

Regeringens proposition

1980/81:73

om ett utbyggt skydd mot höga sjukvårds- och läkemedelskostnader;

beslutad den 6 november 1980.

Regeringen föreslår riksdagen att antaga ett förslag som har upptagits i bifogade utdrag av regeringsprotokoll.

På regeringens vägnar

THORBJÖRN FÄLLDIN

KARIN SÖDER

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen föreslås en förstärkning av skyddet mot höga kostnader för personer med stort behov av sjukvård och läkemedel. Detta högkostnads-skydd skall gälla för såväl läkar- och tandläkarordinerade läkemedel som läkarvård och sjukvårdande behandling i privat och offentlig öppen vård. Skyddet inträder när en person har betalat avgift för 15 läkemedelsinköp eller besök hos läkare m. fl. Han blir därefter befriad från kostnader för ytterligare läkemedel och vårdbesök. Befrielsen gäller under en tolv månadersperiod räknat från första inköpet eller besöket. Den nuvarande kostnadsfriheten för läkemedel vid vissa sjukdomar behålls för den som inte väljer att betala avgift även för dessa läkemedel inom det nya systemets ram.

Barnfamiljerna har behov av ett särskilt generöst högkostnadsskydd. För barn i samma familj föreslås därför ett gemensamt kostnadstak efter 15 inköp eller sjukvårdsbesök.

De nya reglerna föreslås träda i kraft den 1 juli 1981.

**Förslag till
Lag om begränsning av läkemedelskostnader m. m.**

Härigenom föreskrivs följande.

Kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel m. m.

1 § Läkemedel, för vilka recept har utfärdats av läkare eller tandläkare, skall på apotek tillhandahållas kostnadsfritt eller till nedsatt pris enligt vad nedan sägs.

Med läkemedel förstås i denna lag sådana för människor avsedda varor, på vilka läkemedelsförordningen (1962:701) skall tillämpas.

Om inte annat föreskrivs avses med läkare och tandläkare den som är behörig att i Sverige utöva yrket.

Föreskrifter om att läkemedel mot könssjukdomar skall tillhandahållas kostnadsfritt i vissa fall finns i smittskyddslagen (1968:231).

2 § Den som lider av långvarig och allvarlig sjukdom har rätt att utan kostnad få läkemedel, om regeringen har bestämt att sjukdomen skall berättiga till detta. Regeringen skall för varje sådan sjukdom även bestämma vilka läkemedel som skall tillhandahållas kostnadsfritt.

Havande eller ammande kvinna samt barn har rätt att erhålla skyddsläkemedel utan kostnad i den utsträckning regeringen bestämmer.

3 § I andra fall än som avses i 2 § skall det fastställda priset för samtidigt på grund av sjukdom förskrivna och inköpta läkemedel sättas ned med hälften av det belopp som överstiger 20 kronor och hela det belopp som överstiger 60 kronor. Om en förskrivning är avsedd att expedieras mer än en gång, gäller nedsättningen köpsumman vid varje avsett expeditionstillfälle.

Bestämmelserna i första stycket tillämpas även när skyddsläkemedel i annat fall än som avses i 2 § andra stycket förskrivs till havande eller ammande kvinna eller till barn.

Från prisnedsättning enligt denna paragraf kan regeringen undanta ett visst läkemedel eller en viss grupp av läkemedel som avses i första stycket.

4 § Bestämmelserna i 3 § tillämpas även i fråga om medel som förskrivs enbart i födelsekontrollerande syfte av läkare eller av barnmorskor enligt de bestämmelser som socialstyrelsen meddelar.

Vid beräkning av prisnedsättningen får kostnaden för födelsekontrollerande medel inte räknas samman med kostnaden för sådana läkemedel som avses i 3 §.

5 § Den som är under 16 år skall, i den mån regeringen så förordnar, vid inköp av livsmedel som avses i 20 § livsmedelslagen (1971:511) och som förskrivs av läkare, ha rätt till nedsättning av det fastställda priset på det sätt som anges i 3 § första stycket.

Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer fastställer villkor för att tillhandahålla livsmedel som nu har sagts till nedsatt pris.

Vid beräkning av prisnedsättningen får kostnaden för sådana livsmedel inte räknas samman med kostnaden för läkemedel som avses i 3 § eller med kostnaden för födelsekontrollerande medel som avses i 4 §.

6 § I den mån regeringen så förordnar, skall injektionssprutor, kanyler, katetrar, bandage och därmed jämförliga förbrukningsartiklar kostnadsfritt tillhandahållas den som på grund av allvarlig sjukdom eller efter behandling för sådan sjukdom är i fortlöpande behov därav. Sådana förbrukningsartiklar får förskrivas av läkare eller tandläkare samt av andra som socialstyrelsen har förklarat behöriga därtill.

Kostnadsbefrielse

7 § Visar någon att han i den omfattning som anges i andra stycket har inköpt prisnedsatta läkemedel som avses i 3 § eller har erlagt patientavgift för läkarvård som avses i 2 kap. 2 § lagen (1962:381) om allmän försäkring, för sjukvårdande behandling som avses i 2 kap. 6 § eller kostnader för motsvarande vård eller behandling som erhållits inom företagshälsovård som avses i 2 kap. 7 § andra stycket samma lag, är han befriad från att därefter betala för utskrivna läkemedel. Befrielsen gäller under den tid som återstår av ett år, räknat från det första vårdtillfället, behandlingstillfället eller läkemedelsinköpet.

För kostnadsbefrielse enligt första stycket fordras att prisnedsatta läkemedel har inköpts eller patientavgifter för läkarbesök erlagts vid sammanlagt minst 15 tillfällen. Med ett sådant tillfälle likställs två tillfällen då patientavgift har erlagts för besök för sjukvårdande behandlingar eller för telefonrådförfrågningar som har skett hos läkare eller hos privatpraktiserande sjukgymnast.

Har en förälder eller föräldrar gemensamt flera barn under 16 år i sin vård, får barnen gemensamt kostnadsbefrielse när antalet vårdtillfällen, behandlingstillfällen och läkemedelsinköp för barnen sammanlagt uppgår till vad som sägs i andra stycket.

Kostnadsbefrielse gäller under den tid som avses i första stycket även för barn som under denna tid fyller 16 år.

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

Gemensamma bestämmelser

8 § Rätt till förmåner enligt denna lag har den som är sjukförsäkrad enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring. Rätt till förmåner enligt 1 och 3–5 §§ har även den som, utan att vara bosatt i Sverige, har anställning i allmän eller enskild tjänst här.

Lagen gäller inte för den som får sjukhusvård, som avses i 2 kap. 4 § lagen (1962:381) om allmän försäkring.

För en försäkrad som är bosatt utom Sverige gäller förmånerna enbart när han vistas här.

9 § Har den som avses i 8 § inköpt läkemedel i Danmark, Finland, Island eller Norge och har recept på läkemedlen utfärdats av en läkare i Sverige eller av en behörig läkare i annat nordiskt land än det där inköpet gjordes, ersätts inköpskostnaden härför i fall som avses i 2 § helt och i fall som avses i 3 och 4 §§ i den mån den överstiger den kostnad han skulle ha fått vidkännas om läkemedlet inköpts i Sverige. Ersättning beräknas inte på högre inköpskostnad än som motsvarar priset här i riket för läkemedlet.

Ersättning enligt första stycket betalas ut av Apoteksbolaget Aktiebolag mot att recept och kvitto på det gjorda inköpet visas upp. Har ersättningen inte lyfts före utgången av andra året efter det varunder inköpet gjordes, utbetalas den inte.

10 § Kostnaden för förmåner enligt denna lag ersätts av den allmänna försäkringen.

11 § Efter överenskommelse med en annan stat får regeringen föreskriva att denna lag skall tillämpas helt eller delvis på personer, som utan att vara svenska medborgare vistas här i riket och på vilka lagen annars inte är tillämplig.

12 § I fråga om beslut enligt 7 § denna lag och besvär mot sådana beslut gäller i tillämpliga delar vad som anges i lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1981 då lagen (1954:519) om kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel m. m. skall upphöra att gälla. Förekommer i lag eller författning hänvisning till en bestämmelse i den upphävda lagen skall den i stället avse motsvarande bestämmelse i den nya lagen.

SOCIALDEPARTEMENTET

Utdrag
PROTOKOLL
vid regeringssammanträde
1980-11-06

Närvarande: statsministern Fälldin, ordförande, och statsråden Ullsten, Bohman, Wikström, Mogård, Dahlgren, Åsling, Söder, Krönmark, Johansson, Wirtén, Andersson, Boo, Winberg, Adelsohn, Danell, Petri, Eliasson

Föredragande: statsrådet Söder

Proposition om ett utbyggt skydd mot höga sjukvårds- och läkemedelskostnader

1 Inledning

Enligt lagen (1954:519) om kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel erhålls vid sjukdom läkemedel kostnadsfritt eller till nedsatt pris om de har ordinerats av läkare eller tandläkare. Bestämmelserna om prisnedsättning gäller också läkemedel som ordinerats enbart i födelsekontrollerande syfte.

Läkemedel skall lämnas ut kostnadsfritt om de tagits upp i en speciell förteckning och ges för behandling av vissa där angivna långvariga och allvarliga sjukdomar. För andra läkemedel än kostnadsfria görs en nedsättning av priset på läkemedel som är samtidigt ordinerade och inköpta. Prisnedsättningen görs med hälften av det belopp som överstiger 10 kr. och med hela det belopp som överstiger 40 kr. Högsta kostnaden för varje inköp blir således 25 kr.

I propositionen 1980/81:20 har föreslagits att de nu nämnda avgifterna höjs fr. o. m. den 1 januari 1981. Förslaget innebär att prisnedsättningen för berörda läkemedel görs med hälften av det belopp som överstiger 20 kr. och med hela det belopp som överstiger 60 kr. Högsta kostnaden för varje inköp blir således 40 kr.

Bestämmelserna om prisnedsättning gäller även för specialdestinerade livsmedel som inköps till barn under 16 år. Sådana livsmedel ordinerar vid vissa sjukdoms- och bristtillstånd och kan då ersätta viss del av kosten. Undantagsvis förekommer att hela eller praktiskt taget hela kosten ersätts. De specialdestinerade livsmedlen tillhandahålls på apotek efter förskrivning av läkare. Medel som ordinerar enbart i födelsekontrollerande syfte omfattas

också av reglerna om prisnedsättning.

Vidare tillämpas reglerna om kostnadsfrihet och prisnedsättning på skyddsläkemedel som förskrivs till havande eller ammande kvinna eller till barn.

För läkarvård och annan sjukvårdande behandling som ombesörjs av offentlig sjukvårdshuvudman betalar försäkringskassan en viss enhetlig ersättning till sjukvårdshuvudmannen. Av patienten får tas ut en avgift på högst 20 kr. (25 kr. fr. o. m. den 1 januari 1981) för läkarbesök och högst 15 kr. för sjukvårdande behandling som ges av annan personal än läkare.

För vård hos privatpraktiserande läkare som är anslutna till försäkringen betalar patienten f. n. normalt 30 kr. i avgift till läkaren, medan resterande ersättning till läkaren betalas av försäkringskassan med belopp som framgår av läkarvårdstaxan. För behandling hos privatpraktiserande sjukgymnast betalar patienten på motsvarande sätt normalt 20 kr. i patientavgift per behandling, medan resterande belopp enligt fastställd taxa betalas direkt från försäkringskassan till sjukgymnasten.

För telefonrådgivning hos läkare betalar patienten högst 10–15 kr. och hos privatpraktiserande sjukgymnast är motsvarande avgift högst 10 kr.

Frågan om patientavgifterna i den öppna vården kommer att behandlas i samband med de förestående överläggningarna mellan företrädare för socialdepartementet och Landstingsförbundet om sjukförsäkringens ersättningar till sjukvårdshuvudmännen efter år 1981. Därvid bör de i prop. 1980/81:20 föreslagna avgifterna vid läkemedelsinköp vara vägledande för justeringen av patientavgifterna i den öppna vården.

Till följd av en överenskommelse mellan representanter för socialdepartementet och Landstingsförbundet år 1975 rekommenderade förbundet införande av en generell nedsättning av patientavgiften hos sjukvårdshuvudmannen för patienter med mera omfattande vårdbehov (prop. 1975:36). Principen för denna är att när en person erlagt avgift för ett visst antal besök i öppen offentlig vård så blir återstoden av besöken under året kostnadsfria.

En redogörelse för gällande ersättningsregler och Landstingsförbundets rekommendationer bör fogas till protokollet i detta ärende som *bilaga 1*.

I riksdagsmotionerna 1975/76:353, 746 och 1193 hemställdes om åtgärder för att minska kostnaderna för en bestämd grupp, nämligen psoriasisjuka personer. I motionen 1193 begärdes en utredning syftande till att inom sjukförsäkringen införa ett avgiftstak för den försäkrades årliga läkemedelskostnader. Socialförsäkringsutskottet förklarade efter remissbehandling i sitt betänkande (SfU 1975/76:42) att de nuvarande reglerna angående läkemedelsförmåner visserligen innebär ett högkostnadsskydd för dem som har stort behov av läkemedel. Med hänsyn till vad som anförts i motionerna och i remissyttrandena kunde det emellertid finnas anledning utreda frågan om och i vad mån detta skydd borde ytterligare förstärkas. En sådan utredning borde ske inom ramen för den socialpolitiska samordningsutred-

ningens arbete.

