataunderlag är begränsad. Endast beträffande läkemedel finns möjlighet att följa upp konsumtionen på individnivå, i termer av inköp av receptbelagda läkemedel. För övriga områden och avgiftssystem är informationen mycket begränsad, på såväl individ- som systemnivå.

1.4 Uppdraget

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.

Utgångspunkten för utredningen ska vara att de personer som har det sämst ställt ekonomiskt eller är mest i behov av vård eller omsorg inte ska behöva avstå från vård och omsorg på grund av höga

kostnader. Detta medför att fördelningspolitiska aspekter behöver beaktas.

Enligt direktiven ingår i uppdraget att:

- kartlägga och analysera de sammantagna effekterna av befintliga avgiftssystem och högkostnadsskydd samt de nivåer som i dag gäller inom dessa system,
- analysera hur avgifterna och högkostnadsskydden kan utformas för att effektivare styra patienter att söka vård på rätt nivå och i rätt tid, för att stimulera till förebyggande och tidiga insatser samt till en rationell användning av olika former av insatser,
- utvärdera förutsättningarna för och konsekvenserna av att öka avgiftsuttaget i syfte att stärka vårdens finansiering på längre sikt,
- identifiera alternativa utformningar av strukturerna för egenavgifter och högkostnadsskydd samt analysera konsekvenserna av dem på systemnivå och för den enskilde,
- analysera hur de administrativa kostnaderna påverkas av olika alternativa utformningar av avgiftsstrukturerna,
- analysera fördelningspolitiska aspekter av befintliga avgiftsstrukturer och framtida alternativ,
- lämna förslag till hur strukturerna för avgifter och högkostnadsskydd och de nivåer som gäller inom dessa system bör utformas och administreras i framtiden,
- lämna de konsekvensbedömningar av förslagen som behövs, särskilt i fråga om de fördelningspolitiska effekterna, och
- lämna de författningsförslag som uppdraget kan föranleda.

1.5 Utredningens avgränsningar

Under arbetets gång har jag 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. Inom äldre- och handikappomsorgen har jag endast tagit upp den rådande oklarheten kring vissa avgifter, t.ex. för

matservice. Detta innebär att områden som äldre- och handikapp-omsorg, sjukresor, hjälpmedel etc. främst berörs i redovisningen av nuvarande avgiftssystem och endast översiktligt i mina överväganden.

Utöver detta har jag i ett särskilt kapitel försökt belysa frågan om den framtida utvecklingen av vård och omsorg kommer att kräva ett ökat inslag av patientavgifter eller annan privat finansiering.

2 Nuvarande avgiftsstruktur

I detta kapitel kartläggs dagens avgiftssystem inom hälso- och sjukvård, läkemedel, tandvård, äldre- och handikappomsorgen samt för sjukresor och hjälpmedel. Fokus ligger i första hand på att beskriva de olika högkostnadsskydden som finns för hälso- och sjukvård respektive läkemedel, samt att ge en bild av hur dessa har utvecklats genom åren. Den avgiftsvariation som förekommer inom öppenvården belyses särskilt. Statligt reglerade högkostnadsskydd finns inom hälso- och sjukvård, läkemedel, tandvård samt inom äldre- och handikappomsorgen.

2.1 Öppenvård

Nedan följer en kort historisk tillbakablick på patientavgifternas och högkostnadsskyddens utveckling. Därefter presenteras dagens avgiftssystem.

2.1.1 Patientavgift

Den s.k. sjukronorsreformen som genomfördes 1970 innebar att patienten alltid betalade sju kronor per läkarbesök i offentlig vård oavsett åtgärd.¹ Mottagningen debiterade därefter Försäkringskassan resterande del av det fastställda läkararvodet. Läkarnas rätt att i tjänsten ta ut särskild ersättning av patienterna upphörde att gälla i och med reformen. Försäkringsanslutna privatläkare fick inte heller tillgodogöra sig högre arvoden än som angivits i den s.k. läkarvårdstaxan för respektive åtgärd.

Fram till och med 1990 tillämpades enhetliga patientavgifter. Den av regeringen fastställda maximala patientavgiften för ett läkar-

¹ Detta motsvarar år 2011 cirka 51 kronor.

besök i offentlig vård steg från sju kronor till 60 kronor i löpande priser mellan 1970 och 1990.

Genom 1990 års Dagmarsöverenskommelse slopades det avgiftstak som regeringen fastställt inom den öppna sjukvården. Varje sjukvårdshuvudman har sedan dess möjlighet att själv utforma sitt avgiftssystem för öppen sjukvård, inom ramen för lagstadgat högkostnadsskydd.

Sjukvårdshuvudmännen fastställer även högsta tillåtna patientavgifter för de privata vårdgivare som uppbär offentlig ersättning. De privatläkare som har vårdavtal/kontrakt omfattas således av de i landstinget fastställda patientavgifterna. I fall där läkare inte har vårdavtal med landstingen utan arbetar efter den nationella taxan står huvudmannen för mellanskillnaden mellan patientavgiften och den ersättning läkaren har rätt till enligt taxan. Detta innebär att det fr.o.m. 1991 skett en utjämning av avgiftsnivåerna så att det kostar patienten lika mycket att gå till privatläkare som till offentlig vård.

I och med att sjukvårdshuvudmännen år 1991 själva fick utforma sina avgiftssystem höjde de flesta huvudmännen patientavgifterna för besök både i primärvården och i specialistvården. Tio landsting införde differentierade avgifter som innebar högre avgifter i specialistvård än i primärvård.

Det finns en viss variation i avgiftsnivå mellan landstingen. Vård av barn och ungdomar upp till 18–20 års ålder är i de flesta landsting avgiftsbefriad.² Övrig vård som är avgiftsbefriad innefattar besök hos barnvårdscentralen, mödravårdscentralen samt barn- och ungdomspsykiatrien.

Inom primärvården varierade avgifterna för ett läkarbesök 2011 mellan 100 och 200 kronor. Inom specialistvården var variationen 0–300 kronor för ett första specialistbesök efter remiss från primärvården, medan avgiften för ett specialistbesök utan remiss från primärvården varierade mellan 230 och 320 kronor. Se Tabell 2.1.

² Följande landsting tillämpar andra regler. Inom Region Skåne tillämpas patientavgifter fr.o.m. 12 års ålder med undantag av besök inom barn- och ungdomspsykiatrien och barnhabiliteringen som är avgiftsfritt. Gotland tillämpar halv avgift för barn under 18 år. Uppsala tar ut halv avgift för barn och ungdom under 20 år med undantag av besök inom primärvården där avgiften är 0 kr. I Norrbotten betalar barn t.o.m. 19 år, liksom vuxna 250 kr för besök på jourtid och helger år 2011. Utöver detta är akutbesöken i vissa landsting avgiftsbelagda även för barn.

Tabell 2.1 Avgifter i öppenvård år 2011 – variation mellan landsting

	Primärvård husläkare	Specialistläkare	
		efter remiss från primärvården, första besöket	utan remiss från primärvården
Max	200	300	320
Min	100	0	230
Median	150	150	300

Källa: SKL.

Den sammanlagda avgiften för ett läkarbesök i primärvården som följs av ett första specialistbesök efter remiss från primärvården varierade mellan 170 och 500 kronor. Vid ytterligare ett specialistbesök betalade en patient sammanlagt minst 440 kronor och som mest 800 kronor för dessa tre besök, beroende på landsting.

Tabell 2.2 Avgifter i öppenvård år 2011 – variation mellan landsting

	Primärvård husläkare + första specialistbesök efter remiss från primärvården	Primärvård husläkare + första specialistbesök efter remiss från primärvården + andra specialistbesök
Max	500	800
Min	170	440
Median	300	600

Källa: SKL.

Liknande variationer i avgift förekom även för besök på akutmottagning. Avgiften för besök på akutmottagning varierade mellan 250 och 350 kronor. Jourtid varierade besöksavgifterna mellan 270 och 400 kronor.

Avgifter för sjukvårdande behandling varierade mellan 50 och 150 kronor om patienten går till en vårdcentral där hon är listad och mellan 80 och 200 kronor om patienten går till en annan vårdcentral.

Tabell 2.3 Avgifter i öppenvård år 2011 – variation mellan landsting

	Akutmottagning		Sjukvårdande behandling	
	dagtid	jourtid	ej listad vårdcentral	listad vårdcentral
Max	350	400	200	150
Min	250	270	80	50
Median	300	300	100	100

Källa: SKL.

2.1.2 Högkostnadsskydd

I och med sjukvårdsreformen som genomfördes 1970 lades grunden till den öppna läkarvården inom den offentliga sektorn. Försäkringsskyddet för patienten som behövde omfattande och dyrbar vård förstärktes därmed. Reformen innebar att patienten alltid betalade sju kronor per läkarbesök i offentlig vård oavsett åtgärd. Efter denna reform införde några landsting under 1970-talet högkostnadsskydd för besöksavgifter för att skydda vårdsökande mot höga sammanlagda kostnader under en begränsad tid. Ett lagstadgat högkostnadsskydd infördes den 1 juli 1981. Detta var gemensamt för sjukvård och läkemedel och hade formen av ett system med 15-kort för registrering av inköp av läkemedel samt för läkarbesök och sjukvårdande behandling. Högkostnadsskyddet utlöstes när en patient registrerats för 15 besök/läkemedelsinköp, oavsett typ av besök och läkemedelskostnad

År 1991 infördes ett nytt högkostnadsskydd, där de sammanlagda kostnaderna för patienten inte fick överstiga 1 500 kronor under en tolv månadersperiod. Gränsen för högkostnadsskyddet höjdes 1993 till 1 600 kronor, 1995 till 1 700 kronor och den 1 juli 1996 till 2 200 kronor.

Den gemensamma högkostnadsskyddet för hälso- och sjukvården och läkemedel ersattes av två separata system den 1 januari 1997. Inom hälso- och sjukvården regleras högkostnadsskyddet i 26 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Det innebar från början att man under en period på tolv månader sammanlagt behövde betala högst 900 kronor i vårdavgifter inom öppenvården, avgifter för vissa förbrukningsartiklar och avgifter för viss tandvård. När man hade betalat 900 kronor fick man ett frikort som gällde under resten av tolv månadersperioden. Barn under 18 år i samma familj fick ett gemensamt högkostnadsskydd, dvs. deras avgifter räknades samman och berättigade till frikort när dessa översteg 900 kronor.

Den 1 januari 2012 genomfördes en höjning av högkostnads-skyddet för öppenvård baserat på en historisk indexering enligt prisbasbeloppet som innebar att avgiftstaket i högkostnadsskyddet höjdes från 900 kronor till 1 100 kronor per tolv månadersperiod. Barn under 18 år i samma familj får fortsatt gemensamt högkostnadsskydd.³

Dagens system med högkostnadsskydd och frikort inom öppenvården bygger på att personalen vid varje besök noterar de avgifter patienten betalar i ett så kallat högkostnadskort. Det finns inte något centralt system där vårdpersonalen kan se patientens alla besök. Detta ställer krav på att patienten ser till att få sina stämplat i kortet i samband med besök. Alternativt kan patienten spara alla kvitton på erlagda avgifter och visa upp dem på en vårdmottagning när avgiftstaket uppnås, och därmed få ett frikort. Har patienten fått faktura måste hon kunna intyga att fakturan blivit betald, till exempel med ett kvitto på betalningen, för att kunna få en stämpel i sitt högkostnadskort.

2.2 Slutenvård

Det finns inget nationellt högkostnadsskydd för avgifter med anledning av att man är inlagd på sjukhus för s.k. slutenvård. Sedan juni 1998 finns däremot ett avgiftstak på maximalt 80 kronor per vård dag inom den slutna vården, som får tas ut som vårdavgift av landstingen enligt 26 § hälso- och sjukvårdslagen.

Slutenvård är avgiftsfri för barn och ungdomar inom alla landsting. Åldersgränsen för avgiftsfrihet varierar dock från 18 år till 20 år. Ett landsting, Östergötland, har avgiftsfri slutenvård för studenter med CSN-intyg. För resten av befolkningen ligger avgiften för slutenvård oftast på maxbeloppet 80 kronor per dag. I vissa landsting förekommer en nedsättning av avgiften (oftast till 60 kronor eller 40 kronor) beroende på t.ex. antalet vård dagar, om patienten har hel aktivitetsersättning, om patienten är över 65 år, eller om patienten har en årsinkomst under ett visst belopp. I två landsting (Västra Götaland och Västerbotten) finns ett högkostnadsskydd på 1 200 kronor per löpande 30 dagars slutenvårdsperiod.

³ Den 1 januari 2012 höjdes även högkostnadsskyddet för läkemedel från 1 800 till 2 200 kronor (se avsnitt 2.3).

Patienter som har rätt till lägre avgifter eller under sjukhusvis- telsen får rätt till lägre avgifter måste i de flesta landstingen själva ansöka om avgiftsnedsättningar.

2.3 Läkemedel

Avgiftsstrukturen för läkemedel har genom åren genomgått en rad förändringar. Tidigare fanns separata högkostnadsskydd för hälso- sjukvård respektive läkemedel, men den 1 juli 1981 infördes, som nämnts, ett gemensamt högkostnadsskydd för öppenvård och läkemedel, i form av ett system med 15-kort för registrering av inköp av läkemedel samt för läkarbesök och sjukvårdande behand- ling.

Från och med den 1 juli 1987 fick patienten betala hela läke- medelskostnaden upp till 60 kronor, medan läkemedelsförmånen stod för överskjutande kostnad. Beloppsgränsen höjdes successivt men principen kvarstod fram till 1992.

Ett nytt system infördes den 1 juli 1992 som innebar att patien- ten fick betala 120 kronor per recept plus 10 kronor extra för varje tillkommande läkemedel per expedieringstillfälle. Även i detta system kom beloppen att förändras flera gånger.

Den 1 januari 1993 infördes en högsta rabattgräns – referenspris – för vissa grupper av utbytbara läkemedel. För läkemedel som hade högre pris än referenspriset var patienten tvungen att själv betala mellanskillnaden, även om hon hade frikort.

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

Det gemensamma högkostnadsskyddet för öppenvårdsbesök och läkemedel ersattes av två separata system. Det högkostnads- skydd för läkemedel som då infördes, och som ligger till grund för dagens system, bygger på att den enskilda patienten får sin totala läkemedelskostnad under en tolv månadersperiod stegvis reducerad enligt en trappstegsmodell, den s.k. förmånstrappan, beroende på hur stor totalkostnaden är.

Patienten betalade hela kostnaden upp till 400 kronor, 50 procent mellan 400 och 1 200 kronor, 25 procent mellan 1 200 och 2 800 kronor, samt 10 procent mellan 2 800 och 3 800 kronor.

Sammanlagt betalade patienten därmed som mest 1 300 kronor under en 12-månadersperiod.

Avgiftstaket i högkostnadsskydet höjdes den 1 juni 1999 till 1 800 kronor per tolv månadersperiod. Avgiftsstrukturens utformning ändrades något så att patienten upp till 900 kronor betalade hela kostnaden, mellan 900 och 1 700 kronor 50 procent, mellan 1 700 och 3 300 kronor 25 procent, samt mellan 3 300 och 4 300 kronor 10 procent av kostnaden.

När lagen om läkemedelsförmåner m.m. (2002:160) trädde i kraft i oktober 2002 infördes nya regler för s.k. generiskt utbyte av läkemedel, en utveckling av det referensprissystem som införts 1993. Dessa regler innebar att apotekspersonalen skulle byta ut ett originalläkemedel vars patent gått ut mot den billigaste likvärdiga kopian som fanns i lager när en kund lämnade in ett recept. Det enda undantaget, då ett läkemedel inte fick bytas ut, var om förskrivaren på receptet hade markerat att utbyte av medicinska skäl inte fick ske. Skulle patienten vilja ha det förskrivna läkemedlet fick hon betala mellanskillnaden i kostnad mellan det läkemedel som skrivits ut på receptet och den billigaste generika som fanns på lager.

I januari 2010 skärptes reglerna för generiskt utbyte av läkemedel så att apoteken alltid måste byta ut det läkemedel patienten fått förskrivet på recept mot det billigaste läkemedlet som finns på den svenska marknaden, den s.k. periodens vara.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) utser periodens varor inom varje läkemedelsgrupp där generiskt utbyte är möjligt och samtliga apotek är skyldiga att lagerhålla periodens vara. Vill patienten hellre ha det utskrivna läkemedlet måste hon betala mellanskillnaden mellan läkemedlet och periodens vara. Patienten kan på apoteket begära att utbyte sker mot ett annat utbytbart läkemedel med samma effekt som periodens vara, men måste då betala hela kostnaden själv.

Ett nytt system för statsbidrag för läkemedel infördes 2002 som innebar att landstingen fick ett statsbidrag baserat på behov (bl.a. demografisk och socioekonomisk struktur) och inte som tidigare på faktiska kostnader. Landstingen får på så sätt incitament att effektivisera sin läkemedelsanvändning, eftersom de får behålla eventuella överskott mellan statsbidrag och förmånskostnad.

Den 1 januari 2012 genomfördes en höjning av avgiftstaket baserat på en historisk uppräknings enligt prisbasbeloppet. Avgiftstaket höjdes från 1 800 kronor till 2 200 kronor per tolv månaders-

period. Även beloppen inom förmånstrappan för läkemedel höjdes, så att patienten

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

Läkemedel som inte ingår i förmånerna samt läkemedel med merkostnad inom det generiska utbytessystemet kan innebära att patientens läkemedelsutgifter under en tolv månadersperiod överstiger 2 200 kronor. Läkemedel som används inom den slutna vården betalas dock av sjukvårdshuvudmännen. Läkemedelsförsörjningen till vissa äldreboenden hanteras inom ramen för rekvisition. I dessa äldreboenden får viss utbildad personal bryta förpackningar och dispensera läkemedel till de äldre. Andra lösningar för att hantera läkemedel för de äldre är via s.k. Apodos. Apodos innebär att läkemedel förpackas maskinellt efter ordination. En sådan förpackning gör det enklare för patienten själv eller för vårdgivare att dispensera läkemedel. Apodos förskrivs på recept och ingår i förmånen.

Systemet med högkostnadsskydd och frikort för läkemedel vilar på ett centralt datoriserat system som alla apotek har tillgång till. Patienten behöver därmed inte spara på sina kvitton för att få ta del av högkostnadsskyddet. Detta sköts per automatik av apoteken som även kan se patientens alla läkemedelsuttag.

Enligt 6 § lagen (2009:366) om handel med läkemedel ska apoteken erbjuda konsumenter delbetalning av läkemedel och varor som omfattas av lagen om läkemedelsförmåner m.m. Det är sedan upp till varje enskilt apotek att utforma en delbetalningsplan.

Före apoteksomregleringen 2010 gjordes ingen kreditprövning när en kund ville använda sig av delbetalningstjänsten. I och med omregleringen skärptes kraven så att nya kunder med betalningsanmärkning inte längre har rätt att använda sig av delbetalning. Gamla kunder som har betalningsanmärkning men som inte har misskött sina betalningar av läkemedel har dock fortfarande möjlighet att använda delbetalningstjänsten på apotek som ingår i Apoteket AB.

2.4 Sjukresor

Det finns inget nationellt högkostnadsskydd för sjukresor, men alla landsting utom Blekinge och Östergötland erbjuder högkostnadsskydd för sjukresor.

Sjukresa definieras som en resa som sker från och till en persons hemadress vid besök hos en vårdenhet för vård och behandling, enligt bestämmelser om ersättningsberättigade resor. Beslut om ersättning och färdmedelsval grundas på en medicinsk bedömning från vårdgivaren. I lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor (SFS 1991:419) och ändringar i lagen (SFS 2008:150) anges landstingens skyldigheter att lämna ersättning för resekostnader.

Utformningen av ett eventuellt högkostnadsskydd bestäms av landstingen, liksom vilka avgifter som tas ut. Avgiftstaket varierar mellan 1 000 kronor och 2 000 kronor i olika landsting, som framgår av Tabell 2.4. Bakom denna spridning döljer sig även en stor variation gällande vilka egenavgifter som tas ut vid sjukresor samt vilka färdmedel som berättigar till ersättning.

Tabell 2.4 Högkostnadsskydd vid sjukresor, 2011

Högkostnadsskydd vid sjukresor	
Max	2 000
Min	1 000
Median	1 400

Källa: Respektive landstings hemsida.

Den administrativa hanteringen av frikort och högkostnadsskydd för sjukresor skiljer sig mellan länen. I vissa län vilar systemet på ett pappersbaserat system där patienten själv måste spara kvitton och ansöka om frikort när hon har uppnått frikortsgränsen för egenavgifter. Andra län har datoriserade system som automatiskt bevakar alla registrerade egenavgifter och i förekommande fall utfärdar frikort.

2.5 Tekniska hjälpmedel

Att tillhandahålla hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning är en skyldighet för landstingen och kommunerna enligt hälso- och sjukvårdslagen. Det finns inget nationellt högkostnadsskydd för tekniska hjälpmedel. Införande och utformning av eventuella högkostnadsskydd bestäms av landstingen. Varje landsting och kommun beslutar själv om vilka produkter som ska betraktas som hjälpmedel, och vilka avgifter som ska tas ut.

Avgifter för hjälpmedel förekommer i samtliga landsting och inom alla hjälpmedelsområden. Avgiftsnivåer och typ av avgifter skiljer sig mellan olika former av hjälpmedelsverksamhet, t.ex. hjälpmedelscentraler, hörcentraler, syncentraler och ortopedtekniska avdelningar (OTA). Avgifterna varierar både inom och mellan landsting, vilket gör det svårt att få en samlad bild av det nuvarande systemet.

De avgifter som tas ut är bl.a. besöks-, egen-, service- och utprovningssavgifter, hyra, avgifter för förbrukningsmaterial samt årsavgifter. Egenavgifter tas ofta ut som del av hjälpmedlets faktiska kostnad, vilket innebär att nivån på egenavgifterna varierar och kan ändras över tiden. Fyra landsting erbjuder i dag högkostnadsskydd för tekniska hjälpmedel, vilka dock inte är heltäckande.

Avgifter för hjälpmedel omfattas i regel inte av högkostnadsskyddet för den öppna hälso- och sjukvården. Däremot brukar besöksavgifter eller utprovningssavgifter, som vissa landsting tar ut i samband med att hjälpmedel förskrivs, omfattas av högkostnadsskyddet.

I en kartläggning gjord av Hjälpmedelsinstitutet 2008 uppgav en majoritet av landstingen att det finns gemensamma regelverk för landsting och kommun rörande hjälpmedelscentralens område. Några uppgav att det förekommer gemensamma regelverk även för övriga hjälpmedelsområden, dvs. inom syncentral, hörcentral och OTA. Utvecklingen har enligt undersökningen gått mot en ökad grad av behovsstyrning, förtydligande av förskrivansvar, ökad samsyn kring regelverk och policy mellan kommuner och landsting samt avgränsning av huvudmannaansvar.

Ett gemensamt regelverk innebär ofta att de olika verksamheterna har samma grundsyn gällande vilka behov som ska tillgodoses och vilka målgrupper som ska få tillgång till hjälpmedel. Gemen-

samt regelverk påverkar dock sällan vilka avgifter som tas ut inom respektive område.

Av de fyra landsting som har högkostnadsskydd för hjälpmedel har tre ett samlat högkostnadsskydd som omfattar alla hjälpmedelscentraler förutom ortopedtekniska avdelningar. Nivån på högkostnadsskyddet ligger på 2 000 kronor i Stockholm, 900 kronor i Uppsala och 1 800 kronor i Västernorrland. Ett landsting, Värmland, har separata högkostnadsskydd för hörcentralen och för ortopedtekniska avdelningen på 4 000 kronor respektive 1 900 kronor.

I de fall högkostnadsskydd finns bygger den administrativa hanteringen på ett pappersbaserat system där patienten själv bevakar att avgifterna förs in i högkostnadskort, eller sparar kvitton för att få frikort utfärdat.

Den senaste kartläggningen av avgiftsstrukturen för hjälpmedel gjordes, som nämnts, 2008 av Hjälpmedelsinstitutet. Samma år gjorde Synskadades Riksförbund en öppen jämförelse av rehabilitering för personer med synskada. Hörselskadades Riksförbund gjorde år 2011 en sammanställning av patienternas kostnader vid utprovning av hörapparat.

2.5.1 Hörcentral

Både avgiftsnivå och vilken kombination av besöks-, utprovnings- och hörapparatavgift som tas ut av hörcentralen skiljer sig åt mellan landstingen.

I 15 av 21 landsting utgår en besöksavgift på hörcentralen. Besöksavgiften ingår då i högkostnadsskyddet för öppenvård. Avgiften varierar mellan 50 kronor och 200 kronor beroende på landsting.

I fem landsting tar man ut en avgift för hörapparat. Två av dessa landsting har ett procentuellt avgiftstak där patienten betalar 15 procent av priset på hörapparat, medan de övriga tre landstingen har ett kostnadstak där allt över en viss summa (3 000 kronor–3 500 kronor) betalas av patienten.

I 15 landsting får patienten betala en utprovningsavgift för hörapparater. Avgiften ingår inte i högkostnadsskyddet för öppenvård, men däremot i högkostnadsskyddet för hjälpmedel i de fyra landsting som erbjuder detta. Avgiften varierar mellan 300 kronor och 1 500 kronor, utprovningsavgiften tas ut antingen per hörapparat eller som en generell utprovningsavgift oavsett om patienten behöver en eller två hörapparater.

2.5.2 Syncentral

Enligt senaste rapporten från Synskadade Riksförbund från 2008 tog två tredjedelar av landstingen ut en avgift för besök på syncentralen. Avgiften varierade mellan landstingen, från 50 kronor till 100 kronor. Hälften av landstingen tog ut en avgift för hjälpmedel. Reglerna kring avgifterna varierade mycket. I Uppsala kostade ett hjälpmedel 300 kronor, två 450 kronor medan avgiften var 600 kronor för tre eller fler hjälpmedel. I vissa landsting tar man ut avgift endast för glasögon. I Sörmland tas en årlig avgift ut för datorer. I Värmland tas en avgift för optiska hjälpmedel och en månadsavgift för datorstöd och förstorande TV-system (CCTV).

2.5.3 Hjälpmedelscentral

Avgifter för hjälpmedel från hjälpmedelscentraler förekommer hos samtliga landsting. Det finns dock enskilda kommuner som inte tar ut några avgifter. De avgifter som tas ut är olika kombinationer av besöks-, egen-, service- och utprovningssavgifter. Egenavgifter tas ofta ut som en del av hjälpmedlets faktiska kostnad, vilket gör att nivån på egenavgifterna varierar. Kostnaden för ett hjälpmedel kan variera över tiden. Landstingen har även olika regler om hur egenavgifter debiteras då dubbelutrustning behövs.

För t.ex. peruker kan patienten beroende på landsting få ett bidrag upp till 6 000 kronor vid permanent behov, betala en egenavgift på 1 000 kronor, eller i vissa landsting inte behöva betala någon avgift alls.

2.5.4 Ortopedteknisk avdelning

Samtliga landsting som medverkade i kartläggningen som gjordes av Hjälpmedelsinstitutet 2008 uppgav att det förekommer avgifter inom det ortopedisktekniska området. Avgifterna är egenavgifter, besöksavgifter, utprovningssavgifter samt specificerade avgifter för de olika artiklar som förskrivs. Inlägg, skor, ortoser och korsetter är avgiftsbelagda. Flera landsting tar ut avgift även för skor till barn. I de flesta landsting har avgifterna höjts på senare år.

2.5.5 Fritt val av hjälpmedel

Under perioden våren 2008 till slutet av 2009 genomfördes en försöksverksamhet med fritt val av hjälpmedel i landstingen i Kronoberg, Stockholm och Sörmland. Syftet med projektet var att öka den enskildes möjlighet att själv välja hjälpmedel som bättre överensstämmer med hans eller hennes behov och önskemål. Det som skiljer Fritt val av hjälpmedel från det nuvarande systemet är att användaren får en rekvisition på anvisat belopp och hjälpmedel och får sedan själv inhandla, äga och ansvara för hjälpmedlet. Om den enskilde väljer en dyrare produkt än vad som anges i rekvisitionen står denne själv för merkostnaden. Förskrivaren har fortfarande ansvar för habiliteringen och rehabiliteringen, men har inte uppföljningsansvaret för det specifika hjälpmedlet. Däremot ansvarar förskrivaren för att egenvårdsbeslutet planeras, omprövas när förutsättningarna ändras samt regelbundet följs upp.

De landsting som ingick i försöksprojektet har valt att fortsätta med denna modell. Utredningen om fritt val av hjälpmedel har i december 2011 lämnat förslag på hur ett system för fritt val av hjälpmedel kan utformas för att stödja, underlätta och främja införandet av fritt val av hjälpmedel i kommuner och landsting (SOU 2011:77). Många landsting och kommuner har enligt utredningen varit intresserade av att erbjuda Fritt val och fattat beslut om det men valt att avvakta utredningens arbete.

2.6 Högkostnadsskydd – översikt

Som framgått ovan finns det ett nationellt högkostnadsskydd för öppenvårdsbesök och ett för läkemedel. Dessutom finns det i de flesta landstingen separata högkostnadsskydd för sjukresor. Fyra landsting har även särskilt högkostnadsskydd för hjälpmedel. Som framgår av Tabell 2.5 innebär variationen mellan avgiftstaken i olika landsting att den enskilde individens bosättningsort kan spela stor roll för hur hög den sammanlagda maximala utgiften för vård kan bli. Kostnaderna och därmed variationen mellan landsting kan bli ännu större där man inte har högkostnadsskydd för tekniska hjälpmedel.

Tabell 2.5 Högkostnadsskydd, år 2011

	Alla landsting (spridning)	Uppsala	Väster- norrand	Stockholm	Värmland
Besök i öppenvård (fr.o.m. 2012-01-01)	900 (1 100)				
Läkemedel (fr.o.m. 2012-01-01)	1 800 (2 200)				
Sjukresor*	1 000–2 000	1 400	1 200	1 400	1 500
Tekn hjälpmedel**	900–4 000	900	1 800	2 000	4 000
Total (fr.o.m. 2012-01-01)		5 000 (5 600)	5 700 (6 300)	6 100 (6 700)	8 200 (8 800)

* Alla landsting utom två har ett högkostnadsskydd för sjukresor. Underliggande avgifter samt vilka resor som subventioneras eller ingår i detta varierar mellan landsting.

** Fyra landsting har ett högkostnadsskydd för hjälpmedel. Avgifter, besöksavgifter, utprovningavgifter etc. varierar mellan landstingen. I Värmland ingår t.ex. enbart hörselhjälpmedel i högkostnadsskyddet.

2.7 Äldre och handikappomsorg

Äldre- och handikappomsorgen är huvudsakligen kommunernas ansvar och regleras av socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Enligt 8 kap. 3–8 §§ socialtjänstlagen och 26 § hälso- och sjukvårdslagen får avgiften för hemtjänst i ordinärt och särskilt boende, dagverksamhet samt kommunal hälso- och sjukvård per månad uppgå till högst en tolfedel av 0,48 gånger prisbasbeloppet, det så kallade högkostnadsskyddet. För år 2011 motsvarar det 1 712 kronor per månad eller 20 544 kronor per år. Avgiften begränsas även genom det s.k. förbehållsbeloppet, dvs. avgiften får inte uppgå till ett större belopp än att den enskilde har tillräckliga medel kvar för sina personliga behov och andra normala levnadskostnader. Även om avgift för trygghetslarm inte ingår i avgiften för hemtjänst utan tas ut som en särskild avgift så ska bestämmelserna om inkomstberäkning och avgiftsutrymme följas.

Förbehållsbeloppet utgörs av den faktiska bostadskostnaden samt ett minimibelopp för normala levnadskostnader. För ensam-boende ska minimibeloppet per månad utgöra lägst en tolfedel av 1,3546 gånger prisbasbeloppet. För år 2011 motsvarar det 4 832 kronor per månad. Minimibeloppen ska täcka normalkostnader för varor och tjänster som ett hushåll vanligen behöver för att klara vardagens behov. Enligt förarbetena till bestämmelserna i 8 kap. 7 § SoL (prop. 2000/01:149 s. 39) ska minimibeloppet täcka

bl.a. utgifter för livsmedel, kläder och skor, fritid, hygien, förbrukningsvaror, dagstidning, telefon, TV-avgift, möbler och husgeråd, hemförsäkring, hushållsel, resor, samt för tandvård, öppen hälso- och sjukvård och läkemedel.

Om den enskilde på grund av särskilda omständigheter varaktigt har behov av ett högre belopp ska kommunen höja minimibeloppet i skälig omfattning. Enligt propositionen 2000/01:149 om avgifter inom äldre- och handikappomsorg bör levnadskostnader för yngre personer med funktionsnedsättning, efter en individuell prövning, beräknas till en nivå som överstiger minimibeloppet upp till 10 procent. För år 2011 innebär det en uppräknig av minimibeloppet med högst 483 kronor per månad. Även för äldre personer finns möjlighet att pröva ett höjt minimibelopp för att täcka varaktiga merkostnader.

Förbehållsbeloppet utgör dock ingen garanti för att den enskilde har dessa medel, t.ex. då individen har hyra över taket för bostadstillägg eller har avgifter för mat i särskilt boende som överstiger schablonkostnaden för livsmedel.

Ett skäl till att förbehållsbeloppet inte beaktar den enskildes inkomst eller förmögenhet är att aktiv avgiftsplanering, dvs. att på olika sätt undanhålla tillgångar så att de inte tas med i avgiftsberäkningen, ska motverkas. Skillnaderna mellan olika individer i avgifter för samma insats ska inte heller behöva upplevas som orättvis (prop. 2000/01:149, s. 43).

2.7.1 Avgifter beslutade enligt andra bestämmelser än SoL

Kommunernas avgifter är i första hand baserade på SoL, men tas också ut enligt andra bestämmelser. Hyra i särskilt boende tas ut enligt bestämmelser i 12 kap. jordabalken. Avgifter för varor eller tjänster som inte är hemtjänst kan baseras på faktisk kostnad eller kommunens självkostnad enligt 8 kap 3 c § kommunallagen (1991:900). Avgifterna för t.ex. matlådor varierar mellan olika kommuner. I en del kommuner kostar sådan mat 40 kronor per portion och i andra kommuner 60 kronor per portion. Matavgiften för dem som bor i särskilt boende varierar också, från 1 428 kronor per månad till 3 990 kronor per månad.

Även andra tjänster kan prissättas på olika sätt. I vissa kommuner betalar den enskilde varans eller tjänstens faktiska pris, och hemtjänstens hjälp ingår som en del i avgiften för hemtjänst. En del

kommuner minskar den enskildes förbehållsbelopp med schablonkostnaden för en eller flera kostnadsposter i Konsumentverkets hushållsbudget, t.ex. förbrukningsartiklar eller möbler. Andra kommuner tillhandahåller produkter eller tjänster mot en avgift baserad på självkostnad. Ytterligare exempel på sådant som kan ingå i fasta avgifter är el, tv, hyra av säng och andra möbler, madrass och husgeråd.

Kommunerna kan sätta ned avgifterna för dem som inte har möjlighet att betala kommunens pris, men är inte skyldiga att göra det. Detta innebär i princip att kommunerna vid avgiftssättning enligt självkostnadsprincipen inte behöver följa socialtjänstlagens bestämmelser om inkomstberäkning eller högkostnadsskydd.

2.8 Tandvård

Då en allmän tandvårdsförsäkring infördes 1974, var syftet att göra tandvård ekonomiskt tillgänglig för hela befolkningen på lika villkor. Försäkringen omfattade alla typer av behandlingar och subventionen omfattade alla åtgärder. Statens utgifter för tandvård ökade emellertid kraftigt, en fördubbling mellan 1974 och 1980, i fasta priser. För att motverka detta fick patienterna gradvis betala en allt större del av tandvårdskostnaderna.

En ny tandvårdsreform trädde i kraft den 1 januari 1999. Avsikten var att tandvårdsstödet, som omfattar alla från 20 års ålder, skulle ge ett ekonomiskt stöd för den så kallade bastandvården och ett visst, men mycket begränsat, stöd för protetiska åtgärder (kronor, broar, implantat m.m.). Syftet var att ge ekonomiskt stöd för att förhindra framtida större tandvårdsbehov.

Med reformen den 1 januari 1999 infördes också en möjlighet att erbjuda abonnemangstandvård. Det innebär att patienten fick möjlighet att teckna ett avtal för tandvård med fast årlig patientavgift. I samband med reformen 1999 upphörde även den tidigare prisregleringen på tandvård och prissättningen blev fri.

Utformningen av tandvårdsstödet ledde emellertid till höga kostnader för dem som har behov av omfattande protetiska åtgärder. Detta gällde inte minst äldre personer. Det var bakgrunden till att regelverket ändrades den 1 juli 2002 för patienter som är 65 år eller äldre. Ersättningsnivåerna för bastandvården höjdes och ett högkostnadsskydd för protetiska behandlingar infördes med avdrag för ett karensbelopp om 7 700 kronor.

Det nuvarande statliga tandvårdsstödet trädde i kraft den 1 juli 2008 och regleras i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd. Det statliga tandvårdsstödet består av två delar. Den första delen utgörs av ett allmänt tandvårdsbidrag om 150 kronor per år för åldersgrupperna 30–74 år och 300 kronor per år för de som är 20–29 år och de som är 75 år och äldre. Den andra delen består av ett skydd mot höga kostnader som innebär att patienten under ett års ersättningsperiod själv betalar tandvårdsavgifter upp till ett första karensbelopp som för närvarande är 3 000 kronor och 50 procent av tandvårdsavgifterna mellan 3 000 kronor och 15 000 kronor. För tandvårdsavgifter utöver 15 000 kronor betalar patienten endast 15 procent av tandvårdsavgifterna under återstoden av ersättningsperioden. Beräkningen av patientens tandvårdsavgift grundar sig på det statliga referenspriset alternativt vårdgivarens pris om detta är lägre. En patient som har abonnemangstandvård är berättigad till det allmänna tandvårdsbidraget, men kan däremot inte få ersättning från högkostnadsskyddet för sådan tandvård som ingår i abonnemangsavtalet.

Den 1 januari 2013 införs även ett särskilt tandvårdsbidrag inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. Bidraget kan lämnas för tandvård till patienter med sjukdomar eller funktionsnedsättningar som medför risk för försämrad tandhälsa.

Liksom tidigare ansvarar landstingen för den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården som ges t.o.m. det år en person fyller 19 år. Landstingen ansvarar också för tandvårdsstöd till äldre och funktionshindrade med stort omsorgsbehov, till personer som behöver tandvård som led i en sjukdomsbehandling och till personer som behöver viss oralkirurgi.

Inom tandvården gäller oftast inte sjukvårdens högkostnads-skydd. Enligt 15 a § sjätte stycket tandvårdslagen (1985:125) gäller dock bestämmelserna om avgifter i den öppna vården enligt hälso- och sjukvårdslagen för dels sådan tandvård som avses i 8 a § tandvårdslagen, dels undersökning för och utförande av oralkirurgisk behandling som kräver ett sjukhus tekniska och medicinska resurser.

Den tandvård som omfattas av 8 a § tandvårdslagen är nödvändig tandvård som ges dels till dem som omfattas av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, dels till dem som har varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och som kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för eller som får hem-sjukvård eller som är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård eller omsorg. Även tandvård till personer med behov

av särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid omfattas av bestämmelserna om avgifter i hälso- och sjukvårdslagen. Fr.o.m. den 1 januari 2013 ska även personer med stora behov av tandvård på grund av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning kunna få tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift.

Det statliga tandvårdsstödet, som omfattar alla personer fr.o.m. det år de fyller 20 år, administreras av Försäkringskassan. I motsats till många andra förmåner som administreras av Försäkringskassan sker utbetalningen till vårdgivaren, inte till den försäkrade individen.

För varje tandvårdsåtgärd som ingår i högkostnadsskyddet finns ett referenspris som är fastställt av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) och som ersättningen till patienten beräknas utifrån. Om tandläkarens pris är högre får patienten själv betala mellanskillnaden. Vilka tandvårdsåtgärder som omfattas av den statliga subventionen bestäms också av TLV.

Vårdgivarna har ansvar för att bedöma om en tandvårdsåtgärd ger rätt till ersättning. Om ersättning har betalats ut med ett för högt belopp är vårdgivaren skyldig att betala tillbaka pengarna till Försäkringskassan. Om patienten har lämnat felaktiga uppgifter får vårdgivaren i sin tur kräva patienten på beloppet.

Referenser

- Försäkringskassan (2011) *Nyttjande av det statliga tandvårdsstödet som infördes 1 juli 2008: analys utifrån ett demografiskt och socioekonomiskt perspektiv*, Socialförsäkringsrapport 2011:9.
- Hjälpmiddelsinstitutet (2008) *Landstingens och kommunernas regelverk och förskrivning av hjälpmedel mellan åren 2006–2008*, Hjälpmiddelsinstitutet.
- Hörselskadades Riksförbund (2011) *”Avgiftsanarki” i landstingen drabbar hörselskadade*, Faktabladd från Hörselskadades Riksförbund. www.hrf.se.
- Nysam, Nyckeltal 2010, Rapport Syncentraler.
- Socialstyrelsen (2000) *Patientavgifter och vårdefterfrågan: en kunskapsöversikt*. Stockholm, Socialstyrelsen, 2000 (SoS-rapport 2000:8).
- Socialstyrelsen (2002) *Vårdens värde: vad får vi för pengarna i vård och omsorg?* Stockholm, Socialstyrelsen.

- Statens Offentliga Utredningar (1995) *Reform på recept*. Delbetänkande av HSU 2000, SOU 1995:122.
- Statens Offentliga Utredningar (2011) *Hjälpmedel – ökad delaktighet och valfrihet*. Betänkande av utredningen om fritt val av hjälpmedel, Statens Offentliga Utredningar, SOU 2011:77.
- Sveriges kommuner och Landsting (2011) *Sammanställning över landstingens patientavgifter i öppen och sluten vård, som gäller fr.o.m. den 1 januari 2011*, SKL, www.skl.se/overenskommelser
- Synskadades Riksförbund (2008) *Öppen jämförelse av rehabilitering för personer med synskada*, www.srf.nu

3 Erfarenheter av dagens system

3.1 Inledning

En viktig utgångspunkt för mitt arbete med att ta fram förslag till framtida utformning av avgiftsstrukturen har varit att bilda mig en uppfattning om effekterna av gällande avgiftssystem och högkostnadsskydd, inklusive fördelningsmässiga konsekvenser. Detta har visat sig lättare sagt än gjort, främst på grund av brister i den rutinmässiga uppföljningen av dagens avgiftssystem, och därmed i dataunderlaget.

I detta kapitel görs ändå ett försök att så långt möjligt redovisa i vad mån avgifterna hittills uppfyllt sina syften vad gäller styrning, fördelning och bidrag till finansiering av vården.

3.2 Effekter på styrning av vårdefterfrågan

Ett huvudsyfte med avgifter inom vården är att styra vårdefterfrågan till "rätt" vårdnivå, och att öka kostnadsmedvetenheten, men även att påverka vårdefterfrågan så att den mest angelägna vården prioriteras.

3.2.1 Öppenvård

För att få en uppfattning om effekterna på styrning av vårdefterfrågan har jag studerat utvecklingen av antalet vårdbesök och hur dessa fördelar sig på olika vårdnivåer.

Utveckling av antalet besök i öppenvården

Under 2010 var antalet läkarbesök i genomsnitt 2,7 per invånare, varav 1,4 avsåg besök hos primärvården. Sett över tid har antalet läkarbesök ökat i primärvården och minskat i den specialiserade vården, som framgår av Tabell 3.1. Andelen primärvårdsbesök har därmed ökat och uppgick år 2010 till 55 procent.

Tabell 3.1 Antal läkarbesök per 1000 invånare i Sverige 1997–2010 samt procentuell utveckling under perioden

År	Primärvård	Specialiserad vård	Totalt	Andel primärvård
1997	1 367	1 302	2 670	51 %
1998	1 435	1 331	2 766	52 %
1999	1 401	1 321	2 722	51 %
2000	1 358	1 292	2 650	51 %
2001	1 387	1 280	2 667	52 %
2002	1 378	1 244	2 622	53 %
2003	1 322	1 222	2 544	52 %
2004	1 311	1 273	2 584	51 %
2005	1 341	1 246	2 587	52 %
2006	1 353	1 241	2 594	52 %
2007	1 344	1 232	2 576	52 %
2008	1 364	1 237	2 601	52 %
2009	1 366	1 157	2 523	54 %
2010	1 409	1 154	2 563	55 %
1997–2010	3,1 %	-11,4 %	-4,0 %	

Källa: Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada).

Denna förskjutning mot en ökad andel primärvårdsbesök kan tyda på att efterfrågan på öppenvård, genom en medvetet vald pris-differentiering, har kunnat styras till primärvården. Det är emellertid inte möjligt att på grundval av dessa data på nationell nivå dra några säkra slutsatser om i vad mån denna effekt kan tillskrivas avgiftsdifferentieringen.

Möjligheten att peka på ett orsakssamband mellan avgifter och efterfrågan inom vården är begränsad pga. att det inte gjorts någon systematisk uppföljning av hur förändringar i avgifter påverkar vårdefterfrågan. Det saknas även samlad information om hur efterfrågan på vårdtjänster påverkas av att patienten nått upp till frikortsgården.

Det finns heller inget entydigt samband mellan avgiftsnivå och besöksvolym för 2010. Landsting med höga patientavgifter har inte lägre besöksfrekvens än landsting med låga avgifter.

Samtliga landsting införde från och med den 1 januari 1998 avgiftsfrihet för barn och ungdomar vid läkarbesök i öppenvård. De landsting som följde upp konsekvenserna av nolltaxan för barn visade på en ökning av besöksfrekvensen med 15–17 procent för denna åldersgrupp. Antalet besök låg även två år efter reformen kvar på en högre nivå än före nolltaxan, vilket talar för att det inte var en temporär effekt.

Införande eller borttagande av avgifter förefaller alltså ha betydande tröskleffekter. Det är däremot osäkert om nolltaxan för barn och ungdomar har lett till onödiga läkarbesök och i så fall om andra grupper undanträngts från vård.

3.2.2 Läkemedel

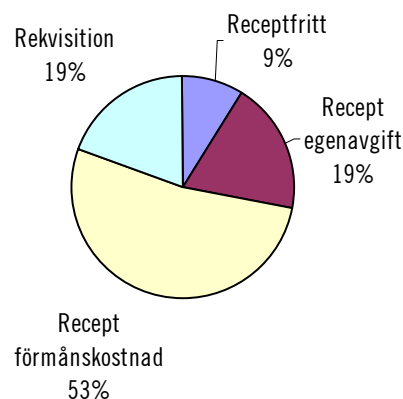
Högekostnadsskyddet för läkemedel bygger på principen att lågkonsumenter av läkemedel betalar en större andel av sina kostnader än högkonsumenter. Dagens system innebär att uttag av receptbelagda läkemedel inom förmånerna blir helt avgiftsfria för patienten när gränsen för frikort är uppnådd. Högekostnadstrappans konstruktion innebär också att de första stegen av trappan kan ge patienten en uppfattning om vad läkemedel faktiskt kostar och därmed bidra till en viss kostnadsmedvetande.

Utformningen av läkemedelsförmånen och andra strukturer runt läkemedelsförsäljningen har som syfte att styra patienternas läkemedelskonsumtion, men även att påverka landstingen att begränsa sina läkemedelskostnader. Det är således av intresse att följa hur de totala läkemedelskostnaderna och landstingens kostnader för läkemedelsförmånen har utvecklats, men också hur konstruktionen av läkemedelsförmånen har påverkat individers läkemedelsinköp. Det bör noteras att läkemedelförskrivning, läkemedelsförsäljning och faktiskt läkemedelsanvändning inte är samma sak. Tillgången på data är dock f.n. begränsad till läkemedelsförsäljningen.

Utveckling av läkemedelskostnaderna

De totala kostnaderna för läkemedel uppgick år 2010 till cirka 35,6 miljarder kronor. I dessa kostnader ingår både landstingens och patienternas kostnader (inom såväl som utom förmånen) samt receptfria inköp på apotek (se diagram nedan).

Diagram 3.1. Fördelning av totala läkemedelskostnader per försäljningsätt 2010, (100 % = 35,6 miljarder kronor)



Not: Receptfritt (enbart apotek).
Källa: Apotekens Service, Concise.

De totala kostnaderna för förmånsläkemedel inklusive handelsvaror uppgick 2010 till 25,8 miljarder kronor (Tabell 3.2). Av dessa kostnader finansierar patienternas avgifter cirka 5 miljarder kronor. För landstingens del tillkommer 6,9 miljarder kronor för läkemedel på rekvisition inom slutenvården.

Tabell 3.2 Landstingens och patienternas kostnader för förmånen och rekvisition 2010. Miljoner kronor och andel

	2010
Förmånskostnad landsting	
läkemedel ¹	18 767
handelsvaror	1 970
<i>Totalt förmånskostnad</i>	<i>20 737</i>
Patientavgift	
läkemedel	5 056
handelsvaror	33
<i>Totalt patientavgift</i>	<i>5 089</i>
Totalt förmånsläkemedel	25 826
Rekvisition	6 875

1. Humanläkemedel ATC A-V.

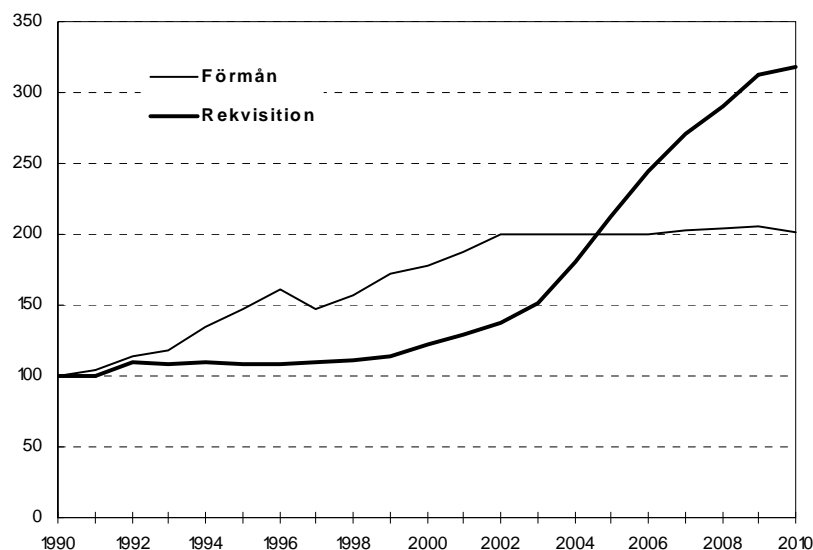
Källa: Socialstyrelsen, Läkemedelsförsäljning i Sverige, maj 2011.

