

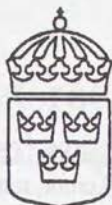
***Merkostnader***

**VID  
SJKDOM  
OCH  
HANDIKAPP**

BETÄNKANDE AV MERKOSTNADSKOMMITTÉN

**SOU 1992:129**

Ref KBOCC



Statens offentliga utredningar

1992:129

Socialdepartementet

# Merkostnader vid sjukdom och handikapp

Betänkande av Merkostnadskommittén  
Stockholm 1992

SOU och Ds kan köpas från Allmänna Förlaget som ingår i C E Fritzes AB. Allmänna Förlaget ombesörjer också, på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningskontor, remissutsändningar av SOU och Ds.

Beställningsadress: Fritzes kundtjänst  
106 47 Stockholm  
Fax: 08-20 50 21  
Telefon: 08-690 90 90

NORSTEDTS TRYCKERI AB  
Stockholm 1992

ISBN 91-38-13234-6  
ISSN 0375-250X

# Till statsrådet

## Bo Könberg

Genom beslut den 17 maj 1990 bemyndigade regeringen chefen för Socialdepartementet att tillkalla en kommitté med uppdrag att göra en utredning om det samlade förmånssystemet för försäkrade med betydande kostnader för sjukdom och handikapp (S 1990:04).

Kommittén antog namnet Merkostnadskommittén.

Med stöd av detta bemyndigande förordnades den 22 oktober 1990 som ordförande riksdagsledamoten Doris Håvik (s) och som ledamöter riksdagsledamöterna Ingrid Andersson (s), Rune Backlund (c), Nils-Olof Gustafsson (s), Margó Ingvardsson (v), Gunnar Nilsson (s), Bertil Persson (m), Leo Persson (s), Barbro Sandberg (fp), Aina Westin (s) och avdelningsdirektören Vivianne Gunnarsson (mp).

Under arbetet med föreliggande betänkande har som sakkunniga medverkat ombudsmannen Maud Wikström (Handikappförbundens Centralkommitté) och verksamhetsledaren Urban Fernkvist (Synskadades Riksförbund).

Som experter har medverkat utredaren Ulf Winblad (Landsförförbundet), enhetschefen Ture Sjöblom (Läkemedelverket), enhetschefen Kurt Reimfelt (Riksförsäkringsverket) och departementssekreteraren Per-Olof Bürén (Socialdepartementet).

Doris Håvik entledigades från uppdraget som ordförande fr.o.m. den 20 februari 1992. Till ny ordförande fr.o.m. samma dag förordnades landshövding Görel Bohlin.

Från uppdraget som ledamöter entledigades fr.o.m. den 20 februari 1992 riksdagsledamöterna Ingrid Andersson (s), Leo Persson (s), f.d. riksdagsledamoten Margó Ingvardsson (v) och avdelningsdirektören Vivianne Gunnarsson (mp).

Till ledamöter förordnades fr.o.m. den 20 februari 1992 riksdagsledamöterna Doris Håvik (s), Märtha Gårdestig (kds)

och Berith Eriksson (v).

Utredningsarbetet har bedrivits i samverkan med Riksförsäkringsverket, Socialstyrelsen, Läkemedelsverket och Apoteksbolaget AB. Vidare har samråd skett med Handikapputredningen och Ädelavgiftsutredningen.

I arbetet med att utforma en lägre nivå inom handikappersättningen knöts till kommittén en referensgrupp med personal från fyra av landets försäkringskassor, Riksförsäkringsverket och en läkare med specialitet allmän medicin.

Enligt tilläggsdirektiv (dir. 1991:5) skall Merkostnadskommittén utarbeta förslag till lämpliga åtgärder som kompensation för att det avgiftsfria året vid sjukhusvård för dem med hel förtidspension avskaffats fr.o.m. den 1 juli 1991.

I en skrivelse till regeringen den 8 april 1992 föreslog kommittén att denna fråga lämpligen bör behandlas i anslutning till de åtgärder som kan behöva vidtas med anledning av kartläggningen av förhållandena för de sämst ställda pensionärerna.

Enligt tilläggsdirektiv (dir. 1992:65) skall kommittén inte begränsas av regeringens s.k. nolldirektiv (dir. 1984:5).

Kommittén får härmed överlämna betänkandet Merkostnader vid sjukdom och handikapp.

I betänkandet redovisas ett system för skydd mot höga sjukresekostnader, ett förslag om avskaffande av åldersgränsen 16 år för rätt till prisnedsättning av speciallivsmedel m. fl. åtgärder på detta område samt alternativa förslag om en ny lägre nivå av handikappersättningen benämnd merkostnadsersättning.

Trots begränsningen i utredningsdirektiven, att de vedertagna principerna om kostnadsfria läkemedel skall stå fast, redovisas i betänkandet överväganden och alternativa förslag om både de kostnadsfria läkemedlens och de kostnadsfria förbrukningsartiklarnas ställning inom sjukförsäkringssystemet.

Kommitténs arbete är härmed avslutat.

*Stockholm i december 1992*

## **Görel Bohlin**

Rune Backlund

Gunnar Nilsson

Berith Eriksson

Bertil Persson

Nils-Olof Gustavsson

Barbro Sandberg

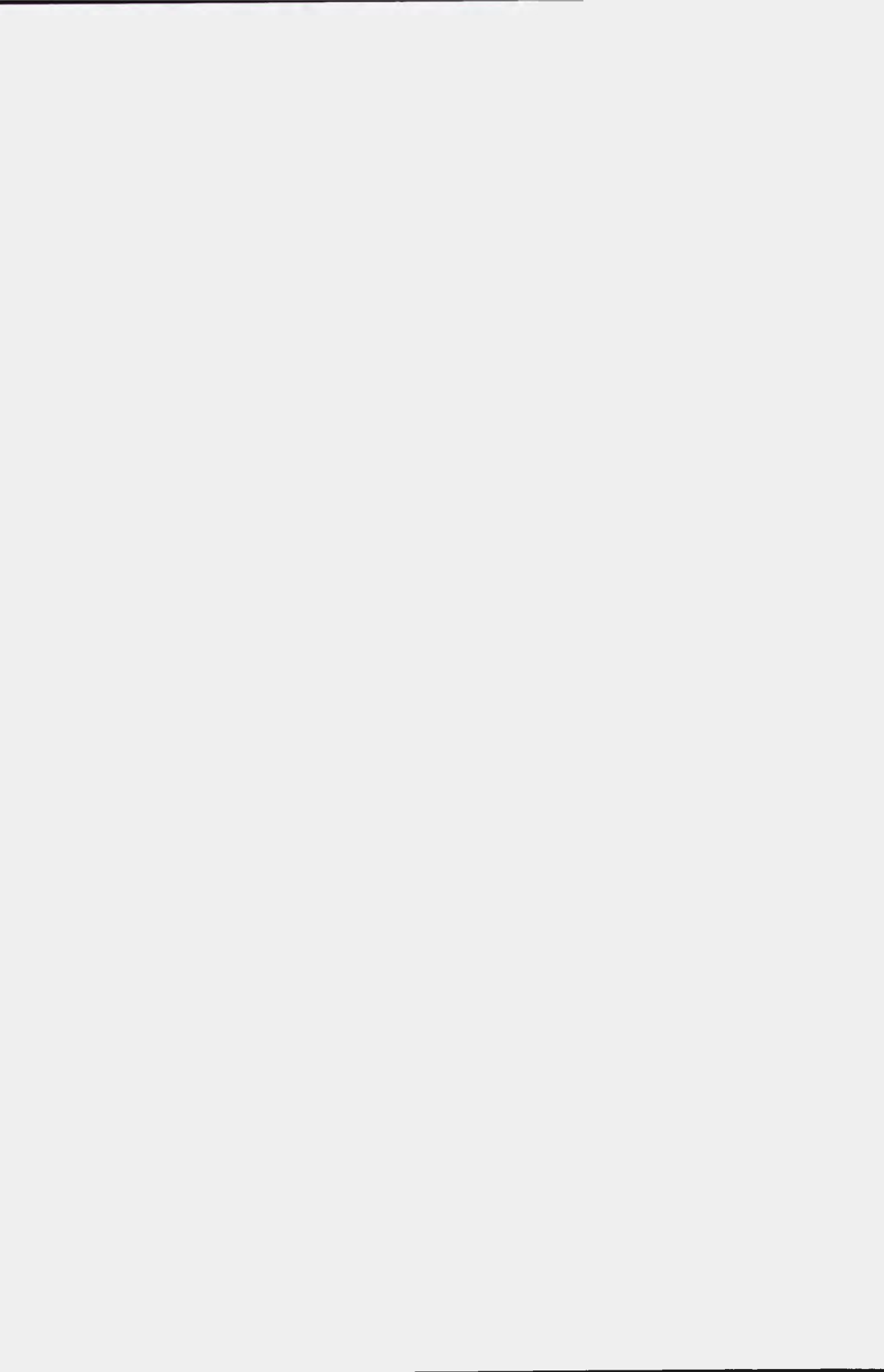
Märtha Gårdestig

Aina Westin

Doris Håvik

*/Lars Helgstrand*

*Christer Nilsson*





# Innehåll

<b>Sammanfattning</b>	11
<b>Författningsförslag</b>	35
<b>1 Utredningsuppdraget</b>	61
<b>2 Förmånssystemen som omfattas av uppdraget</b>	65
2.1 Läkemedelsförmånerna	65
2.1.1 Läkemedelsförmånernas historiska bakgrund	66
2.1.2 Prisnedsatta läkemedel	71
2.1.3 Kostnadsfria läkemedel	73
2.1.4 Prisnedsatta speciallivsmedel vid vissa sjukdomar	74
2.1.5 Kostnadsfria förbrukningsartiklar	75
2.1.6 Högkostnadsskyddet	77
2.2 Utvecklingen av försäkringens utgifter för de nu kostnadsfria läkemedelsförmånerna inkl. förbrukningsartiklarna	80
2.2.1 Inledning	80
2.2.2 Kostnadsfria läkemedel	80
2.2.3 Kostnadsfria förbrukningsartiklar	82
2.3 Naturmedel	85
2.4 Handikappersättning	86
2.4.1 Hjälpp behovet	89
2.4.2 Merutgifterna	90
2.4.3 Bedömning av det sammanlagda stödbehovet	92
2.4.4 Vissa antals- och kostnadsuppgifter m.m.	93
2.5 Ersättning för sjukresor	98
2.5.1 Inledning	98
2.5.2 Förmånssystemet före år 1992	99

2.5.3	Försäkringens utgifter m.m. för sjukresor	100
2.5.4	Förmånssystemet efter år 1992	102
2.5.5	Den ekonomiska regleringen	104
2.5.6	Sex landsting har infört högkostnadsskydd för sjukresor	104
2.6	Slopandet av det avgiftsfria året vid sjukhusvård för pensionärer med hel förtidspension	105
2.7	Avdraget för sjukdomskostnader vid inkomsttaxeringen	110
<b>3</b>	<b>Förmånssystemens brister</b>	<b>111</b>
3.1	Inledning	111
3.2	Läkemedelsförmånerna	112
3.2.1	Obehandlade problem	112
3.2.2	Prisnedsatta läkemedel	112
3.2.3	Kostnadsfria läkemedel	113
3.2.4	Prisnedsatta speciallivsmedel vid vissa sjukdomar	117
3.2.5	Kostnadsfria förbrukningsartiklar	118
3.2.6	Högekostnadsskyddet	121
3.3	Naturmedel	122
3.4	Handikappersättning	123
3.5	Ersättning för sjukresor	125
3.6	Slopandet av det avgiftsfria året vid sjukhusvård för pensionärer med hel förtidspension	126
3.7	Avdraget för sjukdomskostnader vid inkomsttaxeringen	127
<b>4</b>	<b>Överväganden och förslag</b>	<b>129</b>
4.1	Inledning	129
4.2	Naturmedel	129
4.3	Slopandet av det avgiftsfria året vid sjukhusvård för pensionärer med hel förtidspension	133
4.3.1	Inledning	134
4.3.2	Våra överväganden	135

4.3.3	Kompensation genom handikapp- ersättningen	136
4.3.4	Utvidgning av möjligheterna till avgiftsnedläggning enligt dagens regler	137
4.3.5	Ett mera generellt system för kompensation till förtids- pensionärerna	139
4.3.6	Ett system där ett visst antal dagar vid varje vårdperiod helt eller delvis blir avgiftsbefriade	140
4.3.7	Andra alternativa lösningar som övervägts	143
4.3.7.1	Inledning	143
4.3.7.2	En modell inte anknuten till faktiskt vårdutnyttjande	145
4.3.7.3	Modeller anknutna till faktiskt vårdutnyttjande	146
4.3.7.4	Vår skrivelse till regeringen/ Socialdepartementet	148
4.4	Periodicerat högkostnads- skydd för öppen vård och medicin	149
4.5	Ett högkostnads- skydd för sjukresor	151
4.5.1	Inledning	152
4.5.2	Våra överväganden	152
4.6	Slopande av åldersgränsen 16 år för rätt till prisnedsatta speciallivsmedel	157
4.6.1	Inledning	157
4.6.2	Våra överväganden	158
4.7	Kostnadsfria läkemedel	160
4.7.1	Inledning	161
4.7.2	Ett bibehållande av den nuvarande konstruktionen men med en aktua- lisering av såväl diagnosgrupper som läkemedel	162
4.7.3	Ett system med enbart kostnadsfrihet för s.k. kroppsegna substanser	164
4.7.4	Ett slopande av förmånen med kostnadsfria läkemedel	166
4.7.5	Våra överväganden om de tre alternativen	167

4.8	Kostnadsfria förbrukningsartiklar	171
4.9	Merkostnadsersättning – en lägre nivå av handikappersättningen	178
4.9.1	Inledning	179
4.9.2	65-årsgränsen	181
4.9.3	Gränsvärdet -7,5 % vid bedömning av storleken av merkostnader	181
4.9.4	Nivån för den lägre ersättningen samt det stödbehov som skall kunna grunda rätt till den nya ersättningsnivån	182
4.9.5	Merkostnadsersättning	183
4.9.5.1	Inledning	183
4.9.5.2	Schabloniserad merkostnadsersättning	184
4.9.5.3	Individuell bedömning av rätten till merkostnadsersättning	190
4.9.5.4	Individuell bedömning av rätten till merkostnadsersättning men med bortseende från vissa patientavgifter/egenavgifter	191
4.10	Merkostnadsersättning till dem som uppbär den högsta nivån av handikappersättning	193
<b>5</b>	<b>Specialmotivering</b>	195
	<b>Reservationer och särskilda yttranden</b>	203
<b>Bilaga 1</b>	<b>Kommittédirektiv</b>	213

# Sammanfattning

## Utredningsuppdraget (kapitel 1)

Utredningsuppdraget har varit att överväga och lämna förslag till de förändringar i förmånssystemet inom socialförsäkringen som är påkallade för att uppnå bättre rättvisa mellan olika sjukdomsgrupper som har stora kostnader för läkemedel, förbrukningsartiklar, vård och annan behandling.

Förslagen bör i första hand ta sikte på

- systemet med läkemedelsförmåner, varvid bl.a. möjligheterna bör prövas att utvidga prisnedsättningen av läkemedel till vissa produkter för vilka den enskilde i dag helt får stå för kostnaderna samt ett slopande av åldersgränsen 16 år för prisnedsättning av speciallivsmedel vid vissa sjukdomar,
- införande av ytterligare en nivå inom handikappersättningen under den nu lägsta nivån,
- införande av ett särskilt högkostnadsskydd för sjukresor,
- lämpliga åtgärder som kompensation för att det avgiftsfria året vid sjukhusvård för pensionärer med hel förtidspension avskaffats fr.o.m. 1 juli 1991.

De vedertagna principerna om kostnadsfria läkemedel skall enligt direktiven stå fast. En annan utgångspunkt är att utgå från att möjligheten till avdrag för sjukdomskostnader vid inkomsttaxeringen har avskaffats och ta skälig hänsyn till detta vid utformningen av förslagen.

Både regering och riksdag har under senare år gjort den bedömningen att det finns vissa brister i förmånssystemet inom socialförsäkringen med avseende på stödet till dem som har betydande kostnader till följd av sjukdom eller handikapp.

Det har därför ansetts vara önskvärt med en reformering av

förmånssystemet, för att undanröja sådana brister och skapa rättvisa mellan olika grupper sjuka och handikappade. För att begränsa kostnaderna för en sådan reform är det nödvändigt att även överväga omprioriteringar mellan de olika förmånerna. Vidare är det angeläget att ersättningssystemet kan göras mer enhetligt och administrativt enklare.

Även andra områden av förmånssystemet än de som nämnts ovan och som bedöms vara av betydelse för att generellt sett kunna skapa en större rättvisa mellan olika grupper sjuka och handikappade som har kontinuerliga och betydande kostnader för läkemedel, vård och behandling kan behandlas.

Förslagen skall vara kostnadsberäknade. Detta gäller också omprioriteringar om sådana föreslås. Enligt tilläggsdirektiv begränsas kommittén inte av regeringens s.k. nolldirektiv.

## Förmånssystemen som omfattas av uppdraget (kapitel 2)

### Läkemedelsförmånerna

Läkemedelsförmånerna vid öppen hälso- och sjukvård utges enligt lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. i form av prisnedsatta läkemedel, kostnadsfria läkemedel vid vissa kroniska och allvarliga sjukdomar, kostnadsfria förbrukningsartiklar vid vissa sjukdomar samt prisnedsatta speciallivsmedel vid vissa sjukdomar för barn under 16 år.

Lagen anger också förutsättningarna för att uppnå skyddet mot höga kostnader för läkemedel och öppen sjukvård, det s.k. högkostnadsskyddet. Högkostnadsskyddet är inte att betrakta som en läkemedelsförmån, men är lagtekniskt reglerat i lagen om begränsning av läkemedelskostnader, m.m.

För den försäkrade fungerar läkemedelsförmånerna så att försäkringen träder in vid varje köp av receptbelagt läkemedel eller förskrivet speciallivsmedel, antingen genom reducering av läkemedlets eller livsmedlets pris eller genom kostnadsfrihet för vissa läkemedel eller förbrukningsartiklar men också genom kostnadsbefrielse inom högkostnadsskyddet.

## Prisnedsatta läkemedel

Allt sedan år 1955, när den allmänna sjukförsäkringen trädde i kraft, har en särskild läkemedelsförmån funnits, som begränsar konsumenternas läkemedelskostnader. Flera tekniska system och rabattsatser har tillämpats under denna tid. Prisnedsättningen fungerar nu på så sätt att en avgift tas ut för varje läkemedel vid ett inköpstillfälle. Prisnedsättningen för ett läkemedel görs med hela det belopp som överstiger 120 kr. För varje ytterligare läkemedel som förskrivits vid samma tillfälle och som samtidigt köps på apoteket görs prisnedsättningen med hela det belopp som överstiger 10 kr.

Den allmänna sjukförsäkringens kostnad för de prisnedsatta läkemedlen uppgick år 1991 till drygt 3,4 mdkr. År 1982 var motsvarande kostnad något över 1,7 mdkr<sup>1</sup>.

## Kostnadsfria läkemedel

Kostnadsfria läkemedel ges till dem som lider av vissa långvariga och allvarliga sjukdomar. Dessa sjukdomar och läkemedel anges i förordningen (1981:353) med förteckning över kostnadsfria läkemedel. Förteckningen är uppställd i tabellform och omfattar 32 skilda diagnosgrupper. Till varje sådan diagnosgrupp är särskilt angett vilka läkemedel eller läkemedelssubstanser som berättigar till kostnadsfrihet. Förteckningen är därför mycket omfattande.

Sjukförsäkringens kostnader för de kostnadsfria läkemedlen har beräknats uppgå till drygt 2,1 mdkr år 1991. År 1982 var försäkringskostnaden ca 677 mkr.

## Prisnedsatta speciallivsmedel vid vissa sjukdomar

Enligt lagen om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. gäller prisnedsättningen också vissa speciallivsmedel till barn under 16 år enligt vad som finns angett i förordningen (1979:1132) om prisnedsatta livsmedel vid vissa sjukdomar. Konsumenten betalar högst 120 kr oavsett om flera livsmedel förskrivits på en livsmedelsanvisning. Prisnedsättningen gäller

---

<sup>1</sup> Här och i det följande avses löpande priser.

om barnet lider av någon av 10 sjukdomar, bl.a. Crohn's sjukdom, intolerans mot olika födoämnen och ulcerös colit.

Läkemedelsverket upprättar en förteckning, som är mycket omfattande, över de livsmedel som omfattas av prisnedsättningen. Verket anger också vilka läkare som är behöriga att förskriva sådana livsmedel.

Konsumentens egenavgift ingår inte som kvalifikation för högkostnadsskyddet.

Sjukförsäkringens utgifter för speciallivsmedlen uppgick år 1991 till 62 mkr.

### **Kostnadsfria förbrukningsartiklar**

Enligt lagen om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. lämnas vissa förbrukningsartiklar kostnadsfritt till den som på grund av allvarlig sjukdom eller efter behandling för sådan sjukdom fortlöpande behöver dessa.

De grupper av olika förbrukningsartiklar som lämnas kostnadsfritt är var för sig knutna till åtta diagnoser. Dessa diagnoser är förtecknade i kungörelsen (1972:189) om kostnadsfria förbrukningsartiklar vid sjukdom. De som kan få förbrukningsartiklarna är diabetiker, personer med olika former av inkontinens eller med olika form av stomier.

Artiklarna är av engångsnatur, t.ex. injektionssprutor, kanyler, testmaterial för bestämning av blodsockerhalten, bandagematerial och hudskyddsmedel.

Socialstyrelsen meddelar föreskrifter om hur de kostnadsfria förbrukningsartiklarna skall vara beskaffade och Handikappinstitutet upprättar på uppdrag av Socialstyrelsen en förteckning över vilka enskilda produkter som skall tillåtas att lämnas kostnadsfritt.

Artiklarna får förskrivas bara av läkare eller tandläkare och av andra som Socialstyrelsen förklarat behöriga till detta. Förskrivningen görs på ett hjälpmedelskort.

Sjukförsäkringens kostnader för dessa förbrukningsartiklar år 1991 uppgick till nära 998 mkr.

### **Högekostnadsskyddet**

Högekostnadsskydd gäller för såväl inköp av läkar- och tandläkarordinerade läkemedel som patientavgifter vid läkarvård



och sjukvårdande behandlingar i offentlig öppen vård och privat öppen vård där vårdgivaren är ansluten till den allmänna försäkringen. Högkostnadsskyddet gäller också inom den avgiftsbelagda företagshälsovården.

En försäkrad kommer i åtnjutande av skyddet när han har köpt prisnedsatta läkemedel och/eller betalat patientavgifter för läkarbesök eller sjukvårdande behandlingar med sammanlagt minst 1 500 kr. Skyddet, dvs. kostnadsbefrielsen från ytterligare avgifter, gäller under återstoden av en tolvmånadersperiod räknat från den första betalningen.

För flera barn i samma familj fungerar högkostnadsskyddet gemensamt.

Under år 1991 utfärdades ca 509 700 frikort. Antalet frikort som utfärdas ökar markant och beräknas ligga mellan 650 000–700 000 under år 1992.

Ersättning till Apoteksbolaget AB för uteblivna egenavgifter för läkemedelsinköp uppgick år 1991 till 335 mkr.

Uteblivna patientavgifter inom den offentliga öppna vården har för år 1991 beräknats för läkarbesöken till 270 mkr och för de sjukvårdande behandlingarna till ca 100 mkr. De uteblivna patientavgifterna vid privat läkarvård och privat sjukgymnastbehandling uppgick till 74 mkr resp. 80 mkr. Därmed kostade frikortsbesöken sjukvårdshuvudmännen ca 525 mkr år 1991.

## Naturmedel

Naturmedel omfattas inte av sjukförsäkringens förmånssystem i form av prisnedsättning. De bestämmelser som gäller om naturmedel är undantag från läkemedelsförordningens (1962:701) bestämmelser om kontroll för registrering av läkemedel. Detta innebär att en granskning görs av att medlet är oskadligt. Inga krav på vad läkemedelsförordningen beskriver om ändamålsenlighet ställs. Inte heller ställs några krav på effekt, toxikologi eller farmaceutisk dokumentation.

## Handikappersättning

Handikappersättning ges dels som en tilläggsförmån till försäkrad som uppbär pension enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL), dels som en självständig förmån till den

som inte har sådan pension.

Enligt AFL tillkommer handikappersättning försäkrad som fyllt 16 år och som innan han fyllt 65 år för avsevärd tid fått sin funktionsförmåga nedsatt i sådan omfattning att han har stort behov av hjälp av annan eller har stora merkostnader. Handikappersättning, som är skattefri, utgår alltefter hjälpbehovets omfattning eller merutgifternas storlek med för år räknat 69 %, 53 % eller 36 % av basbeloppet.

Lagbestämmelsen AFL är allmänt hållen. Vissa allmänna schablonregler har emellertid utvecklats i tillämpningen. Kravet på "avsevärd tid" har enligt praxis ansetts motsvara minst ett år. "Mera tidskrävande hjälp" har ansetts motsvara ett effektivt hjälpbehov av två timmar per dag.

Enligt en särskild regel i AFL utgår handikappersättning alltid till den som är blind, döv eller gravt hörselskadad om handikappet inträtt före 65 års ålder.

Hjälpt behovet hos sjuka eller handikappade varierar beroende på vilken funktionsnedsättning det är fråga om och dess svårighetsgrad. Hjälpt behovet hos personer med samma funktionsnedsättning varierar också allt efter deras personliga förutsättningar och möjligheter att anpassa sig till sitt handikapp eller sin sjukdom. Detta har medfört att schabloniseringar inte bedömts vara möjliga, fränsett regeln om att blinda och döva alltid har rätt till handikappersättning.

Handikappersättningen är i princip en merkostnadsersättning. Enligt AFL kan såväl hjälpt behov som merutgifter i tillräcklig omfattning var för sig ge rätt till handikappersättning. Föreligger både hjälpt behov och merkostnader på grund av funktionsnedsättningen grundas bedömningen av rätten till ersättning på det sammanlagda stödbehovet.

Liksom hjälpt behovet skiljer sig merutgifternas storlek mellan olika sjukdoms- och handikappgrupper. Stora olikheter vad gäller merutgifter förekommer också inom samma sjukdoms- eller handikappgrupp. Några schabloniseringar – fränsett vissa merkostnadsposter, bl.a. för olika specialdieter – har därför bedömts inte vara möjliga att göra.

För en försäkrad som har både hjälpt behov och merutgifter grundas enligt AFL bedömningen på det sammanlagda behovet av stöd. Som exempel kan nämnas att en försäkrad som har ett hjälpt behov på omkring en timme per dag och merutgifter som motsvarar 15 % av basbeloppet har ett sammanlagt

stödbehov av sådan omfattning att handikappersättning med 36 % av basbeloppet kan vara motiverat.

Antalet utgående handikappersättningar har under den senaste tioårsperioden ökat med omkring 30 %. Under de senaste åren ligger ökningen relativt konstant vid ca 2 %. I december 1991 utgavs handikappersättning till totalt något över 50 500 personer. Försäkringskostnaden uppgick för år 1991 till 826 mkr.

### **Ersättning för sjukresor**

Huvudmannaskapet för administrationen av ersättning som gavs från sjukförsäkringen enligt AFL för sjukresor fördes över från försäkringskassorna till sjukvårdshuvudmännen fr.o.m. år 1992. Huvudmännens skyldighet att lämna sjukreseersättning till de försäkrade regleras i lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresa. Denna överflyttning av huvudmannaskapet – ekonomiskt och administrativt – har skapat förutsättningar för ett effektivare resursutnyttjande av alla samhällssubventionerade persontransporter genom att sjukvårdshuvudmännen samtidigt fått möjligheter att i viss utsträckning utforma regelsystem som kan anpassas till varierande lokala förhållanden.

De detaljerade bestämmelserna om beräkning av resekostnadsersättning som fanns i förordningen (1987:82) om ersättning vid sjukresa har avvecklats. Av den statliga regleringen kvarstår bara bemyndigandet i AFL för regeringen att bestämma grunderna för ersättning för resor och andra vårdinsatser. I grunderna har också klargjorts att regeringen kan föreskriva den maximala avgiften för den resekostnad, som de försäkrade själv skall svara för och det lägsta belopp som skall tillämpas vid beräkningen av ersättningen vid sjukresa med privatbil. En högsta egenavgift på 40 kr per enkelresa oavsett färdmedel har bestämts. Storleken på den lägsta kilometerersättning som ligger till grund för beräkningen av kostnaden för resa med privatbil har regeringen beslutat vara 1 kr.

För finansieringen av sjukvårdshuvudmännens kostnader för sjukresor lämnas en schabloniserad ersättning från sjukförsäkringen. För år 1992 uppgick ersättningen till 1 396 mkr.

## **Slopandet av det avgiftsfria året vid sjukhusvård för pensionärer med hel förtidspension**

Det avgiftsfria året för ålderspensionärer vid sjukhusvård avskaffades fr.o.m. år 1989. Detta s.k. friår slopades också för pensionärer med hel förtidspension eller helt sjukbidrag fr.o.m. den 1 juli 1991. Sjukbidrag är en tidsbegränsad förtidspension. Samtidigt med avskaffandet infördes vid sjukhusvård för ålderspensionärer och de förtidspensionärer som förbrukat det avgiftsfria året ett nytt avgiftssystem. Avdraget görs nu från utgående allmänna pensionsförmåner.

Att pensionärer med hel förtidspension undantogs från de regler som infördes fr.o.m. år 1989 för ålderspensionärerna motiverades med denna grupps behov av egna ekonomiska medel för sin rehabilitering. I första hand åsyftades de yngre förtidspensionärerna. Flertalet förtidspensionärer lever emellertid under ekonomiska förhållanden som är jämförbara med vad som gäller för ålderspensionärerna. Det var mot denna bakgrund som den tidigare ordningen befanns inte vara tillfredsställande ur rättvisesynpunkt och det avgiftsfria året för dessa förtidspensionärer har därför avskaffats.

## **Avdraget för sjukdomskostnader vid inkomsttaxeringen**

Enligt tidigare regler i skattelagstiftningen kunde den beskattningsbara inkomsten minskas med ett s.k. extra avdrag om en persons skatteförmåga varit väsentligen nedsatt till följd av t.ex. långvarig sjukdom, olyckshändelse, ålderdom eller underhållsskyldighet. Avdraget bestämdes efter omständigheterna i det enskilda fallet men fick inte överstiga 10 000 kr. Denna möjlighet avskaffades fr.o.m. år 1991 i samband med den då genomförda skatteomläggningen.

Den personkrets som beviljats detta avdrag bestod främst av ålderspensionärer, handikappade och långvarigt sjuka.

I direktiven anges att besparingseffekten av den slopade avdragsrätten har beräknats till 90 mkr.

Enligt en närmare beräkning som Riksskatteverket gjort bedöms emellertid statens ökade skatteinkomster till 315 mkr per år.

## Förmånssystemens brister (kapitel 3)

I direktiven anges vissa brister i de förmånssystem som vi har att behandla. Under hand har vi även fått synpunkter på konstruktionen av förmånssystemen från framför allt handikapporganisationerna.

### Läkemedelsförmånerna

#### *Prisnedsatta läkemedel*

Rent allmänt kan konstateras att systemet med prisnedsättning av läkemedel fungerar väl för den enskilde. Försäkringsskyddet inträder vid varje köp av receptbelagt läkemedel, vars kostnad överstiger en fastställd egenavgift. Skyddet är lika för alla i den bemärkelsen att patienten betalar högst 120 kr för ett läkemedel, 130 kr för två läkemedel, 140 kr för tre läkemedel osv. som har skrivits ut på recept av en läkare vid ett och samma tillfälle och som köps samtidigt på apotek.

Egenavgifterna för prisnedatta läkemedel kvalificerar till högkostnadsskyddet för öppen sjukvård och medicin.