Riksdagen beslöt i enlighet med utskottets hemställan (rskr 1975/76:378).

Regeringen har därefter genom beslut den 10 juni 1976 uppdragit åt socialpolitiska samordningsutredningen att göra den begärda utredningen.

Socialpolitiska samordningsutredningen (S 1975:02)¹ har i januari 1979 överlämnat ett delbetänkande (SOU 1979:1) Utbyggt skydd mot höga vård- och läkemedelskostnader.

Utredningen redovisar där vissa undersökningar på området samt förslag i fråga om begränsning av egenkostnaden för öppenvård och läkemedel inom den allmänna försäkringens ram. En sammanfattning av utredningens förslag bör fogas till protokollet i detta ärende som *bilaga 2*.

Efter remiss har yttranden över betänkandet avgetts av socialstyrelsen, statens handikappråd, riksförsäkringsverket, statskontoret, riksrevisionsverket, statens arbetsgivarverk, Försäkringskasseförbundet, Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet, Apoteksbolaget AB, Svenska arbetsgivareföreningen (SAF), Landsorganisationen i Sverige (LO), Tjänstemännens centralorganisation (TCO), Centralorganisationen SACO/SR, Sveriges läkarförbund, Svenska läkaresällskapet, Apotekarsocieteten, Handikappförbundens centralkommitté (HCK), De handikappades riksförbund (DHR), Pensionärernas riksförbund och Svenska folkpensionärs riksförbund. Dessutom har yttranden inkommit från Riksförbundet mot allergi, Svenska psoriasisförbundet och Svenska diabetesförbundet.

En remissammanställning bör fogas till protokollet som *bilaga 3*.

2 Föredragandens överväganden

2.1 Allmänt

Utvecklingen under senare år inom sjukförsäkringens ersättningssystem vid vård och behandling har inneburit att patientavgifterna har begränsats och gjorts enhetliga. För att förhindra att försäkrade skall drabbas av höga kostnader på grund av att de har täta eller återkommande vårdbehov har flertalet sjukvårdshuvudmän infört en generell avgiftsbegränsning. Denna innebär att den försäkrade efter ett visst antal avgiftsbelagda besök i öppen offentlig vård blir befriad från avgift för resterande besök under året. Härigenom har de försäkrade fått ett visst skydd mot höga kostnader i samband med besök i den offentliga vården. Avgiftsbegränsningen följer dock inte enhetliga regler över hela landet utan varierar mellan de olika sjukvårdshuvudmännen. Detta innebär att kostnadsskyddet är olika beroende på var patienten är bosatt.

¹ Ledamöter: rättschefen Björn Sjöberg, riksdagsledamoten Elis Andersson, utredningssekreteraren Bo Carlsson, presidenten i försäkringsöverdomstolen Leif Ekberg, riksdagsledamöterna Doris Håvik, Helge Karlsson och Per-Eric Ringaby.

Beträffande läkemedel skiljer man f. n. mellan kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel. För att läkemedel skall tillhandahållas kostnadsfritt krävs att patienten lider av en långvarig och allvarlig sjukdom. Kostnadsfriheten för vissa läkemedel infördes år 1954. Till följd av bl. a. utvecklingen på läkemedelsområdet har kostnadsfriheten efter hand utökats så att den i dag omfattar läkemedel vid 32 olika sjukdomar. De läkemedel som är kostnadsfria finns upptagna på en speciell förteckning. Övriga läkarordinerade läkemedel tillhandahålls till rabatterade priser.

Frågan om ett utökat skydd mot höga vård- och läkemedelskostnader har varit uppe till debatt bl. a. i riksdagen. Härvid har i första hand diskuterats frågorna om införande av ett avgiftstak för den försäkrades årliga läkemedelskostnader samt möjligheterna att begränsa kostnaderna för en viss grupp, t. ex. psoriasis sjuka personer. Sjukdomen psoriasis har inte ansetts vara så allvarlig att den enligt nu gällande regler kan bli uppförd på förteckningen över sjukdomar som medför rätt till kostnadsfria läkemedel.

De patienter med långvariga och allvarliga sjukdomar som nu får kostnadsfria läkemedel har ett mycket gott skydd mot höga läkemedelskostnader. Samtidigt finns det andra stora grupper sjuka som har ett stort behov av läkemedel men vars sjukdomar inte uppfyller kraven att de skall vara långvariga och allvarliga. För dessa grupper medför reglerna om prisnedsatta läkemedel ett visst skydd mot höga läkemedelskostnader. Trots denna förmån har det ansetts önskvärt att dessa patienter får ett förbättrat skydd.

Samordningsutredningen har övervägt olika alternativ för att förstärka detta skydd. Inom ramen för de befintliga läkemedelsförmånerna finns det enligt utredningen två huvudlösningar. En metod är att utvidga möjligheterna att erhålla läkemedel kostnadsfritt. En annan metod är att införa ett tak för egenkostnaden per år för prisnedsatta läkemedel. Utredningen finner det mindre lämpligt att utvidga möjligheterna att erhålla kostnadsfria läkemedel.

På skäl som jag närmare kommer att redovisa i det följande finner jag, i likhet med utredningen, det inte vara någon lösning på frågan om man skulle utvidga förmånen av kostnadsfria läkemedel till att gälla generellt för vissa persongrupper.

Inte heller är det en framkomlig väg att utvidga kostnadsfriheten till ett antal nya sjukdomar eller läkemedel. Som utredningen redovisar går det inte att rättvist avgränsa kostnadsfriheten så att patienter med olika sjukdomar och läkemedelsbehov kostnadsmässigt behandlas lika.

I stället kan enligt utredningen ett tak införas för egenkostnaden per år för prisnedsatta läkemedel. Taket kan enligt utredningen bestämmas på grundval av endera den faktiska egenkostnaden eller antalet expeditionstillfällen för prisnedsatta läkemedel. Utredningen avvisar dock ett separat system för läkemedel och föreslår att ett kostnadsskydd för läkemedelskon-

sumenter samordnas med befintliga system för avgiftsnedsättning som omfattar läkarvård och sjukvårdande behandlingar.

Som tidigare har nämnts betalar patienterna enhetliga avgifter vid besök såväl inom den offentliga vården som hos privatläkare. Ersättningssystemet omfattar vård och behandling av läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster och andra vårdgivare hos offentlig sjukvårdshuvudman. Utredningen förordar, att alla dessa avgifter tillsammans med läkemedelskostnaderna får ingå i ett enhetligt system för begränsning av patientens årliga egenkostnad. Kostnadsskyddet skulle då fungera så att efter ett visst antal betalda vårdtillfällen och läkemedelsinköp skulle efterföljande vård och läkemedel ges kostnadsfritt under en tolv månadersperiod från första vårdtillfället eller inköpet.

Sjukvårdshuvudmännen och det övervägande antalet övriga remissinstanser är positiva till utredningens förslag att ett sådant samordnat högkostnadsskydd skall införas. Bl. a. Landstingsförbundet tillstyrker den föreslagna samordningen mellan rabatteringsystemet för läkemedel och det nuvarande systemet med sjukvårdskort.

Med hänsyn till att det redan nu finns ett flertal olika nedsättnings- och rabatteringsregler på vård- och behandlingssidan skulle ett separat system för läkemedelskostnaderna ytterligare komplicera ersättningssystemet. Jag förordar därför i likhet med utredningen att ett samordnat högkostnadsskydd införs.

I propositionen (1980/81:20) om besparingar i statsverksamheten m. m. har jag föreslagit att patientavgiften för läkemedel höjs från nuvarande nivå på 25 kr. till högst 40 kr. per inköpstillfälle. Genom ett samordnat högkostnadsskydd kommer de grupper som har stort behov av sjukvård och läkemedel att endast i begränsad utsträckning drabbas av denna höjning.

Mot bakgrund av utredningens förslag och remissyttrandena lägger jag, efter samråd med statsrådet Holm, fram ett förslag till ett samordnat högkostnadsskydd. Skyddet skall vara individuellt och innebära att personer som haft kostnader för ett visst antal läkemedelsinköp eller besök hos läkare och sjukgymnaster i privat eller offentlig tjänst eller andra vårdgivare hos en sjukvårdshuvudman blir befriade från kostnader under resten av en tolv månadersperiod från första inköpet eller besöket. Samtliga barn i en familj bör få ett gemensamt kostnadstak. De nya reglerna bör träda i kraft den 1 juli 1981.

2.2 Högkostnadsskyddets närmare utformning

2.2.1 Personkrets och omfattning

Utredningen föreslår att den skyddade personkretsen skall vara densamma som omfattas av den allmänna försäkringens sjukvårdsförmåner och beträffande läkemedelsförmåner även de som här i riket är i allmän eller enskild tjänst. Vidare föreslås högkostnadsskyddet utöver läkemedelsinköp

innefatta all vård och behandling som berättigar till ersättning från den allmänna försäkringen och där en patientavgift betalas. Härmed avses besök för läkarvård eller sjukvårdande behandling i öppen offentlig vård samt läkarvård och sjukgymnastbehandling i privat regi. Med besök avses även hembesök. Vidare avses rådfrågning per telefon hos läkare och privatpraktiserande sjukgymnaster samt läkarbesök och behandlingar inom företagshälsovården i den mån de är belagda med avgift.

Utredningens förslag i denna del godtas av flertalet remissinstanser. Flera remissinstanser, däribland Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet, LO och DHR, understryker angelägenheten av att ytterligare överväganden görs beträffande möjligheten att inordna sjukresor i det samordnade högkostnadsskyddet. Några remissinstanser anser att även patientkostnaden för tandvård borde inrymmas i systemet.

Beträffande sjukresor är jag, bl. a. med hänsyn till pågående utredningsarbete inom utredningen (S 1979:09) om sjukförsäkringens ersättningssystem vid sjukresor, f. n. inte beredd att förorda att dessa skall ingå i ett samordnat högkostnadsskydd. För tandvård betalar patienten en avgift som står i förhållande till tandläkarens arvode och inte ett enhetligt belopp. Med hänsyn bl. a. till denna annorlunda utformning av patientavgifterna anser jag det inte möjligt att i detta sammanhang inordna tandvården i högkostnadsskyddet. Mot bakgrund av vad jag nu har anfört tillstyrker jag utredningens förslag, dock bör käkoperationer o. d. för vilka ersättning utgår enligt bestämmelser i läkarvårdstaxan ingå i det samordnade högkostnadsskyddet.

2.2.2 Konstruktion av egenkostnadstaket

Kostnadstaket kan enligt utredningen utformas på två olika sätt. Endera skall patientens kostnader för läkarbesök, läkemedelsinköp m. m. läggas samman eller så skall antalet besök m. m. läggas samman. Utredningen förordar det senare alternativet. Utredningen föreslår att ett läkemedelsinköp jämföras med ett läkarbesök medan två sjukvårdande behandlingar liksom två telefonrådförfrågningar hos en läkare eller privatpraktiserande sjukgymnast skall motsvara ett läkemedelsinköp eller läkarbesök. Denna indelning föranleds av patientavgiftens relativa storlek i de olika fallen.

Förslaget att karensen i högkostnadsskyddet skall grundas på antalet vårdbesök och läkemedelsinköp och inte på kostnaderna vid varje tillfälle tillstyrks eller lämnas utan erinran av remissinstanserna.

Även jag ansluter mig till förslaget att antalet besök och inköp skall vara avgörande och läggas samman på det sätt utredningen föreslår.

2.2.3 Vårdkostnader för barn

Ett högkostnadsskydd kan knytas till individen, eller i förekommande fall till familjen. Med hänsyn till svårigheterna att bedöma om exempelvis sammanboende föreligger anser utredningen det vara omöjligt att utgå från familjen. Utredningen föreslår därför att det samordnade högkostnadsskyddet skall vara individuellt. Från huvudregeln bör dock enligt utredningen ett undantag göras för barns vårdkostnader. Utredningen föreslår att kostnadstaket skall gälla individuellt för varje förälder men gemensamt för samtliga barn under 16 år i familjen. I fråga om utformningen av de närmare bestämmelserna för barns familjetillhörighet hänvisar utredningen till de regler som gäller för föräldraförsäkringen.

Flertalet remissinstanser tillstyrker eller lämnar utredningens förslag utan erinran. Handikapprådet framhåller att man bör knyta förmånen till vårdnadshavaren i de fall vårdnadshavaren och något eller några barn har samma ärftliga sjukdom. Riksrevisionsverket anser att man borde ha prövat möjligheten att införa kostnadsfrihet för barn. Detta med hänsyn i första hand till administrativa fördelar.

På de av utredningen anförda skälen och även principiella överväganden förordar jag att högkostnadsskyddet utformas så att det blir individuellt. Beträffande vård- och läkemedelskostnader för barnen kan det emellertid enligt nuvarande regler bli betungande utgifter för en familj med flera barn. För att minska kostnaderna för barnfamiljerna bör därför på det sätt utredningen har föreslagit kostnadstaket vara gemensamt för samtliga barn i en familj. Vid bestämmande av barnens familjetillhörighet bör samma regler gälla som för föräldraförsäkringen. Härigenom bör några problem inte uppkomma vid bestämmande av vilka barn som gemensamt äger rätt till kostnadsskydd. Som jag nyss har nämnt skall föräldrarna behandlas individuellt.