Landstingen tog över betalningsansvaret för läkemedelsförmånen från staten år 1997. Landstingen erhåller dock ett specialdestinerat läkemedelsbidrag från staten för att finansiera förmånskostnaderna. Fram t.o.m. 2001 fick landstingen ersättning för sina faktiska förmånskostnader av staten, men från 2002 har landstingen i stället fått ett statsbidrag efter beräknat behov på basis av bl.a. demografisk struktur.

Det behovsbaserade statsbidraget innebär att landstingen inte själva kan påverka sitt statsbidrag. En effekt av denna förändring var att landstingen fick ett tydligare kostnadsansvar. Samtidigt fick landstingen själva stå för risken om kostnaderna översteg statsbidraget. Utformningen av statsbidragsavtalet för läkemedel har ändrats över tid med olika vinst- och förlustdelningsmodeller.

Sett över tiden har kostnaderna för förmånen varierat, vilket framgår av Figur 3.2. Från att ha ökat i snabb takt mellan åren 1990 och 2002, då kostnaderna fördubblades i fasta priser, har de varit relativt konstanta perioden därefter. Det var år 2002 som generikareformen trädde i kraft.

Figur 3.2 Procentuell kostnadsutveckling för läkemedelsförmånen och för rekvisitionsläkemedel. Fasta priser (KPI), 1990=100



Källa: Apotekens Service AB (fr.o.m. 2009), och Apoteket AB (perioden före 2009).

Den markanta ökningen av förmånsläkemedel 1996 med efterföljande nedgång beror på omläggningen av högkostnadsskyddet 1997 då förmånstrappan för läkemedel infördes. Effekten av denna förändring innebar en omfattande hamstring i slutet av 1996, som följdes av en minskad försäljning året därpå.

Frånsett nedgången 1997 ökade läkemedelskostnaderna snabbt under hela 90-talet. Under samma tid var kostnadsutvecklingen för rekvisitionsläkemedel långsam.

Utplaningen av förmånskostnaderna under 2000-talet hänger samman med flera faktorer. En viktig faktor var den s.k. generikareformen, som innebar en vidareutveckling av referensprisreformen 1993. Den bidrog till att drastiskt minska priserna och kostnaderna för berörda läkemedel. Generikareformen uppskattas, enligt TLV, ha hållit tillbaka kostnadsutvecklingen med cirka 8 miljarder kronor per år. Andra skäl till den långsammare kostnadsutvecklingen är att landstingen effektiviserat sin läkemedelshantering. Den nya utform-

ningen av statsbidraget för läkemedel som infördes 2002, gav landstingen ökat incitament att effektivisera läkemedelsförskrivningen.

Medan kostnaden för läkemedelsförmånen nästan varit oförändrad i fasta priser under 2000-talet, har kostnaden för rekvisitionsläkemedel inom slutenvården i stället ökat i en allt snabbare takt, vilket framgår av Figur 3.2. Detta beror delvis på att vissa läkemedel har förts över från förskrivning på recept till rekvisition. Det gäller bl.a. en del cancerläkemedel och läkemedel mot reumatiska sjukdomar. Samtidigt har utvecklingen varit snabb för preparat som hanteras på rekvisition. Det handlar till stor del om nya biologiska läkemedel mot cancer och reumatiska sjukdomar.

Utvecklingen under 2000-talet har medfört att läkemedelskostnaderna mätt som andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna minskat något. De offentligt finansierade läkemedelskostnadernas andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna har minskat från 8,6 procent år 2001 till 8,3 procent 2009, som framgår av Tabell 3.3.

Tabell 3.3 Läkemedelskostnader (AUP)¹ och dess andel av hälso- och sjukvårdsutgifterna 2001–2009, redovisade i löpande priser (miljoner kronor) och procent

År	Totala läkemedelskostnader	Varav offentligt finansierade kostnader ²	Hälso- och sjukvårdsutgifter (totalt)	Läkemedels totala kostnader i relation till utgifterna för hälso- och sjukvård (%)	Offentligt finansierade kostnader för läkemedel som andel av de totala utgifterna för hälso- och sjukvård (%) ³
2001	25 127	17 979	208 058	12,1	8,6
2002	27 260	19 657	225 502	12,1	8,7
2003	27 836	20 236	236 928	11,7	8,5
2004	28 626	20 811	241 827	11,8	8,6
2005	29 465	21 367	250 947	11,7	8,5
2006	30 959	22 313	263 472	11,8	8,5
2007	32 831	23 707	278 754	11,8	8,5
2008	34 544	25 045	295 706	11,7	8,5
2009	35 488	25 534	309 421	11,5	8,3
2010	35 593	25 643			

¹ Humanläkemedel, ATC-kod A-V, samtliga försäljnings sätt, inkl. patientens egenavgift, AUP (Apotekets utförsäljningspris).

² Totala kostnader för läkemedel minus patienternas egenavgift.

³ De svenska nationalräkenskaperna redovisar från och med 2008 kostnaderna för häls och sjukvården utifrån OECD:s manual för hälsoräkenskaper "A System of Health Accounts, SHA". En detaljerad beskrivning finns i rapporten Svenska Hälsoräkenskaper,

Bakgrundsfakta 2005:02, SCB 2005 samt på www.scb.se/nr0109.

Källa: Apoteket AB, Apotekens Service AB och Statistiska centralbyrån.

Fördelning av läkemedelskonsumtion och läkemedelskostnader

Under år 2008 var det cirka 6 miljoner invånare, motsvarande knappt två tredjedelar av befolkningen, som konsumerade något förmånsberättigat läkemedel.¹ Konsumtionsfördelningen visar på en tydlig åldersprofil. Läkemedelskonsumtionen stiger med ökande ålder. I Tabell 3.4 redovisas den totala försäljningen av receptförskrivna läkemedel, exkl. hjälpmedel och livsmedel, fördelat på olika åldersgrupper. Bl. a. framgår att de 18 procent av befolkningen som är över 65 år svarar för över 40 procent av läkemedelskostnaderna. Om läkemedelsförsäljningen beskrivs i volymmåttet

¹ Effektivare läkemedelsanvändning – handlingsplan, arbetsrapport från Socialdepartementet, Socialstyrelsen, och Sveriges Kommuner och Landsting, mars 2009.

definierade dygnsdoser (DDD) blir åldersprofilen än mer tydlig. Se Tabell 3.5.

Tabell 3.4 Kostnader och läkemedelskonsumtion inom förmånerna för olika åldersgrupper, 2008

Åldersgrupp	Andel av befolkningen (%)	Andel läkemedelskonsumenter (%)	Andel av läkemedelskonsumenterna (%)	Andel av läkemedelskostnaden (%)	Förmåns-kostnadsandel (%)
0–14	16,5	44	11,2	4,0	68,5
15–44	39,6	55,9	34,1	22,3	69,5
45–64	25,9	72	28,8	32,9	74,6
65–74	9,2	87,3	12,4	18,5	78,2
75–79	3,3	94,8	4,8	8,2	79,7
80–84	2,7	99,4	4,2	7,1	79,3
85+	2,7	100	4,5	6,9	77,2
Totalt	100	64,9	100	100	74,8

Källa: Socialstyrelsen.

Tabell 3.5 Kostnader och läkemedelskonsumtion (DDD) inom förmånerna för olika åldersgrupper, 2008

Åldersgrupp	Genomsnittligt antal läkemedel per år (substans)	Genomsnittligt antal DDD* per år (substans)	Genomsnittlig kostnad (kr) per DDD	Andel patienter med fler än 10 substanser per år (%)
0–14	2,2	0,5	8,9	0,6
15–44	2,9	1	7,2	3,3
45–64	4,7	2,6	5	11,4
65–74	6,6	4,4	3,9	22,2
75–79	8,2	5,6	3,5	32,8
80–84	9,1	6,2	3,1	39,7
85+	9,8	6,8	2,6	45,8
Totalt	4,6	2,5	4,5	12,5

Källa: Socialstyrelsen; * Definierad Dygnsdos (DDD) är en mättenhet som används för att ge en bild av läkemedelskonsumtionen.

Av Tabell 3.6. framgår att hälften av alla läkemedelskonsumenter år 2008 hade lägre kostnader än 900 kronor. Drygt en femtedel, 22 procent, hade en kostnad över 4 300 kronor, och dessa svarade för mer än 90 procent av kostnaderna för läkemedelsförmånen. Detta innebär att cirka 1,3 miljoner personer under någon del av år 2008 hade frikort, dvs. fick sina läkemedel gratis. Omkring hälften

av dem med högre kostnader än 4 300 kronor var över 65 år och 20 procent var över 80 år.

Tabell 3.6 Förmånstrappans utformning, samt fördelning av patienter, läkemedelskostnader på de olika kostandsintervallen (trappstegen), år 2008

Kostnad	Egenavgift (max)	Andel av patienter (%)	Andel av förmåns-kostnad (%)	Andel av totalkostnad (%)	Egenavgiftsandel* (%)
-900 kr	100 %, (900 kr)	50	0	4	95,6
900–	50 %, (400 kr)	12	1	4	79,1
1 700–	25 %, (400 kr)	11	4	7	55,8
3 300–	10 %, (100 kr)	5	3	4	41,4
4 300– kr	0 %, (0 kr)	22	92	81	11,0
Totalt	1800 kr	100 %	100 %	100 %	21,5 %

Not: Källa Socialstyrelsen, Effektivare läkemedelsanvändning, handlingsplan.

Effekter av förändringar i läkemedelsförmånen: hamstring

Förändringar i konstruktionen av läkemedelsförmånen har inneburit omfattande hamstring av läkemedel.

Särskilt tydlig var hamstringen vid den stora omläggningen 1997 då det tidigare, gemensamma högkostnadsskyddet för öppenvård och läkemedel delades upp i två separata högkostnadsskydd. Som framgår av Figur 3.3. minskade förmånskostnaderna 1997 med 15 procent jämfört med föregående år.

Figur 3.3 Kostnadsutveckling för läkemedelsförmånen, procentuell förändring från föregående år



Källa: Apoteket AB.

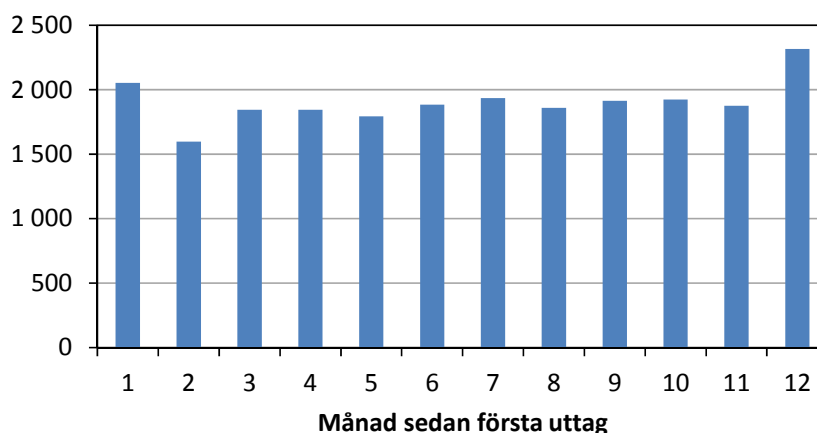
Vad som däremot inte framgår av figuren är att även då avgiftstaket (gränsen för frikort) för läkemedel höjdes från 1 300 kronor till 1 800 kronor den 1 juni 1999, inträffade en omfattande hamstring. Hamstringen var tydligast månaderna före juni 1999. Under andra halvåret ökade kostnaderna däremot mycket långsamt. I genomsnitt avvek därför inte kostnadsutvecklingen från den generella utvecklingen under 90-talet.

Dessa exempel tyder på att det är viktigt hur man genomför en förändring av högkostnadsskydden, för att minimera risken för hamstring inför en förändring. Exemplet från 1999 indikerar att hamstring leder till en omfördelning av uttagen över tid. Stora uttag under en period kan emellertid innebära att läkemedel hämtas ut i onödan eller att de blir liggande och till slut kasseras.

Effekter av frikort

Själva konstruktionen av läkemedelsförmånen kan tänkas ge upphov till överkonsumtion i form av hamstring i och med att patienten uppnår frikortsgränsen och läkemedel blir avgiftsfria. Data från Skåne och Östergötland visar dock att det inte är uppnådd frikortsgräns som påverkar konsumtionsmönstret, utan snarare det faktum att frikortsperioden under "månad 12" snart ska löpa ut, vilket åskådliggörs i Figur 3.4 nedan.

Figur 3.4 Kostnad per person under en högkostnadsperiod med frikort för personer i Region Skåne och Östergötland under 2008/2009. Kostnad per person och månad



Källa: Socialstyrelsen, samt egna beräkningar.

Diagrammet visar kostnad för läkemedel per person och månad under en högkostnadsperiod. De patienter som ingår i beräkningsunderlaget har påbörjat sin högkostnadsperiod under 2008, men den kan ha avslutats under 2009. Uttag ska ha förekommit minst under tio månader. Knappt 210 000 personer i Skåne och Östergötland uppfyller dessa kriterier. Den summerade kostnaden för patienterna i detta urval uppgår till cirka 40 procent av de totala kostnaderna under 2008/2009. Generellt sett utgör kostnaden för patienter med frikort cirka 80 procent av de totala kostnaderna (se Tabell 3.6), här belyses enbart en del av dessa patienters totala konsumtion.

Det är när patienten snart kommer att få betala fullt pris för läkemedel igen som den genomsnittliga kostnaden per månad tenderar att öka. Kostnaden per individ sista månaden i frikortperioden är cirka 2 300 kronor, vilket är 300-700 kronor högre än övriga månader.

Tar man ut preparat man ändå skulle hämtat ut och använt förskjuts huvudsakligen konsumtionen över tid. Ett sådant beteende kan i en förlängning innebära en större subvention än vad som skulle varit fallet utan hamstring. Men för att en högkostnadspatient ska kunna undvika att komma upp till avgiftstaket redan nästa tolv-månadersperiod måste patienten ta ut stora mängder läkemedel under en kort period.

Den största risken med frikort är emellertid att man hämtar ut onödiga recept bara för att de är gratis, och att det därmed finns risk att man framöver inte använder de läkemedel man tog ut extra mycket av under månad tolv. Detta skulle även leda till en ökad kassation av läkemedel.

Nuvarande utformning av högkostnadsskyddet för läkemedel leder uppenbarligen till att vissa patienter hämtar ut dyrare läkemedel strax innan perioden med gratis läkemedel tar slut. Kostnadsutvecklingen har trots detta hållits under kontroll det senaste decenniet. En hypotes är att denna problematik minskat i takt med att landstingen effektiviserat sin läkemedelshantering.

För att mer heltäckande belysa vilka effekter förekomst av frikort har på läkemedelsförbrukningen, krävs mer omfattande studier än som varit möjligt att företa inom ramen för denna utredning.

3.3 Behov av sjukvård, läkemedel, m.m.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska hälso- och sjukvård ges efter behov, och den som har det största behovet ska ges företräde till vården. Det betyder att alla medborgare ska ha samma möjligheter att få vård och bli likvärdigt behandlade, oavsett ålder, kön, bostadsort, utbildning, social ställning, etc. Det betyder också att ingen som behöver vård ska tvingas avstå på grund av att han eller hon inte kan betala vårdavgift.

Vårdbehov är ett svårfångat begrepp och det finns många andra faktorer än vårdbehov som påverkar befolkningens kontakter med vården. Här redovisas först hur den faktiska fördelningen av läkarbesök respektive inköp av läkemedel ser ut i relation till några olika

bakgrundsfaktorer. Därefter redovisas vissa uppgifter om i vad mån olika befolkningsgrupper av ekonomiska skäl avstått från att söka vård eller köpa ut förskrivna läkemedel.

3.3.1 Fördelning av läkarbesök och läkemedelskonsumtion

I genomsnitt går vi i Sverige till doktorn knappt tre gånger per år, vilket internationellt sett är en låg nivå (se kapitel 4.1). Bakom detta genomsnitt finns förstås en stor variation mellan olika individer.

Variationen beror sannolikt inte bara på skillnader i sjuklighet, utan sammanhänger även med andra behovsrelaterade faktorer, såsom ålder, kön och inkomst. Generellt sett ökar besöksfrekvensen med åldern, dvs. ju äldre man är desto oftare söker man läkare. Kvinnor gör fler läkarbesök än män. Sambandet mellan inkomst och besöksfrekvens är inte lika entydigt, men personer med låg inkomst gör i genomsnitt fler läkarbesök. Dessutom påverkas besöksfrekvensen i hög grad av vårdens tillgänglighet, t.ex. avstånd till vårdcentral/sjukhus, öppettider och personaltillgång.

Läkarbesök och inköp av läkemedel hänger tydligt samman, vilket illustreras av Tabell 3.7, som bygger på data från Region Skåne år 2008. Drygt tre fjärdedelar (76 procent) av befolkningen besökte öppenvården en eller flera gånger under året och de flesta fick åtminstone ett recept. Totalt sett var det nära två tredjedelar av befolkningen (64 procent) som köpte receptbelagda läkemedel.

Tabell 3.7 Andel av befolkningen i Skåne som gjorde läkarbesök och/eller köpte receptbelagt läkemedel år 2008

	Läkemedel	Ej läkemedel	Totalt
Läkarbesök	59 %	17 %	76 %
Ej läkarbesök	5 %	19 %	24 %
Totalt	64 %	36 %	100 %

Källa: Region Skåne.

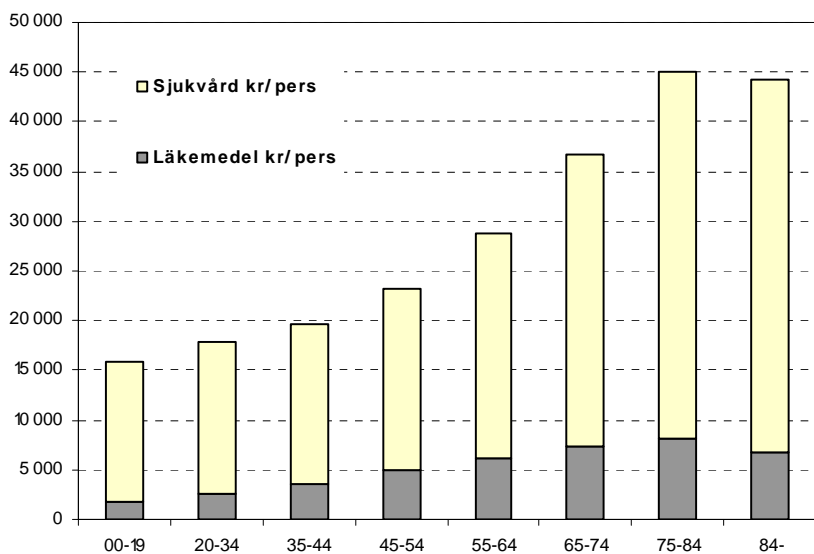
Ett öppenvårdsbesök behöver inte alltid leda till läkemedelsbehandling, men för att kunna köpa receptbelagda läkemedel krävs i princip att man besökt en läkare och fått recept utskrivet. Enligt statistiken hade dock 7,8 procent (5/64) av dem som köpte ut receptbelagda läkemedel detta år inte gjort något besök. Detta förklaras

sannolikt av att dessa läkemedel förskrivits vid ett läkarbesök föregående år, eller att man fått recept efter kontakt via telefon med läkare.

Mer än hälften (59 procent) av befolkningen i Region Skåne gjorde år 2008 både besök och läkemedelsuttag inom förmånerna. Denna grupp stod för drygt 90 procent av de totala kostnaderna för sjukvård och läkemedel.

I det följande beskrivs hur kostnaderna och behoven fördelar sig på olika kategorier av personer. Inte oväntat är behoven, som de kommer till uttryck i besök och läkemedelsinköp störst i de högre åldrarna. Se Figur 3.5.

Figur 3.5 Kostnader per person i olika åldersgrupper för dem som gjort både sjukvårdsbesök och läkemedelsuttag. Region Skåne 2008



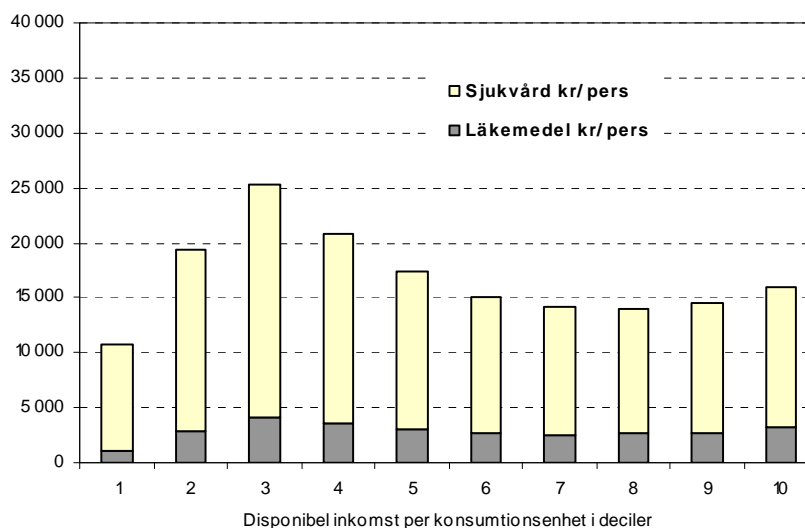
Källa: Region Skåne, Socialstyrelsen och SCB samt egna bearbetningar.

Konsumtionsprofilerna för läkemedel och sjukvård är likartade, med växande konsumtion ju äldre man blir. Detta gäller dock inte för de allra äldsta som i stor utsträckning bor på olika typer av institutioner och får sina läkemedel där.

Fördelningen av vårdkonsumtion i relation till inkomst är inte lika entydig. Se Figur 3.6. Inkomst i det här sammanhanget beräknas som

individens andel av hushållets sammanlagda inkomst, med hänsyn tagen till antalet personer i hushållet och deras ålder.

Figur 3.6 Kostnader per person efter konsumtionsviktad disponibel familjeinkomst¹ i deciler, alla personer. Region Skåne 2008



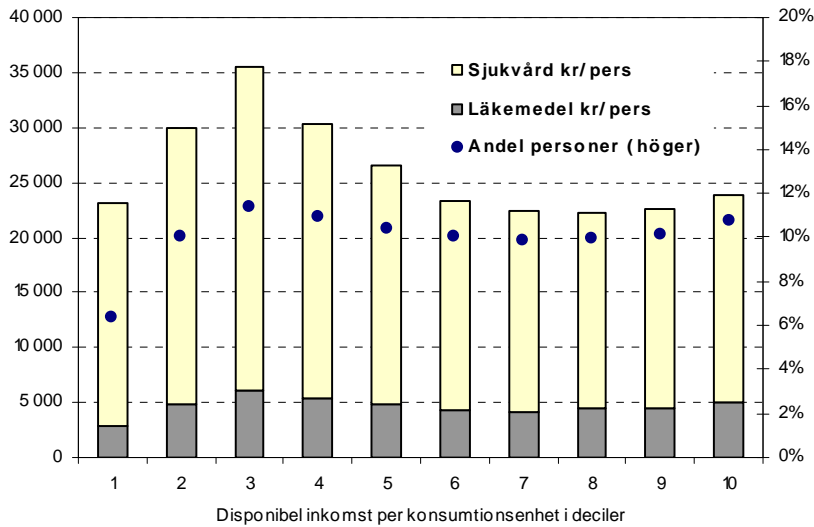
Källa: Region Skåne, Socialstyrelsen och SCB samt egna bearbetningar.

¹Beräkningen bygger på att alla personer i samma hushåll har samma inkomst, nämligen hushållets sammanlagda inkomst dividerat med hushållets konsumtionsvikt, vilken beror på antalet personer i hushållet och deras ålder.

De som har en disponibel inkomst per konsumtionsenhet som ligger under medianen, särskilt i decilerna 2–4, har den största konsumtionen. Där befinner sig många äldre pensionärer med stora vårdbehov och t.ex. personer med förtidspension. Gruppen som enligt denna statistik har lägst inkomst (inkomstdecil 1) består bl.a. av personer med mycket låga inkomster, egna företagare och personer som lever på sin förmögenhet. Kopplingen mellan låg inkomst och dålig hälsa håller inte generellt för denna heterogena grupp.

Figur 3.7 visar hur kostnadsbilden ser ut för de 59 procent av befolkningen som hade både läkarbesök och läkemedel under ett år, och som står för drygt 90 procent av kostnaderna för all vård. En jämförelse av Figurerna 3.6 och 3.7 visar att kostnaden per person ökar kraftigt när bara denna grupp tas med i beräkningen.

Figur 3.7 Kostnader per person efter konsumtionsviktad disponibel familjeinkomst¹ indelad i deciler, för dem som har sjukvårdsbesök och läkemedel, Region Skåne 2008

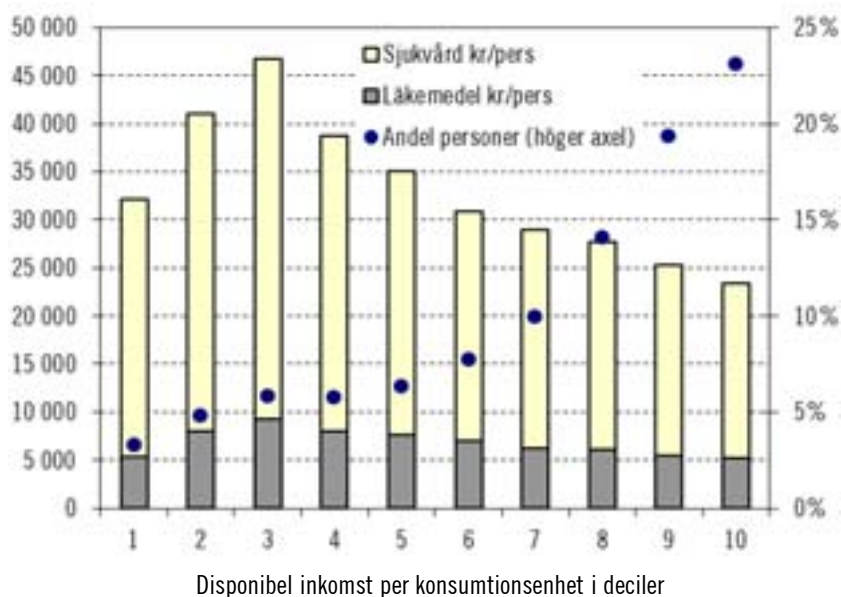


Källa: Region Skåne, Socialstyrelsen och SCB samt egna bearbetningar.

¹ Beräkningen bygger på att alla personer i samma hushåll har samma inkomst, nämligen hushållets sammanlagda inkomst dividerat med hushållets konsumtionsvikt, vilken beror på antalet personer i hushållet och deras ålder.

Eftersom åldersstrukturen spelar stor roll för inkomstfördelningen presenteras i Figur 3.8 profilen för personer 55–64 år som hade både läkemedel och öppenvårdsbesök.

Figur 3.8 Kostnader för sjukvård och läkemedel efter disponibel inkomst per konsumtionsenhet i decilier, 55–64 år, kronor per person som har både sjukvårdsbesök och läkemedel



Profilen för denna åldersgrupp skiljer sig från den som gäller hela befolkningen. I denna åldersgrupp är vårdkonsumtionen och därmed kostnaden per person större. Det kan noteras att nästan en fjärdedel av denna åldersgrupp tillhör gruppen med de 10 procent högsta inkomsterna, inkomstdecil 10. Detta är en förklaring till att decil 10 i diagram 3.6 och 3.7 (för alla åldrar) har en högre kostnad per person. Decil 10 består till en stor del av personer i åldrarna 50–64 som har höga inkomster och relativt hög vårdkonsumtion.

3.3.2 Vem avstår från vård av ekonomiska skäl?

Den enskilde medborgarens kontakter med vården utgår naturligen från upplevda hälsoproblem och vårdbehov. Det är emellertid inte säkert att upplevda behov leder till man tar kontakt med vården. Här spelar tillgängligheten en viktig roll. Om man inte får svar när man ringer till vårdcentralen eller om det är långt till närmaste vårdcentral/sjukhus eller om väntetiden för besök är lång så kanske man väljer att avvakta eller helt enkelt avstå. Naturligtvis spelar det också en avgörande roll hur sjuk man är. Ju allvarligare sjuk man är

desto större är sannolikheten att man faktiskt söker vård. Benägenheten att avstå från att söka vård beror emellertid också på andra faktorer, såsom ålder, kön och socioekonomi.

Allt sedan SCB:s intervjuundersökningar av levnadsförhållanden (ULF) startade på 1970-talet har det varit möjligt att följa olika befolkningsgruppers kontakter med sjukvården. I ULF ingår bl.a. en fråga om den intervjuade har upplevt ett vårdbehov utan att söka vård. Av samtliga tillfrågade under åren 2001–2005 svarade 12 procent av männen och 14 procent av kvinnorna att de avstått från att söka vård under de senaste tre månaderna trots att de upplevt ett sådant behov. Skälen till att inte söka vård varierar. Enligt ULF 2005 och 2006 var det vanligaste skälet att man ville vänta ett tag (45 procent). Bland de skäl som var relaterade till själva sjukvården var långa väntetider vanligast (13 procent). Att inte ha råd (3 procent) eller att det var för långt att resa (1 procent) visade sig vara relativt ovanliga skäl.

Andra undersökningar visar dock att ekonomin kan vara en mer betydande anledning till att inte söka vård. I en studie uppgav var femte person bland dem som inte sökt vård ekonomiska problem som skäl. Av dessa var en stor andel ensamstående, utrikes födda och lågutbildade (Westin et al, 2004).

Enligt en rapport från Centrum för Folkhälsa inom Stockholms läns landsting är konsumtionen av sjukvård högre bland personer som tillhör någon "utsatt" grupp jämfört med övriga befolkningen. Ändå var andelen som avstått från att söka vård på grund av dålig ekonomi (enligt Folkhälsoenkät 2002) flerfaldigt högre bland personer i dessa grupper, särskilt bland dem med ekonomiskt bistånd där cirka 35 procent uppgav sig ha avstått från sjukvård respektive läkemedel (Burström et al, 2008).

Flera undersökningar under de senaste årtiondena har alltså visat att det finns ett betydande antal personer som avstår från vård av ekonomiska skäl.

I Statistiska centralbyråns (SCB) undersökningar om hushållens ekonomi (HEK) har man under en följd av år ställt frågan: Har du någon gång under året ansett dig vara i behov av sjukvård, tandvård eller läkemedel men avstått på grund av att du inte hade råd? Resultatet för hela befolkningen över 20 år sammanfattas i nedanstående tabell.

Tabell 3.8 Andel av befolkningen över 20 år som av ekonomiska skäl avstått från tandvård, sjukvård respektive läkemedel 2003–2009

År	Tandvård totalt kvinnor/män	Sjukvård totalt kvinnor/män	Läkemedel totalt kvinnor/män
2003	9,9	1,6	1,8
	10,7/8,9	1,8/1,4	2,2/1,4
2004	11,7	1,3	1,4
	12,6/10,8	1,6/0,9	2,0/0,8
2005	10,6	1,2	1,1
	11,1/10,0	1,3/0,9	1,4/0,8
2006	9,9	1,1	1,0
	10,3/9,6	1,3/0,8	1,3/0,6
2007	8,7	1,0	1,3
	9,2/8,2	1,3/0,6	1,6/0,9
2008	8,7	1,0	1,1
	9,8/7,5	1,3/0,6	1,4/0,8
2009	7,3	0,7	1,1
	7,7/6,9	0,9/0,5	1,3/0,9

Som framgår är det i storleksordningen 1–2 procent av befolkningen som uppgett sig avstå från sjukvård och läkemedel av ekonomiska skäl. När det gäller tandvård är motsvarande andelar avsevärt högre. Av tabellen framgår också att det genomgående är fler kvinnor än män som avstår av ekonomiska skäl.

För samtliga områden syns dock en tendens till att andelen som avstår minskar. Det är oklart vad som ligger bakom denna utveckling, men det kan möjligen hänga samman med att avgifterna reallt sett blivit lägre.

Relaterat till ålder finner man att det är vanligare att yngre och medelålders personer avstår än att äldre gör det, vilket framgår av tabellen nedan.

Tabell 3.9 Andel av olika åldersgrupper som avstått från tandvård, sjukvård respektive läkemedel år 2009

Åldersgrupp	Tandvård	Sjukvård	Läkemedel
20–34	9,5	0,7	1,1
35–64	7,8	0,9	1,3
65+	4,0	0,4	0,8
20+	7,3	0,7	1,1

Enligt HEK-data från år 2009 var det t.ex. 9,5 procent av befolkningen i åldrarna 20–34 år som uppgav sig avstå från tandvård, jämfört med 7,8 procent i åldrarna 35–64 år och 4,0 procent av befolkningen över 65 år. Motsvarande andelar för sjukvård var 0,7, 0,9 och 0,4 procent, och för läkemedel 1,1, 1,3 och 0,8 procent. Som jämförelse anges även andelarna för hela befolkningen i tabellen.

För olika typer av ”ekonomiskt utsatta” grupper, såsom ensamstående med barn, utrikes födda, personer i hushåll med ekonomiskt bistånd, personer med sjukersättning, ej förvärvsarbetande, arbetslösa och personer med låg inkomst, redovisas avsevärt högre andelar som avstått från vård. Mönstret är detsamma som för totalbefolkningen, dvs. att tandvård är det som de flesta avstått ifrån, medan färre avstått från sjukvård respektive läkemedel. Se Tabell 3.10.

Tabell 3.10 Andel av vissa utsatta grupper som avstått från tandvård, sjukvård respektive läkemedel år 2009

Grupp	Tandvård	Sjukvård	Läkemedel
Ensamstående med barn	24,7	3,8	4,2
Utrikes födda	13,5	1,7	2,3
Personer i hushåll med ekonomiskt bistånd	25,6	3,5	6,2
Personer med sjukersättning	14,5	1,9	3,6
Ej förvärvsarbetande	15,6	1,9	2,8
Arbetslösa, sjuka, förtidspensionärer	15,9	2,2	3,9
Personer med låg inkomst	16,7	2,3	2,8

Sammanfattningsvis kan konstateras att 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. I absoluta tal var det enligt HEK närmare 490 000 personer som avstod från tandvård år 2009. Motsvarande antal för läkemedel och sjukvård var 75 000 respektive 48 000 personer.

3.3.3 Delbetalning av läkemedel

En indikation på att patienter är priskänsliga är att det finns ett betydande antal patienter som använder sig av möjligheten att köpa läkemedel på kredit. Enligt uppgift från Apoteket AB, som svarar för 65 procent av marknaden för förmånsläkemedel, skickar de i genomsnitt ut 140 000–150 000 delbetalningsfakturer per månad. Om vi antar att övriga apotek har en proportionellt lika stor andel delbetalningar, innebär detta att det totala antalet personer som använder sig av möjligheten till delbetalning uppgår till cirka 230 000. Antalet fakturer från Apoteket AB före apoteksomregleringen 2010, d.v.s. när de hade hela marknaden, uppgick till cirka 225 000.

Sammanlagda värdet av Apoteket AB:s fakturer för delbetalning uppgår till cirka 360 miljoner kronor per år. Kreditförlusterna har de senaste åren uppgått till 3–4 miljoner kronor årligen, vilket grovt räknat innebär att omkring 1 procent av alla som använder sig av delbetalning hos Apoteket AB inte har fullgjort sina avbetalningar.

3.3.4 Sjukresor

Uppgifter om sjukresor åren 2007–2009 som har inhämtats från SKL ger en översiktlig bild av användandet av sjukresor i de olika landstingen. En viss variation uppvisas över tiden inom landstingen, men i genomsnitt över hela landet har kostnaderna varit relativt stabila.

Det totala antalet sjukresor uppgick till 6,9 miljoner under 2009. Reslängden för en enkelresa var i genomsnitt 30,4 km i riket, med en variationen mellan landstingen från 16 km i Stockholm till 50 km i Norrbotten.

Antalet personer med frikort för sjukresor uppgick år 2009 till 35 885 personer, vilket motsvarar 0,4 procent av befolkningen. Andelen av befolkningen som använder sjukresor var lägst på Gotland med 0,22 procent, medan motsvarande andel i Västerbotten, som låg högst i landet, var 0,82 procent.

I genomsnitt i riket gjordes det 45 resor per frikort under året 2009. Variationen mellan landstingen var dock stor. I Kronoberg och Dalarna gjordes i genomsnitt 27 respektive 73 resor per frikort.

De totala kostnaderna för sjukvårdshuvudmännen för hela riket uppgick till 1,8 miljarder kronor.

Hur stor del av kostnaderna som fördelar sig på de som har fria resor efter att ha erhållit frikort framgår inte av data. Men i genomsnitt i landet är 24 procent av alla sjukresor frikortsresor. Variationen är dock stor. I Stockholm utgör frikortsresorna 11 procent av alla sjukresor, medan motsvarande andel i Kronoberg är 64 procent.

3.3.5 Hjälpmedelskonsumtionen

Hjälpmedelsanvändare

Det totala antalet personer med någon funktionsnedsättning uppskattas av utredningen om fritt val av hjälpmedel (SOU 2011:7), till drygt 1,5 miljoner personer i åldrarna 16-84 år. Antalet barn mellan 2 och 16 år som är långvarigt sjuka eller har någon funktionsnedsättning beräknas till 225 000. Begreppet funktionsnedsättning är då relativt brett och inkluderar personer med t.ex. allergier eller psoriasis, vilka ofta inte har behov av hjälpmedel.

Antalet personer som använder personliga hjälpmedel uppskattas till 800 000–850 000. Funktionsnedsättningarna ökar med stigande ålder och cirka 70 procent av alla hjälpmedel används av personer som är äldre än 64 år.

Det finns ingen heltäckande statistik om vilka som har hjälpmedel, omfattningen av förskrivning eller tillhandahållande av olika hjälpmedel eller om kostnaderna för hjälpmedel och hjälpmedelsverksamhet. Den statistik som fanns tillgänglig våren 2009 och som har sammanställts av Hjälpmedelsinstitutet visar på att det i stor utsträckning är äldre som använder hjälpmedel.

Förflyttningshjälpmedel i någon form användes år 2004/2005 av cirka sex procent av befolkningen över 16 år. I gruppen kvinnor 85 år och äldre använde 70 procent något förflyttningshjälpmedel, medan motsvarande andel bland män var 55 procent.

Drygt 250 000 personer hade hörapparat 2004/05. Andelen med hörapparat i åldersgruppen 85 år och äldre uppgick till 33 procent bland män och 17 procent bland kvinnor. Enligt Hjälpmedelsinstitutet förskrevs år 2006 cirka 100 000 hörapparater och ljudstimulerare vid landets hörcentraler.

Antalet besök vid landets syncentraler år 2006 var cirka 125 000. Genomsnittligt antal besök på syncentralen per person och år var

tre. Majoriteten av dem som fick insatser vid syncentral under 2006 var äldre personer och närmare hälften var över 80 år.

Kostnader för hjälpmedel

Enligt utredningen om fritt val av hjälpmedel (SOU 2011:77) finns det ingen samlad statistik över landstingens och kommunernas totala kostnader för hjälpmedel. Landstingens kostnader uppges uppgå till cirka 4,2 miljarder kronor. Den totala kostnaden för hjälpmedel och läkemedelsnära produkter har i en rapport från Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi skattats till 4,9 miljarder kronor (2005 års priser) år 2007, men då ingick inte samtliga hjälpmedelsgrupper.

Hjälpmedelsanvändarnas kostnader har också behandlats i en rapport från Socialstyrelsen som baseras på SCB:s undersökning Hushållens ekonomi (HEK) 2005 och 2006. Av den framgår att knappt en fjärdedel av alla personer i åldern 20–64 år med hinder i vardagen (som inte bor i boende enligt SoL eller LSS) har fått hjälpmedel beviljade eller förskrivna. Dessa personer betalar i genomsnitt cirka 700 kr per år för hjälpmedel. Omkring 9 procent av dem hade haft utgifter för hjälpmedel som kommuner och landsting inte beviljat. I genomsnitt betalade de omkring 2 400 kr per år för dessa.

3.4 Det samlade avgiftsuttaget för äldre- och handikappomsorgen

Den enskildes kostnader för hjälp kan variera kraftigt beroende t.ex. på om hjälp med inköp och matlagning utförs av hemtjänsten, till en avgift enligt bestämmelserna i socialtjänstlagen, eller om den kostnaden läggs på priset för matlådor, eller som en del i ett kostabonnemang på särskilt boende. Det finns därför risk för att enskilda personer inte får tillräckliga medel kvar för andra nödvändiga utgifter.

Det saknas nationell överblick över hur kommunernas avgifter inverkar på den enskildes möjligheter att klara nödvändiga utgifter. Det saknas också överblick över om kommunernas avgiftsbelagda service (enligt självkostnadsprincipen), t.ex. matservice och förbrukningsartiklar, erbjuds som ett alternativ till hemtjänst för mat-

lagning eller hjälp med inköp, eller om erbjudandet i själva verket är det enda alternativet.

3.5 Avgifternas bidrag till finansiering

3.5.1 Sjukvård och egenavgifter

När det gäller kostnader och intäkter för hälso- och sjukvård är uppgifterna före år 2002 inte jämförbara med perioden därefter pga. ändrade redovisningsprinciper. I Tabell 3.11 presenteras statistik från Sveriges Kommuner och Landsting för åren 2002–2009 som visar utvecklingen av patientavgifter samt nettokostnader för hälso- och sjukvård. I redovisningen går det inte att särskilja avgifter i öppen respektive sluten vård. År 2010 utgjorde avgifterna för patienter i öppen vård cirka 80 procent av de totala avgifterna i sjukvård.

Tabell 3.11 Patientavgifter för sjukvård samt nettokostnader exklusive tandvård och läkemedel, 2002–2010. Miljoner kronor

	Patientavgifter sjukvård	Nettokostnader sjukvård	Andel av nettokostnad
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	3 240	175 656	1.8 %
Utv '02-'10	+37,9%	+40,6%	-4.6 %

Källa: SKL samt egna beräkningar.

Under perioden 2002–2010 har patientavgifterna i sjukvården ökat långsammare än landstingens nettokostnader för sjukvården. Patientavgifternas andel av nettokostnaderna har minskat med knappt 5 procent i sjukvården.

När det gäller sjukvård kan landstingen själva besluta om avgifter för läkarbesök och andra besök även om den maximala patient-

avgiften begränsas till 1 100 kronor för en tolv månadersperiod. När landstingen höjer avgifterna resulterar det i att man får in högre intäkter från patienter med lågt vårdutnyttjande som bara gör ett fåtal besök under en tolv månadersperiod, men det medför också att fler patienter får frikort. De avgiftsintäkter som har redovisats är huvudsakligen landstingens egna intäkter. De privata utförarnas patientintäkter motsvaras av lägre nettokostnader i landstingens redovisning för köpt vård.

De flesta landstingen har liten omfattning av privat utförd vård. Det är framför allt Stockholms Läns Landsting (SLL) som har relativt låga redovisade avgiftsintäkter beroende på att en stor andel av vården bedrivs i privat regi. Men även Region Skåne har en betydande andel privata vårdgivare. Utgår man i stället från medianlandstingets avgiftsintäkter per invånare skulle avgiftsintäkterna bli cirka 500 miljoner kronor högre.

3.5.2 Läkemedel och egenavgifter

Kostnadsutvecklingen för läkemedelsförmånen och för de egenavgifter som ingår i läkemedelsförmånen baseras på data för åren 2000–2010, där uppgifter finns samlade i en databas med enhetlig definition.

Läkemedelsförmånerna består av två delar:

- läkemedel på recept
- förbrukningsartiklar (t.ex. teststickor vid diabetes)

Vidare finns det bestämmelser om kostnadsreducering vid inköp av vissa livsmedel till barn.

Patientavgifter förekommer i princip enbart för läkemedel på recept. Livsmedel för barn och förbrukningsartiklar är i stort sett avgiftsfria. Avgifterna för läkemedel på recept uppgick år 2010 till 5 056 miljoner kronor, medan de övriga delarna av förmånerna uppgick till cirka 30 miljoner kronor. Här är det således patientavgifter för läkemedel på recept och kostnader för läkemedel inom förmånen som avses.

Tabell 3.12 Kostnader och egenavgift för läkemedel på recept inom förmånerna år 2000–2010. Löpande priser

År	Egenavgift	Förmånskostnad	Total kostnad	Egenavgift %
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 %
2000–2010	+5,3 %	+28,1 %	+22,5 %	-14,0 %

Källa: Apoteket AB (Xplain) och Apotekens Service AB (Concise).

Som framgår av Tabell 3.12 ökade totalkostnaderna för läkemedel på recept inom förmånen med 22,5 procent åren 2000–2010. Patientavgifterna ökade enbart med 5,3 procent under samma period. En orsak är troligen att nya läkemedel och ökade kostnader främst avser patienter som redan ligger över avgiftstaket, och därför inte bidrar med avgiftsintäkter. Patienternas egenavgiftsandel har under samma period minskat från 24,7 procent till 21,2 procent, dvs. med 14 procent.

Efter beslutad höjning av avgiftstaket för läkemedel från 1 800 kronor till 2 200 kronor beräknas egenavgifternas andel år 2012 uppgå till cirka 24 procent vid full effekt. Effekten blir inledningsvis mindre eftersom de som påbörjat en period med högkostnadsskydd före 1/1 2012, enligt övergångsreglerna får behålla det lägre taket om 1 800 kronor.

3.5.3 Brist på data

Ovan redovisade analyser av vilka som konsumerar sjukvård och läkemedel baseras på data från Region Skåne. Det finns emellertid inga nationella data som visar hur konsumtionen i sin helhet varierar mellan olika grupper av individer. För läkemedel finns det visserligen heltäckande data för recept som hämtats ut, men för

öppenvård är det endast några få landsting som har data som täcker såväl primärvård som specialiserad vård.

När det gäller analyser av hur mycket olika grupper av patienter betalar är det återigen enbart läkemedelsregistret som innehåller sådana uppgifter. Inget landsting har en samlad bild av hur mycket den enskilde patienten betalat för sina besök. Än mindre finns det uppgift om övriga avgifter, för sjukresor och hjälpmedel m.m.

För läkemedel finns det uppgifter både om totalkostnader och enskilda patienters kostnader. Detta fångar dock inte upp grupper av individer som inte haft råd att hämta ut förskrivna recept. Det är bara uppgifter om uttagna recept som ingår i läkemedelsregistret. Patienter som inte har råd att hämta ut recept är därmed svåra att fånga upp med nuvarande innehåll i patientregistret. Det är f.n. främst via enkäter som man kan fånga upp dessa.

Referenser

Burström B, et al. Hälsa, livsvillkor och sjukvårdsutnyttjande bland socialt och ekonomiskt utsatta grupper. *Socialmedicinsk tidskrift* 1/2008.

Effektivare läkemedelsanvändning – handlingsplan. (2009). Rapport från en arbetsgrupp med företrädare från Socialdepartementet, Socialstyrelsen, och Sveriges Kommuner och Landsting, mars 2009.

Försäkringskassan (2011) *Nyttjande av det statliga tandvårdsstödet som infördes 1 juli 2008: analys utifrån ett demografiskt och socioekonomiskt perspektiv*, Socialförsäkringsrapport 2011:9.

Hjälpmiddelsinstitutet (2009) *Statistik om hjälpmedel: en översikt av nationella undersökningar*. www.hi.se/publicerat.

Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (2007) *Hjälpmedel och läkemedelsnära produkter – en kartläggning av marknaden*. Marianne Svensson, Knut Ödegaard och Ulf Persson. IHE e-rapport 2007:1.

Socialstyrelsen (2000) *Patientavgifter och vårdefterfrågan: en kunskapsöversikt*. Stockholm, Socialstyrelsen, SoS-rapport 2000:8.

Socialstyrelsen (2010) *Inkomster och utgifter för vissa personer 20–64 år med funktionsnedsättningar – Specialbearbetning av SCB:s undersökning HEK*.

Socialstyrelsen (2011) *Specialbearbetning av SCB:s undersökning Hushållens ekonomi (HEK)*.

Statens Offentliga Utredningar (2011) *Hjälpmedel – ökad delaktighet och valfrihet*. Betänkande av utredningen om fritt val av hjälpmedel, Statens Offentliga Utredningar, SOU 2011:77.

Statistiska Centralbyrån. *Undersökningarna om levnadsförhållanden (ULF)*.

Statistiska Centralbyrån. *Hushållens ekonomi (HEK)*.

Sveriges Kommun och Landsting (2011), *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2010*. www.skl.se/publikationer.

Tandvård och läkemedelsförmånsverket (2011) *Översyn av 2011 års modell för utbyte av läkemedel på apotek: med modell och strategi för år 2012 och framåt*, Dnr 2550/2011.

Westin M, Åhs A, Brand Persson K, Westerling R: A large proportion of Swedish citizens refrain from seeking medical care –

lack of confidence in the medical services a plausible explanation?
Health Policy 2007;68(3):333-44.