#### *Kostnadsfria läkemedel*

En av de under senare år mest diskuterade frågorna på läkemedelsområdet har varit de kostnadsfria läkemedlens ställning inom försäkringssystemet. Frågan om det finns skäl att behålla förmånen med kostnadsfrihet för vissa grupper sjuka för vissa angivna läkemedel vid sidan av högkostnadsskyddet för vård och läkemedel har ställts. Förmånssystemet medför att vissa grupper av sjuka får kostnadsfria läkemedel även om de har en begränsad läkemedelskonsumtion, medan andra sjukdomsgrupper med kanske stora kostnader inte omfattas av förmånen, bland andra psoriasis sjuka, reumatiker, allergiker och njursjuka. Från samordningssynpunkt kan anses att högkostnadsskyddet inte behöver vara kompletterat med särregler för vissa sjuka.

Det finns också gränsdragningsproblem mellan de sjukdomar som omfattas av kostnadsfriheten och de som står utanför, men också problem med att avgränsa de läkemedel som för varje angiven diagnos är kostnadsfri.

Förteckningen över de kostnadsfria läkemedlen eller läkeme-

delssubstanserna har inte uppdaterats sedan år 1984, frånsatt en smärre justering i juli 1992.

### *Prisnedsatta speciallivsmedel vid vissa sjukdomar*

Stora sjukdomsgrupper har behov av speciallivsmedel. Sjukdomarna innebär i huvudsak inte någon art- eller gradskillnad mellan barn och vuxna. En brist i systemet för speciallivsmedel är därför att förmånsrätten är begränsad till barn under 16 år. Egenavgiften vid köp av speciallivsmedel till barn kvalificerar heller inte för högkostnadsskydd.

### *Kostnadsfria förbrukningsartiklar*

Sedan kostnadsfrihet för vissa förbrukningsartiklar för egenvård eller egenbehandling infördes har framställningar gjorts om att föra upp nya produkter på förteckningen över kostnadsfria förbrukningsartiklar. Framställningar har också gjorts om att flera diagnosgrupper skall omfattas av kostnadsfriheten. Vissa nya artiklar har efter hand förts upp på förteckningen liksom artiklar som inneburit en vidareutveckling av befintliga produkter. Däremot har det inte tillkommit några nya diagnoser utöver de ursprungliga åtta.

De brister som finns i systemet är att t.ex. personer med allergi och psoriasis har stora kostnader för köp av förbrukningsartiklar för egenvård i form av förbands- och bandagematerial, tubgas, engångshandskar m.m. Dessa diagnoser är inte förtecknade för kostnadsfrihet. Principiellt sett kan det anses otillfredsställande med stora skillnader i ekonomiska villkor mellan grupper som ingår i systemet och får alla kostnader för förbrukningsartiklar täckta och grupper som står utanför och inte alls får något ekonomiskt stöd för sina kostnader. I många fall är det fråga om lika angelägna behov. Ett exempel är att laryngectomerade förbrukar stomaskydd till en mycket stor årlig kostnad. Stomaskydd är en typisk förbrukningsartikel för egenvård.

Skillnaderna i ekonomiska villkor beror därmed främst på att rätten till artiklarna är knuten till åtta diagnoser. Injektionsmaterial tillhandahålls kostnadsfritt för diabetiker, men inte för andra grupper. Samma injektionssprutor används för annan egenbehandling, t.ex. för antibiotikabehandling vid

sjukdomen Cystisk Fibros eller för injicering av tillväxthormon. Hudskyddsmedel tillhandahålls kostnadsfritt för grupper med olika former av stomier, medan andra, t.ex. psoriatiker och allergiker, måste betala för dem.

Det finns emellertid ytterligare ett problem. En person kan visserligen tillhöra en av de diagnosgrupper som omfattas av kostnadsfriheten, men får ändå inte nödvändiga artiklar kostnadsfritt på grund av att artiklarna inte är förtecknade för just den gruppen. Inkontinenta behöver hudskyddsmedel men får inte detta kostnadsfritt, trots att de tillhör en av de diagnosgrupper som omfattas av kostnadsfrihet, men då för andra artiklar. Systemets svaghet är alltså även att det exakt anger vilka artiklar som tillhandahålls vid de diagnoser som omfattas av kostnadsfriheten.

### **Högekostnadsskyddet**

Högekostnadsskyddet är knutet till en tolv månadersperiod. För den försäkrade fungerar skyddet i huvudsak väl. Det finns emellertid ett särskilt problem för patienter med täta läkarbesök/sjukvårdande behandlingar, t.ex. seriebehandlingar. Det är inte helt ovanligt att de måste betala patientavgifter som sammantagna uppgår till ett stort belopp under en kort tidsperiod. Detta medför en sned ekonomisk belastning för dessa enskilda.

I dag finns inte lagliga möjligheter inom ramen för lagen om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. att införa ett periodiserat högekostnadsskydd för öppen sjukvård och läkemedel, om detta också skall innefatta de statliga läkemedelsförmånerna.

### **Naturmedel**

Naturmedel omfattas i dag inte av sjukförsäkringens system för prisnedsättning av läkemedel och speciallivsmedel.

Frågan om rabatter av vissa naturmedel tas upp i direktiven. Bakgrunden är att det förts fram önskemål till Socialdepartementet om att mistelpreparaten Iscador och Helixor – som använts som injektionsmedel vid cancersjukdomar – men

också vissa andra naturmedel får omfattas av prisnedsättningen, eftersom dessa preparat kan medföra en stor kostnad för en enskild.

### **Handikappersättning**

Handikappersättning ges allt efter hjälpbehovets omfattning och/eller merkostnaders storlek med 36, 53 eller 69 % av basbeloppet. Tid efter annan har det ställts önskemål om flera ersättningsnivåer, inte bara om en nivå som är lägre än den nu lägsta för att grupper med lägre stödbehov skall kunna få kompensation för hjälpbehov och/eller merkostnader för sitt handikapp, utan också om en högre nivå än den nuvarande högsta, eftersom denna nivå inte ger kompensation för dem med mycket stort stödbehov.

Att handikappersättningen bara kan ges med belopp motsvarande tre nivåer av basbeloppet, med förhållandevis stora intervaller, medför att tröskelvärdet är högt. Många, som bara i begränsad omfattning eller inte alls har något hjälpbehov, men däremot har relativt höga merutgifter för sitt handikapp kan inte få dessa merkostnader kompenserade.

Ett annat problem är de omfattande utredningar om stödbehov som i de flesta fall behöver göras av försäkringskassorna, både när det gäller omfattningen av hjälpbehov och merkostnadernas storlek. Administrationskostnaden för varje nytt ansökningsärende är därmed mycket hög, ca 3 500 kr.

### **Ersättning för sjukresor**

För dem som ofta behöver öppen sjukvård blir – framför allt när allmänna kommunikationer av olika skäl inte kan anlitas – den sammanlagda egenkostnaden stor under ett år. Kostnaderna för resor till och från vård- eller behandlingsanläggning för dessa grupper är numera stor, bl.a. för psoriatiker, dialyspatienter och vissa diabetiker, men också för andra sjuka och handikappade som vid seriebehandlingar ofta behöver besöka sjukvården. För närvarande finns inget statligt reglerat högkostnadsskydd för sjukresekostnader. Vissa lands- ting har dock infört sådant skydd av varierande konstruktion.



## **Sloandet av det avgiftsfria året vid sjukhusvård för pensionärer med hel förtidspension**

Det avgiftsfria året vid sjukhusvård har avskaffats för personer med hel förtidspension fr.o.m. den 1 juli 1991. Avgiften per vård dag utgör en tredjedel av summan av utbetalade pensionsförmåner från AFL före skatt, dock högst 65 kr. Avgiften för en pensionär med hel förtidspension och pensionstillskott uppgår för närvarande till 62 kr.

I tilläggsdirektiven anges att för den grupp av framför allt yngre förtidspensionärer som på grund av sjukdom eller handikapp bedöms ha särskilda behov av egna ekonomiska medel för sin rehabiliering, bör åtgärder vidtas så att de på annat sätt får erforderlig kompensation för de ökade kostnader som avskaffandet av det fria året vid sjukhusvård medför, dvs. enligt vår bedömning att de bör ges ekonomiska möjligheter att upprätthålla sociala kontakter utanför sjukhuset.

## **Avdraget för sjukdomskostnader vid inkomsttaxeringen**

Avsikten med det tidigare extra skatteavdraget för sjukdomskostnader var att ge en ekonomisk lättnad bl.a. till handikappade och långvarigt sjuka.

Avdragets avskaffande har drabbat främst personer med kostnader som i dag uppgår till mellan 1 000–9 604 kr, eftersom praxis är att de som åtminstone har sjukdomskostnader m.m. överstigande 9 604 kr är berättigade till handikappersättning.

## **Överväganden och förslag (kapitel 4)**

### **Naturmedel**

Två naturmedel – Iscador och Helixor – har godkänts för injektion. De används vid cancersjukdomar och vissa andra allvarliga sjukdomar. Syftet har varit att av humanitära skäl ge de människor som önskar det, möjlighet till injektionsbehandlingar med naturmedel.

Både naturmedel för injektion – och alla andra naturmedel – är emellertid undantagna från läkemedelsförordningens bestämmelser om kontroll för registrering av läkemedel. Detta innebär att den nuvarande kontrollen enbart är en oskadlig-

hetsgranskning. Några krav på dokumentation av medlets effekt, toxikologi eller farmaceutisk dokumentation ställs inte.

Omotiverade hinder vid valet av behandlingsformer bör undanröjas. En prisnedsättning av naturmedel skulle emellertid innebära att samhället går i god för dessa och aktivt stimulerar användningen. En sådan åtgärd skulle innebära något helt annat än att undanröja omotiverade hinder vid val av behandlingsformer.

En naturmedelsproducent, som är övertygad om sitt preparats medicinska effekt, är också alltid oförhindrad, att på samma sätt som andra tillverkare av läkemedel, anmäla preparatet för registrering hos Läkemedelsverket som en farmaceutisk specialitet, vilket därmed innebär en hårdare granskning.

Vår bedömning är att samhället bör subventionera bara sådana läkemedel som enligt vedertagna principer visat sig vara verkningsfulla. Någon utvidgning av prisnedsättnings-systemet till att också omfatta naturmedel föreslås därför inte.

### **Slopandet av det avgiftsfria året vid sjukhusvård för pensionärer med hel förtidspension**

För en förtidspensionär med ingen eller låg ATP är vårdavgiften i de flesta fall ekonomiskt känbar om de behöver sjukhusvård under en längre period eller under upprepade kortare perioder.

En kompensation genom handikappersättningen i enlighet med direktiven har övervägts.

Handikappersättning utges till den som fyllt 16 år och kan i princip fortlöpa livslångt, under förutsättning att behovet av stödet uppstått före 65-årsåldern. Ur denna synpunkt är handikappersättningen åldersmässigt sett ett "generellt" stödsystem i den meningen att ersättningen inte riktar sig till enbart yngre förtidspensionärer. Handikappersättning kan också beviljas som huvudförmån till den som inte uppbär förtidspension.

Uppbyggnaden av systemet för handikappersättning är därför inte en lämplig ersättningsform för att nå just dem – framför allt yngre förtidspensionärer – som har behov av egna medel för sin rehabilitering till följd av att de under vissa perioder får betala av sin pension för sjukhusvård. En kompensation genom handikappersättningen har därmed inte kunnat föreslås.

Enligt AFL beräknar försäkringskassan vårdavgiftens storlek

vid vårdtillfället med hänsyn till storleken av pensionärens pensionsförmåner. För att befrielse från eller nedsättning av vårdavgiften skall kunna beviljas, fordras att det finns särskilda skäl med hänsyn till pensionärens ekonomiska förhållanden och behov av medel till sin bostad och/eller rehabilitering. Vid bedömningen beaktas pensionärens möjlighet att kunna betala hyran för sin bostad, för personliga utgifter, det faktiskt gjorda sjukhusvårdsavdraget, löpande amorteringar och räntor samt kostnader för olika former av rehabiliteringsåtgärder. Om dessa utgifter överstiger pensionärens inkomster i form av bl.a. pensionsförmåner jämkas sjukhusvårdsavgiften så att de båda delposterna blir lika stora.

När möjligheten till avgiftsbefrielse helt eller delvis infördes fr.o.m. maj 1989, var syftet att den skulle användas bara i undantagsfall. Endast ett fåtal pensionärer har också beviljats avgiftsbefrielse eller avgiftsnedsättning.

En uppmjukning av RFV:s rekommendationer om bedömningarna för avgiftsbefrielse helt eller delvis för dem med behov av egna medel för sin rehabilitering har övervägts. Detta skulle öka dessa bedömningsfall och därmed innebära en ökad administration och föreslås därför inte, eftersom vår strävan har varit att försöka åstadkomma ett enkelt och administrativt hanterbart system för den ekonomiska kompensationsen.

Andra mera generella eller schabloniserade alternativ har därför övervägts. Kompensationssystemet bör därmed inte innehålla någon form av individuella ekonomiska prövningar.

Dessa diskuterade modeller har emellertid befunnits innebära antingen ett i princip återinförande av differentierade vårdavgifter eller ett återinförande av det avgiftsfria sjukhusvårdsåret för en grupp – unga förtidspensionärer med hel förtidspension eller helt sjukbidrag. Detta har redovisats i en skrivelse till regeringen/Socialdepartementet. Det är enligt vår uppfattning mera lämpligt att kompensationsfrågan behandlas i annat sammanhang, förslagsvis i anslutning till de åtgärder som i övrigt kan behöva vidtas med anledning av förhållandena för de sämst ställda pensionärerna.

## **Periodicerat högkostnadsskydd för öppen vård och medicin**

Sjukvårdshuvudmännen har redan med dagens författningsreglering möjlighet att själva besluta om ett periodicerat högkostnadsskydd inom ramen för det tolv månadersbaserade skyddet. Ett sådant periodicerat system kan emellertid på grund av reglerna i 7 § lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. för närvarande inte samordnas med den statligt finansierade läkemedelsförmånen.

Ett förslag om ett periodicerat högkostnadsskydd, som också omfattar läkemedelsinköp, måste bygga på en noggrann utredning om systemet och dess administration och därmed också kostnadsberäkningar.

Vi lämnar därför inget förslag om ett periodicerat högkostnadsskydd. Denna fråga – bland många andra – omfattas av direktiven för utredningen om Hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (dir. 1992:30).

## **Ett högkostnadsskydd för sjukresor**

Utgångspunkterna för utformningen av ett högkostnadsskydd för sjukresor med en landstingsadministration har varit följande.

Högkostnadsskyddet bör utgöra ett separat system och inte sammankopplas med det gällande högkostnadsskyddet för öppen sjukvård och läkemedel. Ett högkostnadsskydd för sjukresor bör först utvärderas innan en eventuell samordning sker. En sammankoppling av de båda högkostnadsskydden torde medföra att egenkostnadstaket i ett samordnat skydd måste läggas på en relativt hög nivå, vilket skulle medföra att många försäkrade som bor i regioner med väl utbyggda allmänna kommunikationer helt skulle kunna utestängas från ett samordnat skydd, eftersom de i regel har mindre utgifter för sjukresor.

Resekostnader som understiger karensbeloppet (den försäkrades egenavgift) bör av administrativa skäl inte kvalificera för högkostnadsskyddet.

Högkostnadsskyddet har så långt möjligt utformats efter mönster av systemet för högkostnadsskyddet för sjukvård och läkemedel m.m. När egenavgifterna visar att den försäkrades sammanlagda kostnad uppgår till ett visst bestämt belopp

skall han befrias från ytterligare egenavgifter under en tolv-månadersperiod räknat från den första sjukresan.

Endast sådana sjukresor som är ersättningsbara enligt regleringen i lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor skall omfattas av högkostnadsskyddet. Egenavgifter för sjukresor som företas med kommunal färdtjänst bör tills vidare inte kvalificera för skyddet. Frågan om en eventuell sådan samordning bör utredas särskilt av företrädare för staten, primärkommunerna och sjukvårdshuvudmännen.

Olika alternativa kvalifikationstak för att nå högkostnads-skyddet har övervägts. Detta högsta tak bör fastställas i kronor. Om en sjukvårdshuvudman väljer ett lägre krontalstak bör staten inte bära några kostnader för detta. Nivån på de krontalstak som övervägts har varit 1 200 kr resp. 1 600 kr.

Den årliga försäkringskostnaden – exkl. kostnader för administrationen – för ett alternativ avseende 1 200 kr beräknas till omkring 55 mkr. I ett alternativ avseende 1 600 kr beräknas den årliga kostnaden – exkl. administration – till omkring 30 mkr.

Till de beräknade beloppen kommer kostnader initialt för utbildning och information samt löpande för utbildning och administration.

### **Slopande av åldersgränsen 16 år för rätt till prisnedsatta speciallivsmedel**

En brist i systemet för speciallivsmedel är att rätten till prisnedsättning är begränsad enbart till barn. Vi föreslår därför att åldersgränsen 16 år avskaffas.

Dessutom har emellertid – utöver vad som anges i direktiven – också andra mera långtgående åtgärder övervägts.

Endast läkare som är specialiserade på sådana sjukdoms- och bristtillstånd som kan medföra rätt till prisnedsatta speciallivsmedel har förskrivningsrätt. Det finns därför inte några egentliga skäl att bibehålla den diagnosförteckning som i grunden styr vilka diagnosgrupper som kan få speciallivsmedel till nedsatt pris. Därmed skulle systemet helt bygga på den enskildes fortlöpande behov av sådana livsmedel, ett behov som avgörs av de läkare som Läke-medelsverket anger som behöriga att förskriva speciallivsmedel.

En förteckning över de livsmedel som får tillhandahållas till

nedsatt pris på apotek bör emellertid – i likhet med det nuvarande systemet – finnas, främst mot bakgrund av Läkemedelsverkets produktkontroll av de livsmedel som kan omfattas av prisnedsättningen.

Trots att speciallivsmedel säljs till nedsatt pris ingår egenavgifterna inte som kvalifikation för högkostnadsskyddet för vård och medicin. Även sådana egenavgifter föreslås bli inordnade i högkostnadsskyddet.

Samma regel som gäller för prisnedsättning av läkemedel och kostnadsbefrielse genom högkostnadsskyddet bör gälla också för beräkning av prisnedsättningen av speciallivsmedel, dvs. en förskrivning av livsmedel får inte avse större mängd än som svarar mot det beräknade behovet för 90 dagar.

År 1991 uppgick försäkringens kostnader för speciallivsmedlen till 62 mkr. De åtgärder som föreslås är svåra att kostnadsberäkna, men bedömningen är att försäkringskostnaderna torde öka med sammantaget högst 25 mkr, inkl. påverkan på försäkringens kostnader för högkostnadsskyddet.

### **Kostnadsfria läkemedel**

Trots den begränsning i direktiven, som innebär att de vedertagna principerna om kostnadsfria läkemedel skall stå fast, har inom utredningen förts omfattande diskussioner om detta förmånsslags fortsatta ställning i försäkringssystemet. Tre olika alternativa lösningar har diskuterats och övervägts. De tre alternativen har varit följande.

- Ett bibehållande av den nuvarande konstruktionen, men med en uppdatering eller aktualisering av såväl diagnosgrupper som läkemedel.
- Ett system där endast sådana läkemedel som kompenserar för sådana substanser som kroppen vid vissa sjukdomar inte själv kan producera, s.k. kroppsegna substanser, skall vara kostnadsfria.
- Ett avskaffande av kostnadsfriheten och ett inordnande av förmånsslaget i prisnedsättningssystemet och därmed också ett inordnande i högkostnadsskyddet för vård och medicin.

Förmånen kostnadsfria läkemedel infördes år 1955. För de

prisnedsatta läkemedlen sattes patientandelen då till 3 kr plus 50 % av totalkostnaden vid varje köptillfälle. Personer med vissa svåra sjukdomstillstånd fick emellertid sina läkemedel helt kostnadsfritt. 15 sådana sjukdomar specificerades för kostnadsfrihet. Också de läkemedel som för varje sjukdom inkluderades i kostnadsfriheten definierades.

För de prisnedsatta läkemedlen gäller numera ett annat rabatteringsystem. Patienten, som på ett recept får flera läkemedel förskrivna, betalar för det första medlet högst 120 kr och för varje ytterligare medel 10 kr. År 1981 infördes också skyddet mot höga kostnader för öppen vård och läkemedel, högkostnadsskyddet.

Med anledning härav torde förmånen med kostnadsfria läkemedel i viss mån ha fått minskad betydelse för den enskilde.

Systemet medför också att vissa grupper sjuka är berättigade till kostnadsfria läkemedel även om de har en begränsad läkemedelskonsumtion, medan andra med minst lika långvariga och i många fall allvarliga sjukdomar inte omfattas av förmånen. Ett avskaffande av kostnadsfriheten och ett inordnande i prisnedsättningssystemet och därmed också i högkostnadsskyddet, skulle medföra att alla grupper sjuka med läkemedelsbehov jämföras i försäkringshänseende.

Skall förmånen kostnadsfria läkemedel bibehållas är en fortlöpande översyn nödvändig. Den kostnadsfria förteckningen över diagnoser och läkemedel har i stort sett inte aktualiserats sedan år 1984. Detta gör det ganska rimligt att anta att läkare förskriver äldre kostnadsfria läkemedel för att patienterna skall få dem fritt i stället för nyare och effektivare prisnedsatta. Därmed riskerar vissa patienter att inte alltid få den bästa behandlingen.

Det kan emellertid inte bortses från att en del personer som nu omfattas av förmånen med kostnadsfria läkemedel kommer att kunna få högre kostnader, om de inte kommer i åtnjutande av högkostnadsskyddet, t.ex. epileptiker och diabetiker utan komplikationer.

Det går inte heller att bortse från att antalet "frikortsinnehavare" kommer att öka något. Med nuvarande antal frikortsinnehavare bör emellertid ett avskaffande av kostnadsfriheten inte i alltför stor utsträckning medföra ökat antal frikortsinnehavare eftersom många sjuka redan når högkostnadsskyddet. En del torde dock vara nära, kostnadsmässigt sett, att nå

skyddet. Ett slopande av kostnadsfriheten medför därför en viss ökning av antalet frikortsinnehavare. Ett annat skäl att bibehålla förmånen kostnadsfria läkemedel är, att dessa personer med svåra sjukdomar känner en stor trygghet i att veta att de får sina läkemedel utan kostnad samt att samhället anser att de inte skall betala för sin sjukdom.

Eftersom den fria läkemedelsförmånens vara eller inte vara har behandlats i bl.a. riksdagen och det av utredningsuppdraget framgår att listan skall vara kvar, har ett kompromissalternativ diskuterats. Kompromissen består i att reducera listans innehåll till att endast gälla "kroppsegna substanser", dvs. läkemedel för behandling av en brist på en substans som kroppen normalt producerar, t.ex. insulin och tillväxthormon. Det måste då ges en klar definition av vad som avses med "kroppsegna". En logisk slutsats är att inte ta med substanser som stimulerar kroppens egen produktion av substanser.

De tre alternativen har övervägts. Prioritet för något framför de andra ges inte.

### **Kostnadsfria förbrukningsartiklar**

Nya artiklar har efter hand förts upp på förteckningen över sådana som lämnas kostnadsfritt liksom artiklar som inneburit en vidareutveckling av befintliga kostnadsfria produkter. Däremot har det sedan 1960-talet inte tillkommit några nya indikationer eller diagnoser.

För de personer som omfattas av kostnadsfriheten fungerar försörjningen i huvudsak på ett tillfredsställande sätt. Detta är i sig ett skäl att bibehålla den nuvarande ordningen samt att aktualisera diagnos- och artikelförteckningarna. Med dagens författningsreglering är detta möjligt.

Systemets utformning med anknytning till tre indikationsgrupper (innefattande åtta diagnoser) innebär att det inte är behovet av förbrukningsartiklar som är avgörande för kostnadsfriheten utan den bakomliggande orsaken. Principiellt sett är det otillfredsställande med ett system som medför stora skillnader i ekonomiska villkor mellan de grupper som ingår i systemet, och de grupper som står utanför och inte alls får något ekonomiskt stöd. I många fall är det fråga om lika angelägna behov.

Ett system för att kostnadsfritt tillhandahålla sådana förbruk-



ningsartiklar för egenvård bör därför vara mera flexibelt. En snabb anpassning bör kunna göras, inte bara till ny teknik och andra produkter än för närvarande, utan också till andra grupper sjuka eller handikappade som har ett fortlöpande behov av förbrukningsartiklar.

Ett sätt att lösa detta är att bygga ut den nuvarande indikationsförteckningen med flera angelägna grupper och därmed också i stor utsträckning vidga artikel- och produktlistan. En sådan åtgärd är möjlig med nuvarande författningsreglering. En sådan lösning medför emellertid problem med att dra gränsen mellan dem som skall omfattas av kostnadsfriheten och dem som skall ställas utanför.

En annan lösning skulle kunna vara ett system som skulle bygga på att den nuvarande indikationsförteckningen avskaffades. Rätten till kostnadsfria artiklar skulle i stället tillkomma personer med någon avsaknad av kroppsfunktion eller till personer med teknisk funktion som saknas hos kroppen. Mot bakgrund av att det var överväganden i dessa termer som en gång i tiden ledde fram till den nuvarande indikationsförteckningen finns redan i dag möjlighet att utöka indikations- och artikelförteckningarna enligt denna modell. Denna modell skulle emellertid inte minska gränsdragningsproblemen mellan olika sjukdomsgrupper.

En lämpligare åtgärd vore att förändra systemet, så att det uteslutande utgår från behovet av kostnadsfria förbrukningsartiklar, dvs. oberoende av indikation eller diagnos. En sådan förändring skulle emellertid medföra en avsevärt ökad årlig kostnad för sjukförsäkringen för kostnadsfria artiklar. En utvidgning av systemet som medför en stor ökning av försäkringskostnaderna anser vi därför för närvarande inte vara ekonomiskt genomförbar.

Framför allt rättvisasppekter talar dock för att ett fortlöpande, ej tillfälligt, behov av förbrukningsartiklar för egenvård eller egenbehandling, som uppstår till följd av en långvarig eller kronisk sjukdom eller en varaktig funktionsnedsättning, bör vara styrande för rätten, att inom ramen för ett försäkringssystem, få tillgång till nödvändiga artiklar eller produkter. En tänkbar lösning vore därför, utan att den särskilt förordas framför någon annan, att behovet av förbrukningsartiklar för grupper med kroniska/långvariga sjukdomar eller varaktiga funktionsnedsättningar, bör styra rätten i ett försäk-

ringssystem att få tillgång till sina fortlöpande behov av förbrukningsartiklar, men också av andra produkter, t.ex. läkemedelsnära produkter för egenvård/egenbehandling som försäljs på apotek. Sådana produkter är t.ex. saliv ersättningsmedel och salivstimulerande medel till muntorra, medel mot ögontorrhet samt mjukgörande salvor till psoriatiker.

Eftersom det finns ett fungerande högkostnadsskydd för vård och medicin kan det diskuteras om inte kostnadsfriheten för diabetiker, stomister och inkontinenta i den nu skisserade lösningen skulle kunna slopas och samtliga förbrukningsartiklar och läkemedelsnära produkter för egenvård eller egenbehandling till dem som har fortlöpande behov därav inordnas i prisnedsättningssystemet för läkemedel och därmed också omfattas av högkostnadsskyddet.

Den enskildes andel av kostnaden bör i detta alternativ bestämmas till 120 kr per utlämningstillfälle, oberoende av hur många artiklar eller andra produkter som förskrivits på hjälpmedelskortet och köps vid samma tillfälle.

Endast vårdgivare som Socialstyrelsen förklarat behörig att förskriva förbrukningsartiklar och andra läkemedelsnära produkter skall ha förskrivningsrätt.

Vissa personer inom de nuvarande tre indikationsgrupperna som har kostnadsfrihet skulle få något ökade kostnader, men högkostnadsskyddet torde motverka en alltför stor ökning av deras kostnader. För nya grupper innebär däremot lösningen en avsevärd förbättring genom prisnedsättning på produkterna samtidigt som inköpen kvalificerar för högkostnadsskydd. Alla med kroniska eller långvariga sjukdomar och med kontinuerligt behov av förbrukningsartiklar och andra läkemedelsnära produkter skulle därmed försäkringsmässigt behandlas lika.

Det bör också författningsregleras, att en förskrivning av förbrukningsartiklar/produkter och läkemedelsnära preparat inte får avse större mängd än vad som svarar mot det beräknade behovet för 90 dagar.

Ett slopande av kostnadsfriheten och utökning av personkretsen till att omfatta också andra angelägna grupper skulle medföra en utgiftsminskning på ca 20–30 mkr, inkl. systemets påverkan på kostnaderna för högkostnadsskyddet.

## **Merkostnadsersättning – en lägre nivå av handikappersättningen**

Ett flertal modeller för en lägre handikappersättningsnivå under den nu lägsta nivån har diskuterats.

Mot bakgrund av den avskaffade möjligheten till avdrag för sjukdomskostnader – som främst kommit ålderspensionärer till godo – har övervägts om någon nedre åldersgräns, före vilken sjukdomen eller funktionshindret skall ha inträffat, bör finnas.

Syftet med handikappersättningen och även med en ytterligare lägre ersättningsnivå är att ersättningen skall kompensera för merkostnader som uppkommit till följd av sjukdom eller handikapp. Merkostnader som i huvudsak är att hänföra till det naturliga åldrandet skall däremot inte ersättas av den allmänna försäkringen genom handikappersättning. Därför bör samma åldersgräns som finns i systemet för handikappersättning gälla också för en lägre nivå på ersättningen.

Den nuvarande lägsta nivån för handikappersättning är 36 % av basbeloppet. En lämplig nivå för den nya ersättningen bör bestämmas till hälften av den nuvarande lägsta, dvs. till 18 % av basbeloppet. Detta innebär en lägre tröskeleffekt än för närvarande. För rätt till denna ersättning skall merkostnaderna bedömas uppgå till lägst detta belopp.

För en försäkrad som har både hjälpbehov och merutgifter grundas bedömningen för rätt till handikappersättning på det sammanlagda behovet av stöd. För den lägre nivån bör gälla att endast merkostnader skall bedömas för rätt till ersättning och ersättningen bör därför benämnas merkostnadsersättning.

Grunderna för merkostnadsersättning bör regleras i en särskild lagbestämmelse i AFL. Ansökan görs på ett särskilt formulär, med information i lämpliga former om den nya ersättningen. Den sökande kan därmed i många fall själv avgöra om ansökan skall avse merkostnadsersättning eller handikappersättning. Detta torde kunna bidra till en något enklare och billigare administration eftersom hjälpbehovet inte behöver bedömas.

Mot bakgrund av dessa utgångspunkter har diskuterats och övervägts ett antal olika modeller för en sådan merkostnadsersättning.

För att skapa enkelhet i systemet och därmed en billig försäkringsadministration, har utretts möjligheterna att införa

en schabloniserad merkostnadsersättning, som skulle ges till försäkrade med huvuddiagnoser upptagna i en särskild förteckning. Ett försök har gjorts att "standardisera handikappet" utifrån en "typisk behovssituation" för olika diagnosgrupper, dvs. försök att få fram en s.k. riktkarl inom skilda diagnosgrupper, som kan bedömas ha merkostnader av tillräcklig storlek. Alla personer med samma diagnos som riktkarlen skulle därmed kunna beviljas merkostnadsersättning.

Det visade sig emellertid inte vara en framkomlig väg att schablonisera ersättningsformen.

Ett annat alternativ som övervägts, innebär en individuell bedömning av rätten till 18 % merkostnadsersättning, grundat på en bedömning av de sökandes merkostnader. Försäkringskostnaden för detta alternativ torde komma att årligen uppgå till 971 mkr. Till dessa årliga försäkringskostnader kommer initialt en stor administrationskostnad.