2.2.4 Beräkningstid

Det samordnade högkostnadsskyddet bör såsom tidigare nämnts avse kostnaderna under en period av ett år. Med hänsyn bl. a. till att sjukvårdshuvudmännens generella avgiftsnedläggning baseras på löpande år föreslår utredningen att även det samordnade högkostnadsskyddet grundas på en löpande giltighetstid av ett år efter första besöket eller inköpet.

Jag ansluter mig till utredningens förslag i denna del.

2.3 Kostnadsfria läkemedel

Såsom tidigare har nämnts är vissa läkemedel helt kostnadsfria. Som socialstyrelsen framfört i ett yttrande till socialförsäkringsutskottet (se SfU 1975/76:42) har betydelsen av kostnadsfriheten minskat, framför allt sedan

systemet med prisnedsättning av läkemedel kompletterats med ett absolut tak för patientens kostnad för de läkemedel som expedieras vid ett och samma tillfälle. Betydelsen minskar ytterligare, anför styrelsen, genom att många patienter som har rätt till kostnadsfria läkemedel dessutom behöver andra läkemedel, vilka ordinerar samtidigt enligt reglerna för prisnedsatta läkemedel. Samtliga läkemedel som ordinerar av en läkare vid ett tillfälle och som inköps samtidigt sammanräknas vid uträkningen av läkemedelsrabatten. I dessa fall får kostnadsfriheten för en del av läkemedlen vanligen ingen praktisk betydelse för patienten.

Utredningen konstaterar att förmånen av kostnadsfria läkemedel är grundad på hur allvarlig och långvarig sjukdomen är. I förarbetena till gällande lag talas om att kostnadsfrihet skall ges för ett fåtal kvalificerade och specificerade sjukdomar som enligt vetenskap och beprövad erfarenhet kan behandlas med vissa livsviktiga läkemedel. Det fordras därför en bedömning även av läkemedlets livsnödvändighet. Detta medför att vissa sjuka, även om de har begränsad läkemedelskonsumtion, erhåller kostnadsfria läkemedel medan andra sjuka med kanske höga kostnader inte omfattas. Stora grupper sjuka med läkemedelsbehov står utanför förmånen. Detta gäller t. ex. psoriasis sjuka, reumatiker, allergiker och njursjuka.

Om även dessa grupper sjuka skall omfattas av kostnadsfriheten är det enligt utredningen nödvändigt att förteckningen som anger rätten till kostnadsfrihet byggs ut med ett antal nya sjukdomar och läkemedel. Oavsett hur man definierar ett nytt sjukdomsbegrepp kommer dock alltid problem att uppkomma vid gränsdragning mellan de sjukdomar som omfattas av och de som fortfarande står utanför kostnadsfriheten. Detta problem kommer alltid att kvarstå om man inte har för avsikt att låta läkemedel för samtliga sjukdomar bli kostnadsfria. Om man i stället väljer att införa fria läkemedel för vissa utsatta grupper, exempelvis pensionärer, barn och ungdomar, kan man enligt utredningen inte undvika att en mängd personer får det förstärkta stödet utan att ha behov av det. Detta samtidigt som flera andra patientgrupper inte skulle omfattas av stödet.

Mot denna bakgrund har utredningen ställt frågan om det finns skäl att bibehålla den nuvarande förmånen av kostnadsfrihet för vissa läkemedel efter ett genomförande av det föreslagna systemet med ett samordnat högkostnadsskydd för vård- och läkemedelskostnader.

Utredningen konstaterar att det blir inga eller obetydliga kostnadsökningar för flertalet patienter med kostnadsfria läkemedel om kostnadsfriheten tas bort. Införs samtidigt ett samordnat högkostnadsskydd synes det som om antalet personer som får en kostnadshöjning reduceras och stora grupper får enligt beräkningarna totalt sett lägre vård- och läkemedelskostnader.

Utredningen anser det önskvärt från samordningssynpunkt att ett generellt och enhetligt högkostnadsskydd inte behöver kompletteras med särregler för vissa sjuka. Upphör den kostnadsfria läkemedelsförmånen kan utgifterna för förmånen tillsammans med kostnaderna för de nuvarande

sjukvårdskorten omfördelas till ett generellt högkostnadsskydd som blir oberoende av diagnos, inriktningen av vårdbehovet, typ av läkemedel osv., men som ändå kan utnyttjas av stora grupper av dem som nu har kostnadsfria läkemedel. Det kan därför hävdas, att inriktningen av stödet till de allvarligt och långvarigt sjuka med stort läkemedelsbehov blir oförändrad. I huvudsak är det endast stödsystemet som omgestaltas och blir mera rättvist i förhållande till faktisk vårdkonsumtion. Olika grupper av sjuka jämföras i försäkringshänseende genom att enbart antalet vårdtillfällen etc. blir avgörande för högkostnadsskyddet.

Mycket talar enligt utredningen således för att de kostnadsfria läkemedlen bör överföras till prisnedsatta och inordnas i ett gemensamt högkostnadsskydd. Särskilt kan man peka på den begränsade betydelse kostnadsfriheten skulle få framöver. De efter hand växande tillämpningssvårigheter som förmånen av kostnadsfria läkemedel medfört och som redovisas i betänkan-det, avsnitt 3.1, är också ett skäl till att söka komma ifrån det nuvarande splittrade systemet. Dessutom bör beaktas att vård- och läkemedelsbehov ändras efter hand och att förskrivningsvanor och besöksmönster kan påverkas av nya ersättningsregler.

Utredningen redovisar två alternativ för införandet av ett gemensamt kostnadsskydd. Utredningens första alternativ innebär ett avskaffande av kostnadsfriheten för vissa läkemedel och ett överförande av dessa till den prisnedsatta sektorn.

Detta alternativ tillstyrks av bl. a. socialstyrelsen, riksförsäkringsverket, Landstingsförbundet, Apoteksbolaget, SAF, LO, TCO, DIIR och PRO. Socialstyrelsen framhåller som skäl för sitt ställningstagande att problemen med att avgränsa förmånen av kostnadsfria läkemedel fortsätter att öka. Vidare innebär det första alternativet enligt socialstyrelsen ett rättvisare högkostnadsskydd. Landstingsförbundet anser att patienter som f. n. erhåller kostnadsfria läkemedel övergångsvis bör få behålla denna förmån.

Utredningens andra alternativ – med bibehållen kostnadsfrihet för vissa läkemedel enligt nu gällande regler – tillstyrks av bl. a. statens handikapp-råd, HCK och Svenska Diabetesförbundet. Handikapprådet understryker i sitt remissvar att de kostnadsfria läkemedlen är en viktig förmån framför allt för diabetiker, allergiker och epileptiker och menar att utredningens första alternativ skulle innebära en kraftig försämring för dessa grupper. Svenska Diabetesförbundet, som anser att det första alternativet innebär en försämring för diabetikerna, förutsätter att denna grupp kompenseras för merkostnader med handikappersättning resp. vårdbidrag om kostnadsfriheten för vissa läkemedel avskaffas.

För egen del vill jag anföra följande.

Som jag tidigare har anfört kan ett fullständigt skydd mot höga läkemedelskostnader inte vinnas genom att förteckningen över de kostnadsfria läkemedlen utökas. Detta innebär att även i fortsättningen vissa grupper

får helt fria läkemedel medan andra grupper hänvisas till prisnedsättnings-systemet. De undersökningsresultat som utredningen framlägger visar att personer som erhåller kostnadsfria läkemedel i stor utsträckning även använder prisnedsatta läkemedel. Av Tierpundersökningen (se betänkandet s. 83) framgår att knappt en procent av befolkningen har fått enbart kostnadsfria läkemedel. Om de kostnadsfria läkemedlen överförs till prisnedsatta läkemedel skulle samtliga grupper av sjuka med stor läkemedelsförbrukning behandlas lika oavsett sjukdomens art. Ett genomförande av ett samordnat högkostnadsskydd för vård- och läkemedelskostnader på det sätt jag har föreslagit torde innebära att en majoritet av de personer som nu har kostnadsfria läkemedel får antingen sänkta eller oförändrade totala kostnader även om kostnadsfriheten för vissa läkemedel skulle tas bort. Denna effekt beror på att dessa personer även i stor utsträckning gör läkarbesök och inköp av andra läkemedel än kostnadsfria, och således kommer att omfattas av det föreslagna samordnade högkostnadsskyddet för sjukvårds- och läkemedelskostnader.

Många skäl talar därför enligt min mening för att kostnadsfriheten tas bort. Med hänsyn till att kostnadseffekterna för personer som i dag har kostnadsfria läkemedel skulle skifta betydligt, beroende på vilken sjukdom de lider av, är jag dock inte beredd att nu föreslå ett avskaffande av kostnadsfriheten för vissa läkemedel utan förordar att de nuvarande reglerna om kostnadsfrihet tills vidare får kvarstå i avbidan på att verkningarna av det nya systemet kan överblickas. Ett samordningsproblem uppkommer emellertid härigenom, nämligen följande.

Det föreslagna skyddet mot höga vård- och läkemedelskostnader skall såsom nämnts omfatta de inköp och besök patienten erlagt avgifter för. De personer som har rätt till kostnadsfria läkemedel kan därför inte kvalificera sig för högkostnadsskydd annat än i den mån de gör vårdbesök eller ordineras andra läkemedel än kostnadsfria. Det kan dock vara fördelaktigt för dessa att köpa samtliga läkemedel enligt reglerna om prisnedsättning i stället för att erhålla vissa kostnadsfritt. Det är därför lämpligt att dessa personer erbjuds en möjlighet att om de så önskar få köpa samtliga läkemedel enligt reglerna om prisnedsättning. Härigenom kan dessa inköp tillgodoräknas dem för att uppnå det föreslagna högkostnadsskyddet. Jag föreslår därför att, samtidigt som förmånen av kostnadsfria läkemedel kvarstår, det öppnas en möjlighet att avstå från denna och i stället erlagga avgift även för dessa läkemedel enligt bestämmelserna för prisnedsatta läkemedel. Jag återkommer till denna fråga i specialmotiveringen.

I detta sammanhang vill jag tillfoga att förteckningen över de kostnadsfria läkemedlen på samma sätt som sker f. n. kommer att revideras med hänsyn till tillkomsten av nya läkemedel.

2.4. Högkostnadsskyddets nivå

Enligt utredningen bör högkostnadsskyddet bl. a. medföra en begränsning av patientens egna kostnader som någorlunda överensstämmer med sjukvårdshuvudmännens nuvarande avgiftsnedsättning. Vidare bör kostnadsbefrielsen ge den försäkrade ett rimligt antal kostnadsfria vårdbesök eller läkemedelsexpeditioner.

En övergång från de olika landstingskommunernas system för nedsättning av patientavgifterna till ett samordnat högkostnadsskydd kan få olika följder i skilda sjukvårdsområden. Utredningen har i sin granskning av tänkbara effekter främst tagit hänsyn till det mest utbredda systemet, dvs. det som Landstingsförbundet har rekommenderat. (Jfr bilaga 1 sid. 5).

Utredningen har prövat fyra tänkbara nivåer för högkostnadsskyddet nämligen 10, 12, 15 resp. 20 läkarbesök och läkemedelsinköp under ett år.

Utredningen konstaterar att några närmare beräkningar inte kan göras av hur ett högkostnadsskydd utfaller för de personer som omfattas av sjukvårdshuvudmännens avgiftsbegränsning. Vid nivån 10 besök eller inköp i ett samordnat högkostnadsskydd skulle dock enligt utredningen flertalet av dem som i dag kan utnyttja sjukvårdskort få sänkta kostnader. Endast några procent skulle få höjda egenkostnader. Införs ett 15-kort får vid övergången 20–30 % av de personer som har sjukvårdskort höjda egenkostnader. Övriga får sänkta eller oförändrade kostnader.

En låg nivå kan enligt utredningen innebära att personer med i stort sett genomsnittlig vårdkonsumtion blir berättigade till högkostnadsskydd, vilket i sin tur leder till en tungrodd administration med betydande kostnader. Å andra sidan kan en alltför hög nivå medföra att det fåtal som skyddas och det begränsade stöd som ges inte står i rimligt förhållande till bl. a. de administrativa insatser som fordras.

Utredningen har som tidigare nämnts (avsnitt 2.1) redovisat två alternativ vid införandet av ett gemensamt högkostnadsskydd.

Vid alternativet att avskaffa kostnadsfriheten för läkemedel förordar utredningen att nivån för högkostnadsskyddet bestäms till 15 vårdbesök eller läkemedelsinköp. Denna nivå ger enligt utredningen ett acceptabelt tak för de försäkrades egenkostnader för vård och behandling under ett år. Den erhållna kompensationsnivån (37 %) överensstämmer någorlunda med de befintliga sjukvårdskorten. Antalet försäkrade som beräknas bli omfattade av skyddet synes väl avvägt mot den administration som behövs. Fördelarna med en samordning av högkostnadsskyddet uppnås till i stort sett oförändrade samhällskostnader.