4 Internationell utblick

4.1 Inledning

I detta kapitel redovisas fakta om avgifter och högkostnadsskydd för läkarbesök respektive receptbelagda läkemedel i några länder som bedömts vara av särskilt intresse ur svenskt perspektiv. Syftet är att ge underlag för jämförelser mellan förhållandena i Sverige och dessa länder, och därmed idéer om tänkbara alternativa utformningar av avgiftsstrukturen. De länder som ingår i redovisningen är Danmark, Finland, Norge och Storbritannien, som har skattefinansierade system, samt Nederländerna och Tyskland, som har försäkringsbaserade system.

Inledningsvis jämförs, i Tabell 4.1, dessa länders hälso- och sjukvårdskostnader och andelen av dessa kostnader som är privat finansierade. Vidare redovisas antal läkarbesök per invånare och läkemedelskostnader i öppen vård per invånare.

Tabell 4.1 Hälso- och sjukvårdskostnader m.m. år 2009

	SVE	DK	FI	NO	UK	NED	TY
Hälso- och sjukvårdskostnader, totalt, % av BNP	10,0	11,5	9,2	9,6	9,8	12,0	11,6
Privat finansiering, - totalt %	18,5	15,0	25,3	15,9	15,9	15,4	23,1
- egenavgifter %	16,7	13,7	19,0	15,1	10,5	6,2	13,1
Läkarbesök per inv.	2,9	4,6	4,2	3,3	5,0	5,7	8,2
Läkemedelskostnader i öppen vård per invånare, US\$ PPP	336,2	242,0	389,6	359,4	392,0	409,9	563,3

Källor: OECD Health Data 2011, European Observatory: Health system profiles.

Hälso- och sjukvårdskostnaderna i Sverige, mätt som andel av BNP, uppgick år 2009 till 10 procent, vilket är något under genomsnittet för övriga länder i jämförelsen. Av dessa kostnader var 18,5 procent

privatfinansierade, främst i form av egenavgifter för besök i öppenvård och läkemedel, 16,7 procent, vilket är över genomsnittet. Antalet läkarbesök per invånare är klart lägre i Sverige än i de övriga länderna, och kostnaderna per invånare för receptförskrivna läkemedel är bland de lägsta.

4.2 Gällande avgiftssystem

I detta avsnitt jämförs gällande avgiftssystem för läkarbesök i öppen vård respektive läkemedel i de olika länderna¹.

4.2.1 Avgifter för läkarbesök i primärvård

Som framgår av Tabell 4.2 finns det stora skillnader mellan avgiftssystemen i olika länder.

Tabell 4.2 Avgifter för läkarbesök i primärvård i några olika länder

Land	Egenavgift/självrisk	Högekostnadsskydd/frikort
Sverige	I genomsnitt 150 kr, men varierar mellan 100–200 kr i landstingen.	Max 1 100 kr per 12 månader för all öppenvård. Avgiftsfritt för barn och ungdomar under 18/20 år i de flesta landstingen.
Danmark	Ingen avgift om man anlitar den läkare man är registrerad hos.	
Finland	Offentlig mottagning: Max €13,70/besök för de tre första besöken under ett kalenderår, eller €27,40 per kalenderår. Privat mottagning: 40 % av priset per besök. Om priset är högre än standardtariff betalar patienten mellanskillnaden.	Offentlig vård (inkl besök och sjukhusvård): Max €633 per kalenderår. Avgiftsfritt för barn under 18 år. (Avgift för barn kan läggas till föräldrarnas vid beräkningen av max avgift). Privat vård: Inget
Norge	136 NKR/besök Spec. allmänläkare: 180 NKR/besök Patienter som inte har någon kronisk sjukdom betalar fullt pris för bandage, undersökningsmaterial, undersökningar och laboratorieprover.	Max 1 880 NKR per år (inkl läkar- och psykologbesök, vissa läkemedel och hjälpmedel, röntgen, laborietester och reskostnader). Avgiftsfritt för barn under 16 år, samt för behandling relaterad till yrkes-skada, smittsamma sjukdomar och könssjukdomar. Separat avgiftstak på 2 560 NKR för fysioterapi, viss tandvård, rehabilitering mm.
Storbritannien	Ingen avgift	
Nederländerna	Ingen avgift	
Tyskland	€10 för första kontakten per kvartal (och per besök utan remiss). Därefter ingen ytterligare avgift under samma kvartal.	Max 2 % av patientens bruttoinkomst. Max 1 % för kroniskt sjuka (förutsatt att de genomgår årliga uppföljningar). Avgiftsfritt för barn under 18 år.

¹ Avsnitt 4.2–4.3 bygger till stor del på uppgifter från ett projekt vid London School of Economics, LSE (Se Reed SJ, Thomson S, 2011).

I tre av länderna (Danmark, Storbritannien och Nederländerna) tas ingen avgift ut vid besök hos primärvårdsläkaren. I de övriga länderna varierar patientavgifterna mellan drygt 90 kronor (€10, Tyskland) och cirka 170 kronor (136 NKR, Norge). Den genomsnittliga patientavgiften i primärvården i Sverige (150 kronor) framstår alltså som jämförelsevis hög, särskilt om nolltaxeländerna inkluderas i jämförelsen.

I de länder där man tar ut patientavgifter i primärvården tillämpas genomgående någon sorts högkostnadsskydd, oftast i form av ett fast belopp (avgiftstak). I Norge finns två olika avgiftstak, dels ett som omfattar läkarbesök, vissa läkemedel, hjälpmedel och reskostnader, dels ett separat avgiftstak för fysioterapi, viss tandvård, rehabilitering m.m. I Tyskland har man emellertid ett högkostnadsskydd som är knutet till patientens inkomst.

4.2.2 Avgifter för läkarbesök i specialiserad vård

Som framgår av Tabell 4.3 är bilden något annorlunda när det gäller patientavgifter för besök hos specialistläkare. Med vissa undantag gäller då en högre avgift. Som regel gäller dock samma högkostnadsskydd som för besök i primärvården.

Tabell 4.3 Avgifter för läkarbesök i specialiserad vård i några olika länder

Land	Egenavgift/självrisk	Högkostnadsskydd/frikort
Sverige	I genomsnitt 285 kr, men varierar mellan 230–320 kr i landstingen. Oftast reducerad avgift för första besöket om patienten fått remiss från primärvården.	Max 1 100 kr per 12 månader för all öppenvård. Avgiftsfritt för barn och ungdomar under 18/20 år, i de flesta landsting.
Danmark	Ingen avgift om man remitterats (inkl psykiatrisk vård vid fastställd diagnos). Psykolog: 373 DKR för första timmen, därefter 311 DKR per tim för följande 11 timmar.	
Finland	Offentlig mottagning utanför sjukhus: Som för primärvård. Offentlig sjukhusmottagning: €27,40/besök	Offentlig vård (inkl besök och sjukhusvård): Max €633 per kalenderår. Avgiftsfritt för barn under 18 år.
Norge	307 Nkr/besök	Ingår i max-beloppet 1 880 Nkr per år.
Storbritannien	Ingen avgift. Privat vård betalas av patienten	
Nederländerna	Psykiatrisk vård: €10/session (högst 8) hos psykolog. €15,60/session för mera avancerad behandling, t.ex. psykoterapi. Självrisk €170 per år (all hälso- och sjukvård)	Hälsoförsäkringen kan efterskänka självriskerna om patienten håller sig till anvisad (prefererad) vårdgivare, eller följer preventionsprogram för diabetes, depression, hjärt-kärlsjukdom, m.fl.
Tyskland	€10 för första kontakten per kvartal (och per besök utan remiss).	Samma som vid besök i primärvård (hos allmänläkare).

4.2.3 Avgifter för läkemedel

Samtliga jämförda länder har särskilda avgiftssystem för läkemedel. Se Tabell 4.4.

Tabell 4.4 Avgifter för läkemedel i några olika länder

Land	Egenavgift/självrisk	Högekostnadsskydd/frikort
Sverige	0–1 100 kr: 100 % 1 100–2 100 kr: 50 % 2 100–3 900 kr: 25 % 3 900–5 400 kr: 10 % över 5 400 kr: 0 %	Max 2 200 kr per 12 månader.
Danmark	0–865 DKR: 100 % 865–1 410DKR: 50 % 1 410–3 045 DKR: 25 % över 3 045 DKR: 15 %	3 555 DKR för kroniskt sjuka med stort behov av läkemedel (efter ansökan av läkare). Fria läkemedel vid terminalvård. Patienter under 18 år betalar 40 % upp till 1 410 DKR.
Finland	58 % (grundersättning 42 %, men 72 % eller 100 % vid svåra och långvariga sjukdomar).	Avgiftstak €675,39 per kalenderår. Kopplat till levnadskostnadsindex. Över avgiftstaket betalar man €1,50 per läkemedel.
Norge	38 % vid blå recept (viktiga läkemedel, främst för behandling av kroniska sjukdomar). Patienten betalar fullt pris för alla andra läkemedel. Dock kan kroniskt sjuka som behöver även andra läkemedel få högekostnadsskydd för dessa (1 600 NKR) och betalar då bara 10 % av kostnaden däröver.	Max 520 NKR per tremånadersperiod för blå recept. Dessa läkemedel täcks också av avgiftstaket på 1 880 NKR per år. Avgiftsfritt för barn under 16 år och vissa andra grupper (pensionärer med låg pension, och personer med vissa svåra sjukdomar eller yrkesskada). Preventivmedel gratis för kv 16–20 år.
Storbritannien	£7,40 per recept, eller £29,10 för ett 3-månaders "förköpskort", PPC (Prescription Prepayment Certificate), eller £104 för ett 12-månaders PPC.	För många är läkemedel avgiftsfria, t.ex. för alla över 60 år eller under 16 år, gravida, m.fl.
Nederländerna	Självrisk €170 per år (all hälso- och sjukvård). Utöver självrisk betalar patienten bara skillnaden mellan begärt pris och referenspriset, utom för vissa särskilt dyra läkemedel.	Hälsoförsäkringen kan eftersänka självrisk om patienten använder anvisade (preferred) läkemedel (gäller bara omeprazol, simvastatin och pravastatine).
Tyskland	Patienten betalar mellanskillnaden mellan begärt pris och referenspris, plus 10 % per läkemedel (min €5–max €10).	Samma som vid besök i primärvård (hos allmänläkare). Avgiftsfritt för barn under 18 år. Även läkemedel relaterade till graviditet och vissa ej receptbelagda läkemedel är gratis.

Det danska systemet är det som mest liknar det svenska. Det innehåller liksom det svenska systemet en förmånstrappa med flera steg. Från början (år 2000) gällde att den som var över 18 år fick stå för hela kostnaden upp till 500 DKR, betala 50 procent av kostnaden mellan 500–1 200 DKR, 25 procent mellan 1 200–2 800 DKR och därutöver 15 procent. Beloppsgränserna har sedan dess indexuppräknats varje år (med ett undantag), medan procenttalen i respektive intervall bibehållits. Avrundning görs nedåt till närmaste helt femkrontal. För år 2011 gäller de belopp som framgår av Tabell 4.4. Det finns alltså inget absolut avgiftstak som i Sverige. Dock finns möjlighet för långvarigt sjuka att få hela kostnaden över ett visst belopp (f.n. 16 436 DKR) täckt av försäkringen, genom ett s.k. ”kronikerutskud”. Den maximala egenbetalning är då 3 555 DKR.

I Finland, där det nu gällande systemet infördes år 2006, betalar man enligt grundregeln 58 procent av läkemedelskostnaden upp till avgiftstaket, som år 2011 är €675,39. Därefter betalar man endast en avgift på €1,50 per läkemedel under resten av kalenderåret.

Det norska systemet skiljer på ”blå recept” och ”vita recept”. För blå recept, som omfattar de läkemedel som anses viktigast för patienten (främst för behandling av kroniska sjukdomar) betalar patienten 38 procent av kostnaden upp till högst 520 NKR per tremånadersperiod. Dessa läkemedel täcks också av avgiftstaket för läkarbesök på 1 880 NKR per år. För alla andra läkemedel betalar patienten fullt pris.

I Storbritannien tillämpas ett system med 3-månaders eller 12-månaders Prescription Prepayment Certificate (PPC), i princip ”förköpshäften” på läkemedel. Dessa kostar motsvarande 320 kronor (£29,10) respektive 1 140 kronor (£104) och innebär en besparing för den som behöver mer än 4 läkemedel per kvartal respektive 14 läkemedel på ett år. Dessutom är många och stora grupper (t.ex. alla som är över 60 år eller under 16 år, 16–18 åringar som studerar på heltid, gravida, vissa kroniskt sjuka, m.fl.), motsvarande ungefär halva befolkningen, helt befriade från att betala egenavgift för läkemedel. År 2009 var 94 procent av alla recept avgiftsfria.

4.3 Utvecklingstendenser

Redovisningen ovan 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. Det gäller särskilt sådana grupper som har stora vårdbehov eller på annat sätt är socialt och/eller ekonomiskt utsatta, t.ex. låginkomsttagare.

Som framgått ovan har alla de länder som tar ut patientavgifter i primärvården något slags högkostnadsskydd. Den vanligaste metoden att skydda mot höga vårdavgifter har varit att införa *avgiftstak för viss tidsperiod*. Norge och Nederländerna har avgiftstak respektive självriskbelopp som är mer täckande än övriga länders.

I Tyskland, där avgifterna ökat samtidigt som antalet individer som är befriade från avgifter minskat, har man i stället infört ett högkostnadsskydd som är knutet till patientens hushållsinkomst. Det innebär att endast om utgifterna överstiger 2 procent av bruttoinkomsten (1 procent för kroniskt sjuka förutsatt att de går på årliga kontrollbesök för uppföljning av sin sjukdom) får man del av högkostnadsskyddet.

Ett annat sätt att skydda mot höga avgifter har varit att helt *befria vissa grupper från avgifter*, t.ex. barn under en viss ålder (Finland, Norge, Tyskland och Sverige). Det förekommer även att patienter som genomgår vissa typer av behandling kan slippa att betala avgifter (Norge, Nederländerna).

Ytterligare en variant av högkostnadsskydd är att *reducera avgifterna för vissa grupper*, som i Danmark där barn under 18 år har lägre egenavgift för läkemedel.

När det gäller läkemedel har samtliga jämförda länder någon typ av egenavgifter. Även här har man som regel höjt egenavgifterna över tid, ofta genom koppling till något index. Ett undantag från denna utveckling kan noteras i delar av Storbritannien (Skottland, Nordirland och Wales) där man avskaffat egenavgiften för läkemedel.

Av samma skäl som beträffande öppenvårdsbesök har man infört högkostnadsskydd för egenavgifter för läkemedel. Även dessa skydd är ofta indexreglerade på ett eller annat sätt. I Finland har man t.ex. ett avgiftstak för läkemedel som enligt lag är bundet till levnadskostnadsindex, så att beloppet ändras samtidigt och i samma förhållande som folkpensionerna ändras med stöd av lagen om folkpensionsindex.

Beloppsgränserna i den danska förmånstrappan för läkemedel har sedan den infördes för drygt tio år sedan ändrats i stort sett varje år. I Nederländerna har återkommande höjningar skett av

självrisknivån, som i dag ligger på 170 euro per år. Från och med 2012 har den höjts den till 220 euro, och kommer enligt en aktuell prognos att ligga på 260 euro år 2015.

En annan tendens, som gäller den rent tekniska hanteringen av avgiftssystemen, är den utveckling som skett mot användning av elektroniska system. Det mest närliggande exemplet på detta är övergången från det gemensamma pappersbaserade högkostnads-skyddet för besök i öppen vård och läkemedel som gällde i Sverige före 1997. Då infördes separata högkostnadsskydd. Det avgifts-system som sedan dess gäller för läkemedel är helt automatiserat, och administreras numera av Apotekens Service AB.

Motsvarande utveckling av systemen har skett i andra länder, och ambitionen tycks i de flesta länder vara att alla avgiftssystem ska utformas på detta sätt.

4.4 Vad säger litteraturen?

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har för utredningens räkning gjort en systematisk litteraturöversikt för att kartlägga det aktuella kunskapsläget rörande konsekvenser av avgiftsstrukturen för efterfrågan på läkarbesök i öppen vård respektive läkemedel, samt eventuell inverkan på patienternas hälsotillstånd. Litteraturöversikten², som sammanfattas i bilaga 2, utmynnade i följande slutsatser:

- Ökade egenavgifter för läkarbesök leder till minskad efterfrågan på läkarbesök. Priselasticiteten är cirka -0,3, vilket innebär att en avgiftshöjning på 10 procent leder till cirka 3 procents minskning av efterfrågan.
- Ökade egenavgifter för läkemedel leder till minskad efterfrågan på läkemedel (priselasticitet cirka -0,4).
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma om efterfrågan på läkarbesök och andra sjukvårdstjänster påverkas av förändringar i egenavgifter för läkemedel.

² Arbetet har inom SBU utförts av Anders Norlund, Marianne Heibert Arnlind och Hanna Olofsson. Litteraturöversikten i sin helhet, inklusive sökstrategier, tabeller, etc., finns tillgänglig på SBU:s hemsida www.sbu.se

- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma om patienternas hälsotillstånd påverkas av förändringar i egenavgifter för läkemedel.

4.5 Administrativa kostnader för avgiftssystemen

Enligt en EU-rapport från 2010, European commission report on health systems, utmärker sig Sverige med låga administrativa kostnader inom hälso- och sjukvården. Som framgår av Tabell 4.5 är så väl de offentliga som de totala utgifterna för hälsoadministration och sjukförsäkring lägre än EU-genomsnittet. Detta gäller både som andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna och som andel av BNP.

Tabell 4.5 Utgifter för hälsoadministration och hälsoförsäkring, 2008

	SVE	DK*	FI	NED	TY	EU
Offentliga utgifter						
- % av hälso- och sjukvårdskostnaderna	1.4	1.1	2.0	4.5	5.4	3.1
- % av BNP	0.1	0.1	0.2	0.4	0.6	0.3
Totala utgifter						
- % av hälso- och sjukvårdskostnaderna	0.4	1.2	2.4	5.5	4.0	4.4
- % av BNP	0.1	0.1	0.2	0.5	0.4	0.4

Källa: European commission report on health systems (2010); * Baserat på 2007 års data.

Länder med försäkringsbaserade hälso- och sjukvårdssystem, t.ex. Nederländerna och Tyskland, har betydligt högre administrativa kostnader.

4.6 Sammanfattande diskussion – vad kan vi lära?

Antalet läkarbesök per invånare är som regel högre i de länder som tillämpar nolltaxa i primärvården. I Tyskland, som redovisar avsevärt högre besöksfrekvens än något av de andra jämförda länderna, har man i realiteten ett ”lågprissystem” som innebär att patienten betalar 10 euro för första besöket under ett kvartal och därefter ingen ytterligare avgift i samma kvartal. Till stor del torde emellertid skillnaderna i besöksfrekvens bero på olikheter i besökens längd och innehåll. Det kan bl.a. bero på vilka krav som ställs för att få ut

ersättning av sjukförsäkringen. I Tyskland krävs läkarintyg fr. o. m. första dagen, medan det i Sverige inte krävs något läkarintyg första veckan.

Ett besök hos en svensk primärvårdsläkare tar i genomsnitt mer än dubbelt så lång tid som ett motsvarande besök i Storbritannien. Detta i sin tur beror delvis på att mycket av det som den brittiska allmänläkaren ägnar sig åt ofta utförs av distriktssjuksköterskor i Sverige, eller sker i via telefon eller Internet, t.ex. förnyelse av recept. Den totala besökstiden per patient och år skiljer sig därför mindre åt än antalet besök.

Därmed inte sagt att avgifterna helt saknar styreffekt, även om den är begränsad. Den genomsnittlige patienten är inte särskilt priskänslig, varför marginella avgiftsändringar inte medför några större förändringar i efterfrågan. Om man däremot skulle göra större förändringar, t.ex. helt slopa avgiften så skulle detta med all sannolikhet resultera i betydande efterfrågeökning. Detta var vad som inträffade då vi i Sverige avskaffade patientavgiften för barn och ungdomar år 1998.

Styreffekten av egenavgifterna vid besök hos specialistläkare torde vara ännu mindre eftersom flertalet av dessa besök sker efter remiss från primärvårdsläkare.

Även när det gäller läkemedel rör det sig om en sorts ”sekundärefterfrågan”, vilket gör att priskänsligheten och därmed styreffekten är begränsad.

Egenavgifternas bidrag till sjukvårdens finansiering varierar mellan 6,2–19 procent i de jämförda länderna.

Högekostnadsskydd av olika slag förekommer i samtliga jämförda länder men innehåll och omfattning i skydden varierar. Gemensamma högekostnadsskydd i en eller annan form finns i Norge, Nederländerna och Tyskland.

En potentiell fara med utvecklingen mot mer omfattande och komplicerade system är att avgiftssystemen kan bli administrativt svåröverskådliga och mindre transparenta, vilket också kan leda till att avgifternas styreffekt avtar.

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

Referenser

European Commission Report on Health Systems, 2010.

European Observatory: Health system profiles.

OECD Health Data 2011.

Reed SJ, Thomson S. *User charges for health services in the European Union and European Economic Area*. London: LSE Health and Social Care, 2011.

Patientavgifter och vårdefterfrågan: en kunskapsöversikt. Stockholm: Socialstyrelsen, 2000.

Vägval i vården – en ESO-rapport om skillnader och likheter i Norden. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2011:7. Stockholm: ESO, 2011.

5 Framtida finansiering av vård och omsorg

5.1 Inledning

I mitt uppdrag ingår att belysa frågan om avgifterna i framtiden kan spela en större roll i finansieringen av vård och omsorg. Debatten om hur vi ska klara finansieringen av det åtagande som kommuner och landsting har för välfärden har av och till pågått under decennier. På senare år har också diskuterats om det offentliga åtagandet bör begränsas och därmed en privat försäkringsmarknad tillåtas växa fram.

Den vanligaste uppfattningen om sjukvårdens och äldreomsorgens framtid är att behoven kommer att öka mycket kraftigt. Argumenten för detta är bl.a. de demografiska förändringarna, fortsatta medicinsk-teknologiska framsteg och ökade allmänna standardkrav på vård och omsorg i takt med stigande välbefinnande.¹

I detta kapitel ska jag försöka belysa om finansieringen av vård och omsorg i framtiden kommer att kräva ett ökat inslag av patientavgifter och/eller annan privat finansiering. Framställningen bygger bl.a. på de underlag som på mitt uppdrag tagits fram av Per Sedigh och Sven-Eric Bergman. Dessa underlag redovisas i sin helhet i bilagorna 3 och 4. För utförliga referenser hänvisas till dessa bilagor.

Som utgångspunkt för mina bedömningar om framtiden har jag valt att blicka tillbaka på den gångna trettioårsperioden, 1980–2010.

¹ Flera inlägg i denna debatt har gjorts på senare år, bl. a. i de statliga långtidsutredningarna, Per Borgs ESO-rapport 2009, Petter Odmarks rapport "Välfärdens framtida finansiering är ett framtida problem" för Arena Idé 2010, SKL-rapporten "Framtidens utmaning" 2010, underlagsrapporten om äldreomsorgen till den av Mats Thorslund, delrapporten från LEV-projektet "Den ljusnande framtiden är vård" 2010, den s.k. Borgkommissionen "Vi har råd med framtiden" 2010, SKL-rapporten "Hur ska välfärden formas i framtiden" 2011, Gunnar Wetterbergs "Kurvans kraft", Fredrik Westanders rapport "Ökad privat finansiering i hälso- och sjukvården?" för Arena Idé 2011 och Tor Iversens ESO-rapport "Vägval i vården", samt en ännu opublicerad rapport av Märten Lagergren "Friska eller sjuka år till livet".

År 1980 var cirka 240 000 personer 80 år eller äldre och deras andel av befolkningen var 2,9 procent. I dag har antalet mer än fördubblats till 491 000 och andelen är 5,3 procent.

Livslängden har ökat och är nu i genomsnitt 79 år för män och 83 år för kvinnor. Enligt 2009 års Folkhälsorapport är det inte sjuka år utan friska år som lagts till livet. Det handlar således om uppskjuten sjuklighet och inte ökad sjuklighet.

Antalet gråstarrsoperationer per år har ökat från cirka 7 000 till över 80 000. Antalet höftledsoperationer har också ökat kraftigt, allra mest för de äldsta. Överlevnaden i flera cancerformer, däribland leukemi, har ökat kraftigt.

Spädbarnsdödligheten har fortsatt att minska och är nu cirka 2,5 promille, bland de lägsta i världen.

Samtidigt har sjukvårdens och äldre-och handikappomsorgens andel av våra samlade resurser, bruttonationalprodukten (BNP), ökat med cirka 2 procentenheter, från 11 till knappt 13 procent.

Sammanfattningsvis blir då bilden av de senaste 30 åren att en snabbt åldrande befolkning fått avsevärt bättre vård till kostnaden av en ökad BNP-andel med cirka 2 procentenheter.

Så låt oss se på de vanligaste argumenten som framförts för att finansieringen i framtiden blir mer problematisk, nämligen demografin, den medicinska teknologikutvecklingen, önskemål om offentliga tjänster, produktivitetsutvecklingen och ökade standardkrav.

5.2 Demografi

Den demografiska utvecklingen är det som de flesta tror är den starkaste faktorn som driver på kostnadsutvecklingen för vård och omsorg. Det handlar både om att den ökade livslängden kommer att medföra ett ökat behov av vård och omsorg och att den stora generationen 40-talister kommer att utgöra en belastning under en tjuugoårsperiod som inleds om drygt 10 år. Perioden sträcker sig från början av 2020-talet, då den första stora årgången (de med fler än 115 000 födda) fyller 80 år fram till strax före år 2040 då den sista stora årgången kommer att fylla 90 år.

Enligt LEV-projektets ”Den ljusnande framtid är vård” skulle den rent demografiska effekten för sjukvård och äldreomsorg tillsammans fram till 2040 enbart vara marginellt högre än i dag.² BNP-andelen för enbart äldreomsorgen skulle stiga med ungefär 1

² Baserat på Finansdepartementets långsiktiga antaganden om 2,16 % i årlig BNP-ökning.

procentenhet, medan den för sjukvården skulle sjunka med en knapp procentenhet.

En central fråga för att bedöma framtidens vårdkostnader är förstas om det är sjuka eller friska år som läggs till livet. Den frågan har diskuterats i flera decennier. De alternativ som finns är fler sjuka år (förlängd sjuklighet), oförändrat antal sjuka år (uppskjuten sjuklighet) eller – allra trevligast – färre sjuka år (komprimerad sjuklighet).

Den senaste Folkhälsorapporten (2009) kommer fram till att det är fråga om "uppskjuten sjuklighet", baserat på hur de som är över 65 år har bedömts klara vardagssysslorna sedan 1980.³

Hur utvecklingen ser ut de kommande trettio åren vet förstas ingen. Dock förefaller det som om flertalet studier pekar åt samma håll som Folkhälsorapporten. Lagergren gjorde år 2011 omfattande beräkningar av vad som hänt med de tillkommande åren efter 65. Hans slutsats är - trots de reservationer som måste göras m.h.t. olika metod- och datamässiga problem – att det finns ett övervägande stöd för hypotesen om uppskjutna levnadsår med ohälsa.⁴

Mer pessimistiska bedömningar av framtiden har presenterats av bl.a. Mats Thorslund. I debatten förekommer uppfattningen att även om det skulle vara positivt för de "yngre äldre", så kommer det att gå sämre för de "äldre äldre". Enligt Lagergren är det av särskilt intresse "att konstatera att även antalet år med hälsa från 85 års ålder tenderar att öka samtidigt som antalet 'sjuka' år är i stort sett oförändrat. Detta innebär att den ökade livslängden inte har skett till priset av att svårt sjuka, mycket gamla personer hålls vid liv utan att det handlar om en genomgående positiv utveckling med 'liv till åren' - inte bara 'år till livet'." Om det fortsätter att till stor del vara friska år som läggs till livet, så faller den ökande livslängden helt, eller nästan helt, bort som argument för kraftigt ökade kostnader i framtiden.

Sammantaget innebär detta enligt min bedömning att de väntade demografiska förändringarna, trots "40-talistpuckeln", inte utgör något olösligt problem när det gäller den framtida finansieringen av vård och omsorg.

³ Antalet år med sjuklighet har inte ökat sedan 1980-talet trots att genomsnittsindividerna nu lever drygt tre år längre fr.o.m. 65-årsdagen.

⁴ Mårten Lagergrens kommande rapport till Socialstyrelsen, *Friska eller sjuka år till livet*.

5.3 Medicinsk teknologi

Utvecklingen av nya medicinska metoder brukar framhållas som den enskilt viktigaste förklaringen till att vårdkostnaderna ökat kraftigt under senare årtionden.

Det är lätt att ge exempel på medicinsk teknologi som inte fanns tidigare eller inte var lika effektiv, och som nu efterfrågas och erbjuds och därmed ökar vårdkostnaderna.

En person som drabbas av hjärtinfarkt i dag har dubbelt så stor chans att överleva efter behandling som för 20 år sedan. Förr betraktades leukemi som en dödlig sjukdom, i dag är 95 procent av patienterna i livet fem år efter diagnos. För 30 år sedan var det ovanligt med höftledsoperationer, i dag görs det årligen över 15 000 och allt högre upp i åldrarna.

Sjukdomar som förr var obotliga kan alltså i dag behandlas med framgång och återge patienterna en fullgod livskvalitet, men det medför samtidigt ökade totala vårdkostnader.

Ibland minskar emellertid kostnaderna någon annanstans då en sjukdom kan botas. Ibland i den privata ekonomin, ibland för socialförsäkringarna och ibland för kommunernas hemtjänst. Men den kostnadsmissiga nettoeffekten antas oftast vara ökade vårdkostnader.

Det finns emellertid också exempel på att ny teknologi lett till lägre kostnad per ingrepp. Det kanske tydligaste exemplet är operationerna mot gråstarr, där ny och alltmer förfinad teknologi gjort det möjligt att utföra operationerna i öppen vård, och med mycket bättre resultat än tidigare.

Höft- och knäledsoperationer har ökat kraftigt, främst för äldre och mycket gamla. Där görs operationer visserligen inte i öppen vård, men har ändå lett till en betydande förkortning av vårdtiden på sjukhus.

Antalet vårdplatser på akutsjukhusen har bl. a. som en följd av denna utveckling minskat mycket kraftigt. Även om minskningen ibland kanske gått för långt, så är det inget tvivel om att den helt dominerande delen av minskningen återspeglar en positiv förändring. Ingen saknar de fem vårddagarna efter 1980-talets gråstarroperationer.

Även om nya metoder i sig kan vara både billigare och mer kostnadseffektiva än gamla metoder så ökar oftast antalet patienter som kan/bör behandlas. Ny teknologi kan vara antingen kostnadsdrivande eller kostnadsreducerande, men det som avgör deras inverkan på totala kostnaderna är hur de implementeras och används.

Detta talar för att introduktion av nya medicinska metoder bör föregås av allsidig och systematisk utvärdering, s.k. ordnat införande. Även etablerade metoder bör återkommande utvärderas. Påvisade variationer i utnyttjandet av de flesta medicinska metoder tyder på att det generellt sett finns en betydande effektiviseringspotential.

Sammanfattningsvis gör jag bedömningen att den medicinsk-teknologiska utvecklingen sannolikt kommer att medföra ökade kostnader, men att det finns goda förutsättningar att kontrollera utvecklingen och anpassa den till tillgängliga resurser.

5.4 Ökade krav på offentliga tjänster

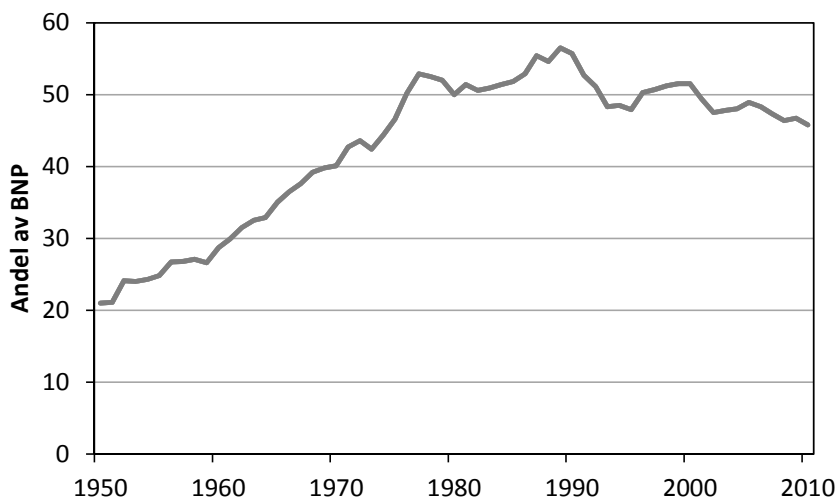
Ökad utbildningsnivå och ökat välstånd hos befolkningen medför ökade krav på vårdtjänster. Utbyggnaden av den offentliga sektorn och de ständiga standardförbättringarna från 1950-talet till i dag hade inte varit möjliga utan ekonomisk tillväxt. Ett stöd för att den s.k. Wagners lag fortfarande gäller är - sägs det - utvecklingen det senaste halvsekleet inklusive att kostnaderna ökar mer än vad demografin kräver.

En vidare koppling till Wagners lag är att kraven på tjänster som finansieras av det offentliga ökar då samhället blir rikare. För varje ny generation kommer tjänsteinnehållet i vardagen att öka och bli en naturlig del av tillvaron. Att vi blir allt mer vana vid tjänsteköp kan komma att spilla över på morgondagens äldreomsorg.

Det är lätt att historiskt se att andelen offentligt finansierade tjänster ökat. Det finns empiriska studier som stöder resonemanget, även om bl.a. Odmark menar att bilden inte är entydig.

Utvecklingen de senaste två 30-årsperioderna, anser jag dock inte stöder Wagners lag. Under främst 1950- och 1960-talet skedde en mycket snabb utbyggnad av den offentliga sektorn. Skatteandelen ökade från 21 procent till 50 procent mellan 1950 och 1980. Under den andra 30-årsperioden – från 1980 till 2010 – minskade däremot skatteandelen från 50 procent till 46 procent, som framgår av diagram 5.1.

Diagram 5.1 Sveriges skattekvot 1950-2010



Källa: Ekonomifakta, Rodriguez E. (1981), Den svenska skattehistorien (1900-1975), Skatteverket (1976-1992), SCB (1993-) Värden för 2009 och 2010 är preliminära uppgifter.

Baserat på denna utveckling finner jag det svårt att återropa Wagners lag att skattekvoten måste öka i framtiden.

5.5 Produktivitetens utvecklingen

Om vår BNP i fasta priser väntas öka med drygt 2 procent om året, vilket motsvarar en fördubbling på drygt 30 år, vad är det då som gör att BNP-andelen till sjukvård och äldreomsorg väntas stiga?

Svaret är nog den s.k. Baumols sjukdom, vilken baseras på ett antagande om att produktiviteten i tjänstesektorer, som vård och omsorg, inte ökar, medan lönerna följer med utvecklingen i det övriga samhället.

Detta – tillsammans med de praktiska svårigheterna att mäta produktiviteten i tjänstesektorer – har gjort att nästan alla framtidskalkyler om vården antar att produktiviteten är konstant. Sjukvården blir därmed för dyr för att finansieras med skatter – trots att välståndet bara stiger. Välståndet stiger alltså så mycket att vi inte kommer att ha råd med välfärden!?

Det handlar med andra ord om att vården för varje år blir dyrare relativt den övriga ekonomin, och eftersom vården i huvudsak är

skattefinansierad så behöver skattekvoten hela tiden höjas. Detta antas emellertid i framtiden endast kunna ske i begränsad utsträckning, om ens alls. Därav förslagen om ett ökat inslag av privat finansiering i form av försäkringar och/eller avgifter.

De senaste 30 årens utveckling har, som jag försökte sammanfatta i inledningen till detta kapitel, inneburit att mycket stora framsteg gjorts, med en måttligt ökad andel av våra samlade resurser. Är det troligt att detta hade varit möjligt om produktiviteten inte alls hade förbättrats på 30 år?

Även i den officiella statistiken antas att produktivitets-utvecklingen inom vård och omsorg är lika med noll. Bland de argument som brukar framföras till stöd för detta antagande är att ”det går inte att vårda snabbare”, ”de allt äldre patienterna kräver mer tid”, etc. Samtidigt som vårdpersonalen av naturliga skäl inte vill släpa efter lönemässigt jämfört med dem som arbetar i andra samhällssektorer. Ofta uppfattas alltså önskemål om ökad produktivitet inom vård och omsorg som liktydiga med att de anställda springer fortare och fortare eller hjälper de äldre allt snabbare med maten. Men det finns – glädjande nog – också andra möjligheter.

Jag menar att antagandet om nolltillväxt i produktivitet är felaktigt, eller i varje fall inte generellt giltigt. Det grundläggande felet är att man bortser från kvalitetsutvecklingen. Det finns många exempel på att innehållet i tjänsterna har förbättrats radikalt under de senaste årtiondena.

Ovan har getts exempel på ökad produktivitet inom vården, främst vad gäller övergång från slutenvård till öppenvård. Möjligheterna att bota och hjälpa är alltså mycket större än för bara 20–30 år sedan.

Ett helt annat exempel på kraftigt minskade kostnader är generikareformen för läkemedel, dvs. att då patenten går ut står det allmänna enbart för det billigaste likvärdiga alternativet. När den reformens föregångare – referensprissystemet – infördes 1993 hoppades man på årliga besparingar på 300–400 miljoner kronor. Generikareformen beräknas spara skattebetalarna cirka 8 miljarder kronor per år.

Observera också att det finns stora och svårförklarliga skillnader i produktivitet mellan olika vårdenheter. Även om svensk sjukvård generellt sett är effektiv, så finns det mängder av förbättringar att göra. De relativt stora skillnader som tydliggörs i ”Öppna jämförelser” spelar en stor och växande roll för att identifiera förbättringsområden.

5.6 Ökade standardkrav

Det har hävdats att standardkraven driver upp kostnaderna i vården och omsorgen. I SKL-rapporten "Framtiden utmaning" bedöms standardförändringarna inklusive den medicinska teknologin stå för en årlig kostnadsökning på en procent om året.

I LEV-rapporten antas en ökad ambitionsnivå av bl.a. den medicin-teknologiska utvecklingen med 0,8 procent per år. Med rapportens övriga antaganden skulle BNP-andelen till sjukvård öka från dagens cirka 9,7 till drygt 11 procent år.

Det är naturligtvis så att om standarden i det övriga samhället stiger så kommer kraven också att öka på standarden inom sjukvård och äldreomsorg. Ett sådant exempel är att antalet sängar per sjuksalar minskar och rätten till eget rum inom det särskilda boendet nästan har genomförts. Ett annat krav som nämnts i debatten är att kommande generationer kommer att kräva att få duscha mycket oftare än vad som erbjuds i dagens äldreomsorg.

Den ökade standarden kommer säkert att leda till ökade kostnader jämfört med om standarden i övrigt inte höjts, men omfattningen är nog inte så dramatiskt med tanke på att en stor del av främst sjukvårdens kostnader rör annat än det vi vanligen kallar standard.

Sammantaget förefaller inte de två vanligast nämnda orsakerna till en mycket snabb framtida kostnadsökning inom sjukvård och äldreomsorg kunna förklara att dessa ökar snabbare än vad vår BNP väntas öka.

5.7 Tänkbara åtgärder

I mitt uppdrag ingår – som nämnts – att "utvärdera förutsättningarna för och konsekvenserna av att öka avgiftsuttaget i syfte att stärka vårdens finansiering på längre sikt". Jag belyser först den frågan, för att sedan behandla frågorna om eventuell avgränsning av det offentliga åtagandet och eventuell expansion av privata försäkringar.

5.7.1 Avgifterna i framtiden?

Som framgått i kapitel 3 har kostnadsutvecklingen för läkemedelsförmånen de senaste dryga tio åren varit relativt begränsad och Socialstyrelsens bedömning för de kommande åren innebär en fortsatt relativt låg kostnadsökning. En fråga gäller om de s.k. biologiska läkemedlen kommer att innebära en snabbare kostnadsutveckling för det allmänna del. Frågan behandlas för närvarande av Läkemedels- och apoteksutredningen (S 2011:07).

Det offentliga kostnader för besök i den öppna vården har under perioden då vi haft separata högkostnadsskydd, inte ökat dramatiskt, men en önskad förskjutning från besök på akutsjukhusen till primärvården har ägt rum

Som redovisats i inledningen till betänkandet spelar avgifterna i länder av vår typ i dag en relativt begränsad roll för att finansiera vården. För Sveriges del är avgiftsandelen för hälso- och sjukvården totalt drygt 16 procent. Den varierar dock kraftigt mellan olika delar, alltifrån tandvårdens egenavgifter på cirka 60 procent till en mycket obetydlig andel för slutenvården. För receptbelagda läkemedel är andelen 22–23 procent och för öppenvården 13–14 procent.

Dessa andelar har varit relativt konstanta på senare år. De beslutade höjningarna fr.o.m. den 1 januari i år av högkostnadsskydden för läkemedel och för besök i öppenvård ökar avgiftsintäkterna med cirka 1 miljard kronor per år, motsvarande cirka en kvarts procent av sjuk- och äldreårdens kostnader.

Antalet privata försäkringar har ökat snabbt på senare år, men torde i dag ändå inte svara för mer än 0,2 procent av sjukvårdskostnaderna och än mindre av de sammanlagda sjukvårds- och äldreomsorgskostnaderna.

Mina förslag i detta betänkande om en framtida indexering av de två statligt reglerade högkostnadsskydden och av slutenvårdsavgiften (även historiskt) ökar naturligtvis avgiftsandelen jämfört med om ingenting görs, även om påverkan på avgiftsandelen blir marginell. Det finns också andra alternativ än detta, exempelvis höjda tandvårdsavgifter.

Vad gäller tandvården kan man erinra sig att egenavgifterna i dagsläget svarar för cirka 60 procent av kostnaderna. Till detta kan också läggas att den vanligaste synpunkten på dagens patientavgifter från min referensgrupp med pensionärs- och handikapporganisationer varit att tandvårdstaxorna i dag är mycket höga.

Min bedömning vad gäller de direkta patient- och egenavgifterna inom sjukvården samt högkostnadsskydden för öppenvård och läkemedel är att dessa i dagsläget är relativt höga i vårt land och att därför utrymmet för betydande höjningar – utöver de av riksdagen hösten 2011 beslutade och de av mig i detta betänkande föreslagna – är begränsat.

Detta torde också vara ett skäl till att det i den allmänna debatten varit vanligare med andra förslag än avgiftshöjningar som alternativ framtida finansiering av välfärden.

Jag övergår nu till att resonera om dessa andra alternativ, främst i form av avgränsning av det offentliga åtagandet och utveckling av privata vård- och omsorgsförsäkringar.

5.7.2 Mer privat finansierad sjukvård?

Innan jag går vidare med diskussion av dessa förslag, så bör det slås fast att sjukvården dagligen ägnar sig åt prioriteringar genom att inte alltid göra allt för alla. Förhoppningsvis görs företrädesvis sådant som är mest angeläget och där det vetenskapliga underlaget är bäst.

Utöver det så har i vårt land olika landsting prövat att arbeta fram prioriteringslistor. Ett av de mest uppmärksammade exemplen är det försök Östergötlands läns landsting gjorde i början av 00-talet. Även andra landsting, däribland Västmanland, Kronoberg, Västerbotten och Kalmar, har på senare år arbetat med prioriteringslistor.

Sådana försök är enligt min mening angelägna och bör fortsätta, i dialog mellan de förtroendevalda och professionen. De hittillsvarande försöken har dock visat att förslagen till avgränsning inte blir speciellt omfattande men ändå mycket kritiserade. Det visar sig att det inte är så lätt att definiera bort sådant som existerar och som är av värde för patienterna. I fallet Östergötland omfattade det bortprioriterade kanske 1–2 procent av landstingets vårdkostnader.

Inom äldreomsorgen är problemen och möjligheterna annorlunda, men i den aktuella debatten dyker det sällan upp förslag om att minska omsorgen, annat än möjligen att tydligare göra klart att inslag som hyggliga rödviner till maten borde läggas utanför det kommunala åtagandet. Och debatten gäller snarast att kvaliteten i omsorgen är för låg och därför borde höjas.

Att föreslå att vi i vårt land skulle börja ta bort medicinska åtgärder av det som nu finns tillgängligt är inte så lätt. Nej, det är

förstås lättare att "avstå ifrån" sådant som vi inte känner till, sådant som människohjärnan ännu inte kommit på.

Men vad är det som gör det sannolikt att vi som medborgare om 30 år skulle vara mer beredda att "definiera bort" goda medicinska insatser som då uppfunnits, då vi i dag inte är beredda att "definiera bort" sådant som uppfunnits under de senaste 30 åren? De framförda exemplen på det senare är inte många i debatten.

En allvarlig invändning mot avgränsnings- och privata försäkringslösningar är av mer praktisk natur. Kritikerna, t.ex. Ilja Batljan, har hävdat att det inte är någon slump att det inte någonstans i världen finns en privat äldreomsorgsförsäkring. Ett skäl på är svårigheten att definiera vad försäkringen omfattar och vad den inte omfattar.

Även mer renodlade sjukvårdsförsäkringar är svåra att göra tydliga 20–30 år framåt i tiden. Vad av det som ännu inte är uppfunnet ska ingå och kan det allmänna nu göra klart vad som i framtiden inte kommer ingå i det allmännas åtagandet, och därmed kan bli föremål för en privat sjukvårdsförsäkring?

Flera räkneexempel på vad en ökad avgiftsandel skulle kunna innebära kan göras. Fredrik Westander har i sin rapport från 2011 räknat på några olika alternativ för avgiftsfinansiering och privat finansiering. Han bedömer patientavgifterna för sjukvård (exkl tandvård) år 2009 till cirka 450 kronor per patient, och sammantaget till 4 miljarder kronor. Samma år var patientavgifterna för läkemedel cirka 6,5 miljarder kronor. Totalt således drygt 10,5 miljarder kronor.

Detta innebär ett genomsnitt på 1 200 kronor/invånare. Kostnadstaket var då sammanlagt 2 700 kronor. Fr.o.m. i år har det sammanlagda taket höjts till 3 300 kronor.

Westander gör ett räkneexempel där han fördubblar patient- och egenavgifterna samt det sammanlagda högkostnadstaket (till 5 400 kronor per tolv månadersperiod). Efter höjningen skulle ett besök hos distriktsläkare kosta 300 kronor och ett besök på akut-mottagningar mellan 500 och 600 kronor.

Han antar att höjningarna – åtminstone till en början – skulle leda till en viss minskning av vårdkonsumtionen, så att intäkts-höjningen inledningsvis stannar vid 9 miljarder kronor. Ett icke obetydligt belopp, men det motsvarar mindre än 5 procent av landstingens nettokostnader och en än mindre andel av de totala sjukvårdskostnaderna. I sitt resonemang utgår Westander därefter från att inte enbart vissa "onödiga" läkarbesök och läkemedelsköp skulle falla bort utan även andra mer nödvändiga.

SKL har i sin rapport "Framtidens utmaning" också redovisat räkneexempel, bl.a. om höjda äldreomsorgsavgifter. Den mest långtgående förändringen beräknas ge cirka 3,6 miljarder kronor i ökade intäkter, motsvarande 22 öre i skatt.

Till detta bör läggas att det inte torde vara helt lätt att få en politisk majoritet för en fördubbling av avgifterna och taken för öppenvård och läkemedel samt att åtminstone avgifterna och taken för öppenvården redan nu är högre än i flera jämförbara länder, särskilt vad gäller primärvården.

För dem som är mest oroad för den framtida finansieringen av vår sjuk- och äldrevård är, utöver effektiviseringar och att vi måste arbeta fler år när vi lever längre, det vanligaste förslaget att det offentliga åtagandet i framtiden måste avgränsas och då kanske mest vad gäller tillkommande medicinska landvinningar.

Finns det andra åtgärder som vi kan vidta för att klara den framtida finansieringen? Jag har redan pekat på behovet av fortsatta effektiviseringar. En annan självklar väg är förstås att det allmänna får in mer skattepengar genom att vi arbetar mer. Där finns en oro för att demografin leder till färre arbetstimmar.

Sjunker försörjningskvoten under kommande år?

Centralt för bedömningen av om vi kan klara välfärden de kommande årtiondena är därför hur det går med antalet yrkesarbetande relativt antalet pensionärer, barn och ungdomar. Detta brukar beskrivas med en försörjningskvot, vanligen antalet i åldrarna 20–64 i förhållande till antalet över 65 år och antalet under 20 år. Så räknat var kvoten för 30 år sedan 3,5 och hade i fjol sjunkit till 3,2.

Räknat framåt blir kvoten år 2040 så låg som 2,3 om vi, trots att vi lever 3–4 år längre, väljer att pensionera oss vid samma ålder som i dag.

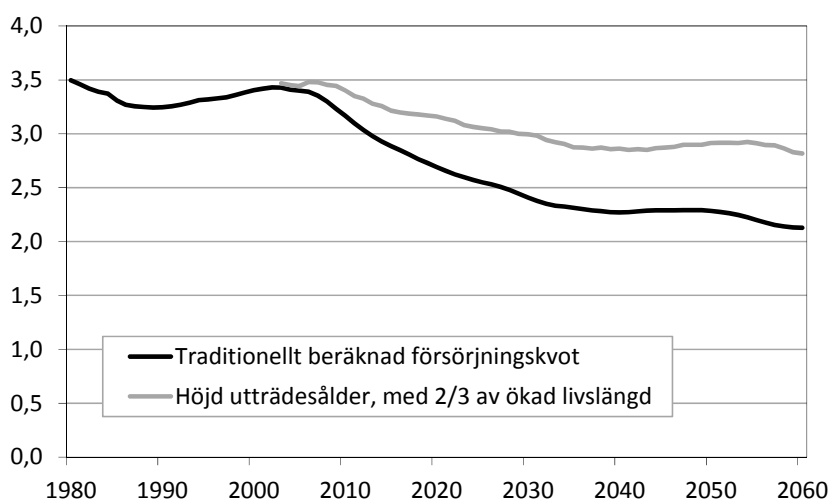
Det nya pensionssystemet är ekonomiskt anpassat till livslängden. Matematiken i systemet ser ut så att vi behöver höja vår utträdesålder med cirka 2/3 av den ökade livslängden om vi ska få samma andel i pension som de som gick i pension då riksdagen beslutade om det nya systemet i mitten av 1990-talet.