Vid tiden för införandet av förmånsslaget handikappersättning i juli 1975 fanns inte det nuvarande högkostnadsskyddet. Detta högkostnadsskydd omfattar patient- och egenavgifter för öppen vård och läkemedel. Ingen behöver med detta skydd betala mera än 1 500 kr för sina sjukvårdsbesök och läkemedelsinköp under en tolv månadersperiod.

Vi har föreslagit ett högkostnadsskydd för sjukresor, med de alternativa lägsta egenavgiftstaken om 1 200 kr eller 1 600 kr.

Mot denna bakgrund har vi i en alternativ modell övervägt en utformning med individuell bedömning av merkostnader för sjukdomen eller funktionshindret för rätt till merkostnadsersättning. Undantag skall emellertid i denna modell göras för sådana patient- och egenavgifter som kvalificerar för högkostnadsskyddet för vård och läkemedel och för sjukresor. Motivet för denna bedömning är att riksdagen för dessa skydd mot höga kostnader bestämmer ett årligt belopp som kan anses vara rimligt med hänsyn till bl.a. kostnadsutveckling och samhällsekonomi.

Försäkringens årliga kostnad har för detta alternativ beräknats till drygt 300 mkr exkl. en mera måttlig initialkostnad för administration.

En kompletterande merkostnadsersättning till dem som uppbär handikappersättning med den högsta nivån föreslås inte.

# Författningsförslag

## 1 Förslag 1 till Lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1962:381) om allmän försäkring<sup>1</sup>

*dels* att 2 kap. 1 § skall ha följande lydelse,

*dels* att i lagen skall införas en ny paragraf, 9 kap.3 a §, av följande lydelse.

### *Nuvarande lydelse*

### *Föreslagen lydelse*

#### 2 kap. 1 §<sup>2</sup>

Om skyldighet för landstingskommun och kommun som inte tillhör landstingskommun att erbjuda hälso- och sjukvård *samt* att ersätta kostnader för resor i samband med vård m.m. föreskrivs i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor. För denna vård och för den sjukvård som meddelas av annan vårdgivare samt för tandvård, liksom

Om skyldighet för landstingskommun och kommun som inte tillhör landstingskommun att erbjuda hälso- och sjukvård *och* att ersätta kostnader för resor i samband med vård m.m. *samt att besluta om kostnadsbefrielse för sådana resor* föreskrivs i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor. För denna vård och för den sjukvård som med-

<sup>1</sup> Lagen omtryckt 1982:120

<sup>2</sup> Senaste lydelse 1991:420

*Nuvarande lydelse*

för kostnadsansvaret för resor i samband med vården, utges ersättning enligt vad nedan sägs.

I grunderna för ersättning enligt 2, 3 och 5 §§ kan regeringen dels bestämma den högsta patientavgift och, såvitt avser 3 och 5 §§, det högsta arvode som får tas ut av en vårdgivare som är ansluten till försäkringen, dels meddela närmare föreskrifter för verksamhetens bedrivande hos vårdgivaren och om skyldighet för denne att lämna uppgifter om verksamheten. I grunderna för ersättning enligt 6 § kan regeringen bestämma den högsta resekostnad som den försäkrade skall svara för samt det lägsta belopp, som skall beräknas för kostnad för resa med bil som inte går i allmän trafik.

*Föreslagen lydelse*

delas av annan vårdgivare samt för tandvård, liksom för kostnadsansvaret för resor i samband med vården, utges ersättning enligt vad nedan sägs.

9 kap.

3 a §

*Rätt till merkostnadsersättning tillkommer försäkrad, som fyllt 16 år och som innan han fyllt 65 år för avsevärd tid fått sin funktionsförmåga nedsatt i sådan omfattning att han behöver vidkännas merutgifter.*

*Merkostnadsersättning utgör för år räknat 18 procent av basbeloppet om merutgifterna för samma tid uppgår till lägst nämnda procentsats.*

*Vad i lag eller annan författning föreskrivs om handikappersättning gäller i tillämpliga delar i fråga om merkostnadsersättning.*

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

*Merkostnadsersättning  
utges inte om en försäkrad  
för samma tid uppbär handi-  
kappersättning enligt 2 och  
3 §§.*

---

Denna lag träder i kraft den ..... och tillämpas i fråga om merkostnadsersättning för tid fr.o.m. ikraftträdandet.

## 1 Förslag 2 till Lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring

Häri genom föreskrivs i fråga om lagen (1962:381) om allmän försäkring<sup>1</sup>

*dels* att 2 kap. 1 § skall ha följande lydelse,

*dels* att i lagen skall införas en ny paragraf, 9 kap.3 a §, av följande lydelse.

### *Nuvarande lydelse*

### *Föreslagen lydelse*

#### 2 kap. 1 §<sup>2</sup>

Om skyldighet för landstingskommun och kommun som inte tillhör landstingskommun att erbjuda hälso- och sjukvård *samt* att ersätta kostnader för resor i samband med vård m.m. föreskrivs i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor. För denna vård och för den sjukvård som meddelas av annan vårdgivare samt för tandvård, liksom

Om skyldighet för landstingskommun och kommun som inte tillhör landstingskommun att erbjuda hälso- och sjukvård *och* att ersätta kostnader för resor i samband med vård m.m. *samt att besluta om kostnadsbefrielse för sådana resor* föreskrivs i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor. För denna vård och för den sjukvård som med-

<sup>1</sup> Lagen omtryckt 1982:120

<sup>2</sup> Senaste lydelse 1991:420



*Nuvarande lydelse*

för kostnadsansvaret för resor i samband med vården, utges ersättning enligt vad nedan sägs.

I grunderna för ersättning enligt 2, 3 och 5 §§ kan regeringen dels bestämma den högsta patientavgift och, såvitt avser 3 och 5 §§, det högsta arvode som får tas ut av en vårdgivare som är ansluten till försäkringen, dels meddela närmare föreskrifter för verksamhetens bedrivande hos vårdgivaren och om skyldighet för denne att lämna uppgifter om verksamheten. I grunderna för ersättning enligt 6 § kan regeringen bestämma den högsta resekostnad som den försäkrade skall svara för samt det lägsta belopp, som skall beräknas för kostnad för resa med bil som inte går i allmän trafik.

*Föreslagen lydelse*

delas av annan vårdgivare samt för tandvård, liksom för kostnadsansvaret för resor i samband med vården, utges ersättning enligt vad nedan sägs.

9 kap.  
3 a §

*Rätt till merkostnadsersättning tillkommer försäkrad, som fyllt 16 år och som innan han fyllt 65 år för avsevärd tid fått sin funktionsförmåga nedsatt i sådan omfattning att han behöver vidkännas merutgifter.*

*Merkostnadsersättning utgör för år räknat 18 procent av basbeloppet om merutgifterna för samma tid uppgår till lägst nämnda procentsats.*

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

*Som merutgift skall vid bedömning av rätt till merkostnadsersättning inte beaktas egenavgifter eller patientavgifter som avses i 7 § lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. eller egenavgifter som avses i 2 a § lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor.*

*Vad i lag eller annan författning föreskrivs om handkappersättning gäller i tillämpliga delar i fråga om merkostnadsersättning.*

*Merkostnadsersättning utges inte om en försäkrad för samma tid uppbär handkappersättning enligt 2 och 3 §§.*

---

Denna lag träder i kraft den ..... och tillämpas i fråga om merkostnadsersättning för tid fr.o.m. ikraftträdandet.

2 Förslag 1 till  
Lag om ändring i lagen (1991:419) om  
resekostnadsersättning vid sjukresor

Härigenom föreskrivs att i lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor skall föras in en ny paragraf, 2 a §, av följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

2 a §

*Visar någon att han i den omfattning som anges i andra stycket har haft resekostnader som avses i denna lag är han befriad från att därefter betala för ytterligare resor. Befrielsen gäller under den tid som återstår av ett år, räknat från den första företagna resan.*

*För kostnadsbefrielse enligt första stycket fordras att egenavgifter för resor erlagts med lägst det belopp per resa som anges i 14 a § 5 förordningen (1984:908) om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudman från sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring och med sammanlagt minst 1 200 kronor.*

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

*Har en förälder eller föräldrar gemensamt flera barn under 16 år i sin vård, får barnen gemensamt kostnadsbefrielse när egenavgifterna för sjukresor 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.*

*Sjukvårdshuvudmannen skall vidta de åtgärder som behövs för kostnadsbefrielse enligt första stycket.*

- 
1. Denna lag träder i kraft den .....
  2. De nya bestämmelserna om kostnadsbefrielse tillämpas i fråga om resekostnader som avses i 2 a § andra stycket första gången fr.o.m. ikraftträdandet.

## 2 Förslag 2 till Lag om ändring i lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor

Härigenom föreskrivs att i lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor skall föras in en ny paragraf, 2 a §, av följande lydelse.

### *Nuvarande lydelse*

### *Föreslagen lydelse*

#### *2 a §*

*Visar någon att han i den omfattning som anges i andra stycket har haft resekostnader som avses i denna lag är han befriad från att därefter betala för ytterligare resor. Befrielsen gäller under den tid som återstår av ett år, räknat från den första företagna resan.*

*För kostnadsbefrielse enligt första stycket fordras att egenavgifter för resor erlagts med lägst det belopp per resa som anges i 14 a § 5 förordningen (1984:908) om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudman från sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring och med sammanlagt minst 1 600 kronor.*

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

*Har en förälder eller föräldrar gemensamt flera barn under 16 år i sin vård, får barnen gemensamt kostnadsbefrielse när egenavgifterna för sjukresor 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.*

*Sjukvårdshuvudmannen skall vidta de åtgärder som behövs för kostnadsbefrielse enligt första stycket.*

- 
1. Denna lag träder i kraft den .....
  2. De nya bestämmelserna om kostnadsbefrielse tillämpas i fråga om resekostnader som avses i 2 a § andra stycket första gången fr.o.m. ikraftträdandet.

### 3 Förslag 1 till Lag om ändring i lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m.

Härigenom föreskrivs att 2, 5, 6 och 7 §§ lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. skall ha följande lydelse.

#### *Nuvarande lydelse*

#### *Föreslagen lydelse*

#### 2 §<sup>1</sup>

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.

Den som *på grund av en* långvarig och allvarlig sjukdom *lider brist på sådan substans kroppen normalt producerar* 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 skydssläkemedel utan kostnad i den utsträckning regeringen bestämmer.

För kostnadsfrihet enligt denna paragraf förutsätts att det för läkemedlet har fastställts ett pris i den ordning som anges i 3 § tredje stycket. I fråga om läkemedel, för vilket bestämmelserna om prisnedsättning i 3 a § skall tillämpas, gäller kostnadsfrihet intill det lägre pris som bestäms enligt samma paragraf.

Läkemedelsverket får medge undantag från bestämmelsen i tredje stycket andra meningen för en enskild person om det finns synnerliga skäl för det.

<sup>1</sup> Senaste lydelse 1992:894

*Nuvarande lydelse*

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 med hela det belopp som överstiger 120 kronor.

Regeringen eller den myndighet som 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 §.

I den mån regeringen så förordnar, skall injektionsprutor, 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 förbruknings-

*Föreslagen lydelse*5 §<sup>2</sup>

Den som på grund av långvarig sjukdom har fortlöpande behov av livsmedel som avses i 20 § livsmedelslagen (1971:511) skall, i den mån regeringen så förordnar, vid inköp av sådant livsmedel och som förskrivs av läkare, ha rätt till nedsättning av det fastställda priset med hela det belopp som överstiger 120 kronor.

## 6 §

Den som på grund av allvarlig sjukdom eller efter behandling för sådan sjukdom eller på grund av varaktig funktionsnedsättning är i fortlöpande behov av förbrukningsartiklar eller läkemedelsnära produkter skall vid inköp ha rätt till nedsättning av det fastställda priset med hela det be-

<sup>2</sup> Senaste lydelse 1992:657



*Nuvarande lydelse*

artiklar får förskrivas av läkare eller tandläkare samt av andra som socialstyrelsen har förklarat behöriga därtill.

*Föreslagen lydelse*

lopp som överstiger 120 kronor. Sådana artiklar och produkter får förskrivas av läkare eller tandläkare samt av andra som Socialstyrelsen har förklarat behöriga därtill.

*Kostnadsbefrielse*7 §<sup>3</sup>

Visar någon att han i den omfattning som anges i andra stycket har köpt prisnedsatta eller andra läkemedel som avses i 3 § eller har erlagt patientavgift för läkarvård eller annan sjukvårdande behandling som avses i 2 kap. 2 och 5 §§ lagen (1962:381) om allmän försäkring eller för motsvarande vård eller behandling som erhållits inom företagshälsovård, för vilken bidrag lämnas efter beslut av yrkesinspektionen, 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.

Visar någon att han i den omfattning som anges i andra stycket har köpt prisnedsatta eller andra läkemedel som avses i 3 § eller har köpt prisnedsatta livsmedel som avses i 5 § eller har köpt prisnedsatta förbrukningsartiklar eller prisnedsatta läkemedelsnära produkter som avses i 6 § eller har erlagt patientavgift för läkarvård eller annan sjukvårdande behandling som avses i 2 kap. 2 och 5 §§ lagen (1962:381) om allmän försäkring eller för motsvarande vård eller behandling som erhållits inom företagshälsovård, för vilken bidrag lämnas efter beslut av yrkesinspektionen, är han befriad från att därefter betala för utskrivna läkemedel, livs-

<sup>3</sup> Senaste lydelse 1990:1406

*Nuvarande lydelse*

För kostnadsbefrielse enligt första stycket fordras att prisnedsatta läkemedel har inköpts för eller patientavgifter erlagts med sammanlagt minst 1 500 kronor. Om en landstingskommun eller en kommun som inte ingår i en landstingskommun har beslutat att för sin del tillämpa ett lägsta belopp som understiger 1 500 kronor, skall i stället det beloppet gälla för kostnadsbefrielse enligt första stycket för den som är bosatt inom landstingskommunen respektive kommunen.

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

*Föreslagen lydelse*

*medel, förbrukningsartiklar eller läkemedelsnära produkter.* Befrielsen gäller under den tid som återstår av ett år, räknat från det första vårdtillfället, behandlingstillfället eller *inköpet*.

För kostnadsbefrielse enligt första stycket fordras att prisnedsatta läkemedel, *prisnedsatta livsmedel, prisnedsatta förbrukningsartiklar eller prisnedsatta läkemedelsnära produkter* har inköpts för eller patientavgifter erlagts med sammanlagt minst 1 500 kronor. Om en landstingskommun eller en kommun som inte ingår i en landstingskommun har beslutat att för sin del tillämpa ett lägsta belopp som understiger 1 500 kronor, skall i stället det beloppet gälla för kostnadsbefrielse enligt första stycket för den som är bosatt inom landstingskommunen respektive kommunen.

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

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

Kostnadsbefrielsen 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 haft barn med föräldern.

- 
1. Denna lag träder i kraft den .....
  2. En kostnadsbefrielse som gäller vid utgången av ..... skall bestå enligt äldre föreskrifter även efter ikraftträdandet.

### 3 Förslag 2 till Lag om ändring i lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m.

Häri genom föreskrivs att 2, 5, 6 och 7 §§ lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. skall ha följande lydelse.

#### *Nuvarande lydelse*

#### *Föreslagen lydelse*

#### 2 §<sup>1</sup>

*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 skydssläkemedel utan kostnad i den utsträckning regeringen bestämmer.

För kostnadsfrihet enligt denna paragraf förutsätts att det för läkemedlet har fastställts ett pris i den ordning som anges i 3 § tredje stycket. I fråga om läkemedel, för vilket bestämmelserna om prisnedsättning i 3 a § skall tillämpas, gäller kostnadsfrihet intill det lägre pris som bestäms enligt samma paragraf.

Läkemedelsverket får medge undantag från bestämmelsen i tredje stycket andra meningen för en enskild person om det finns synnerliga skäl för det.

Läkemedelsverket får medge undantag från bestämmelsen i andra stycket andra meningen för en enskild person om det finns synnerliga skäl för det.

<sup>1</sup> Senaste lydelse 1992:894

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*5 §<sup>2</sup>

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 med hela det belopp som överstiger 120 kronor.

Den som på grund av långvarig sjukdom har fortlöpande behov av livsmedel som avses i 20 § livsmedelslagen (1971:511) skall, i den mån regeringen så förordnar, vid inköp av sådant livsmedel och som förskrivs av läkare, ha rätt till nedsättning av det fastställda priset med hela det belopp som överstiger 120 kronor.

Regeringen eller den myndighet som 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 §.

<sup>2</sup> Senaste lydelse 1992:657

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

## 6 §

*I den mån regeringen så förordnar, skall injektions-sprutor, 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.*

*Den som på grund av allvarlig sjukdom eller efter behandling för sådan sjukdom eller på grund av varaktig funktionsnedsättning är i fortlöpande behov av förbrukningsartiklar eller läkemedelsnära produkter skall vid inköp ha rätt till nedsättning av det fastställda priset med hela det belopp som överstiger 120 kronor. Sådana artiklar och produkter får förskrivas av läkare eller tandläkare samt av andra som Socialstyrelsen har förklarat behöriga därtill.*

*Kostnadsbefrielse*7 §<sup>3</sup>

*Visar någon att han i den omfattning som anges i andra stycket har köpt prisnedsatta eller andra läkemedel som avses i 3 § eller har erlagt patientavgift för läkarevård eller annan sjukvårdande behandling som avses i 2 kap. 2 och 5 §§ lagen (1962:381) om allmän försäkring eller för motsvarande vård eller behandling*

*Visar någon att han i den omfattning som anges i andra stycket har köpt prisnedsatta eller andra läkemedel som avses i 3 § eller har köpt prisnedsatta livsmedel som avses i 5 § eller har köpt prisnedsatta förbrukningsartiklar eller prisnedsatta läkemedelsnära produkter som avses i 6 § eller har erlagt patientavgift för*

<sup>3</sup> Senaste lydelse 1990:1406

### *Nuvarande lydelse*

som erhållits inom företagshälsovård, för vilken bidrag lämnas efter beslut av yrkesinspektionen, 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 för eller patientavgifter erlagts med sammanlagt minst 1 500 kronor. Om en landstingskommun eller en kommun som inte ingår i en landstingskommun har beslutat att för sin del tillämpa ett lägsta belopp som understiger 1 500 kronor, skall i stället det beloppet gälla för kostnadsbefrielse enligt första stycket för den som är bosatt inom landstingskommunen respektive kommunen.

### *Föreslagen lydelse*

läkarvård eller annan sjukvårdande behandling som avses i 2 kap. 2 och 5 §§ lagen (1962:381) om allmän försäkring eller för motsvarande vård eller behandling som erhållits inom företagshälsovård, för vilken bidrag lämnas efter beslut av yrkesinspektionen, är han befriad från att därefter betala för utskrivna läkemedel, *livsmedel, förbrukningsartiklar eller läkemedelsnära produkter*. Befrielsen gäller under den tid som återstår av ett år, räknat från det första vårdtillfället, behandlingstillfället eller *inköpet*.

För kostnadsbefrielse enligt första stycket fordras att prisnedsatta läkemedel, *prisnedsatta livsmedel, prisnedsatta förbrukningsartiklar eller prisnedsatta läkemedelsnära produkter* har inköpts för eller patientavgifter erlagts med sammanlagt minst 1 500 kronor. Om en landstingskommun eller en kommun som inte ingår i en landstingskommun har beslutat att för sin del tillämpa ett lägsta belopp som understiger 1 500 kronor, skall i stället det beloppet gälla för kostnadsbefrielse enligt första stycket

*Nuvarande lydelse*

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

Kostnadsbefrielsen 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 haft barn med föräldern.

*Föreslagen lydelse*

för den som är bosatt inom landstingskommunen respektive kommunen.

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

---

1. Denna lag träder i kraft den .....

2. En kostnadsbefrielse som gäller vid utgången av ..... skall bestå enligt äldre föreskrifter även efter ikraftträdandet.



#### 4 Förslag till Förordning om upphävande av förordningen (1981:353) med förteckning över kostnadsfria läkemedel

Härigenom föreskrivs att förordningen (1981:353) med förteckning över kostnadsfria läkemedel<sup>1</sup> skall upphöra att gälla.

---

Denna förordning träder i kraft den .....

<sup>1</sup> Omtryckt 1984:93 och senaste lydelse av förteckningen 1992:932

## 5 Förslag till Förordning om ändring i förordningen (1981:608) om läkemedelskostnader, m.m.

Härigenom föreskrivs  
*dels* att 1, 4 och 11 §§ förordningen (1981:608) om läkemedelskostnader, m.m. skall ha följande lydelse,  
*dels* att i förordningen skall införas en ny paragraf, 13 a §, av följande lydelse.

### *Nuvarande lydelse*

Prisnedsättning enligt 3—4 §§ lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. och kostnadsbefrielse enligt 7 § samma lag får inte avse större mängd läkemedel än som svarar mot det beräknade behovet för 90 dagar eller, om lämplig förpackningsstorlek saknas, närmast större förpackning.

### *Föreslagen lydelse*

#### 1 §<sup>1</sup>

Prisnedsättning enligt 3, 4, 5 och 6 §§ lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. och kostnadsbefrielse enligt 7 § samma lag får inte avse större mängd läkemedel, *livsmedel, förbrukningsartiklar eller läkemedelsnära produkter* än som svarar mot det beräknade behovet för 90 dagar eller, om lämplig förpackningsstorlek saknas, närmast större förpackning.

<sup>1</sup> Senaste lydelse 1992:1021

*Nuvarande lydelse*

Avser en förskrivning både en mindre mängd läkemedel på prov och en eller flera senare expeditioner av ytterligare mängder av samma läkemedel, skall vid det första inköpet av ytterligare läkemedel bestämmelserna om prisnedsättning i 3 och 3 a §§ nämnda lag tillämpas som om inköpet hade gjorts samtidigt som provförpackningen inköptes.

Ett läkemedel som har förskrivits får inte förskrivas på nytt så länge förskrivningen fortfarande är giltig, om syftet enbart är att få *läkemedlet* utlämnat på förmånligare villkor.

*Föreslagen lydelse*

Ett läkemedel, *ett livsmedel, en förbrukningsartikel eller en läkemedelsnära produkt* som har förskrivits får inte förskrivas på nytt så länge förskrivningen fortfarande är giltig, om syftet enbart är att få *medlet, artikeln eller produkten* utlämnat på förmånligare villkor.

## 4 §

En förskrivning av förbrukningsartiklar som avses i 6 § lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. skall göras på ett hjälpmedelskort.

En förskrivning av förbrukningsartiklar *eller läkemedelsnära produkter* som avses i 6 § lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. skall göras på ett hjälpmedelskort.

På hjälpmedelskortet skall anges hur många gånger förskrivningen får expedieras.

## Nuvarande lydelse

Vid varje expeditionstillfälle skall apoteket tillhandahålla ett särskilt kvitto på det belopp som kunden betalat för prisnedsatta läkemedel. Om kunden begär det, skall apoteket anteckna beloppet på fastställt formulär. Apoteket skall vidta även de övriga åtgärder som behövs för erhållande av kostnadsbefrielse enligt 7 § lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m.

## Föreslagen lydelse

11 §<sup>2</sup>

Vid varje expeditionstillfälle skall apoteket tillhandahålla ett särskilt kvitto på det belopp som kunden betalat för prisnedsatta läkemedel, *prisnedsatta livsmedel, prisnedsatta förbrukningsartiklar eller prisnedsatta läkemedelsnära produkter*. Om kunden begär det, skall apoteket anteckna beloppet på fastställt formulär. Apoteket skall vidta även de övriga åtgärder som behövs för erhållande av kostnadsbefrielse enligt 7 § lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m.

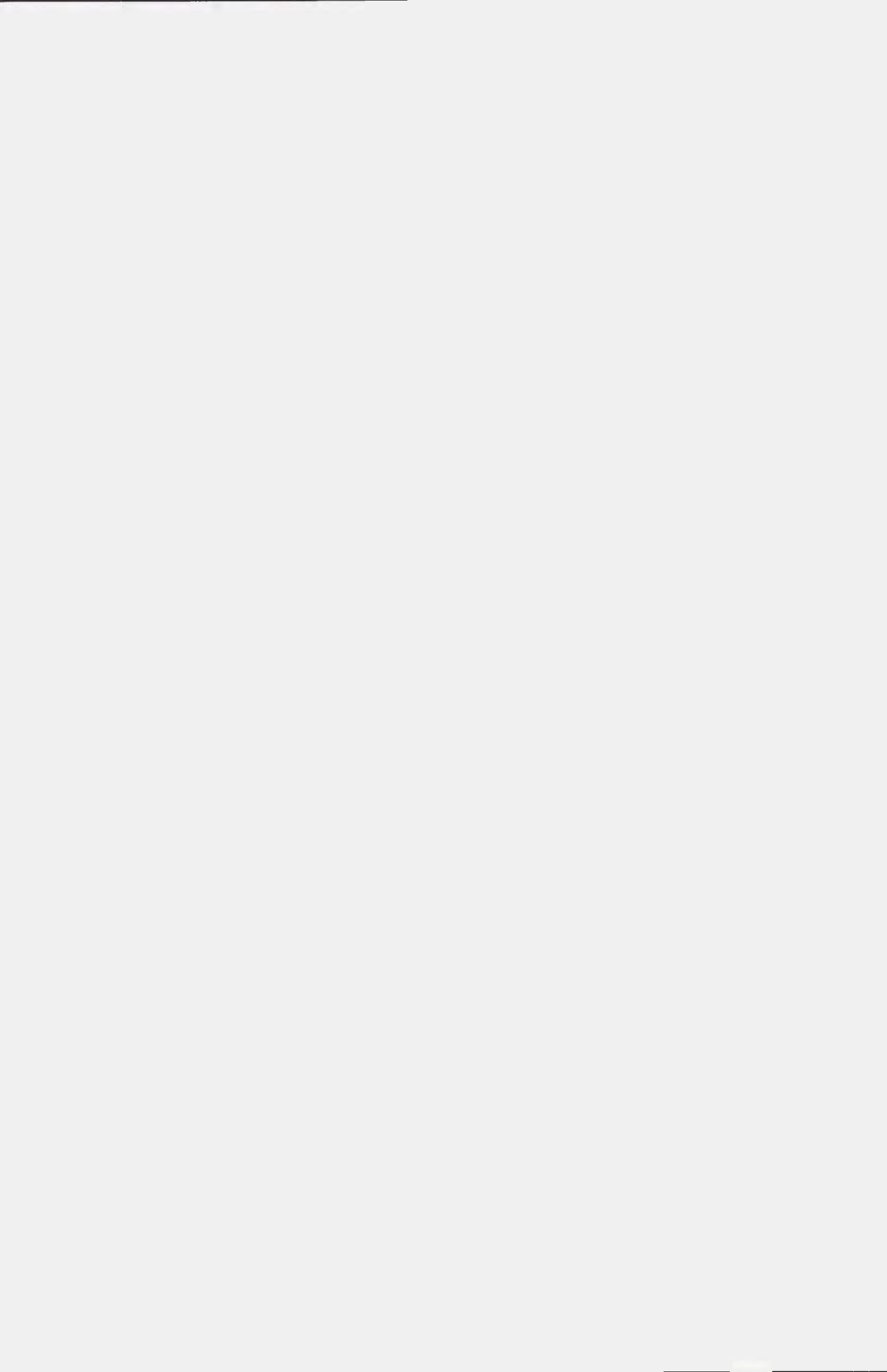
<sup>2</sup> Senaste lydelse 1990:1408

## 13 a §

*Läkemedelsverket skall upprätta en förteckning över de livsmedel som omfattas av prisnedsättning enligt 5 § lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. Verket skall också ange vilka läkare som är behöriga att förskriva sådana livsmedel.*

---

Denna förordning träder i kraft den ....., då förordningen (1979:1132 om prisnedsatta livsmedel vid vissa sjukdomar skall upphöra att gälla.



# 1 Utredningsuppdraget

Vi har i uppdrag (dir. 1990:34) att överväga och lämna förslag till de förändringar i förmånssystemet inom socialförsäringen som är påkallade för att uppnå bättre rättvisa mellan olika grupper av försäkrade som har betydande kostnader för läkemedel, förbrukningsartiklar, vård och annan behandling samt resor till följd av sjukdom eller handikapp.

Vi bör inledningsvis göra en kartläggning och analys av hur det nuvarande förmånssystemet tar hänsyn till situationen för de olika grupper av försäkrade som har betydande sådana merkostnader till följd av sin sjukdom eller sitt handikapp.

Förslagen bör i första hand ta sikte på

- systemet med läkemedelsförmåner, varvid bl.a. möjligheterna bör prövas att utvidga prisnedsättningen av läkemedel till vissa produkter för vilka den enskilde i dag helt får stå för kostnaderna samt ett slopande av åldersgränsen 16 år för prisnedsättning av speciallivsmedel vid vissa sjukdomar,
- införande av ytterligare en nivå inom handikappersättningen under den nu lägsta nivån (för närvarande 36 % av basbeloppet),
- införande av ett särskilt högkostnadsskydd för sjukresor,
- lämpliga åtgärder (dir. 1991:5) som kompensation för att det avgiftsfria året vid sjukhusvård för pensionärer med hel förtidspension avskaffats fr.o.m. 1 juli 1991.

De vedertagna principerna om kostnadsfria läkemedel skall enligt direktiven stå fast. Vi bör också utgå från att möjligheten till avdrag för sjukdomskostnader vid inkomsttaxeringen har avskaffats fr.o.m. år 1991 och ta skälig hänsyn till detta vid utformningen av förslagen.

## Bakgrund

Socialförsäkringsutskottet har under de senaste åren behandlat ett antal olika motioner om systemet för ekonomiskt skydd för försäkrade i form av vissa läkemedelsförmåner, handikappersättning, högkostnadsskydd, sjukreseförmåner m.m. I ett betänkande våren 1988 (SfU 1987/88:22) uttalade utskottet följande.

Dagens system för ekonomiskt skydd för försäkrade i form av högkostnadsskydd, sjukreseförmåner m.m. uppvisar enligt utskottet en splittrad bild med många luckor. Utskottet anser därför att det finns anledning att göra en förutsättningslös utredning om hur det samlade förmånssystemet skall kunna reformeras för att skapa bättre rättvisa mellan olika grupper. För att det skall vara möjligt utan oacceptabla kostnadsökningar för försäkringen och sjukvårdshuvudmännen måste enligt utskottets uppfattning omprioriteringar kunna övervägas. Detta innebär enligt utskottets mening att ett ställningstagande i frågan om de kostnadsfria läkemedlen bör anstå i avvaktan på övervägandena inom utredningen. Vidare anser utskottet att som utgångspunkt för utredningen bör gälla att den försäkrades kostnader såväl vid varje enskilt vård- eller inköpstillfälle som under en längre period även i fortsättningen skall begränsas och att ett förändrat förmånssystem inte får leda till oskäliga höjningar av nuvarande avgifter.

I 1989 års budgetproposition (prop. 1988/89:100 bil. 7) redovisades ett översiktligt förslag till en reformering av förmånssystemet som byggde på att förmånerna med kostnadsfria läkemedel och förbrukningsartiklar ersattes av ett enhetligt system för begränsning av den enskildes läkemedelskostnader. I förslaget ingick också en utvidgning av läkemedelsrabatteringen till andra produkter för vilka den enskilde nu helt får stå för kostnaderna, t.ex. mjukgörande salvor för psoriatiker, saliversättnings- och salivstimulerande medel till muntorra samt vissa naturmedel. Vidare innefattade förslaget ett avskaffande av åldersgränsen 16 år för prisnedsättning av speciallivsmedel vid vissa sjukdomar, införande av ytterligare en nivå inom handikappersättningen under den nu lägsta nivån samt ett särskilt ekonomiskt skydd för personer med höga kostnader för sjukresor.

Socialförsäkringsutskottet uttalade vid sin behandling av detta principförslag att den begärda förutsättningslösa utredningen ännu inte kommit till stånd och förutsatte att denna nu



omedelbart skulle startas. Riksdagen beslöt att ge regeringen till känna vad utskottet anfört i dessa frågor (rskr. 43).