Om kostnadsfriheten behålls förordar utredningen att det mest realistiska alternativet vore nivån 12 vårdbesök eller inköp. Motivet till denna nivå är enligt utredningen främst en strävan att anpassa högkostnadsskyddet till nu gällande sjukvårdskort samt målet att skapa ett neutralt skydd. Personer med

sjukdomar som föranleder hög vård- och läkemedelskonsumtion, men som inte erhåller kostnadsfria läkemedel, ges enligt utredningen vid nivå 12 besök eller inköp ett stöd som närmar sig det som ges personer med kostnadsfria läkemedel. Till skillnad från det första alternativet föranleder emellertid detta alternativ höjda kostnader för samhället.

Remissopinionen är som förut redovisats kluven inför utredningens två huvudalternativ, dvs. högkostnadsskydd utan resp. med bibehållen kostnadsfrihet för vissa läkemedel. Även bland de remissinstanser som stannat för vart och ett av huvudalternativen skiljer sig emellertid meningarna i frågan om den lämpliga nivån för ett högkostnadsskydd.

För egen del förordar jag, med hänsyn till den tillgängliga kostnadsramen och för att få en lämplig storlek på den skyddade personkretsen, att nivån bestäms till 15 besök eller inköp. Vid denna nivå i ett samordnat högkostnadsskydd kommer den försäkrade att få en genomsnittlig högsta årlig kostnad av mellan 400 och 500 kr. med utgångspunkt i de i detta förslag angivna avgiftsnivåerna. Till följd av att de förskrivna läkemedlen inordnas i det nu föreslagna generella högkostnadsskyddet kommer stora grupper att få sänkta kostnader. Jag avser de patienter som f. n. erhåller landstingens sjukvårdskort men därutöver behöver göra många läkemedelsinköp. Det gäller också de grupper av sjuka som i dag har höga kostnader enbart för läkemedel.

Enligt min mening bör det gemensamma högkostnadsskyddet kunna få en viss positiv effekt även när det gäller att motverka onödig förskrivning av läkemedel. Genom det föreslagna systemet minskar patientens motiv att begära flera läkemedel eller stora mängder läkemedel på samma recept. Framför allt måste man emellertid lita till att läkarna och tandläkarna visar nödig omsorg när det gäller att ordinera läkemedel. I samband med införandet av ett gemensamt högkostnadsskydd kan det vara lämpligt att socialstyrelsen intensifierar sin information till läkare med syfte att mana till återhållsamhet med förskrivning av stora mängder läkemedel. Socialstyrelsen har också möjlighet att t. ex. stickprovsvis kontrollera läkarnas förskrivningsvanor.

2.5 Administration

2.5.1 Registrering

Utredningen har övervägt möjligheterna att göra högkostnadsskyddet automatiskt verkande. Ett sådant system skulle dock förutsätta central registrering och sammankoppling av allmänhetens alla läkarbesök, behandlingsbesök och läkemedelsinköp. Detta är inte möjligt f. n. Utredningen konstaterar också att en samkörning av olika medicinska data för försäkringsändamål kan föranleda erinringar från integritetssynpunkt.

Ett samordnat högkostnadsskydd måste därför, i likhet med sjukvårdshu-

vudmännens generella avgiftsnedsättning, under överskådlig tid bygga på att den försäkrade själv dokumenterar sina betalade vård- och behandlingsbesök och läkemedelsinköp. Detta bör enligt utredningen ske genom att besöken och inköpen antecknas på en handling som handhas av den försäkrade.

Blanketter till registreringshandlingar måste enligt utredningen finnas tillgängliga på alla apotek och på alla vårdinrättningar som meddelar sådan vård som berättigar till avgiftsbefrielse. Det gäller således även privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster samt sådana företagshälsovårdsmottagningar, där den anställde måste erlagga patientavgift.

Landstingsförbundet rekommenderar för nuvarande kostnadsbegränsning två alternativa system (bilaga 1 avsnitt 2.1). Det ena av de två systemen överensstämmer med det av utredningen föreslagna, dvs. inköpen och besöken antecknas på ett registerkort som den försäkrade har med sig. Enligt det andra systemet får patienten vid sina besök en särskild kopia av den blankett som gäller för sjukvårdsersättning enligt AFL. Han sparar dessa kopior, som sedan tjänar som bevis för att antalet besök som behövs för kostnadsfrihet har uppnåtts.

Administrationen av det samordnade högkostnadsskyddet förutsätter ett väl fungerande samarbete mellan sjukvårdshuvudmännen, Apoteksbolaget och riks försäkringsverket. Under beredningen av detta ärende i socialdepartementet har därför samråd skett med Landstingsförbundet, Apoteksbolaget och riks försäkringsverket. Kontakter har också tagits med Sveriges läkarförbund och Legitimerade sjukgymnasters riksförbund.

I valet mellan att ha en separat registreringshandling och att spara kvitton över erlagda avgifter förordar jag, mot bakgrund av vad jag tidigare har anfört och vad som framkommit vid nämnda överläggningar, att besök och inköp antecknas på en registreringshandling.

2.5.2 Beslut om avgiftsbefrielse

Utredningen har föreslagit att försäkringskassorna fattar beslut om avgiftsbefrielse och utfärdar frikort.

Riks försäkringsverket har föreslagit att något formellt beslut inte skall fattas angående rätten till fria besök och läkemedel. En registreringshandling skulle när den försäkrade uppnått erforderligt antal registreringar direkt övergå till att utgöra ett frikort. Detta förslag är enligt min mening en administrativ förenkling. Det är emellertid angeläget att möjligheter skapas att få en överblick av det totala antalet frikort i landet och även av fördelningen mellan vårdbesök och läkemedelsinköp. Därför bör enligt min mening någon form av rapportering och central statistik kunna göras över utfärdade frikort. Härigenom kan en uppföljning ske av hur det nya systemet utvecklas, vilka grupper som omfattas av frikortet etc.

Såsom tidigare har nämnts är avsikten att det samordnade högkostnads-

skyddet bl. a. skall vara generellt och samtidigt enhetligt över hela landet. Jag förutsätter därför att några större problem inte skall uppkomma vid bedömningen av om den försäkrade uppnått kostnadsbefrielse.

Registreringarna på handlingen bör enligt min mening liksom nu göras av den personal som tar upp patientavgifter, dvs. personal vid offentliga öppna mottagningar, apotek och hos sådana privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster som finns upptagna på försäkringskassans förteckning samt personal vid företagshälsovårdsmottagningar. Något särskilt formellt beslut därutöver behövs inte, utan den som gör den sista notering som behövs för att få kostnadsbefrielse kan samtidigt utfärda beviset om kostnadsbefrielse.

Den enskilde bör alltså i normalfallet, omedelbart efter det han har fått erforderligt antal registreringar, kunna få ett bevis om uppnådd kostnadsbefrielse utan att behöva anlita försäkringskassan. Skulle i något fall vård- eller apotekspersonalen finna det tveksamt om villkoren för kostnadsbefrielse är uppfyllda såsom patienten anser bör denne dock hänvisas till försäkringskassan för närmare bedömning av ärendet. Om kassan inte kan godta den enskildes yrkanden bör ett formellt avslagsbeslut fattas, som sedan kan överklagas i vanlig ordning till försäkringsrätt och försäkringsöverdomstolen.

I likhet med utredningen anser jag att det bör ankomma på den försäkrade att styrka sin rätt till kostnadsbefrielse. Om registreringshandling har förkommit bör kvitton på erlagda avgifter för besök eller inköp godtas. Som utredningen har antytt finns det ingen anledning att anta att tendenser till missbruk skall göra sig gällande i fråga om högkostnadsskyddet och patientens uppgifter bör därför av försäkringskassan prövas i generös anda. Det måste dock äligga den enskilde att förvara registreringshandling på ett betryggande sätt.

2.6 Ikraftträdande och kostnader

De nya reglerna för ett samordnat högkostnadsskydd bör träda i kraft den 1 juli 1981.

I samband med införandet av de nya reglerna är det såsom utredningen påpekat viktigt att information ges om den föreslagna reformens innebörd. Det ankommer på riksförsäkringsverket att i samråd med sjukvårdshuvudmännen, Apoteksbolaget och andra berörda organ svara för att en sådan kommer till stånd och för att de anvisningar, blanketter m. m. som behövs för administrationen av högkostnadsskyddet utarbetas.

Vid införandet av det samordnade högkostnadsskyddet bör sjukvårdshuvudmännen ha möjlighet att låta de patienter som erhållit sjukvårdskort innan det nya systemet träder i kraft få använda detta enligt samma regler som tidigare så länge kortet är giltigt. Det bör inte heller vara något hinder för sjukvårdshuvudmännen att under en övergångstid efter det att högkostnadsskyddet trätt i kraft utfärda nya sjukvårdskort till de patienter som vid

ikraftträdandet saknar någon enstaka registrering. Detta för att undvika alltför skarpa gränsdragningar i samband med införandet av det nya systemet.

Genom att kostnadsbefrielsen enligt vad jag tidigare föreslagit skall gälla årsvis från det första besöket eller inköpet kan den försäkrade då under en övergångstid välja det för honom förmånligaste alternativet. I den mån den försäkrade till följd av innehav av sjukvårdskort inte erlägger någon betalning för vårdbesök kan han enligt de föreslagna reglerna inte heller tillgodoräkna sig någon registrering enligt det nya systemet. Däremot bör den försäkrade ha rätt att tillgodoräkna sig betalda besök i det nya systemet, oberoende av om sjukvårdshuvudmannen övergångsvis tillåter att samma besök registreras för erhållande av sjukvårdskort.

Enligt utredningens beräkningar kommer ett högkostnadsskydd med den utformning som jag här har förordat att vid maximalt utnyttjande omfatta ca 300 000 personer. Kostnadsökningen i jämförelse med nuvarande kostnader skulle därvid bli omkring 30 milj. kr. per år. Det reella utnyttjandet beräknas dock ligga något lägre. När hänsyn tas till de föreslagna höjda läkemedelsavgifterna fr. o. m. den 1 januari 1981 kan det här föreslagna högkostnadsskyddet beräknas innebära en merkostnad för samhället på 25–45 milj. kr. beroende på nyttjandegraden.

När det gäller olika vårdgivargrupper innebär det nya systemet att försäkringskassan får ersätta privatpraktiserande läkare, sjukgymnaster och arbetsgivare med vilken försäkringskassan träffat överenskommelse om ersättning för förctagshäsovård för bortfallet av patientavgifter. Detsamma gäller Apoteksbolaget som i fortsättningen skall ha ersättning från riksförsäkringsverket inte bara för rabatteringen av läkemedel utan dessutom för den återstående läkemedelskostnaden för den som har frikort. I gengäld minskar ersättningen till apoteken med de avgifter som tillkommer i den mån det sker en övergång från de kostnadsfria läkemedlen till prisnedsatta.

När det gäller de offentliga sjukvårdshuvudmännen är det enligt min mening inte möjligt att närmare beräkna de kostnadsmissiga effekterna av det utvidgade högkostnadsskyddet. Jag räknar dock inte med att det för sjukvårdshuvudmännen skall medföra några nämnvärda förändringar jämfört med det system med sjukvårdskort som finns f. n. Som jag tidigare har nämnt har det under beredningen av detta ärende skett visst samråd under hand med bl. a. Landstingsförbundet. Avsikten är att återkomma till genomförandet av det gemensamma högkostnadsskyddet vid de överläggningar som inom kort kommer att tas upp om ersättningarna från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen för tiden efter år 1981.

3 Upprättat lagförslag

I enlighet med vad jag nu har anfört har inom socialdepartementet upprättats förslag till

lag om begränsning av läkemedelskostnader m. m.

4 Specialmotivering till lagförslaget

Avgiften för de vårdbesök och kostnaderna för de läkemedelsinköp som enligt mitt förslag skall ingå i ett samordnat högkostnadsskydd regleras f. n. i tre olika författningar, nämligen läkarvårdstaxan (1974:699), förordningen (1976:1018) med taxa för sjukvårdande behandling m. m. (behandlingstaxan) och lagen (1954:519) om kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel m. m. Jag föreslår att lagen (1954:519) om kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel m. m. ersätts med en ny lag, där också reglerna om det samordnade högkostnadsskyddet tas in. Hänvisning till denna lag kan därefter göras i läkarvårdstaxan och behandlingstaxan såvitt avser reglerna om kostnadsbefriade vård- och behandlingsbesök.

4.1 Förslag till lag om begränsning av läkemedelskostnader m. m.

1–6 §§

Dessa paragrafer motsvarar i huvudsak 1–3, 3 a, 3 c och 4 §§ i lagen (1954:519) om kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel m. m.

Förmånen av kostnadsfria läkemedel skall såsom tidigare angivits kvarstå. I den mån en person som har rätt till kostnadsfria läkemedel önskar avstå från denna förmån kan han dock erlagga avgift enligt reglerna om prisnedsättning i 3 §.

Enligt förordningen (1954:735) om kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel m. m. skall förskrivning av kostnadsfria läkemedel ske på en särskild receptblankett (läkemedelskort) som skiljer sig från den blankett som används för prisnedsatta läkemedel. När kunden på apotek visar upp läkemedelskortet utlämnas däri angivna läkemedel kostnadsfritt. Frågan om ett läkemedel ges kostnadsfritt eller med prisnedsättning avgörs således i praktiken av den läkare som förskriver medlet. Den patient som önskar avstå från kostnadsfriheten och i stället erlagga avgift enligt reglerna om prisnedsättning av läkemedel bör därför upplysas om denna möjlighet så att han kan ange detta för läkaren i samband med förskrivningen av medlet.