Om genomsnittet av befolkningen skulle arbeta så mycket längre som 2/3 av den ökade livslängden, så stannar antalet personer i förvärsaktiv ålder relativt de i pensionsåldern på 2,9 i stället för de nämnda 2,3.

Inträdesåldern på arbetsmarknaden har de senaste 15 åren stigit kraftigt i vårt land och är nu bland de högsta i världen. Skulle den utvecklingen kunna vändas och inträdesåldern sänkas med en dryg månad om året så skulle detta tillsammans med en höjd utträdesålder enligt ovan, nästan innebära en oförändrad försörjningskvot. Detta får stor betydelse för finansieringen.

Om kostnaderna ökar i samma takt som BNP i fasta priser, så uppstår inget behov av att höja skatteuttaget, under förutsättning att skattebasens andel av BNP blir oförändrad.

Diagram 5.2 Försörjningskvot 1980–2060, mätt som andelen i yrkesverksam ålder i relation till andelen i pensionsålder och barn och ungdomar under 20 år



Om kostnaderna ökar snabbare, men på ett liknande sätt som de senaste 30 åren kan – allt annat lika – skatteandelen behöva höjas med kanske drygt 2 procentenheter, vilket kan jämföras med den minskning med cirka 5 procentenheter av skatteandelen som ägt rum på några år på 00-talet.

Lägre skatter är förstås – allt annat lika – att föredra framför högre skatter, men en eventuell ökning på drygt 2 procentenheter för att slå vakt om en framtida god sjukvård och äldreomsorg förefaller inte dramatisk.

5.7.3 Ett tillägg om äldreomsorgsfond alternativt fortsatt minskad statsskuld

Min bedömning av den framtida kostnadsutvecklingen inom sjukvård och äldreomsorg är - som framgått ovan - mindre pessimistisk än flertalets. Jag kan förstås få fel i detta.

Och jag är förstås medveten om att det bland allmänheten finns en betydande oro för hur främst äldreomsorgen ska utvecklas under kommande årtionden, inte minst som resultat av de många 40-talisternas åldrande.

För att fram till 2040-talet på ett bra sätt klara vården och omsorgen om den största generation vi någonsin haft, så kommer ökade medel att behövas, främst till äldreomsorgen.

Denna omfattande generation innebär förstås också att det fr.o.m. att de blir cirka 65 år innebär en ökad kostnad för deras pensioner. Det problemet har statsmakterna försökt lösa genom att reformera pensionssystemet. I 1994 års reform ingår bl.a. att det finns buffertfonder - vid utgången av år 2010 cirka 800 miljarder kronor. Större delen av dessa ska användas till att under en period, fr.o.m. 2009 till en bit in på 2040-talet, täcka de väl kända årliga avgiftsunderskott som kommer att finnas dessa år.

De ekonomiska problemen med en större generation än den före och den efter gäller både pensionerna och behovet av vård och omsorg. En betydande skillnad är att omsorgstiden - glädjande nog - är avsevärt kortare än pensionstiden.

Inför 40-talisternas vård- och omsorgstid kan det för det allmänna vara klokt att vidta ekonomiska förberedelser - även om den ekonomiska omfattningen är mindre än många i dag föreställer sig.

Det är förstås önskvärt att ha en så låg statsskuld som möjligt och att den ett par decennier långa omsorgstiden vid behov kan klaras med upplåning, som sedan kan återbetalas under ett eller ett par årtionden därefter.

Vad som i det här sammanhanget kan diskuteras är om det nuvarande överskottsmålet på cirka 1 procent av BNP (= drygt 30 miljarder kronor om året) under det kommande årtiondet bör ersättas med allmänt sparande i en nyinrättad äldreomsorgsfond. Fonden avser hantera enbart de demografiskt betingade behoven med nuvarande standard och teknologi. Om vi fr.o.m. år 2013 i stället för att fortsätta amortera vår relativt låga statsskuld årligen sätter av drygt 30 miljarder kronor till en äldreomsorgsfond, så bör det vid inledningen av 2023 inklusive avkastningen kunna finnas

cirka 350 miljarder kronor i fonden för att under en knapp tjugoårsperiod årligen kunna tillföra kommunernas äldreomsorg cirka 20 miljarder kronor extra.

Med den nuvarande utvecklingen skulle den svenska statskulden ändå vara en av Europas lägsta, cirka 30 procent av BNP.

Mot detta förslag kan med viss rätt anföras att det ekonomiskt är detsamma som att låta statsskulden minska med ytterligare cirka 10 procentenheter och att detta sannolikt hanteringsmässigt vore billigare än att bilda en särskild äldreomsorgsfond.

Det starkaste argumentet för Äldreomsorgsfonden är att det av medborgarna sannolikt skulle uppfattas som tryggare med en äldreomsorgsfond än att skapa lånemöjligheter på 2020- och 2030-talen för att finansiera 40-talistgenerationens extra stora behov av äldreomsorg. Ett behov som uppstår för att de är så många.

5.8 Sammanfattning och slutsatser

Jag konstaterar avslutningsvis att senare års debatt om den framtida finansieringen av vård och omsorg visat prov på såväl ”domedagsprofetior” som mer optimistiska förutsägelser. En sak tycks de flesta debattörer dock vara tämligen överens om, nämligen att ökade patientavgifter inte är lösningen på de mer eller mindre omfattande finansieringsproblemen.

En mycket intressant fråga är förstås om vi kan klara framtidens sjukvård och äldreomsorg med liknande avgränsningar som i dag utan orimliga skattehöjningar.

Den nuvarande välfärdsstaten och dess åtaganden har i dag ett mycket brett stöd i vårt samhälle. Det finns inga uttalade önskemål att begränsa det offentliga vård- och omsorgsåtagandet, om vi inte måste. Min genomgång tyder knappast på att vi kommer att behöva göra några avgränsningar som skulle föranleda ökat inslag av egenavgifter och privata försäkringar.

Min personliga uppfattning är att vi förvisso står inför en växande finansieringsbörda, men att vi genom systematisk utvärdering av tillämpade och nya medicinska metoder, tydliga prioriteringar när det gäller vad som ska ingå i det offentliga åtagandet och en ständigt pågående ”effektivitetsjakt” kommer att klara utmaningarna. Slutligen delar jag den vitt spridda uppfattningen att patientavgifternas roll i finansieringen av vård och omsorg även fortsättningsvis kommer att vara relativt begränsad.

6 Överväganden och förslag

6.1 Inledning – allmänna utgångspunkter och avgränsning

Mina överväganden och förslag handlar i första hand om utformningen och effekterna av högkostnadsskydden, inte om enskilda avgifter och avgiftsnivåer inom olika delområden.

Viktiga utgångspunkter för mina överväganden är att:

- avgifter i någon form kan och bör användas för att påverka (styra, dämpa) efterfrågan på vård,
- avgifterna får inte äventyra målsättningen att vården ska ges efter behov,
- framtidens avgiftssystem ska bidra till en långsiktigt hållbar finansiering av vården,
- någon form av löpande indexering bör tillämpas för återkommande justering av beloppsgränserna i högkostnadsskydden,
- avgiftssystemen ska så långt möjligt vara transparenta, dvs. kända och begripliga för den enskilde medborgaren,
- det måste bli möjligt att följa upp och utvärdera avgiftssystemens effekter med avseende på de mål som angetts i direktiven.

6.2 Överväganden

I detta avsnitt diskuteras ovannämnda utgångspunkter närmare, som underlag för mina överväganden om olika alternativ för utformning av framtidens högkostnadsskydd, i avsnitt 6.3. Mitt slutliga förslag redovisas därefter i avsnitt 6.4.

6.2.1 Avgifter som styrinstrument

Det främsta motivet för egenavgifter i hälso- och sjukvården är att de ska fungera som instrument för att styra efterfrågan till "rätt" vårdnivå och i "rätt" tid. De avses också medföra ett ökat kostnadsmedvetande hos befolkningen och förväntas därmed begränsa vård efterfrågan och kostnader.

Detta förutsätter dels att avgifterna varierar mellan olika vårdnivåer, dels att de inte är så höga att den som behöver vård avstår från eller skjuter upp sitt besök av ekonomiska skäl. Samtidigt måste avgifterna vara så pass höga att vården inte uppfattas som gratis, eftersom det skulle kunna leda till överkonsumtion, dvs. att man söker vård i onödan. En grundläggande förutsättning är förstås att folk känner till och förstår hur avgiftssystemen fungerar, eller med andra ord att avgiftssystemen är transparenta.

Att t.ex. egenavgiften för besök i primärvården vanligen är avsevärt lägre än egenavgiften för besök på sjukhusmottagning avspeglar alltså en medveten prisdifferentiering av avgifterna i öppen hälso- och sjukvård. Syftet är i detta fall att styra vård efterfrågan till primärvården, som erfarenhetsmässigt är "rätt" vårdnivå för huvuddelen av befolkningens hälsoproblem.

Efter införandet av denna typ av prisdifferentiering i början av 1990-talet kunde man notera att andelen läkarbesök i primärvården ökade från 39 procent 1991 till 52 procent 1998. Sedan dess har primärvårdsandelen ökat några procentenheter till, och uppgick 2010 till cirka 55 procent. I vilken mån denna omfördelning av besöken beror på avgiftsdifferentieringen eller andra faktorer, såsom en utbyggnad av primärvården, är dock svårt att avgöra.

Det går inte att med utgångspunkt från officiell statistik påvisa något entydigt samband mellan avgiftsnivå och besöksvolym. Landsting med höga avgifter har inte lägre besöksfrekvens än landsting med låga avgifter, och vice versa.

Den kraftiga ökningen av besöksfrekvensen för barn och ungdomar (15–20 procent) då avgiften för dessa togs bort 1998 tyder visserligen på att patientavgifter påverkar efterfrågan. Införande eller borttagande av avgifter förefaller ha betydande tröskeeffekter, medan marginella förändringar i avgiftsnivåerna inte tycks påverka efterfrågan särskilt mycket.

Det är alltså oklart om avgifterna i praktiken fungerar som ett effektivt styrinstrument. Egenavgifter i vården är av olika skäl ett trubbigt styrinstrument. För flertalet i befolkningen är dagens

avgiftsnivåer knappast något hinder och priskänsligheten torde generellt sett vara låg. För andra, särskilt för ekonomiskt svaga grupper, är priskänsligheten väsentligt högre och det finns då en risk att även angelägen vårdkonsumtion hindras eller fördröjs av egenavgifter.

Den internationella utblick som redovisas i kapitel 4 tyder på att avgifter har relativt begränsad inverkan på efterfrågan, dels därför att avgifter inte förekommer överallt, dels därför att de högkostnadsskydd som finns för att skydda utsatta befolkningsgrupper förstås tenderar att dämpa avgifternas inverkan på efterfrågan. Denna bild bekräftas av litteraturöversikten (Bilaga 2), som visar att ökade egenavgifter på sjukvårdsbesök respektive läkemedel medför minskad efterfrågan, men att priskänsligheten är relativt låg. En avgiftshöjning på 10 procent leder till cirka 3–4 procents minskning av efterfrågan.

Det viktigaste skälet till att avgifterna inte alltid fungerar enligt intentionerna är nog ändå att det finns många andra faktorer som påverkar efterfrågan mer än avgifterna. Det gäller dels faktorer som är behovs-/efterfrågerelaterade, såsom ålder, kön, sjuklighet och socioekonomi, dels faktorer som är utbudsrelaterade, såsom sjukvårdens organisation, ersättningssystem för vårdgivarna och inte minst vårdens tillgänglighet i vid bemärkelse.

Det finns många som upplevt och vittnat om att det kan vara svårt att komma fram till primärvårdsmottagningen på telefon för att boka tid för besök. Därför väljer man att avstå eller, om man inte kan eller vill vänta, söka sig till sjukhusets akutmottagning. Där är det visserligen avsevärt dyrare och väntetiden kan bli lång, men det är alltid öppet. Flera landsting har rapporterat en ökning i antalet akutbesök under senare år.

När det gäller egenavgifter för läkemedel är styrningsproblemet något annorlunda. Då rör det sig om ”sekundär” efterfrågan, en följd av att man besökt en läkare, blivit undersökt och som ett led i behandlingen fått recept på läkemedel. Här är egentligen inte syftet att avgiften ska begränsa efterfrågan. Tvärtom är det angeläget att patienten nog följer läkarens ordination, vilket förutsätter att förskrivna läkemedel inhandlas på apotek och används.

Till skillnad från vad som gäller för efterfrågan på besök i öppen vård är tillgängligheten som regel inget hinder för efterfrågan på läkemedel, även om det på senare tid allt oftare rapporterats att apoteken inte har alla efterfrågade läkemedel omedelbart tillgängliga.

Priskänsligheten för efterfrågan på läkemedel ligger enligt tillgängliga studier i genomsnitt på ungefär samma nivå som för efterfrågan på öppenvårdsbesök. Det finns emellertid en påtaglig spridning i priskänslighet beroende på typ av läkemedel. Låg priskänslighet noteras t.ex. för smärtstillande läkemedel, medan priskänsligheten tycks vara större för blodtryckssänkande läkemedel och andra läkemedel som har en sjukdomsförebyggande verkan.

Som framgått av tidigare kapitel varierar priskänsligheten också med inkomstnivå. Låginkomsttagare är helt naturligt mer priskänsliga, och rapporterar i högre grad att de av ekonomiska skäl avstått från läkemedel.

Sammanfattningsvis konstaterar jag att 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. Dessa uppgifter ska helst kunna kopplas till bl.a. inkomster och hälsostatus. Tillgängliga aggregerade data tyder på att styreffekten av marginella avgiftsändringar är begränsad. Vid större förändringar kan dock betydande tröskeleffekter uppkomma.

6.2.2 Behovsstyrd vård och högkostnadsskydd

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska hälso- och sjukvård ges efter behov, och den som har det största behovet ska ges företräde till vården. Det betyder bl.a. att ingen som behöver vård ska tvingas avstå på grund av att han eller hon inte kan betala vårdavgift.

Det finns emellertid, som framgått av kapitel 3, många personer som av ekonomiska skäl avstår från att söka vård, i synnerhet tandvård, och/eller att köpa ut förskrivna läkemedel. Framtidens avgiftssystem ska enligt direktiven utformas så att det värnar om de grupper som är mest i behov av vård eller omsorg.

Det är här högkostnadsskydden kommer in i bilden. Som redovisats i kapitel 2 har det sedan lång tid tillbaka funnits olika system för att skydda vårdsökande mot höga vårdkostnader under en begränsad tid. Nuvarande ordning har i sina huvuddrag gällt sedan 1997.

Gemensamt eller separata högkostnadsskydd?

En huvudfråga i mina överväganden har varit om det finns skäl att i framtiden samordna nu gällande olika högkostnadsskydd till ett gemensamt, eller att åtminstone samordna de två som f.n. är statligt reglerade, dvs. högkostnadsskydden för öppenvårdsbesök respektive läkemedel.

Många argument har i tidigare utredningar, propositioner etc., framförts för respektive emot gemensamt högkostnadsskydd. De enligt min mening viktigaste är följande.

Fördelar med gemensamt högkostnadsskydd:

- det samhällsliga stödet till individen blir oberoende av hur konsumtionen fördelas mellan de olika delarna
- enklare för den enskilde, ofta äldre, patienten att förstå
- öppenvård, läkemedel, och även sjukresor och hjälpmedel är komplementära tjänster, vilket innebär att de i många fall förutsätter varandra
- ger ökade avgiftsintäkter och därmed möjlighet att sänka det gemensamma avgiftstaket. Personer som har så höga öppenvårds- och läkemedelsutgifter att de uppnår båda avgiftstaken vid separata system får lägre kostnader
- fler personer med stora behov kommer att få frikort.

Nackdelar med gemensamt högkostnadsskydd:

- personer som har en "ensidig" konsumtion, dvs. konsumerar enbart öppenvård eller enbart läkemedel, får betala mer
- barn och ungdomar, som har avgiftsfri öppenvård, kan drabbas av högre läkemedelsutgifter
- möjligheten – för personer som når båda avgiftstaken med separata högkostnadsskydd – att ha sina avgiftsfria perioder för läkemedel respektive öppen vård under olika delar av året, försvinner, och därmed minskar deras möjlighet att sprida sina utgifter

- administrativt komplicerat för såväl patient som vårdgivare och apotek, eftersom det på kort sikt förutsätter att utlägg för besök och läkemedelsinköp dokumenteras manuellt i patientens högkostnadskort.

Min sammanfattande bedömning när det gäller valet mellan gemensamt eller separat högkostnadsskydd är att fördelarna med ett gemensamt skydd överväger nackdelarna. Den tyngst vägande fördelen är enligt min mening att det ekonomiska skyddet från det allmännas sida sätts in på samma nivå oavsett hur individens utgifter fördelar sig på läkemedel och öppenvårdsbesök. Ett tungt vägande motargument, åtminstone vid ett snabbt genomförande, är dock de svårigheter som följer av att den administrativa infrastrukturen som skulle behövas i form av individbaserat register och uppföljningssystem f.n. saknas för öppenvården.

6.2.3 Hur förebygga risken för överkonsumtion?

Ett potentiellt problem med högkostnadsskydd är att de personer som uppnår avgiftstaket och därmed får frikort kan antas efterfråga mer vård än de behöver när den blir ”gratis”. Denna övreförfrågan kan motverkas med hjälp av en förmånstrappa eller genom en särskild (expeditions)avgift per besök/recept för den som fått frikort.

Förmånstrappan kan t.ex. utformas så att 100 procents subvention (avgiftstaket) nås först vid en relativt hög kostnadsnivå. En annan möjlighet är att förmånstrappan utformas så att den inte når ända upp till 100 procents subvention. Det innebär alltså att egenavgiften aldrig blir noll eller med andra ord att man alltid får betala en viss andel av kostnaden.

En expeditionsavgift innebär att man efter att ha nått avgiftstaket och fått frikort, ändå får betala en viss avgift för varje recept/besök.

Exempel på denna typ av styrinstrument finns bl.a. i våra nordiska grannländer. I Danmark finns inget absolut kostnadstak för den som köper läkemedel utan man får alltid betala en viss del av kostnaden, minst 15 procent. Dock finns möjlighet för långvarigt sjuka att få hela kostnaden över ett visst indexreglerat belopp (16 436 danska kronor år 2011) täckt av försäkringen, genom ett särskilt bidrag, s.k. ”kronikertilskud”, som ska sökas av

ansvarig läkare. Den maximala egenbetalningen är då 3 555 danska kronor. Cirka 15 procent av de totala läkemedelskostnaderna i Danmark hänför sig till denna grupp.

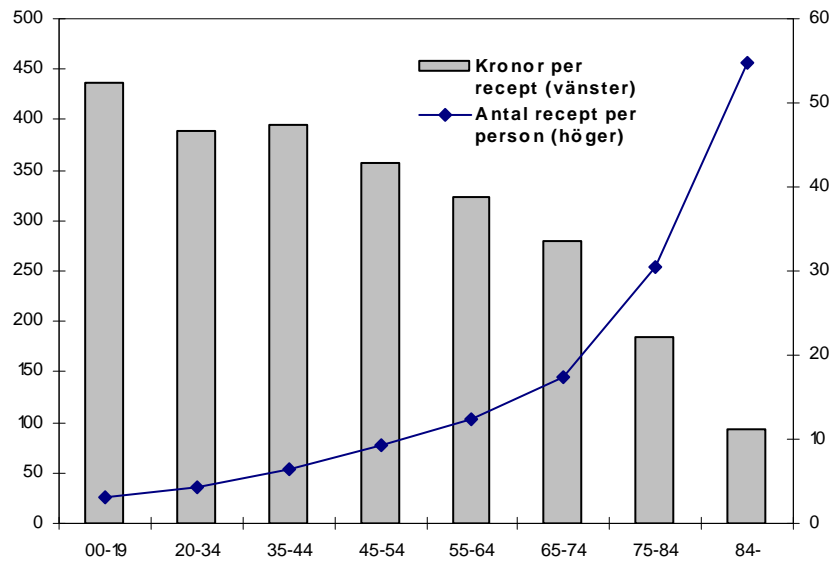
I Finland finns ett särskilt, indexreglerat avgiftstak för läkemedel som ligger på 675,39 euro år 2011. När avgiftstaket har uppnåtts betalar man bara en självriskandel som är 1,50 euro per läkemedel, alltså en sorts receptavgift.

Det danska systemet har varit i bruk sedan drygt tio år och det finländska sedan år 2006. Enligt uppgift från den danska Lægemiddelstyrelsen är möjligheten att få ”kronikertilskud” underutnyttjad. I Finland har man ännu inte gjort någon utvärdering av systemet med självriskandel/receptavgift.

En avgift per recept missgynnar förstås patienter som gör många billiga uttag, jämfört med patienter som gör få men dyra uttag. Samma totala utgift för läkemedel kan alltså leda till olika höga receptavgifter beroende på om utgiften hänför sig till ett eller flera recept.

Diagram 6.1 visar att det främst är de äldsta som har många läkemedel och därmed många recept som expedieras. Kostnaden per recept är däremot förhållandevis låg i denna grupp. Expeditionsavgifter tar alltså till skillnad från ett system med förmånstrappa endast hänsyn till antalet expedieringar, inte till kostnaden för alla expedieringar.

Diagram 6.1 Kostnad per recept samt antal recept per person i olika åldersgrupper. Riket 2008.



Källa: Socialstyrelsen samt egna beräkningar

I Tabell 6.1 redovisas potentiella effekter av en förmånstrappa med flera steg respektive expeditonsavgift, jämfört med avgiftstak utan trappa, med avseende på överkonsumtion av läkemedel.

Tabell 6.1 Effekter av förmånstrappa respektive expeditionsavgift, jämfört med avgiftstak utan trappa, på överkonsumtion av läkemedel

Förmånstrappa	Expeditionsavgift
<ul style="list-style-type: none"> • kunden får betala mer innan läkemedlen blir gratis • färre får frikort • hamstring motverkas 	<ul style="list-style-type: none"> • läkemedlen blir aldrig gratis • hamstring motverkas
<ul style="list-style-type: none"> • trappan medför lägre avgiftsintäkter p.g.a. ökad subventionsgrad. (färre betalar 100 % av läkemedelskostnaden) 	<ul style="list-style-type: none"> • De med många recept får högre utgifter • Administrativ kostnad för införande och hantering av avgift <ul style="list-style-type: none"> • Om man inför avgiftstak även för expeditionsavgifter medför det <ul style="list-style-type: none"> – att läkemedel kan bli gratis – ytterligare administrativa kostnader

I valet mellan förmånstrappa och expeditionsavgift för att hantera frikortsproblematiken föredrar jag förmånstrappan. Jag anser emellertid att huvudansvaret för att förebygga överkonsumtion av läkemedel ligger hos vårdgivaren, och att eventuella åtgärder i första hand bör inriktas på förskrivningspraxis.

6.2.4 Avgifter som finansieringskälla

Enligt direktiven ska jag utvärdera förutsättningarna för och konsekvenserna av att öka avgiftsuttaget i syfte att stärka vårdens finansiering på längre sikt. Frågan om det är sannolikt att sjukvården och äldreomsorgen i framtiden kommer att behöva ökade avgiftsintäkter och/eller annan privat finansiering har jag diskuterat mer utförligt i kapitel 5.

I Sverige liksom i de flesta andra jämförbara länder spelar avgifterna generellt sett en relativt begränsad roll som finansieringskälla. Egenavgifterna motsvarar, som tidigare nämnts, 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 pro-

cent. Egenavgifterna för öppen vård täcker 13–14 procent av kostnaderna för öppen vård (enligt nationalräkenskapernas s.k. hälsoräkenskaper). Även dessa andelar har varit relativt 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. Detta är ju också, som framhållits ovan, 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.

Kunskaperna om avgiftssystemens effekter på finansieringen är begränsade. Detta gäller särskilt de dynamiska effekterna, t.ex. på totalkostnaderna för läkemedel av ett ökat antal frikort. Det är svårt att med tillgängligt dataunderlag följa upp och utvärdera sådana effekter av förändringar i avgiftssystemen. I avvaktan på bättre uppföljningssystem förordar jag därför att ambitionen tills vidare bör vara att ett reformerat avgiftssystem ska innebära en bibehållen finansieringsgrad.

6.2.5 Indexering

Nuvarande statligt reglerade högkostnadsskydd för besök i öppen vård respektive läkemedel har legat fast sedan 1997. En höjning av beloppsgränserna i högkostnadsskyddet för läkemedel gjordes dock den 1 juni 1999. För besök i öppen vård betalade patienten t.o.m december 2011 högst 900 kronor per tolv månadersperiod. För läkemedel betalade man hela kostnaden upp till 900 kronor och därutöver en minskande andel av kostnaden, enligt en förmånstrappa med tilltagande subventionsgrad där avgiftstaket uppgick till 1 800 kronor per tolv månadersperiod.

Från och med den 1 januari 2012 gäller 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 av beloppsgränserna i högkostnadsskydden.

Skäl för indexering

Det finns enligt min mening goda skäl för en löpande indexering av högkostnadsskydden. Detta görs för övrigt i flera andra länder, t.ex. för läkemedel i Danmark och Finland, med årliga uppräknings. Främsta skälet för en löpande indexering är att man därigenom bibehåller realvärdet på högkostnadsskydden. Genom en löpande indexering motverkas även den typen av hamstring som uppkommer i samband med större uppräknings/engångshöjningar av högkostnadsskyddet, vilket har belysts i avsnitt 3.2.2.

Hur ska indexeringen gå till?

Indexeringen kan ske på olika sätt. Indexet kan t.ex. knytas till prisutvecklingen i samhället eller till kostnadsutvecklingen inom hälso- och sjukvården.

Om syftet är att värdet av patientavgifterna inte ska urholkas över tid så är det rimligt att indexeringen följer den allmänna prisutvecklingen i samhället. Detta talar för att knyta högkostnadsskyddet till prisbasbeloppet (PBB), som i princip följer KPI, eftersom många individer med stort vårdbehov har ersättningar som är kopplade till PBB. Sådana ersättningar är bl.a. garantipensionen, nivån på det vanliga och det särskilda bostadstillägget till pensionärer (BTP och SBTP), äldreförsörjningsstödet samt handikappersättningen. Avgifterna för äldre- och handikappomsorgen är också kopplade till PBB.

Ett annat alternativ är att knyta den löpande indexeringen till kostnadsutvecklingen inom hälso- och sjukvård, t.ex. landstingsprisindex, LPI. Kostnaderna inom sjukvården ökar generellt sett snabbare än KPI, bl.a. på grund av att sjukvården är mer personalintensiv än ekonomin i sin helhet. Ett sådant index skulle värdesäkra avgifterna i relation till landstingens kostnader i större utsträckning än ett index baserat på KPI.

Jag anser emellertid att en sådan typ av indexering kan vara problematisk. Syftet med indexeringen är ju att följa prisutvecklingen i samhället, inte landstingens kostnadsutveckling. Ett viktigt argument mot en indexering kopplad till kostnadsutvecklingen är att inkomsterna för stora grupper av patienter är kopplad till prisbasbeloppet.

En indexering mot prisutvecklingen i samhället ställer större krav på landstingen att bedriva en kostnadseffektiv sjukvård eftersom patientavgifterna i det fallet inte är direkt kopplade till faktiska kostnader, som landstingen till stor del råder över.

Ytterligare en aspekt som bör beaktas är hur ofta en indexering ska ske. Ju oftare det sker, desto mer motverkas hamstring. Samtidigt kräver en årlig justering en viss administrativ insats, särskilt om avgiftssystemen inte är automatiserade. I andra länder, t.ex. Finland och Danmark, gör man årliga indexuppräknningar.

Jag finner att övervägande skäl talar för att indexeringen av beloppsgränserna i högkostnadsskydden knyts till prisbasbeloppet. Ändringarna bör genomföras efter avrundning nedåt till närmast femtiotal kronor.

Indexering av slutenvårdsavgift

Även om det inte uttalat ingår i mitt uppdrag att lägga fram förslag rörande slutenvårdsavgiften, som sedan 1998 är maximerad till 80 kronor per vårddag, så finner jag det naturligt att även denna avgift indexregleras, och kopplas till prisbasbeloppet.

Slutenvårdsavgiften saknar styreffekt och syftar enbart till att bidra till finansieringen av sjukvården. Den som är inlagd på sjukhus har ju i princip helpension och jag anser det därför rimligt att patienten betalar ett schablonbelopp som bidrag till matkostnaden. En indexering av denna avgift borde enligt min mening också kunna ge ökad tyngd åt kraven på att sjukhusmaten måste hålla acceptabel kvalitet.

En engångsuppräkning av slutenvårdsavgiften, som fastställdes 1998, motsvarande den som genomfördes av högkostnadsskydden för läkemedel och öppenvårdsbesök fr.o.m. den 1 januari 2012, skulle innebära att slutenvårdsavgiften höjs till cirka 100 kronor fr.o.m. den 1 januari 2013.

6.2.6 Avgifter inom äldre- och handikappomsorgen

En bärande princip bakom tillkomsten av nuvarande avgiftsregler är att bestämmelserna inte ska leda till aktiv avgiftsplanering, dvs. att tillgångar undanhålls för att inte tas med i avgiftsberäkningen.

Skillnaderna mellan olika individer i avgift för samma insats ska inte heller upplevas som orättvis (prop. 2000/01:149, s 43).

Det behöver klargöras vad skillnaderna i kommunernas avgifter t.ex. när det gäller mat beror på. Motiveras skillnaderna av tjänstens omfattning, dess kvalitet eller av annat? Kunskapen är enligt min mening otillräcklig om hur kommunernas samlade uttag av avgifter påverkar enskilda personers ekonomi och möjligheter att klara andra normala levnadskostnader.

6.2.7 Uppföljning

Oavsett vilka lösningar som väljs när det gäller framtida avgifter, subventioner och högkostnadsskydd så är det nödvändigt att effekterna av tillämpade avgiftssystem följs upp.

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 att det i dagsläget inte går att följa upp effekterna av nuvarande separata högkostnadsskydd sammantaget för olika grupper av patienter. Det finns uppgifter från Region Skåne och Socialstyrelsen som visar hur besöksfrekvens och kostnader för läkemedel samvarierar. Det är emellertid inte möjligt att koppla de avgifter en patient betalar inom ramen för sjukvårdens högkostnadsskydd till uppgift om patientbesök. Patientgrupper undantas i många fall från avgift beroende på ålder eller typ av besök m.m. Vissa av dessa undantag förekommer i de flesta landsting (t.ex. barn för och ungdomar, mödrahälsovård, m.m.), men vissa undantag gäller bara i enstaka landsting. Omfattningen av dessa undantag från avgift varierar mellan landstingen och är i stort sett okänd.

Jag anser därför att uppbyggnaden av erforderliga register och uppföljningssystem är mycket angelägen och bör ges hög prioritet. Detta gäller både för arbetet med att utveckla de framtida avgifts-

systemen i vården och för att kunna utvärdera effekten av nuvarande system, särskilt för patientgrupper med stora vårdbehov.

Med det underlag som finns går det dock att modellera effekter givet olika antaganden. I modellberäkningarna antas bl.a. att alla patienter, med undantag för barn och ungdomar, betalar för sina besök. Så är det inte i verkligheten, vilket alltså innebär att modellen överskattar avgiftsintäkterna. Modellen visar på hur olika utformningar av högkostnadsskydden för läkemedel och öppenvård påverkar olika grupper av patienter och landstingens avgiftsintäkter. Sjukresor och hjälpmedel ingår inte i modellen eftersom relevant dataunderlag saknas för dessa verksamheter.

6.3 Alternativa utformningar av högkostnadsskydden

Mot bakgrund av den genomgång som gjorts av gällande avgiftssystem (kapitel 2) och erfarenheterna av dessa (kapitel 3), samt av motsvarande system i andra länder (kapitel 4), har jag övervägt olika alternativ för utformningen av framtidens högkostnadsskydd. Jag diskuterar i det följande dels ett bibehållande av två separata högkostnadsskydd, dels ett återinförande av ett gemensamt högkostnadsskydd.

6.3.1 Separata högkostnadsskydd

Om statsmakterna skulle välja att även i fortsättningen ha separata högkostnadsskydd är ett alternativ att behålla de avgiftssystem som gäller i dag i oförändrat skick. Det finns emellertid anledning att mot bakgrund av de erfarenheter som redovisats i kapitel 3, överväga vissa förändringar i syfte att uppnå förbättringar med avseende på såväl styrning, som fördelning och bidrag till finansiering. I detta avsnitt diskuterar jag alternativet att behålla nuvarande system, med tillägget att en indexering av avgiftstaken i de statligt reglerade högkostnadsskydden införs.

Från den 1 januari 2012 är avgiftstaket för besök i öppen vård 1 100 kronor.

För läkemedel gäller från samma datum att avgiftstaket vid inköp av förmånsberättigade läkemedel är 2 200 kronor. Här finns dock en förmånstrappa som innebär en stegvis ökande kostnadsreducering när den sammanlagda kostnaden överstiger 1 100 kronor.

För den del av den sammanlagda kostnaden som överstiger 5 400 kronor är kostnadsreduceringen 100 procent.

Expeditionsavgift/receptavgift eller förändrad förmånstrappa

Nuvarande konstruktion med trappa för läkemedelsförmånen förefaller fungera väl. Kostnadsutvecklingen under 2000-talet har varit under kontroll. Detta beror både på generikareformen 2002 och på att landstingen successivt har effektiviserat läkemedelsförskrivningen sedan utformningen av statsbidraget ändrades 2002. Detta har sannolikt bidragit till att problematiken med frikort är under kontroll. Det finns därför enligt min mening ingen anledning att nu ändra förmånstrappan för läkemedel eller införa receptavgift.

När det gäller öppenvården saknas tekniska förutsättningar att ändra nuvarande system. En trappa skulle innebära att det tar längre tid att få frikort och därmed att färre hinner få frikort. Detta skulle i princip kunna öka möjligheterna att styra patienterna till rätt vårdnivå, men de samlade konsekvenserna av en sådan trappa är svåra att bedöma eftersom relevant dataunderlag saknas. Landstingen kan i princip själva införa en sådan trappa, men sannolikt försvårar datautbyte mellan vårdgivare, t.ex. mellan privat och offentligt driven vård, sådana system i dagsläget.

Indexering

Dagens system med separata högkostnadsskydd är i sina huvuddrag väl beprövat sedan 1997. Tillägget av indexering lär knappast medföra några betydande praktiska problem, annat än det att beloppen ska avrundas. För läkemedelsförmånen innebär det att även beloppsgränserna för de olika stegen i förmånstrappan måste räknas om, men inte heller detta torde medföra några större problem eftersom hela systemet hanteras i en elektronisk databas hos Apotekens Service AB.

6.3.2 Gemensamt högkostnadsskydd

Ett gemensamt högkostnadsskydd kan omfatta två eller flera delområden. Som framgått av Kapitel 2 finns det f. n. högkostnadsskydd för läkemedel, öppenvård, sjukresor och hjälpmedel. De två

förstnämnda är statligt reglerade och därmed heltäckande. De övriga två administreras i förekommande fall av respektive sjukvårdshuvudman. Högkostnadsskydd för sjukresor finns i alla utom två landsting, medan endast fyra landsting har något typ av högkostnadsskydd för hjälpmedel. Utformningen av dessa system varierar mellan landstingen.

Den högsta sammanlagda utgiften som en person kan drabbas av inom ramen för dessa fyra högkostnadsskydd varierar mellan 5 000 och 8 200 kronor beroende på vilket landsting man bor i. Variationen mellan avgiftstaken i olika landsting innebär att den enskilde individens bosättningsort kan spela stor roll för hur hög den sammanlagda maximala utgiften för vård kan bli.

Att samordna samtliga fyra högkostnadsskydd i ett och samma system är i dag inte möjligt eftersom erforderligt dataunderlag saknas. Konsekvenserna av ett sådant system kan inte utvärderas vare sig med avseende på effekter för patienter eller för landstingens avgiftsintäkter.

Jag anser mot denna bakgrund att ett gemensamt högkostnadsskydd bör införas först då ett erforderligt dataunderlag finns. Det bör då omfatta de båda statligt reglerade skydden, för läkemedel respektive öppenvård, samt sjukresor.

När det gäller den närmare utformningen av ett sådant gemensamt högkostnadsskydd är valet av nivå för avgiftstak och eventuell förmånstrappa centrala frågor.

Alternativet gemensamt avgiftstak utan trappa för läkemedel och öppenvård

Ett alternativ är att återinföra ett gemensamt avgiftstak för läkemedelsavgifter och avgifter i öppen vård. Alla beräkningar som rör effekterna av ett sammanslaget system baseras som ovan nämnts på antagandet att alla patienter (utom barn och ungdomar) betalar besöksavgift. Mekanismerna och effekterna som beskrivs i det följande baseras på faktisk konsumtion av öppenvårds- och läkemedelskonsumtion i Region Skåne 2008. Resultaten visar i vilken riktning konsekvenserna av olika förändringar går. De exakta nivåerna på effekterna går däremot inte att uttala sig om eftersom det saknas relevanta data om öppenvårdsbesöken för övriga landsting.

För att med ett gemensamt avgiftstak utan trappa uppnå samma totala avgiftsintäkter som med gällande separata högkostnadsskydd för läkemedel respektive öppenvård krävs ett avgiftstak på 2 630 kronor. Detta är 670 kronor lägre än summan (3 300 kronor) av avgiftstaken i gällande högkostnadsskydd. Här bortser jag tills vidare från dynamiska effekter, dvs. vad som händer t.ex. som följd av att fler personer får frikort.

Detta alternativ innebär alltså att summan av alla avgifter – för olika typer av besök i öppen vård samt för läkemedel – ska ligga till grund för graden av subvention och eventuellt frikort. Den enskilde betalar (av landstinget subventionerade) besöksavgifter och hela läkemedelskostnaden upp till det gemensamma avgiftstaket 2 630 kronor, och blir därefter befriad från alla avgifter under resten av tolv månadersperioden, räknat från första besök/inköp.

I Tabell 6.2, som bygger på uppgifter om sjukvårdsbesök och läkemedelsuttag i Region Skåne år 2008, visas den genomsnittliga totala utgiften per patient under olika antaganden om konsumtionsmönster och utformning av högkostnadsskydd.

Tabell 6.2 Total utgift per patient vid olika utformningar av högkostnadsskydden, kr/patient och år*

	Separata högkostnadsskydd, nuvarande system, (Trappa för läkemedel, ej för sjukvård)		Gemensamt högkostnadsskydd, utan trappa	
	avgiftstak:		avgiftstak:	avgiftstak:
Konsumtion	1 100 kr (sjukvård)	2 200 kr (läkemedel)	3 300 kr	2 630 kr
Enbart sjukvård	337		376	372
Enbart läkemedel		650	822	751
Både och	1 883		2 141	1 845
Genomsn. ökning	1 416		1 626	1 416

* Beräkningarna bygger på 2008 års läkemedels- och vårdkonsumtion, och 2012 års avgiftstak.

Som framgår av tabellen är avgiften genomgående högst för dem som konsumerar både läkemedel och sjukvård, och lägst för dem som bara har utgifter för besök.

I Tabell 6.3 redovisas utfallet med avseende på totala genomsnittliga patientavgifter/avgiftsintäkter enligt dessa två utformningar av ett gemensamt högkostnadsskydd, jämfört med nuvarande separata system.

Tabell 6.3 Effekt på avgiftsintäkterna vid olika utformningar av högkostnadsskydden* jämfört med nuvarande system. Procentuell förändring.

	Gemensamt högkostnadsskydd, utan trappa	
	avgiftstak: 3 300 kr	avgiftstak: 2 630 kr
Enbart sjukvård	11,6 %	10,5 %
Enbart läkemedel	26,3 %	15,5 %
Både och	13,7 %	-2,1 %
Genomsnitt	15 %	0 %

* Beräkningarna bygger på 2008 års läkemedels- och vårdkonsumtion, och 2012 års avgiftstak.

Vid en sammanslagning av systemen, utan trappa och ett avgiftstak på 3 300 kronor, ökar alltså avgiftsintäkterna totalt med 15 procent jämfört med nuvarande separata system. Själva sammanslagningen ger cirka 10 procent högre intäkter, och resten beror på att förmånstrappan för läkemedel tagits bort.

Med ett system utan trappa kan det sammanlagda taket alltså sänkas till 2 630 kronor utan att landstingens avgiftsintäkter minskar. Orsaken till detta är att intäkterna ökar från de personer som har läkemedelskostnader över nuvarande taket (2 200 kronor) men låga sjukvårdskostnader. Dessa personer får betala mer i ett sammanslaget system. Motsvarande gäller för de personer som gör många sjukvårdsbesök men har låga läkemedelskostnader. Av Tabell 6.3 framgår att det är de patienter som konsumerar enbart läkemedel eller enbart sjukvård som får betala mer i ett gemensamt system, medan de som konsumerar både läkemedel och sjukvård i stället får betala mindre.

Personer som konsumerar enbart sjukvård eller enbart läkemedel har generellt sett lägre utgifter. De som enligt statistiken konsumerar enbart läkemedel är till stor del barn och unga, som i dag är befriade från avgift för sjukvårdsbesök. En effekt av sammanslagningen blir att

de barn som använder relativt mycket läkemedel kan få högre utgifter för sina läkemedel.

En ytterligare effekt av ett gemensamt system utan trappa är att andelen patienter som får frikort ökar. Detta framgår av Tabell 6.4. Ett gemensamt tak på 2 630 kronor kan leda till att 34 procent av alla patienter får frikort. Motsvarande andel bland de personer som använder både läkemedel och sjukvårdsbesök är hela 47 procent.

Tabell 6.4 Andel av patienter med frikort för olika utformningar av högkostnadsskydden.*

	Nuvarande			Gemensamt	
	Sjukvård	Läkemedel	Båda	Tak 3 300 kr	Tak 2 630 kr
Enbart sjukvård	6 %	0 %	0 %	0 %	1 %
Enbart läkemedel	0 %	5 %	0 %	10 %	12 %
Både och	34 %	23 %	13 %	41 %	47 %
Genomsnitt	23 %	16 %	9 %	29 %	34 %

Not: * Beräkningarna bygger på 2008 års läkemedels- och vårdkonsumtion, och 2012 års högkostnadstak.

Jämfört med gällande separata högkostnadsskydd innebär detta att andelen med ”gemensamt” frikort (34 procent) blir ungefär 50 procent fler än de som enligt nuvarande system har frikort för sjukvård (23 procent), dubbelt så många som de som har frikort för läkemedel (16 procent) och nära fyra gånger så många som de som har frikort för både sjukvård och läkemedel (9 procent).

Nuvarande separata system, med förmånstrappa för läkemedel, tycks alltså innebära att andelen personer med frikort, särskilt de med frikort för både sjukvård och läkemedel, är relativt begränsad.

Erfarenheten visar att konsumtionen tenderar att öka och bli dyrare när frikortperioden håller på att ta slut ”månad 12”. Huruvida denna effekt främst är en omfördelning av konsumtion över tid eller om det dessutom minskar de framtida avgiftsintäkterna och leder till onödiga uttag (som riskerar öka kassationen), går inte utan djupare studier att uttala sig om. Tendensen till ökade uttag i slutet av frikortperioden riskerar hur som helst att leda till överkonsumtion av läkemedel. Denna problematik accentueras om ett sammanslaget system inte har någon trappa.

Alternativet förmånstrappa med flera steg

För att korrigera för den potentiella överkonsumtion som kan uppkomma under frikortperioder kan man överväga att införa någon form av expeditionsavgift, men som anförts ovan skulle detta främst drabba de äldre, som har många läkemedel. En sådan avgift måste sannolikt också maximeras, så som föreslogs av utredningen om översyn av läkemedelsförmånen (SOU 2000:86), och då kommer man ändå inte undan problematiken med frikort.

Ett väl beprövat alternativ är att införa en trappa liknande den som finns för läkemedel i dag. Under 2012 är den maximala egenavgiften för läkemedel 2 200 kronor och detta belopp har erlagts när den totala läkemedelskostnaden uppgår till 5 400 kronor.

En och samma trappa för sjukvård och läkemedel skulle kunna begränsa antalet patienter med frikort i betydande utsträckning eftersom avgiftstaket kan uppnås vid en hög summerad underliggande kostnad och det skulle ta längre tid att nå taket eftersom subventionen ökar gradvis. Taket i en sådan modell måste emellertid vara högre än de 2 630 kronor som diskuterats ovan, eftersom en trappa även för sjukvård innebär en högre subventionsgrad än en modell med gemensamt avgiftstak utan trappa.

Patientavgiften i sjukvården är redan från början subventionerad, till skillnad från egenavgiften för läkemedel. Det finns därför goda skäl för en alternativ gemensam modell med förmånstrappa för läkemedel men inte för sjukvård.

Den utformning av ett sammanslaget system som jag har övervägt innebär en maximal patientavgift på 2 760 kronor över en tolv månadersperiod.

I denna modell beräknas avgifter för läkemedel med hjälp av en trappa som successivt ger ökad subvention. Se Tabell 6.5. Om man enbart konsumerar läkemedel har maximal patientavgift (2 760 kronor) erlagts vid en total läkemedelskostnad på 8 000 kronor. (Patientavgifter i sjukvården räknas här in utan någon trappa.)

Om man konsumerar enbart öppenvård kan man få betala upp till avgiftstaket på 2 760 kronor. Avgifterna för sjukvård och läkemedel räknas dock samman vilket innebär att om man t.ex. har haft avgifter för sjukvård på 1 100 kronor och ska sedan köpa läkemedel, får man 50 procent subvention för läkemedel upp till 3 000 kronor. På motsvarande sätt, om man har haft läkemedelsavgifter på mindre än 2 760 kronor och sedan ska betala för sjukvård betalar man 100 procent av sjukvårdsavgiften upp till

2 760 kronor. Avgifterna för läkemedel subventioneras i flera steg medan det bara finns ett steg för sjukvårdsavgifter.

Tabell 6.5 Trappa vid ett sammanslaget system, med maximal patientavgift 2 760 kronor, där trappan för läkemedel stannar på 8 000 kronor

Intervall	Subvention	Patientbetalning (max)
Läkemedel		
0–1 100	0 %	1 100
1 100–3 000	50 %	950
3 000–4 400	75 %	350
4 400–8 000	90 %	360
8 000–	100 %	0
Totalt		2 760
Sjukvård		
0–2 760	0 %	2 760
2 760–	100 %	0
Totalt		2 760
Sjukvård och läkemedel		2 760

Landstingens intäkter blir oförändrade enligt denna statistiska beräkning. Även enligt detta alternativ är det de grupper av patienter som konsumerar enbart läkemedel eller enbart sjukvård som får betala mer i ett gemensamt system, medan de som konsumerar både läkemedel och sjukvård får betala mindre. Detta framgår av Tabell 6.6.

Tabell 6.6 Avgift per patient vid olika utformningar av högkostnadsskydden*, kr/ patient, avvikelse från nuvarande avgiftsintäkter i procent

	Separata högkostnadsskydd, nuvarande system, trappa för läkemedel, ej för sjukvård	Gemensamt högkostnadsskydd, trappa för läkemedel**, ej för sjukvård	
	avgiftstak: 1 100 kr (sjukvård) 2 200 kr (läkemedel)	avgiftstak: 2 760 kr	
Enbart sjukvård	337	373	10,9 %
Enbart läkemedel	650	693	6,6 %
Både och	1 883	1 863	-1,1 %
Genomsnitt	1 416	1 416	0 %

* Beräkningarna bygger på 2008 års läkemedels- och vårdkonsumtion, och 2012 års avgiftstak, ** Trappans maximala kostnad ligger på 8 000 kr.

Som framgår av Tabell 6.7 ökar andelen patienter med frikort jämfört med nuvarande separata system. Andelen med frikort för både sjukvård och läkemedel minskar dock jämfört med ett system utan trappa, och ligger ungefär i nivå med andelen som beräknas få frikort för sjukvård i dag.

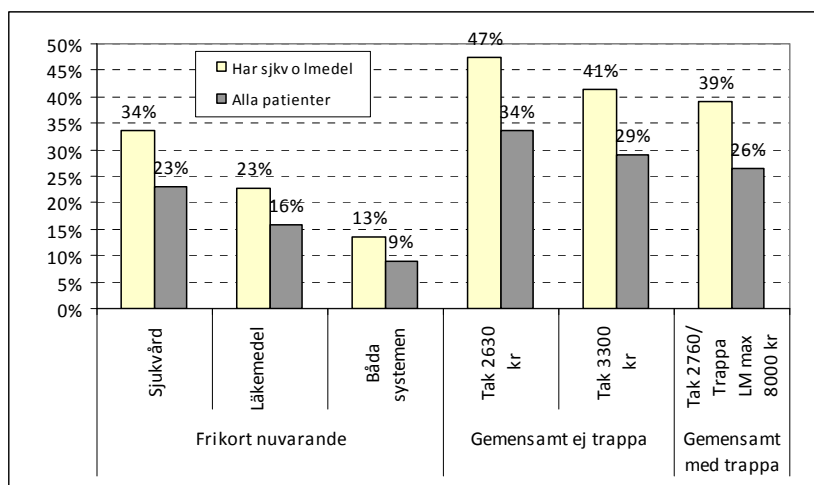
Tabell 6.7 Andel av patienter med frikort vid olika utformningar av högkostnadsskydden, 2012 års nivå

	Nuvarande			Gemensamt
	Sjukvård	Läkemedel	Båda	Tak 2 760 kr/ Trappa LM 8000
Enbart sjukvård	6 %	0 %	0 %	1 %
Enbart läkemedel	0 %	5 %	0 %	3 %
Både och	34 %	23 %	13 %	39 %
Genomsnitt	23 %	16 %	9 %	26 %

Jämfört med en modell utan trappa för både läkemedel och sjukvård minskar andelen patienter med frikort i denna modell från 47 procent till 39 procent för de som konsumerar både sjukvård

och läkemedel. Totalt sett minskar andelen med frikort från 34 procent till 26 procent (se diagram 6.2).