## Uppdraget

Både regering och riksdag har under senare år gjort den bedömningen att det finns vissa brister i förmånssystemet inom socialförsäkringen med avseende på stödet till dem som har betydande kostnader till följd av sjukdom eller handikapp.

En reformering av förmånssystemet för att undanröja sådana brister och skapa rättvisa mellan olika grupper sjuka och handikappade har därför ansetts vara önskvärd. För att begränsa kostnaderna för en sådan reform och därmed underlätta ett genomförande är det nödvändigt att även överväga omprioriteringar mellan de olika förmånerna. Vidare är det angeläget att ersättningssystemet kan göras mer enhetligt och administrativt enklare.

Vi bör efter en kartläggning av det nuvarande förmånssystemet göra en analys av hur bristerna i detta påverkar situationen för de olika grupper som har betydande kostnader för läkemedel och andra sjukvårdsåtgärder till följd av sjukdom eller handikapp. I denna kartläggning bör även ingå att göra en bedömning av hur försäkringens utgifter för de nu kostnadsfria läkemedelsförmånerna, inkl. förbrukningsartiklarna, kommer att utvecklas under de närmaste åren med hänsyn till främst volymutveckling och teknisk utveckling i form av t.ex. nya läkemedel.

En viktig målsättning för utredningsarbetet bör vara att de föreslagna åtgärderna skapar förutsättningar för större enhetlighet i regelsystemet och därmed även leder till ökad administrativ enkelhet.

Utredningsarbetet bör i första hand inriktas på de områden inom förmånssystemet som särskilt uppmärksammats av riksdagen och som omfattades av regeringens nyss nämnda översiktliga förslag. Det står oss dock fritt att behandla även andra områden av förmånssystemet som bedöms vara av betydelse för att generellt sett kunna skapa större rättvisa mellan olika grupper sjuka och handikappade som har kontinuerliga och betydande kostnader för läkemedel, vård och behandling.

Förslagen skall vara kostnadsberäknade. Detta gäller också

de omprioriteringar inom förmånssystemet som kan komma att föreslås. Enligt tilläggsdirektiv (dir. 1992:65) skall dock kommittén inte begränsas av regeringens s.k. nolldirektiv (dir. 1984:5).

Våra kommittédirektiv bifogas i sin helhet som bilaga.

## 2 Förmånssystemen som omfattas av uppdraget

### 2.1 Läkemedelsförmånerna

Läkemedelsförmånerna vid öppen hälso- och sjukvård utges enligt lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. i form av prisnedsatta läkemedel, kostnadsfria läkemedel vid vissa kroniska och allvarliga sjukdomar, kostnadsfria förbrukningsartiklar vid vissa sjukdomar samt prisnedsatta speciallivsmedel vid vissa sjukdomar för barn under 16 år.

Lagen om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. anger också förutsättningarna för erhållandet av det lagstadgade skyddet mot höga kostnader för läkemedel och öppen sjukvård, det s.k. högkostnadsskyddet.

Läkemedelsverket ansvarar för registreringen och kontrollen av läkemedel i Sverige. Med läkemedel förstås sådana för människor avsedda varor, humanläkemedel, på vilka läkemedelsförordningen (1962:701) är tillämplig. En ny läkemedelslag träder i kraft tidigast den 1 januari 1993.

Ett läkemedel får inte säljas utan att först vara registrerat hos Läkemedelsverket. Läkemedlet har, för att bli godkänt och registrerat, förhandsgranskats vad gäller medlets effekt, säkerhet och kvalitet. Läkemedlet genomgår även en kontinuerlig efterkontroll.

Staten subventionerar läkemedelsutgifterna genom de olika läkemedelsförmånerna. Dessa förmåner utges, som nämnts, i form av prisnedsättning av läkemedel och livsmedel, kostnadsfria läkemedel, kostnadsfria förbrukningsartiklar och prisnedsättning av vissa födelsekontrollerande medel. Den senare förmånen behandlats inte i det följande, eftersom vi bedömt att den ligger utanför ramen för vårt uppdrag.

Högkostnadsskyddet är inte att betrakta som en läkemedelsförmån, men är lagtekniskt reglerat i lagen om begränsning

av läkemedelskostnader, m.m. Högkostnadsskyddet beskrivs i ett senare avsnitt.

Läkemedel förskrivs på recept medan en förskrivning av livsmedel görs på en livsmedelsanvisning. En förskrivning av kostnadsfria förbrukningsartiklar görs på ett hjälpmedelskort.

För den försäkrade fungerar läkemedelsförmånerna enligt lagen om begränsning av läkemedelskostnader m.m., så att försäkringen träder in vid varje köp av receptbelagt läkemedel m.m., antingen genom reducering av läkemedlets eller livsmedlets pris eller genom kostnadsfrihet för vissa läkemedel eller förbrukningsartiklar men också genom kostnadsbefrielse inom ramen för högkostnadsskyddet. Den del av priset som den försäkrade själv inte behöver betala på apoteket får Apoteksbolaget AB ersättning för av försäkringen via månatliga utbetalningar av Riksförsäkringsverket (RFV).

Stora delar av socialförsäkringens förmåner tillämpas och administreras av försäkringskassorna, över vilka RFV har ett tillsynsansvar. Med avseende bl.a. på läkemedelsförmånerna är förhållandena emellertid annorlunda. Tillämpningen av förmånsreglerna handhas av förskrivarna av läkemedlet. Apotekens roll är att lämna ut medlen till den försäkrade i enlighet med förskrivarens anvisningar på receptet och att ta betalt för medlen eller att i vissa fall lämna ut dem utan kostnad. Tillsynen över förskrivarna i medicinskt hänseende och med avseende på hur dessa tillämpar förmånsreglerna ombe-sörjs av Socialstyrelsen och RFV.

Innan vi i detta kapitel beskriver de olika läkemedelsförmånernas system, volymer och kostnader ges en kort resumé över den historiska bakgrunden till dessa system, eftersom detta har en viss betydelse för våra överväganden om åtgärder.

### **2.1.1 Läkemedelsförmånernas historiska bakgrund**

Läkemedelssubventioneringen i Sverige har en lång historisk bakgrund, som är framsprungen ur sjukvårdsförsäkringen.

År 1944 avlämnade Socialvårdskommittén ett betänkande med förslag om en allmän sjukförsäkring (SOU 1944:15). Försäkringen skulle bestå av en sjukvårdsförsäkring och en sjukpenningförsäkring. Ersättning för de försäkrades utgifter

för läkemedel skulle ingå som en förmån i sjukvårdsförsäkringen. Personer som led av diabetes eller allvarlig hjärt- eller blodsjukdom skulle ersättas med 75 % av läkemedelsutgiften. Övriga skulle ersättas med 50 % av sina utgifter. I båda fallen skulle ersättning utges för kostnader bara för sådana läkemedel, som angetts i en av Kungl. Maj:t fastställd förteckning. Ersättningen skulle betalas ut i efterhand av sjukkassan.

Efter remissbehandlingen och en omarbetning lade sakkunniga den 31 december 1945 fram den s.k. läkemedelspromemorian. Bland annat föreslogs att för vissa allvarliga (kvalificerade) sjukdomar skulle läkemedel tillhandahållas kostnadsfritt på apotek. Läkemedel för andra sjukdomar skulle tillhandahållas mot att den försäkrade betalade halva kostnaden. I båda fallen förordades att läkemedlet ordinerats av läkare och fanns upptaget i en av Medicinalstyrelsen fastställd förteckning. Recepten skulle skrivas på en särskild blankett, som månadsvis skulle sändas till Medicinalstyrelsen som verifikation för apotekets räkning. Apoteket skulle därefter ersättas av statsmedel.

Detta förslag om en separat läkemedelsförsäkring antogs samtidigt med 1946 års principbeslut om lagen om allmän sjukförsäkring. År 1953 ändrades detta förslag så till vida att läkemedelsförmånen föreslogs ingå i den kommande lagen om allmän sjukförsäkring. Denna allmänna sjukförsäkring trädde i kraft år 1955. Försäkringen var obligatorisk och läkemedelsförmånen kom alltså att ingå i försäkringen.

Även om läkemedelssubventionering alltså har en mycket lång historisk bakgrund, kan man säga att dagens konstruktion med dels prisnedsatta och dels kostnadsfria läkemedel härleder sig från tidpunkten när den frivilliga sjukförsäkringen ombildades till en allmän och obligatorisk sjukförsäkring år 1955. För den kostnadsfria läkemedelsförmånen specificerades då 15 svåra, kroniska sjukdomstillstånd som ersättningsberättigade. Också de läkemedel eller kemiska substanser som inkluderades i förmånen av kostnadsfrihet definierades. För de prisnedsatta läkemedlen sattes egenavgiften till 3 kr plus 50 % av totalkostnaden vid varje köptillfälle.

Med anledning av framför allt den fortlöpande kostnadsökningen för läkemedel tillsattes i april 1957 en utredning, med uppgift att se över regelkonstruktionen för stödet vid läkeme-

delsköp. Utredningen avlämnade år 1959 sitt betänkande Läkemedelsrabatteringen (SOU 1959:43).

Utredningen hade enats om att läkemedelsförmånen skulle ha karaktär av "självrisksystem", där förmånen knöts till läkemedelskostnaden under en viss tid. Systemet byggde på att den enskilde under ett kalenderår själv skulle stå för sina läkemedelskostnader upp till ett visst belopp. Däremot kunde man inte enas om rabattens storlek utan lämnade två alternativ. Flera remissinstanser avstyrkte förslaget, men framförde samtidigt önskemål om fortsatt utredning.

År 1961 tillsattes så en ny utredning, som redogjorde för sina synpunkter i ett delbetänkande om Läkemedelsförmånen (SOU 1966:28).

Utredningen avvisade det tidigare förslaget om självrisksystem. I stället förordades att ändringen skulle göras inom ramen för det system som gällde med en prisnedsatt och en kostnadsfri förmånsdel. Utredningen förordade att en sektor av kostnadsfria läkemedel skulle bibehållas av i princip den omfattningen som då gällde. När det gällde de prisnedsatta läkemedlen föreslog utredningen att karensbeloppet skulle avskaffas. I stället skulle rabattsatsen höjas till 75 %.

I proposition (1967:135) anförde departementschefen att han inte kunde biträda utredningens förslag om att avskaffa karensbeloppet. En sådan reform skulle bli alltför dyr och minska utrymmet för behövliga förbättringar för personer med stora kostnader för läkemedel.

Den förändring av läkemedelsförmånen som kom till stånd innebar att ett tak för prisnedsatta läkemedel infördes. Dessutom skulle prisnedsättningen beräknas på samtidigt förskrivna och köpta läkemedel. Karensbeloppet höjdes från 3 till 5 kr. Mellan 5 och 25 kr skulle gälla 50 % prisnedsättning och för kostnader över 25 kr 100 % prisnedsättning. En försäkrad skulle därmed betala högst 15 kr.

Statsbidrag till engångskostnader för förband för ileo- och colostomiopererade infördes fr.o.m. år 1962. Under 1960-talet vidgades denna bidragsgivning till att också omfatta injektionssprutor och kanyler för diabetiker samt uppsamlingsanordningar m.m. för personer med urininkontinens, urinretention och tarminkontinens. Förbrukningsartiklarna tillhandhölls av sjukvårdshuvudmännen i skiftande former och lämnades ut antingen av huvudmännen själva eller i vissa fall

genom apoteken. Staten ersatte huvudmännen genom statsbidrag för dessa förbrukningsartiklar.

Fr.o.m. år 1973 ändrades distributions- och finansieringsformerna för dessa kostnadsfria förbrukningsartiklar. De finansieras sedan dess från den allmänna försäkringen enligt samma regler som för kostnadsfria läkemedel och distribueras genom apotek efter ordination av viss hälso- och sjukvårdspersonal.

Strävan att skydda den enskilde mot höga kostnader – inte bara för läkemedel m.m. utan också för vård och behandling – har präglat utvecklingen av sjukförsäkringen. Så infördes som ett särskilt stöd till personer med långvariga och allvarliga sjukdomar kostnadsfria läkemedel genom 1954 års läkemedelsreform. Genom läkemedelsreformen år 1967 infördes ett tak för egenkostnaden för samtidigt förskrivna och inköpta läkemedel. Genom den s.k. 7-kronorsreformen år 1970 infördes ett enhetligt försäkringsskydd för öppen läkarvård i samhällets regi. Enhetstaxereformen fullföljdes genom de från år 1975 gällande avgiftsbestämmelserna för privatpraktiserande läkare. Enhetsavgift för patienten infördes även för sjukvårdande behandling inom den offentliga öppna vården år 1976. För behandling av privatpraktiserande sjukgymnaster infördes enhetliga patientavgifter i april 1977.

Utvecklingen inom sjukförsäkringens ersättningssystem vid vård eller behandling och för läkemedel m.m. enligt dessa ersättningsprinciper har medfört ett effektivt försäkringsskydd vid varje vård-, behandlings- och inköpstillfälle. Det visade sig emellertid att försäkrade med täta eller återkommande öppenvårds- och läkemedelsbehov - trots dessa enhetsavgifter – kunde, sett över en längre tidsperiod – drabbas av höga kostnader. Frågan om ett utökat skydd mot höga vård- och läkemedelskostnader debatterades framför allt under år 1957, inte minst i riksdagen. I första hand diskuterades frågorna om införande av ett avgiftstak för den försäkrades årliga läkemedelskostnader och möjligheterna att begränsa kostnaderna för vissa grupper, bland andra psoriatiker.

På rekommendation av Landstingsförbundet införde år 1976 samtliga sjukvårdshuvudmän ett generellt högkostnadsskydd för all öppen vård och behandling i den offentliga vården.

Socialpolitiska samordningsutredningen som fick i uppdrag att utreda bland annat dessa frågor föreslog i betänkandet

Utbyggt skydd mot höga vård- och läkemedelskostnader (SOU 1979:1) ett mellan läkarvård och sjukvårdande behandling – privat och offentlig – och prisnedsatta läkemedel samordnat högkostnadsskydd. 15 läkarvårdsbesök och/eller läkemedelsköp skulle kvalificera för kostnadsfrihet under återstoden av en tolv månadersperiod, som skulle räknas från första vård- eller inköpstillfället. Med ett läkarvårdsbesök likställdes två besök för sjukvårdande behandling.

I proposition 1980/81:73 anslöt sig föredragande statsrådet till utredningsförslaget och högkostnadsskyddet infördes efter riksdagsbeslut den 1 juli 1981.

Vissa ämnen i den normala kosten kan framkalla eller förvärra en sjukdom eller dess symptom hos vissa människor. Detta kan helt eller delvis förhindras om den vanliga födan ersätts med en speciellt sammansatt kost – s.k. speciallivsmedel.

Före år 1980 fick – enligt praxis – barn under 16 år vid vissa sjukdoms- och bristtillstånd speciallivsmedel med prisnedsättning enligt lagen (1954:519) om kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel m.m. Medlen expedierades på apotek efter medgivande av Socialstyrelsen i varje enskilt fall. Det betraktades som licensförsäljning enligt 13 § i den särskilda tillämpningskungörelsen till läkemedelsförordningen. Ny licensansökan krävdes för varje sådan expedition, som i regel var anpassad för 2–3 månaders behov. Denna ordning ledde till att Socialstyrelsens läkemedelsavdelning hade ett mycket stort antal licensansökningar per år att behandla.

År 1977 tillkallades en utredning som fick i uppdrag att utreda bl.a. den framtida organisationen av Socialstyrelsens läkemedelsavdelning. Utredningen föreslog en ändring av förfarandet när det gällde speciallivsmedel. Sådana livsmedel borde i stället säljas på i huvudsak samma sätt som ett receptbelagt och prisnedsatt läkemedel. Utredningen föreslog därför att lagen om kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel m.m. kompletterades med bestämmelser om speciallivsmedel för barn under 16 år. Reglerna föreslogs omfatta de sjukdoms- och bristtillstånd och de livsmedel för vilka licens då beviljades. Sådana livsmedel borde expedieras på apotek med prisnedsättning. På grund av svårigheterna att ställa riktig diagnos vid de sjukdoms- och bristtillstånd som det gällde – och gäller – borde speciallivsmedel kunna ordinerats med prisned-



sättning bara av läkare som är specialiserad på dessa tillstånd.  
Livsmedelsförmånen infördes den 1 januari 1980.

### 2.1.2 Prisnedsatta läkemedel

Allt sedan år 1955, när den allmänna sjukförsäkringen trädde i kraft, har en särskild läkemedelförmån funnits, som begränsar konsumenternas läkemedelskostnader. Flera tekniska system och rabattsatser har tillämpats under denna tid. Hela tiden har emellertid den ordningen gällt, att vissa utvalda läkemedel, särskilt sådana som används vid vissa långvariga och allvarliga sjukdomar, tillhandahållits helt gratis, medan flertalet övriga medel varit rabatterade i varierande grad.

Före den 1 juli 1992 gällde för de prisnedsatta eller rabatterade läkemedlen att konsumenten betalade en fast egenavgift på högst 90 kr vid varje inköpstillfälle, oavsett hur många eller hur dyra läkemedel som på grund av sjukdom förskrivits på recept vid samma tillfälle av en läkare eller tandläkare. Också receptfria läkemedel som förskrivits på recept omfattades av prisnedsättningen.

Reglerna för prisnedsättningen har fr.o.m. den 1 juli 1992 ändrats på så sätt att en avgift tas ut för varje läkemedel vid ett inköpstillfälle. Prisnedsättningen för ett läkemedel görs nu med hela det belopp som överstiger 120 kr. För varje ytterligare läkemedel som förskrivits vid samma tillfälle och som samtidigt köps på apoteket görs prisnedsättningen med hela det belopp som överstiger 10 kr.

Nedsättningen görs med hela det belopp som överstiger 120 kr på det läkemedel som har det högsta priset. Den enskilde får vid köp av flera läkemedel nedsättning av sammanlagda priset endast i den mån det överstiger 130 kr för två läkemedel, 140 kr för tre läkemedel etc.

Den del av kostnaden för ett läkemedel som överstiger konsumentens egenavgift ersätts genom sjukförsäkringen. Utbetalningen av ersättningen från sjukförsäkringen sker genom RFV:s försorg i efterskott direkt till Apoteksbolaget AB. I praktiken går det till så att bolaget till verket lämnar en räkning jämte specifikationer över apotekens inrapporterade försäljning per kalendermånad. En uppdelning görs på de olika läkemedelsförmånerna inkl. de läkemedelsuttag som gjorts kostnadsfritt genom högkostnadsskyddet. Efter en

rimlighetskontroll betalar verket ut ersättningsbeloppet inom en viss bestämd tid.

Liksom tidigare gäller vidare enligt förordningen (1981:608) om läkemedelskostnader, m.m. att prisnedsättningen inte får avse större mängd läkemedel än vad som svarar mot det beräknade behovet för 90 dagar.

Enligt lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. har regeringen bemyndigats att undanta ett visst läkemedel eller en viss grupp av läkemedel från prisnedsättningen. Från föreskrifterna om prisnedsättning är enligt förordningen (1985:488) om undantag för vissa läkemedel från prisnedsättning enligt lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. för närvarande undantagna

- receptbelagda läkemedel för utvärtes bruk som innehåller minoxidil,
- receptbelagda slemlösande och hostdämpande läkemedel som anges i en bilaga till förordningen,
- receptfria läkemedel som utgör näringspreparat med angiven ATC-kod VO6D A,
- receptfria läkemedel som utgör medel vid rökavvänjning,
- receptfria läkemedel inom de läkemedelsgrupper som anges i en bilaga till förordningen, såvida inte läkemedlet behövs för kontinuerlig behandling av långvarig sjukdom.

Tidigare omfattades också i princip alla receptfria läkemedel som ändå förskrivits av en läkare eller en tandläkare på recept av systemet för prisnedsättning. Avsikten med att vissa läkemedel gjorts receptfria är att konsumenten skall kunna köpa dessa direkt på ett apotek utan att behöva besöka en läkare.

Huvudprincipen att receptfria läkemedel inte skall omfattas av förmånssystemet för läkemedel betonas emellertid fr.o.m. den 1 juli 1992 genom att regeringen i princip undantagit receptfria medel från prisnedsättningen även om de förskrivits på recept. Dessa är, som nämnts i den sista strecksatsen ovan, förtecknade i en bilaga till den nämnda förordningen och omfattar ett 25-tal läkemedel, bl.a. medel för utvärtes

bruk mot acne och mot hemorrojder, vitaminer och mediciner mot förkylningar.

Ett recept kan fr.o.m. år 1985 samtidigt innehålla både prisnedsatta och kostnadsfria läkemedel samt kostnadsbefriade inköp genom högkostnadsskyddet. En statistisk uppdelning mellan dessa tre grupper är därför inte möjlig att göra frånsett de kostnadsbefriade inköpen genom högkostnadsskyddet, som kan skattas med ledning av uteblivna egenavgifter baserad på den statistik Apoteksbolaget AB redovisar.

Det totala antalet utfärdade recept på prisnedsatta och kostnadsfria läkemedel år 1991 uppgick till drygt 20,9 milj.

När det emellertid gäller sjukförsäkringens kostnader för läkemedel kan man med hjälp av uppgifter från Apoteksbolaget AB skatta fördelningen mellan prisnedsatta läkemedel, kostnadsfria läkemedel och kostnadsbefriade inköp genom högkostnadsskyddet.

Den allmänna sjukförsäkringens kostnad för de prisnedsatta läkemedlen uppgick år 1991 till drygt 3,4 mdkr. År 1982 var motsvarande kostnad något över 1,7 mdkr.

För att begränsa försäkringsutgifterna för läkemedelsförmånerna bör här i korthet nämnas att ett system med referenspriser för läkemedel med generiska motsvarigheter infördes fr.o.m. år 1993. För varje läkemedel, till vilket det på marknaden finns en likvärdig men billigare motsvarighet i form av ett eller flera generiska läkemedel, kommer prisnedsättningen att göras med utgångspunkt i det pris som fastställs för det billigare synonympreparatet.

Läkemedelsverket kan medge dispens från särregleringen beträffande generika, om det finns synnerliga skäl beträffande någon enskild person.

### 2.1.3 Kostnadsfria läkemedel

Kostnadsfria läkemedel ges till dem som lider av vissa långvariga och allvarliga sjukdomar. Dessa läkemedel finns angivna i förordningen (1981:353) med förteckning över kostnadsfria läkemedel.

Förteckningen i förordningen är uppställd i tabellform och omfattar 32 skilda diagnosgrupper. Till varje sådan diagnosgrupp är särskilt angett vilka läkemedel eller läkemedelssubstanser som berättigar till kostnadsfrihet. Förteckningen är

därmed mycket omfattande och återges inte här.

Kostnadsfria läkemedel ges alltså för ett antal specificerade långvariga och allvarliga sjukdomar som kan behandlas med vissa livsviktiga läkemedel. Det fordras därför en bedömning också av medlens livsnödvändighet.

Som nämnts under avsnittet 2.1.2 om de prisnedsatta läkemedlen kan fr.o.m. år 1985 ett recept samtidigt innehålla både prisnedsatta läkemedel och kostnadsfria läkemedel till vissa diagnosgrupper samt kostnadsbefriade inköp när patienten kvalificerat sig för högkostnadsskyddet. En uppdelning mellan dessa grupper är därför inte möjlig. En skattning av de recept för kostnadsbefriade inköp genom högkostnadsskyddet kan emellertid göras med ledning av redovisade uteblivna egenavgifter för sådana kostnadsbefriade inköp. Antalet utfärdade recept på både prisnedsatta och kostnadsfria läkemedel år 1991 kan därmed uppskattas till drygt 20,9 milj.

När det gäller sjukförsäkringens kostnader för läkemedel kan emellertid en skattning mellan de nämnda tre grupperna göras. Sjukförsäkringens kostnader för de läkemedel som omfattas av förordningen (1981:353) med förteckning över kostnadsfria läkemedel har därvid skattats till drygt 2,1 mdkr år 1991. År 1982 var försäkringskostnaden ca 677 mkr.

#### **2.1.4 Prisnedsatta speciallivsmedel vid vissa sjukdomar**

Enligt lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. gäller prisnedsättningen också vissa speciallivsmedel till barn under 16 år enligt vad som finns angett i en särskild förordning - förordningen (1979:1132) om prisnedsatta livsmedel vid vissa sjukdomar. Prisnedsättningen skedde tidigare på samma sätt som för läkemedel, vilket beskrivits i det föregående avsnittet. Konsumenten betalade alltså maximalt 90 kr för förskrivna livsmedel. Fr.o.m. den 1 juli 1992 betalar konsumenten högst 120 kr oavsett om flera livsmedel förskrivits på livsmedelsanvisningen. Prisnedsättningen gäller om barnet lider av

- Crohn's sjukdom
- Fenyylketonuri
- Galaktosemi
- Glutenintolerans
- Komjölksproteinintolerans

- Kort tunntarm
- Laktosintolerans (medfödd och sekundär)
- Kronisk njurinsufficiens
- Sojaproteinintolerans eller
- Ulcerös colit.

Läkemedelsverket upprättar den förteckning över de livsmedel som omfattas av prisnedsättningen. Verket anger också vilka läkare som är behöriga att förskriva sådana livsmedel.

Läkemedelsverkets förteckning över speciallivsmedlen är mycket omfattande och återges inte här. I förteckningen anges ett 80-tal olika produkter där också tillverkarens namn är utsatt för varje produkt.

Vid beräkning av prisnedsättning av dessa livsmedel får kostnaden för dessa inte räknas samman med kostnaden för prisnedsatta läkemedel.

Konsumentens egenavgift ingår inte heller som kvalifikation för att komma i åtnjutande av högkostnadsskyddet för läkemedel, läkarvård och sjukvårdande behandling.

År 1991 utfärdades 88 000 livsmedelsanvisningar. Sjukförsäkringens utgifter för speciallivsmedlen uppgick samma år till 62 mkr.

### 2.1.5 Kostnadsfria förbrukningsartiklar

Enligt lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. lämnas vissa artiklar kostnadsfritt till den som på grund av allvarlig sjukdom eller efter behandling för sådan sjukdom fortlöpande behöver dessa för egenvård eller egenbehandling.

De förbrukningsartiklar som lämnas kostnadsfritt är knutna till tre indikationer eller åtta diagnoser. Dessa diagnoser eller indikationer finns upptagna i en förteckning i kungörelsen (1972:189), om kostnadsfria förbrukningsartiklar vid sjukdom, och upptar följande indikationer och artiklar.

<b>Indikation</b>	<b>Artikel</b>
1. Diabetes mellitus	a) injektionsspruta b) injektionspistol c) kanyl d) bomullssuddar och andra engångsartiklar som innehåller etanol och som är avsedd för desinfektion av huden vid insulininjektioner e) testmaterial för påvisande av socker och ketoner i urinen f) testmaterial för bestämning av blodsockerhalten
2. Ileostomi Colostomi Ureterostomi Cystostomi	a) bandagematerial b) hudskyddsmedel
3. Urininkontinens Urinretention Tarminkontinens	a) anordning för uppsamling av urin resp. faeces b) anordning för tappning av urin

Socialstyrelsen meddelar föreskrifter om hur de kostnadsfria förbrukningsartiklarna skall vara beskaffade och Handikappinstitutet upprättar på uppdrag av Socialstyrelsen en förteckning över vilka enskilda produkter inom varje artikelgrupp enligt förteckningen ovan som skall tillåtas.

Denna förteckning revideras regelbundet med hänsyn till nya produkter och är mycket omfattande. Den återges därför inte här. Apoteksbolaget AB publicerar emellertid förteckningen tillsammans med prisuppgifter och varunummer som används för att säkrare identifiera artiklarna.

Apoteksbolaget AB ansvarar för pridförhandling, distribution och tillhandahållande.

De kostnadsfria förbrukningsartiklarna får förskrivas bara av läkare eller tandläkare och av andra som Socialstyrelsen förklarar behöriga till detta. Socialstyrelsen har föreskrivit

- att alla sjuksköterskor med vidareutbildning i öppen hälso- och sjukvård (= distriktssköterskeutbildning) har ordinationsrätt för diabetes-, stomi- och inkontinenshjälpmedel. Det tidigare kravet på att sköterska har distriktsskötersketjänst är borta.

- att sjuksköterskor vid specialenhet där man behandlar diabetespatienter eller stomiopererade får sin ordinationsrätt för diabetes- resp. stomihjälpmiddel av specialistläkare inom resp. specialiteter. Läkaren ansvarar för att sköterskan har nödvändiga kunskaper. Inga godkända kurser krävs.
- att sjuksköterskor och sjukgymnaster vid enheter där man behandlar urin- och tarminkontinens eller vid sjukvård i hemmet får ordinationsrätt för inkontinenshjälpmedel av urolog. Läkaren ansvarar för att personen har nödvändiga kunskaper. Inga godkända kurser krävs.

Sammantaget innebär detta att apoteken inte har möjlighet att veta om förskrivaren har ordinationsrätt eller inte. Det åligger emellertid apoteken att kontakta ordinatören om uppenbara fel i förskrivningen finns.

En förskrivning av kostnadsfria förbrukningsartiklar görs på ett hjälpmedelskort. På kortet skall anges hur många gånger förskrivningen får expedieras.

År 1991 uppgick antalet förskrivningar på hjälpmedelskort till drygt 1,3 milj. Sjukförsäkringens kostnader samma år uppgick till nära 998 mkr.

### 2.1.6 Högkostnadsskyddet

År 1976 införde samtliga sjukvårdshuvudmän – efter överläggningar mellan företrädare för Landstingsförbundet och staten och efter rekommendation från Landstingsförbundet till huvudmännen – egna högkostnadsskydd för öppen offentlig läkarvård och sjukvårdande behandlingar. Skyddet hade olika konstruktion och skilda kvalifikationstak.

Den 1 juli 1981 infördes, som nämnts inledningsvis, ett samordnat och statligt reglerat skydd mot höga kostnader för personer med stort behov av sjukvård och läkemedel. Detta högkostnadsskydd gäller för såväl inköp av läkar- och tandläkarordinerade läkemedel som patientavgifter vid läkarvård och sjukvårdande behandlingar i offentlig öppen vård och privat öppen vård där vårdgivaren är ansluten till den allmänna försäkringen. Högkostnadsskyddet gäller också inom den avgiftsbelagda företagshälsovården.

Skyddet inträdde före år 1991 när en person hade betalat avgifter för 15 läkemedelsköp eller besök hos läkare. Med ett läkemedelsköp eller läkarbesök likställdes två besök för sjukvårdande behandling (t.ex. hos sjukgymnast) eller två telefonrådförfrågningar hos läkare eller privatpraktiserande sjukgymnast. Han blev därefter befriad från kostnader för ytterligare köp/besök. Befrielsen gällde under den tid som återstod av en tolv månadersperiod räknat för första inköpet eller besöket.

För barn under 16 år i samma familj gällde ett gemensamt högkostnadstak.

Fr.o.m. den 1 januari 1991 ändrades – i samband med att den statliga regleringen av patientavgifterna avskaffades – förutsättningarna för skyddet så till vida att en patient i stället för att räkna ihop antal besök/läkemedelsinköp kommer i åtnjutande av skyddet (frikort) när han har köpt prisnedsatta läkemedel och/eller betalat patientavgifter för läkarbesök eller sjukvårdande behandling med sammanlagt lägst 1 500 kr.

Varje sjukvårdshuvudman (landsting eller motsvarande) har emellertid rätt att själv välja en lägre kostnadsnivå än 1 500 kr att gälla inom det egna sjukvårdsområdet. Flertalet huvudmän har under år 1991 tillämpat ett lägre belopp, i regel 1 200 kr.

Skyddet – kostnadsbefrielsen från ytterligare egenavgifter eller patientavgifter – gäller under en tolv månadersperiod räknat från den första betalningen.

För flera barn under 16 år i samma familj fungerar högkostnadsskyddet gemensamt.

Som nämnts i avsnitt 2.1.4 omfattas egenavgifter för prisnedsatta speciallivsmedel till barn under 16 år med vissa sjukdomar inte av högkostnadsskyddet.