I den mån patienten önskar åtnjuta kostnadsfrihet sker förskrivningen såsom f. n. på ett läkemedelskort. Om patienten däremot – för att kunna tillgodoräkna sig inköpet som kvalificerande för högkostnadsskyddet enligt 7 § – önskar avstå från kostnadsfriheten gör läkaren en förskrivning på en vanlig receptblankett som är fastställd för prisnedsatta läkemedel.

Med den nu föreslagna lösningen är det enbart läkaren som ordinerar läkemedlet som – i samråd med patienten – i de aktuella fallen behöver ta ställning till om reglerna om kostnadsfrihet enligt 2 § eller om prisnedsättning enligt 3 § skall tillämpas.

7 §

Paragrafen innehåller reglerna för högkostnadsskyddet. För att uppnå ett skydd får de prisnedsatta läkemedel som avses i 3 § denna lag inräknas.

Däremot medräknas inte de medel som ordineras enbart i födelskontrollerande syfte (4 §) och inte heller prisnedsatta s. k. specialdestinerade livsmedel (5 §).

Den läkarvård som avses i 2 kap. 2 § lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) regleras närmare i läkarvårdstaxan (1974:699) och den sjukvårdande behandling som avses i 2 kap. 6 § AFL i förordningen (1976:1018) med taxa för sjukvårdande behandling m. m. (behandlingstaxa). Företagshälsövården regleras i 2 kap. 7 § andra stycket AFL. Skyddet omfattar endast vårdbesök för vilka patientavgifter skall betalas enligt läkarvårds- och behandlingstaxorna samt företagshälsövård. För oralkirurgisk behandling m. m. utgår jämlikt 20 § tandvårdstaxan (1973:638) ersättning under vissa förutsättningar enligt bestämmelserna i läkarvårdstaxan. Skyddet omfattar härigenom även denna form av behandling. I patientavgiften innefattas givetvis även tilläggsavgifter som patienten skall betala enligt nämnda författningar. Med läkarbesök och besök för sjukvårdande behandling avses både besök på mottagning för öppen vård och hembesök.

Olika slag av vårdbesök får räknas samman med varandra och med läkemedelsinköp för att taket för egenkostnaden skall uppnås. Som framgår av paragrafens andra stycke jämställs därvid två värdtillfällen, där patientavgiften är lägre, med ett läkarbesök eller läkemedelsinköp. För att ett läkemedelsinköp skall inräknas fordras dock att det är prisnedsatt, dvs. att kunden har betalat mer än 20 kr.

För att vårdbesöket eller läkemedelsinköpet skall räknas fordras inte att den enskilde själv slutligen har fått stå för kostnaderna. Även om den enskildes arbetsgivare, till följd av ett avtal om sjukvårdsförmåner, lämnar ersättning för sådana avgifter får den enskilde tillgodoräkna sig vårdbesöket eller läkemedelsinköpet. Detsamma gäller om läkarvård eller läkemedel helt ersätts genom arbetsskadeförsäkringen.

När det gäller läkarvård och sjukvårdande behandling gäller ersättningsreglerna bara försäkrade. I fråga om läkemedel gäller däremot att inte bara försäkrade utan också personer som är i allmän eller enskild tjänst här i landet har rätt till prisnedsatta läkemedel. Sistnämnda grupp kommer att bli omfattad av högkostnadsskyddet såvitt avser läkemedel.

Som framgått av den allmänna motiveringen föreslås högkostnadsskyddet vara gemensamt för barn under 16 år i en familj. Föräldrabegreppet är detsamma som gäller enligt 4 kap. och 20 kap. 2 § AFL. Detta innebär att en fosterförälder är jämställd med en biologisk förälder. Av 4 kap. 8 § föräldrabalken följer vidare att lagens bestämmelser också gäller adoptivföräldrar. Härav följer att de barn som gemensamt kan kvalificera sig för kostnadsbefrielse är biologiska barn, adoptivbarn, styvbarn och fosterbarn. Förutsättningen är att föräldern eller föräldrarna gemensamt har barnen i sin vård. Med vård avses den faktiska vården av barnen. Om t. ex. två personer sammanbor och det i familjen finns dels ett gemensamt barn, dels barn till

den ene av dem, kan barnen gemensamt kvalificera sig för kostnadsfrihet. I det fall två personer sammanbor och har var sitt barn men inga gemensamma barn är enligt 20 kap. 2 § AFL den ene samboende inte att anse som förälder till den andres barn. Till följd härav skall inte dessa barn räknas samman.

I denna paragraf regleras de generella förutsättningarna för att erhålla kostnadsbefrielse. Den kostnadsbefrielse som avses i denna paragraf gäller för läkemedel som har ordinerats enligt första stycket. Motsvarande kostnadsbefrielse för vård och behandling avses regleras genom hänvisningar till denna paragraf i läkarvårdstaxan resp. behandlingstaxan.

8 §

I paragrafen har sammanförts bestämmelserna om vilka personer som omfattas av lagen. Någon ändring i förhållande till äldre lag har inte gjorts.

9 §

Denna paragraf motsvarar 3 b § lagen (1954:519) om kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel m. m. I paragrafen regleras ersättningen till personer som inköpt läkemedel i annat nordiskt land. Bestämmelsen innebär att personen får återbäring i efterhand med det belopp varmed hans kostnader överstiger vad han skulle fått betala i Sverige. Om en person som har ett gällande frikort inköper läkemedel i annat nordiskt land är han självfallet berättigad till återbäring av hela det erlagda beloppet. Ett läkemedelsinköp utanför Sverige ger däremot ingen rätt till markering för erhållande av högkostnadsskyddet.

10 och 11 §§

Dessa paragrafer motsvarar 5 § resp. 7 § lagen (1954:519) om kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel m. m.

12 §

Denna paragraf anger att de allmänna försäkringskassorna är behöriga att fatta beslut i frågor rörande högkostnadsskyddet när så behövs. Ett sådant beslut kan överklagas i den vanliga ordningen. Det förutsätts dock att kostnadsbefrielse normalt uppnås och erhålls utan att något särskilt beslut behöver fattas.

När en person har fått erforderligt antal registreringar på en handling bör det direkt kunna utläsas att kostnadsbefrielse har uppnåtts. Ett frikort utfärdas därefter. Detta frikort skall utfärdas av den personal som tar upp patientavgifter, dvs. personal vid offentliga öppna mottagningar och apotek samt sådana privata läkar- och sjukgymnastmottagningar som finns upptagna på försäkringskassans förteckning, till vilka försäkringskassan utger ersättning enligt 2 kap. 7 § andra stycket AFL. Något särskilt formellt beslut

därutöver behövs inte.

Det ankommer på den enskilde att visa att han gjort de läkarbesök m. m. som krävs för kostnadsbefrielse. I normalfallet behöver sjukvårds- eller apotekspersonal endast kontrollera att erforderligt antal registreringar har gjorts innan bevis om kostnadsbefrielse utfärdas. Vid utfärdande av frikort kan underlaget vara flera registreringshandlingar.

Om registreringshandlingen har förkommit bör den enskilde, genom att hos försäkringskassan uppvisa kvitton eller andra bevis om att betalning erlagts för vårdbesök eller läkemedel, kunna få markeringar på en ny handling. Ett påstående utan närmare precisering av när och var vårdbesöket eller läkemedelsinköpet gjordes bör normalt inte godtas som underlag för en anteckning på registreringshandlingen. I de fall den enskildes uppgifter inte kan godtas eller då det uppstår tveksamma situationer bör han alltid hänvisas till försäkringskassan för prövning av rätten till en markering.

En person har själv alltid möjlighet att bestämma vilket besök eller inköp som skall räknas som det första och därmed vara utgångspunkten för beräkning av giltighetstiden.

Övergångsbestämmelser

Som angivits i den allmänna motiveringen föreslås lagen träda i kraft den 1 juli 1981. De vårdbesök eller rabatterade läkemedelsinköp som görs efter detta datum får den enskilde tillgodoräkna sig för att erhålla det nu föreslagna högkostnadsskyddet. Såsom angivits i den allmänna motiveringen får en person däremot inte tillgodoräkna sig vårdbesök eller läkemedelsinköp gjorda före den 1 juli 1981.

5 Hemställan

Med hänvisning till vad jag nu anfört hemställer jag att regeringen föreslår riksdagen att antaga förslaget till lag om begränsning av läkemedelskostnader m. m.

6 Beslut

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och beslutar att genom proposition föreslå riksdagen att antaga det förslag som föredraganden har lagt fram.

Gällande bestämmelser m. m.

1 Ersättning enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring och därtill knutna författningar

Försäkrade enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) är svenska medborgare och i Sverige bösatta utlänningar.

Allmänna bestämmelser om försäkrads rätt till ersättning för läkarvård, tandvård, sjukhusvård, sjukresor och sjukvårdande behandling finns i 2 kap. AFL. Försäkrads rätt till kostnadsfria eller prisnedsatta läkemedel regleras i en särskild lag. Närmare bestämmelser om ersättning för vård och läkemedel finns i särskilda förordningar.

Ersättningsreglerna anger dels vilka avgifter som patienten skall betala, dels ersättningen från den allmänna försäkringen till vårdgivare resp. läkemedelsdistributör. Beskrivningen i det följande koncentreras på förstnämnda regler.

1.1 Läkemedelsförmåner

Framför allt lagen (1954:519) om kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel m. m. samt förordningen (1954:735) om kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel m. m. innehåller bestämmelser om ersättning till den enskilde för läkemedelskostnader.

Läkemedel utlämnas antingen kostnadsfritt eller till nedsatt pris om de ordinerats på recept av läkare eller tandläkare.

För att få kostnadsfria läkemedel skall man lida av långvarig och allvarlig sjukdom. De läkemedel som enligt denna förutsättning är kostnadsfria för den som tillhör sjukförsäkringen är upptagna i kungörelsen (1954:520) med förteckning över kostnadsfria läkemedel. I förteckningen, som regelbundet revideras av regeringen, har angivits vissa sjukdomar (f. n. 32) och för dessa sjukdomar de ämnen som läkemedlen skall innehålla som enda verksamma beståndsdel.

För andra läkemedel än dem som är kostnadsfria görs en nedsättning av fastställt pris. Detta gäller för den som tillhör sjukförsäkringen eller är i allmän eller enskild tjänst här i riket. Nedsättning görs på läkemedel som är samtidigt förskrivna och inköpta. Försäkringen svarar för halva kostnaden mellan 10 och 40 kr. och hela kostnaden över 40 kr. Högsta kostnaden per inköp för den enskilde blir därför 25 kr. Om ett recept skall gälla för flera inköpstillfällen, görs prisnedsättning för varje tillfälle. Förutom läkemedel avser bestämmelserna om prisnedsättning också medel som skrivs ut i enbart födelsekontrollerande syfte.

S. k. skyddsläkemedel lämnas till kvinnor och barn i anslutning till mödra- och barn- eller skolhälsovård. Regeringen har möjlighet att förordna att

sådana läkemedel skall vara kostnadsfria.

Vissa förbrukningsartiklar skall enligt kungörelsen (1972:189) om kostnadsfria förbrukningsartiklar vid sjukdom tillhandahållas kostnadsfritt. Det gäller t. ex. injektionssprutor och bandagematerial vid vissa allvarliga sjukdomar.

I smittskyddslagen (1968:231) finns en bestämmelse om kostnadsfria läkemedel vid behandling av venerisk sjukdom.

Från den 1 januari 1980 kan om regeringen så förordnar barn som inte fyllt 16 år få inköpa vissa livsmedel till nedsatt pris. Nedsättningen beräknas på samma sätt som för läkemedel.

Kostnaderna för tillhandahållande av förmåner enligt lagen om kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel bestrids av den allmänna försäkringen. Ersättningen utbetalas av riks försäkringsverket till Apoteksbolaget AB.

1.2 Läkarvårdsersättning

Ersättning utgår för utgifter för läkarvård vid sjukdom, som enligt läkare kräver sådan vård, och vid förlossning, om vården ombesörjs av staten, landstingskommun eller kommun, som inte tillhör landstingskommun (2 kap. 2 § AFL). Detsamma gäller om vården lämnas av läkare, som är uppförd på en av allmän försäkringskassa upprättad förteckning. Närmare bestämmelser finns i läkarvårdstaxan (1974:699). I denna taxa skiljer man på offentlig läkarvård, varmed avses läkarvård som ombesörjs av sjukvårdshuvudman, och annan läkarvård, vilket avser läkarvård som lämnas av privatpraktiserande läkare som är uppförd på försäkringskassornas förteckning över sådana läkare som har åtagit sig att följa taxans bestämmelser.