Diagram 6.2 Andel med frikort i olika modeller, för patienter som konsumerar både sjukvård och läkemedel samt för alla patienter.



Som ovan nämnts, baseras beräkningarna på antagandet att alla sjukvårdsbesök är avgiftsbelagda, utom för barn och unga under 20 år. Detta är en förenkling av faktiska förhållanden, men modellen ger sannolikt ändå en god bild av vad som händer vid en sammanslagning av högkostnadsskydden.

6.3.3 Sammanfattande bedömning

Fördelar och nackdelar med ett gemensamt högkostnadsskydd i jämförelse med separata högkostnadsskydd har redovisats i tidigare avsnitt. Min bedömning är att fördelarna med ett gemensamt högkostnadsskydd överväger nackdelarna. Den tyngst vägande fördelen är att det ekonomiska skyddet från det allmännas sida blir detsamma oavsett vilket av områdena den enskildes konsumtion gäller.

Även om jag alltså finner att mycket talar för ett gemensamt högkostnadsskydd, så finns det en rad praktiska problem med ett sådant, åtminstone på kort sikt. Det skulle bl.a. innebära att man

tills vidare fick acceptera att endast systemet för läkemedel är fullt automatiserat. Detta i sin tur skulle innebära att individuella högkostnadskort av det slag som f.n. används inom öppenvården måste finnas kvar, och ges en mer central roll eftersom de även måste visas upp för registrering då patienten köper ut förskrivna läkemedel på apotek. En sådan manuell hantering är inte rimlig. Dessutom saknas underlag för hur en sådan modell kan utformas

Jag vill avslutningsvis starkt understryka att det är nödvändigt att så snart som möjligt påbörja utveckling/uppbyggnad av ett register och ett hanteringssystem, motsvarande det som finns för läkemedel, även för öppenvården. Först när ett sådant system finns på plats kan ett gemensamt högkostnadsskydd, som hanteras elektroniskt, implementeras.

6.4 Förslag på kort sikt: fortsatt separata högkostnadsskydd

På grundval av de fakta som redovisats i betänkandets olika kapitel och mina överväganden finner jag att starka principiella skäl talar för ett gemensamt högkostnadsskydd, i första hand gällande de båda statligt reglerade skydden, för läkemedel respektive öppenvård, men även inkluderande sjukresor. Det finns emellertid 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 i huvudsak bibehålls. För att i framtiden säkra avgifternas realvärde föreslår jag dock att avgiftstaken i högkostnadsskydden indexregleras genom koppling till prisbasbeloppet. En sådan kontinuerlig anpassning bidrar enligt min uppfattning dels till att motverka hamstrings-effekter av det slag som uppkommit vid tidigare, relativt stora förändringar, dels till en långsiktigt hållbar finansiering av vården.

6.4.1 Öppenvård

Utredningens förslag: Avgiftstaket i högkostnadsskyddet för öppen vård indexregleras genom koppling till prisbasbeloppet. Avgiftstaket fastställs till 2,5 procent av prisbasbeloppet, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor. Det bör uppdras åt någon myndighet att tillkännage ändring, och när sådan ska ske. Landstingen kan liksom i dag välja att tillämpa ett lägre avgiftstak. Lagändringen träder i kraft den 1 januari 2013.

Från den 1 januari 2012 gäller enligt 26 a § hälso- och sjukvårdslagen att avgiftstaket för besök i öppen vård är 1 100 kronor.

Indexering

Jag föreslår att avgiftstaket indexregleras genom koppling till prisbasbeloppet. Detta sker lämpligen genom att avgiftstaket i lagtexten fastställs till en bestämd procentandel (2,5 procent) av prisbasbeloppet. Ett nytt avgiftstak beräknas inför varje årsskifte. Lagtexten behöver emellertid inte ändras varje år. Beloppet avrundas nedåt till närmaste femtiotal kronor. Landstingen kan liksom i dag välja att tillämpa ett lägre avgiftstak.

För övrigt kan bestämmelserna i 26 a § i hälso- och sjukvårdslagen fortsätta att gälla. Den som åtnjuter kostnadsbefrielse (fått frikort) som sträcker sig över ett årsskifte påverkas inte under löpande frikortsperiod av det nya avgiftstaket. För den som inte före årsskiftet nått upp till frikortsgränsen gäller däremot det nya avgiftstaket.

6.4.2 Läkemedel

Utredningens förslag: Avgiftstaket i högkostnadsskyddet för läkemedel indexregleras genom koppling till prisbasbeloppet. Avgiftstaket fastställs till 5 procent av prisbasbeloppet, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor. Egenavgiften beräknas med hjälp av en förmånstrappa med successivt ökande subventionsgrad. Förändringar av förmånstrappan sker först sedan avgiftstaket har ändrats. Lagändringen träder i kraft den 1 januari 2013. Det bör uppdras åt någon myndighet att tillkännage ändring, och när sådan ska ske.

För läkemedel gäller från den 1 januari 2012 enligt 5 § lagen om läkemedelsförmåner m.m. att avgiftstaket vid inköp av förmånsberättigade läkemedel är 2 200 kronor. Här finns dock en förmånstrappa med successivt ökande subventionsgrad. Det innebär att så länge den sammanlagda kostnaden inte överstiger 1 100 kronor betalar patienten/kunden hela kostnaden. När den sammanlagda kostnaden överstiger detta belopp utgör kostnadsreduktionen 50 procent av den del som ligger mellan 1 100 kronor och 2 100 kronor, 75 procent av den del som ligger mellan 2 100 kronor och 3 900 kronor, och 90 procent av den del som ligger mellan 3 900 kronor och 5 400 kronor. För den del av den sammanlagda kostnaden som överstiger 5 400 kronor är kostnadsreduktionen 100 procent, dvs. ingen avgift tas ut.

Indexering

Jag föreslår att även avgiftstaket för läkemedelsinköp indexregleras genom koppling till prisbasbeloppet. Liksom för öppenvården bör detta ske genom att avgiftstaket i lagtexten fastställs till en bestämd procentandel (5,0 procent) av prisbasbeloppet. Ett nytt avgiftstak beräknas inför varje årsskifte. Beloppet avrundas nedåt till närmaste femtiotal kronor.

Även beloppsgränserna i förmånstrappan anpassas till förändringen i avgiftstaket, dvs. enligt prisbasbeloppets utveckling. Uttryckta som andelar av avgiftstaket (och indirekt av prisbasbeloppet) förblir beloppsgränserna dock oförändrade. Lagtexten behöver alltså inte ändras varje år. Se Tabell 6.8.

Tabell 6.8 Förmånstrappa för läkemedel, med beloppsgränserna uttryckta som andelar av avgiftstaket (AT)

Kostnad, kr	Kostnad (% av AT)	Subvention	Kunden betalar högst, kr (AT)
– 1 100	–50,0 %	0 %	1 100 (50,0 %)
1 100– 2 100	50,0–95,5 %	50 %	500 (22,8 %)
2 100– 3 900	95,5– 177,3 %	75 %	450 (20,5 %)
3 900– 5 400	177,3– 245,5 %	90 %	150 (6,8 %)
5 400–	245,5 %–	100 %	0 (0 %)

6.4.3 Expeditionsavgift eller ändrad förmånstrappa?

Efter ingående överväganden har jag stannat för att inte föreslå vare sig någon expeditionsavgift eller någon förändring av förmånstrappan i nuvarande system. Mitt främsta skäl till detta är att eventuell överkonsumtion enligt min uppfattning bör åtgärdas med andra medel. Jag anser med andra ord att huvudansvaret för problemet (överkonsumtionen) inte finns hos patienterna utan hos vårdgivarna. Landstingen har förbättrat läkemedelsförskrivningen och därmed sannolikt minskat problematiken kring förekomsten av frikort. Denna fråga kräver dock en närmare analys, vilket inte hunnits med på den korta tid som stått till förfogande. Det är dock enligt min mening angeläget att en sådan analys genomförs för att nå djupare kunskap om effekterna av frikort.

6.4.4 Slutenvårdsavgift

Utredningens förslag: Maxbeloppet för slutenvårdsavgiften fastställs till 0,23 procent av prisbasbeloppet. Beloppet avrundas nedåt till närmaste tiotal kronor. Lagändringen träder i kraft den 1 januari 2013. Det bör uppdras åt någon myndighet att tillkännage ändring, och när sådan ska ske.

Jag föreslår att avgiften för slutenvård, i likhet med avgiftstak och beloppsgränser i högkostnadsskydden för öppenvård och läkemedel, indexregleras genom koppling till prisbasbeloppet. Skälet till detta är att den som är inlagd på sjukhus åtnjuter helpension och att det därför är rimligt att patienten betalar ett schablonbelopp som bidrag till matkostnaden. En indexering av denna avgift kan enligt min mening också ge ökad tyngd åt kraven på att sjukhusmaten måste hålla acceptabel kvalitet.

Slutenvårdsavgiften fastställdes 1998 till maximalt 80 kronor per vård dag. En uppräknings motsvarande den som genomfördes i 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 engångsuppräkning görs, och att maximibeloppet fortsättningsvis indexregleras genom koppling till prisbasbeloppet. Detta sker lämpligen genom att maximiavgiften i lagtexten fastställs till en bestämd procentandel (0,23 procent) av

prisbasbeloppet. Ett nytt avgiftstak beräknas inför varje årsskifte. Beloppet bör avrundas nedåt till närmaste tiotal kronor.

6.4.5 Delbetalning

Utredningens bedömning: Min bedömning är att det även inom sjukvården bör finnas möjlighet till delbetalning på enhetliga villkor i hela landet.

För hälso- och sjukvården finns ingen lagstadgad skyldighet att erbjuda delbetalning, motsvarande den som gäller för läkemedel, och villkoren för delbetalning varierar mellan landstingen. Min bedömning är att det är angeläget att säkerställa möjligheten till delbetalning även inom sjukvården.

6.4.6 Avgifter inom äldre- och handikappomsorg

Utredningens bedömning: Min bedömning är att det finns behov av en närmare översyn av hur kommunernas samlade uttag av avgifter påverkar enskilda personers ekonomi och möjligheter att klara andra normala levnadskostnader. Ett sådant uppdrag kan lämpligen läggas på Socialstyrelsen.

Det har inte varit möjligt inom ramen för mitt arbete att i sin helhet ta upp frågan om avgifter inom äldre- och handikappomsorgerna. Uppenbarligen finns det ett behov av en närmare översyn av hur kommunernas samlade uttag av avgifter påverkar enskilda personers ekonomi och möjligheter att klara andra normala levnadskostnader. Detta gäller inte minst de avgifter som tas ut enligt andra grunder än SoL, t.ex. matavgifter. Min bedömning är att en sådan översyn lämpligen kan ske genom att Socialstyrelsen ges i uppdrag att kartlägga hur kommunernas samlade avgiftsuttag inom äldre- och handikappomsorg sker och att analysera hur det påverkar enskilda individers ekonomi och möjligheter att klara vanliga hushållskostnader.

6.4.7 Utveckling av infrastruktur för data och behov av uppföljning

Utredningens bedömning: Det föreligger ett stort behov av att utveckla infrastruktur och datatillgång för att följa upp och utvärdera effekterna av högkostnadsskydden samt för att framöver kunna utveckla systemen.

I dag finns det endast beträffande läkemedel möjlighet att följa upp konsumtionen på individnivå, i termer av inköp av receptföreskrivna läkemedel, antal frikort, etc. För övriga områden och avgiftssystem är informationen helt otillräcklig, på såväl individ- som systemnivå.

Jag har i mitt arbete noterat hur lite kunskap det finns om många faktorer som är viktiga som underlag för att kunna ta ställning till högkostnadsskyddens utformning. Ett första steg bör därför enligt min mening vara att ett arbete snarast möjligt påbörjas för att ta fram informationsstrukturer så att öppenvårdsbesök och avgifter kan registreras på ett enhetligt sätt. Ett sådant arbete syftar till att kunna automatisera även sjukvårdens högkostnadsskydd till gagn för både patienter och för landsting.

En slutsats av mitt arbete är alltså att det i dagsläget inte går att följa upp effekterna av hur nuvarande separata högkostnadsskydd sammantaget påverkar olika grupper av patienter. Ett framtida system måste utformas så att sjukvården i realtid kan registrera alla sjukvårdsbesök i en ny databas som förslagsvis kan finnas hos Apotekens Service AB. Sjukvården ska kunna avläsa hur mycket avgifter en patient redan betalat för att kunna ta ut rätt avgift. Alla besök bör, oavsett om de är avgiftsbelagda, samlas i denna nya databas. Detta är en förutsättning för att det ska vara möjligt att utvärdera effekter av olika förändringar av högkostnadsskyddets utformning, t.ex. om det sker förändringar i vilka besök som är avgiftsbelagda.

Utöver uppgifter på individnivå om besök och eventuellt erlagd avgift behövs exempelvis uppgift om vilken vårdnivå besöket sker på- primärvård, specialiserad vård, akutbesök osv. Dessa uppgifter skulle potentiellt kunna utgöra en beståndsdel i en framtida högkostnadsskydds-databas, som därmed skulle kunna ligga till grund för styrning med hjälp av avgifter på ett helt annat sätt än vad som är möjligt i dag.

I nuvarande system är vissa typer av besök undantagna avgift. Exempelvis är mödravård undantaget obligatoriskt men landstingen

har flera olika undantag de själva fattat beslut om. Även sådana uppgifter behövs för att kunna utvärdera effekter av utformningen av högkostnadsskyddet. Informationskraven behöver utredas vidare.

Flera aktörer, framför allt Center för eHälsa i samverkan (CeHis) men även Socialstyrelsen kan lämpligen engageras i utvecklingsarbetet. En kravspecifikation behöver tas fram och det behöver utredas vad som krävs för att få till stånd en datoriserad hantering av högkostnadsskydd för patientavgifter i öppenvården, och hur detta system ska kunna anpassas och möjliggöra nödvändigt informationsutbyte med den nationella högkostnadsdatabasen för läkemedel som handhas av Apotekens Service AB är också angeläget att utreda.

Tekniklösningen får inte bli en speciallösning utan den måste hänga ihop med vårdens administrativa processer och behöver inbegripa kassasystem och patientadministrativa system.

Det är särskilt viktigt att kunna följa effekten av högkostnadsskydden för de äldre som har stora behov av insatser inom både äldreomsorgen och sjukvården.

En löpande uppföljning av de förändringar som skett och den löpande indexeringen som föreslås kan t.ex. ske inom ramen för SCB:s aidentifierade mikrosimuleringsmodell FASTT. Denna modell används t.ex. när regeringen följer upp och utvärderar reformer och regelförändringar, bl.a. genom fördelningspolitiska analyser.

Data från läkemedelsregistret återförs i dag till landstingen. Detta har förbättrat landstingens möjligheter att följa upp och utveckla sin läkemedelshantering. Motsvarande återföring till landstingen ter sig angelägen när det gäller information kring sjukvårdsbesök.

En ytterligare aspekt är att det finns uppgifter om recept som förskrivits men inte hämtats ut. Denna information används inte i dag. Socialstyrelsen får bara uppgifter om de recept som hämtats ut. För att närmare kunna analysera effekterna av de förändringar som kommer att ske framöver är det viktigt att även denna information kan föras över till Socialstyrelsen.

6.5 Förslag på längre sikt: gemensamt högkostnadsskydd

Utredningens bedömning: I framtiden bör enligt min mening ett gemensamt högkostnadsskydd gälla för läkemedel, sjukvård och sjukresor. För läkemedel bör det finnas en förmånstrappa med flera steg, men inte för öppenvård och sjukresor. Avgiftstaket bör indexregleras genom koppling till prisbasbeloppet.

På längre sikt, dvs. när de ovan (i avsnitt 6.4.7) skisserade systemen med register för öppenvårdsbesök, liknande dem som finns för läkemedel, föreligger bör enligt min uppfattning ett gemensamt högkostnadsskydd införas.

Det starkaste argumentet för detta är att det ekonomiska skyddet från det allmännas sida blir samma oavsett vilket av områdena den enskildes konsumtion gäller.

Jag vill därför redan nu kort redovisa min preliminära uppfattning om hur ett sådant system skulle kunna utformas:

- ett högkostnadsskydd med gemensamt avgiftstak för läkemedel, sjukvård och sjukresor. För läkemedel med en förmånstrappa med flera steg, för öppenvård och sjukresor utan trappa.
- indexering av avgiftstaket och beloppsgränserna i förmånstrappan genom koppling till prisbasbeloppet.

En sådan modell skulle kunna utformas i enlighet med Tabell 6.5 ovan.

Det ger som tidigare redovisats landstingen oförändrade intäkter samtidigt som de personer som har de största behoven får ett lägre avgiftstak jämfört nuvarande system, med två separata system. Andelen patienter med frikort blir något högre jämfört med nuvarande system, men stannar på en rimlig nivå.

Mycket talar enligt min mening för att inkludera sjukresor i ett gemensamt högkostnadsskydd, vilket är fallet i Norge. Idag finns det tyvärr inget underlag för att analysera effekterna av ett sådant förslag.

7 Konsekvensanalys

7.1 Problembeskrivning och utredningens syfte

Styreffekterna och de fördelningspolitiska konsekvenserna av dagens avgiftssystem inom vård och omsorg är oklara. Endast beträffande läkemedel finns möjlighet att följa upp konsumtionen på individnivå. För övriga områden och avgiftssystem är informationen mycket begränsad, på såväl individ- som systemnivå.

Utredningens syfte har varit att föreslå 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.

7.2 Förslagen i sammanfattning

Jag föreslår att nu gällande separata högkostnadsskydd för öppenvård respektive läkemedel tills vidare i huvudsak bibehålls.

För att i framtiden säkra avgifternas realvärde föreslår jag dock att avgiftstaken i båda dessa högkostnadsskydd indexregleras genom koppling till prisbasbeloppet.

Vidare föreslår jag att även maximiavgiften för slutenvård indexregleras genom koppling till prisbasbeloppet. Förslaget innebär också att en engångsuppräkning görs det första året, motsvarande

den som genomfördes för högkostnadsskydden för läkemedel och öppenvårdsbesök fr.o.m. den 1 januari 2012.

Slutligen gör jag bedömningen att det så snart som möjligt bör påbörjas ett arbete med utveckling och uppbyggnad av ett system för automatisk hantering av högkostnadsskyddet för patientavgifter i öppenvården, motsvarande det som finns för läkemedel.

7.3 Vilka berörs av utredningens förslag?

De som i första hand berörs av förslagen är patienter och allmänhet, landsting och kommuner, samt staten. I Tabell 7.1 redovisas översiktligt vilken sorts konsekvenser som kan förväntas uppkomma för olika berörda. Närmare kommentar och beräkningar redovisas i avsnitt 7.4.

Tabell 7.1 Konsekvenser av utredningens förslag och bedömningar

	Indexreglering av avgifter i sjukvården	Indexreglering av egenavgifter för läkemedel	Utvecklingsarbete
Patienter, allmänhet	Ökade utgifter	Ökade utgifter	Enklare hantering av högkostnadsskydd för sjukvård.
Kommuner	Ökade utgifter om vissa personer inte kan betala sina egenavgifter	Ökade utgifter om vissa personer inte kan betala sina egenavgifter	
Landsting	Ökade avgiftsintäkter	Minskade kostnader för läkemedelsförmånen	Kostnader för lokalt utvecklingsarbete. På längre sikt besparingar pga. rationalisering
Staten Apotekens Service AB		Kostnader för anpassning av datasystemen	Kostnader för centralt utvecklingsarbete

7.4 Kostnadmässiga och andra konsekvenser av förslagen

7.4.1 Öppenvård och läkemedel

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.

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

Först när indexuppräknningen leder till höjningar på 50 kronor eller mer kommer avgiftstaken att ändras.

Enligt förslaget måste prisbasbeloppet¹ öka med minst 4,5 procent för att avgiftstaket för öppenvårdsbesök ska höjas med 50 kronor. För att avgiftstaket för läkemedel ska höjas med 50 kronor måste prisbasbeloppet öka med minst 2,2 procent. Det är således mer sannolikt att avgiftstaket för läkemedel kommer att höjas årligen än det är för öppenvård.

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

En höjning av avgiftstaket i öppenvård med 50 kronor (som motsvarar en höjning med cirka 4,5 procent) beräknas öka patientavgifterna med drygt 2 procent, eller 55–70 miljoner. En höjning av avgiftstaket för läkemedel med 50 kronor (motsvarande cirka 2,2 procent) beräknas öka patienternas egenavgifter med 1 procent eller 55 miljoner kronor. Att avgiftsintäkterna ökar mindre än höjningarna av avgiftstaken beror på att bara de patienter som når över det tidigare avgiftstaket kommer att drabbas av höjningen.

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

¹ Beräkningar som redovisas här är baserade på prisbasbeloppet år 2012, 44 000 kronor.

Fördelningspolitiska konsekvenser

Enligt direktiven ska jag särskilt beakta fördelningspolitiska konsekvenser av mina förslag. Nedan visas effekten för olika grupper av individer om avgiftstaken för sjukvård och läkemedel skulle höjas med 2 procent. I snitt per år kan det vara rimligt att räkna med en sådan ökningstakt av prisbasbeloppet.

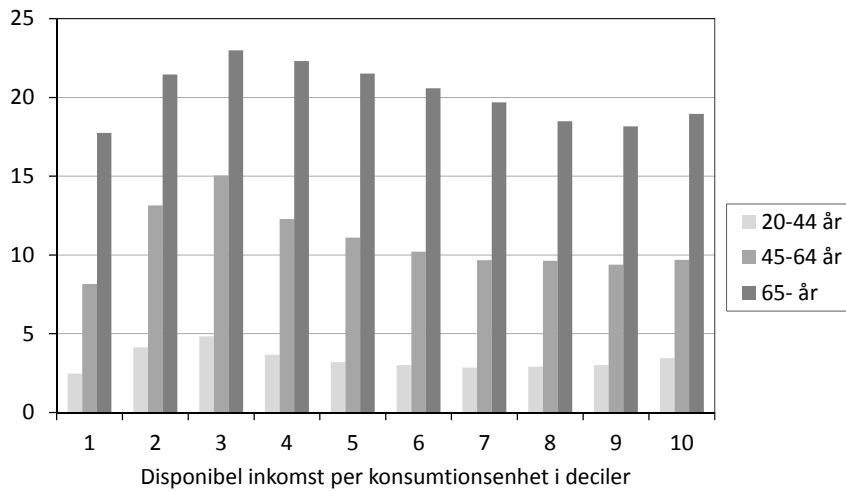
En uppräknig med två procent innebär en höjning av taket för läkemedel med 44 kronor och för öppenvårdsbesök med 22 kronor, baserat på nivåerna som gäller fr.o.m. år 2012. Den maximala höjningen för en enskild patient blir i så fall 66 kronor per år. I praktiken sker förändringar enligt förslaget dock inte förrän respektive avgiftstak höjs med minst 50 kronor.

Som tidigare anförts är effekterna av höjt avgiftstak i öppenvården osäkra, p.g.a. bristen på data om erlagda patientavgifter. Dessa effekter måste därför beräknas på ett förenklat sätt². Bättre data om öppenvårdsbesök krävs för att visa på effekter med större precision. Det underlag som finns om öppenvårdsbesök i Region Skåne ger dock i bästa fall en god bild av vilka grupper som påverkas och riktningen på effekten.

I diagrammen nedan visas den genomsnittliga effekten för patienter över 20 år som konsumerat sjukvård och/eller läkemedel. Utgångspunkten är de nivåer som gäller för prisbasbeloppet och avgiftstaken år 2012.

² Se antagandena som är gjorda för beräkningarna av ett sammanslaget högkostnadsskydd.

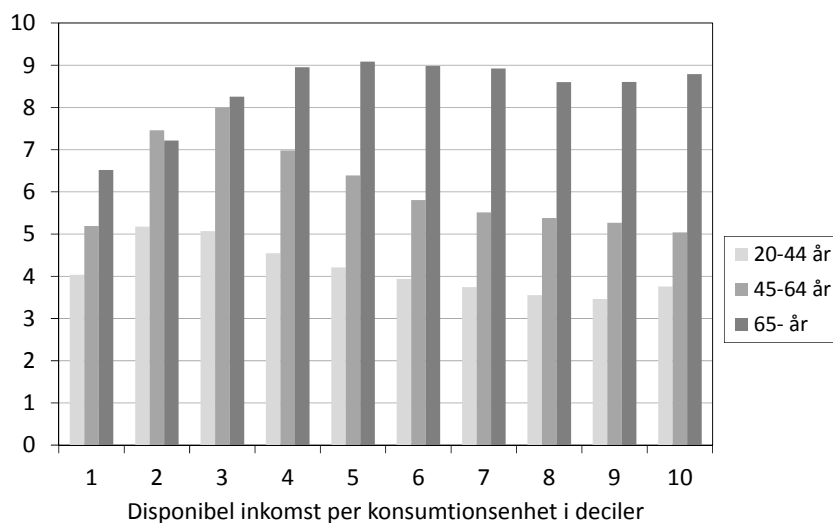
Diagram 7.1 Genomsnittlig effekt på läkemedelsutgifter av en höjning av avgiftstaket för läkemedel med 2 procent, fördelat efter konsumtionsviktad disponibel familjeinkomst indelad i deciler. Kronor per patient och år



Not. Enbart de som konsumerar sjukvård och/eller läkemedel ingår.

Höjt avgiftstak för läkemedel, som följd av löpande indexering, med 2 procent innebär ökade utgifter med i genomsnitt cirka 10 kronor per patient och år. Störst blir effekten för patienter över 65 år, cirka 20 kronor i genomsnitt. Genomgående blir ökningen störst för patienter med lägre inkomster (undantaget decil 1).

Diagram 7.2. Genomsnittlig effekt på vårdutgifter av en höjning av avgiftstaket för öppenvård med 2 procent, fördelat efter konsumtionsviktad disponibel familjeinkomst indelad i deciler. Kronor per patient och år.



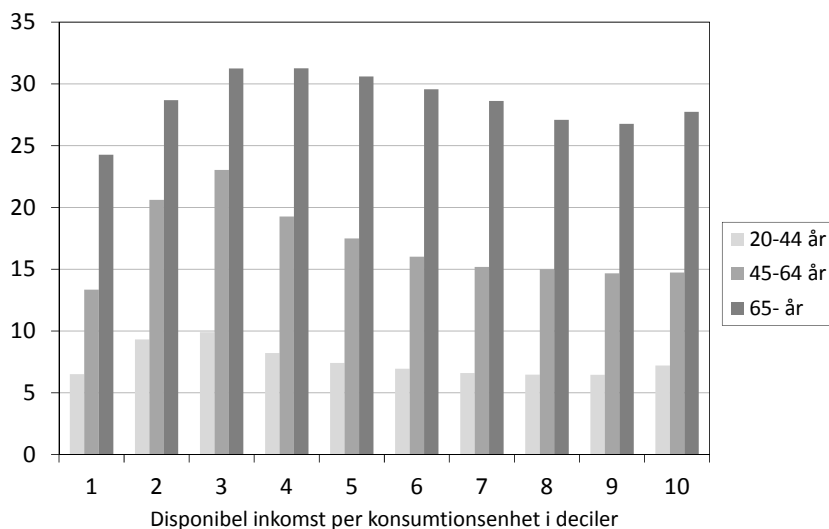
Not. Enbart de som konsumerar sjukvård och/eller läkemedel ingår.

Höjt avgiftstak i öppenvård, som följd av löpande indexering, med 2 procent innebär ökade utgifter med cirka 5 kronor per patient i genomsnitt.

I åldrarna 20–64 år blir ökningen störst för patienter med låga inkomster. För de äldre, över 65 år, är konsumtionen av öppenvård relativt likartad och därmed blir även effekten av höjda avgifter ungefär lika stor oavsett inkomst. I genomsnitt ökar avgifterna för de äldsta med knappt 9 kronor per patient och år.

Äldre personer i de lägsta inkomstdecilerna ser ut att få en lägre kostnadsökning än de med högre inkomster. En förklaring kan vara att äldre i särskilda boenden, som tenderar att ha låga inkomster, besöker öppenvården i mindre utsträckning än övriga pensionärer.

Diagram 7.3. Genomsnittlig effekt på vård- och läkemedelsutgifter av en höjning av avgiftstaken för öppenvård och läkemedel med 2 procent, fördelat efter konsumtionsviktad disponibel familjeinkomst indelad i deciler. Kronor per patient och år.



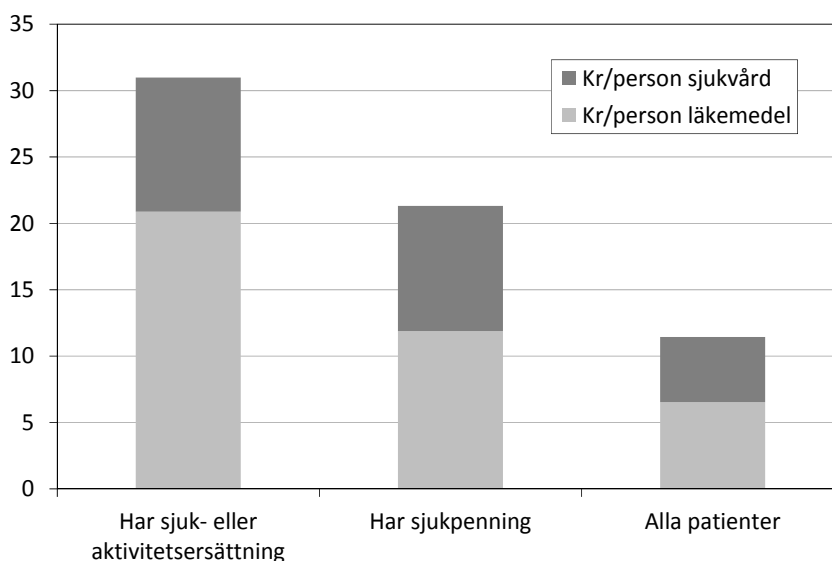
Not. Enbart de som konsumerar sjukvård och/eller läkemedel ingår.

Den sammantagna effekten av en höjning av avgiftstaken med två procent blir att avgifterna ökar med knappt 17 kronor per patient och år i genomsnitt (den maximala ökningen är som nämnts ovan 66 kronor). För personer över 65 år blir ökningen i genomsnitt cirka 30 kronor medan den blir ungefär 16 kronor för dem mellan 45 och 64 år och drygt 7 kronor för dem mellan 20 och 44 år.

Ökningen blir generellt sett störst för patienter som har inkomster under medianinkomsten i decilerna 2-4. För de äldre, över 65 år, är ökningen störst för personer i inkomstdecilerna 3 och 4.

Effekten av en höjning av avgiftstaken med 2 procent blir att vård- och läkemedelsutgifterna ökar med i genomsnitt drygt 30 kronor per patient och år för personer som har sjuk- eller aktivitetsersättning och med drygt 20 kronor för personer med sjukpenning.

Diagram 7.4 Genomsnittlig effekt på vård- och läkemedelsutgifter av en höjning av avgiftstaken för öppenvård och läkemedel med 2 procent, fördelat efter förekomst av sjukpenning eller aktivitets- eller sjukersättning. Kronor per patient och år, 20–64 år



Not. Enbart de som konsumerar sjukvård och/eller läkemedel ingår.

Genomslaget för patienter med aktivitets- eller sjukersättning blir alltså enligt dessa beräkningar ungefär hälften av den maximala höjningen av patientavgifter, som uppgår till 66 kronor, i detta exempel när avgiftstaken räknas upp med 2 procent. Som jämförelse kan noteras att avgifterna ökar för samtliga patienter i åldrarna 20–64 år, med i genomsnitt drygt 10 kronor per patient och år.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att beräkningarna visar på begränsade konsekvenser. Dessa drabbar dock främst äldre och vissa ekonomiskt utsatta grupper, som får de största genomsnittliga utgiftsökningarna.

De höjningar av avgiftstaken som beskrivs ovan kommer inte att ske i praktiken, eftersom de understiger 50 kronor för respektive tak. Först efter två år skulle taket för läkemedel höjas. Sker en motsvarande höjning år två blir genomslaget ungefär det dubbla mot vad som beskrivs ovan, avseende läkemedel.

Taket i öppenvården höjs inte förrän år tre vid en motsvarande ökning med två procent varje år. Effekten blir i så fall ungefär den tredubbla när väl höjningen av taket sker.

7.4.2 Slutenvård

Indexregleringen av den maximala avgiften för slutenvård innebär det första året, 2013, en höjning från 80 kronor till 100 kronor per vård dag. Detta medför en intäktsökning för landstingen på uppskattningsvis 120–150 miljoner kronor, förutsatt att landstingen utnyttjar möjligheten att höja avgiften. Beräkningen utgår från uppgifter avseende år 2010, då landstingens slutenvårdsintäkter uppgick till cirka 520 miljoner kronor. Nivån på avgiftsintäkterna har varit relativt stabil de senaste åren och beräkningen ger därför sannolikt en god bild av effekterna även år 2013.

Landstingen har olika regler för beräkningen av avgiften. Avgiftsintäkter i slutenvård som tillfaller privata entreprenörer som landstingen köper vård från, framgår inte alltid av landstingens redovisning. Detta gör det svårt att mer exakt bedöma konsekvenserna både avseende landstingens intäkter och patienternas avgiftsökningar.

Den årliga indexuppräkningsfr.o.m. år 2014 kommer med all sannolikhet inte att leda till någon intäktsökning på kort sikt eftersom maximiavgiften ska avrundas nedåt till närmaste tiotal kronor. Prisbasbeloppet måste därför ha ökat med närmare 10 procent innan det sker en uppräkning av slutenvårdsavgiften.

Fördelningspolitiska konsekvenser

När det gäller slutenvård begränsas beskrivningen av de fördelningspolitiska effekterna till en beräkning av avgiftsökningen för olika åldersgrupper. Ålder är den faktorn som mest påverkar behovet av slutenvård.

Tabell 7.2 illustrerar alltså effekten av de ökade avgifterna i slutenvård fördelat på olika åldrar. Flera landsting har lägre avgifter exempelvis för patienter med lång vårdtid och för äldre. Uppgifterna i tabellen baseras på antalet debiterade vård dagar i Region Skåne och Östergötland år 2008. Eftersom alla patienter, enligt de beräkningar som gjorts, får betala en avgift blir modellens avgiftsintäkter högre än de som redovisas av landstingen (som dock inte alltid innehåller avgiftsintäkter till privata vårdgivare). Avgifterna i modellen har därför justerats ned så att de samlade intäkterna ligger i nivå med de uppgifter som redovisas i SKL:s verksamhetsstatistik för dessa landsting år 2008. Detta innebär att intäkterna justerats

ned med 20 procent jämfört med om alla vårddagar skulle ha debiterats, med 80 kronor respektive 100 kronor.

Tabell 7.2. Avgift i slutenvården, kronor per patient i slutenvården, år 2008.

Ålder	Andel av befolkningen med vårddagar	Nuvarande max 80 kr, kr/patient	Uppräknad max 100 kr, kr/patient	Skillnad, kr/patient
–19	4 %	366	457	91
20–34	7 %	453	566	113
35–44	6 %	525	656	131
45–54	6 %	664	830	166
55–64	9 %	664	830	166
65–74	14 %	735	919	184
75–84	23 %	840	1 050	210
85–	31 %	865	1 081	216
Totalt	9 %	645	806	161

Källa: Region Skåne och Landstinget i Östergötland.

De effekter som visas i tabellen är ungefärliga på grund av den osäkerhet som finns i beräkningsunderlaget. Det är framförallt äldre som har behov av slutenvård. Mer än 30 procent av alla som är över 85 år hade åtminstone en vårddag år 2008. De som tillhör den åldersgruppen får enligt denna beräkning betala i genomsnitt drygt 200 kronor mer per år för slutenvård efter höjningen år 2013.

7.4.3 Delbetalning

Om den enskilde patienten har svårt att betala sina avgifter finns beträffande läkemedel en skyldighet, enligt lagen (2009:366) om handel med läkemedel, för apoteken att på begäran erbjuda konsumenter delbetalning av läkemedel och varor som omfattas av lagen om läkemedelsförmåner m.m. Sådan beviljas emellertid först efter kreditprövning. För hälso- och sjukvården finns ingen motsvarande skyldighet, och villkoren för delbetalning varierar mellan landstingen. Ytterst är det kommunen som får träda in med ekonomiskt stöd om det skulle behövas för att klara nödvändiga utgifter. Dessvärre saknas underlag för ens en grov uppskattning av detta behov.

7.4.4 Utvecklingsarbete

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 högkostnads-skyddet för patientavgifter i öppenvården. Detta arbete behövs både för att göra det möjligt att följa upp och utvärdera 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. I detta sammanhang ska den kommunala finansieringsprincipen (prop.1993/94:150 bilaga 7) beaktas. Enligt min mening torde emellertid landstingens ökade avgiftsintäkter till stor del kunna finansiera utvecklingsarbetet.

Behovet av ett sådant utvecklingsarbete följer av bristande kunskap om hur nuvarande högkostnadsskydd och förslaget om löpande indexering påverkar olika grupper av individer med stora vårdbehov och för att kunna pröva förutsättningarna för ett framtida gemensamt högkostnadsskydd.

På längre sikt kommer detta att medföra betydande besparingar genom en mer rationell hantering av arbetet med patientavgifter, högkostnadskort, frikort, etc.

Ett datoriserat system för öppenvården, likt det som i dag finns för läkemedel, kommer också att innebära en förenkling för den enskilda patienten genom att man slipper spara kvitton och/eller hålla reda på sitt högkostnadskort.

7.5 EU-perspektiv

Förslagen står inte i konflikt med de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till Europeiska unionen.

7.6 Tidpunkt för ikraftträdande, behov av informationsinsatser

Utredningens förslag rörande indexering bör efter sedvanlig beredning genomföras vid årsskiftet 2012/2013.

Genomförandet bör föregås av en brett upplagd information, via massmedia och särskilt framtaget informationsmaterial, till såväl allmänheten som personal inom myndigheter och organisationer som berörs av de nya regler som avses träda i kraft.

8 Författningskommentar

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

26 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 6.4.4.

Genom ändringen i *första stycket* indexregleras maxavgiften för slutenvård genom en koppling till prisbasbeloppet. Landstingen får fortsättningsvis ta ut en avgift per vårddag om högst 0,23 procent av det prisbasbelopp som regeringen fastställer för varje år enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken. Avgiften ska avrundas nedåt till närmaste tiotal kronor.

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

26 a §

Paragrafen behandlas i avsnitt 6.4.1.

Genom ändringar i *första stycket* indexregleras högkostnads-skyddet för avgifter inom öppen hälso- och sjukvård, för vissa förbrukningsartiklar och för sådan tandvård som utförs mot hälso- och sjukvårdsavgift. I stället för ett fast belopp utgör avgiftstaket ett belopp motsvarande 2,5 procent av prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor. Liksom i dag kan landstinget besluta att avgifts-befrielse ska börja gälla vid ett lägre belopp.

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

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelserna

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

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

Övergångsbestämmelsen reglerar enbart vad som ska gälla i samband med ikraftträdandet den 1 januari 2013. Framtida justeringar av högkostnadsskyddet till följd av att prisbasbeloppet räknas om för kommande år kommer emellertid att slå igenom på motsvarande sätt. Enligt 26 a § i dess nya lydelse är den som har haft kostnader för vårdavgifter m.m. uppgående till motsvarande 2,5 procent av prisbasbeloppet befriad från att därefter betala ytterligare sådana avgifter under den resterande delen av ettårsperioden. Detta gäller oavsett om högkostnadsskyddet, efter det att avgiftsbefrielse har uppkommit, höjs som en följd av att prisbasbeloppet ändras.

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

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

5 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 6.4.2.

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

I det nya *tredje stycket* anges hur mycket den enskilde ska behöva betala för förmånsberättigade varor under den ettårsperiod

som avses i andra stycket. Avgiftstaket bestäms till 5 procent av prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor.

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

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

Sjätte stycket ändras till följd av att två nya stycken läggs till paragrafen.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelserna

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

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

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

Kommittédirektiv



Översyn av avgiftsstrukturen för hälso- och sjukvård, läkemedel, äldre- och handikappomsorg m.m.

**Dir.
2011:61**

Beslut vid regeringssammanträde den 22 juni 2011.

Sammanfattning

En särskild utredare ska 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.

Utgångspunkten ska vara att de som har det sämst ställt ekonomiskt eller är mest i behov av vård eller omsorg inte ska behöva avstå från vård och omsorg på grund av höga kostnader och därför behöver fördelningspolitiska aspekter beaktas.

I uppdraget ingår att:

- kartlägga och analysera de sammantagna effekterna av befintliga avgiftssystem och högkostnadsskydd samt de nivåer som i dag gäller inom dessa system,
- analysera hur avgifterna och högkostnadsskydden kan utformas för att effektivare styra patienter att söka vård på rätt nivå och i rätt tid, för att stimulera till förebyggande och tidiga insatser samt till en rationell användning av olika former av insatser,
- utvärdera förutsättningarna för och konsekvenserna av att öka avgiftsuttaget i syfte att stärka vårdens finansiering på längre sikt,

- identifiera alternativa utformningar av strukturerna för egenavgifter och högkostnadsskydd samt analysera konsekvenserna av dem på systemnivå och för den enskilde,
- analysera hur de administrativa kostnaderna påverkas av olika alternativa utformningar av avgiftsstrukturerna,
- analysera fördelningspolitiska aspekter av befintliga avgiftsstrukturer och framtida alternativ,
- lämna förslag till hur strukturerna för avgifter och högkostnadsskydd och de nivåer som gäller inom dessa system bör utformas och administreras i framtiden,
- lämna de konsekvensbedömningar av förslagen som behövs, särskilt i fråga om de fördelningspolitiska effekterna, och
- lämna de författningsförslag som uppdraget kan föranleda.

Uppdraget ska redovisas senast den 15 januari 2012.

Bakgrund

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 och ökad 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. Det kan i sin tur leda till att patienterna och brukarna i ökad utsträckning kan verka pådrivande i hälso- och sjukvårdens förbättringsarbete.

Utvecklingen inom vård och omsorg

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 och vidgat användningen av vård 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 att innebära ökade kostnader utöver demografin. En sådan utveckling kommer därmed att innebära ett ökat tryck uppåt på sjukvårdens andel av BNP. För att möta de framtida behoven kommer det att krävas förändringar på flera plan, såväl verksamhetsmässigt genom effektiviseringar som finansieringsmässigt.

Utvecklingen väntas vara densamma för det sociala området med kraftigt ökade kostnader för framförallt äldreomsorgen som en följd av att antalet äldre ökar. Utvecklingen av kommunernas kostnader för äldreomsorg visade på en ökning med 0,5 procent mellan 2004 och 2008 räknat i 2008 års priser. En förklaring är att antalet personer som är 80 år eller äldre under samma period inte ökat med mer än cirka 10 000 personer från 483 000 till 493 000 personer. Det är framförallt under åren efter 2020 som antalet personer över 80 år visar en tilltagande ökning som inte planar ut förrän omkring 2035.

Högekostnadsskyddet för läkemedel har varit oförändrat sedan år 1999 och för besök i öppenvården sedan år 1997. Det är cirka tio år sedan avgifterna inom äldre- och handikappomsorg sågs över. Bestämmelserna om förbehållsbelopp och avgifter inom äldre- och handikappomsorg är emellertid knutna till förändringarna i prisbasbeloppet och höjs därmed i takt med kostnadsutvecklingen i samhället i övrigt.

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.

Fördelningspolitiska aspekter

Inom sjukvården är det cirka 3–4 procent av befolkningen som står för hälften av kostnaderna och de cirka 20 procenten av befolkningen som har högkostnadsskydd för läkemedel står för mer än 90 procent av läkemedelskostnaderna.

Om man tittar på gruppen individer med en funktionsnedsättning som hindrar dem i vardagen, dock ej boende enligt socialtjänstlagen (2001:453) eller lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, visar SCB:s HEK-undersökning att hälften av dessa har frikort för hälso- och sjukvård och drygt 40 procent har frikort för läkemedel. Av dessa är det 14 procent som har utgifter för sjukvård, rehabilitering alternativt habilitering som inte täcks av högkostnadsskydden.

Det är cirka 3,5 gånger så vanligt att den femtedel av pensionärerna som har de lägsta inkomsterna har äldreomsorg jämfört med den femtedel av pensionärerna som har de högsta inkomsterna. Det hänger till viss del ihop med att det är de äldsta pensionärerna som har de största behoven och även de lägsta inkomsterna. En stor majoritet är kvinnor.

Nuvarande reglering

Grundläggande hörnstenar för såväl den svenska hälso- och sjukvården som äldre- och handikappomsorgen är att en god vård och omsorg ska erbjudas på lika villkor för hela befolkningen. Vården och omsorgen finansieras huvudsakligen via skatter. Den enskilda patienten eller brukaren 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).

Ansvaret för att uppfylla dessa mål är i sin tur uppdelat mellan tre olika nivåer. På den nationella nivån fastställer riksdag och regering mål och direktiv genom lagstiftning, tillsyn och olika ekonomiska styrmedel. Landstingen ansvarar sedan på den regionala nivån för att tillhandahålla och finansiera hälso- och sjukvård. På den lokala nivån ansvarar kommunerna för både äldre och personer med funktionsnedsättning. För personer som bor i särskilt boende

omfattar ansvaret också hälso- och sjukvård utom läkarinsatser i hemmet (hemsjukvård). Kommunerna ska även i samband med dagverksamhet erbjuda hälso- och sjukvård åt dem som vistas där. Därutöver har ansvaret för hälso- och sjukvården i hemmet (hemsjukvården) förts över till kommun i drygt hälften av landets kommuner.

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

I 14 kap. 3 § regeringsformen infördes den 1 januari 2011 en bestämmelse om att en inskränkning av den kommunala självstyrelsen inte bör gå utöver vad är som nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranlett den, dvs. en proportionalitetsbedömning ska göras.

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.

Tandvård

Det nuvarande statliga tandvårdsstödet trädde i kraft den 1 juli 2008 och regleras i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd. Det statliga tandvårdsstödet består av två delar. Den första delen utgörs av ett allmänt tandvårdsbidrag om 150 kronor per år för åldersgrupperna 30–74 år och 300 kronor per år för de som är 20–29 år och de som är 75 år och äldre. Den andra delen består av ett skydd mot höga kostnader som innebär att patienten under ett års ersättningsperiod själv betalar tandvårdsavgifter upp till ett första karensbelopp som för närvarande är 3 000 kronor och 50 procent av tandvårdsavgifterna mellan 3 000 kronor och 15 000 kronor. Därefter betalar patienten endast 15 procent av tandvårdsavgifterna under återstoden av ersättningsperioden.

Inom tandvården gäller oftast inte sjukvårdens högkostnadsskydd. Enligt 15 a § sjätte stycket tandvårdslagen (1985:125) gäller dock bestämmelserna om avgifter i den öppna vården enligt hälso- och sjukvårdslagen för dels sådan tandvård som avses i 8 a § tandvårdslagen, dels undersökning för och utförande av oralkirurgisk behandling som kräver ett sjukhus tekniska och medicinska resurser. Den tandvård som omfattas av 8 a § tandvårdslagen är nödvändig tandvård som ges dels till dem som omfattas av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, dels till dem som har varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och som kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för eller som får hemsjukvård eller som är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård eller omsorg. Även tandvård till personer med behov av särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid omfattas av bestämmelserna om avgifter i hälso- och sjukvårdslagen.

Regeringen beslutade den 22 juni 2011 att överlämna en remiss till Lagrådet med förslag till nya stöd på tandvårdsområdet till personer med vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar. Stöd ska kunna ges dels i form av ett nytt tandvårdsbidrag, dels genom tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift.

Läkemedel

Det nuvarande statliga förmånssystemet för läkemedel trädde i kraft den 1 januari 1997. De grundläggande bestämmelserna om 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.

Högekostnadsskyddet bygger på att den enskilda patienten får sin totala läkemedelskostnad under en tolv månadersperiod stegvis reducerad enligt en trappstegsmodell, den s.k. högekostnadstrappan, 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 överstiger 1 800 kronor under en tolv månadersperiod.

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.

Kostnadsfrihet enligt smittskyddslagen

Läkemedel som behövs från smittskyddssynpunkt vid behandling av en allmänfarlig sjukdom är enligt 7 kap. 1 § smittskyddslagen (2004:168) gratis för patienten. Även undersökning, vård och behandling som läkaren bedömer minska risken för smittspridning är enligt 7 kap. 2 § samma lag i de flesta fall kostnadsfri för patienten.

Hjälpmedel

Inom hjälpmedelsområdet finns en mycket stor variation av avgifter. Egenavgifter, besöksavgifter, hyra, avgifter för förbrukningsmaterial, utprovningavgifter, serviceavgifter samt årsavgifter är exempel på sådana avgifter. Variationerna i avgiftsnivåer och i typer av avgifter skiljer sig även mellan olika former av hjälpmedelsverksamhet, t.ex. hjälpmedelscentraler, hörcentraler, syncentraler och ortopedtekniska avdelningar. Ett fåtal landsting har någon form av högkostnadsskydd för hjälpmedel, vilka dock inte är heltäckande för alla hjälpmedel.