Under år 1991 utfärdades enligt uppgifter från RFV ca 509 700 frikort.

RFV beräknar att antalet frikort som utfärdas år 1992 ökar markant. Enligt preliminär bedömning kan antalet komma att ligga mellan 650 000–700 000.

En studie som gjordes av RFV om förhållandena år 1991, visade att frikorterna var giltiga i genomsnitt drygt 5 månader (190 dagar). Ungefär 30 % kunde utnyttja sitt frikort minst 8 månader, medan ca 5 % hade frikort högst 2 månader.

Antalet kostnadsbefriade läkemedelsinköp och vårdbesök



genom frikort uppgick år 1991 till

– läkemedelsinköp	4,1 milj.
– läkarbesök i offentlig vård	2,6 milj. <sup>1</sup>
– besök hos privatläkare	0,7 milj. <sup>2</sup>
– sjukvårdande behandling i offentlig vård	1,8 milj. <sup>1</sup>
– besök hos privat sjukgymnast	1,5 milj.

<sup>1</sup> Skattning av Landstingsförbundet

<sup>2</sup> Preliminär uppgift från RFV

Varje frikort användes under år 1990 för i genomsnitt 20 besök/inköp. Drygt åtta av dessa var läkemedelsinköp. Omkring 14 % av samtliga besök inom privatvården och läkemedelsinköp hade skett med utnyttjande av frikort. Relativt sett användes frikort mest vid besök hos de privata sjukgymnasterna, där omkring 33 % av behandlingarna var kostnadsfria för patienterna.

De privata vårdgivarna och Apoteksbolaget AB får ersättning från sjukförsäkringen för de uteblivna patientavgifterna/egenavgifterna. Däremot lämnas inte sådan ersättning till sjukvårdshuvudmännen. Beträffande de försäkringsanslutna privatläkarna och sjukgymnasternas uteblivna avgifter svarar sjukvårdshuvudmännen för dessa kostnader genom avdrag på den allmänna sjukvårdsersättningen.

Ersättning för uteblivna egenavgifter för läkemedelsinköp belastar staten och uppgick år 1991 till 335 mkr.

Inte ersatta patientavgifter inom den offentliga öppna vården har för år 1991 skattats av Landstingsförbundet. För läkarbesöken beräknas de uteblivna patientavgifterna ha uppgått till 270 mkr och för de sjukvårdande behandlingarna till ca 100 mkr. De uteblivna patientavgifterna vid privat läkarvård och privat sjukgymnastbehandling uppgick till 74 mkr resp. 80 mkr. Därmed kostade frikortsbesöken sjukvårdshuvudmännen ca 525 mkr år 1991.

För närvarande har som nämnts en sjukvårdshuvudman möjlighet att besluta om att tillämpa en lägre nivå på högkostnadsskyddet än 1 500 kr, och kostnaden för en sådan lägre nivå faller till största delen på den allmänna försäkringen. Fr.o.m. år 1993 höjs sannolikt taket för högkostnadsskyddet till lägst 1 600 kr.

Sjukvårdshuvudmännen kommer också i fortsättningen ha

rätt att besluta om en lägre nivå på högkostnadsskyddet än 1 600 kr, men staten skall inte bära några läkemedelskostnader för detta.

## 2.2 Utvecklingen av försäkringens utgifter för de nu kostnadsfria läkemedelsförmånerna inkl. förbrukningsartiklarna

### 2.2.1 Inledning

Enligt kommittédirektiven bör vi efter en kartläggning av det nuvarande förmånssystemen göra en analys av hur bristerna i dessa påverkar situationen för de olika grupper som har betydande kostnader för läkemedel och andra sjukvårdsåtgärder till följd av sjukdom och handikapp.

Dessa brister för olika sjukdomsgrupper beskrivs i kap. 3.

I kartläggningen bör enligt direktiven också ingå en bedömning av hur försäkringens utgifter för de nu kostnadsfria läkemedelsförmånerna inkl. förbrukningsartiklarna, kommer att utvecklas under de närmaste åren med hänsyn till främst volymutveckling och teknisk utveckling i form av t.ex. nya läkemedel.

Vi har i denna fråga samrått med Apoteksbolaget AB och Läkemedelsverket.

### 2.2.2 Kostnadsfria läkemedel

I fråga om försäljningsutvecklingen av kostnadsfria läkemedel åren 1986–1990 redovisar Apoteksbolaget AB följande:

"Sjukförsäkringens kostnader för kostnadsfria läkemedel ökade från år 1986 till år 1990 från 1 056 mkr till 1 866 mkr, dvs. med 810 mkr eller med i det närmaste 77 %.

Ökningen fördelade sig på olika sjukdomar i fallande skala:

**Kronisk bronkialastma:** 282 mkr. Denna ökning svarar mot ökningen av försäljningen av astmapreparat över huvud taget. Nya medel har där medfört både att fler astmatiker behandlas och att astmatiker får en intensivare behandling. Under samma tidsperiod ökade antalet recept på medel för astma från 1,4 till 1,6 milj.

**Hypofysärt betingad litenhet:** Ökning 148 mkr. Ökningen sker från endast 19 mkr 1986. Den är berorende dels av tillgång till humant tillväxthormon, dels att uppfattningen om "dvärgväxt" förändrats.

**Diabetes mellitus:** Ökning 114 mkr. Merparten av ökningen avser insulin och beror på övergången från insulin med 40 enh./ml till insulin med 100 enh./ml. Uttryckt i s.k. dygnsdoser (en dygns-

dos är 40 enh. insulin) ökade användningen av insulin med en tredjedel. Totalt har för olika typer av medel mot diabetes en ökning på 12 % i volym (recept) skett under perioden.

**Blödarsjuka:** Ökning 90 mkr. Mängden definierade dygnsdoser som har expedierats ökade nästan till det dubbla under tidsperioden. Ökningen både i volym och kostnad svarar mot dels att de blödarsjuka nu har en längre livslängd och alltså en längre behandlingsperiod och att behandlingsprincipen innebär att man försöker åstadkomma en normal mängd blodkoagulationsfaktor i blodet hos den blödarsjuka, för att förebygga dramatiska blödningsepisoder.

**Hjärtsvikt:** Ökning 20 mkr. Kostnadsökningen beror huvudsakligen på en övergång från billigare till dyrare läkemedel framför allt till användning av modernare urindrivande medel.

Bland de sjukdomar i övrigt som har mätbara ökningar i kostnader under tidsperioden märks **glaukom** med 25 mkr, **parkinsonism** med 16 mkr och **epilepsi** och **schizofreni** med 13 mkr vardera."

Vi har även fått uppgifter från Apoteksbolaget AB om den procentuella fördelningen av läkemedelskostnaderna efter patientens ålder samt den procentuella fördelningen av antalet läkemedelsposter (recipen) efter patientens ålder. Flera kan förekomma på en verifikation (recept).

#### Procentuell fördelning av läkemedelskostnaderna efter patientens ålder

Ålder	Kostnadsfria	Samtliga läkemedel
0-64	60	60
65 och äldre	40	40
därav över 75	20	19

**Procentuell fördelning av antalet recipefter patientens ålder**

Ålder	Kostnadsfria	Samtliga läkemedel
0-64	43	60
65 och äldre	57	40
därav över 75	32	21

*Källa:* Apoteksbolaget AB.

Skillnaden mellan olika åldrar är inte särskilt stor, men åldersgruppen över 75 år har en större andel av förbrukningen av de kostnadsfria läkemedlen än av läkemedlen totalt sett.

När det gäller åldersfördelningen efter antalet recept så finner man att de kostnadsfria läkemedlen i mycket större utsträckning förskrivs till äldre personer. Det är framför allt de billiga och äldre läkemedlen tiaziderna (urindrivande) och hjärtglykosiderna (digitalis) som förskrivs till äldre och följaktligen inte påverkar kostnadsfördelningen.

När det gäller den sannolika kostnadsutvecklingen fram till år 1995 anger Apoteksbolaget AB att kostnaderna för de kostnadsfria läkemedlen hittills har ökat med i genomsnitt ca 200 mkr per år. Om denna kostnadsökningstakt skulle fortsätta beräknas den sannolika kostnaden år 1995 till ca 2,9 mdkr. Sjukförsäkringens kostnad för de kostnadsfria läkemedlen uppgick år 1991 till något över 2,1 mdkr. Tendensen i kostnadsökningstakt för läkemedelssortimentet som helhet visar en snabbare ökning.

Likaså antyder internationella artiklar som beskriver läkemedelskostnadsutvecklingen en större kostnadsökningstakt framöver. Det kan därför antas att försäkringskostnaden för de kostnadsfria läkemedlen år 1995 uppgår till 3,4 mdkr.

### **2.2.3 Kostnadsfria förbrukningsartiklar**

Apoteksbolaget AB har lämnat följande uppgifter om försäljningen av kostnadsfria förbrukningsartiklar under de senaste åren och en prognos för åren 1992-1995.

**Apotekens försäljning av antal förbrukningsartiklar i  
1 000-tal – till allmänheten**

Varugrupp	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Colostomipåsar	3 304	3 533	3 622	3 802	4 071	4 169
Ileostomipåsar	1 551	1 561	1 572	1 580	1 519	1 516
Urostomipåsar	463	496	514	532	539	526
Ospecifika ostomipåsar	526	420	377	328	386	302
Katetrar (ballong)	84	79	73	68	66	68
Lakanskydd (hygienlakan)	11 613	12 534	13 715	14 162	14 822	15 819
Urinuppsam- lingspåsar	9 359	9 614	9 614	9 335	8 895	9 193
Engångs injek- tionssprutor	3 609	832	86	67	54	46
Engångs injek- tionskanyler	6 163	7 382	9 203	12 136	14 554	19 258
Engångssprutor med monterad kanyl	33 142	35 210	29 972	26 979	24 280	21 478

*Källa:* Apoteksbolaget AB.

**Apoteksbolagets försäljning (inköpspris exkl. distributionskostnader) av förbrukningsartiklar efter varugrupp i 1 000-tal kr – till allmänheten**

Varugrupp	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Stomihjälpmedel	68 760	76 152	84 605	91 408	100 228	108 935
Injektions- och testmaterial för diabetiker	80 039	99 511	102 527	110 195	118 521	132 789
Inkontinenshjälpmedel	215 137	252 714	296 680	342 871	386 484	429 242
<b>Summa</b>	<b>363 936</b>	<b>428 377</b>	<b>483 812</b>	<b>544 474</b>	<b>605 233</b>	<b>670 966</b>

*Källa:* Apoteksbolaget AB.

Vi gör efter samråd med Apoteksbolaget AB följande bedömningar om de tre indikationsgrupperna.

### *Diabetes*

Förskrivningen av engångssprutor till diabetiker har minskat kraftigt. De har ersatts av insulinpennor för ampuller och av insulin i PenSet-förpackning.

Förskrivningen av kanyler ökar på grund av fler doser per dygn. Fler äldre får insulinbehandling vid åldersdiabetes, där det erfordras Penset och insulinpennor.

Anledningen till den kraftiga ökningen av testmaterial är att användningen av testremсор för blodsockermätning har fått en ökad betydelse för patientens kontroll av terapin.

### *Stomi*

Antalet patienter och därmed försäkringskostnaden tyder på en viss stabilitet.

## Inkontinens

Förskrivningen av förbrukningsartiklar för egenvård vid inkontinens har ökat till inkontinenta med både lindrigare och svårare besvär. I det senare fallet kan det förklaras av den återflyttning som sker av äldre från institutioner till hemmet. Lättare inkontinens finns framför allt hos kvinnor från 40 år och uppåt. För år 1993 är ökningen svår att förutsäga, eftersom den kommer att påverkas av om äldre boende på de tidigare sjukhemmen kommer att omfattas av förmånen eller inte.

### Apotekens utförsäljningspris inkl. moms, mkr.

	Stomi	Diabetes	Inkontinens	Frakt <sup>x)</sup>	Total
1986	100	118	295	19	533
1987	111 (11%)	145 (22%)	347 (18%)	25 (32%)	628 (18%)
1988	123 (11%)	149 (3%)	407 (17%)	34 (36%)	713 (14%)
1989	132 (7%)	159 (7%)	470 (15%)	43 (26%)	804 (13%)
1990	145 (10%)	171 (8%)	533 (13%)	53 (23%)	902 (12%)
1991	157 (8%)	196 (15%)	596 (12%)	61 (15%)	1007 (12%)
prognoser					
1992	170 (8%)	220 (12%)	625 (5%)	63 (3%)	1078 (7%)
1993	185 (9%)	240 (9%)	675 (8%)	68 (8%)	1168 (8%)
1994	200 (8%)	260 (8%)	730 (8%)	73 (7%)	1263 (8%)
1995	215 (7%)	280 (8%)	780 (7%)	78 (7%)	1353 (7%)

<sup>x)</sup> Avser distribution av inkontinensartiklar.

Källa: Apoteksbolaget AB.

## 2.3 Naturmedel

Naturmedel omfattas inte av sjukförsäkringens förmånssystem i form av t.ex. prisnedsättning. Frågan om rabatterning av vissa naturmedel tas emellertid upp i våra direktiv. Bakgrunden till detta är att det i riksdagsmotioner förts fram önskemål om att naturmedlen Iscador och Helixor – som är mistelpreparat och som används vid cancersjukdomar – men också vissa andra naturmedel som används vid några andra

sjukdomar (se avsnitt 3.3.) – bör få ingå i prisnedsättnings-systemet på samma sätt som godkända och registrerade läkemedel.

Vi har tolkat direktiven så, att de naturmedel som åsyftas, är i första hand de två injektionsmedlen.

När det gäller naturmedel för injektion gäller fr.o.m. år 1981 lagen (1981:50) med bestämmelser om vissa medel avsedda för injektion, den s.k. injektionslagen. Bestämmelserna i lagen innebär ett undantag från läkemedelsförordningens (1962:701) bestämmelser om kontroll för registrering av läkemedel. Detta innebär att en granskning görs av att medlet är oskadligt; det krävs emellertid ingen dokumentation av medlets medicinska effekt.

Den nuvarande kontrollen är alltså en oskadlighetsgranskning. Inga krav på vad läkemedelsförordningen beskriver om ändamålsenlighet ställs. Inte heller ställs några krav på effekt, toxikologi eller farmaceutisk dokumentation enligt de riktlinjer som Läkemedelsverket har fastställt. Kontrollen innefattar dock, vid sidan om oskadlighetsgranskningen, även att tillverkningen sker under betryggande former och att medlen innehåller de komponenter som tillverkaren anger.

Naturmedel behandlas i princip som livsmedel. Konsumentverket fastställer för vilka sjukdomar som naturmedel får marknadsföras. Dessa är i princip egenvårdsindikationer. Konsumentverket kontrollerar inte att medlen har de påstådda effekterna annat än i undantagsfall.

Enligt injektionslagen krävs Läkemedelsverkets uttryckliga tillstånd för att få använda injektionsmedel. När det gäller injektionspreparaten har Apoteksbolaget AB ett distributionsmonopol. Beslut om injektion får fattas endast av läkare.

Barn under 15 år får behandlas först sedan Läkemedelsverket meddelat tillstånd i det särskilda fallet.

## 2.4 Handikappersättning

Handikappersättning ges dels som en tilläggsförmån till försäkrad som uppbar pension enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL), dels som en självständig förmån till den som inte har sådan pension. Bestämmelserna om handikappersättning är intagna i 9 kap. 2, 3 och 5 §§ AFL.

Enligt 9 kap. 2 § AFL tillkommer handikappersättning för-



säkrad som fyllt 16 år och som 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 förvärvsarbete behöver fortlöpande hjälp av annan eller
- c) eljest behöver vidkännas betydande merutgifter.

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

Vid tillämpningen av bestämmelserna likställs med en försäkrad som utför förvärvsarbete, en studerande som åtnjuter studiestöd enligt studiestödslagen eller endast på grund av bestämmelse om behovsprövning är utesluten från studiestödet.

Handikappersättning utgår alltefter hjälpbehovets omfattning eller merutgifternas storlek med för år räknat 69 %, 53 % eller 36 % av basbeloppet fr.o.m. januari 1991. Basbeloppet har för år 1992 fastställts till 33 700 kr. I kronotal är nivåerna år 1992 alltså 23 253 kr, 17 861 kr resp. 12 132 kr.

Handikappersättningen är skattefri.

Lagbestämmelsen är allmänt hållen. Vissa allmänna schablonregler har emellertid utvecklats i tillämpningen. Kravet på "avsevärd tid" har enligt praxis ansetts motsvara minst ett år. "Mera tidskrävande hjälp" har ansetts motsvara ett effektivt hjälpbehov av två timmar per dag.

Enligt bestämmelserna i AFL kan "betydande merutgifter" ensamma grunda rätt till handikappersättning. RFV har i allmänna råd rekommenderat att som nedre gräns för betydande merutgifter, ett belopp motsvarande 28,5 % av basbeloppet tillämpas och att det är lämpligt att gränsvärdet för rätt till ersättning med 53 % och 69 % av basbeloppet bestäms till 7,5 % under resp. ersättningsnivå.

Handikappersättning kan begränsas till viss tid. Behovet av handikappersättning skall omprövas i samband med beslut om förtidspension och då den försäkrade beviljas ålderspension enligt AFL.

Enligt en särskild regel i AFL utgår handikappersättning

alltid till den som är blind, döv eller gravt hörselskadad om handikappet inträtt före 65 års ålder. Till blind utgår ersättningen med 69 % av basbeloppet för tid före den månad då hel ålderspension eller hel förtidspension börjar utgå och med 36 % av basbeloppet för tid därefter. Till den som är döv eller gravt hörselskadad utgår handikappersättning med 36 % av basbeloppet. Såväl blinda som uppbär hel pension som döva och gravt hörselskadade kan få högre handikappersättning än 36 % av basbeloppet, om stödbehovet motiverar högre ersättning.

Vårdas någon på institution som tillhör eller till vars drift bidrag utgår från staten, kommun eller landstingskommun, utgår inte handikappersättning om vården kan beräknas pågå minst sex månader. Detta gäller också om han vårdas utanför institutionen genom dess försorg eller i annat fall vårdas utanför institutionen och staten, kommun eller landstingskommun är huvudman för vården.

En person som avses i föregående stycke har emellertid rätt till s.k. daghandikappersättning, om han i minst tio dagar under ett kvartal eller minst tio dagar i följd vid kvartalsskifte, inte vårdas genom huvudmannens försorg. Ersättningen lämnas då för varje sådan dag med 1/30-del av månadsbeloppet.

RFV har utfärdat vissa rekommendationer om bedömningen av rätten till handikappersättning. Dessa innebär bl.a. att utgångspunkten vid bedömningen av funktionsförmågans nedsättning för rätt till handikappersättning är den försäkrades funktionsförmåga före behandlande eller andra hjälpande åtgärder med anledning av handikappet.

Ansökan om handikappersättning görs hos försäkringskassan. Till ansökan skall den försäkrade bifoga ett läkarutlåtande om sitt hälsotillstånd.

Nedsättningen av funktionsförmågan hos den försäkrade prövas inte fristående utan mot bakgrund av det stödbehov som handikappet medför, eftersom det är den samlade bilden av handikappet och dess följdverkningar som ligger till grund för försäkringskassans bedömning av rätten till handikappersättning och storleken av denna.

För denna bedömning av funktionsförmågans nedsättning krävs som nämnts ett medicinskt underlag. Detta utfärdas vanligtvis av den behandlande läkaren. Enligt en regel i AFL

har försäkringskassan emellertid en möjlighet, att som villkor för rätt till handikappersättning, föreskriva att den försäkrade under viss tid skall vara intagen på ett visst sjukhus eller undersökas av en viss läkare.

När försäkringskassan bedömer funktionsnedsättningen hos en person med flera handikapp tas hänsyn till de komplicerade effekter i olika situationer som kombinationen av olika handikapp för med sig i det enskilda fallet.

#### 2.4.1 Hjälpbehovet

Vid bedömningen av rätten till handikappersättning skall enligt AFL hänsyn tas till den försäkrades behov av hjälp i den dagliga livsföringen. Enligt RFV:s rekommendationer skall inte bara tidsåtgången för hjälpinsatserna beaktas, utan också den grad av bundenhet för en vårdare som den försäkrade behöver.

Sådant hjälpbehov som tillgodoses genom samhällets försorg beaktas endast i den mån det medför merkostnader för den sjuke eller funktionshindrade.

Hjälpbehovet hos sjuka eller handikappade varierar beroende på vilket handikapp det är fråga om och handikappets svårighetsgrad. Hjälpbehovet hos personer med samma handikapp varierar också alltefter den handikappades personliga förutsättningar och möjligheter att anpassa sig till sitt handikapp.

Detta har medfört att schabloniseringar inte bedömts vara möjliga – fränsett de särskilda reglerna om att blinda, personer med så pass nedsatt synförmåga att de saknar ledsyn, döva eller gravt hörselskadade alltid har rätt till handikappersättning. Bedömningen görs därför utifrån förutsättningarna i varje enskilt fall. Detta medför ofta ett mycket omfattande utredningsarbete för att så långt det är möjligt kartlägga bl.a. den försäkrades eget hjälp- och tillsynsbehov, hjälpbehov vid skötseln av hemmet och hjälp av annan för att kommunicera.

Också den försäkrades behov av hjälp för att kunna förvärvsarbeta eller studera beaktas vid prövningen av rätten till handikappersättning. Ersättningen är för dessa grupper avsedd att täcka det behov av fortlöpande hjälp som den försäkrade har för att kunna göra detta. I praktiken innebär detta att bara hjälpbehov i samband med resa till och från arbetet/-

utbildningsanstalten beaktas. Ett stöd som ges på arbetsplatsen eller utbildningsanstalten av t.ex. arbets-/studerandekamrater beaktas däremot som regel inte.

#### **2.4.2 Merutgifterna**

Handikappersättningen är i princip en merkostnadsersättning. Enligt AFL kan såväl hjälpbehov som merutgifter i tillräcklig omfattning var för sig ge rätt till handikappersättning. Föreligger både hjälpbehov och merutgifter i anledning av handikapp grundas bedömningen av rätten till ersättning på det sammanlagda stödbehovet.

De merutgifter som kan ligga till grund för bedömningen av rätten till handikappersättning är både merutgifter som den handikappade har i sin dagliga livsföring och merutgifter för att kunna förvärvsarbeta eller studera. Det kan också vara merutgifter för läkemedel, vård och behandling samt sjukresor och andra resor. Merutgifter för läkemedel och öppen sjukvård – egenavgifter och patientavgifter – beaktas upp till det högsta taket för högkostnadsskyddet, för närvarande 1 500 kr under en tolv månadersperiod. Tillämpar en sjukvårdshuvudman ett lägre egenkostnadstak beaktar försäkringskassan egenavgifter upp till detta lägre tak.

I principen att handikappersättningen är en merkostnadsersättning ligger att hänsyn tas till de merutgifter den handikappade har för sitt handikapp, i den mån inte andra samhällsätgärder kompenserar för dessa. Som exempel på annat samhällsstöd kan nämnas prisnedsatta eller kostnadsfria läkemedel, kostnadsfria förbrukningsartiklar eller andra förbrukningsartiklar som tillhandahålls t.ex. av sjukvårdshuvudman, befrielse från avgifter inom högkostnadsskyddet, ersättning för sjukresor, färdtjänst, tekniska hjälpmedel, kommunal hemhjälp och bostadsanpassningsbidrag samt andra bidrag som ges från kommuner och landsting. Dessa varierar ofta både i omfattning och storlek mellan kommuner och landsting.

Liksom hjälpbehovet skiljer sig merutgifterna mellan olika sjukdoms- och handikappgrupper. Stora olikheter vad gäller merutgifternas omfattning förekommer också inom samma sjukdoms- eller handikappgrupp. Några schabloniseringar – fränsett vissa merkostnadsposter, bl.a. för olika specialdieter

– har därför bedömts inte vara möjliga att göra. Bedömningarna av merutgifterna tar därför så långt det är möjligt hänsyn till både handikappets art och den försäkrades personliga förhållanden. Därvid beaktas de utgifter som till följd av den försäkrades speciella behov kan anses rimliga och motiverade.

Som tidigare har nämnts används i tillämpningen som nedre gräns för betydande merutgifter ett belopp som motsvarar 28,5 % av basbeloppet, och gränsvärdena för rätt till ersättning med 53 % och 69 % av basbeloppet har i RFV:s allmänna råd bestämts till 7,5 % under resp. ersättningsnivå. Den nedre gräns för merutgifter som ensamma grundar rätt till handikappersättning med den lägsta nivån, dvs. tröskel- eller gränsvärdet, är alltså för närvarande 9 605 kr.

Detta gränsvärde har en historisk bakgrund i den praxis som gällde för bedömning av rätt till invaliditetsersättning enligt den tidigare lagstiftning som gällde före den 1 juli 1975, när det nuvarande systemet för handikappersättning infördes. Då beviljades i regel hel ersättning (60 % av basbeloppet) när merkostnaderna nått upp till lägst en nivå som låg ungefär mitt emellan hel och halv ersättning. I de fall kostnaderna närmade sig nivån för halv invaliditetsersättning (30 % av basbeloppet) utgick halv sådan. Vid bedömningen av hur stora kostnaderna skulle vara för att närma sig 30 % av basbeloppet utgick man då enligt praxis från en nivå som motsvarade 3/4-delar av den halva ersättningen, dvs. 22,5 % av basbeloppet.

Merutgifterna behöver inte styrkas med kvitton för att grunda rätt till ersättning. Det är dock önskvärt att den försäkrade redogör för hur han har beräknat sina merutgifter och hur länge de kan förväntas föreligga. Många försäkrade har emellertid svårt att beräkna sina merutgifter; dessa kan över- eller undervärderas. Med den kunskap som finns hos försäkringskassorna hjälper kassorna så långt det är möjligt de försäkrade att beräkna sina merutgifter.

Om en handikappad behöver hjälp eller åtgärder som medför utgifter, för att på bästa sätt motverka och bemästra följderna av sitt handikapp, kan sådana behov beaktas oavsett om utgifterna redan föreligger eller inte. Vid bedömningen kan alltså hänsyn tas också till sådant som den handikappade inte har haft råd att kosta på sig tidigare, men skulle behöva.

Merutgifternas art skiljer sig, som nyss nämnts, avsevärt mellan olika sjukdoms- och handikappgrupper. Stora olikheter vad gäller merutgifternas storlek förekommer också inom samma handikappgrupp. Vid bedömningen tas därför hänsyn både till handikappets art och den enskildes personliga förhållanden. Därvid beaktas de merutgifter som till följd av dennes speciella behov kan anses rimliga och motiverade.

Som beskrivning av merutgifter som kan beaktas lämnas här några exempel:

- egenavgifter för läkarbesök, besök för sjukvårdande behandlingar och för köp av läkemedel upp till för närvarande 1 500 kr under en tolv månadersperiod,
- behov av täta köp av kapitalvaror, som t.ex. tvättmaskin och dammsugare till följd av funktionsnedsättningen,
- andra ökade kostnader till följd av ett behov av att tvätta ofta,
- ökade kostnader för slitage av kläder, skor och sänglinne,
- ökade kostnader på grund av behov av speciell kost,
- ökade kostnader för arbetsresor, sjukresor och fritidsresor,
- ökade bostadskostnader på grund av behov av särskilt rum för vårdutrustning eller som behandlingsrum.

Många andra exempel skulle kunna anges, men vi finner inte anledning att göra det här. Det som är väsentligt inom systemet för handikappersättning för våra överväganden är att den enskildes faktiska merkostnader för sitt handikapp/sjukdom skall beaktas, i den mån andra samhällsåtgärder inte kompenserar för dem.

### **2.4.3 Bedömning av det sammanlagda stödbehovet**

För en försäkrad som har både hjälpbehov och merutgifter grundas enligt AFL bedömningen på det sammanlagda behovet av stöd, vilket innebär att den försäkrades hela situation ligger till grund för prövningen av rätt till handikappersättning. Som exempel kan nämnas att en försäkrad som har

ett hjälpbehov på omkring en timme per dag och merutgifter som motsvarar 15 % av basbeloppet – för närvarande drygt 5 000 kronor – har ett sammanlagt stödbehov av sådan omfattning att handikappersättning med 36 % av basbeloppet kan vara motiverat.

#### 2.4.4 Vissa antals- och kostnadsuppgifter m.m.

Utredningarna om rätten till handikappersättning måste av naturliga skäl vara mycket omfattande för att försäkringskassornas socialförsäkringsnämnder skall kunna få ett så långt möjligt fullständigt underlag för sina bedömningar. Detta är mycket väsentligt eftersom dessa ärenden innebär individuella prövningar som lämnar ett stort utrymme för skälighetsbedömning, men som också är av stor ekonomisk betydelse för de försäkrade. Detta medför naturligtvis en hög administrationskostnad. Den genomsnittliga totala administrationskostnaden för ett nytt handikappersättningsärende beräknar RFV till ca 3 500 kr.

De flesta handikappersättningar ges som tilläggsförmån till pension. Handikappersättningen kan emellertid också vara s.k. huvudförmån som ges till den som inte har pension.

Antalet utgående handikappersättningar har under den senaste 10-års perioden ökat med omkring 30 %. Under de senaste åren ligger ökningen relativt konstant vid ca 2 %.

#### I december 1991 utgavs följande antal handikappersättningar

Huvudförmån			Tilläggsförmån		
Ersättningsprocent			Ersättningsprocent		
69	53	36	69	53	36
3 548	1 391	6 621	11 536	6 968	20 480

Källa: RFV.

Antalsfördelningen mellan män och kvinnor i december 1991, med avseende på huvudförmån och tilläggsförmån samt ersättningsnivå var följande

	Män			Kvinnor		
	69	53	36	69	53	36
Huvudförmån	2 382	771	3 526	1 166	620	3 095
Tilläggsförmån	5 517	2 859	8 642	6 015	4 108	11 811

Källa: RFV.

Fördelningen efter bidragstagarnas ålder i december 1991 var följande

	Ålder, år					Summa
	16-29	30-39	40-49	50-59	60-	
Huvudförmån	2 797	2 664	3 377	2 153	569	11 560
Tilläggsförmån	5 338	3 562	5 527	6 380	18 177	38 984

Källa: RFV.

Avslagsfrekvensen i ansökningsärenden om handikappersättning uppgår för närvarande till ca 25 %.

Socialförsäkringens verkliga kostnader för handikappersättningen har ökat sett från ett längre tidsperspektiv inte bara beroende på höjningarna av basbeloppet utan också på grund av höjd ersättningsnivå.



## Ersättningsnivåerna har sedan januari 1979 varit följande

Period	Ersättningsnivåer % av basbeloppet		
Jan 1979 – Jun 1981	60	45	30
Jul 1981 – Jun 1982	61	46	31
Jul 1982 – Dec 1983	63	48	32
Jan 1984 – Dec 1990	65	50	34
Jan 1991 –	69	53	36

Höjningen av handikappersättningens nivåer med en procentenhet fr.o.m. juli 1981 företogs då reglerna ändrades för beräkning av basbeloppet, vilket medförde att basbeloppet utvecklades något långsammare än tidigare.

Fr.o.m. juli 1982 höjdes nivåerna till 63, 48 resp. 32 % av basbeloppet. Höjningen avsåg att ge kompensation för den långsammare årliga utvecklingen av handikappersättningen som blev följd av att basbeloppet fr.o.m. år 1982 fastställs endast en gång per år.

Fr.o.m. år 1984 höjdes handikappersättningens nivåer till 65, 50 resp. 34 % av basbeloppet.

Fr.o.m. år 1991 har, som en följd av skatteomläggningen, nivåerna bestämts till 69, 53 resp. 36 % av basbeloppet.

Utvecklingen av försäkringens kostnader för handikappersättning och antalsutvecklingen de tio senaste åren framgår av följande sammanställning.