För offentlig läkarvård betalar försäkringskassan till sjukvårdshuvudmannen läkarvårdsersättning med 127 kr. för varje läkarbesök. Av patienten får tas ut en avgift på högst 20 kr. Beloppen inkluderar ersättning även för det första läkarbesök som sker med anledning av remiss samt för sådana röntgen- och laboratorieundersökningar m. m. som patienten blir remitterad till vid läkarbesöket. Meddelas vården vid läkares besök hos den sjuke kan en tilläggsavgift av 15 kr. tas ut av den försäkrade. Vid rådfrågning per telefon utgår endast patientavgift med 10 kr. Denna avgift tas dock i allmänhet ut endast om rådfrågningen leder till läkemedelsförskrivning och betalas då på apoteket i samband med att medicinen betalas.

Inom annan läkarvård än offentlig får läkare för varje patientbesök tillgodoräkna sig arvode med högst det belopp som anges i läkarvårdstaxan. Läkaren får i patientavgift ta ut högst 30 kr. Om läkaren har rätt till arvodeshöjning får i patientavgift tas ut 35 eller 40 kr. Vid läkares besök hos den sjuke får tas ut en tilläggsavgift av 10 kr. För telefonrådgivning utgör patientavgiften högst 15 kr. Skillnaden mellan läkararvodet och patientavgiften betalas av försäkringskassan direkt till läkaren i form av läkarvårdsersättning.

Undersökning eller behandling hos sjukvårdshuvudman efter remiss från försäkringsansluten privatpraktiserande läkare är avgiftsfri för patienten. Ersättning utgår från försäkringen till sjukvårdshuvudmannen med 147 kr. för varje sådan undersökning eller behandling. Vid remiss från företagshälsovårdsmottagning som registrerats hos allmän försäkringskassa är ersättningsbeloppet 127 kr. för varje remitterad patient och patientavgift får tas ut med högst 20 kr.

När en person ansöker om förtidspension, handikappersättning eller vårdbidrag kompletteras ansökan i allmänhet med ett läkarutlåtande. Bestämmelser om ersättning för bl. a. sådana läkarutlåtanden finns i en särskild förordning (1975:1157). Om utlåtandet utfärdas eller undersökningen genomförs av läkare anställd hos offentlig sjukvårdshuvudman utgår ersättning från sjukförsäkringen till huvudmannen med 127 kr. per undersökning eller utlåtande. I vissa fall betalar den försäkrade 20 kr. härav som patientavgift.

1.3 Ersättning för sjukvårdande behandling

Enligt 2 kap. 6 § AFL utgår ersättning för försäkrads utgifter för annan vård eller behandling i anledning av sjukdom än läkarvård, tandvård och sjukhusvård. Närmare bestämmelser härom finns numera i förordningen (1976:1018) med taxa för sjukvårdande behandling m. m. Man skiljer i förordningen mellan sjukvårdande behandling i offentlig vård och annan sjukvårdande behandling.

Med sjukvårdande behandling i offentlig vård avses sådan sjukvårdande behandling som ombesörjs av sjukvårdshuvudman. Arvodet för sjukvårdande behandling i offentlig vård är 70 kr. för varje besök. Patienten betalar högst 15 kr. i patientavgift och försäkringen betalar mellanskillnaden.

Med annan sjukvårdande behandling än i offentlig vård avses sådan sjukgymnastisk behandling som lämnas av privatpraktiserande sjukgymnast eller läkare som är uppförd på en av allmän försäkringskassa upprättad förteckning. Den som är ansluten till försäkringen får tillgodoräkna sig arvode med högst det belopp som anges i taxan. Patientavgift får tas ut med högst 20 kr. Sjukgymnast som har rätt till arvodeshöjning får dock ta ut 25 kr. i patientavgift. När vården ges vid besök hos den sjuke får en tilläggsavgift på 20 kr. tas ut. För telefonrådförfrågning utgår patientavgift med högst 10 kr. Försäkringskassan betalar skillnaden mellan arvode och patientavgift direkt till vårdgivaren genom behandlingsersättning.

1.4 Företagshälsovård

I 2 kap. 7 § andra stycket lagen om allmän försäkring (AFL) regleras gottgörelse från försäkringskassa till arbetsgivare/företagshälsovårdscentral som anordnar vård åt sina eller medlemsföretagens anställda. Enligt gällande

huvudregel för beräkning av gottgörelsebelopp – fastställd i kungl. brev den 12 december 1955 till dåvarande riksförsäkringsanstalten – får gottgörelsen bestämmas till högst hälften av arbetsgivarens nettokostnader för sjukvårdande åtgärder. Om arbetsgivaren också har vidtagit åtgärder av hälsovårdande natur, får gottgörelsen bestämmas till högst hälften av de sammanlagda nettokostnaderna för sjuk- och hälsovård, om minst hälften av kostnaderna kan antas belöpa på de sjukvårdande åtgärderna. Om nettokostnaderna för sjukvårdande åtgärder understiger hälften av de sammanlagda nettokostnaderna, skall gottgörelsen jämkas nedåt i motsvarande mån.

Gottgörelse utgick under år 1979 till ca 640 företagshälsovårdsmottagningar. Vid ca 225 eller 35 % av dessa mottagningar uttogs patientavgift vid läkarvårdsbesök.

1.5 Ersättning för resor

De grundläggande bestämmelserna om ersättning vid resor finns i 2 kap. 5–6 §§ AFL. Närmare bestämmelser om resekostnadsersättning finns i sjukreseförordningen (1975:964). Resekostnadsersättning från sjukförsäkringen utgår i samband med ersättningsberättigad läkarvård, tandvård, sjukhusvård, sjukvårdande behandling, sjukvård meddelad av distriktssköterska eller barnmorska, rådgivning i födelsekontrollerande syfte, utprovning och anpassning av handikapphjälpmedel som efter ordination av behörig person ombesörjs av sjukvårdshuvudman samt besök hos läkare vid företagshälsovårdsmottagning som är registrerad hos allmän försäkringskassa.

Ersättning utgår som regel i den mån resekostnaderna vid varje besök överstiger 13 kr. För resor i samband med tandvård och rådgivning i födelsekontrollerande syfte är dock karenslöppet 21 kr. Är det fråga om tandvård som efter remiss från läkare eller tandläkare meddelas av specialist- eller specialtandläkare gäller dock huvudregeln i fråga om karenslöppet. Detsamma gäller tandvård som meddelats barn och ungdom enligt folktandvårdslagen.

Även till följeslagare utgår i vissa fall ersättning enligt samma regler som för den försäkrade. Förälder eller annan anhörig som gör besök i öppen offentlig vård på grund av sjukdom hos barn som inte har fyllt 16 år får vidare ersättning för resekostnad enligt samma bestämmelser som gäller vid egen sjukdom även om barnet inte är med vid besöket. Ersättning kan också utgå för besök som föräldrar eller andra anhöriga gör hos barn under 16 år som vårdas på sjukhus. Ersättning utgår i sistnämnda fall för den del av den sammanlagda kostnaden som vid varje besök överstiger 30 kr. Slutligen kan skälig kostnad för medföljande vårdare ersättas, om den sjuke behöver vård under sjukresa.

Ersättning för sjuktransporter utgår från sjukförsäkringen till sjukvårds-

huvudman med 23 kr. per år och invånare. Den avgift som får tas ut av den sjuke har bestämts till högst 13 kr.

1.6 Ersättning för sjukhusvård

När en försäkrad vårdas på sjukhus utgår ersättning från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmannen med 40 kr. per vård dag. För varje dag som den försäkrade vistas på sjukhus görs samtidigt ett avdrag från hans sjukpenning med 30 kr. Avdraget får dock uppgå till högst 1/3 av sjukpenningens belopp och den återstående sjukpenningen skall alltid uppgå till lägst 8 kr. per dag.

För patient som uppbär hel ålders- eller förtidspension ersätter sjukförsäkringen kostnaden för sjukhusvård i sammanlagt 365 dagar. Frågan om avgiftsregler vid slutet sjukvård för utförsäkrade patienter har behandlats i socialutredningens betänkande Ds S 1977:2.

Vidare har Landstingsförbundet tagit upp frågan om en omläggning av avgiftssystemet för de utförsäkrade patienterna. Frågan är f. n. föremål för prövning inom socialdepartementet.

1.7 Ersättning för hjälpmedel till handikappade

Ersättning till sjukvårdshuvudmännen för tillhandahållande av tekniska hjälpmedel åt handikappade utgår med 62 kr. per år för varje invånare som vid årets ingång var bosatt inom sjukvårdsområdet. Sedan samtliga sjukvårdshuvudmän har antagit regler om avgiftsfria eller prisnedsatta glasögon till barn och ungdomar ingår ersättningen härför numera i grundbeloppet. Den försäkrade får handikapphjälpmedel kostnadsfritt.

1.8 Ersättning för tandvård

Den grundläggande bestämmelsen om ersättning för tandvård finns i 2 kap. 3 § AFL. Närmare bestämmelser finns i tandvårdstaxan (1973:638).

Enligt tandvårdstaxan betalar försäkringskassan halva arvodet för tandvården genom tandvårdsersättning. Återstoden betalas av den försäkrade genom patientavgift. Om det sammanlagda arvodet under en behandlingsperiod överstiger 2 500 kr., utgår tandvårdsersättning för det överskjutande beloppet med 3/4. Om åtgärden utförs som ett led i behandling av medfödd eller förvärvad ansikts- eller käkmissbildning, betalar försäkringskassan under vissa förutsättningar hela arvodet. För utgifter för oralkirurgisk behandling, dvs. käkoperationer o. d., och vissa andra åtgärder utgår ersättning enligt bestämmelserna för offentlig läkarvård i läkarvårdstaxan under förutsättning att vården meddelas vid vissa institutioner.

1.9 Vissa övriga ersättningar

Rådgivning i födelsekontrollerande syfte är kostnadsfri för den försäkrade. Ersättning utgår från socialförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen med 127 kr. om rådgivning lämnas av läkare och med 55 kr. om den lämnas av annan personal. Bestämmelser härom finns bl. a. i lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m. m.

Vid *konvalescentvård* betalar försäkringskassan 3/4 av den försäkrades utgifter för vård som har meddelats på konvalescenthem som finns upptaget i riksförsäkringsverkets förteckning över sådana hem. Ersättningen till den försäkrade får dock inte överstiga vårdavgiften på allmän sal vid hemorts-sjukhus. Om sjukpenninggrundande inkomst har fastställts skall den försäkrades del av kostnaden motsvara lägst det belopp som sjukpenningen skulle ha minskats med vid sjukhusvård. Bestämmelser härom finns i behandlingstaxan (1976:1018).

Enligt 2 kap. 7 § AFL kan arbetsgivare träffa överenskommelse med försäkringskassa om ersättning i samband med s. k. *företagshälsovård*. Patientavgift tas i allmänhet inte ut i samband med sådan vård.

Vid *läkarvård utom riket* utgår ersättning med 3/4 av läkarens arvode, som dock inte får beräknas till högre belopp än 25 kr. för varje läkarbesök. Ersättning för sjukhusvård utgår med den avgift som har erlagts för vården, dock högst med 35 kr. per dag. Bestämmelser härom finns i kungörelsen (1962:388) angående ersättning för sjukvård utom riket enligt AFL.

2 Nedsättning av patientavgifter i öppen sjukvård

Under år 1975 antog riksdagen en proposition (1975:36) som bl. a. innebar en höjning av såväl sjukförsäkringens läkarvårdsersättning till sjukvårdshuvudmännen som av patientavgiften. Patientavgiften höjdes då från 12 till 15 kr. med verkan fr. o. m. den 1 januari 1976. I den överenskommelse mellan socialdepartementet och Landstingsförbundet som låg till grund för nämnda proposition anges att Landstingsförbundet skulle ta upp frågan om generella regler för nedsättning av patientavgiften hos sjukvårdshuvudmännen.

Landstingsförbundet utfärdade sedermera rekommendationer till landstingen att införa ett generellt högkostnadsskydd (cirkulär AC 54/75).

Dessförinnan hade några sjukvårdshuvudmän på eget initiativ infört system för generell avgiftsmaximering (Gävleborgs, Kopparbergs, Örebro och Stockholms läns landsting).

Sedan länge har också förekommit nedsättning av patientavgifter efter särskilt beslut för patientgrupper med omfattande vårdbehov t. ex. seriebehandlingar (Landstingsförbundets cirkulär AC nr 41/73 resp. 20/70).

Huvuddragen i dessa rekommendationer m. m. redovisas i det följande.

2.1 *Generellt högkostnadsskydd inom öppen offentlig vård*

Enligt rekommendationerna bör den som har erlagt patientavgift för åtta läkarbesök på grund av sjukdom vara berättigad till befrielse från patientavgift för samtliga efterföljande besök under en tolv månadersperiod räknat från datum för det första besöket. Detsamma gäller erlagd patientavgift för sjukvårdande behandling. Två sådana besök motsvarar dock ett läkarbesök. Läkarbesök och besök för sjukvårdande behandling i kombination med varandra berättigar också till avgiftsbefrielse. Endast besök inom patientens hemlandsting är i allmänhet kvalifikationsgrundande, om inte annan överenskommelse träffats. Läkares besök hos den sjuke räknas i kvalifikationshänseende på samma sätt som patients besök på mottagning.

Den övre gränsen för sjukvårdskostnaderna under en ettårsperiod för varje patient är fr. o. m. den 1 januari 1978 åtta läkarbesök à 20 kr., dvs. 160 kr.