Under perioden våren 2008 till slutet av 2009 genomfördes en försöksverksamhet med fritt val av hjälpmedel i tre landsting. Hjälpmedelsinstitutet har haft i uppdrag att samordna och utvärdera försöksverksamheten. Därefter har regeringen tillsatt en särskild utredning som ska lämna förslag på hur ett system för fritt val av hjälpmedel kan utformas och tydliggöra vissa frågor för att stödja, underlätta och främja införandet av fritt val av hjälpmedel i kommuner och landsting, så att fler äldre och personer med funktionsnedsättning ska få möjlighet att själva välja hjälpmedel (dir. 2011:7).

Äldre- och handikappomsorg

Enligt 8 kap. 3–8 §§ socialtjänstlagen och 26 § hälso- och sjukvårdslagen får avgiften för hemtjänst i ordinärt och särskilt boende, dagverksamhet samt kommunal hälso- och sjukvård per månad uppgå till högst en tolfedel av 0,48 gånger prisbasbeloppet, det så kallade högkostnadsskyddet. För år 2011 motsvarar det 1 712 kr per månad eller 20 544 kr per år. Avgiften begränsas även genom det s.k. förbehållsbeloppet, dvs. avgiften får inte uppgå till ett större belopp än att den enskilde har tillräckliga medel kvar för sina personliga behov och andra normala levnadskostnader.

Förbehållsbeloppet utgörs av den faktiska bostadskostnaden samt ett minimibelopp för normala levnadskostnader. För ensamboende ska minimibeloppet per månad utgöra lägst en tolfteedel av 1,3546 gånger prisbasbeloppet. För år 2011 motsvarar det 4 832 kr per månad. Minimibeloppen ska täcka normalkostnader för varor och tjänster som ett hushåll vanligen behöver för att klara vardagens behov.

Om den enskilde på grund av särskilda omständigheter varaktigt har behov av ett högre belopp ska kommunen höja minimibeloppet i skälig omfattning. Enligt propositionen 2000/01:149 om avgifter inom äldre- och handikappomsorg (s. 41) bör levnadskostnader för yngre personer med funktionsnedsättning, efter en individuell prövning, beräknas till en nivå som överstiger minimibeloppet upp till 10 procent. För år 2011 innebär det en uppräknings av minimibeloppet med högst 483 kr per månad. Även för äldre personer finns möjlighet att pröva ett höjt minimibelopp för att täcka varaktiga merkostnader.

Förbehållsbeloppet utgör ingen garanti för att den enskilde har dessa medel, t.ex. om individen har hyra över taket för bostadstillägg eller har avgifter för mat i särskilt boende som överstiger schabloninkomst för livsmedel.

Ett skäl till att förbehållsbeloppet inte beaktar den enskildes inkomst eller förmögenhet är att aktiv avgiftsplanering ska undvikas, dvs. att på olika sätt föra undan tillgångar så att de inte ska tas in i avgiftsberäkningen. Skillnaderna mellan olika individer i avgifter för samma insats ska inte heller behöva upplevas som orättvis (prop. 2000/01:149, s. 43).

Behov av en översyn

Splittrat avgiftssystem inom hälso- och sjukvård och social omsorg

I dag finns det dålig kunskap om de samlade effekterna av egenavgifterna och högkostnadsskydden. Egenavgifterna och högkostnadsskydden för olika delar inom hälso- och sjukvården, läkemedelsområdet och äldre- och handikappomsorgen är inte samordnade. Det medför att den som är svårt sjuk kan få betala avgifter från flera olika system. Avgifterna i de ej statligt reglerade systemen skiljer sig även åt mellan landstingen och mellan kommunerna, t.ex. när det gäller avgifter för hjälpmedel. Det är därför angeläget

att analysera vilka effekter som dagens avgiftsstrukturer har för enskilda och pröva vilka behov det finns av ett mer samordnat system för avgifter och högkostnadsskydd.

Nuvarande avgiftssystem kan utnyttjas i större utsträckning för att styra patienter till rätt vårdnivå m.m.

Vid en översyn av egenavgifterna och högkostnadsskydden är det viktigt att beakta den potential som finns i form av förbättrad resursanvändning och ökad effektivitet. I dag finns såväl över- som underkonsumtion av sjukvård, även om det ännu inte är klarlagt i vilken utsträckning så är fallet. En mer ändamålsenlig utformning av egenavgifterna och högkostnadsskydden tillsammans med nivåerna inom dessa system kan sannolikt bättre styra patienter till vård på rätt vårdnivå och premiera förebyggande insatser. Avgiftsstrukturen bör också stimulera till rätt vårdkonsumtion i rätt tid och till en mer rationell användning av olika former av insatser. I dagsläget fungerar inte avgiftsstrukturen fullt ut på detta sätt.

Konsekvenser för dem som är mest i behov av vård och omsorg

Kostnaderna för och behoven av sjukvård är skevt fördelade i befolkningen. Redan i dag finns det grupper som anger att de avstår från sjukvård för de inte har råd: ensamstående mammor, utrikesfödda personer och personer med funktionsnedsättning är överrepresenterade i detta avseende. En del av dessa grupper, särskilt personer med funktionsnedsättning, besöker även vården i större utsträckning än befolkningen som helhet. De fördelningspolitiska konsekvenserna av de befintliga avgiftsstrukturerna och högkostnadsskydden behöver därför analyseras.

Effekterna av avgifterna på individnivå och systemnivå

Det är angeläget att belysa effekterna av avgifter och identifiera vilka trösklar det finns för att söka sjukvård. Ett besök till sjukvården är inte nödvändigtvis en kostnad för samhället, snarare kan det vara värdeskapande om ohälsa förhindras, botas eller lindras. Avgifter oavsett nivå kan leda till oönskade effekter i utebliven vård eller en överkonsumtion av vård.

Högre avgifter kan leda till att personer avstår från att söka vård. Effekterna av högre avgifter för dem som faktiskt behöver vård måste därför nogra belysas och analyseras i utredningen. En fråga utredningen bör belysa är konsekvenserna av att patienter med behov av vård riskerar att behöva betala högre avgifter för att i andra sammanhang förhindra överkonsumtion av vård. Resonemang bör föras kring vilket ansvar vårdgivarna har att tillhandahålla vård och omsorg med hög kvalitet och effektivitet så att de som har behov också får dessa tillgodosedda. Sannolikt utgör en effektiv sjukvård och omsorg en grundval för att det ska vara möjligt att kunna ta ut högre avgifter.

På motsvarande sätt är det angeläget att analysera de avgifter som kommuner tar ut enligt bestämmelser i socialtjänstlagen och enligt andra grunder. Utgångspunkten bör vara att den enskilde inom sina tillgängliga ekonomiska ramar kan ta ansvar för sin egen situation, bl.a. genom att klara av sina löpande levnadskostnader. Ett uttag av avgifter bör därför inte vara kontraproduktivt i denna mening. Konsekvenserna för den enskildes ekonomi av det samlade avgiftsuttaget inom vård och omsorg behöver analyseras.

Höjda avgifter kan leda till att en försäkringsmarknad utvecklas där individer kan försäkra bort risken för höga avgifter. En sådan försäkringsmarknad finns i flera länder, bl.a. Danmark. De konsekvenser som följer av detta är angelägna att analysera.

Gemensamt för högkostnadsskydden för hälso- och sjukvård samt läkemedel är att när man väl fått högkostnadsskydd blir man fullständigt avgiftsbefriad för återstoden av 12-månadersperioden. Inom läkemedelsområdet finns det indikationer på att uttagen av recept ökar innan den fria perioden tar slut vilket har lyfts fram i olika utredningar, exempelvis Olof Edhags läkemedelsutredning (SOU 2000:86). Detta innebär lägre avgiftsuttag samt risk för kassation av läkemedel som inte används.

Dagens högkostnadsskydd är relativt enkla i sin utformning och omfattar, med några få undantag, alla på samma villkor. Vid en eventuell förändring av avgiftssystemen bör komplexiteten i de föreslagna modellerna vägas mot risken att vårdbehövande avstår från att söka vård.

I en nyligen publicerad rapport från EU (EU Commission Report on Health Systems) framgår också att det svenska systemet totalt sett har låga administrativa kostnader. Vid en eventuell förändring av avgiftssystemen är det viktigt att analysera om oönskade

effekter kan uppkomma i form av t.ex. ökade administrativa kostnader.

Ökad avgiftsfinansiering för att långsiktigt förstärka vården och omsorgen

Vård- och omsorgsutgifternas andel av BNP har ökat de senaste 20 åren, men i en relativt blygsam takt. Framöver finns dock betydande utmaningar i och med den demografiska utvecklingen mot allt fler äldre, tillsammans med den teknologiska utvecklingen, som inbegriper nya läkemedel och behandlingar. Under den senaste tioårsperioden har ett antal rapporter presenterats som varnar för växande svårigheter att skattefinansiera vård- och omsorgstjänster som i ökande utsträckning efterfrågas av befolkningen (se t.ex. LU08, ESO 2009:1). Samtidigt kan höjda avgifter leda till oönskade effekter beroende på avgifternas omfattning och utformning.

Den framtida utvecklingen kommer att innebära ett ökat tryck uppåt på sjukvårdens andel av BNP jämfört med i dag. För att möta utvecklingen kan det krävas förändringar på flera plan, bl.a. finansieringsmässigt liksom i fråga om personal- och kompetensförsörjning.

Avgifternas andel av de totala intäkterna har minskat över åren. I dag utgör avgiftsintäkterna enbart en mindre del av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård. Eftersom högkostnadstaken för läkemedel och i öppenvården varit nominellt oförändrade en längre tid är det främst ökade volymer som påverkar avgiftsintäkterna, till skillnad från förbehållsbeloppen inom omsorgerna som är prisindexerade.

Långsiktiga effekter

En effektiv sjukvård och bättre teknologier skapar mer hälsa och välbefinnande till samhället. Den teknologiska utvecklingen är i sig inget problem framöver. Den fortsatta inriktningen måste vara att ge effektiv vård till dem som behöver vård. Av detta skäl är det viktigt att i denna översyn väga in de långsiktiga aspekterna av den medicintekniska utvecklingen och en ökad andel äldre och hur detta kommer att påverka de offentliga utgifterna och avgiftsuttaget.

Uppdraget

En särskild utredare tillkallas med uppdrag 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 samt bidrar till en långsiktigt hållbar finansiering av vården och omsorgen.

Utgångspunkten ska vara att de som har det sämst ställt ekonomiskt eller är mest i behov av vård eller omsorg inte ska behöva avstå från vård och omsorg på grund av höga kostnader. Därför behöver fördelningspolitiska aspekter beaktas.

Effekter av dagens system för samhället och för enskilda

I uppdraget ingår att kartlägga och analysera vilka sammantagna effekter befintliga system för avgifter och högkostnadsskydd ger upphov till för samhället, huvudmännen, enskilda och grupper av patienter och brukare samt för måluppfyllelse enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. Utredaren ska även kartlägga förekomsten av andra avgifter, t.ex. för resor och matservice, och analysera hur de påverkar såväl huvudmännens intäkter som den enskildes ekonomi.

En internationell utblick för att se hur systemen ser ut i andra länder av intresse i sammanhanget bör genomföras.

Vidare ska utredaren beakta de långsiktiga aspekterna av den medicintekniska utvecklingen och en ökad andel äldre och hur detta kommer att påverka de offentliga utgifterna och avgiftsuttaget.

Utveckling av kvaliteten och effektiviteten i vård och omsorg

Utredaren ska analysera och pröva hur avgiftsfinansieringen och högkostnadsskydden bättre kan utformas för att långsiktigt bidra till utveckling av kvaliteten och effektiviteten i vården och omsorgen. I detta ligger att utredaren ska analysera och pröva hur avgiftsstrukturen skulle kunna utformas för att styra patienten att söka vård på rätt nivå och i rätt tid, för att stimulera till förebyggande

och tidiga insatser samt till en rationell användning av olika former av insatser.

Långsiktigt hållbar finansiering av vård och omsorg

Utredaren ska analysera och pröva i vilken utsträckning det är möjligt att använda avgifter för att långsiktigt förstärka vården och omsorgen, pröva hur ett sådant system i så fall ska se ut och göra en bedömning av vilka effekter som det skulle ge upphov till. I detta ligger att utvärdera konsekvenserna av och möjligheterna till att öka avgiftsuttaget i syfte att stärka finansieringen av vården och omsorgen på längre sikt. I denna del ska utredaren även utvärdera de sammantagna effekterna av att exempelvis indexera högkostnadsskydden för hälso- och sjukvård och läkemedel.

Utredaren ska även analysera effekten på individernas vårdkonsumtion av ett ökat avgiftsuttag och behoven av att ta hänsyn till detta när avgiftssystemen ses över. Utredaren ska även analysera om höjda avgifter kan leda till en försäkringsmarknad där individer kan försäkra bort risken att betala höga avgifter och vilka konsekvenser som eventuellt följer av detta.

Vidare ska utredaren beakta de effekter som dagens högkostnadsskydd har på individens vårdkonsumtion och analysera olika modeller, t.ex. recipieavgifter, för att undvika att fria nyttigheter uppkommer och vilka konsekvenser sådana modeller ger upphov till.

Analys av alternativa avgiftsstrukturer

Utredaren ska identifiera alternativa utformningar av strukturerna för egenavgifter och högkostnadsskydd samt analysera konsekvenserna av dem på systemnivå och för den enskilde. Av analysen ska det framgå hur stor intäktsökningen blir, vilka grupper som får betala, vilka konsekvenser det får för dem som är i mest i behov av vård eller omsorg samt vilka konsekvenser ett ökat avgiftsuttag kan få på hälsan i befolkningen som helhet.

I uppdraget ligger också att pröva om det finns behov av en mer samordnad struktur för avgifter och högkostnadsskydd för hälso- och sjukvården, läkemedel eller äldre- och handikappomsorgen eller inom delar av dessa system. Vidare ska utredaren överväga om balansen mellan nationell reglering och lokalt beslutsutrymme i

fråga om avgifter och högkostnadsskydd behöver förändras. Utredaren ska även beakta de skyldigheter som följer av vårt medlemskap i EU.

I uppdraget ingår även att analysera hur de administrativa kostnaderna påverkas av olika alternativa utformningar av avgiftssystemen.

Fördelningspolitiska analyser

I analysen av befintliga system för avgifter och högkostnadsskydd respektive alternativa avgiftsstrukturer ska fördelningspolitiska aspekter särskilt belysas, bl.a. vilka konsekvenser dessa system får för dem som har det sämst ställt ekonomiskt eller som mest är i behov av vård eller omsorg. I detta ingår att göra en bedömning av om patienter och brukare genom avgiftssystemen drabbas av fördyringar som förorsakas av bristande tillgänglighet till rätt vård och omsorg.

Vidare ska utredningen analysera hur en ökad grad av avgiftsfinansiering påverkar möjligheterna för äldre och funktionshindrade personer att själva ta ansvar för sin situation t.ex. i fråga om byte till en bättre anpassad och kanske dyrare bostad, teknikstöd och hjälpmedel, aktivt åldrande och hälsofrämjande insatser.

Konsekvenser för huvudmännen

Utredaren ska vid analysen av alternativa avgiftsstrukturer beakta den i regeringsformen förtydligade principen om att kommunalt självstyre gäller för all kommunal verksamhet. Vidare ska hänsyn tas till den omständigheten att kommunerna och landstingen, med begränsning av vad som följer av självkostnadsprincipen, själva äger stor frihet att bestämma nivån på den avgift som de väljer att ta ut.

Förslag på förändringar av dagens strukturer för egenavgifter och högkostnadsskydd

Mot bakgrund av ovanstående kartläggningar och analyser ska utredaren lämna förslag till hur strukturerna för avgifter och högkostnadsskydd för läkemedel, hälso- och sjukvård samt äldre- och handikappomsorg bör utformas och administreras i framtiden.

Utgångspunkten för utredarens eventuella förslag ska vara att alla som behöver vård och omsorg ska ha råd med den och att fördelningspolitiska aspekter beaktas. De som har det sämst ställt ekonomiskt eller är mest i behov av vård eller omsorg ska inte behöva avstå från vård och omsorg på grund av höga kostnader.

Vidare ska utredaren lämna de författningsförslag som uppdraget kan föranleda.

Konsekvensbeskrivningar

I uppdraget ingår att lämna de konsekvensbedömningar som behövs av förslagen, särskilt i fråga om de fördelningspolitiska effekterna. Om förslagen påverkar kostnaderna eller intäkterna för staten, landstingen eller kommunerna ska en beräkning av dessa konsekvenser redovisas. Om förslagen medför kostnadsökningar för stat, landsting eller kommuner ska utredaren föreslå en finansiering av dessa. Om något av förslagen kommer att påverka det kommunala självstyret ska dess konsekvenser samt de särskilda avvägningar som föranlett förslagen särskilt redovisas.

Förslagets konsekvenser ska redovisas enligt vad som anges i 14 och 15 §§ kommittéförordningen (1998:1474). Om betänkandet innehåller förslag till nya eller ändrade regler ska förslagets kostnadsmissiga och andra konsekvenser anges i enlighet med 15 a § samma förordning.

Avgränsning av uppdraget

Samtliga statligt reglerade avgifter och högkostnadsskydd som finns för hälso- och sjukvård, läkemedel samt äldre- och handikappomsorg m.m. ska ingå i utredarens analys av dagens befintliga strukturer och konsekvenserna av möjliga alternativa avgiftsstrukturer. I uppdraget ingår även att väga in de egenavgifter och högkostnadsskydd som beslutats på kommunal och landstingskommunal nivå.

De förslag som utredaren lämnar ska vara inriktade på de avgifter och högkostnadsskydd som finns för hälso- och sjukvård, inklusive sådan tandvård som avses i 15 a § sjätte stycket tandvårdslagen (1985:125), läkemedel samt äldre- och handikappomsorg m.m. Översynen omfattar dock inte avgifter och högkostnadsskydd

inom det statliga tandvårdsstödet, insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade eller kostnadsfriheten enligt smittskyddslagen (2004:168).

Samråd och redovisning av uppdraget

Utredaren ska samråda med Utredningen om stärkt ställning för patienten genom en ny patientlagstiftning (S 2011:03) och Utredningen om fritt val av hjälpmedel (S 2011:02).

Utredaren ska hålla berörda myndigheter, företrädare för regionala och lokala huvudmän och intresseorganisationer informerade om arbetet och ge dem tillfälle att framföra synpunkter. En referensgrupp med representanter för huvudmännen samt patientbrukar- och andra intresseorganisationer ska bildas. Utredaren ska även hålla Regeringskansliet informerat om arbetet.

Uppdraget ska redovisas senast den 15 januari 2012.

(Socialdepartementet)

Litteraturöversikt

1.1 Inledning

1.1.1 Bakgrund

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har för utredningens räkning gjort en systematisk litteraturöversikt för att kartlägga det aktuella kunskapsläget rörande konsekvenser av avgiftsstrukturen för efterfrågan på läkarbesök i öppen vård respektive läkemedel, samt eventuell inverkan på befolkningens hälsotillstånd. Litteraturöversikten sammanfattas i denna bilaga.¹

1.1.2 Frågeställningar

Utgångspunkten för litteratursökning var följande frågeställningar:

- Hur påverkas efterfrågan på läkarbesök och läkemedel av storleken på respektive egenavgifter?
- Påverkas efterfrågan på läkarbesök av egenavgiften för läkemedel?
- Påverkas patienternas hälsotillstånd av egenavgiften för läkemedel?

1.1.3 Avgränsningar

Den tid som stått till förfogande för att genomföra litteraturöversikten har varit begränsad till cirka två månader, vilket nödvändiggjort vissa avgränsningar. Därför har endast systematiska litteraturöversikter publicerade på engelska eller skandinaviska språk inkluderats.

¹ Arbetet har inom SBU utförts av Anders Norlund, Marianne Heibert Arnlind och Hanna Olofsson. Litteraturöversikten i sin helhet, inklusive sökstrategier, tabeller, etc., finns tillgänglig på SBU:s hemsida www.sbu.se

1.2 Metodik för litteraturgenomgången

1.2.1 Litteratursökning

Med utgångspunkt från ovannämnda frågeställningar söktes litteratur i databaserna PubMed, Embase, Cinahl och Cochrane Library. Sökningarna omfattar åren 1980–2010.

1.2.2 Bedömning av studierna

Med hjälp den granskningsmall som SBU tillämpar för systematiska litteraturöversikter, AMSTAR, granskade två projektledare/hälsoekonomer, oberoende av varandra, framtagna abstraktlistor. Utvalda studier beställdes i fulltext och bedömdes av samma personer. Endast studier av måttlig eller hög studiekvalitet har inkluderats.

1.3 Resultat av litteraturgranskningen

Litteratursökningen gav primärt 382 abstrakt av systematiska litteraturöversikter, av vilka 79 valdes ut och granskades i fulltext. Endast nio av dessa bedömdes relevanta för att besvara de aktuella frågeställningarna. Av dessa nio bedömdes en vara av låg kvalitet och exkluderades därför. Återstående åtta studier inkluderades och sammanfattas i följande text och i Tabell 5.1.

En rapport från Cochrane (Austvoll-Dahlgren, 2009) granskade studier avseende effekter av egenavgifter (co-payment) respektive högkostnadsskydd (ceilings) på förbrukning av läkemedel, utnyttjande av sjukvård, hälsotillstånd samt på kostnader. Totalt inkluderades 21 studier, vilka studerade delvis olika former av egenavgifter och högkostnadsskydd. Detta gör att det enligt rapporten blev svårt att dra entydiga slutsatser. Dessutom var studiekvaliteten för inkluderade studier i flera fall låg. De slutsatser man ändå anser sig kunna dra av litteraturöversikten är följande:

- Genom att införa, eller att utöka, egenavgifter för läkemedel minskade användningen av läkemedel, och medförde även kostnadsbesparingar för läkemedel.
- Patienter svarade på ökade egenavgifter med att avbryta läkemedelsintag, även av nödvändiga (life-sustaining) läkemedel, eller med att minska inköp av läkemedel.

- Få studier rapporterade om konsekvenser av egenavgifter på hälsotillstånd respektive vårdutnyttjande dvs. inga slutsatser kunde egentligen dras.

I Cochrane-rapporten konstateras avslutningsvis att skillnader i vårdnivå, patientpopulationer och behandlingsåtgärder gör det svårt att jämföra inkluderade studier.

En systematisk litteraturöversikt inkluderade studier avseende personer över 65 år, där den övergripande frågan gällde huruvida patientavgifter skapar ojämlikhet bland äldre (Corrieri 2010). Denna litteraturöversikt är begränsad såtillvida att endast databasen PubMed användes vid litteratursökningen. Av inkluderade 29 studier var 11 longitudinella. I 14 av studierna fanns multivariata analyser av förväxlingsfaktorer utförda. De vanligast tillämpade förväxlingsfaktorerna var ålder, kön, ras (flera studier från USA) och utbildning. Majoriteten av de inkluderade studierna var emellertid tvärsnittsstudier för vilka orsakssamband är svårtolkade, vilket också påpekas av författarna till litteraturöversikten. De slutsatser som dras i litteraturöversikten kan sammanfattas enligt följande:

- Låg inkomst är associerad till låg utbildning och kvinnligt kön.
- Personer med låg inkomst har störst utgifter för receptbelagda läkemedel i förhållande till inkomst.
- Ökade egenavgifter kan medföra ojämlikhet bland konsumenterna, särskilt bland äldre personer.

Det kan slutligen konstateras att studien har ett tydligt USA-perspektiv, och att relevansen för svenska förhållanden kan diskuteras.

En systematisk litteraturöversikt utförd av två anställda vid Merck i USA undersökte om upplevd betalningsförmåga påverkade följsamheten till receptförskrivna läkemedel (Gadkari 2010). Totalt inkluderades 79 studier, varav 59 från patientperspektiv och 20 från förskrivarperspektiv. Omkring hälften av studierna var utförda i Nordamerika. Litteraturöversikten visar att spridningen i bristande följsamhet var mycket stor, från 0,5 till 57 procent och att denna även varierade för olika diagnoser, exempelvis 7 procent för högt blodtryck jämfört med 32 procent för benskörhet. De främsta anledningarna till bristande följsamhet anges vara oro för läkemedelsbiverkningar, inte upplevt behov att ta läkemedel, samt bristande betalningsförmåga. Litteraturöversikten bygger till stor del

på självrapporterade data vilket talar för att resultaten bör tolkas med viss försiktighet.

Egenavgiften för ordinerade läkemedel och avgiftens betydelse för läkemedelskostnader, användning av läkemedel, utnyttjande av icke farmakologiska tjänster respektive effekter på hälsotillstånd granskades i en systematisk litteraturoversikt (Goldman 2007). Sammanlagt inkluderades 132 studier, varav 65 med fokus på egenavgifter. Baserat främst på observationsstudier sammanfattas kunskapsläget med konstaterandet att priselasticiteten för efterfrågan på läkemedel är mellan -0,2 och -0,6. Det betyder att en 10-procentig höjning av egenavgiften för läkemedel kan förväntas leda till en minskning av utgifterna för läkemedel med 2–6 procent. Kunskapsläget bedömdes emellertid som oklart vad gäller samband mellan egenavgifter för läkemedel och hälsotillstånd. Baserat på studier från USA anses emellertid ett samband föreligga mellan högre egenavgifter på läkemedel och ökat resursutnyttjande i sjukvården i form av intagningar eller besök på akutmottagningar för personer med vissa kroniska sjukdomar (hjärtsvikt, diabetes, schizofreni).

I en Cochrane-rapport undersöktes effekter av begränsningar i ersättningen av kostnader för läkemedel på konsumtionen av läkemedel, på utnyttjandet av sjukvård respektive på hälsotillstånd (Green 2010). Totalt inkluderades 29 tidsseriestudier varav 12 med kontrollgrupp. De i studierna inkluderade individerna var företrädesvis äldre (Medicare) och/eller låginkomsttagare från USA och Kanada. Läkemedlen studerades i form av specifika läkemedel (t.ex. protonpumpshämmare) eller som en grupp av läkemedel (t.ex. lipidsänkande läkemedel). Studier avseende effekter på hälsotillstånd visade motsägande resultat. Vad gäller regler (policies) som begränsar ersättningar för utlägg för läkemedel finner Cochrane-rapporten att det finns evidens för att dessa regler leder till minskad konsumtion av läkemedel av typ protonpumpshämmare och NSAID, samt minskade totala utgifter för läkemedlen ifråga. För andra generationens anti-psykotiska läkemedel kan begränsning av ersättningar däremot leda till avbrytande av läkemedelsbehandling utan att detta medför lägre kostnader för läkemedel totalt sett. Vidare finner Cochrane-rapporten att det saknas stöd för att minskad konsumtion av läkemedel påverkar utnyttjandet av andra sjukvårdsresurser. Antalet studerade läkemedel, respektive grupper av läkemedel, är emellertid begränsat till ett tiotal varför generella slutsatser för hela läkemedelsområdet inte kan dras.

Effekter av egenavgifter för konsumtionen av läkemedel bland fattiga och kroniskt sjuka undersöktes i en systematisk litteraturöversikt (Lexchin 2004). Endast studier från OECD-länder inkluderades i avsikt att få rimligt lika bakgrundsdata. Totalt inkluderades 24 studier varav fem tidsserieanalyser, sex före/efter studier och resten tvärsnittsstudier. Studier från USA utgjorde två tredjedelar av samtliga inkluderade studier. Sammanställningen av studieresultat anger att ju större andel av den samlade inkomsten som används för läkemedel – exempelvis till följd av högre egenavgifter – desto större blev priskänsligheten. Priselasticiteten varierade mellan -0,34 och -0,50 för personer med låg inkomst och/eller kronisk sjukdom, dvs. en 10-procentig ökning av priset beräknas medföra en minskad efterfrågan på 3–5 procent.

Egenavgifter för läkemedel och påverkan på hälsotillstånd bland äldre (65+) studerades i en systematisk litteraturöversikt (Page 2008). I översikten inkluderades enbart studier från Nordamerika i avsikt att vara relevanta för nordamerikansk sjukvård. Av sju inkluderade studier visade tre studier ingen skillnad mellan åldersgrupper. Övriga fyra studier visade att ökade egenavgifter för läkemedel tycktes ha negativa effekter på hälsotillståndet bland äldre och medföra ökat resursutnyttjande i sjukvården, bl.a. på akutmottagningar. Två av studierna är emellertid inte justerade för skillnader i ålder respektive socioekonomiska förhållanden, en studie är relativt liten ($n = 273$), och den fjärde studien använde huvudsakligen aggregerade data, dvs. inte data på patientnivå. Slutsatsen att ökade egenavgifter för läkemedel påverkar hälsotillståndet, som anges i litteraturöversikten, måste därför tolkas med stor försiktighet. Med tanke på att studierna enbart avser förhållanden i Nordamerika kan också relevansen för svenska förhållanden ifrågasättas.

En systematisk litteraturöversikt från Nederländerna var avgränsad till empiriska studier avseenden efterfrågan på läkarbesök i öppen vård (Skriabikova 2010). Efterfrågan studerades med avseende på patientavgiften antingen direkt som en oberoende variabel (flat-rate co-payment; patientavgift), eller indirekt (level of deductibles and/or co-insurance). Sammanlagt inkluderades 46 studier varav tolv avsåg förhållanden i Europa. Av de senare studierna hade åtta som syfte att studera patientavgiftens betydelse för efterfrågan på läkarbesök. De flesta studier analyserade läkarbesök som en beroende variabel. Patientavgiften utgjorde i samtliga studier en oberoende variabel, och i varierande grad ingick även demografiska och socio-ekonomiska variabler. Enligt flertalet av studierna hade priset (egenavgiften)

signifikant betydelse för efterfrågan på läkarbesök. Priselasticitet rapporterades i fyra nivåer: mindre än -0,10, -0,10 – -0,50, -0,51 – -0,99 samt -1,0 eller högre. Priselasticiteter mellan -0,10 och -0,50 angavs av de flesta studierna, varav även tre kontrollerade experimentella studier. De högsta nivåerna för priselasticitet angavs av ett fåtal tvärsnittsstudier. Motsvarande resultat för personer med låg inkomst, eller boende i utvecklingsländer, var emellertid högre, närmare -1,0 och i vissa fall ännu högre. Priselasticiteten för läkarbesök påverkas enligt inkluderade studier mest av konsumentens inkomst, men även av ålder, kön och utbildning. Vårdgivarens kvalitet och geografiska läge samt priset på alternativa sjukvårdstjänster hade också betydelse för priselasticiteten. Kostnader för väntetider, restider och liknande beaktades inte i de inkluderade studierna. Slutsatsen blev att priselasticiteten för efterfrågan på läkarbesök i öppen vård är högre vid låg inkomst (mellan -0,50 och -1), höga patientavgifter och tillgång till alternativa vårdtjänster. Patientavgiftens storlek påverkar således konsumentens val av vårdtjänst, i detta fall läkarbesök, i synnerhet bland personer med låg inkomst.

1.4 Diskussion och slutsatser

Slutsatserna baserade på ovan redovisade resultat av litteraturöversikterna kan sammanfattas enligt följande.

Fem systematiska litteraturöversikter (Austvoll-Dahlgren 2009, Gadkari 2010, Goldman 2007, Lexchin 2004, Page 2008) visar att ökade egenavgifter för läkemedel minskar konsumtionen av läkemedel. I två av dessa översikter (Goldman 2007, Lexchin 2004) anges priselasticiteten för efterfrågan på läkemedel till cirka -0,40 (spridning från -0,20 till -0,60). Slutsatsen blir att ökade egenavgifter för läkemedel minskar inköpen av läkemedel liksom användningen av läkemedel.

Enligt två systematiska litteraturöversikter (Austvoll-Dahlgren 2009, Goldman 2007) har det inte påvisats något samband mellan olika nivåer för egenavgifter för läkemedel och patienters hälsotillstånd. Två andra litteraturöversikter (Green 2010, Page 2008) hävdar dock motsatsen, men då enbart baserat på studier från USA, och enligt Green enbart för andra generationens anti-psykotiska läkemedel, vilket sammantaget kan innebära tveksamhet om överförbarhet till svenska förhållanden. Slutsatsen blir därför att det

vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma om hälsotillståndet påverkas av olika nivåer på egenavgifter för läkemedel.

En litteraturöversikt från Cochrane (Austvoll-Dahlgren 2009) finner inga belägg för att ökade egenavgifter för läkemedel påverkar resursutnyttjandet i sjukvården. Litteraturöversikten baserad huvudsakligen på studier från USA (Goldman 2007) hävdar däremot att så är fallet vad gäller kroniska sjukdomar. Enligt en litteraturöversikt (Green 2010) påverkar förändringar av policy-regler konsumtionen av andra generationens anti-psykotiska läkemedel liksom kostnaderna för läkemedel. Slutsatsen blir att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma om förändringar av egenavgifter för läkemedel påverkar resursutnyttjandet av sjukvårdstjänster.

I en litteraturöversikt (Skriabikova 2010) dras slutsatsen att nivån för egenavgiften har betydelse för efterfrågan på läkarbesök, med en priselasticitet på cirka $-0,30$ ($-0,10$ till $-0,50$). Slutsatsen baserad på denna litteraturöversikt är att nivån för egenavgifter har påverkan på efterfrågan på läkarbesök och att priselasticiteten ökar med lägre inkomst.

Slutsatserna enligt SBU:s aktuella litteraturöversikt kan jämföras med slutsatserna enligt den mycket omfattande och ofta citerade RAND-studien [9], som genomfördes i USA på 1970-talet, där man experimenterade med olika egenavgifter för patienterna. Ett resultat av RAND-studien var att egenavgifter påverkar utnyttjandet av sjukvård i form av läkarbesök. Enligt RAND-studien reducerar egenavgifter sjukvårdskostnader på kort sikt medan långsiktiga ekonomiska konsekvenser inte var kända. Vidare fann RAND-studien att det pga. motsägande resultat saknades stöd för att egenavgifter påverkar hälsotillståndet. RAND-studiens resultat kan i dessa avseenden anses bekräftade av SBU:s aktuella litteraturöversikt.

Tabell.1 Studier som ingår i SBU:s systematiska litteraturoversikter

Författare, år	Visade samband	Identifierade problem	Anmärkning
Austvoll-Dahlgren 2009 [1]	Ökade egenavgifter för läkemedel reducerar användningen av läkemedel, liksom kostnaderna för läkemedel	Även användning av relativt livsviktiga läkemedel minskade	
Corrieri 2010 [2]	Egenavgifternas relativa andel av inkomsten av störst betydelse för låginkomsttagare Låg utbildning och kvinnligt kön var prediktorer för låg inkomst	Okänt om tvärsnittsstudier kan användas för att ange orsakssamband	Studier från USA enbart, för att avspegla ett USA-perspektiv
Gadkari 2010 [3]	Höjda egenavgifter för läkemedel reducerar följsamhet till förskrivna läkemedel		Självrapporterade data, kombinerade kvantitativa och kvalitativa studier
Goldman 2007 [4]	Priselasticitet för efterfrågan på läkemedel -0,2 till -0,5. Högre egenavgifter på läkemedel ökade resursutnyttjandet i sjukvården (akuta besök, intagningar) för personer med kroniska sjukdomar Högre egenavgifter på läkemedel minskade användningen av förskrivna läkemedel	Många studier saknar uppgifter om socioekonomiska förhållanden	Flertalet av studierna från USA
Green 2010 [5]	Policy-regler reducerar konsumtion av vissa läkemedel liksom kostnaderna för läkemedlen	Begränsat antal läkemedel studerade, svårt att generalisera till hela läkemedelsområdet	De flesta av studierna avser förhållanden i USA och i Kanada
Lexchin 2004 [6]	Priselasticitet för efterfrågan på läkemedel -0,34 till -0,50 Egenavgifter har störst effekt för låginkomsttagare och de med kronisk sjukdom	Eventuell bias i skattningarna har inte kunnat kontrolleras	2/3 av alla inkluderade studier från USA
Page 2008 [7]	Ökade egenavgifter för läkemedel minskar konsumtionen av förskrivna läkemedel och påverkar därmed hälsotillståndet hos äldre	Tveksamt om slutsatserna håller pga. motsägande resultat	Enbart USA-perspektiv
Skriabikova 2010 [8]	Priset för patientavgiften har betydelse för efterfrågan på läkarbesök, priselasticitet -0,10 till -0,50		Majoriteten av studierna har svag studiedesign

SBU:s slutsatser:

- Ökade egenavgifter för läkarbesök leder till minskad efterfrågan på läkarbesök. Priselasticiteten är cirka -0,3, vilket innebär att en avgiftshöjning på 10 procent leder till cirka 3 procents minskning av efterfrågan.
- Ökade egenavgifter för läkemedel leder till minskad efterfrågan på läkemedel. Priselasticiteten är cirka -0,4, vilket innebär att en avgiftshöjning på 10 procent leder till cirka 4 procents minskning av efterfrågan.
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma om efterfrågan på läkarbesök och andra sjukvårdstjänster påverkas av förändringar i egenavgifter för läkemedel.
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma om patienters hälsotillstånd påverkas av förändringar i egenavgifter för läkemedel.

Referenser

1. Austvoll-Dahlgren A, Aaserud M, Vist GE, Ramsay C, Oxman AD et al. Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational drug use. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD007017.
2. Corrieri S, Heider D, Matschinger H, Lehnert T, Raum E et al. Income-, education- and gender-related inequalities in out-of-pocket health-care payments for 65+ patients – a systematic review. *Int J for Equity in Health* 2010;9:1–11.
3. Gadkari AS, McHorney. Medication non-fulfillment rates and reasons: narrative systematic review. *Curr Med Res Opin* 2010;26:683–705.
4. Goldman DP, Joyce GF, Zheng Y. Prescription Drug Cost Sharing. Associations With Medication and Medical Utilization and Spending on Health. *JAMA* 2007;298:61–69.
5. Green CJ, Maclure M, Fortin PM, Ramsay CR, Aaserud M et al. Pharmaceutical policies: effects of restrictions on reimbursement. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 8. Art.No.: CD008654.
6. Lexchin J, Grootendorst P. Effects of prescription drug user fees on drug and health services use and on health status in vulnerable populations: a systematic review of the evidence. *Int J Health Serv* 2004;34:101-22.
7. Page RL, Barton P, Nair K. Effect of Cost-Sharing for Prescription Medications on Health Outcomes in Older Adults: A Critical Review of the Literature and Potential Implications for Managed Care. *The Consultant Pharmacist* 2008;23:44–54.
8. Skriabikova O, Pavlova M, Groot W. Empirical Models of Demand for Out-Patient Physician Services and Their Relevance to the Assessment of Patient Payment Policies: A Critical Review of the Literature. *Int J Environ Res Public Health* 2010;7:2708-25.
9. Manning WG, Newhouse JP, Duan N, Keeler EB, Leibowitz A and Marquis S. Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment. *The American Economic Review*, June 1987.

Framtida finansiering av vård och omsorg

Underlag av Per Sedigh

Debatten om hur vi ska klara finansieringen av det åtagande som kommuner och landsting har för välfärden har av och till pågått under decennier. Många utredningar och analyser har pekat på att det finns en reell utmaning i framtiden.¹ I exempelvis *Framtidens utmaning*² beräknas gapet mellan kommunsektorns resurser vid dagens skatteuttag och resursbehoven till cirka 200 mdkr år 2035, vilket motsvarar 13 kronor i kommunalskatt. Observera att det då handlar om morgondagens standard på välfärdstjänsterna, inte dagens. Meningarna går isär om hur gapet ska slutas, och hur stora effekterna är för vissa åtgärder på kostnads- respektive intäkts-sidan. Och någon patentrösning för finansieringen finns inte. Däremot går det att lista ett antal åtgärder som minskar och skjuter fram det sakta växande gapet mellan de kommande offentliga resurserna och kostnaderna för att klara demografin och den standard vi förväntar oss.

Demografi

Under de närmaste tio åren är den demografiska utvecklingen tämligen beskedlig. En bit in på 2020-talet blir det mer dramatik. Om vi gör en grov indelning av befolkningen i olika åldersgrupper blir mönstret tydligt, personer över 65 år kommer att öka betydligt mer än den övriga befolkningen. Den yrkesverksamma befolkningen (här 20–64-åringar) ökar marginellt – men sjunker påtagligt mätt som

¹ För att nämna några organisationer som engagerat sig i ämnet: Arena Idé, ESO, Finansdepartementet (bl a långtidsutredningar), Kairos Future, LO, Svenskt Näringsliv, SKL, SLL och Timbro.

² *Framtidens utmaning – välfärdens långsiktiga finansiering*, SKL 2010.

andel av totalbefolkningen, från 58 till 54 procent. De här siffrorna avser riket, de regionala och kommunala variationerna kommer att bli mycket stora. Sådana lokala effekter berörs inte i den här rapporten.

Tabell 1 Befolkningsprognos för olika åldrar 2010–2035 (utfall 2010)

	2010		2035		Förändring		
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Procent	per år
0–19	2 184	23,2	2 319	22,2	135	6,2	0,2
20–64	5 495	58,4	5 671	54,3	176	3,2	0,1
65+	1 737	18,4	2 452	23,5	715	41,1	1,4
Total	9 416	100	10 441	100	1 025	10,9	0,4
85+	251	2,7	445	4,3	194	76,9	2,3

Källa: SCB, befolkningsprognos 11-04-15.

Om vi ser till åren 2025–2035 är förändringen av antalet invånare som är 85 år och äldre större än någonsin tidigare. Under tioårsperioden ökar den gruppen som andel av totalbefolkningen från 2,9 till 4,3 procent. Samtidigt minskar andelen 20–64-åringar. Dessutom börjar den stora 60-talistgenerationen gå i pension.

Tabell 2 Befolkningsprognos för olika åldrar 2025-2035

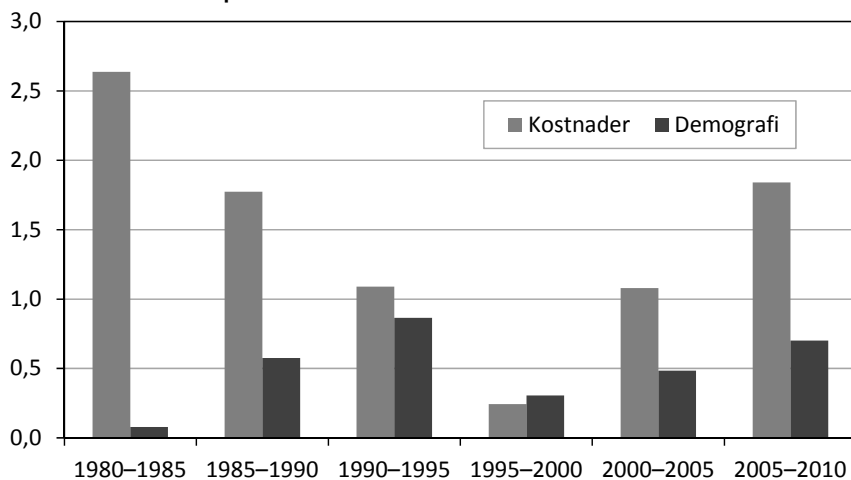
	2010		2035		Förändring		
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Procent	per år
20–64	5 622	55,2	5 671	54,3	50	0,9	0,1
85+	291	2,9	445	4,3	154	52,8	4,3
Total	10 192	100	10 441	100	250	2,4	0,2
20–64	5 622	55,2	5 671	54,3	50	0,9	0,1

Källa: SCB, befolkningsprognos 11-04-15.

Hur ser då förhållandet mellan demografin och kostnadsutvecklingen ut? Skillnaden mellan (tekniskt beräknade) demografiska behov och den faktiska kostnadsutvecklingen har varierat kraftigt mellan olika år. I diagram 1 redovisas skillnaderna i femårsintervall för åren 1980–2010. Sammantaget under tidsperioden rör det sig

om en årlig kostnadsökning i fasta priser med cirka 1 procent utöver demografin.

Diagram 1 Kommuners och landstings verkliga kostnader samt demografiskt betingande behov 1980–2010, årlig procentuell utveckling, fasta priser



Källa: *Välfärdsmysteriet?*, SKL 2008, åren 2000–2010 baseras på underlag från *Ekonomirapporten – oktober 2011*, SKL 2011.

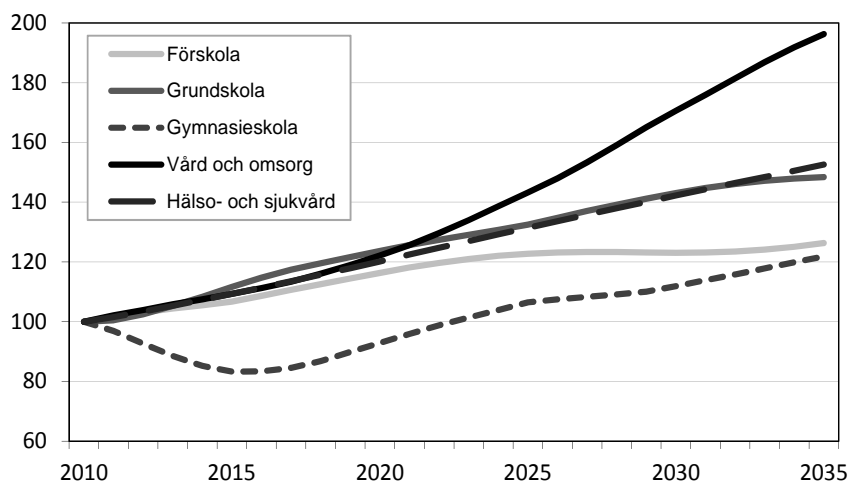
Att man måste ta hänsyn till att kostnaderna ökar på grund av standardförbättringar när man blickar in i framtiden kan nog accepteras av de flesta. Men att fastställa nivån på kostnadsutvecklingen med avseende på förbättringar till 0,7; 1,0 eller 1,2 procent är helt godtyckligt. Osäkerheten är självfallet stor i den här typen av beräkningar. Att lägga på 1 procent utöver demografin har som nämns ovan ett visst historiskt stöd, men innehåller ändå en stor grad av godtycke. Det visar inte minst diagram 1; att välja tidsperiod har stor betydelse. Men poängen med den här typen av beräkningar är inte att fastställa en viss gapstorlek ett visst år, utan att visa den långsiktiga trenden och i viss mån storleksordningen.

I diagram 2 visas olika verksamheters beräknade volymutveckling för demografi plus ytterligare 1 procent årlig kostnadsökning, vilket är det antagande som finns i *Framtidens utmaning*.³ Ökningstakten varierar kraftigt mellan olika verksamheter, vilket även i sig ställer stora krav på omställning av verksamheten. Så brukar det alltid vara i någon mån, skälet bottnar i att befolkningen

³ *Framtidens utmaning – välfärdens långsiktiga finansiering*, SKL 2010.

är olika stor i olika åldrar vilket gör att antalet födda barn varierar mellan åldersgrupperna, som i sin tur gör att mönstret fortskrider. Rapporten *Äldreomsorgens utmaningar – i dag och i framtiden*⁴ visar med en annan typ av beräkning en fördubbling av kostnaderna för vård och omsorg mellan åren 2010 och 2040, vilket ligger relativt nära den i diagram 2 redovisade kostnadsökningen. Totalt sett beräknas volymökningen åren 2010–2035 uppgå till cirka 50 procent för både kommuner och landsting.

Diagram 2 Olika verksamheters volymutveckling för demografi plus ytterligare 1 procents årlig kostnadsökning. Index 2010=100



Källa: Underlag i *Framtidens utmaning – välfärdens långsiktiga finansiering*, SKL 2010.

Anm: Kommunernas verksamheter totalt sett sammanfaller ganska väl med hälso- och sjukvårdens volymutveckling.

Den medicinska teknologin

Sjukdomar som för ett par årtionden sedan var lika med döden går i dag att bota eller delvis bota och lindra. En person som får en hjärtinfarkt i dag har dubbelt så stor chans att överleva vid behandling på sjukhus som för 20 år sedan. Förr betraktades leukemi som en dödlig sjukdom, i dag är 95 procent av patienterna i livet fem år efter diagnos. För 30 år sedan var det ovanligt med höftledsopera-

⁴ *Äldreomsorgens utmaningar – i dag och i framtiden*, Mats Thorslund, Underlagsrapport till Timbro/Arena Idé, 2010-06-14.

tioner – särskilt för de riktigt gamla – i dag görs det årligen över 15 000 och allt högre upp i åldrarna. Fram till 1956 var åldringsvården en del av fattigvården, mycket har hänt sedan dess. I början av 90-talet vårdades 38 000 personer inom den somatiska långtidssjukvården, ofta i flerbäddssal. I dag är flerbäddssalarna så gott som avskaffade inom äldreomsorgen.

År 1980 fanns det över 100 000 slutenvårdsplatser, i dag 26 000. Bra eller dåligt? Ett är säkert; de medicinska resultaten är mycket bättre nu, med halverad spädbarnsdödlighet och högre överlevnad inte minst i stora folksjukdomar som hjärtinfarkt, stroke och cancer. Den förväntade medellivslängden har sedan början av 80-talet ökat med närmare fyra år för kvinnor och närmare sex år för män. Inte bara överlevnaden är bättre, rehabiliteringen är bättre och fler kan gå tillbaka i arbete. För exempelvis personer med reumatism har behandlingsresultaten revolutionerats med bättre läkemedel. Ett skäl till minskad vårdplatsanvändning är att smartare ingrepp, t.ex. titthålskirurgi, gör att patienterna återhämtar sig mycket snabbare alternativt medicineras i stället för att opereras. För 20 år sedan krävde en gallstensoperation flera dagar på sjukhus, i dag kan du gå hem samma dag.