---

År	Utbetalat belopp under året, mkr	Antal handikappersättningar (både som huvud- och tilläggsförmån) i dec resp. år, 1 000-tal
1982	306	39
1983	353	40
1984	395	41
1985	430	42
1986	475	44
1987	516	45
1988	570	48
1989	641	48
1990	703	50
1991	826	51

---

*Källa:* RFV.

Uppgifter om hur beviljade handikappersättningar fördelar sig på diagnosgrupper skulle vara av intresse. Någon sådan statistik finns emellertid inte.

För att ändå få en viss uppfattning om hur handikappersättningarna antalsmässigt fördelar sig på olika diagnosgrupper visas i följande sammanställning tre års nybeviljade ersättningar som huvudförmån som tagits in i RFV:s pensionsstatistik. Fördelningen, som avser åren 1988–1990, är gjord efter huvuddiagnos och ålder. Som tidigare redovisats gäller emellertid att de flesta handikappersättningar beviljas som tilläggsförmån till dem som uppbär pension.

Nybeviljade handikappersättningar (huvudförmån) 1988–1990 fördelade efter diagnosgrupper och ålder. Inkl. övergång från vårdbidrag, förtidspension/sjukbidrag, efterlevandepension (exkl. barnpension) och hustrutillägg. Män och kvinnor

Diagnosgrupp	Ålder, år						Summa
	16–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–64	
Infektionssjukdomar o parasitära sjukdomar	1	5	8	14	13	2	43
Därav: Tuberkulos					1	1	2
Polio	1	5	5	11	10		32
Tumörer	11	24	29	70	70	24	228
Endokrina systemets sjukdomar, brist- o ämnesomsättningssjukdomar	44	46	75	52	27	4	248
Därav: Sockersjuka	24	35	70	49	26	4	208
Blobbildande organens o blodets sjukd	3	3	4	2	1		13
Mentala rubbningar	6	10	10	12	3	3	44
Därav: Psykoser				1	1	3	5
Neuroser m.m.	4	4	9	7	1		25
Psyisk utvecklingsstörning	2	6	1	2	1		12
Nervsystemets o sinnesorganens sjukd	66	221	210	270	190	55	1 012
Därav: Multipel skleros (MS)		25	31	54	13		123
Parkinsons sjukdom			1	1	4	1	7
Infantil cerebral pares (CP)	10	10	7	8	6	1	42
Epilepsi	3	4	5	1			13
Andra sjukd i centrala nervsystemet	2	18	9	17	9	1	56
Ögonsjukdomar	22	55	47	47	33	7	211
Öronsjukdomar	22	86	85	115	104	37	449
Cirkulationsorganens sjukdomar	2	7	24	53	62	32	180
Därav: Kroniska reumatiska hjärtsjukd		1	1	1	1		4
Hypertonisjukd (förhöjt blodtr)			1	1	1		3
Ischemiska hjärtsjukdomar (hjärtinfarkt m.m.)			1	2	3	2	8
Andra hjärtsjukdomar (flimmer, inflammation i hjärtmuskel, hjärtsäck m.m.)	2	2			1		5
Cerebrovaskulära sjukdomar (hjärnblödning, blodpropp m.m.)		4	18	42	51	26	141
Andningsorganens sjukdomar	5	11	10	16	2	1	45
Därav: Bronkit, emfysem o astma	4	9	8	12	1		35
Matsmältningsorganens sjukdomar	28	159	186	137	41	6	557
Därav: Magsår och tarmsår		1		2			3
Uro-genitalorganens sjukdomar		8	12	13	17	3	53
Därav: Nefrit och nefros		4	8	2	6	2	22
Hudens och underhudens sjukdomar	14	22	38	40	16	3	133
Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven	15	49	64	115	51	15	309
Därav: Reumatoid artrit m.m.	10	23	19	42	21	5	120
Osteoartros m.m. (degenerativa ledförändringar m.m.)		8	11	25	10	4	58
Diskbräck o ryggvärrkssyndrom		5	12	10	9	1	37
Medfödda missbildningar	23	18	6	8	4	1	60
Symptom o ofullst preciserade fall	4	1	1	3			9
Skador genom yttre våld o förgiftning	16	106	64	48	22	3	259
Därav: Frakturer	7	63	29	21	8		128
Intrakraniell skada	2	11	7	10	2	1	33
Samtliga	238	690	741	853	519	152	3 193

Av sammanställningen framgår att handikappersättning beviljades som huvudförmån till personer inom samtliga diagnosgrupper under dessa tre år.

Den absolut största gruppen var personer med olika sjukdomar i nervsystemet och sinnesorganen. Även personer med sjukdomar i matsmältningsorganen utgjorde en stor grupp, så även de med sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven, personer med skador genom yttre våld och förgiftning, men också personer med sjukdomar i endokrina systemet, brist och ämnesomsättningssjukdomar, t.ex. diabetiker.

## 2.5 Ersättning för sjukresor

### 2.5.1 Inledning

Det ekonomiska och administrativa ansvaret för sjukresorna fördes över från försäkringskassorna till sjukvårdshuvudmännen fr.o.m. år 1992. Huvudmännens skyldighet att lämna ersättning regleras lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor.

Ett viktigt skäl för överförandet var att sjukförsäkringens utgifter för sjukresor ökade snabbare än den allmänna kostnadsutvecklingen under större delen av 1980-talet. Orsakerna till detta var flera. En var att andelen ersatta taxiresor successivt ökade, en annan var den förändrade vårdstrukturen, som bl.a. medfört en ökning av antalet resor till öppenvårdsmottagningar i stället för till slutenvård. En ytterligare viktig orsak var att försäkringskassorna hade begränsade möjligheter att inom ramen för de tidigare gällande ersättningsreglerna bedriva en sådan planering och samordning av sjukresorna som skulle vara nödvändig för att motverka de ökade resekostnaderna. Sjukvårdshuvudmännen har däremot bättre administrativa förutsättningar att samordna patienternas besökstider med olika lämpliga transportmedel, eftersom de är huvudmän för både hälso- och sjukvård och kollektivtrafik.

Det saknas anledning att här i detalj redogöra för regelsystemet före och efter sjukvårdshuvudmännens övertagande av sjukreseadministrationen, eftersom vårt uppdrag inte är att föreslå några förändringar av de grundläggande ersättningsreglerna. Enligt direktiven består uppgiften i att överväga införande av ett särskilt högkostnadsskydd för sjukresor.

I detta sammanhang bör det nämnas att i den principöverenskommelse som träffades mellan staten och Landstingsförbundet om överflyttningen av huvudmannaskapet sågs att i den mån förutsättningarna ändras, t.ex. genom införande av ett högkostnadsskydd skall överläggningar tas upp mellan parterna om de ekonomiska konsekvenserna för sjukvårdshuvudmännen.

Som bakgrund till våra överväganden om ett högkostnadsskydd för sjukresor finns det emellertid anledning att något beröra förmånssystemet före och efter överförandet av sjukreseadministrationen.

### 2.5.2 Förmånssystemet före år 1992

Enligt 2 kap. 6 § AFL lämnades ersättning till den försäkrade för resekostnader i samband med läkarvård, annan sjukvårdande behandling eller sjukhusvård under förutsättning att vården erhållits med anledning av sjukdom. Ersättning gavs vidare för resekostnader i samband med tillhandahållande av hjälpmedel åt handikappad, tandvård, besök med anledning av sjukdom hos läkare eller sjukgymnast inom företagshälsovården och studerandehälsovården samt konvalescentvård som lämnas i konvalescenthem. Dessutom gavs ersättning för resekostnader i samband med besök för sjukvårdande behandling som ges som särskild omsorg enligt lagen om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstöda m.fl.

Resekostnadsersättningen utgavs enligt grunder som regeringen fastställde. De närmare föreskrifterna meddelades i förordningen (1987:82) om ersättning vid sjukresa.

Ersättningen lämnades enligt den s.k. återbäringsprincipen, vilket innebar att ersättningsanspråken prövades av försäkringskassan först sedan sjukresan företagits.

Den försäkrade betalade en fast avgift – karensbelopp – för varje enkel resa. De resekostnader som översteg denna avgift utgjorde i allmänhet sjukreseersättningen från sjukförsäkringen.

De senaste före år 1992 gällande karensbeloppen för fram- resp. återresa var

15 kr för resa med allmänna kommunikationer

30 kr för resa med taxi

20 kr för resa med privatbil

0 kr för resa med specialfordon i linjetrafik för samordnade transporter

15 kr för resa med annat färdstätt

Vid samåkning i taxi eller privatbil var karensbeloppet 15 kr per vårdtagare.

Den 1 juli 1990 infördes dessutom – i samband med taxi-näringsens avreglering – ett återbäringstak för sjukresor med taxi med syfte att begränsa försäkringens utgifter vid eventuella fall av särskilt höga taxitaxor.

Ersättningen till den försäkrade beräknades – med vissa begränsningar för resa med taxi eller flyg – efter det faktiska färdstätt som använts. Vid sjukresa med taxi eller flyg lämnades ersättning bara om annat och billigare färdstätt inte kunnat användas med hänsyn till den försäkrades tillstånd, resans längd eller andra omständigheter. Kunde ersättningen inte beräknas för sådan resa fick ersättning ändå ges enligt vad som kunde anses skäligt. För sjukresa med privatbil beräknades ersättningen till 1 kr per kilometer.

Särskilda ersättningsregler fanns för nödvändig övernattning i samband med sjukresa, för följeslagare vid sjukresa samt vid resa för besök i öppen vård med anledning av barns sjukdom eller för besök hos sjukt barn som vårdas på sjukhus.

Till ledning för tillämpningen av förordningens bestämmelser utfärdade RFV allmänna råd till försäkringskassorna.

Från sjukförsäkringen utgavs också ersättning för resekostnad i samband med rådgivning som lämnades i födelsekontrollerande syfte eller om abort eller sterilisering.

### **2.5.3 Försäkringens utgifter m.m. för sjukresor**

Sjukförsäkringens utgifter för sjukresor ökade markant under de tre närmaste åren före sjukvårdshuvudmännens övertagande av administrationen. Under åren 1989 – 1991 utbetalades

---

År	Resekostnader ersättning (mkr)	Ökning (mkr)	%
1989	834	97	13,2
1990	962	128	15,3
1991	1 185	223	23,2

---

Källa: RFV.

Det var stora skillnader i utbetalade ersättningsbelopp hos försäkringskassorna i landet; skillnader som berodde på geografiska betingelser, kommunikationsnätets uppbyggnad och inriktning samt på hälso- och sjukvårdens organisation.

Av några mindre undersökningar som gjorts när det gäller sjukresornas fördelning antalsmässigt och utgiftsmässigt på olika färdmedel framgår att variationerna var stora mellan de olika försäkringskasseområdena som en följd av de nyss nämnda förhållandena. Beräkningar har dock gjorts som visar att ca 60 % av antalet sjukresor gjordes med privatbil och ca 35 % med taxi. Av återstoden skedde de flesta med sådana allmänna kommunikationer som buss och tåg.

När det gäller fördelningen av utgifterna på de olika färdmedlen är förhållandet det omvända och det beräknas att resor med taxi och egen bil svarar för närmare 70 % resp. närmare 30 % av kostnaderna och övriga färdmedel, främst buss och tåg, för återstoden.

Ärenden om sjukreseersättning handlades vid försäkringskassornas lokal- och servicekontor, vilka tillsammans utgör ca 420 enheter. Med ledning av en av RFV gjord arbetstidsmätning har beräknats att hanteringen av dessa ärenden sysesatt omkring 250 årsarbetare. Det totala antalet ersatta sjukresor (enkelresor) året före sjukvårdshuvudmännens övertagande av administrationen har beräknats till närmare 10 milj.

#### 2.5.4 Förmånssystemet efter år 1992

Överflyttningen av huvudmannaskapet – ekonomiskt och administrativt – har skapat förutsättningar för ett effektivare resursutnyttjande av alla samhällssubventionerade persontransporter genom att sjukvårdshuvudmännen samtidigt fått möjligheter att i viss utsträckning utforma regelsystem som kan anpassas till varierande lokala förhållanden. Sjukvårdshuvudmännen har möjligheter att samordna patienternas besökstider vid olika vårdmottagningar med tillgängliga transporter till och från dessa. Huvudmännen har också en decentraliserad avgiftsadministration som kan sköta även utbetalning av resekostnadsersättning vid sjukresor.

Syftet med huvudmannaskapsförändringen var, som nämnts, att få en bättre samordning av de samhällssubventionerade sjukresorna men också att skapa förutsättningar för en ökad samordning med andra samhällssubventionerade persontransporter, bl.a. med färdtjänsten. För att sjukvårdshuvudmännen skulle kunna göra en sådan planering och samordning av sjukresorna var det en förutsättning att ersättningssystemet gav dem utrymme att i tillräcklig grad kunna ta hänsyn till de varierande lokala förhållandena. Mot den bakgrunden var det nödvändigt att den statliga detaljerade regleringen av hur ersättningen skulle beräknas i det enskilda fallet slopades i största möjliga utsträckning. Därför har varje sjukvårdshuvudman nu fått möjlighet att utfärda lokalt anpassade föreskrifter med hänsyn till sina speciella förutsättningar och möjligheter. Detta gäller t.ex. om patientens val av färdmedel och tidpunkt för resan. Härigenom har de nödvändiga förutsättningarna skapats för ökad samåkning.

Detta har inneburit att de detaljerade bestämmelserna om beräkning av resekostnadsersättning som fanns i förordningen (1987:82) om ersättning vid sjukresa har avvecklats. Av den statliga regleringen kvarstår bara bemyndigandet i 2 kap. 6 § AFL för regeringen att bestämma grunderna för ersättning för resor i samband med läkarvård och andra vårdinsatser som anges i lagrummet.

I anslutning till detta har också klargjorts att regeringen i grunderna kan föreskriva ett maximum – egenavgiften eller karensbeloppet – för den resekostnad som den försäkrade själv skall svara för samt det lägsta belopp som skall tillämpas vid beräkningen av ersättningen vid sjukresa med privat-



bil.

Regeringen har i enlighet med sitt bemyndigande beslutat avskaffa den tidigare differentieringen av karensbeloppen vid resa med olika färdmedel fr.o.m. år 1992. En högsta egenavgift på 40 kr per enkelresa oavsett färdmedel har bestämts för tiden därefter. När det gäller storleken på den lägsta kilometerersättning som ligger till grund för beräkningen av kostnaden för resa med privatbil har regeringen beslutat att den skall var oförändrad, dvs. 1 kr, under år 1992.

Vidare har 2 kap. 6 § AFL kompletterats så att ersättning för resekostnader kan ges ut vid besök för sjukgymnastik och annan sjukvårdande behandling även när sådan behandling utförs som ett led i särskilda omsorger (personligt stöd) enligt lagen (1985:568) om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m.fl. Reseersättning från sjukförsäkringen torde före huvudmannaskapsförändringen genomgående ha lämnats i fall då dessa sjukvårdande behandlingar utförts genom landstingskommunernas försorg. Ersättning kan nu fr.o.m. år 1992 ges för resekostnader i samband med besök för de sjukvårdande behandlingarna också när de utförs i primärkommunal regi.

Ersättning för resekostnader lämnas också enligt vissa andra författningar, bl.a. enligt lagen (1976:380) om arbetskadeförsäkring och lagen (1989:225) om ersättning till smittbärare. Denna ersättning lämnas emellertid inte från sjukförsäkringen enligt AFL och berörs därför inte av huvudmannaskapsförändringen. Administrationen av resekostnadsersättningar som ges enligt sådana författningar ligger därför kvar hos försäkringskassorna och RFV.

Enligt den principöverenskommelse som träffades mellan staten och Landstingsförbundet skall huvudmännen inte genomföra sådana regelförändringar som skulle medföra ekonomiska försämringar för den enskilde. Principen om återbäringsystem har inte heller förändrats. För att förenkla rutinerna, höja servicenivån, spara tid och resurser har Landstingsförbundet utarbetat olika modeller och pekat på möjligheten att betala ut resekostnadsersättning för en tur- och returresa utöver karensbeloppen i samband med besöket. Detta innebär att patienten kan få sin ersättning för återresan innan denna gjorts. Sjukvårdshuvudmännen har i övrigt övertagit flertalet av de särbestämmelser som gällde tidigare.

Någon skyldighet för sjukvårdshuvudmännen att anordna sjukresor finns inte. De har däremot fått befogenhet att göra detta och att föreskriva att reseersättning endast ges i de fall den vårdsökande har utnyttjat den anordnade transporten.

Formellt har sjukvårdshuvudmännen alltså enbart övertagit försäkringskassornas skyldigheter enligt den tidigare sjukreseförordningen. Sjukvårdshuvudmännens ansvar har begränsats till att reglera de vårdsökandes resekostnader. Enligt överenskommelsen mellan staten och Landstingsförbundet har sjukvårdshuvudmännen dessutom fått befogenheter att föreskriva villkor för att reseersättning skall ges ut, t.ex. krav på att den vårdsökande skall ringa en viss beställningscentral för att få en taxiresa ersatt, krav på att acceptera viss väntetid för att kunna samutnyttja en taxi eller att utnyttja särskild kollektivtransport i stället för taxi.

### **2.5.5 Den ekonomiska regleringen**

För finansieringen av sjukvårdshuvudmännens kostnader för sjukresor lämnas en schabloniserad ersättning från sjukförsäkringen. Storleken på och fördelningen av ersättningen mellan de olika sjukvårdshuvudmännen för år 1992 har fastställts efter särskilda överläggningar mellan staten och företrädare för sjukvårdshuvudmännen. För år 1992 uppgår ersättningen till 1 396 mkr. Samma ersättningsbelopp har fastställts för år 1993.

Eftersom avsikten är att resekostnadsersättning i samband med läkarvård och annan sjukvårdande behandling m.m. också efter huvudmannaskapsförändringen skall ses som en socialförsäkringsförmån har det varit naturligt att finansieringen av denna sker på samma sätt som hittills, dvs. genom sjukförsäkringsavgifter och statsbidrag.

### **2.5.6 Sex landsting har infört högkostnadsskydd för sjukresor**

Landstingen i Hallands, Älvsborgs, Örebro, Bohus, Kronobergs och Uppsala län har infört egna högkostnadsskydd för sjukresor.

I Hallands län kan resekostnader helt ersättas när patientens kostnader för sjukresor överstiger 650 kr under en tolvmåna-

dersperiod. När patienten med kvitton visar att kostnaderna för sjukresor överstiger 650 kr, kan ersättning begäras. Ersättningen betalas sedan ut månadsvis för den tid som återstår av tolvmånadersperioden.

I Älvsborgs län får patienten kvalificera sig upp till beloppsgränsen 600 kr under en tolvmånadersperiod.

Landstinget i Örebro län återbetalar sjukreseersättning vid en uppnådd resekostnad överstigande 1 300 kr under en sexmånadersperiod. Landstinget har beslutat att fr.o.m. den 1 januari 1993 samordna högkostnadsskyddet för vård, medicin med sjukresorna. Avsikten är att införa ett system som innebär att när en person nått högkostnadsskydd för vård och medicin, kan denne under den återstående tolvmånadersperioden också få sina sjukresor helt ersatta.

I Bohus län får den enskilde kvalificera sig upp till beloppsgränsen 800 kr i egenavgifter och är därefter befriad från egenavgifter under en tolvmånadersperiod. I egenavgifterna ingår också avgifter för ambulanstransporter, som tidigare omfattades av ett eget högkostnadsskydd.

I Kronobergs län återbetalar landstinget sjukreseersättning under resten av en tolvmånadersperiod sedan den enskilde betalat 15 egenavgifter/karensbelopp, dock lägst 450 kr.

I Uppsala län får den enskilde kvalificera sig upp till beloppet 960 kr i egenavgifter och är därefter befriad från egenavgifter för sjukresor under en tolvmånadersperiod.

Härutöver har flertalet landsting infört avgiftsbefrielse för vissa patientgrupper, t.ex. för dialyspatienter.

## 2.6 Slopandet av det avgiftsfria året vid sjukhusvård för pensionärer med hel förtidspension

Det avgiftsfria året för ålderspensionärer vid sjukhusvård avskaffades fr.o.m. år 1989. Detta s.k. friår slopades också för pensionärer med hel förtidspension eller helt sjukbidrag fr.o.m. den 1 juli 1991. Sjukbidrag är en tidsbegränsad förtidspension. Samtidigt med slopandet av det avgiftsfria året infördes vid sjukhusvård för ålderspensionärer och de förtidspensionärer som förbrukat det avgiftsfria året ett nytt avgiftssystem som i princip motsvarar det som gäller vid sjukhusvård för sjukpenningförsäkrade, dvs. med visst avdrag på

pensionen. Avgiften utgör per vårddag en tredjedel av summan av utbetalade pensionsförmåner från den allmänna försäkringen före skatt, dock högst 65 kr och tas ut genom avdrag vid utbetalning av dessa förmåner. Med pensionsförmåner avses i detta sammanhang ålderspension, förtidspension/sjukbidrag och omställningspension samt pensionstillskott.

Avgiften per vårddag för en ålderspensionär med enbart folkpension och pensionstillskott uppgår för närvarande till högst 46 kr, medan den för en pensionär med hel förtidspension/sjukbidrag och pensionstillskott uppgår till 62 kr. Detta beror på att dessa förtidspensionärer uppbär nästan dubbla pensionstillskott. Pensionstillskottet för en ålderspensionär utgör högst 54 % av basbeloppet, medan det för en förtidspensionär uppgår till högst 104 % av basbeloppet. Att pensionärer med hel förtidspension undantogs från de regler som infördes fr.o.m. år 1989 för ålderspensionärerna motiverades med denna grupps behov av egna ekonomiska medel för sin rehabilitering. I första hand åsyftades de yngre förtidspensionärerna, som emellertid utgör en mycket liten del av hela gruppen förtidspensionärer.

Flertalet förtidspensionärer lever emellertid under ekonomiska förhållanden som är jämförbara med vad som gäller för ålderspensionärerna. Det var mot denna bakgrund som den tidigare ordningen inte var tillfredsställande ur rättvisesynpunkt och det avgiftsfria året för dem med hel förtidspension/sjukbidrag avskaffades fr.o.m. den 1 juli 1991.

Av RFV:s statistik framgår att antalet förtidspensionärer/sjukbidragstagare med folkpension i december 1991 uppgick till nära 367 000. Av dessa uppbar ca 322 800 också ATP.

Antalet förtidspensionärer/sjukbidragstagare som är yngre än 30 år uppgick i slutet av år 1991 till 13 725 och de som är yngre än 40 år till 39 755.

Förtidspension eller tidsbegränsat sjukbidrag kan ges till den som har nedsatt arbetsförmåga och som är i åldern 16–64 år. Pensionen kan vara hel, 2/3 eller 1/2.

Antalet förtidspensionärer/sjukbidragsmottagare i december 1991 fördelade efter ålder var följande.

Ålder, år	Förtidspension			Summa
	Hel	2/3	1/2	
16-19	936	0	2	938
20-29	4 764	33	467	5 264
30-39	11 355	269	2 305	13 929
40-49	32 167	956	8 348	41 471
50-59	86 426	1 992	20 537	108 955
60-64	121 923	2 015	16 194	140 132
Summa	257 571	5 265	47 853	310 689

Källa: RFV

Ålder, år	Sjukbidrag			Summa
	Hel	2/3	1/2	
16-19	2 292	4	31	2 327
20-29	4 249	38	909	5 196
30-39	8 348	164	3 589	12 101
40-49	13 704	394	7 574	21 672
50-59	8 904	262	4 898	14 064
60-64	565	16	298	879
Summa	38 062	878	17 299	56 239

Källa: RFV.

RFV har också redovisat följande uppgifter om hur de yngre pensionärerna med hel förtidspension/sjukbidrag har utnyttjat sjukhusvård samt deras inkomstförhållanden.

**Antal sjukhusvård dagar år 1990 för "yngre" pensionärer med hel förtidspension/sjukbidrag fördelade efter ålder**

16–24 år	25–29 år	30–34 år	35–39 år	Totalt
79 748	145 448	190 473	265 629	681 298

Dessa totalt 681 298 vård dagar fördelade sig efter antalet pensionärer åldersfördelat och efter vårdutnyttjande enligt följande.

Antal vård- dagar 1990	16–24 år	25–29 år	30–34 år	35–39 år	Samt- liga
1– 5	387	258	423	649	1 717
6– 10	132	119	239	402	892
11– 15	90	78	134	242	544
16– 19	45	46	89	138	318
20– 59	241	253	442	684	1 620
60– 99	101	118	200	264	683
100–199	100	161	221	288	770
200–299	96	142	166	212	616
300–357	52	130	147	183	512
358–	12	56	85	153	306
<b>Totalt</b>	<b>1 256</b>	<b>1 361</b>	<b>2 146</b>	<b>3 215</b>	<b>7 978</b>

*Källa: RFV.*

I genomsnitt har alltså de 7 978 personerna med hel förtidspension/sjukbidrag vårdats på sjukhus 85 dagar under år 1990. Detta relativt höga vårdutnyttjande beror på att de med högt vårdutnyttjande – flera än 200 dagar – uppgår till 1 411 pensionärer. 3 153 pensionärer hade emellertid ett vårdutnyttjande mellan 1–15 dagar.

Antal "yngre" pensionärer med hel förtidspension/sjukbidrag fördelade sig efter pensionens (årsbeloppets) storlek och efter antal vård dagar enligt följande.

Antal vård- dagar 1990	-64 400 kr	64 401– 79 019 kr	79 020– kr	Samtliga
1– 5	973	275	430	1 678
6– 10	416	185	268	869
11– 15	260	97	170	527
16– 19	154	59	92	305
20– 59	750	346	461	1 557
60– 99	356	126	172	654
100–199	400	169	181	750
200–299	347	130	124	601
300–357	322	95	90	507
358–	206	58	39	303
<b>Totalt</b>	<b>4 184</b>	<b>1 540</b>	<b>2 027</b>	<b>7 751</b>

*Anm.:* Beloppet 64 400 kr motsvarar hel förtidspension i form av folkpension + pensionstillskott (104 % av 1990 års basbelopp). Beloppet 79 019 motsvarar hel förtidspension i form av folkpension + ATP beräknat på 2,5 ATP-poäng.

Bland antalet pensionärer i inkomstintervallet 64 401–79 019 beräknas emellertid att ca 1/4 enbart har hel förtidspension i form av folkpension + pensionstillskott beroende på att barn tillägg medräknats som pensionsförmån i datakörningen. Eventuell handikappersättning och KBT har dock ej medräknats.

Vidare är att notera att det något lägre totala antalet pensionärer i tabellen inte överensstämmer med det i den föregående tabellen redovisade totala antalet 7 978. Detta beror på att för pensionstagare som avlidit finns inte pensionsbeloppen lagrade i pensionsregistret.

*Källa:* RFV.

## 2.7 Avdraget för sjukdomskostnader vid inkomsttaxeringen

Enligt tidigare regler i skattelagstiftningen kunde den beskattningsbara inkomsten minskas med ett s.k. extra avdrag om en persons skatteförmåga varit väsentligen nedsatt.

Förutsättningen för att beviljas sådant avdrag var att skatteförmågan varit väsentligt nedsatt till följd av t.ex. långvarig sjukdom, olyckshändelse, ålderdom eller underhållsskyldighet. Avdraget bestämdes efter omständigheterna i det enskilda fallet och fick inte överstiga 10 000 kr.

Denna möjlighet till avdrag för sjukdomskostnader vid inkomsttaxeringen avskaffades fr.o.m. år 1991 i samband med den då genomförda skatteomläggningen.

Den personkrets som tidigare kunde beviljas detta avdrag bestod företrädesvis av handikappade och personer med kroniska sjukdomar. Som exempel kan nämnas följande sjukdomar: allergi, blödarsjuka, cerebral pares, celiaki, cystisk fibros, diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar, ileo- och colostomiopererade, lung- och njursjukdomar, psoriasis och olika former av rörelsehinder (på grund av reumatism, multipel skleros, polio m.fl.).

Möjligheten att få det extra avdraget begränsades avsevärt genom att avdraget var inkomstrelaterat och som inkomst räknades i princip den statligt taxerade inkomsten, men också vissa icke skattepliktiga inkomster, t.ex. socialhjälp, kommunalt bostadstillägg, underhållsbidrag och skattefri livränta.

Hade handikappersättning eller annan skattefri ersättning betalats ut för att täcka merutgifterna medgavs inte det extra avdraget för dessa kostnader.

I direktiven anges att besparingseffekten på grund av den slopade avdragsrätten har beräknats till 90 mkr.

På vårt uppdrag har Riksskatteverket gjort närmare beräkningar av besparingseffekten. Verket har gjort den bedömningen att statens tillkommande skatteinkomster genom den slopade avdragsrätten uppgår till 315 mkr per år. Inkomståret 1990 medgavs drygt 200 000 personer extra avdrag. Genomsnittsyorkandet var ca 4 000 kr och skatteminskningen eller skattebortfallet var i genomsnitt drygt 1 500 kr.



## 3 Förmånssystemens brister

### 3.1 Inledning

I direktiven anges vissa brister i de förmånssystem som vi har att behandla. Brister i dessa system har emellertid under ett flertal år tillbaka även påpekats av statliga verk, i enskilda riksdagsmotioner och i partimotioner, men också i propositioner och i utskottsbetänkanden.

Under hand har vi även fått synpunkter på konstruktionen av förmånssystemen från framför allt handikapporganisationerna.

Enligt direktiven bör utredningsarbetet i första hand inriktas på de områden inom förmånssystemen som särskilt har uppmärksamats av riksdagen och som omfattades av det översiktliga regeringsförslaget som redovisades i 1989 års budgetproposition (prop. 1988/89:100, bil. 7).

Detta förslag byggde på

- o att förmånerna med kostnadsfria läkemedel och kostnadsfria förbrukningsartiklar ersattes av ett enhetligt system för begränsning av den enskildes läkemedelskostnader,
- o en utvidning av läkemedelsrabatteringen till andra produkter för vilka den enskilde nu själv helt får stå för kostnaderna. Som exempel på sådana produkter nämndes i regeringsförslaget mjukgörande salvor till psoriatiker, saliversättnings- och salivstimulerande medel till muntorra samt vissa naturmedel,
- o ett avskaffande av åldersgränsen 16 år för rätt till prisnedsättning av speciallivsmedel vid vissa sjukdomar,
- o ett införande av ytterligare en nivå inom handikappersättningen under den nu lägsta nivån samt

- o ett särskilt ekonomiskt skydd för personer med höga kostnader för sjukresor.

Socialförsäkringsutskottet uttalade vid behandlingen av detta principförslag, att de vedertagna principerna om kostnadsfria läkemedel skulle bibehållas med den begränsning som detta kunde innebära i den begärda utredningens direktiv. Riksdagen gav regeringen tillkänna vad utskottet anfört.

I direktiven är alltså klart utsagt att de vedertagna principerna om kostnadsfria läkemedel skall stå fast.

Vårt utredningsarbete har i första hand inriktats på de ovan nämnda områdena inom förmånssystemet. Enligt direktiven har det emellertid stått oss fritt att behandla också andra områden av systemet som vi bedömt vara av betydelse för att generellt sett kunna skapa större rättvisa mellan olika grupper sjuka och handikappade som har kontinuerliga och betydande kostnader för läkemedel, läkarvård och sjukvårdande behandling.

## 3.2 Läkemedelsförmånerna

### 3.2.1 Obehandlade problem

Inledningsvis vill vi här påpeka att två problem inte har behandlats av oss, problem som vi har ansett ligga utanför uppdraget. Vad vi syftar på är det s.k. kassationsproblemet, dvs. det förhållandet att en relativt stor andel av förskrivna och inköpta läkemedel aldrig används av kunden utan återlämnas till apoteket eller till och med kastas bort. Inte heller har vi tagit upp frågan om prissättningsmekanismerna för läkemedel. Dessa problem har tidigare behandlats av RFV i två rapporter – Kostnadsutvecklingen för läkemedel – en systemanalys och Högkostnadsskyddet – som i april 1987 överlämnades till Socialdepartementet. Rapporterna ingår i verkets uttrycksmedel RFV ANSER (1987:3).

