

# 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 högstkostnads-skydd 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 högstkostnads-skydd samt de nivåer som i dag gäller inom dessa system,

- analysera hur avgifterna och högstkostnads-skydden 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 lands- ting 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).

Ansvar 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. räkenskapssammandraget 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.

Högkostnadsskyddet bygger på att den enskilda patienten får sin totala läkemedelskostnad under en tolv månadersperiod stegvis reducerad enligt en trappstegsmodell, den s.k. högkostnadstrappan, beroende på hur stor kostnaden är. Detta innebär enligt nuvarande beloppsgränser att den sammanlagda läke-

medelskostnaden 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 tolfedel 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, läkemedesområdet 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 noga 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 högstkostnadsskydden 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 högstkostnadsskydd har på individers 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 högstkostnadsskydd 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 högstkostnadsskydd 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 högstkostnadsskydd som beslutats på kommunal och landstingskommunal nivå.

De förslag som utredaren lämnar ska vara inriktade på de avgifter och högstkostnadsskydd 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 högstkostnadsskydd 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 patient- brukar- och andra intresseorganisationer ska bildas. Utredaren ska även hålla Regeringskansliet informerat om arbetet.

Uppdraget ska redovisas senast den 15 januari 2012.

(Socialdepartementet)