Personer med starr fick förr leva med starkt nedsatt synförmåga i många år. I dag är det ett enkelt ingrepp som görs allt högre upp i åldrarna. År 1980 utfördes cirka 10 000 starroperationer, i dag 80 000 årligen. Det första som slår en är att välbefinnandet har kunnat öka hos så många människor. Statistiken talar sitt tydliga språk: vården var inte bättre förr och allt pekar på att det kommer att bli ännu bättre framöver.

Men kan kostnaderna och ambitionerna fortsätta att öka i evinnerlig tid? Är inte allt redan utbyggt? Kommer föräldrar att välja mer barnomsorg i samma takt som tidigare? Kommer LSS fortsätta att öka med 6–7 procent per år? Kan resterande 26 000 slutenvårdsplatser också tas bort? Svaret är nej på alla frågor, men kvalitetsförbättringarna liksom rationaliseringarna kommer att fortgå.

Att vi pratar om framtidens standard är viktigt att komma ihåg, vi vet med andra ord inte vad vi pratar om. Men att samhällsutvecklingen kommer att fortsätta råder det ingen tvekan om. Inte heller att offentligt finansierade tjänster kommer att efterfrågas och utvecklas. Men på vilket sätt utvecklingen kommer att ske vet ingen. En het potatis just nu är infrastruktursatsningar med till exempel ett långsiktigt fördubblingsmål för kollektivtrafik.

Här är ytterligare några exempel på förändringar som är aktuella just nu. Lagen om valfrihet och olika valfrihetssystem. Hälsofrämjande insatser och andra förebyggande åtgärder. Utvecklingen av biologiska läkemedel. Den pågående dataexpansionen i samhället och inom kommunernas och landstingens verksamheter. Vilka effekter kommer dessa förändringar att få på den totala kostnadsutvecklingen för kommuner och landsting? Ingen vet.

När vi blir rikare kommer vi vilja ha större offentlig sektor (Wagners lag)

Wagners lag förutsätter att statsutgifterna ökar som en konsekvens av den ekonomiska utvecklingen sett över en längre tid⁵. Forskare menar att det finns ett starkt stöd för ”lagen” när det gäller Europa under 1800-talet⁶. Utbyggnaden av den offentliga sektorn kan förklaras med Wagners lag. Utan ekonomisk tillväxt hade välfärdstjänsterna inte funnits i någon stor omfattning, vare sig offentligt finansierade eller privat. Utbyggnaden av den offentliga sektorn och de ständiga standardförbättringarna från 1950-talet till i dag hade inte varit möjliga utan ekonomisk tillväxt. Ett stöd för att Wagners lag fortfarande gäller är utvecklingen det senaste halvsekllet inklusive att kostnaderna ökar mer än vad demografin kräver även på 00-talet (diagram 1).

En vidare koppling till Wagners lag är att vi efterfrågar mer tjänster ju bättre vi får det. När vi har nått en mättnad på varor efterfrågar vi tjänster. För varje ny generation kommer tjänsteinnehållet i vardagen att öka och bli en naturlig del av tillvaron. Att vi blir allt mer vana vid tjänsteköp kommer som exempel troligtvis att spilla över på morgondagens äldreomsorg. Dagens äldre verkar nöja sig med att duscha ett par gånger i veckan, både när man klarar det själv och inom äldreomsorgen. När 40-talistgenerationen kommer in i äldreomsorgen med andra vanor, kraftigt påhejade av anhöriga från 60-talet, kommer inte den frekvensen att duga. I dag kan en person på ett äldreboende som vill ha hjälp med att gå på toaletten få svaret: ”du har ju blöja, så du får vänta tills jag har tid”. Det svaret är inte värdigt och kommer inte att godtas av nästa generation.

⁵ Adolph Wagner 1835–1917. Tysk nationalekonom.

⁶ *Den synliga handen – nation, stat och det industriella bygget*, Lars Magnusson, SNS förlag 2005.

Produktiviteten i tjänstesektorer kan inte öka lika snabbt som i varusektorer (Baumols sjukdom)

I flera olika framtidskalkyler klaras den demografiska utmaningen med i stort sett oförändrat skattetryck.⁷ Observera att det inte fattas så mycket för att ro hem standardutvecklingen heller. Det är de två faktorerna *sammantalet* som ger utmaningen.

Nuvarande finansieringsnivå håller alltså inte för att klara både demografin och medborgarnas förväntningar och krav på de framtida välfärdstjänsterna. Teknik- och samhällsutvecklingen fortsätter stadigt framåt och människor förväntar sig allt mer av välfärdssamhället. Vad är det då som ska öka? Dels sker det kvalitetsförbättringar ”per automatik” inom många verksamheter, dels kommer det att fattas beslut om nya reformer som vi i dag inte kan föreställa oss men med förmodligen högre ambition än dagens. Ingen förespråkar egentligen alternativet att vi *inte* ska fortsätta att öka ambitionsnivån, dvs. att binda de offentligt finansierade välfärdstjänsterna på 2012 års kostnadsnivå. Frågan blir då hur vi ska hantera det förväntade finansieringsgapet. Varför räcker inte skatteintäkterna till ökad kvalitet vid ekonomisk tillväxt?

Fenomenet brukar benämnas Baumols sjukdom. Vad är innebörden? Den successiva ökningen av produktiviteten i främst varusektorn ger utrymme för löneökningar utan att priserna på varor behöver höjas. Det driver upp lönerna även i den offentliga sektorn vilket leder till ökade kostnader. Ett viktigt skäl till att lönerna utvecklas likartat mellan verksamheter oavsett produktivitetstillväxt är att personal måste rekryteras även till branscher med påtagligt lägre produktivitetstillväxt. Eftersom personalintensiv tjänstesektor är svårare att effektivisera räcker det ökade skatteunderlaget, på grund av löneökningen, i stort sett bara till tjänster med oförändrad real kostnadsnivå. Då utgår vi från nuvarande finansieringsmodell givet skattesats och avgiftsfinansieringsgrad. Kortfattat innebär Baumols sjukdom att offentligt finansierad tjänsteverksamhet inte kan utvecklas i takt med övrig produktion i ekonomin, givet finansieringsystem och nivå. Om vi vill öka kostnadsnivån i den takten måste skatterna höjas. Det andra alternativet på intäktssidan är ökad privat finansiering, vilket får fördelningspolitiska komplikationer.

I debatten kan man ibland höra att bara ”den privata” ekonomin växer så kan Baumols sjukdom hanteras. Detta synsätt är dock

⁷ Se till exempel 2010 års ekonomiska vårproposition (prop. 2009/10:100), avsnitt 12.

alltför förenklat, det beror på *hur* tillväxten i den privata sektorn genereras. Om exempelvis tillväxten i den privata sektorn helt och hållet drivs av stigande produktivitet medger en oförändrad skattesats i stort sett bara oförändrade kostnader för offentligt finansierade tjänster. Stigande produktivitet i den privata sektorn leder visserligen till högre löner och växande skatteunderlag och därmed skatteintäkter. Samtidigt kommer dock lönerna i den offentliga sektorn att stiga i ungefär samma takt som inom resten av ekonomin, vilket innebär att ökningen i skatteintäkterna ”äts upp” av stigande lönekostnader.

För att kunna finansiera en växande efterfrågan av offentligt finansierade tjänster till oförändrad skattekvot vid produktivitet-driven tillväxt i näringslivet måste därför löneökningarna inom den offentliga sektorn över tid vara lägre än i resten av ekonomin. Detta kan dock leda till rekryteringsproblem inom den offentliga sektorn. Det kan paradoxalt nog vara så illa att ökad produktivitetstillväxt i näringslivet t.o.m. förvärrar Baumols sjukdom. Högre produktivitetstillväxt i privat sektor leder till högre löneökningar, motsvarande lönekrav i offentlig sektor och större krav på skattehöjningar för att uppnå lika stor volym- och kvalitetstillväxt (Wagner) i offentlig sektor.

Samtidigt finns det andra mekanismer som går i motsatt riktning. Exempelvis innebär högre produktivitetstillväxt en långsammare prisökningstakt på de varor och tjänster som används inom den offentligt finansierade delen av ekonomin. Därmed blir även kostnadsutvecklingen i offentliga sektorn långsammare. Vi får heller inte glömma att produktivitetstillväxt ger medborgarna möjlighet att antingen öka sitt materiella välstånd till oförändrad arbetsinsats, behålla välståndet på nuvarande nivå till mindre arbetsinsats eller något mellanting.

Avgörande för skatteunderlaget och därmed för att skapa utrymme för tillväxt i den offentligt finansierade sektorn, utan skattehöjningar, är i stället tillväxten i arbetade timmar. Ekonomisk tillväxt driven av fler arbetade timmar i den privata sektorn skapar inte de undanträngningseffekter som följer av stigande produktivitet eftersom det inte leder till kompensatoriska löne- och kostnadsökningar i den offentliga sektorn. Ur ett strikt finansieringsperspektiv är det därför mer gynnsamt om tillväxten i ekonomin drivs av ökad sysselsättning.

Ökad produktivitet och effektivitet

Men ska man verkligen utgå från att kommuner och landsting inte kommer att fortsätta med att effektivisera verksamheterna? Med en produktivitetsökning på 1 procent per år är problemet löst, stämmer inte det? Nej, tyvärr. Som vi sett har den historiska kostnadsökningen årligen varit cirka 1 procent utöver demografien, *inklusive* de historiska effektivitetsvinster. Slutsatsen är alltså att verksamheterna måste effektiviseras med ytterligare 1 procent per år för att klara effektiviseringsbetinget.

Att mäta produktivitet och effektivitet är komplicerat, särskilt om man ska ta hänsyn till kvalitet. Produktivitetmättet ska mäta kostnaden per utförd tjänst (prestation) inklusive dess kvalitet. Ökad kvalitet i kombination med ökad produktivitet kan ge en bättre tjänst till samma eller till och med lägre pris. Men kvalitetshöjningar kan också innebära dyrare tjänster. Effektiviteten tar sikte på uppnått resultat i relation till insatta resurser⁸. I det senare fallet kan man mäta mot verksamhetens mål, att man gör rätt saker och till exempel fördelar resurserna mellan olika verksamheter på avsett sätt.

Kontentan är att det är svårt att få fram en siffra på hur stora effektiviseringarna varit. Därför går det inte att säga hur stora effektiviseringarna måste vara i framtiden för att uppnå ytterligare 1 procent. Att effektivisera med ökad kvalitet utan att kostnaderna minskar bidrar till en bättre verksamhet, men inte till finansieringen.

I rapporten *Den ljusnande framtid är vård*⁹ är en del av lösningen att produktiviteten inom vård- och omsorgssektorn ska öka med 0,6–0,7 procent per år. Äldreminister Maria Larsson inledde pressträffen med: ”De som säger att vi politiker duckar för frågan om den långsiktiga finansieringen av välfärden har fel”. Det är upp till var och en och bedöma om en tänkt produktivitetsökning på ytterligare 0,6–0,7 procent per år är att ducka eller inte. Något som vi med säkerhet vet är att välfärdstjänsterna är mycket personalintensiva. Med en tänkt produktivitetsökning på 0,7 procent per år ska 1 person om hundra år göra lika mycket som 2 personer i dag. Rapporten avslutas med ”Tänk om...!” och ”Många bäckar små...”. Hur som helst måste effektiviseringarna och vardagsrationaliseringarna fortsätta.

⁸ Se till exempel *Produktivitet och effektivitet i hälso- och sjukvård*, SKL 2011 och *Vad får vi för pengarna?* SKL 2008.

⁹ Socialdepartementet 2010, LEV-projektet.

Det har ju gått bra hittills

Utmaningen ligger i att finansiera de demografiska kraven samt de ökade möjligheterna och kvalitetskraven på välfärdstjänsterna. Det handlar inte om någon akut kris utan om en långsam process. De sammantagna kostnaderna för demografin och medborgarnas förväntningar växer trendmässigt snabbare än det kommunala skatteunderlaget.

Men hur har vi klarat av att finansiera välfärden hittills? Kommuner och landsting satsar som framgår ovan mer än någonsin på välfärdstjänster och klarar att finansiera detta. Men det finns flera faktorer som gör att förutsättningarna de gångna 25 åren skiljer sig från de kommande 25 åren.

För det första har det demografiska trycket på välfärdssystemen varit något mindre än vad det förväntas bli framöver. Sammantaget motsvarar befolkningsutvecklingen i sig en kostnadsökning för perioden 1980–2010 på cirka 0,5 procent per år. Motsvarande siffra för perioden 2010–2035 förväntas bli 0,7 procent.

För det andra har sysselsättningen, mätt som arbetade timmar, ökat. Krisen i början av 1990-talet raderade ut 1980-talets mycket kraftiga sysselsättningstillväxt, men därefter har den återhämtat sig. I år beräknas antalet arbetade timmar vara 13 procent fler än 1980. Befolkningen i åldrarna 20–64 år har samtidigt ökat med 14 procent. De närmaste åren kommer sysselsättningen sannolikt att fortsätta växa, men potentialen för fler arbetade timmar töms så småningom och befolkningen i åldrarna 20–64 år som tidigare växte med 0,4 procent per år kommer att stagnera. I framtidskalkylerna beräknas antalet arbetade timmar år 2035 vara något lägre än i nu.

För det tredje ökade priset på kommunalt finansierad verksamhet under en stor del av perioden efter 1980 inte mer än andra priser, vilket annars är det normala. Under perioden 1980 till 1989 steg priset på BNP (BNP-deflatoren) med 7,5 procent per år, medan priset på hälso- och sjukvård ökade med 6,8 procent per år, dvs relativpriset på kommunal konsumtion sjönk något. Så hade det inte varit tidigare – under 1950-, 60- och 70-talen ökade relativpriset på kommunal konsumtion. Det gäller även för perioden efter mitten av 1990-talet. Priset på BNP ökade mellan 1993 och 2009 med 1,7 procent per år, medan priset på hälso- och sjukvård ökade med 3,7 procent per år.

Tabell 3 Årlig förändring av offentlig hälso- och sjukvårdskonsumtion respektive BNP, pris och volym. Procent

	1970–1980	1980–1989	1993–2009
Totalt			
Hälso- och sjukvård	16,7	9,2	5,1
BNP	11,8	10,0	4,3
<i>Differens procentenheter</i>	4,9	-0,9	0,7
Pris			
Hälso- och sjukvård	12,7	6,8	3,7
BNP	9,6	7,5	1,7
<i>Differens procentenheter</i>	3,1	-0,7	1,9
Volym			
Hälso- och sjukvård	4,0	2,4	1,4
BNP	2,0	2,3	2,5
<i>Differens procentenheter</i>	2,1	0,0	-1,1

Källa: Nationalräkenskaperna samt egna beräkningar.

Anm: Skälen till att åren 1990–1992 inte är med är pga skattereformen och verksamhetsförändringar som stör förändringstalen.

Under en period mellan 1980- och mitten av 1990-talet skilde sig reallöneutvecklingen åt mellan offentlig sektor och näringslivet. Reallönerna i början på 1990-talet var ungefär desamma som i början av 1980-talet. När reallönerna inte stiger blir arbetsintensiv verksamhet heller inte dyrare än annan verksamhet. Lägg därtill att de offentliganställdas löner ökade i långsammare takt. I en rapport¹⁰ till SKL framgår att den uppmätta lönedifferensen mellan kommunalt och privat sysselsatta var cirka 1 procent 1981, men att den ökat till nästan 7 procent 1991 och då till de kommunanställdas nackdel. För framtiden kan vi inte räkna med billigare kommunal verksamhet, utan lönerna för anställda inom välfärdssektorn förväntas stiga i samma takt som för övriga.

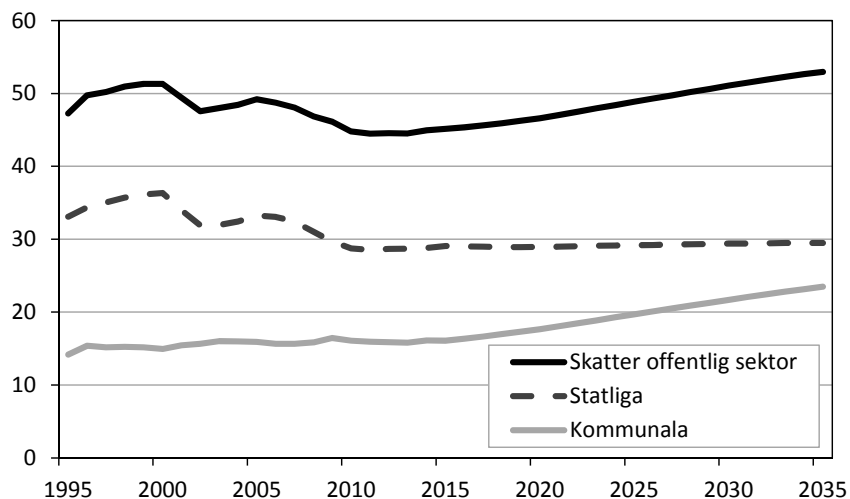
För det fjärde har kommunalskatterna höjts. Men tack vare förhållandevis gynnsamma förhållanden har skattesatsen ”bara” höjts med 3,50 procentenheter mellan 1980 och 2011 (från 28,09 till 31,55, dvs 12 procent), trots en kraftig tillväxt av verksamheterna.

Av diagram 3 framgår att skattekvoten sjunkit från 51 till knappt 46 procent mellan åren 2000 och 2010. Under samma tid är

¹⁰ Underlagsrapport till *Välfärdsmyteriet?*, SKL 2008.

den kommunala delen av skattekvoten tämligen oförändrad, dvs det är den statliga andelen som minskar. Det förklaras bland annat av höjda kommunalskatter och sänkt statlig skatt, inte minst jobb-skatteavdragen. Men att koppla kommunal verksamhet till BNP är minst sagt knepigt och bör helst undvikas vid den här typen av resonemang.

Diagram 3 Skattekvoten åren 1995–2035. Respektive skattebas som andel av BNP, löpande priser

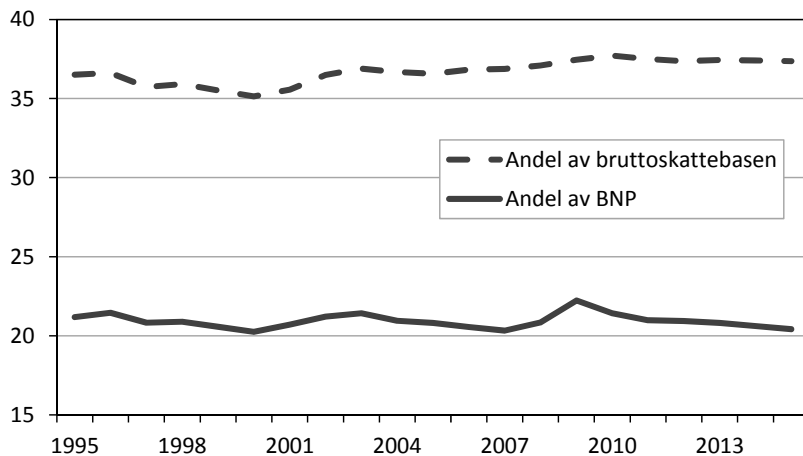


Källa: Nationalräkenskaperna samt *Framtidens utmaning* (alternativet demografi plus 1 procent).

Anm: Startåret 1993 är valt för att få en jämförbar tidsserie.

Ett mer rättframt sätt är att relatera kommunernas och landstingens kostnader för verksamheten till den kommunala skattebasen. Skälet är att det är skattebasen, inte BNP, som utgör grundstommen för finansieringen av välfärdstjänsterna. Som vi kan skönja av diagram 4 ökar verksamhetsvolymen något mer som andel av skattebasen än som andel av BNP. Anledningen är att skattebasen utvecklas långsammare än BNP.

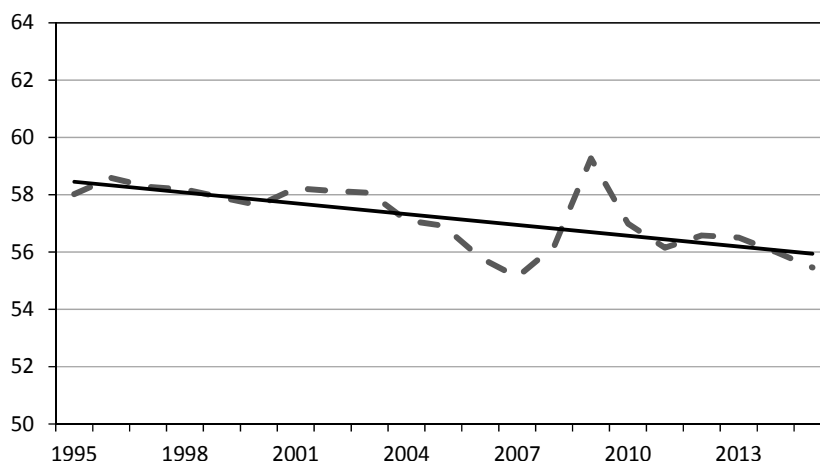
Diagram 4 Kostnaderna för kommunernas och landstingens verksamhet som andel av bruttoskattebasen respektive BNP, 1995–2015. Löpande priser. Procent



Anm: Bruttoskattebasen (alltså inte beskattningsbar inkomst) visar hur skattebasen utvecklas exkl regelförändringar i skattesystemet.

Av diagram 5 framgår att skattebasens andel av BNP trendmässigt har sjunkit. Den kraftiga toppen år 2009 i diagram 4 och 5 beror på den mycket svaga BNP-utvecklingen 2008 och den till och med negativa utvecklingen 2009. Det får den självklara konsekvensen, mätt på detta sätt, att verksamheten ökar när BNP minskar. Observera att detta avser den historiska utvecklingen och de närmaste åren. Trenden fortsätter inte in i de långsiktiga kalkylerna, där ökar i stället skattebasens andel av BNP.

Diagram 5 Bruttoskattebasens andel av BNP, 1995–2015. Trendlinje. Löpande priser. Procent

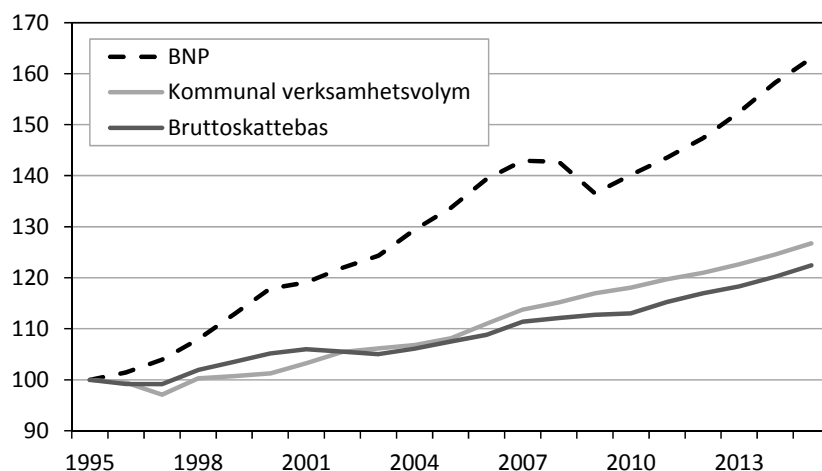


Källa: Nationalräkenskaperna, Ekonomirapporten – oktober 2011 samt egna beräkningar.

Så långt löpande priser. En ytterligare omständighet som stökar till det är att priserna för BNP och kostnaderna för kommunal verksamhet (främst priset på lön) utvecklas olika. Priset på kommunal verksamhet stiger normalt sett snabbare än priset på BNP. Därför måste BNP och kommunal verksamhet fastprisberäknas med olika prismått för att få en korrekt volymutveckling. Att BNP i fasta priser ökar snabbare än verksamhetsvolymen beror endast delvis på att skattebasens andel sjunker relativt BNP. Det beror också på att verksamhetens kostnader relativt sett blir dyrare.

Som framgår av diagram 6 har den reala skattebasen en betydligt lägre utvecklingstakt än real BNP. Som exempel har sjukvårdens andel av BNP (mätt i löpande pris) inte ökat speciellt mycket under de senaste 20 åren. För att det ska vara möjligt, dvs att hålla en oförändrad andel av en verksamhet som i huvudsak är finansierad med en skattebas som inte växer i takt med BNP, måste resurser tillföras. Så har också skett historiskt, exempelvis i form av en högre kommunal skattesats. Det finns med andra ord en risk att oförändrad verksamhet som andel av BNP också tolkas som att skattesatsen kan vara oförändrad, allt annat lika. Den myten slår diagram 6 håll på.

Diagram 6 Utveckling av kommunernas och landstingens verksamhet, den kommunala skattebasen samt BNP i reala termer 1995-2015. Index 1995=100



Källa: Nationalräkenskaperna, Valfärdsmysteriet?. Ekonomirapporten – oktober 2011 samt egna beräkningar.

Anm: Real bruttoskattebas (alltså inte beskattningsbar inkomst), dvs. hur skattebasen utvecklas exkl regelförändringar i skattesystemet (inte heller skattesatsen), deflaterad med kommunala priser.

Som framgår av diagram 6 uppstår även ett gap mellan utvecklingen av verksamhetsvolym och real skattebas. Detta gap kan täppas igen med ökad skatt. Under åren 1995–2001 har kommunalskatten höjts med 0,2 procentenheter, åren 2001–2011 med 1 procentenhet och bedöms¹¹ åren 2011–2015 höjas med 0,2 procentenheter.

Är standarden i dag för låg?

I framtidskalkyler utgår man i regel från att dagens kostnadsnivå är normen. För kommande år räknas kostnaderna upp med demografin med denna norm som bas, plus eventuella ambitionshöjningar. Om man dessutom ska kompensera för ett för lågt utgångsläge blir framskrivningen etter värre. Hur står det till med dagens välfärds-

¹¹ Ekonomirapporten – oktober 2011, SKL 2011.

tjänster, är kvaliteten och volymen för låg? Frågan är inte lätt att ge ett enkelt svar på.¹²

I skrivande stund när drevet mot Carema pågår för fullt undrar många, med all rätt, hur det är ställt med kvaliteten inom äldreomsorgen. Är det en resursfråga, en vinstfråga, bristfällig utbildning, dåligt ledarskap eller är det fråga om dålig upphandling och minimal kontroll? Eller handlar det om enstaka missförhållanden, där varje händelse självfallet inte borde ha fått ske, som svartmålar en äldreomsorg som överlag fungerar bra?

Undersökningar visar med jämna mellanrum att det bland medborgarna finns en utbredd oro att exempelvis sjukvård och äldreomsorg inte kommer att motsvara förväntningarna i framtiden. Sanningen är att det aldrig satsats mer resurser än nu. Mellan åren 1980 och 2005 ökade resurserna reellt sett med 50 procent.¹³ Under samma tid stod det demografiska trycket för bara 12 procent. Vad beror då denna diskrepans på? Det finns flera möjliga förklaringar. Inte minst att bilden är komplex. Variationen mellan olika verksamheter är också stor. Men även orsakerna varierar. Inom barnomsorgen har både antalet och andelen inskrivna barn ökat, och trots att förskolan fått betydligt mer resurser totalt sett har resurserna per barn minskat. Inom äldreomsorgen krävs det ett större omsorgsbehov i dag för att få tillgång till tjänsterna, vilket har lett till att färre får omsorg men de som blir beviljade får mer. Även här har resurserna totalt sett ökat, även om vi tar hänsyn till demografin.

Om vi tittar på utvecklingen av äldreomsorgens kostnader under åren 2000–2010 finner vi en ökning på knappt 5 procent i fasta priser. Men sedan år 2001 får personer som beviljats personlig assistans fortsätta med dessa insatser efter 65-årsdagen, dessförinnan övergick de till äldreomsorg. Om dessa kostnader av jämförelseskäl i stället läggs till äldreomsorgen (dvs äldreomsorg inkl personlig assistans för personer 65+ och de statliga kostnaderna) får vi en kostnadsökning på knappt 9 procent. Samtidigt har de demografiska behoven ökat med 13 procent. Sammantaget kan vi konstatera att kostnaderna för äldreomsorgen under den här tioårsperioden inte har ökat i takt med de demografiskt beräknade behoven.

¹² Thorslund menar att kommunerna inte lever upp till tidigare normer och tolkningar av socialtjänstlagen. *Äldreomsorgens utmaningar – i dag och i framtiden*, Mats Thorslund, Underlagsrapport till Timbro/Arena Idé, 2010.

¹³ *Välfärdsmysteriet? Kommunsektorns utveckling 1980–2005*, SKL 2008.

Åtgärder

För att komma vidare med diskussionerna om finansieringen av den framtida välfärden räcker det inte med rätt diagnos, det krävs också sjukdomsinsikt. I rapporten *Take Care*¹⁴ anges tre centrala förutsättningar (avser England¹⁵) som måste vara uppfyllda innan man kan börja diskutera finansieringen: 1) befolkningen tycker att välfärdstjänster är viktiga, 2) politiskt bestämma vad som ska ingå i det framtida åtagandet och 3) skatta dess kostnader.

Vad gäller svenska förhållanden finns otvetydigt folkets stöd för offentligt finansierade välfärdstjänster,¹⁶ likaså en bred politisk enighet. Ur regeringsförklaringen från oktober 2010: ”Sverige ska vara ett bra välfärdsland. En utvecklad välfärd är en fråga om rättvisa. Välfärdens verksamheter och tjänster ska vara av högsta kvalitet och rikta sig till enskilda människor efter behov, oavsett bakgrund, bostadsort, kön eller tjocklek på plånbok. Grunden för att nå dit är en solidarisk och offentlig finansiering.” Det finns en bred politisk enighet om att välfärdstjänster ska ges efter behov oavsett inkomst, och att alla ska behandlas lika.

Men att sedan komma fram till vad som ska ingå i det offentligt finansierade åtagandet, hur mycket det kommer att kosta och hur långt de offentliga resurserna kommer att räcka i framtiden är svårare. Det finns med andra ord ett inneboende moment 22, vilket gör det svårt för politiken att konkret ta tag i frågan. Det är politiskt svårt att ta höjd för något man inte känner sig helt komfortabel med. Slutsatsen är: gräv där du står. Det finns ingen anledning med att vänta med åtgärder som redan nu bör genomföras och som är hållbara på sikt.

Ökad effektivitet

En viktig metod är att kartlägga och jämföra verksamhet mellan olika kommuner respektive landsting. På så sätt ökar möjligheterna att dra lärdom av varandra. Det finns många databaser och jämförelser att välja bland. Till exempel *Öppna jämförelser* inom grundskola, gymnasieskola, vård och omsorg om äldre, hälso- och sjukvård, trygghet och säkerhet och folkhälsa. Kostnad per brukare,

¹⁴ *Take Care. The Future Funding of Social Care*, 2020health.org, juni 2011.

¹⁵ Fritt översatt till svenska förhållanden.

¹⁶ Se till exempel *Trygg, stöttande, tillitsfull?*, Stefan Svallfors, Underlagsrapport till Socialförsäkringsutredningen (S 2010:04), 2011.

kostnad per patient och rapporten *Vad kostar verksamheten i din kommun?* är ytterligare exempel. I Kommun- och landstingsdatabasen (www.kolada.se) finns det över 2 000 nyckeltal – förutsättningarna har aldrig varit bättre än nu.

Tidiga och rätt insatser är viktiga och förebyggande. Rätt insats i rätt tid minskar både det personliga lidandet och kostnaderna för samhället. Om socialtjänsten gör rätt insats i ett tidigt skede kan mycket sparas inom skolan, polisen, rättväsendet och kriminalvården, och mycket kan vinnas i produktivt arbete. Varför ska en äldre dement person tas in på ett akutsjukhus med dyra och missriktade insatser när äldreomsorgen kan ge den rätta omsorgen, dessutom till en lägre kostnad?

Det räcker inte med att varje enskild verksamhet gör rätt. För de personer som behöver insatser från flera olika håll brister ofta samordningen – både inom och mellan kommuner, landsting och stat. Det låter som något självklart och enkelt att åtgärda. Men bristande samordning beror inte på dåliga kunskaper eller att resurser saknas utan för att det i praktiken är genuint svårt. Även om man vill och kan är de ekonomiska incitamenten ibland felaktiga. En besparing hos en huvudman eller verksamhet kan leda till en kostnadsökning hos en annan huvudman eller verksamhet. De mest sjuka äldre står för uppskattningsvis hälften av hälso- och sjukvårdens och omsorgens samlade kostnader. Inte minst upptar dessa personer mycket av akutsjukvårdens resurser trots att de i många fall inte alls hör hemma där. Ett annat problem är omfattande läkemedelsbehandling, som kan leda till sämre hälsa.¹⁷

En liten del av befolkningen svarar för en väldigt stor del av resursförbrukningen i sjukvården. Både i Sverige och utomlands pågår arbeten för att förbättra vården för de mest resurskrävande patienterna – de mest sjuka äldre, patienter med kronisk sjukdom eller vård i livets slutskede. Förhoppningen är att vårdorganisatoriska innovationer kan ge ökad kvalitet och minskade vårdbehov. Om man kan påverka vårdbehovet hos de mest resurskrävande patienterna, kan effektivitetsvinsterna bli stora.

¹⁷ Se rapporten *Från fattigvård till valfrihet. Utvecklingen av vården & omsorgen om äldre*. SKL 2011.

Fler arbetade timmar

I debatten förs ofta fram att vi måste öka antalet arbetade timmar. Men fler timmar kan bara delvis bidra till finansieringen. Därmed är det inte sagt att vi inte ska göra allt för att uppnå en så hög sysselsättning som möjligt. Den stora motkraften på sikt är det ökande välståndet och att vi med ökade reallöner inte behöver jobba lika mycket för att få det lika bra materiellt sett. Den motkraften måste mötas, men är svår att bemästra. Historiskt har vi plockat ut real-lönstillväxten i kortare arbetsvecka, kortare arbetsdag, fler semesterdagar och utökad föräldraledighet.

Om kunskapen om pensionssystemet får ökad spridning, t ex effekterna på den egna pensionen om jag väljer att gå i pension ett år senare än planerat, kan det innebära att den genomsnittliga pensionsåldern höjs.¹⁸ Under de senaste åren kan man skönja en sådan effekt, men det är för tidigt att dra några slutsatser om orsakerna samt om effekten är tillfällig eller bestående. Det är dock inte tillräckligt med ökade kunskaper om pensionssystemet, även arbetsplatserna måste utformas så att det går att jobba kvar länge. I rapporten *Förtidspensionering av unga*¹⁹ framgår att 29 000 personer under 30 år har aktivitetsersättning (benämndes tidigare för förtidspension). Har man väl hamnat utanför arbetsmarknaden är det svårt att komma in, därför är den gruppen viktig att satsa på.

Enligt rapporten *Vi har råd med framtiden*²⁰ betyder varje års tidigare inträde på arbetsmarknaden respektive varje års senare utträde från arbetsmarknaden att ungefär 10 procent av finansieringsgapet täcks. Kontentan i rapporten är att vi behöver jobba 10 år längre för att möta finansieringsbehovet den vägen. Det är emellertid oklart i rapporten vid vilken tidpunkt detta gäller (troligen runt åren 2035–2040). Det framgår inte heller att det är ett kontinuerligt pågående fenomen.

Ökade avgifter

Om inte de offentliga medlen räcker till, kan vi då betala mer av välfärdstjänsterna med den egna plånboken? Vi får inte glömma att det finns goda skäl till att skola, vård och omsorg i huvudsak finan-

¹⁸ Frågan ses över av Pensionsåldersutredningen (S 2011:05).

¹⁹ Underlagsrapport till Socialförsäkringsutredningen (S 2010:04), 2011.

²⁰ Kommissionen om välfärdens framtida finansiering, 2010. Samverkan mellan Arena Idé och Timbro.

sieras med skatter. Ett skäl är att dessa tjänster är till nytta för hela samhället, inte bara för den enskilda individen. Det resonemanget innefattar också en fördelningspolitisk ansats, det är inte plånboken som ska avgöra vilken utbildning eller vård du får åtkomst till.²¹ Avgiftsfinansieringsgraden har under senare tid minskat, bland annat som en följd av maxtaxor inom barn- och äldreomsorgen. I dag finansieras ungefär 6 procent av kommunernas och 3 procent av landstingens verksamhet med avgifter. Den andelen går att höja utan att det får konsekvenser för de ekonomiskt svaga.

I rapporten *Avgifter i kommuner och landsting*²² beräknades intäktsförändringen av kraftigt höjda tak inom ramen för nuvarande maxtaxor. Räkneexemplen, som i stort sett inte förändrar avgiften för hushåll med låga inkomster, visar att det inom barnomsorgen går att pressa upp avgiftsfinansieringsgraden från dagens dryga 8 procent till 11–12 procent. Inom äldreomsorgen kan avgiftsfinansieringsgraden fördubblas från 3 till 6 procent. I pengar handlar det om i storleksordningen 5–6 miljarder kronor, eller 30 öre i kommunalskatt. Förhållandevis stora förändringar inom ramen för nuvarande avgiftssystem kan alltså bara till viss del bidra till välfärdens finansiering på sikt.

Avgifter är alltså ingen guldgruva. Däremot kan avgifterna exempelvis hjälpa patienter till rätt vårdnivå och i rätt tid, vilket om det lyckas får positiva effekter på kostnadssidan. Denna patientstyrning kan göras på många andra sätt. Till exempel genom hur vården organiseras, vid sjukvårdsrådgivning på telefon, på webben ”1177.se” eller genom annan information. Därför är det viktigt att landstinget får råda över styrmedlen och på vilket sätt det vill kombinera avgifterna med andra metoder.

Höjd skatt

Det ”enklaste” sättet att få mer resurser till välfärdstjänsterna är att höja skatten. Det finns dock inga entydiga svar på hur känsliga vi är för skatte- och transfereringssystemens utformning och nivåer när vi bestämmer oss för att ta ett jobb eller inte, eller hur många timmar vi väljer att arbeta. En skattehöjning leder till en lägre nettolön som gör att vi måste arbeta mer för att kunna köpa samma

²¹ För en utförlig diskussion se *Ökad privat finansiering i hälso- och sjukvården?*, Fredrik Westander, Arena Idé, 2011.

²² Underlagsrapport till *Framtidens utmaning*, SKL 2010.

mängd varor och tjänster. Men när nettolönen sjunker går också priset på fritid ner, den ekonomiska förlusten att vara ledig blir mindre. Dessa förhållanden, som verkar i olika riktningar, benämns inkomst- respektive substitutionseffekten. Vilken effekt som är störst, och därmed bestämmer om arbetsutbudet ökar eller minskar för en given åtgärd vid en given situation, är en empirisk fråga. Går man *för* långt minskar incitamenten till arbete och investeringar vilket hämmar den ekonomiska tillväxten.

Men skattenivån är inte bara en inhemsk angelägenhet, det är också en fråga om konkurrens om skattebetalarna. Mycket tyder på att arbetskraften inte är speciellt lättrörlig, andra faktorer väger tyngre – men viss försiktighet bör iakttas. Det kan till exempel handla om att konkurrera med ett väl fungerande samhälle med bra välfärdstjänster som ger goda förutsättningar för ett tryggt liv och ett gott företagsklimat. Att vi får tillgång till den vård vi behöver när vi blir sjuka, en barnomsorg med trygga barn så att vi kan jobba, en skola som rustar för att klara ett alltmer krävande arbetsliv, en äldreomsorg som gör att vi inte behöver känna oro för de gamla eller för att bli gammal är viktiga inslag i välfärdssamhället. Val av ambitionsnivå och verksamhetens effektivitet påverkar verksamheten och kostnaderna.

Ökad invandring

I ESO-rapporten *Invandringen och de offentliga finanserna* (ESO 2009:3) framgår att invandringens effekter på den offentliga sektorns finanser i allmänhet är små. Skälet är att även offentliga utgifter för konsumtion och transfereringar ökar. Lite förenklat kan vi i det här sammanhanget säga att det inte spelar någon roll om Sveriges befolkning består av 10 eller 20 miljoner invånare. Den helt avgörande faktorn för effekten av ökad invandring är den sysselsättningsgrad och årsarbetsinkomst som invandrarna kommer att få. Blir den hög får vi en inkomstomfördelning från invandrare till infödda, blir den låg får vi den omvända effekten. Visst vore det positivt att välutbildade 25–30-åringar flyttar hit, men även dessa grupper bildar familj, blir efter hand äldre och kommer i ökande grad in i välfärdssystemet. Vinsten, jämfört med ökat barnafödande inom landet, är att Sverige med välutbildade invandrare slipper undan kostnaderna för barnomsorg och utbildning.

Även om befolkningstillskottet i form av en högre invandring har en gynnsam ålderssammansättning påverkar det i ESO-beräkningarna inte totalbefolkningens sammansättning nämnvärt. Många andra länder i Europa står dessutom inför betydligt större befolkningsförändringar än Sverige, med stora konsekvenser på grund av den åldrande befolkningen. Varifrån ska invandrarna komma, varför ska de välja Sverige? Att satsa på att få upp sysselsättningen bland de invandrare som redan i dag finns i Sverige har definitivt en positiv effekt på många sätt.

Avgränsningar av det offentliga åtagandet

En vanlig uppfattning är att det krävs ökad tydlighet om vad som ingår och ska ingå i det offentliga åtagandet²³. Det verkar rimligt att vi som medborgare ska veta vad vi kan förvänta oss av det allmänna och vad vi måste ordna på annat sätt. Ett problem är att verksamheterna ständigt ändras och utvecklas – vad vi kan förvänta oss om 20 år är inte lätt att veta. Avgränsningar kan innebära att tjänsterna uppstår på en marknad (dvs ökad privat konsumtion), eller att de helt enkelt inte efterfrågas när det offentliga tillhandahållandet upphör. Var gränsen ska gå för det offentliga åtagandet är långt från givet.

Är "egenvård" på frammarsch bland våra välfärdstjänster? Man kan hitta egenansvaret inte bara inom vården och folkhälsan med kostråd och träningstips utan även inom skolan med datorer och olika pedagogiska hjälpmedel. Många vill sköta kontakterna med sjukvården via datorn. Allt från att boka tid, avboka, jämföra vårdgivare, förnya recept, få sjukintyg, kommunicera med sin läkare och läsa sin journal. Det finns säkerligen en stor potential för e-tjänster bland de administrativa tjänsterna. Men hur är det med vårdens kärna; diagnos och behandling?

Med ny teknik kan läkaren få stöd för sin diagnos under mötet med patienten. Ett näraliggande exempel på tekniken är datorn Watson som lyckas ställa rätt frågor snabbare än Jeopardymästare.²⁴ Om en läkare kan föra motsvarande dialog med "Dr Watson" kan de senaste rönen om diagnos och behandling komma patienten till del direkt under pågående besök. Eller varför ska patienten gå

²³ Se t.ex. Borg P. *Reform eller reträtt? Välfärdspolitikens vägval*. Hjalmarson & Högberg Bokförlag, 2006. SKL (2009). *Tjugo samtal om välfärdens finansiering på siket*.

²⁴ En fullspäckad databas där informationen tas fram oerhört snabbt och förmedlas på ett nästintill mänskligt sätt.

Se http://svt.se/2.108068/1.2329279/datorn_watson_vann_i_jeopardy

omvägen via läkaren? Observera att detta inte är science fiction; möjligheten finns snart i en app nära dig.²⁵

Teknik finns även för allt mer sofistikerad hälsokontroll på egen hand och även med möjlighet för uppkoppling till professionen. E-samhället och möjligheterna inom e-hälsan sköljer över oss, utvecklingen går obarmhärtigt snabbt och är ofrånkomlig.²⁶ Kommer kommuner och landsting att hänga med och klara denna expansion av data? Kunskapsökningen är stor, liksom kunskapsspridningen. Patienter blir allt mer pålästa. Leder det till ökade eller minskade kostnader för vård? Överkonsumtion? Kommer vi lekmän att dra felaktiga slutsatser om våra åkommor och hur de ska behandlas? Kommer sjukvårdens roll att underlättas eller försvåras? Hur ser sjukvårdsindustriens intressen ut? För att ytterligare spetsa till det kan man fråga sig vem som kommer att sätta gränsen på lång sikt. Du eller landstinget?

En annan fråga är om vården ska börja ställa krav på individens liv och leverne. Ska vi som lever ett osunt liv med rökning, alkohol och som aldrig rör på oss betala extra när vi behöver vård? Skulle det leda till bättre folkhälsa och lägre sjukvårdskostnader? Resonemanget kan även gälla andra typer av "onödiga" risker som vissa personer utsätter sig för; fallskärms hoppning, sportdykning och utförsåkning. Ska utövarna av dessa sporter försäkra sig? Var går i så fall gränsen?

Domedagsprofetia?

Vissa kalkyler och beräkningar kan ibland beskyllas för att vara självuppfyllande profetior. När konjunkturen förväntas vika blir folk försiktiga och köper exempelvis färre varor och tjänster, företag håller igen på personal, investeringar etc. vilket bidrar till en vikande konjunktur. Den här typen av gapanalys kan knappast beskyllas för detta. Tvärt om. Tack vare att politiken får ett hum om de framtida ekonomiska anspänningarna och utmaningarna skapas ett förändringstryck. Skälen till att effektivisera har fått (ytterligare) ett ansikte, vilket kan bidra till att vi får mer verksamhet för varje krona i inbetald skatt. Det finns ingen anledning att vänta med att fasa ut gamla metoder mot nya mer effektiva.

²⁵ Sök till exempel på "Watson healthcare".

²⁶ *The Data Explosion and the Future of Health*, Kairos Future, 2011.

I *Framtidens utmaning* ger volymökningen tillsammans med de finansiella beräkningarna ett gap på i storleksordningen 200 mdkr år 2035, i dagens penningvärde. Det är lika mycket som skolan eller sjukvården kostar. Men observera att den här typen av kalkyler inte är prognoser – det kommer inte att uppstå ett finansieringsgap, åtgärder kommer att vidtas efter hand. Frågan är vilka och vilken betydelse de får för samhället och finansieringen.

Vad ska det offentliga göra?

- Effektiviseringar är nödvändiga och vi måste öka takten på dessa jämfört med förut för att få ytterligare effekt. Effektiviseringar är den bästa bromsmedicinen mot Baumols sjukdom.
- Nya reformer måste ha ett effektiviseringsinslag, inte minst statliga beslut över kommunal verksamhet.
- Ökad samverkan krävs mellan kommunerna och landstingen och staten. Resurser får inte trilla mellan stolarna.
- Tidiga insatser är viktiga, såväl inom skola och socialtjänst som inom vården. Det lönar sig att göra rätt från början.
- Fler arbetade timmar bidrar men hjälper inte som en enskild åtgärd på lång sikt.
- Avgifter är ingen primär intäktskälla, men kan bidra till viss styrning som får effekter på kostnadssidan.
- Ökad invandring har liten effekt på finansieringen... däremot har en lyckad integration många positiva effekter.
- Det offentliga åtagandet måste förtydligas och ses över vad gäller dess omfattning.

Framtida finansiering av vård och omsorg

Underlag av Sven-Eric Bergman

Demografin

År 1978 var 238 000 personer 80 år eller äldre. De utgjorde 2,9 procent av befolkningen. Trettio år senare hade antalet ökat till 491 000 och andelen var då till 5,3 procent. Ökningen av antalet 80+ de gångna 30 åren låg alltså på 106 procent och ökningen av andelen på 83 procent.

Enligt SCB:s prognos ökar antalet äldre över 80 år från 491 000 år 1978 till 807 000 år 2038. Samtidigt ökar deras andel av befolkningen från 5,3 procent till 7,9 procent. Det betyder att antalet äldre ökar med 64 procent och andelen med 49 procent.

Den *relativa* ökningen av antalet 80+ de gångna 30 åren är alltså större än de kommande 30. Samma gäller om man ser till andel 80+ av befolkningen. Det här kan sägas vara ett alltför grovt mått på förändringarna under respektive period. Det finns sofistikerade modeller, som senare skall beröras. Poängen här är enbart att visa att det, som beskrivs som en framtida åldringsexplosion och som ett hot mot den generella välfärdsstaten faktiskt inte relativt sett innebär en större anspänning än tidigare.

Ett antal långtidsutredningar under 00-talet har behandlat vårdens framtida finansiering. *LU 1999/2000* konstaterade att om nuvarande servicenivå bevaras, dödligheten minskar och hälsan hos de äldre förbättras, blir ökningarna förhållandevis måttliga och mindre än hälften av vad en renodlad demografisk framskrivning ger vid handen.⁵ *LU08* pekade på att utvecklingen är avhängig befolkningens (inte minst de äldres) hälsa. Utredningen relaterade de skilda hypoteserna om hur den ökade medellivslängden påverkar

⁵ LU 1999/2000.

längden på sjukvårdsbehovet för de äldre: uppskjuten sjuklighet; komprimerad sjuklighet; ökande sjuklighet. Sammanfattningsvis landade LU08 i bedömningen att det finns skäl att tro att kostnaderna för välfärdstjänsterna kommer att öka väsentligt framöver, även om det är svårt att bedöma hur mycket.⁶

ESO-rapporten (2009:1) bygger i stora drag på samma underlag och har samma utgångspunkter och resonemang som LU08. I problembeskrivningen tonas dock den åldrande befolkningen ner. Det stora finansieringsproblemet följer av det förhållandet att vi inte nöjer oss med oförändrad standard.⁷

I SKL:s skrift *Välfärds mysteriet* från 2009 konstateras att det i framskrivningar och prognoser av kommunernas och landstingens verksamhet ägnas betydande uppmärksamhet åt demografin. Historiskt har dock förändringar i kostnader och prestationer till mycket liten del sammanfallit med förändringar i demografin. Varken på övergripande nivå eller för enskilda verksamheter går det att påvisa en tydlig koppling.⁸ SKL gör 2010 i rapporten *Framtidens utmaning: Välfärdens långsiktiga finansiering* samma typ av framskrivningar, som ovan redovisats. Man utgår från historien och konstaterar att under perioden 1980–2005 ökade kostnaderna för välfärdstjänster årligen med cirka 1 procent mer än de demografiskt betingade behoven och menar att det därmed inte är realistiskt att tro att kommunal verksamhet skulle stanna på 2010 års nivå. SKL-rapporten redovisar två alternativ. I det första alternativet, demografi-alternativet, bestäms kommunsektorns kostnader av demografin och dagens prislappar per åldersgrupp. I det andra alternativet, plus1-alternativet, antas verksamhetens omfattning och därmed kostnaderna växa en procent mer än vad demografin kräver. Slutsatsen är att kostnadsökningarna som följer av enbart de demografiska förändringarna är hanterbara och inte ställer krav på nämnvärt ändrad finansiering de närmaste 25 åren. En kostnadsökning på 1 procent utöver demografins krav innebär att skattesatserna behöver höjas, givet att skattesatsen är regulator. År 2035 beräknas det sammanlagda uttaget av kommun- och landstingsskatt behöva öka med närmare 13 kronor jämfört med i dag, det vill säga till drygt 44 kronor. Det motsvarar år 2035 ett gap mellan kostnader och intäkter på cirka 200 miljarder kronor i dagens penningvärde. Denna bild blir dock mindre alarmistisk om man ser på skattekvoten. Enligt plus1-alter-

⁶ LU08.