### 3.2.2 Prisnedsatta läkemedel

Rent allmänt konstaterar vi att systemet med prisnedsättning/rabattering av läkemedel fungerar väl. De försäkringsmässiga utgångspunkter som gäller kan uttryckas på följande sätt. Försäkringsskyddet inträder i praktiken vid varje köp av

receptbelagt läkemedel vars kostnad överstiger en fastställd egenavgift. Skyddet är lika för alla i den bemärkelsen att patienten betalar högst 120 kr för ett läkemedel, 130 kr för två läkemedel, 140 kr för tre läkemedel osv. som har skrivits ut på recept av en läkare vid ett och samma tillfälle och som köps samtidigt på apotek.

Egenavgifterna för prisnedsatta läkemedel kvalificerar för att komma i åtnjutande av högkostnadsskyddet för öppen sjukvård och medicin.

Vi konstaterar alltså att det inte finns några egentliga brister i själva konstruktionen av detta förmånssystem.

### 3.2.3 Kostnadsfria läkemedel

En av de under flera år mest diskuterade frågorna på läkemedelsområdet har varit de kostnadsfria läkemedlens ställning inom försäkringssystemet.

Som nämnts anges i utredningsdirektiven att de vedertagna principerna om kostnadsfria läkemedel skall stå fast. Trots denna begränsning har vi ändå funnit anledning att här återge en del av de diskussioner som förts under årens lopp. Frågan har också diskuterats mycket ingående under utredningsarbetet.

Socialpolitiska samordningsutredningen, som föreslog det utbyggda statliga skyddet mot höga vård- och läkemedelskostnader (SOU 1979:1), det s.k. högkostnadsskyddet, ställde frågan om det fanns skäl att behålla förmånen med kostnadsfrihet för vissa grupper sjuka för vissa särskilt angivna läkemedel vid ett genomförande av högkostnadsskyddet. Förmånssystemet medför att vissa grupper av sjuka får kostnadsfria läkemedel även om de har en begränsad läkemedelskonsumtion, medan andra sjukdomsgrupper med kanske stora kostnader inte omfattas av förmånen. Stora grupper av sjuka med läkemedelsbehov står därför utanför förmånen, bland andra psoriasis sjuka, reumatiker, allergiker och njursjuka. Utredningen ansåg att det var önskvärt från samordningssynpunkt att högkostnadsskyddet för vård och medicin inte behövde kompletteras med särregler för vissa sjuka. Mycket talade enligt utredningen för att förmånsslaget kostnadsfria läkemedel borde inordnas under de prisnedsatta läkemedlen och därmed också kvalificera för det samordnade högkostnads-

skydd som föreslogs. Utredningen pekade särskilt på att kostnadsfriheten vid ett genomförande av förslaget om ett samordnat högkostnadsskydd skulle få en begränsad betydelse. Olika grupper sjuka skulle också jämföras i försäkringshänseende genom att enbart antalet läkemedelsinköp och vårdtillfällen skulle bli avgörande för rätten till högkostnadsskyddet.

Utredningen pekade också på de växande tillämpningssvårigheter som förmånen av kostnadsfria läkemedel medfört, svårigheter som inte bara består av gränsdragningsproblem mellan de sjukdomar eller indikationer som omfattas av kostnadsfriheten och de som står utanför, utan också problem med att avgränsa de läkemedel eller läkemedelssubstanser som för varje angiven indikation är kostnadsfri.

Departementschefen anförde i prop. (1980/81:73) om högkostnadsskyddet att det fanns skäl som talade för att kostnadsfriheten för läkemedel borde tas bort. Hon var då emellertid inte beredd att avskaffa kostnadsfriheten för vissa läkemedel utan förordade ett bibehållande, till dess verkningarna av det nya högkostnadsskyddet kunde överblickas. Eftersom det ibland skulle vara fördelaktigare för den som hade rätt till kostnadsfria läkemedel att köpa dessa till nedsatt pris för att kunna kvalificera sig för högkostnadsskyddet, föreslog hon att patienten skulle få rätt att själv välja om läkemedlen skulle ges kostnadsfritt eller köpas till rabatterat pris.

Inom det nuvarande regelsystemet för högkostnadsskydd finns en rekommendation av RFV som utfärdats i enlighet med detta departementschefsuttalande, som ger denna valmöjlighet för patienten.

I de tidigare nämnda rapporterna som RFV överlämnade till Socialdepartementet i april 1987 tog också verket upp frågan om de kostnadsfria läkemedlens ställning i försäkringssystemet. De skäl som RFV anförde för ett avskaffande av förmånen kostnadsfria läkemedel var i huvudsak desamma som Socialpolitiska samordningsutredningen framfört. Verket pekade emellertid också på att personer som har rätt till kostnadsfria läkemedel även kan behöva andra läkemedel. Lämnas dessa ut vid samma tillfälle på apotek är kostnadsfriheten vanligen inte av någon praktisk betydelse för patienten.

När det gällde skälen mot ett avskaffande anförde RFV att en del personer som har förmånen av kostnadsfria läkemedel kan komma att få högre kostnader om de inte kommer i

åtnjutande av högkostnadsskyddet.

Vidare ansåg RFV att antalet frikortsinnehavare kommer att öka. Frikortet innebär ett incitament till ökad sjukvårdskonsumtion i situationer där egenavgiften normalt skulle innebära att patienten avstår. Om personer som tidigare erhöll kostnadsfria läkemedel ökar sin sjukvårdskonsumtion i förhållande till de behov de upplever i dagens läge medför detta ökade sjukvårds- och försäkringskostnader.

I rapporten Läkemedelsförmånen (Ds 1990:81), som utarbetats av expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO), en expertgrupp under Finansdepartementet, angavs att ett problem på läkemedelsområdet gäller rättvisaspekterna. Kostnadsfria läkemedel kan förskrivas för 32 allvarliga sjukdomar men inte för andra, minst lika obehagliga och kostsamma sjukdomar.

Expertgruppen anförde vidare att i det svenska subventioneringssystemet utgör de kostnadsfria läkemedlen ett selektivt inslag. Denna selektivitet har en historisk bakgrund, men kan i dag i högsta grad ifrågasättas. Det finns inte några skarpa gränser mellan de läkemedel som är kostnadsfria och de som enbart är prisnedsatta. Denna differentiering tjänar inte heller något som helst effektivitetssyfte. Det har också gjorts flera försök att avskaffa denna differentiering. Detta har inte lyckats, beroende på att de patientgrupper som har denna förmån naturligtvis försvarar den. Dessa patientgrupper är väsentligt bättre organiserade än de patientgrupper som inte har motsvarande förmån. Eftersom denna selektivitet inte tjänar något enda mål mer än att den godtyckligt ger förmåner till vissa patientgrupper, bör den avskaffas. Att ha både högkostnadsskydd och kostnadsfria läkemedel kan inte försvaras på rationella grunder.

Problemet att differentiera efter indikationer är att visst läkemedel kan förskrivas för såväl triviala som allvarliga indikationer. Det är lätt att inse vilka snedvridningar som kan komma om man differentierar efter typ av läkemedel. Positiva och negativa listor är också förenade med stora administrativa kostnader. Eftersom produktutvecklingen är snabb på läkemedelsområdet fordrar det också en kontinuerlig uppföljning.

Under vårt utredningsarbete har ytterligare ett problem påpekats av Läkemedelsverket. Förteckningen över de kostnadsfria läkemedlen eller läkemedelssubstanserna har inte upp-

daterats sedan år 1984, fränsett en smärre justering som gjordes av Socialdepartementet och som tillämpas fr.o.m. den 1 juli 1992. Då kostnadsbefriades vid sjukdomen Cystisk fibros ytterligare några läkemedel; mukolytika, vitaminer inkl. kombinationer med mineraler samt spolvätskor, sterilt vatten och antiseptika innehållande klorhexidin.

Det förhållandet att förteckningen över kostnadsfria läkemedel eller läkemedelssubstanser i princip inte är uppdaterad sedan år 1984 kan enligt Läkemedelsverket innebära att man kan anta att läkare förskriver dessa äldre mediciner i stället för nyare och effektivare, för att den enskilde skall kunna få dem helt kostnadsfritt. Detta medför - med den snabba utvecklingen som sker på läkemedelsområdet - att den enskilde i dessa fall kanske inte alltid får den i dag bästa behandlingen.

Frågor som har anknytning till de kostnadsfria läkemedlens försäkringsmässiga ställning har tagits upp i några motioner under år 1987/88. I en av motionerna (Sf 273) deklarerades den principiella inställningen, att sådana läkemedel som kan betraktas som livsuppehållande och som i dag är kostnadsfria för patienten, också fortsättningsvis bör vara det. I en annan motion (Sf 338) framhölls betydelsen av fritt insulin för diabetiker. I en partimotion (1988/89: Sf 277) anfördes också att principen att staten skall stå för hela kostnaden vid tillförsel av substanser som kroppen annars normalt producerar (kroppsegna substanser) fastställdes på 1950-talet. Som exempel på sådana substanser nämns tillväxthormon och insulin.

Hösten 1989 behandlade Socialförsäkringsutskottet motioner som gällde de kostnadsfria läkemedlen. Utskottet framhöll (1989/90: Sfu 5) att riksdagen tidigare begärt en förutsättningslös utredning om hur det samlade förmånssystemet skall reformeras för att skapa bättre rättvisa mellan olika grupper som har kostnader för sjukdom och handikapp. Utskottet ansåg, som tidigare nämnts, att de vedertagna principerna om kostnadsfria läkemedel skulle bibehållas med den begränsning som detta kunde innebära i utredningens direktiv.

### 3.2.4 Prisnedsatta speciallivsmedel vid vissa sjukdomar

Systemet för prisnedsatta speciallivsmedel till barn under 16 år har tidigare beskrivits i avsnitt 2.1.4. Förmånen gäller endast för barn som lider av någon av tio särskilt angivna sjukdomar. Läkemedelverket upprättar en förteckning – som är mycket omfattande – över de speciallivsmedel som omfattas av prisnedsättningen.

Ett flertal riksdagsmotioner under årens lopp har gällt åldersbegränsningen på 16 år. Också i propositioner och utskottsbetänkanden behandlas denna åldersbegränsning i förmånssystemet.

I motionerna har framhållits att en stor grupp – personer med Celiaki (glutenintolerans) – har behov av speciallivsmedel. Denna sjukdom innebär inte någon art- eller gradskillnad mellan barn och vuxna. Patienterna borde stödjas också efter 15 års ålder och det påpekas särskilt att läkemedelsförmånerna inte i något annat sammanhang är beroende av den sjukas ålder.

Det anfördes också att personer över 15 år med multipla födoämnesallergier har stora utgifter för kostersättningsmedel. Det borde därför vara naturligt att förskrivna kostersättningsmedel/speciallivsmedel till vuxna omfattas av den allmänna försäkringen och berättigar till prisnedsättning.

Vidare har i andra motioner begärts att ungdomar som behöver fortsatt specialdiet på grund av sjukdomen Phenylketonuri skall kunna få prisnedsättning på förskrivna speciallivsmedel även sedan de fyllt 16 år.

I budgetproposition 1989/90:100, bil. 7 framhölls att det är angeläget att åldersgränsen för prisnedsättning på speciallivsmedel vid vissa sjukdomar avskaffas, så att förmånen kan erhållas oberoende av ålder.

Sammanfattningsvis konstaterar vi att det är en uppenbar brist i systemet för speciallivsmedel att förmånsrätten är begränsad till barn. För vuxna med behov av specialdiet på grund av sjukdom är för närvarande enda möjligheten att söka bidrag från sjukvårdshuvudmännen, en bidragsmöjlighet som kan variera mellan huvudmännen.

### 3.2.5 Kostnadsfria förbrukningsartiklar

Efter beslutet om kostnadsfrihet för vissa förbrukningsartiklar för egenvård/egenbehandling år 1973, har framställningar gjorts till såväl Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Apoteksbolaget AB och Handikappinstitutet med begäran om att föra upp nya produkter på förteckningen över kostnadsfria förbrukningsartiklar. Framställningar har också gjorts om att flera diagnosgrupper skall omfattas av kostnadsfrihet. Även riksdagsmotioner av denna innebörd har väckts.

Vissa nya artiklar har efter hand förts upp på förteckningen liksom artiklar som inneburit en vidareutveckling av befintliga kostnadsfria produkter. Artikelsortimentet har därmed ökat kontinuerligt. Däremot har det inte tillkommit några nya diagnoser utöver de ursprungliga åtta (egentligen tre indikationer, se avsnitt 2.1.5).

De brister som finns i systemet för kostnadsfria förbrukningsartiklar har behandlats av olika utredningar. I RFV:s betänkande Merutgifter m.m. inom handikappersättningen (Ds S 1981:16), nämndes som exempel att personer med allergi och psoriasis har stora kostnader för köp av förbrukningsartiklar för egenvård eller egenbehandling i form av förbands- och bandagematerial, tubgas, engångshandskar m.m.

Även i Hjälpmedelsutredningens betänkanden Hjälpmedelsverksamhetens utveckling (SOU 1989:39) och Hjälpmedelsverksamhetens utveckling – Bilagor (SOU 1989:47) togs bristerna i systemet upp.

Enligt Hjälpmedelsutredningens mening är det nuvarande systemet med kostnadsfria förbrukningsartiklar för egenvård/egenbehandling otillfredsställande på grund av de stora ekonomiska skillnaderna mellan olika behovsgrupper. För de personer som omfattas av kostnadsfriheten fungerar försörjningen i huvudsak på ett tillfredsställande sätt, något som bl.a. bekräftas av en studie som handikapprörelsen genomfört. Det stora flertalet av de brukare som uppfyller villkoren för att få kostnadsfria förbrukningsartiklar och som genom en enkät tillfrågats om sin uppfattning, är positiva till systemet.

Ett stort problem är gränsdragningen mellan de grupper som får avgiftsfria förbrukningsartiklar och de som ställs helt utanför. Ett flertal grupper som nu inte omfattas av kostnadsfriheten har begärt att få sina kostnader för förbrukningsartiklar för egenvård ersatta på samma sätt. Hjälpmedelsutred-



ningen finner det därför principiellt sett otillfredsställande med de stora skillnader i ekonomiska villkor som finns mellan de grupper som ingår i systemet och får alla kostnader för förbrukningsartiklar täckta och de grupper som står utanför och inte alls får något ekonomiskt stöd för sina kostnader. I många fall är det fråga om lika angelägna behov. Ibland rör behovet dessutom sådana artiklar som utlämnas kostnadsfritt vid andra diagnoser. Sjukvårdshuvudmännen går dock i viss omfattning in och bekostar förbrukningsartiklar för egenvård som inte betalas av sjukförsäkringen. Vilka förbrukningsartiklar som lämnas ut kostnadsfritt och vilka brukaren får köpa själv varierar mellan huvudmännen.

En del av de artiklar som står utanför sjukförsäkringens avgiftsfria förbrukningsartiklar upphandlas inte av Apoteksbolaget AB. Apoteken tar dock hem artiklar på beställning från brukarna eller efter överenskommelse med landstinget. Det kan dock innebära väntetid och andra problem för brukaren.

Den studie som Hjälpmedelsutredningen hänvisar till är resultatet av ett delprojekt Kostnadsfria Förbrukningsartiklar (KOFFA). Vi har tagit del av de synpunkter som förs fram i studien, en studie som skett i samverkan mellan HCK, DHR och Handikappforskningsgruppen vid Karolinska Institutet. Studien kan anses utgöra ett komplement till Hjälpmedelsutredningens betänkande.

De synpunkter på systemet för de kostnadsfria förbrukningsartiklarna som redovisas i KOFFA-projektet beskriver väl de brister som finns och som också förts fram från andra håll. Vi har därför valt att här återge de synpunkter som redovisas i KOFFA-studien.

Syftet med den studien var att beskriva bl.a. orättvisorna i det nuvarande systemet men också att redovisa önskemål om förändringar.

När det gäller de frågor som vi i Merkostnadskommittén har diskuterat var den väsentligaste påpekade bristen den att det i dag är stora skillnader mellan olika diagnosgrupper i fråga om att kostnadsfritt få tillgång till förbrukningsartiklar för egenvård eller egenbehandling. Skillnaderna beror främst på att rätten till artiklarna är knuten till några indikationer/diagnoser/funktionshinder. Som exempel nämns att injektionsmaterial tillhandahålls kostnadsfritt för diabetiker, men inte för andra grupper. Samma injektionssprutor används för

annan egenbehandling, t.ex. för antibiotikabehandling vid sjukdomen Cystisk Fibros eller för injicering av tillväxthormon. Patienten kan visserligen få tillgång till dem på andra sätt men därmed till olika kostnad. Man kan få dem kostnadsfritt via behandlande klinik eller vårdcentral, men man kan också få betala dem själv beroende på att försörjningssystemet varierar mellan olika landsting.

KOFFA-studien pekar också på att hudskyddsmedel tillhandahålls kostnadsfritt för grupper med olika former av stomier, medan andra måste betala för dem. Som två exempel nämns att psoriasis och allergiker själva får betala sådana medel.

I studien nämns också personer med Atopiskt eksem. Sker behandlingen - smörjning och bandagering med tubgas av t.ex. en distriktssköterska - betalar patienten enbart avgiften för sjukvårdande behandling. Vid egenvård/hembehandling får patienten själv stå för hela kostnaden för förbrukningsartiklarna.

KOFFA-studien tar också upp ett annat problem. En person kan visserligen tillhöra en av de diagnosgrupper som omfattas av kostnadsfriheten, men ändå inte få sina nödvändiga artiklar kostnadsfritt på grund av att artiklarna inte finns förtecknade för just den gruppen. I studien nämns som ett exempel, att inkontinenta behöver hudskyddsmedel men får inte detta kostnadsfritt trots att de tillhör en av de diagnosgrupper som omfattas av kostnadsfrihet, men då för andra artiklar. I detta fallet är systemets svaghet att det exakt anger vilka artiklar som får tillhandahållas vid de diagnoser som omfattas av kostnadsfriheten.

För att göra bilden ännu mer fullständig ges också exempel där diagnosen/funktionshindret inte finns upptagen i förteckningen i det nuvarande systemet, men där man anser att många skäl talar för att den borde omfattas. För tydlighetens skull påpekas i KOFFA-studien att det rör sig om exempel och inte någon fullständig förteckning.

Laryngectomerade (med den typ av stomioperation där struphuvudet och stämbanden tas bort och luftstrupen mynnar ut i ett hål - stoma - fram till på halsen) förbrukar två till tre stomaskydd per dag till en mycket stor årlig kostnad. Stomaskydd är en typisk förbrukningsartikel för egenvård som enligt KOFFA-studien borde tillhandahållas laryngectomerade

kostnadsfritt. Ett antal landsting tillhandahåller visserligen stomaskydd kostnadsfritt genom distriktssköterska, men några landsting tillhandahåller dem mot en låg avgift per beställning. Laryngectomerade som inte bor inom dessa landstingsområden får emellertid själva stå för kostnaden för sina stomaskydd.

Personer som inte kan behärska sina munrörelser har problem med att saliv rinner ur munnen och att de spiller mat och dryck under måltiderna. Förståndshandikappade på låg utvecklingsnivå, som håller på att lära sig att äta själva, kan också ha detta problem, likaså svårt rörelsehindrade, som har svårt att styra sina handrörelser när de äter. Det finns också personer som på grund av medicinbiverkningar har en alltför riklig salivutsöndring och därför dreglar. Dessa personer måste använda skydd för sina kläder, speciellt under måltiderna. En del använder ständigt något salivuppsugande skydd, s.k. haklapp. Behovet av haklappar är för vissa handikappade lika uppenbart som inkontinenshjälpmedel. Haklappar borde därför få ordinerats som kostnadsfria.

KOFFA-projektet drar följande slutsats av sin studie.

De redovisade exemplen pekar entydigt på att dagens system med tillhandahållande av kostnadsfria förbrukningsartiklar bör förändras. Systemet borde utgå ifrån behovet av förbrukningsartiklar oberoende av diagnos/funktionsnedsättning. Med ökande egenvård har orättvisorna blivit alltmera framträdande. Behov av förbrukningsartiklar för en typ av egenvård/egenbehandling kan medföra stora kostnader för den enskilde medan behov av samma artiklar för annan behandling täcks helt genom kostnadsfrihet.

Ett system för rätt till kostnadsfria förbrukningsartiklar bör därför enligt KOFFA-studien vara mycket mera flexibelt än vad dagens system är. Det måste snabbt kunna anpassas till ny teknik och nya diagnoser. Grundprincipen borde vara att ett behov av förbrukningsartiklar för egenvård eller egenbehandling, som uppstår till följd av en kronisk sjukdom eller varaktig funktionsnedsättning, skall ge rätt till kostnadsfrihet.

### 3.2.6 Högkostnadsskyddet

I samband med den statliga avregleringen av patientavgifterna i öppen hälso- och sjukvård fr.o.m. den 1 januari 1991 in-

fördes ett kronstalstak – för närvarande lägst 1 500 kr – för rätt till högstkostnadsskydd (frikort). Systemet byggde tidigare på antalet registreringar av besök och läkemedelsinköp. Sjukvårdshuvudmännen fastställer själva beloppsgränsen upp till 1 500 kr. De flesta huvudmän tillämpar för närvarande ett lägre beloppstak än 1 500 kr, i regel 1 200 kr.

Genom dagens system med ett tolv månadersbaserat högstkostnadsskydd uppstår för vissa patienter emellertid ett särskilt problem. För personer med främst täta läkarbesök/sjukvårdande behandlingar är det inte helt ovanligt att de måste betala patientavgifter som sammantagna uppgår till ett stort belopp under en kort tidsperiod. De får då bära en stor kostnad för sina sjukbesök under den första delen av tolv månadersperioden, medan resten av perioden blir helt avgiftsfri. Detta kan medföra en sned ekonomisk belastning för den enskilde.

Bristen i systemet för högstkostnadsskyddet är att det i dag inte finns lagliga möjligheter inom ramen för 7 § lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. att införa ett periodiserat högstkostnadsskydd om detta också skall innefatta de statliga läkemedelsförmånerna.

En annan brist – som tidigare påpekats – är att egenavgifter för prisnedsatta speciallivsmedel till barn under 16 år med vissa sjukdomar inte kvalificerar för högstkostnadsskyddet.

### 3.3 Naturmedel

Naturmedel omfattas i dag inte av något av sjukförsäkringens förmånssystem, t.ex. av prisnedsättning.

Som nämnts i avsnitt 2.3, tas frågan om rabatter av vissa naturmedel upp i direktiven. Bakgrunden är att det förts fram önskemål till Socialdepartementet om att mistelpreparaten Iscador och Helixor – som använts som injektionsmedel vid cancersjukdomar – får ingå i prisnedsättningssystemet på samma sätt som läkemedel som registrerats och därmed godkänts av Läkemedelsverket. Dessa preparat kan medföra en stor kostnad för patienten.

Den nuvarande kontrollen av naturmedel är enbart en oskadlighetsgranskning och att tillverkningen sker under betryggande former samt är en kontroll av att medlen innehåller de komponenter som tillverkaren anger. Inga krav på vad läkemedelsförordningen beskriver om ändamålsenlighet ställs. Inte

heller ställs några krav på effekt, toxikologi eller farmaceutisk dokumentation enligt de riktlinjer som Läkemedelsverket har fastställt för läkemedel. De båda nämnda injektionspreparaten är de som Läkemedelsverket – efter en oskadlighetsprövning – har kunnat godkänna för injektion.

Frågan om prisnedsättning av vissa andra naturmedel har emellertid också tagits upp i ett antal riksdagsmotioner. Motionärerna har begärt att mineraltillskott, bl.a. selen och vissa vitamintillskott, skall jämföras med läkemedel som får receptförskrivas vid skälig misstanke om förgiftning av tandlagningsmaterial. Vidare har begärts att patienter med Sjögrens syndrom skall få prisnedsatta naturmedel. Sjögrens Syndrom är en bindvävsjukdom som kännetecknas bl.a. av muntorrhet och minskat tårflöde. Det naturmedel som används vid behandling av denna sjukdom är naturmedlet Preglandin (Efamol).

### 3.4 Handikappersättning

I avsnitt 2.4 har systemet för handikappersättning redovisats. Handikappersättning kan utges till den som har stort hjälpbehov i olika situationer och/eller har stora merkostnader för sin sjukdom eller sitt handikapp. Ersättningen ges under förutsättning att behovet av stöd uppstått före 65-årsåldern.

I dag ges handikappersättning allt efter hjälpbehovets omfattning och/eller merkostnadernas storlek med 36, 53 eller 69 % av basbeloppet.

Tid efter annan har det ställts önskemål om flera ersättningsnivåer. Kraven har inte bara gällt en nivå som är lägre än den nu lägsta för att grupper med lägre stödbehov skall kunna få kompensation för hjälpbehov och/eller merutgifter för sitt handikapp. De har också gällt en högre nivå än den nuvarande högsta, eftersom denna nivå inte anses ge kompensation för dem med mycket stort stödbehov.

Att handikappersättningens konstruktion bara medger att ersättning kan ges med belopp motsvarande tre nivåer med förhållandevis stora intervaller, medför att tröskelvärdet är högt. Merutgifternas storlek för att få handikappersättning med det lägsta beloppet är något över 9 600 kr (36 % – 7,5 % av basbeloppet 33 700 kr) om inte sådant hjälpbehov finns som kan vägas in i bedömningsunderlaget för ersättning.

Detta höga tröskelvärde gör att många som bara i begränsad omfattning eller inte alls har något hjälpbehov, men däremot har relativt höga merutgifter för sitt handikapp och som inte kompenseras genom andra samhällsåtgärder, inte kan få dessa merkostnader täckta genom handikappersättning. Det innebär att självrisken är hög.

Bland de diagnosgrupper som nämns och som i stor utsträckning inte uppfyller villkoren för rätt till handikappersättningen är allergiker/astmatiker, där det endast varit fråga om framför allt svåra fall när den sjuke beviljats handikappersättning. Också diagnosgruppen diabetiker nämns, där handikappersättning i regel bara kommer ifråga när diabetikern har ytterligare sjukdomar eller skador som påverkar stödbehovet. Ofta gäller det komplikationer till diabetessjukdomen som gör att den sjuke måste betraktas som flerhandikappad. Vidare nämns gluten-/komjölksprotein-/och laktosintolerans. Framför allt anses personer som är glutenintoleranta i regel inte ha ett så stort stödbehov som kan ge rätt till handikappersättning.

När det gäller diagnosgruppen ileo-/colo-/och urostomister kan man konstatera att personer med urostomi eller colostomi i regel inte anses ha så stort stödbehov med anledning av sina handikapp att de blir berättigade till handikappersättning.

En annan grupp som nämns är psoriatiker, där det av rätts-tillämpningen framgår att det varit fråga om svåra fall av psoriasis när någon beviljats ersättning. De svårigheter försäkringskassorna i många fall har att bedöma är om det uppgivna stödbehovet är varaktigt och om den försäkrade har stora merkostnader som kan anses vara godtagbara. Psoriasis kan växla mellan svåra skov av sjukdomen och besvärsfria eller nästan besvärsfria perioder.

Även den som har handikappersättning kan genom de stora intervallen mellan ersättningsnivåerna ha betydande merkostnader som inte kompenseras av ersättningen. Vidare kan den som har rätt till handikappersättning med högsta nivån ha betydande merkostnader över denna nivå och som inte ersätts.

Ett annat problem är själva konstruktionen av handikappersättningen. Det nuvarande systemet för handikappersättning medför att omfattande utredningar behöver göras i de flesta fall vad avser såväl hjälpbehov i olika situationer som merkostnader på grund av sjukdomen eller handikappet. Den som söker ersättningen bör kunna redogöra för inte bara omfatt-

ningen av sitt hjälpbehov i olika situationer, utan också för arten och om möjligt också för storleken av sina merkostnader för sjukdomen/handikappet. I många fall uppfattas detta inte bara som integritetskränkande för den sökande utan också som påfrestande både av den sökande och försäkringskassans personal. Ett stort problem för kassatjänstemännen och socialförsäkringsnämndernas ledamöter är att bedöma skäligheten av uppgivna merkostnader. Det har också från handikapporganisationerna framförts kritik mot tjänstemännens bristande kunskaper om olika handikapp och sjukdomar och att de därför ofta har svårt att sätta sig in i de försäkrades situation.

Även de individuella skälighetsbedömningarna, som görs i denna typ av ärenden, upplevs av de sökande inte alltid vara enhetliga mellan de olika försäkringskassorna. Skillnader i skälighetsbedömningar kan också förekomma inom samma försäkringskassa.

Decentraliseringen inom socialförsäkringsadministrationen från försäkringskassornas centralkontor till kassornas lokalkontor har inneburit att allt flera handläggare kommit att göra utredningar i handikappersättningsärenden. Under år 1990 beslutade socialförsäkringsnämnderna i ca 8 600 ärenden, vilket gör att ärenden om handikappersättning – relativt sett – är en lågfrekvent ärendetyp på lokalkontorsnivå.

Ytterligare problem vid prövning av ärenden om rätt till handikappersättning är att stödbehovet inte bara är mycket olika mellan skilda diagnosgrupper, utan också variera inom samma diagnosgrupp. Därmed har man ansett sig inte kunna schablonisera rätten till handikappersättning efter diagnosgrupper, med undantag för de särskilda reglerna för blinda och döva.

### 3.5 Ersättning för sjukresor

Som redovisats i avsnitt 2.5, har huvudmannskapet för administrationen av ersättning för sjukresor till de försäkrade som utges från sjukförsäkringen enligt AFL förts över från försäkringskassorna till sjukvårdshuvudmännen fr.o.m. år 1992.

Enligt kommittédirektiven har vi att överväga införande av ett särskilt högkostnadsskydd för sjukresor.

Bakgrunden till frågan om ett högkostnadsskydd för höga sjukresekostnader har utgjorts av ett flertal riksdagsmotioner.

Socialförsäkringsutskottet uttalade också i sitt betänkande 1987/88:Sfu 22, att bl.a. sjukreseförmåner tillhörde de förmåner som borde ses över vid en förutsättningslös utredning om hur det samlade förmånssystemet skulle kunna reformeras för att skapa en bättre rättvisa mellan olika grupper.

Utskottet behandlade dessutom i sitt betänkande 1989/90:Sfu 10 en motion som berörde högkostnadsskydd för psoriatiker. Motionären anförde att vårdkostnaderna för dessa personer ökat kraftigt och att det var viktigt att underlätta för dem att sköta sin behandling i hemmet men också i den öppna vården. Motionären ansåg därför att kostnader för resor till och från behandlingsanläggning skulle omfattas av ett högkostnadsskydd.

Andra grupper som nämnts bli gynnade av ett högkostnadsskydd är dialyspatienter och vissa diabetiker men också andra handikappade som – t.ex. vid seriebehandlingar – ofta behöver besöka sjukvården.

### 3.6 Sloandet av det avgiftsfria året vid sjukhusvård för pensionärer med hel förtidspension

Bakgrunden till att det avgiftsfria året vid sjukhusvård slopades för personer med hel förtidspension/sjukbidrag fr.o.m. den 1 juli 1991 har beskrivits i avsnitt 2.6.

Avgiften per vård dag – som dras av från utgående allmänna pensionsförmåner – utgör en tredjedel av summa av utbetalade pensionsförmåner från AFL före skatt, dock för närvarande högst 65 kr. Med pensionsförmåner avses ålderspension, förtidspension/sjukbidrag, omställningspension samt pensionstillskott.

Detta innebär att avgiften för en pensionär med hel förtidspension/sjukbidrag och pensionstillskott uppgår till 62 kr. Avgiftssystemet tar alltså viss hänsyn till pensionärens ekonomiska förhållanden. Det innebär att en pensionär som har enbart folkpension och pensionstillskott betalar en något lägre avgift än den som har en hög eller maximal ATP.