Utanför systemet med generell nedsättning av patientavgifter ligger helt naturligt de besök i anledning av sjukdom, för vilka patientavgift inte tas ut. Detta gäller bl. a. sjukvårdande behandling hos distriktssköterska samt besök för utprovning och anpassning av hjälpmedel. Inte heller rådföring per telefon ingår i systemet. Avgift för minderårig får inte sammanräknas med målsmannens avgift. Utanför systemet ligger också de besök på offentlig sjukvårdshuvudmans inrättningar som sker av annan anledning än sjukdom, t. ex. hälsokontroller, vissa intyg och vaccinationer.

När det gäller den praktiska tillämpningen anges två olika system. Det ena systemet bygger på att patientbesöken registreras på en särskild handling, ansökan om sjukvårdskort, som patienten har med sig vid sina besök. Det andra systemet bygger på att patienten vid sina besök får särskilda kopior, bevis om sjukvård, av den blankett som gäller för sjukvårdersättning enligt AFL. Dessa kopior samlar sedan patienten på. När patienten har tillräckligt antal registreringar eller blankettkopior utfärdas enligt båda systemen s. k. sjukvårdskort. Kortet berättigar till avgiftsfri läkarvård och sjukvårdande behandling under den återstående delen av en ettårsperiod, räknat från det första kvalifikationsbesöket.

2.2 *Seriebehandling m. m.*

I samband med införandet av nya patientavgifter för läkarvård inom öppen offentlig hälso- och sjukvård, den s. k. 7-kronorsreformen, föreskrevs att för vissa fall av seriebehandling, röntgen- och radiumbehandling samt andra behandlingar med joniserande strålning, skulle patientavgiften för det första besöket anses täcka även kostnaderna för övriga besök i serien.

Denna nedsättning gäller endast angivna behandlingsformer. Landstingsförbundet rekommenderade emellertid år 1970 utvidgad avgiftsnedsättning vid seriebehandling. Om ett besök hos läkare i öppen sjukvård föranleder en

vid besöket bestämd serie likartade behandlingsåtgärder, omfattande minst två behandlingstillfällen i veckan till ett sammanlagt antal av högst tio, bör patientavgiften vid det första besöket anses täcka avgifterna för övriga besök inom serien.

2.3 Övrig avgiftsnedsättning

Utöver ovan redovisade system för avgiftsnedsättning har många sjukvårdshuvudmän särskilda regler för avgiftsbefrielse för vissa behandlingar eller patientkategorier. Eftersom variationerna i omfattning och utformning är stora kan någon närmare redovisning inte göras. Särskilda regler gäller dock i vissa sjukvårdsområden för hemsjukvårdspatienter, besök inom psykisk barn- och ungdomsvård, dagvårdspatienter, diabetesbehandling, tumörbehandling, psykiatrisk öppenvård, alkohol- och narkomanvårdsklinik osv.

3 Vissa andra stöd- och kompensationsanordningar för vårdkostnader m. m.

Vid sidan av olika regler inom socialförsäkringen för ersättning vid vård och behandling samt rekommendationer om avgiftsnedsättning finns vissa andra stöd- och kompensationsformer som kan komma i fråga för merutgifter på grund av sjukdom och handikapp. Det gäller främst handikappersättning, arbetsskadeförsäkring och avtalsförsäkringar, socialhjälp samt extra avdrag vid nedsatt skatteförmåga.

Reglerna om *handikappersättning* återfinns i 9 kap. AFL.

Försäkrad har rätt till handikappersättning om han fyllt 16 år och om han innan han fyllt 65 år för avsevärd tid fått sin funktionsförmåga nedsatt i sådan omfattning att han

- a. i sin dagliga livsföring behöver mera tidskrävande hjälp av annan,
- b. för att kunna förvärsarbeta behöver fortlöpande hjälp av annan eller
- c. eljest får vidkännas betydande merutgifter.

Om det föreligger behov av stöd i flera än ett av dessa avseenden, grundas bedömningen av rätt till handikappersättning på det sammanlagda behovet av stöd.

Handikappersättning utgår alltid till försäkrad som är blind, döv eller gravt hörselskadad om blindheten, dövheten eller hörselskadan inträtt innan den försäkrade uppnått 65 års ålder. Ersättningsbeloppet är 60, 45 eller 30 % av basbeloppet per år.

En förälder har rätt till *vårdbidrag* för vård av barn som inte fyllt 16 år om barnet på grund av sjukdom, psykisk utvecklingsstörning eller annat handikapp för avsevärd tid är i behov av särskild tillsyn och vård. Vid bedömningen av rätt till vårdbidrag skall beaktas sådana merutgifter som uppkommer på grund av barnets sjukdom eller handikapp. Vårdbidrag utgår

med belopp motsvarande hel eller halv förtidspension till ensamstående jämte pensionstillskott.

Arbetskadeförsäkringen ger efter den s. k. samordningstiden om 90 dagar full ersättning för bl. a. läkarvård, läkemedel och sjukvårdande behandling; 3 kap. 4 § lagen (1976:380) om arbetskadeförsäkring. Ersättning utgår för nödvändiga kostnader för vård och läkemedel som orsakats av arbetsskadan.

Även inom en del *avtalsförsäkringar* som kompletterar allmänna socialförsäkringar finns i viss utsträckning särskilda anordningar för läkemedelskostnader. Statliga tjänstemän får fria läkemedel enligt särskilda regler. På det privata området gäller bl. a. att läkemedelskostnader till viss del täcks under tid för rehabilitering.

Socialhjälpen handhas av kommunerna. Den nuvarande socialhjälpslagen (1956:2) säger att den som av vissa angivna orsaker inte kan försörja sig genom arbete har rätt till obligatorisk hjälp (12 §). Orsakerna är minderårighet, ålderdom, sjukdom, handikapp, andra bristande kropps- eller själskrafter liksom vissa övriga hälsoskäl. Vidare krävs att den det gäller saknar medel och att hans behov inte kan tillgodoses på annat sätt än genom socialhjälp. Den obligatoriska socialhjälpens avser livsuppehälle och erforderlig vård. Kommunerna har därutöver vida befogenheter att lämna s. k. frivillig socialhjälp (13 §).

Inom *beskattningen* kan den taxerade inkomsten minskas med ett s. k. extra avdrag om en persons skatteförmåga varit väsentligen nedsatt. Förutsättningarna är att skatteförmågan varit väsentligen nedsatt till följd av t. ex. långvarig sjukdom, olyckshändelse, ålderdom eller underhållsskyldighet. Avdrag för väsentligen nedsatt skatteförmåga kan även medges om den skattskyldiges inkomst, efter avdrag för skatt, understigit vad han kan anses ha behövt till underhåll för sig och sin familj (existensminimum). För dem som uppburit folkpension gäller särskilda bestämmelser om extra avdrag.

Riksskatteverket har meddelat anvisningar gällande avdrag för väsentligen nedsatt skatteförmåga på grund av sjukdom. Enligt dessa gäller att skatteförmågan bedöms med utgångspunkt från i regel den taxerade inkomsten och det sammanlagda beloppet av merutgifter till följd av sjukdomen. För gifta beräknas avdraget på makarnas sammanlagda sjukdomskostnader och tillgodoförs den make som har den högsta inkomsten. Samtliga den skattskyldiges och hans hemmavarande barns merutgifter på grund av sjukdom beaktas. Utgifter för läkemedel, hjälpmedel, resor, kostnader för ledarhund etc. medräknas endast till den del som inte ersätts av försäkringskassa eller på annat sätt. Avdragsrätten är beroende av en prövning i varje enskilt fall. I regel beaktar man inte utgifter som understiger 300 kr. per år.

Folkpensionsförmåner är i princip skattepliktiga. Grundavdrag och generellt avdrag för nedsatt skatteförmåga medför dock skattefrihet för folkpensionärer utan sidoinkomster. Det sistnämnda avdraget kan enligt

riksskatteverkets anvisningar ökas om pensionären haft inte obetydliga kostnader till följd av sjukdom. Sjukdomskostnader beräknas på i princip samma sätt som vid nedsatt skatteförmåga.

Pensionären kan också välja att söka avdrag enligt de vanliga reglerna om väsentligen nedsatt skatteförmåga på grund av sjukdom.

Utbyggt skydd mot höga vård- och läkemedelskostnader (SOU 1979:1) Delbetänkande av socialpolitiska samordningsutredningen

Sammanfattning

De enhetliga patientavgifter som gäller inom sjukförsäkringen innebär ett effektivt högkostnadsskydd vid varje vård- och behandlingstillfälle. För patienter med återkommande vårdtillfällen kan emellertid den sammanlagda årskostnaden bli betydande. Flertalet sjukvårdshuvudmän har därför infört en generell avgiftsmaximering per år inom den öppna offentliga sjukvården.

De undersökningar som utredningen har låtit genomföra visar att det finns en mindre grupp försäkrade som har ett stort antal inköp av prisnedsatta läkemedel per år. För dessa kan årskostnaden trots prisrabatteringen bli betungande. Av undersökningsmaterialet framgår vidare att personer som har täta läkemedelsinköp ofta också gör många läkarbesök. Dessutom framgår att kostnadsfria läkemedel ofta förskrivs samtidigt med prisnedsatta; i dessa fall saknar kostnadsfriheten praktisk betydelse.

Utredningen har övervägt en lösning av högkostnadsfrågan avseende enbart läkemedelsförmånerna. Där finns i dag dels kostnadsfrihet för läkemedel som ordineras för vissa allvarliga sjukdomar, dels prisnedsättning för övriga läkemedel. En selektiv förstärkning av stödet genom utvidgad rätt till kostnadsfria läkemedel kan skapa gränsdragningsproblem och ändå inte ge skydd åt alla grupper som behöver skydd. Ett generellt egenkostnadstak per år för prisnedsatta läkemedel vore då att föredra. Ett separat högkostnadsskydd för läkemedel skulle emellertid inte bidra till överskådlighet och enhetlighet i ersättningsystemet.

Skall skyddet förstärkas för läkemedelskonsumenter bör det åstadkommas genom en samordning av befintliga system för avgiftsnedsättning. Med utgångspunkt i huvudsakligen oförändrade grunder i ersättningsystemet förordar utredningen därför ett samordnat högkostnadsskydd omfattande i stort sett all öppenvård och alla läkemedelsinköp. Principen är densamma som för landstingens sjukvårdskort. Efter ett visst antal betalade vårdbesök för sig eller i kombination med läkemedelsinköp blir återstoden av besöken och inköpen under året kostnadsfria.

Flera skäl talar enligt utredningen för en samordnad lösning. Ett gemensamt skydd skulle innebära en ökad anpassning till allmänhetens vård- och läkemedelskonsumtion. Ett generellt och enhetligt system är mera rättvist vid olika sjukdomar och neutralt till skilda vårdformer. Det blir dessutom överskådligare. Sjukvårdshuvudmännens system för avgiftsnedsättning fungerar väl och fyller väsentliga behov, men det är ojämt utbyggt och har varierande utfall. Det framstår som naturligt att denna avgiftsnedsättning inordnas i ett samlat högkostnadsskydd i anslutning till övriga

ersättningsregler inom den allmänna försäkringen. Därmed erhålls ett över hela riket enhetligt skydd mot höga vård- och läkemedelskostnader.

Ett samordnat högkostnadsskydd bör i första hand omfatta läkarvård och sjukvårdande behandling i privat och offentlig öppen vård och inom företagshälsovården samt prisnedsatta läkemedel. Grunden bör vara antalet besök resp. läkemedelsinköp. Två telefonförfrågningar eller behandlingsbesök räknas därvid som ett läkarbesök eller ett läkemedelsinköp. Skyddet bör gälla individuellt, dock gemensamt för samtliga barn i en familj. Efter ett visst antal besök och inköp bör kostnadsbefrielse gälla under återstoden av året, räknat från det första registrerade besöket eller inköpet.

Ett utvidgat högkostnadsskydd väcker frågan om de kostnadsfria läkemedlens ställning. Kostnadsfriheten saknar i dag i många fall praktisk betydelse och den medför gränsdragningsproblem samt administrativt merarbete. Införs ett samordnat högkostnadsskydd som täcker patientavgifter och prisnedsatta läkemedel ligger det nära till hands att överföra kostnadsfria läkemedel till prisnedsatta. Då skulle högkostnadsskyddet bli mera rättvist genom att olika grupper av sjuka jämföras i försäkringshänseende. Enbart antalet vårdtillfällen blir avgörande, inte deras inriktning.

När det gäller högkostnadsskyddets nivå för egenkostnaden, dvs. antalet besök och inköp som måste betalas innan kostnadsbefrielse uppnås, har utredningen stannat för att lägga fram förslag till alternativa lösningar.

Överförs kostnadsfria läkemedel till prisnedsatta anser utredningen att en lämplig nivå är 15 besök eller inköp. Denna nivå ger den försäkrade ett godtagbart avgiftstak (ca 350 kr.) och beräknas innefatta ett rimligt antal personer (ca en halv milj.). Betydande grupper som använder kostnadsfria läkemedel eller sjukvårdskort får sänkta egenkostnader genom att prisnedsatta läkemedel innefattas medan ett mindre antal personer får nämnvärt höjda kostnader. Högkostnadsskyddet innebär i detta alternativ en omgestaltning av stödsystemet till oförändrad samhällskostnad.