⁷ ESO 2009:02.

⁸ Börjesson, P-L. 2009. *Välfärds mysteriet? Kommunsektorns utveckling 1980-2005*.

nativet skulle skattekvoten 2035 endast behöva öka med några %-enheter jämfört med år 2000.⁹

En av underlagsrapporterna för SKL:s rapport innehöll olika scenarier för äldreomsorgens kostnadsutveckling 2005–2040. Kostnadsberäkningarna har gjorts med fyra alternativ: Trendframskriven ohälsa med basperioderna 1980–2006, 1988–2006 och 1996–2006 samt oförändrad ohälsa (dvs. oförändrad kostnad per åldersgrupp och kön). Härvid antas ohälsotrenden fortsätta till år 2025, varefter det antas oförändrad ohälsa. Den lägsta kostnadsökningen fram till år 2040 erhålles med en ohälsotrend baserad på perioden 1988–2006, +50 procent. Ungefär samma resultat erhålles om man använder trenden med basperiod 1980–2006. Utnyttjar man endast de tio senaste årens utveckling som bas blir kostnadsökningen högre, +63 procent. Den högsta ökningen får man om man antar oförändrade kostnader per åldersgrupp och kön, +67 procent.¹⁰

I *2010 års ekonomiska vårproposition* (prop. 2009/10:100) prövades finanspolitikens långsiktiga hållbarhet mot några olika scenarier, varav två är av speciellt intresse i detta sammanhang. Den första framskrivningen beskriver de offentliga finanserna i ett scenario med oförändrade beteenden och välfärdssystem. Utgifterna för sjukvård, handikapp- och äldreomsorg beräknas öka från 11,1 procent av BNP 2009 till drygt 12,6 procent av BNP år 2090. I ett alternativscenario (mer välfärd) antas att den kommunala konsumtionen ökar 0,25 procent snabbare i volym per år än vad som är demografiskt motiverat.¹¹

LEV-projektet har med hjälp av en unik modell, SESIM, simulerat hur 300 000 individer åldras år från år fram till 2050 och vilken roll deras hälsa spelar för deras framtida behov av hälso- och sjukvård och äldreomsorg. Medellivslängden för en 65-åring väntas enligt SCB:s framskrivning öka med 2,6 år till cirka 87 år 2050. Med bättre hälsa minskar vård- och omsorgskostnaderna per individ. Men de totala kostnaderna ökar ändå eftersom det blir fler äldre.¹²

⁹ SKL. 2010. *Framtidens utmaning: Välfärdens långsiktiga finansiering* (från Programberedningen för välfärdsfrågor).

¹⁰ Lagergren, M. 2009. *Olika scenarier för äldreomsorgens kostnadsutveckling 2005–2009*. Underlagsrapport till Programberedningen för välfärdsfinansiering.

¹¹ Prop. 2009/10. *2010 års ekonomiska vårproposition*, s. 271ff.

¹² Socialdepartementet. 2010. *Den ljusnande framtid är vård*. Delresultat från LEV-projektet.

En framskrivning av kostnaderna för vård och omsorg i förhållande till BNP 2010 resp. 2050 (procent) visar i sammanfattning följande tabell:

Tabell 1

	2010	2050	
		Med enbart demografi	Med demografi + ambitionsnivå/teknologi
Hälsa- och sjukvård	9,7	8,7-8,8	11,9-12,2
Äldreomsorg	3,2	4,2-4,5	4,2-4,5
Totalt	12,9	12,9-13,3	16,1-16,6

Med en produktivitetsökning på 0,6–0,7 procent per år inom vård- och omsorgssektorn kan det ökade behovet mötas utan att öka vårdens och omsorgens andel av BNP.

I en rapport till den s.k. borgkommissionen framhåller *Thorslund* att det är ont om forskning rörande hälsoutvecklingen inom de allra äldsta åldersgrupperna. Den forskning som finns pekar också i delvis olika riktningar. Om överlevnaden bland multisjuka och skröpliga äldre fortsätter att öka talar detta för ökade behov av både sjukvård och äldreomsorgen. Men det finns också en betydande osäkerhet.¹³

Osäkerheten framgår också om man ser på den internationella litteratur, som finns på detta område. Studier från exempelvis Kanada och USA nyanserar bilden av åldersutvecklingens relativa betydelse. Åldersfaktorn har historiskt inte varit särskilt betydelsefull och blir det inte heller i framtiden. Den teknologiska utvecklingen har betytt mer.¹⁴ En frågeställning som också extensivt behandlats i den internationella litteraturen sedan början av 80-talet är om det är åldern eller tid-till-döden som är den relevanta indikatorn för vårdbehov.¹⁵

¹³ Thorslund, M. 2010. *Äldreomsorgens utmaningar – idag och i framtiden*. Underlagsrapport till Timbro/Arena Idé-kommissionen rörande välfärdens framtida finansiering. 2010-06-14, s. 7f.

¹⁴ Evans, R.G. 2007. *Economic Myths and Political Realities: The inequality Agenda and the Sustainability of Medicare*. UBC Centre for Health Services and Policy Research, s. 28. Hartman, M. et al. 2007. 'US Health Spending By Age, Selected Years Through 2004'. *Health Affairs Web Exclusive* w 1 doi 10.1377/hlthaff.27.1. Congress of the United States. Congressional Budget Office. 2007. *The Long-Term Outlook for Health Care Spending: Sources of Growth in Projected Federal Spending on Medicare and Medicaid*.

¹⁵ Se t.ex. Murphy, M. and Martikainen, P. 2011. 'Use of care services in relation to proximity to death among older people: Evidence from Finland.' *Eurohealth* 17:2-3:18-21. Zweifel, P. et al. 1999. Ageing of population and health care expenditure: A red herring?

I en EU-rapport har man prognostiserat de *offentliga* hälso- och sjukvårdsutgifternas andel av BNP under perioden 2007–2060. Den mest troliga utvecklingen, ett referensscenario, utgår från demografiutvecklingen med vissa rimlighetsjusteringar. För Sverige anger man en ökning med 0,79 procent i BNP-andel och för EU27 med 1,59 procent.¹⁶

Sammantaget finns det således en betydande osäkerhet kring vad *demografien* kommer att betyda. Inte ens prognoser för befolkningsutvecklingen är helt ovedersägliga. Om exempelvis inflyttningen till Sverige fortsätter att öka under de kommande 30 åren i samma takt som den gjort tidigare blir resultatet en folkmängd på cirka 12 miljoner år 2040. Det är inte bara folkmängdssiffran som blir fel utan också åldersfördelningen påverkas.¹⁷ Vidare kan hälsoläget bland de äldre utvecklas på olika sätt, det finns ingen som kan göra anspråk på att med någon rimlig säkerhet kunna bedöma vårdbehoven på flera decenniers sikt. Det mesta pekar mot att det egentligen inte är fråga om att finansiera det framtida behovet av vård och omsorg som en följd av fler äldre utan som en följd av ökade ambitioner.

Weston m.fl. har i en färsk rapport elegant sammanfattat forskningsläget på följande sätt (min översättning).

Frågan om huruvida sjukdom och funktionsnedsättning ökar hand i hand med förväntad livslängd har debatterats flitigt. Än så länge, väger evidensen för en sammanpressad sjuklighet (d.v.s. antalet levda år med funktionsnedsättning eller sjukdom ökar saktare än den totala förväntade livslängden) starkare än evidensen för en utsträckt sjuklighet. Av 32 studier på befolkningen 55 år och äldre i höginkomstländer, som granskats av Christensen och medförfattare, var det bara 6 som fann

Health Econ 8:485-496.); Mc Grail, K. *et al.* 2000. 'Age, costs of acute and long-term care and proximity to death: evidence for 1987-88 and 1994-95 in British Columbia.' *Age and Ageing* 29:249-253; Busse *et al.* 2002. 'Use of acute hospital beds does not increase as the population ages: results from a seven year cohort study in Germany.' *J Epidemiol Community Health* 56:289-293; de Meijer, C. *et al.* 2009. *Time To Drop Time-To-Death? – Unravelling The Determinants of LTC Spending In The Netherlands*. HEDG Working paper 09/33; Bengtsson, T. and Scott, K. The Ageing Population. In: Bengtsson, T. (red.) 2010. *Population Ageing – A Threat to the Welfare State?* Springer Verlag, s. 109–120; Karlsson, M. 2011. 'Välfärdsstaten i den fjärde åldern? En betraktelse av hur ett åldrande forskningsområde drabbas av politikens demens.' *Ekonomisk Debatt* 5:57.; samt Karlsson, M. and Klohn, F. 2011. *Some notes on how to catch a red herring. Ageing, time-to-death & care costs for older people in Sweden*. Darmstadt Discussion Paper in Economics nr. 207.

¹⁶ European Commission and the Economic Policy Committee (AWG). 2010. *Joint Report on Health Systems*.

¹⁷ Nilsson, Å. 2011. 'Vi kommer att vara långt fler än SCB:s prognos.' *SvD* 2011-09-26.

ökningar i funktionsnedsättningen över tiden jämfört med 26 som fann att funktionsnedsättningen minskade.¹⁸

Den medicinska teknologin

Även om nya metoder i sig kan vara både billigare och mer kostnads-effektiva så ökar antalet som kan/bör behandlas. Svenska bedömningar lika väl som bedömningar från andra länder har ofta talat om storleksordningen två procent per år.¹⁹ Det finns dock få studier som tar upp vad nya teknologier egentligen innebär för kostnads-utvecklingen, i huvudsak har man använt residualmetoden (d.v.s. det som inte förklaras av åldersfaktorn är höjd kvalitet och/eller nya metoder).

Men den tekniska och medicinsk utvecklingen behöver inte nödvändigtvis innebära ökade totala kostnader. För det första handlar det faktiskt om *beslut*. Dessa beslut är inte alltid lätta att identifiera. Ibland är de diskreta (inköp av en MRI-kamera), ibland smygande (praxisförändringar i vårdens vardag). Besluten är kanske inte heller lätta att fatta. Men återigen handlar det om göra en skillnad mellan det (kanske, men inte alltid) önskvärda och det oundgängliga. För det andra finns det ju exempel på enskilda teknologier, exempelvis vaccinerings, som inneburit lägre kostnader.

Cutler hävdar att det kan finnas tecken på att den medicinska teknologin framdeles kommer att vara av annan natur än tidigare. Såväl för läkemedel som medicinsk utrustning är 'pipelinen' rätt torr jämfört med hur det varit. Även på sådana områden, där det tillförs ny teknologi, kommer denna delvis att ersätta gammal och inte automatiskt leda till ökat antal behandlade; metoder för behandling av kardiovaskulära sjukdomar är ett bra exempel. Slutligen har ny teknologi potentialen att minska antalet patienter, som på vissa områden får dyr vård. Det är inte bara förändrade *medicinsk* teknologi, som leder till att kostnadskurvan möjligen vänder. Ny *informationsteknologi* gör administrationen billigare. Och metoder för bättre *omhändertagande* av kroniskt sjuka kan ge stora

¹⁸ Weston, M. *et al.* 2011. *Take Care. The Future Funding of Social Care*. 2020health.org. SAGA. Den nämnda referensen är Christensen, K. *et al.* 2009. 'Ageing populations: the challenges ahead.' *Lancet* 374:1196–208.

¹⁹ Se exempelvis Landstingsförbundet. 2002. *Den medicinska utvecklingens konsekvenser för sjukvårdens resursbehov: Vårdens resursbehov och utmaningar på längre sikt* samt Wanless, D. 2002. *Securing our future health: Taking a long-term view*.

besparingar.²⁰ *Thorpe* och medarbetare har pekat på att patienternas behov har förändrats dramatiskt under den senaste tjugoårsperioden liksom *var* patienterna får behandling. För tjugo år sedan var sjukvårdens kostnadsökningar länkade till intensiv vård vid sjukhus, i huvudsak för hjärtsjukdomar. Nu ligger mycket ökningarna på kroniska tillstånd som diabetes, artrit, högt blodtryck och njursjukdomar. Dessa tillstånd behandlas oftast farmaceutiskt i öppen vård och i patientens hem. Samhällsbaserad prevention, koordinerad vård och stöd till egenvård blir då allt viktigare.²¹ *Aspelin* har i en rapport om hur den framtida hälso- och sjukvården kan komma att påverkas av den forskning som sker i dag framhållit att individualiserad behandling innebär ökad träffsäkerhet, att man inte i samma utsträckning som idag behöver behandla dem som inte har nytta av en behandling.²²

Evans menar att mönster för hur vården används relaterar tydligt till utvecklingen av vetenskaplig kunskap och teknisk kapacitet. Nya teknologier kan i sig vara antingen kostnadsdrivande eller kostnadsreducerande; det är hur de implementeras och används som avgör deras påverkan på kostnaderna. Den processen avgörs i huvudsak av klinikerna inom ramen för tillgänglig kapacitet.²³ *Smith* och medarbetare har i en retrospektiv analys från 60-talet och framåt studerat varför de amerikanska sjukvårdskostnaderna expanderat snabbare än den ekonomiska tillväxten. Utbredningen av ny teknologi sker inte oberoende av den historiska kontexten. Teknologiekspansionen har eldats på av ökade inkomster och ökad försäkrings-täckning. De uppskattar att den medicinska teknologin förklarar 27–48 procent av kostnadsökningen för hälso- och sjukvården från 1960 och framåt. Det är lägre siffror än tidigare uppskattningar.²⁴ *Economist* hade 2009 en initierad temaframställning om medicinsk teknologi. Där konstaterar man att medan ny teknologi historiskt varit ”boven” i ”kostnadsdramat” kan den i framtiden bli räddaren i nöden.²⁵

Den genomgång som här gjorts visar att inte heller den medicinska och tekniska utvecklingen är determinerad. Framför allt

²⁰ Cutler, D.M. 2009. ‘Will the Cost Curve Bend, Even without Reform?’ Downloaded from www.nejm.org on October 8, 2009.

²¹ Thorpe, K.E. *et al.* 2010. Chronic Conditions Account For Rise In Medicare Spending From 1987 To 2006.’ *Health Affairs* 29 :4 : doi 10.1377/hlthaff.2009.0474.

²² Aspelin, P. (red.) 2006. *Hur kan dagens forskning påverka framtidens sjukvård?* Statens Offentliga Utredningar.

²³ Evans. 2007. *a.a.*, s. 28.

²⁴ Smith, S. *et al.* 2009. ‘Income, Insurance, And Technology: Why Does Health Spending Outpace Economic Growth?’ *Health Affairs* 28:5:1276–1284.

²⁵ *Economist*. 2009. ‘Fixing health care.’ Apr 16th 2009.

handlar det ju här om medvetna val, både det önskvärda och det nödvändiga måste vägas in. Det finns inte anledning att vara obetingat pessimistisk vad den teknologiska utvecklingen anbelangar. *Karlsson* pekar på att kostsamma innovationer uppstår i en växelverkan mellan världens sjukvårdssystem och de företag som driver på utvecklingen. Sjukvårdsreformer, inte minst i USA, kan öppna möjligheter för en annan forskningsinriktning. Dessutom talar mycket för att ett system med ett offentligt monopol för sjukvården ökar möjligheten att få tillgång till ny medicinsk teknologi till förmånligt pris.²⁶

När vi blir rikare kommer vi vilja ha en större offentlig sektor

Wagners lag säger att i takt med att samhällen blir rikare kommer den offentliga sektorn att öka sin andel av ekonomin. Det finns empiriska studier, som stöder resonemanget, men *Odmark* menar att bilden inte är entydig. Sett över de senaste 60 åren fördubblades den offentliga konsumtionen som andel av BNP under den första halvan för att sedan ligga relativt stabilt under den andra.²⁷

Om vi går från diskutera de offentliga utgifterna generellt till att mer specifikt behandla sjukvården är ett avgörande spørsmål hur ändamålsenlig vården är.

Många patienter får inte en ändamålsenlig vård eller så är den vård de får skadlig eller onödig. I en artikel i *Läkartidningen* för något år sedan var rubriken ”1/4 av all vård är onödig eller skadlig”.²⁸ Osäkra metoder sprids utan kontroll. Gapet mellan evidens och praktik är stort. 20–25 procent får vård, som inte behövs eller som är onödig.²⁹ *Wennberg* citeras ofta ”... upp till en tredjedel av de 2 trilioner \$, som vi [i USA] nu årligen lägger ner på hälso- och sjukvård slösas bort på onödiga inläggningar på sjukhus; icke behövliga och ofta överflödiga prover; ej testade behandlingar; för dyra, exklusiva läkemedel; utrustning som inte är bättre än mindre

²⁶ Karlsson. 2011. *a.a.*

²⁷ Odmark, P. 2010. *Välfärdens framtida finansiering är ett framtida problem*. Arena idé, s. 7f.

²⁸ Läkartidningen. 2010. ‘1/4 av all vård är onödig eller skadlig.’ 107: 12–16.

²⁹ Groh, R. and Grimshaw, J. 2003. ‘From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients’ care.’ *Lancet* 362:1225–1230.

dyrbar utrustning som den har ersatt; samt vård i livets slutskede som varken ger lindring eller bot.”³⁰

Det är mot denna bakgrund naturligt att risker och möjligheter med olika metoder uppmärksammas i den amerikanska debatten, inte minst kopplat till den pågående sjukvårdsreformen. *Comparative effectiveness research* har blivit ett *catch word*.³¹ Insatser av liknande art sker också i Sverige, där bl.a. SBU arbetar med kunskapsluckor i vården.

Genom olika källor indikeras löpande områden för insatser för att göra vården mer ändamålsenlig. Ibland är dessa områden spektakulära, av stor ekonomisk betydelse. Nyligen skrev 35 ledande namn från den internationella cancervärlden en artikel med kritiska frågor kring i-ländernas cancervård. Bl.a. menade man att det inte är rimligt att en del metoder ger en marginell nytta till extremt höga kostnader.³² Andra frågor kan röra mer begränsade fält, men ändå ekonomiskt betydelsefulla. Westander ger ett exempel från *Öppna jämförelser*. År 2009 bedömdes att ungefär 8 000 av drygt 10 000 artroskopier i knäleden var av tveksam nytta. Utbudet av MR-kameror och läkarnas inställning till remittering skapar tillsammans ett konsumtionsmönster.³³

Ett sätt att möta Wagners lag är att hitta andra finansieringsformer än offentlig finansiering. Dock bör innan dessa andra former diskuteras framhållas att det i sig inte finns något som talar för att ett skattefinansierat, generellt hälso- och sjukvårdssystem inte även i framtiden kan ses som både önskvärt och möjligt. Inget annat system har hittills visat sig bättre.

Skattessystemets omfattning och utformning är självfallet en allmänpolitisk fråga. I ett sjukvårdsperspektiv måste dock framhållas det starka stöd, som en skattefinansiering har vad gäller sjukvård och äldreomsorg. Folk är beredda betala mer skatt för att få bättre vård inte bara för egen del utan som kollektiv.³⁴

Ser man på de internationella erfarenheterna går det att dra tre slutsatser om finansieringen:

³⁰ Här refererat och citerat (min översättning) från Kelley, R. 2009. *Where can \$700 milliarder in waste be cut annually from the U.S. healthcare system*. Thomson Reuters.

³¹ Här referat från Hoffman and Pearson. 2009, 'Marginal Medicine': Targeting Comparative Effectiveness Research To Reduce Waste'. *Health Affairs DOI 10.1377/hlthaff.28.4.w710*.

³² Sullivan et al. 2011. 'Delivering affordable cancer care in high-income countries.' *Lancet Oncology* 12: 933–980.

³³ Westander, F. 2011. *Ökad privat finansiering i hälso- och sjukvården*. Arena.

³⁴ Synovate. 2008. *Svenska folket om finansiering av välfärden*. SKL. 2011. *Vårdbarometern*.

Svallfors, S. *Välfärdsopinion 2010: Farväl till välfärdsstaten?*

<http://www.alternativstad.nu/resources/valfard.pdf>. Besökt 2011-10-03.

1. System med fler betalare blir dyrare än system med en betalare.
2. Mer privata pengar (avgifter, självrisker, försäkringar, spar-konton etc.) ger inte generellt mer pengar till hälso- och sjukvården utan *möjligen* mer till dem, som kan betala. De leder alltså till större ojämlikhet. Vad, som händer i ett offentligt finansierat system, som söker en utväg i privat finansiering är inte entydigt utan beror på många faktorer. Det mesta talar dock för att privata pengar snarare kommer att skada än hjälpa den offentligt finansierade vården.³⁵
3. Ingenstans i världen har man lyckats med att begränsa det offentliga åtagandet; tvärtom är tendensen snarare att lyfta in mer (t.ex. läkemedel i amerikanska *Medicare*). Och de exempel som förs fram i den svenska debatten är ju ofta marginella. Det är heller inte så att länder med offentliga försäkringssystem lyckats bättre med avgränsning än länder med nationella skattefinansierade system

Privatfinansierad vård avlastar alltså *inte* den offentliga vården. Argumentet att privatfinansierad vård skulle ge mer utrymme i den offentliga vården för andra finns det inget empiriskt stöd för. Resurserna styrs i stället mindre av behov (dvs. medicinska kriterier och kostnadseffektivitet) och mer av efterfrågan (betalningsförmåga och upplevda behov).

Vad skulle då en eventuell privat finansiering kunna tänkas ge? Westander har beskrivit och diskuterat olika sätt att öka den privata finansieringen. Det mest attraktiva, eller minst dåliga, av dessa alternativ är förmodligen att exkludera ett större antal planerade behandlingar och skapa en försäkring för finansiering av dessa. Om folkets stora flertal köper denna försäkring frivilligt och om de yngre och friskare accepterar (eller tvingas) att poolas ihop med äldre och sjukare kan premieskillnaderna hållas tillbaka. Men det skulle säkert uppkomma krav på bidrag eller skattelättnader för individer med sämre ekonomi. Dessutom måste de trots allt oförsäkrades vårdbehov tas om hand. Dessa särlösningar försvagar de ekonomiska motiven. Westander menar att huvudargumenten mot ökad privatisering är att det ekonomiska bidraget blir för litet, att de symboliska förlusterna vid ett tudelat vårdssystem är betydande; att genomförandeproblem ofta skulle bli svåra och slutligen

³⁵ Tuohy *et al.* 2004. 'How Does Private Finance Affect Public Health Care Systems? Marshalling the Evidence from OECD Nations.' *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2004 29:3:359-396. (Duke University Press).

att förekomsten av oförsäkrade patienter skulle medföra återkommande krav på obligatoriska försäkringar eller skattefinansiering.³⁶

Westanders slutsatser stöds av det förhållandet att inte heller i andra länder ger privat sjukvårdsförsäkring något större bidrag till de totala kostnaderna. Enligt en EU-rapport svarade år 2006 denna finansieringsform för mindre än tio procent i alla stater utan två och för mindre än fem procent i två tredjedelar av staterna. Mellan 1996 och 2006 skedde en viss ökning i flertalet stater, men på det hela taget har marknaden varit av i stort sett samma storleksordning över tiden. Försäkringen svarar också för en ganska låg andel av de totala privata utgifterna för hälso- och sjukvård; mindre än 25 procent i flertalet medlemsstater. Det är en stor variation i hur stor del av befolkningen, som täcks av privat försäkring. Delvis beror detta på karaktären av obligatorium eller frivillighet i anslutning till denna försäkring.³⁷

Många andra rapporter från tankesmedjor, forskningsinstitut och universitetsinstitutioner runt om i världen förmedlar budskapet om att privat finansiering inte tillför den allmänna sjukvården några nämnvärda resurser.³⁸

En fråga, som är viktig är hur den utbudsinitierade vården, den utbudsstyrda efterfrågan, påverkas av alternativa finansieringsformer. Tyskland är ett av de länder i Europa som har parallella försäkringssystem för öppen vård. I en forskningsrapport från 2007 studerar *Jürges* vad detta leder till i form av antal kontakter och besök i vården och diskuterar den utbudsinducerade vården. Han menar att det finns indirekt evidens för läkarinitierad vård bland de privat försäkrade men inte hos de offentligt försäkrade.³⁹

Det kan vara intressant att ställa frågan om hälso- och sjukvårdssystemets uthållighet på sin spets. *Reinhardt* menar att det egentligen inte handlar om trender i kostnadsökningarna utan att det i själva verket handlar om en moralisk fråga. *Evans* illustrerar detta med följande resonemang. Om en ny kostsam teknologi ger dramatiska effekter, varför skall vi inte acceptera att sjukvårdskostnaderna stiger som andel av BNP? I grunden handlar det ju

³⁶ Westander. 2011. *a.a.*

³⁷ Thomson, S. and Mossialos, E. 2009. *Private health insurance in the European Union*. Final report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.

³⁸ Farrington-Douglas, J. and Coelho, M.C. 2008. *Private Spending on Healthcare*. Institute for Public Policy Research (ipp).

³⁹ Jürges, H. 2007. *Health insurance status and physician-induced demand for medical services in Germany: New evidence from combined district and individual level data*. Mannheim Research Institute for the Economics of Aging, 119–2007.

inte om att hålla tillbaka kostnaderna genom att avstå från effektiv vård utan få *value for money* och kontrollera prisökningarna. Så frågan är vem som skall *betala* och vem som *får* vården. I ett offentligt system innebär det skattehöjningar och att alla får tillgång till vården. Om man hävdar att sådana höjningar är ”icke hållbara” menar man också att detta mönster för att fördela bördor och nytta är omoraliskt. Människor skall inte få den vård, som de inte har råd betala. Och de, som har råd att betala sådan vård för sig själva, behöver inte med skatten betala för att andra får del av den.⁴⁰

Fördelningseffekterna är givetvis viktiga att beakta när olika finansieringssystem analyseras. Efter en genomgång av systemen i olika länder i Europa konkluderar *Mossialos och Dixon* kortfattat men tydligt (min översättning):⁴¹

Tillgänglig evidens om hur olika finansieringskällor påverkar rättvisan visar att skattefinansierade system och socialförsäkringssystem är mer progressiva än privata försäkringssystem och *out of pocket* betalning, vilka båda är i hög grad regressiva. Rättvisa i tillträde är större när vården finansieras genom beskattning eller socialförsäkringsavgifter än när det finansieras från privat försäkring eller ur fickan. Patientavgifter är ett trubbigt instrument för att avskräcka från både nödvändigt och ’lättsinnigt’ utnyttjande. Dessa avgifter påverkar på ett oproportionerligt sätt de fattiga.

Produktiviteten i tjänstesektorer kan inte öka lika snabbt som i varusektorer

I de pessimistiska bedömningarna av sjukvårdssystemets framtida hållbarhet ligger en bristande tilltro till sjukvårdens effektiviseringsmöjligheter. Förenklat kan denna uppfattningen grundas på två typer av argument.

Den ena typen är teoretisk, det som nationalekonomer i flera decennier har benämnt Baumols kostnadssjuka. Den handlar om att möjligheterna att förbättra produktiviteten i produktionen av välfärdstjänsterna i allmänhet är mindre än i annan produktion. Vård, omsorg och utbildning är personalintensiv verksamhet, varför produktionen i regel har svårt att växa utan att personalstyrkan ökar i motsvarande grad. Samtidigt följer lönerna i den offentliga

⁴⁰ Evans. *a.a.* 2007, s. 29f.

⁴¹ Mossialos, E. and Dixon, A. Funding health care in Europe: weighing up the options. In: Mossialos *et al.* 2002. *Funding health care: options for Europe*. Guildford and Kings Lynn: Open University, 293.

sektorn utvecklingen i näringslivet, vilket belastar de offentliga systemen.

Den andra typen är mer empirisk och bygger på uppfattningen att strävan att effektivisera produktionen av offentliga tjänster inte har givit utdelning i lägre styckkostnader. Även om man kan tro att det skulle vara möjligt att effektivisera och sänka kostnaderna på ett och annat område tvingas man, enligt resonemanget i exempelvis den senaste långtidsutredningen, inse att effektiviseringsbidraget till finansieringen inte kan bli så stort.⁴²

Men vad vet vi egentligen om produktivets- och effektivitetsutveckling i dag? Önskvärda åtgärder i vården, som exempelvis förskjutningar mellan slutna och öppna vård ger inte utslag i produktivetsmätningarna som de görs i dag. Som Westander påpekar är begreppet produktivetsutveckling på övergripande sjukvårdsnivå egentligen tomt på empiriskt innehåll: Det går att mäta kostnader per invånare, men kostnaderna kan inte på vårdsystemnivå relateras till en kvantifierbar, meningsfullt beskrivna prestationer av en given kvalitet. Att bedöma möjligheter till framtida produktivetsutveckling på ett trovärdigt sätt är inte möjligt.⁴³

Det är svårt att förena synen på ständigt relativt sjunkande produktivitet med att hälso- och sjukvården lyckats utveckla sin verksamhet väl under de senaste decennierna. Om HS-andelen av BNP inte ökat och om kvaliteten är minst lika bra som vid tidigare tidpunkt så kan man rimligtvis anta att produktivetsutvecklingen varit lika god som i övriga ekonomin, allt annat lika. En sak man kan peka på, som stöd för utsagan om en god produktivetsutveckling, är det förhållandet att befolkningen blivit äldre under perioden.

Har det då skett kvalitetsförbättringar? SBU redovisade i mitten av 1990-talet en sammanfattande värdering av kvalitetsutvecklingen inom sjukvården under de gångna tre decennierna, alltså från början av 60-talet och framåt. 29 diagnoser bedömdes i olika avseenden. Sammanlagt representerade dessa diagnoser drygt en tredjedel av sjukvårdens samlade kostnader (exkl. långvård).

Den bild, som framkom, var varierad. Utvecklingen hade medfört mest nytta vid sjukdomar hos de äldre som hjärtkärlsjukdomar (inkl. stroke), njursvikt, försliten höft, höftfraktur och katarakt samt prostatahyperplasi. För cancersjukdomarna var framgångarna mer blygsamma. Vid ett stort antal diagnoser innebar den teknolo-

⁴² LU08.

⁴³ Westander. 2011. *a.a.*

giska utvecklingen ökad behandlingsbarhet, d.v.s. att en större andel av patienter med sjukdomen kunde behandlas. Det gällde exempelvis barnleukemi, försliten höft, angina pectoris, klaffel, uremi och katarakt.

Livssituationen bedömdes vara förbättrad vid samtliga sjukdomstillstånd och mycket förbättrad för drygt en tredjedel av sjukdomarna. Detta gällde även om utvecklingen för många sjukdomar inte medfört stora funktionella förbättringar eller förlängt liv.⁴⁴

Någon samlad bedömning av typ den, som SBU gjorde 1995, finns dock veterligen inte i dag. Men förbättringarna har fortsatt. Under 1990-talet ökade antalet starr-, kranskärls- och höftledsoperationer, särskilt för de allra äldsta. Höft- och knäledsoperationer för personer över 85 år tredubblades på tio år. Starroperationerna ökade från 30 000 per år 1990 till 82 000 år 2003. Och allt mer av vården tillhandahölls utan att patienterna behövde vårdas ineliggande vid sjukhus. Under 00-talet har utvecklingen gått vidare på samma sätt. De medicinska framstegen har gjort att vårdens resultat ständigt förbättrats. Den som i mitten av 00-talet drabbades av till exempel cancer har en förväntad återstående livslängd som är sju år längre än den som drabbades i mitten av 1960-talet. Spädbarnsdödligheten i Sverige halverades under 1990-talet, och har fortsatt nedåt. Efter stora förändringar under 1990-talet är Sverige ett av de länder som har lägst dödlighet efter hjärtinfarkt. Den förväntade återstående medellivslängden för en 50-årig man har sedan 1990 ökat med 2,3 år, vilket till stor del kan tillskrivas framsteg inom sjukvården.⁴⁵

Ser man tillbaka kan man konstatera att de medicinska framstegen har medfört att möjligheterna att behandla olika sjukdomar och skador har blivit allt bättre även för personer i hög ålder. De nämnda operationerna av starr illustrerar denna utveckling på ett bra sätt. För 20 år sedan utfördes denna operation inom den slutna vården och i dag görs samma ingrepp i öppen vård på cirka 8–15 minuter.⁴⁶

Antalet höftledsoperationer har ökat mycket påtagligt bland de allra äldsta. År 1987 fick cirka 500 personer i åldersgruppen 85 år och äldre en ny höftled. År 2006 har antalet ökat till 2 900. Under denna period ökade antalet personer 85 år och äldre med 80 pro-

⁴⁴ SBU. 1995. *Den medicinska utvecklingen i Sverige 1960–1992*. SBU-rapport nr 124, s. 296f och 316f.

⁴⁵ Landstingsförbundet. 2002. *Svensk hälso- och sjukvård under 1990-talet*. SKL. 2005. *Hälso- och sjukvården till 2030: Om sjukvårdens samlade resursbehov på längre sikt*.

⁴⁶ Detta stycke och de två följande bygger på SKL. 2008. *Aktuellt på äldreområdet 2008*.

cent samtidigt som antalet höftledsoperationer ökade med 462 procent.

Nästan varannan svensk dör i någon hjärt-kärlsjukdom och mer än varannan person i Sverige lider av hjärt-kärlsjukdom. Den viktigaste bakomliggande orsaken till hjärt-kärlsjukdom är åderförkalkning och den vanligaste orsaken till åderförkalkning är ålder. Kranskärlsoperationer som är kostnadskrävande, minskar och ballongvidgningar, som kan utföras lokalt och tar ca en till två timmar att utföra, ökar. I åldersgruppen 75 år och äldre förekom ytterst få sådana ingrepp i mitten av 80-talet. År 2006 opererades cirka 5 800 personer.

Denna utveckling har alltså varit möjlig under en period när hälso- och sjukvårdens andel av BNP i stort sett legat still. 90-talet innebar krav på kostnadsminskningar, som ledde till en radikal omställning av vården. Antalet anställda minskade med en fjärdedel, antalet kompletta akutsjukhus från 89 till 69 och antalet vårdplatser med 45 procent. Antalet vårdtillfällen var däremot på det hela taget oförändrat (- 6 procent) och i den äldsta åldersgruppen, 85 år och äldre, ökade antalet vårdtillfällen med 40 procent.⁴⁷

Ett skattefinansierat, integrerat system har minst lika goda möjligheter att genomföra effektiviseringar som ett system med annan finansiering. Systemkritikernas uppfattning om bristande möjligheter för *ett framtida effektiviseringsarbete* kan därför inte stå oemotsagt. Inom sjukvården, såväl i Sverige som internationellt, bedrivs ett omfattande arbete med effektiviseringar. Det finns många förändringar i samhället som underlättar ett sådant effektiviseringsarbete. Fler av de vårdbehövande, oftast äldre, har tillgång till och vana vid modern informations- och kommunikationsteknologi.

I effektiviseringsarbetet ingår flera olika ansatser. 1) *Ändamålsenlig vård*, att se till att vården når rätt patient för rätta indikationer vid rätt tidpunkt. Uppemot hälften av alla behandlingar idag har en oklar effektivitet.⁴⁸ 2) *Patientfokuserad vård*, där patienten inte enbart är "utsatt" för vården utan deltar i vårdens processer. 3) *Vård på rätt ställe, anpassad vårdstruktur*. Förändringarna av strukturen i svensk hälso- och sjukvård kommer även i framtiden att handla om koncentration av specialiserad vård; differentiering mellan

⁴⁷ Landstingsförbundet. 2002. *a.a.* SKL. 2005. *a.a.*

⁴⁸ Uppgiften finns i Alan Maynards rapport *Payment for Performance (P4P): International experience and a cautionary proposal for Estonia*, WHO 2008. Den egentliga referensen är BMJ Clinical Evidence Handbook, 2007. London, BMJ Publishing.

akuta och planerade vårdprocesser; samt utveckling av närvård i samverkan mellan landstingets sjukvård och den kommunala vården. 4) *Integrerad vård*. Personer med höga vårdkostnader har en tung sjukdomsbild. Insatserna för denna grupp måste inriktas på att få vården att fungera på ett optimalt sätt; särskilt i kontaktytorna mellan de olika vårdinstanserna. En helt avgörande komponent är också massiva förebyggande insatser.⁴⁹ 5) *Bättre analysarbete, bl.a. genom öppna jämförelser*. Uppföljningen handlar om kostnader, vårdkonsumtion, produktivitet och i ökande grad även kvalitet och resultat i vården. Kvalitetsregister får allt större betydelse. Genom att följa upp sjukvårdens resultat jämte struktur och process, kan informationen ge underlag för den praktiska styrningen, till exempel i budgetprocesserna. 6) *Ersättningsystem*. Att styra vårdgivare genom bättre preciserade uppdrag, och en uppföljning och ersättning som knyter an till dessa, är en generisk funktion, oberoende av organisation och driftform. Ambitioner har successivt blivit högre genom inriktningen att knyta ersättningen till kvalitetsindikatorer / kvalitetsutfall och ytterst till resultat. 7) *Process- och logistik-effektivisering, produktionsplanering*. Kontinuerligt förbättringsarbete och processororienterad sjukvård handlar om att överlag förbättra kvaliteten samt att använda olika incitament för att sänka kostnaderna. Det finns väldokumenterade metoder för utvecklingsarbete, ofta med ursprung i industrin, som visat sig vara användbara även inom hälso- och sjukvården. Nio av tio svenska sjukhus använder idag Lean.⁵⁰

Standarden i dag är för låg

De alarmerande scenarierna för framtiden utgår från att problemen redan är stora inom sjukvården och att dessa problem har allvarliga konsekvenser för medborgarna. Som indikationer på detta menar man att förmånerna begränsas, att köerna växer samt att antalet privata sjukvårdsförsäkringar ökar. Den nuvarande finansierings-

⁴⁹ Ett exempel på de stora effektiviseringsmöjligheter, som här öppnar sig, ges i ett helt nyligen publicerat papper, som har uppskattat federala besparingar i USA relaterade till *Care Coordination Models* hos en grupp tunga kroniker i *Medicare* och *Medicaid*. Under en tioårsperiod handlar det om 125,5 miljarder \$. Thorpe, K.E. *Estimated Federal Savings Associated with Care Coordination Models for Medicare-Medicaid Dual Eligibles*. Emory University.

⁵⁰ Weimarsson et al. 2011. *Lean Healthcare: Jakten på nya nyckeltal i den svenska sjukvården*. Linnéuniversitet.

formen räcker alltså inte ens i dag till för att täcka behoven enligt dessa argument.

Det är svårt att finna belägg för denna generella uppfattning. Internationella jämförelser har överlag visat på goda resultat till relativt sett rimliga kostnader i den svenska sjukvården. Svenska folket har också en på det hela taget hög tillit till vården.⁵¹

Det är heller inte så att köerna växer. De har i stort sett varit av samma storleksordning sedan slutet av 80-talet då uppmärksamheten riktades mot köproblemen. Sedan hösten 2009 väntar endast cirka 10 procent av patienterna längre än tre månader på besök och behandling.

Begränsade förmåner och bortprioriterade insatser hålls också fram som tecken på resursbrist. Man menar att uppgifter lyfts över till patienter och anhöriga att klara själva. Självfallet sker det inom en komplex och dynamisk verksamhet som sjukvården ständigt stora förändringar. Nya metoder tillkommer, de implementeras successivt och i den processen handlar det om att anpassa verksamheten inom de resursramar som finns. Det arbete med öppna prioriteringar, som sedan ett antal år bedrivs i flera landsting innebär en systematiserad diskussion och ökar öppenheten. Resultatet är en effektivisering av vården, mindre angelägna åtgärder får ge plats för mer angelägna. Det är ju inte i sig ett tecken på resursbrist. Inte heller innebär det någon avgränsning av det offentliga ansvaret.

Ibland framförs uppfattningen att det är viktigt att tala om för människor, vad som ingår i det offentliga ansvaret så att var och en sedan skall kunna komplettera med egna försäkringar. För sjukvårdens del ter sig ett sådant system varken möjligt eller önskvärt. Ser man på hur avgränsningen är formulerad i andra länder kan man konstatera att det ingenstans verkar finnas något operationellt sätt att hantera detta på.⁵² Detta gäller även försäkringsbaserade system, offentliga såväl som privata.

På sjukvårdens område är det sammanfattningsvis svårt att meningsfullt tala om att det skett en begränsning. Tvärtom, som en följd av den medicinska utvecklingen tillkommer nya metoder ständigt och dessa tillhandahålls medborgarna. Problem, som för några decennier inte kunde åtgärdas och som ledde till lidanden och funktionsnedsättningar, kan nu åtgärdas. Ledplastiker och gråstarrs-

⁵¹ Svallfors, S. 2011. *Trygg, stöttande, tillitsfull? Svenskarnas syn på socialförsäkringarna*. Underlagsrapport till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen (S 2010:04).

⁵² SKL. 2011. *Skapar vårdsystemen skillnader i vården? En jämförelse mellan åtta länder*.

operationer är bara några exempel. Ett annat är behandling vid allvarliga ålderförändringar i gula fläcken.

Inom äldreomsorgen är situationen möjligen något annorlunda. Här har skett förändringar i synsättet på vad som de äldre och deras anhöriga kan svara för. Men inte heller detta kan tolkas som ett tecken på sammanbrott av det nuvarande systemet utan snarare som en utveckling av vårdsystemet där nya förutsättningar tas tillvara. Lagergren visar visserligen att kommunerna under 90-talet tvangs dra ner på de erbjudna tjänsterna p.g.a. den försämrade samhällsekonomin. Detta har dock nästan uteslutande drabbat personer med mindre behov; de med störst behov har på det hela taget skyddats.⁵³

Skall det växande antalet privata försäkringar ses som ett tecken på låg standard i den offentliga vården? Det är visserligen sant att antalet privat försäkrade ökat påtagligt under de senaste tio åren. Sjukvårdsförsäkring tecknas i de flesta fallen (82 procent) av arbetsgivaren och fungerar som en löneförmån för de anställda. I de fall då den försäkrade själv betalar premien, kan den antingen utgöra individuell försäkring eller en gruppförsäkring som tecknats via arbetsgivaren.⁵⁴ Westander har i sin rapport 2011 beräknat att den direkt privat betalda vården kan uppgå till högst 1,5 miljarder kronor per år, oräknat vanliga patientavgifter i den offentligt finansierade vården. Landstingens nettokostnader uppgick 2009 till cirka 192 miljarder kronor. Den privat finansierade sjukvården (egentligen premiekostnaden) motsvarar i denna kalkyl mindre än en procent av landstingens nettokostnader. Det är svårt att se att denna procent kan tas som indikation för att det offentliga systemet krackelerar.

Genomgången i denna rapport visar på en stor osäkerhet för framtiden. Demografiargumentet för en framtida problematik för vårdens och omsorgens finansiering har tonats ner efter hand.

I stället betonar systemkritikerna nu nödvändigheten av en standardutveckling. Med allmänt stigande levnadsstandard efterfrågar vi högre standard också beträffande välfärdstjänster. Den efterfrågan driver upp kostnaderna betydligt mer än den demografiska utvecklingen.⁵⁵ Argumenten för en stigande *efterfrågan* takt med ökad köpkraft kan ju låta intuitivt rimliga. Men man kan med

⁵³ Lagergren, M. 2005. 'What happened to care of older persons in Sweden? A retrospective analysis based upon simulation model calculations, 1985–2000'. *Health Policy* 74:314-324. DOI: 10.1016/j.healthpol.2005.01.022.

⁵⁴ *Svensk Försäkring*. 2011.

⁵⁵ Se tex ESO 2009:02 och SKL. 2010. *a.a.*

fog ställa sig frågan om de är självklara. Det skulle krävas en helt annan analys på mikronivå där man såg på olika delar av hälso- och sjukvården och äldreomsorgen och bedömde vilka effekter på behovet en ökad levnadsstandard kan tänkas få. En sådan analys skulle antagligen visa på att det på vissa områden, som har att göra med hotellstandard och komfort, finns ett samband. På andra områden som den kostnadsmässigt dominerande delen av sjukvården, akutsjukvård i samband med sjukdom eller skada, är sambanden långt ifrån lika klara.

Mot denna bakgrund av osäkerhet känns det naturligt att avsluta rapporten med en diskussion om vad som kan framstå som en *rimlig policy inför framtiden*.

Ser man bakåt en trettioårsperiod kan man konstatera att svensk hälso- och sjukvård har klarat att, inom ramen för en på det hela taget oförändrad andel av BNP, implementera nya medicinska teknologier, öka kvaliteten och förbättra hälsan. Det finns inget som *a priori* motsäger att en utveckling av liknande slag framöver.

Detta innebär *inte* ett kategoriskt avvisande av alla problem, vare sig dagens eller framtidens. Framtiden är alltid svår att förutsäga. Det må vara en truism, men det gäller inte minst för så komplexa verksamheter som hälso- och sjukvård och äldreomsorg.

Hur stora resurser sjukvården kommer att kräva i framtiden är dock inte determinerat eller ödesbestämt. Det är själva kvintessensen i denna rapport. Kostnaderna påverkas av politiska beslut, vårdorganisationens utvecklingsförmåga samt medborgarnas livsstil och värderingar. Det finns även en stor osäkerhet om den allmänna ekonomiska utvecklingen och därmed hälso- och sjukvårdens ekonomiska ramar.

Det går därför inte att ge några bestämda svar på svar på frågorna om resursbehov respektive resursutrymme för framtidens vård och omsorg. I alla bestämningsfaktorer för sjukvårdens och äldreomsorgens framtida resursbehov finns en stor osäkerhet. Det finns två alternativ att hantera den osäkerheten.

Det ena alternativet är det som förordas av deterministerna. De menar att det är viktigt att nu initiera en politisk beslutsprocess och att detta inte kan skada verksamheten. Skulle en politisk beslutsprocess inledas och det – mot förmodan – visar sig att alla framtidsutredningar haft fel, att de skattefinansierade system kommer att erbjuda en acceptabel framtid, så har ingen skada skett. Det handlar om beslutsprocesser på tiotals år. Där de första åren handlar

om att bedöma framtidsproblemen. Det är i ett sådant läge bara att avbryta utredningsarbetet eller att ge det en ny inriktning.

Det andra alternativet utgår från uppfattningen att det svenska systemet står sig gott i alla jämförelser. Det har visat sig möjligt att under tre decennier till i stort oförändrad andel av BNP utveckla vården och tagit hand om fler äldre och implementerat nya medicinska metoder samt i stort arbetat bort väntetiderna. Utmaningar för framtiden är stora, de skall på inget sätt negligeras. Men framförallt måste de mötas med medvetna policybeslut och fortsatt hög takt i effektiviseringsarbetet. Det sker bäst i ett integrerat system. Skulle det visa sig att det inte lyckas får man ta ställning till andra utvecklingslinjer när det är möjligt att med någon rimlig säkerhet förutsäga eventuella problem.

I stället för en finansieringsreform, som riskerar dra uppmärksamheten åt fel håll, bör fokus ligga på effektiviseringsmöjligheterna. Skatter är ett effektivt och billigt sätt att ta in pengar. Andra finansieringsformer är i sig dyrare och riskerar förvärpa problemen. Nya finansieringslösningar är därför tveksamma. Ur fördelnings- och effektivitetssynpunkt är skattefinansiering att föredra.⁵⁶

Situationen kan vara något annorlunda inom äldreomsorgen, men inte heller här finns någon klar evidens på att en fraktionerad finansiering skulle vara att föredra ur effektivitets- och fördelningsynpunkt. Man måste också ställa sig frågan om vad en privat äldrevårdsförsäkring egentligen skulle ha för mening. De flesta äldre bor kvar så länge de kan i sin egen lägenhet och betalar hyra och mat, av den standard de önskar och har råd med. De kan få stöd av kommunen genom hemtjänst eller själva köpa tjänster, som subventioneras av staten (för alla, oavsett ålder och funktionsförmåga). När ett särskilt boende är nödvändigt vill man ha en god standard; omvårdnadsmässigt, näringsmässigt; hygieniskt. Det är väl rimligtvis den standard som idag finns inom äldreomsorgen och som dagens brukare i stort sett verkar vara nöjda med.⁵⁷ Det är svårt att förstå att framtidens äldre kommer att kräva så förfärligt mycket mer.

⁵⁶ LU08.

⁵⁷ Denna bedömning refereras från *Thorslund*. 2010. *a.a.*, s. 6. Han menar dock att *framtidens* brukare inte kommer att nöja sig med detta.

Statens offentliga utredningar 2012

Kronologisk förteckning

1. Tre blir två! Två nya myndigheter inom utbildningsområdet. U.
2. Framtidens högkostnadsskydd i vården. S.

Statens offentliga utredningar 2012

Systematisk förteckning

Socialdepartementet

Framtidens högkostnadsskydd i vården. [2]

Utbildningsdepartementet

Tre blir två! Två nya myndigheter inom utbildningsområdet. [1]