Behålls förmånen av kostnadsfria läkemedel vid sidan av ett nytt högkostnadsskydd anser utredningen att 12 besök eller inköp är en lämplig nivå. Egenkostnaden begränsas till ca 250 kr. och stödet beräknas även här omfatta omkring en halv milj. försäkrade. Personer med högre vård- och läkemedelskonsumtion, som inte erhåller kostnadsfria läkemedel, får ett stöd som närmar sig det som ges personer med kostnadsfrihet. Det blir med denna lösning fråga om höjda samhällskostnader (ca 50 milj. kr. per år).

Ett högkostnadsskydd inom ramen för nuvarande ersättningsystem medför oundvikligen en viss ökning av de administrativa insatserna. Systemet grundas på att personalen på patientmottagningar och apotek registrerar besök och inköp i en särskild handling som den försäkrade handhar. Patienten behöver således inte samla på sjukvårdskvitton o. d. Utredningen anser därför att systemet bör bli någorlunda smidigt. Högkostnadsskyddet bör ses som en sjukförsäkringsgaranti som den försäkrade efter eget bedömande av sitt vårdbehov kan utnyttja. Enklast blir det enligt

utredningen om försäkringskassan får hand om kontrollen av registreringshandlingen och utfärdar det kort som skall ge kostnadsbefrielse vid fortsatta vårdbesök och läkemedelsinköp under året.

Utredningen har inte funnit skäl att befara att en samordning av högkostnadsskyddet enligt dessa linjer skall öka efterfrågan på vård och behandling. Tvärtom anser utredningen att ett högkostnadsskydd i viss mån borde kunna motverka tendenser till överutskrivning av läkemedel. Dessutom betraktar utredningen ett generellt och utbyggt skydd mot mindre och medelstora merutgifter på grund av sjukdom och handikapp som ett komplement till bl. a. handikappersättning. Därigenom kan också det nuvarande behovet av vissa övriga kompensationsformer, exempelvis skatteavdrag för vårdkostnader, komma att reduceras.

Sammanställning av remissyttranden

Utbyggt skydd mot höga vård- och läkemedelskostnader

Allmänna synpunkter

Yttranden har inkommit från följande remissinstanser: socialstyrelsen, statens handikappråd, riks försäkringsverket, statskontoret, riksrevisionsverket, statens arbetsgivarverk, Försäkringskassaförbundet, Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet, Apoteksbolaget, Svenska arbetsgivarförbundet (SAF), Landsorganisationen i Sverige (LO), Tjänstemännens centralorganisation (TCO), Centralorganisationen SACO/SR, Sveriges läkarförbund, Svenska läkaresällskapet, Apotekarsocieteten, Handikappförbundens centralkommitté (HCK), De handikappades riksförbund (DHR), Pensionärernas riksorganisation och Svenska folkpensionärs riksförbund. Dessutom har yttranden inkommit från Riksförbundet mot allergi, Svenska psoriasisförbundet och Svenska diabetesförbundet.

Det övervägande antalet remissinstanser är positiva till utredningens förslag att ett samordnat högkostnadsskydd skall införas. Förslaget tillstyrks av *socialstyrelsen, statens handikappråd, riks försäkringsverket, statskontoret, riksrevisionsverket, Försäkringskassaförbundet, Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet, SAF, LO, TCO, SACO/SR, Sveriges läkarförbund, Svenska läkaresällskapet, Apotekarsocieteten, HCK* och *DHR*.

Utredningens förslag om *personkretsen* och *omfattningen* av högkostnadsskyddet godtas i stort sett av flertalet remissinstanser. Flera remissinstanser påpekar dock att tandvårdsbehandling och sjukresor borde inordnas i systemet.

Riksrevisionsverket anför att utredningen ytterligare borde prövat möjligheten att inräkna sjukresor i det samordnade högkostnadsskyddet. *Landstingsförbundet* föreslår att frågan om sjukreseutgifternas inordnande i högkostnadsskyddet tas upp till prövning av den utredning som behandlar frågor på sjukreseområdet. Även *Svenska kommunförbundet, LO* och *DHR* understryker angelägenheten av att ytterligare överväganden görs beträffande möjligheten att inordna sjukresor i det samordnade högkostnadsskyddet. *Statskontoret* anser att en liknande försäkringsform bör prövas för tandvården och ett samordnat högkostnadsskydd för all öppen vård. *HCK* anser att såväl sjukresor som tandvårdsbehandlingar borde ha kunnat inrymmas i ett högkostnadsskydd.

Svenska psoriasisförbundet anser att även utlandsvård och fotvård bör vara kvalifikationsgrundande.

Utredningens förslag att karensen i högkostnadsskyddet grundas på *antalet vårdbesök* och *läkemedelsinköp* och inte kostnaderna vid varje tillfälle tillstyrks eller lämnas utan erinran av remissinstanserna.

Högekostnadsskyddet skall enligt utredningen knytas till individen och inte till familjen. Utredningen gör ett undantag från denna regel när det gäller *barns vårdkostnader* och föreslår att taket skall gälla gemensamt för samtliga barn i familjen. Utredningens förslag tillstyrks eller lämnas utan erinran av flertalet remissinstanser.

Handikapprådet tillstyrker i princip utredningens förslag men framhåller samtidigt att man bör överväga möjligheten att i de fall vårdnadshavare och något eller några barn har samma ärftliga sjukdom i stället knyta förmånen till vårdnadshavaren. Liknande synpunkter anförs av *Riksförbundet mot allergi*. *Riksförsäkringsverket* anser att utredningen har skäl för sitt förslag om gemensamt högekostnadsskydd för barn men understryker att lösningen kan medföra vissa administrativa svårigheter. *Riksrevisionsverket* framhåller att utredningen i detta sammanhang ytterligare borde ha prövat möjligheten att införa kostnadsfrihet för barn. Som skäl härför hänvisar riksrevisionsverket dels till administrativa fördelar, dels till att en sådan åtgärd sannolikt inte skulle vara särskilt kostnadskrävande.

Riksförbundet mot allergi föreslår att *åldersgränsen* sätts till 18 år i stället för 16 år som utredningen föreslår.

Utredningens förslag att det samordnade högekostnadsskyddet räknas på *löpande år* och inte kalenderår tillstyrks av flertalet remissinstanser.

Utredningen föreslår två alternativa lösningar för ett samordnat högekostnadsskydd. En lösning innebär att de *kostnadsfria läkemedlen överförs till prisnedsatta* och att nivån bestäms till 15 vårdbesök eller inköp av prisnedsatta läkemedel. Den andra lösningen innebär att *kostnadsfriheten bibehålls* och att antalet vårdbesök eller inköp av andra läkemedel bestäms till 12.

Utredningens första alternativ att de kostnadsfria läkemedlen överförs till prisnedsatta läkemedel tillstyrks av *socialstyrelsen*, *riksförsäkringsverket*, *statskontoret*, *riksrevisionsverket*, *Landstingsförbundet*, *Apoteksbolaget*, *SAF*, *LO*, *TCO*, *SACO/SR*, *Svenska läkaresällskapet*, *Apotekarsocieteten*, *DHR* och *Pensionärernas riksorganisation*.

Socialstyrelsen framhåller som stöd för sitt ställningstagande att avgränsningsproblemen kring de kostnadsfria läkemedlen fortsätter att öka. Vidare anser styrelsen att det första alternativet medför ett avsevärt rättvisare högekostnadsskydd.

Riksrevisionsverket, som förordar alternativet att avskaffa de kostnadsfria läkemedlen, anser att – oavsett vilken lösning som beslutas för förändringarna – detta bör ske inom ramen för oförändrade samhällskostnader. Detta kan ske genom en anpassning av patientavgifternas storlek.

Landstingsförbundet anser att patienter som i dag erhåller kostnadsfria läkemedel övergångsvis bör få behålla denna förmån.

Handikapprådet, *HCK*, *Svenska psoriasisförbundet* och *Svenska diabetesförbundet* avstyrker att kostnadsfriheten för vissa läkemedel avskaffas och tillstyrker i stället utredningens alternativ 2.

Handikapprådet understryker att kostnadsfria läkemedel är en viktig förmån för flera grupper handikappade, framför allt diabetiker, allergiker och epileptiker. Utredningens första alternativ skulle innebära en kraftig försämring för dessa grupper. Liknande synpunkter anförs av *HCK*, som även anser att ytterligare gruppers medicinbehov, t. ex. njur-, reumatiker- och psoriasis sjukas, bör tillgodoses kostnadsfritt.

Om kostnadsfriheten bibehålls önskar *Riksförbundet mot allergi* även att salvor som förskrivs på grund av eksem, tubgas m. m. tas upp på förteckningen över kostnadsfria läkemedel. *Svenska psoriasisförbundet* anser det angeläget att läkemedel mot psoriasis uppförs på listan för kostnadsfria läkemedel.

Svenska diabetesförbundet förutsätter att diabetikerna kompenseras för merkostnader med handikappersättning resp. vårdbidrag om de kostnadsfria läkemedlen avskaffas.

Svenska läkaresällskapet anser att frågan om kostnadsfria förbandsartiklar för vissa patientgrupper bör studeras vidare.

SACO/IR och *Sveriges läkarförbund* framhåller att avskaffandet av kostnadsfriheten för vissa läkemedel kan komma att drabba vissa patientgrupper på ett kännbart sätt. Frågan om de kostnadsfria läkemedlens ställning bör därför övervägas ytterligare. Liknande synpunkter framförs av *Svenska läkaresällskapet*.

SAF, *SACO/IR*, *Sveriges läkarförbund* och *Apotekarsocieteten* förordar utredningens förslag om 15 besök eller inköp.

Riksförsäkringsverket, *TCO* och *DHR* förordar att kostnadsfriheten avskaffas men att högkostnadsskyddet läggs på 12 besök eller inköp. *Riksförbundet mot allergi* och *HCK* förordar en nivå på 10 besök eller inköp.

I fråga om *administrationen* av det samordnade högkostnadsskyddet föreslår utredningen att betalda vårdbesök och läkemedelsinköp på begäran av den försäkrade antecknas på en särskild registreringshandling som den enskilde har hand om. Vidare föreslår utredningen att försäkringskassorna fattar beslut om avgiftsbefrielse och utfärdar frikort.

Förslaget tillstyrks av *socialstyrelsen* och *Svenska läkaresällskapet*.

Riksförsäkringsverket tillstyrker att den försäkrade erhåller ett kort för registrering men ställer sig tveksamt till förslaget att detta registerkort skall tillställas försäkringskassan för utfärdande av frikort. Riksförsäkringsverket beräknar de administrativa kostnaderna för försäkringskassorna till 5 kr. per kort och totala kostnaden till ca 3,5 milj. kr. per år för försäkringskassorna. Riksförsäkringsverket föreslår därför att administrationen blir föremål för ytterligare utredning. Riksförsäkringsverket föreslår att registerkortet när det är försett med erforderligt antal registreringar utgör ett frikort, utan att något formellt beslut behöver fattas. Även *Försäkringskassförbundet* och *Landsstingsförbundet* önskar ytterligare utredning angående administrationen.

Statskontoret framhåller i sitt yttrande att sjukförsäkringens datasystem redan är hårt belastat och att restriktivitet bör iakttas vid införande av nya rutiner. *Apoteksbolaget* avvisar utredningens förslag att apoteken skall vidarebefordra ansökningar om frikort till försäkringskassorna.

Utredningen betonar att *information* bör ges på patientmottagningar och apotek i samband med att man inför ett högkostnadsskydd.

Försäkringskassaförbundet och *Svenska kommunförbundet* instämmer i att det krävs en omfattande information.

I utredningens förslag om att en *uppföljning* bör ske av *de socialmedicinska effekterna* och att delegationen för social forskning skall initiera olika projekt på detta område instämmer *SACO/SR*, *Sveriges läkarförbund* och *Svenska läkaresällskapet*.

Innehåll

Regeringens proposition	1
Propositionens huvudsakliga innehåll	1
Lagförslag	2
Utdrag av protokoll vid regeringssammanträde den 6 november 1980	5
1 Inledning	5
2 Föredragandens överväganden	7
2.1 Allmänt	7
2.2 Högkostnadsskyddets närmare utformning	9
2.2.1 Personkrets och omfattning	9
2.2.2 Konstruktion av egenkostnadstaket	10
2.2.3 Vårdkostnader för barn	11
2.2.4 Beräkningstid	11
2.3 Kostnadsfria läkemedel	11
2.4 Högkostnadsskyddets nivå	15
2.5 Administration	16
2.5.1 Registrering	16
2.5.2 Beslut om avgiftsbefrielse	17
2.6 Ikraftträdande och kostnader	18
3 Upprättat lagförslag	19
4 Specialmotivering till lagförslaget	20
4.1 Förslag till lag om begränsning av läkemedelskostnader m. m.	20
5 Hemställan	23
6 Beslut	23
Bilaga 1 Gällande bestämmelser m. m.	24
Bilaga 2 Utbyggt skydd mot höga vård- och läkemedelskostnader (SOU 1979:1) Delbetänkande av socialpolitiska samordningsutredningen	34
Bilaga 3 Sammanställning av remissyttranden	37