Fr.o.m. maj 1989 infördes retroaktivt en möjlighet att få avgiftsbefrielse vid sjukhusvård, helt eller delvis. För att



befrielsen från avgiften skall kunna beviljas fordras att det finns särskilda skäl med hänsyn till pensionärens ekonomiska förhållanden och behov av medel till bostad och/eller rehabilitering. En förutsättning för befrielsen eller nedsättningen är också att sjukhusvården kan beräknas pågå en lägre tid.

I samband med att reglerna om avgiftsbefrielse infördes granskade RFV – som ett led i sin uppföljning – 1 260 ärenden. Hel avgiftsbefrielse hade meddelats i endast åtta fall och nedsättning i 33 fall.

I tilläggsdirektiven (dir. 1991:5) anges att för den grupp av framför allt yngre förtidspensionärer som på grund av sjukdom eller handikapp bedöms ha särskilda behov av egna ekonomiska medel för sin rehabilitering, bör åtgärder vidtas så att de på annat sätt får erforderlig kompensation för de ökade kostnader som avskaffandet av det fria året vid sjukhusvård medför.

I våra överväganden, som redovisas i kapitel 4, har vi gjort den tolkningen att det särskilda behovet av egna medel för sin rehabilitering som anges i tilläggsdirektiven, är att förtidspensionären bör ges ekonomiska möjligheter att upprätthålla sociala kontakter utanför sjukhuset, t.ex. genom att kunna följa med kamrater på café- och biobesök m.m., eller ges möjlighet att spara till t.ex. en semesterresa, allt i avsikt att kunna få en s.k. guldkant på sin tillvaro.

### 3.7 Avdraget för sjukdomskostnader vid inkomsttaxeringen

Avsikten med det tidigare extra skatteavdraget för sjukdomskostnader var att ge lättnader till flera olika grupper skattskyldiga, bl.a. handikappade och personer med kroniska sjukdomar.

Avdraget slopades emellertid för dessa sjukdomskostnader vid inkomsttaxeringen fr.o.m. år 1991 som en följd av skatteomläggningen. Bakgrunden till detta har vi beskrivit i avsnitt 2.7.

De som kunde få detta s.k. extra avdrag för sjukdomskostnader var personer med kostnader mellan 1 000–10 000 kr. Slopandet av avdraget har drabbat främst personer med kostnader som i dag uppgår till mellan 1 000–9 604 kr, eftersom praxis är att åtminstone de som har sjukdomskostnader m.m.

överstigande 9 604 kr (36 % - 7,5 % av basbeslippet) är berättigade till handikappersättning med den för närvarande lägsta nivån.

Till skillnad från handikappersättningen fanns inte någon åldersgräns för att kunna få det extra avdraget. Även personer, som efter 65 års ålder drabbats av sjukdom eller handikapp och därför inte kan beviljas handikappersättning, kunde medges avdraget.

De som medgavs det tidigare extra avdraget för sjukdomskostnader bestod till den helt övervägande delen av ålderspensionärer, där behovet av ekonomiskt stöd för sjukdomskostnader uppkommit efter 64 års ålder. Genomsnittsyorkandet var omkring 4 000 kr. Den genomsnittliga skatteminskningen uppgick till ca 1 500 kr.

## 4 Överväganden och förslag

### 4.1 Inledning

I kapitlen 2 och 3 har beskrivits de förmånssystem som omfattas av utredningsuppdraget och systemens brister. Dispositionen av dessa kapitel följer i huvudsak utredningsdirektivens uppställning. Detta kapitel om kommitténs överväganden har disponerats på följande sätt. Först redovisas sådana överväganden och förslag som kommittén enats om. Därefter redovisas överväganden och alternativa förslag utan förord för något.

### 4.2 Naturmedel

#### **Sammanfattning**

Bedömningen är att staten endast bör subventionera sådana läkemedel eller läkemedelssubstanster som enligt nu vedertagna principer visat sig vara verkningsfulla och föreslår därför inte någon utvidgning av prisnedsättningssystemet till att också omfatta naturmedel.

I direktiven anges att utredningsarbetet i första hand bör inriktas på de områden inom förmånssystemen som särskilt uppmärksammas av riksdagen och som omfattades av regeringens översiktliga förslag i 1989 års budgetproposition (prop. 1988/89:100, bil. 7). I detta förslag ingick bl.a. en utvidning av läkemedelsrabatteringen till andra produkter för vilka den enskilde i dag helt får stå för kostnaderna. I detta sammanhang nämndes bl.a. vissa naturmedel.

Frågan om prisnedsättning eller rabattering av vissa naturmedel nämns i direktiven emellertid inte bland de olika frågor som vi i första hand bör inrikta vårt utredningsarbete på.

Bakgrunden till att frågan om eventuell rabattering av vissa naturmedel har tagits upp i direktiven och för den prövning av naturmedel som görs av framför allt Läkemedelsverket har beskrivits utförligt i avsnitten 2.3. och 3.3.

Bakgrunden är i korthet att det i riksdagsmotioner, men också från andra håll, har framförts önskemål om att naturmedlen Iscador och Helixor, vilka är mistelpreparat för injicering och som används vid främst cancersjukdomar, får ingå i prisnedsättningssystemet. Vi har tolkat direktiven så att det som där åsyftas är främst dessa båda preparat.

Frågan om prisnedsättning av en del andra naturmedel har emellertid också tagits upp i några riksdagsmotioner. Motionärerna har hemställt att mineraltillskott, bl.a. Selen och vissa vitamintillskott skall jämföras med godkända läkemedel som får receptförskrivas vid skälig misstanke om förgiftning av tandlagningsmaterial. Vidare har begärts att patienter med Sjögrens syndrom skall få prisnedsatta naturmedel. Sjögrens syndrom är en bindvävssjukdom som karaktäriseras av bl.a. muntorrhet och minskat tårflöde. Det naturmedel som används vid behandling av denna sjukdom är Preglandin (Efamol).

Vad först avser naturmedel för injektion gäller fr.o.m. år 1981 lagen (1981:50) med bestämmelser om vissa medel avsedda för injektion, den s.k. injektionslagen. Lagen gör undantag från bestämmelserna i läkemedelsförordningen (1962:701). Detta innebär att naturmedel för injektion kan få användas utan att alla krav i förordningen är uppfyllda, vilket innebär att Läkemedelsverket granskar att medlet är oskadligt; det krävs emellertid ingen dokumentation av medlets medicinska effekter.

De båda nämnda injektionspreparaten är de enda som Läke-  
medelsverket – efter oskadlighetsprövningen – har kunnat  
godkänna för injektion.

Läkemedelsverket anger under vilka förutsättningar injek-  
tionsmedlet får användas. Behandlingen får inte hindra annan  
vedertagen behandling och vidare får barn under 15 år be-  
handlas bara efter särskilt tillstånd.

När det gäller andra naturmedel, t.ex. Selen och Preglan-  
din, gäller också att dessa medel är undantagna läkemedels-  
förordningens bestämmelser om kontroll för registrering av  
godkända läkemedel. Läkemedelsverkets nuvarande kontroll  
är alltså också här en oskadlighetsgranskning. Inga krav på  
vad förordningen beskriver om ändamålsenlighet ställs. Inte  
heller ställs några krav på effekt, toxikologi eller farmacev-  
tisk dokumentation enligt de riktlinjer som Läkemedelsverket  
har fastställt.

Kontrollen innefattar emellertid även att tillverkningen sker  
under betryggande former.

Naturmedel behandlas i princip som livsmedel. Konsument-  
verket fastställer för vilka sjukdomar/indikationer som natur-  
medel får marknadsföras. Dessa är i princip egenvårdindika-  
tioner. Konsumentverket kontrollerar bara i undantagsfall att  
medlen har de påstådda effekterna.

Följande bedömningar görs i frågan om prisnedsättning av  
naturmedel.

När det gäller de båda godkända injektionsmedlen Iscador  
och Helixor, som används vid cancersjukdomar och vissa  
andra allvarliga sjukdomar, har syftet varit att av humanitära  
skäl ge de människor som önskar det, möjlighet till injek-  
tionsbehandlingar med naturmedel. Genom godkännandet har  
också samhällets möjligheter till insyn och kontroll förbät-  
trats, vilket kan ge en större säkerhet åt patienterna. Behand-  
lingarna medför dock stora kostnader för dem.

Vi konstaterar emellertid att naturmedel för injektion – och  
alla andra naturmedel – är undantagna från läkemedelsförord-  
ningens bestämmelser om kontroll för registrering av läkeme-  
del. Detta innebär som nämnts, att den nuvarande kontrollen  
enbart är en oskadlighetsgranskning och att medlen innehåller  
de komponenter som tillverkaren anger. Inga krav ställs på  
vad läkemedelsförordningen beskriver om ändamålsenlighet.  
Några krav på dokumentation av medlets effekt m.m. enligt

de riktlinjer som Läkemedelsverket har fastställt om läkemedel ställs därför inte. Konsumentverket kontrollerar bara i undantagsfall om naturmedlen har de påstådda effekterna.

Omotiverade hinder vid valet av behandlingsformer bör undanröjas. En rabattering av naturmedel skulle emellertid innebära att samhället går i god för dessa och aktivt stimulerar användningen. En sådan åtgärd skulle med andra ord innebära något helt annat än att undanröja omotiverade hinder vid val av behandlingsformer.

En naturmedelsproducent – som är övertygad om sitt preparats medicinska effekt – är också alltid oförhindrad att, på samma sätt som andra tillverkare av läkemedel, anmäla preparatet för registrering hos Läkemedelsverket som en farmaceutisk specialitet. Det innebär därmed en hårdare granskning, eftersom den medicinska effekten också kommer att bedömas innan medlet kan godkännas som läkemedel och därmed omfattas av prisnedsättningssystemet.

I samband med ett eventuellt ikraftträdande av avtalet om det europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES-avtalet) kommer Sverige att anpassa sin lagstiftning på läkemedelsområdet till den ordning som gäller inom EG. Konsekvensen av denna anpassning innebär att den nuvarande svenska regleringen av naturmedel kommer att upphöra. Alla produkter som definitionsmässigt är att betrakta som läkemedel – och dit hör även naturmedel – skall i den nya regleringen betraktas som läkemedel, vilka som huvudprincip måste genomgå sedvanlig läkemedelsprovning för att kunna godkännas för försäljning.

I EG:s direktiv på läkemedelsområdet finns emellertid en möjlighet att för välkända och beprövade naturmedel göra avsteg från de i direktiven definierade kraven på effekt- och säkerhetsbevisning. Flera europeiska länder, däribland England, Frankrike och Tyskland har redan utnyttjat denna möjlighet för godkännande av traditionella medel från växtriket.

Ett sådant förenklat förfarande för godkännande av naturmedel kommer att etableras i Sverige fr.o.m. år 1993. En produkt som godkänns enligt detta förfarande kommer efter särskilt beslut att få säljas utanför apotek, men i likhet med tillämpningen i de nämnda europeiska länderna inte berättiga till rabattering.

Vår bedömning är, mot bakgrund av vad vi redovisat ovan,

att samhället bör subventionera bara sådana läkemedel eller läkemedelssubstanser som enligt nu vedertagna principer visat sig vara verkningsfulla, och föreslår därför inte någon utvidgning av prisnedsättningssystemet till att också omfatta naturmedel.

### 4.3 Sloandet av det avgiftsfria året vid sjukhusvård för pensionärer med hel förtidspension

#### **Sammanfattning**

Ett flertal olika modeller för att kompensera dem med hel förtidspension eller helt sjukbidrag för sloandet av det avgiftsfria året vid sjukhusvård har övervägts.

De modeller som övervägts har emellertid visat sig innebära ett i princip återinförande av det avgiftsfria året vid sjukhusvård eller ett återinförande av differentierade vårdavgifter för en grupp pensionärer.

Kommittén har inte funnit några lämpliga modeller inom socialförsäkringssystemet för kompensation till dessa förtidspensionärer. Detta har redovisats i en skrivelse till regeringen, med förslag att frågan lämpligen behandlas i anslutning till de åtgärder som kan behöva vidtas med anledning av förhållandena för de sämst ställda pensionärerna.

### 4.3.1 Inledning

Det avgiftsfria året för ålderspensionärer vid sjukhusvård avskaffades fr.o.m. år 1989. Departementschefen anförde i prop. 1990/91:100 bil. 7, att flertalet förtidspensionärer lever under ekonomiska förhållanden som är jämförbara med vad som gäller för ålderspensionärerna. Denna ordning har inte ansetts vara tillfredsställande från rättvisesynpunkt och därför slopades detta s.k. friår också för pensionärer med hel förtidspension/helt sjukbidrag fr.o.m. den 1 juli 1991. Sjukbidrag är en tidsbegränsad förtidspension.

Genom av regeringen beslutade tilläggsdirektiv (dir. 1991:5) fick vi i uppdrag att för den grupp av framför allt yngre förtidspensionärer/sjukbidragstagare, som på grund av sjukdom eller handikapp bedöms ha särskilda behov av egna ekonomiska medel för sin rehabilitering, utarbeta förslag till lämpliga åtgärder så att de på annat sätt får erforderlig kompensation för de ökade utgifterna som sloandet av friåret medför.

I direktiven anges vissa intressanta antalsuppgifter m.m.

Antalet förtidspensionärer med folkpension beräknas under år 1991 uppgå till 371 000. Av dessa beräknas 328 000 uppbära också allmän tilläggs pension (ATP). Antalet förtidspensionärer som är yngre än 30 år uppgick i slutet av år 1989 till ca 14 000 och de som är yngre än 40 år till närmare 40 000.

I många fall uppbär de yngre pensionärerna relativt låg allmän pension som en följd av att de inte kvalificerat sig för någon ATP eller endast för en mycket begränsad sådan. En del pensionärer uppbär emellertid en relativt hög ATP med anledning av systemet med antagandepoäng.

I direktiven anges vidare att en undersökning av pensionärernas vårdavgifter vid sjukhusvård (Ds S 1984:10) visar att ungefär hälften av förtidspensionärerna inte tagit i anspråk några avgiftsfria dagar för sjukhusvård. Av dem som utnyttjat förmånen hade ungefär hälften tagit ut högst 30 dagar. Drygt 6 % av samtliga förtidspensionärer hade enligt undersökningen utnyttjat hela friåret och var alltså utförsäkrade.

Mot bakgrund av denna undersökning kan enligt direktiven en beräkning av de ekonomiska effekterna av ett slopande av friåret utgå från att den genomsnittliga vårdtiden på sjukhus för de förtidspensionärer som inte är utförsäkrade uppgår till



ca 15 dagar per år.

Av de 50 000 personer som uppbär handikappersättning är en mycket stor andel förtidspensionärer. Vi bör därför enligt direktiven i första hand utreda möjligheten att genom handikappersättningen kompensera de berörda förtidspensionärerna för den tillkommande kostnaden för sjukhusvård. Det står oss emellertid fritt att överväga annan lämplig lösning.

### 4.3.2 Våra överväganden

Avgiften vid sjukhusvård utgör per vårddag en tredjedel av summan av utbetalade pensionförmåner från den allmänna försäkringen, dock högst 65 kr och tas ut genom avdrag vid utbetalningen av dessa förmåner. Med pensionsförmåner avses ålderspension, förtidspension/sjukbidrag, omställningspension samt pensionstillskott.

Avgiften för en pensionär med hel förtidspension/sjukbidrag och enbart pensionstillskott uppgår till 62 kr per vårddag. För en förtidspensionär med ingen eller låg ATP blir vårdavdraget i de flesta fall ekonomiskt kännbart om de behöver sjukhusvård under en längre period eller under upprepade kortare perioder.

Samhället satsar nu ökade resurser på att hjälpa till att återföra långtidssjukskrivna och förtidspensionerade till arbetslivet så långt det är möjligt. I den mån den försäkrade behöver insatser i form av medicinsk rehabilitering, utbildning, arbetsträning eller omskolning ges ekonomiskt stöd från samhället under sådan rehabiliteringstid.

Inför en återgång till arbetslivet och/eller till möjlighet att upprätthålla en social kontakt med vänner och bekanta kan den sjuke eller handikappade förtidspensionären emellertid ha behov av ett ekonomiskt stöd i form av egna medel för en sådan rehabilitering. Ett stort avdrag på pensionen för sjukhusvård kan då ekonomiskt sett periodvis omöjliggöra sådana kontakter, främst för yngre pensionärer med låg pension.

Enligt direktiven har vi i första hand att utreda och överväga en kompensation genom handikappersättningen för dem som bedöms ha behov av egna sådana rehabiliteringsmedel.

### 4.3.3 Kompensation genom handikappersättningen

Handikappersättningen är ett ekonomiskt stödsystem som kan ges till dem som har stort behov av hjälp i olika situationer och/eller har stora merkostnader för sin sjukdom eller sitt handikapp. Handikappersättningen utges till den som fyllt 16 år och kan i princip fortlöpa livslångt, under förutsättning att behovet av stödet uppstått före 65-årsåldern. Ur denna synpunkt är handikappersättningen åldersmässigt sett ett "generellt" stödsystem i den meningen att ersättningen inte riktar sig till enbart yngre förtidspensionärer. Handikappersättning kan också beviljas som huvudförmån till den som inte uppbär förtidspension.

Uppbyggnaden av systemet för handikappersättning kan därför inte anses vara en lämplig ersättningsform för att nå just dem – framför allt yngre förtidspensionärer – som har behov av egna medel för sin rehabilitering till följd av att de under vissa perioder får betala av sin pension för sjukhusvård.

Avsikten med handikappersättningen är i princip att kompensera för merkostnader. Man kan i och för sig diskutera om en maximal avgift på 65 kr per dag vid sjukhusvård kan betraktas som en merkostnad. Att genom handikappersättningen särskilt kompensera de yngre förtidspensionärernas behov av egna medel för sin rehabilitering synes emellertid främst vara ett avsteg från principen bakom denna ersättningsform.

Av den statistik RFV redovisat om antalet personer med hel förtidspension/sjukbidrag i december 1991 (avsnitt 2.6) och över antalet personer med handikappersättning som tilläggsförmån vid samma tidpunkt (avsnitt 2.4.4) kan också den slutsatsen dras, att en kompensation genom handikappersättningen når inte hela gruppen yngre pensionärer med hel förtidspension/sjukbidrag. Antalet sådana pensionärer uppgick till sammanlagt 295 633. Totalt utgavs handikappersättning som tilläggsförmån till pension till totalt 38 984 personer. Begränsar vi oss till "yngre" förtidspensionärer var förhållandet likartat. Antalet pensionärer med hel förtidspension/sjukbidrag i åldrarna 16–39 år var 31 944. Antalet personer i samma åldrar som uppbär handikappersättning som tilläggsförmån var 5 461.

Mot denna bakgrund har vi funnit att en kompensation ge-

nom handikappersättningen inte är en framkomlig väg. Ett flertal andra möjliga åtgärder har därför övervägts.

#### 4.3.4 Utvidgning av möjligheterna till avgiftsnedläggning enligt dagens regler

Enligt 2 kap. 12 § tredje stycket AFL beräknar försäkringskassan vårdavgiftens storlek vid vårdtillfället med hänsyn till storleken av pensionärens pensionsförmåner i form av bl.a. ålderspension och hel förtidspension/sjukbidrag och omställningspension enligt AFL samt pensionstillskott. Både folkpension och ATP räknas med. Hänsyn tas emellertid inte till andra förmåner, såsom hustrutillägg, handikappersättning, barntillägg, kommunalt bostadstillägg eller förmåner utanför den allmänna försäkringen.

En möjlighet för en pensionär att få avgiftsbefrielse, helt eller delvis, infördes fr.o.m. maj 1989. För att befrielse från vårdavgiften skall kunna beviljas, fordras att det finns särskilda skäl med hänsyn till pensionärens ekonomiska förhållanden och behov av medel till sin bostad och/eller rehabilitering. Denna möjlighet till befrielse eller nedsättning har getts försäkringskassorna genom en bestämmelse i 2 kap. 12 a § AFL.

I samband med att reglerna om möjlighet till avgiftsbefrielse infördes, granskade RFV som ett led i en uppföljning de 50 första ärendena från varje försäkringskassa. Antalet ärenden som granskades var totalt 1 260. I det alldeles övervägande flertalet ärenden – 1 219 ärenden – hade befrielse från sjukhusvårdavgiften avslagits. Hel befrielse hade medgetts i endast åtta och delbefrielse i 33 fall.

Den främsta avslagsgrunden var pensionärens ekonomiska förhållanden, men även kort vårdtid (under 30 dagar) var en stor grupp avslagsärenden.

När det gällde befrielse från vårdavgiften av rehabiliterings-skäl kom befrielsen i fråga främst för pensionärer som befann sig i ett rehabiliteringsskede, där syftet var att möjliggöra en återgång till eget boende och som därigenom hade extra kostnader för rehabiliteringsinsatser. Detta ansågs vara särskilt angeläget för yngre förtidspensionärer som enligt dåvarande regler hade förbrukat sitt avgiftsfria år.

I förarbetena saknas en närmare exemplifiering av vilka

kostnader som kan betraktas som rehabiliteringskostnader. I RFV:s rapport (RFV ANSER 1991:8, Sjukhusvårdsavdrag, förslag till regeringen) nämns att det finns vissa tolkningsproblem främst när det gäller de yngre förtidspensionärerna. Som ett led i rehabiliteringsarbetet kan ingå t.ex. café- och biobesök.

Sådana kostnader är emellertid svåra att beräkna, men beaktas redan idag. I regel godtas den uppgivna kostnaden. Andra avgränsningsproblem kan gälla kostnader för vistelse på annan ort – resor, hotellkostnad m.m.

Vid bedömningen av om befrielse från vårdavgiften vid sjukhusvård skall kunna beviljas har RFV i allmänna råd rekommenderat att beakta pensionärens möjlighet att fortsättningsvis kunna betala hyran för sin bostad, kostnader för personliga utgifter (radio/TV, tidningar, tobak etc.), det faktiskt gjorda sjukhusvårdsavdraget, löpande amorteringar och räntor samt kostnader för olika former av rehabiliteringsåtgärder.

Om dessa utgifter överstiger pensionärens inkomster i form av bl.a. pensionsförmåner jämkas sjukhusvårdsavgiften så att de båda delposterna blir lika stora.

När möjligheten till avgiftsbefrielse helt eller delvis infördes, var syftet att den skulle användas bara i undantagsfall. Enbart ett fåtal pensionärer har, som vi nyss nämnt, beviljats avgiftsbefrielse eller avgiftsnedsättning.

I ansökningar där försäkringskassan har att bedöma pensionärens ekonomiska situation gäller alltså att vissa bedömningar i de enskilda fallen måste göras. Att fastställa inkomsterna eller boendekostnad innebär inga större problem. När det gäller förbehållsbeloppet för personliga utgifter måste mera skönsmässiga bedömningar göras.

Vi har övervägt att föreslå en uppmjukning av RFV:s rekommendationer om bedömningarna för avgiftsbefrielse helt eller delvis för dem med behov av egna medel för sin rehabilitering. Detta skulle emellertid inte medföra någon förenkling av administrationen för försäkringskassorna, utan i stället medföra en utökning av denna på grund av flera sådana bedömningsfall. Det skulle dessutom innebära att pensionären måste redogöra inte bara för sin ekonomi, utan också för sina behov av egna ekonomiska medel. En sådan lösning, som skulle innebära en ökning av dessa bedömningsfall och där-

med en ökad administration föreslås därför inte.

Ett ökat användande av det nuvarande bedömningssystemet för avgiftsbefrielse eller avgiftsnedsättning skulle dessutom innebära ett återinförande av de tidigare differentierade vårdavgifterna efter individuell bedömning för de pensionärer som uppstår hel förtidspension/sjukbidrag.

Vår strävan har varit att söka åstadkomma ett enkelt och administrativt hanterbart system för den ekonomiska kompensationen till förtidspensionärerna. Andra mera generella eller schabloniserade alternativ har därför övervägts.

#### **4.3.5 Ett mera generellt system för kompensation till förtidspensionärerna**

Utgångspunkten för förtidspensionärernas ekonomiska kompensation för sloandet av friåret har alltså varit att systemet bör präglas av administrativ enkelhet. Kompensationssystemet bör därmed inte innehålla någon form av individuella ekonomiska prövningar. En annan utgångspunkt för att ge kompensation för deras behov av egna medel för rehabilitering i ett generellt eller schabloniserat kompensationssystem bör därför möjligvis också vara att systemet inte innebär någon begränsning till enbart yngre förtidspensionärer. Systemet skulle därmed omfatta inte bara yngre utan samtliga personer som uppstår hel förtidspension eller helt sjukbidrag, men vara begränsat till dem med låg pension.

Vid våra överväganden av en sådan schabloniserad stödform har diskuterats ett alternativ som innebär att vårdavgiftens storlek för pensionärer med hel förtidspension/sjukbidrag och pensionstillskott bestäms med bortseende från hälften av basbeloppet för dem med pensionstillskott (i stort sett alltså med bortseende från det "andra" pensionstillskottet, dvs. 52 % av basbeloppet).

En sådan stödform skulle emellertid rikta sig till enbart förtidspensionärer utan ATP och skulle därmed även i detta alternativ innebära en – i viss mån – återgång till ett differentierat avgiftssystem för förtidspensionärerna. Detta skulle gälla även om man bortsåg från en så låg ATP som motsvarar förtidspensionärernas pensionstillskott på 104 % av basbeloppet.

Också detta alternativ som en lämplig kompensationsåtgärd har mot denna bakgrund avfärdats.

#### **4.3.6 Ett system där ett visst antal dagar vid varje vårdperiod helt eller delvis blir avgiftsbefriade**

Inför diskussionen av en sådan alternativ lösning hade vi inhämtat en mängd bakgrundsuppgifter. Först, dock, en mera allmän bakgrund.

Förtidspension eller tidsbegränsat sjukbidrag kan ges till den som har nedsatt arbetsförmåga och som är i åldern 16–64 år. Förtidspensionen/sjukbidraget kan vara hel, 2/3 eller 1/2 pension. Hel sådan pension motsvarar hel ålderspension. Vid beräkningen av ATP antas det nämligen att den försäkrade också fortsättningsvis skulle ha uppnått en pensionsgrundande inkomst av samma storlek som tidigare, om han inte blivit förtidspensionerad.

Den som inte har någon ATP kan få helt pensionstillskott till folkpensionen. Också vid en låg ATP ges pensionstillskott, men den reduceras mot storleken av ATP.

För dem som uppbär hel förtidspension är pensionstillskottet för år 1992 högst 35 048 kr (104 % av basbeloppet). En förtidspensionär/sjukbidragstagare har därmed rätt till ett högre pensionstillskott än en ålderspensionär, som kan få pensionstillskott med högst 54 % av basbeloppet.

Av statistik från RFV framgår att antalet förtidspensionärer/sjukbidragstagare med folkpension i december 1991 uppgick till nära 367 000. Av dessa uppbär omkring 322 800 också ATP.

Av de ca 367 000 förtidspensionärerna/sjukbidragstagarna uppbär vid samma tid omkring 295 600 hel pensionsförmån.

Utgångspunkterna för de fortsatta övervägandena var bl.a. också uppgifterna i tilläggsdirektiven. Dessa har vi redovisat i avsnitt 4.3.1.

En undersökning av pensionärernas vårdavgifter vid sjukhusvård (Ds S 1984:10) har visat att ungefär hälften av förtidspensionärerna inte tagit i anspråk några avgiftsfria dagar för sjukhusvård. Av dem som utnyttjat förmånen hade ungefär hälften tagit ut högst 30 dagar. Drygt 6 % av samtliga förtidspensionärer hade enligt undersökningen utnyttjat hela friåret och var alltså utförsäkrade.

Mot bakgrund av denna undersökning kan enligt tilläggsdirektiven utgångspunkten vara att den genomsnittliga vårdtiden på sjukhus för de förtidspensionärer som inte är utförsäkrade uppgår till omkring 15 dagar per år.

Vi har gjort den bedömningen att i genomsnitt hade förtidspensionärerna inkl. de utförsäkrade förbrukat 49 dagar av det avgiftsfria året.

En annan utgångspunkt för förtidspensionärernas ekonomiska kompensation för sloandet av det fria sjukhusåret bör, som redan nämnts, vara att systemet är administrativt enkelt. Systemet bör därmed inte innehålla någon form av individuella ekonomiska prövningar.

En ytterligare utgångspunkt för att ge kompensation för behov av egna medel för rehabilitering bör i den här skisserade lösningen vidare vara, att systemet inte innehåller någon begränsning till enbart yngre förtidspensionärer. Systemet bör därmed omfatta samtliga personer som uppstår hel förtidspension eller helt sjukbidrag.

En mera schablonartad eller mera generellt verkande stödform skulle därmed kunna vara att samtliga personer med hel förtidspension eller helt sjukbidrag befrias helt eller delvis från vårdavgiften under en viss tid.

Vid våra överväganden av under vilken vårdtid förtidspensionärerna lämpligen bör kompenseras ekonomiskt genom generell befrielse helt eller delvis av vårdavgiften, har uppgifter ur RFV:s statistik och ur den tidigare nämnda undersökningen av pensionärernas vårdavgifter vid sjukhusvård (Ds S 1984:10) samt ur tilläggsdirektiven tjänat som underlag.

Antalet förtidspensionärer/sjukbidragstagare i december 1991 uppgick till nära 367 000, därav omkring 295 600 med hel pensionsförmån.

Följer vårdtidernas längd samma mönster som kom fram i undersökningen av pensionärernas vårdavgifter vid sjukhusvård (Ds S 1984:10) kan följande antaganden göras.

Hälften av förtidspensionärerna, eller hälften av dem med hel förmån, omkring 148 000, kommer inte att under ett år utnyttja den slutna sjukvården. Av dem som vårdas på sjukhus kommer ungefär hälften eller omkring 74 000 pensionärer att vårdas under högst 30 dagar. Drygt 6 % av samtliga förtidspensionärer, eller 6 % av dem med hel förtidspension,

omkring 17 700, kommer att ha en vårdtid på flera än 365 dagar.

Den genomsnittliga vårdtiden på sjukhus för de förtidspensionärer som vårdas kortare tid än 366 dagar kan vidare beräknas komma att uppgå till omkring 15 dagar per år. Detta innebär emellertid att vissa förtidspensionärer vårdas mycket kort tid, medan andra vårdas under relativt lång tid. Det är också så att det kan förekomma upprepade korta vårdtider, liksom det kan förekomma att pensionärer vårdas några längre tider under ett år. Dessa förhållanden – som inte framgår av Ds S 1984:10 – komplicerar bilden när det gäller att bedöma under vilken tid förtidspensionären lämpligen bör befrias helt eller delvis från vårdavgiften för att ha möjlighet att med egna medel rehabilitera sig, dvs. ha möjlighet till social rehabilitering genom kontakter med vänner och bekanta osv.

Den lämpligaste åtgärden att kompensera för detta skulle kunna vara att låta ett visst antal dagar vid varje vårdtillfälle eller vårdperiod vara helt eller delvis fria från avgift. Dessa avgiftsfria eller avgiftsnedsatta vård dagar bör vidare förläggas till början av varje vårdtillfälle. Därigenom kompenseras de med en eller flera kortare vårdperioder mera än de med längre perioder. Skälet för detta är att de som vårdas kortare tider och följaktligen ofta vistas utanför sjukhuset torde vara de som har det största behovet av egna medel för sociala kontakter.

När det sedan gäller att bestämma lämpligt antal avgiftsfria eller avgiftsnedsatta vård dagar fordras – mot bakgrund av de 75 mkr som anvisats genom tilläggsdirektiven – ekonomiska beräkningar. Vissa grundläggande uppgifter för sådana beräkningar finns; andra förhållanden, såsom bl.a. antalet vårdtillfällen, måste däremot bygga på vissa antaganden.

74 000 pensionärer med hel förtidspension/sjukbidrag vårdas maximalt 30 dagar. Vi gör här antagandet att den genomsnittliga vårdtiden är 10 dagar.

56 000 förtidspensionärer med hel pensionsförmån vårdas mellan 31 och 365 dagar. Eftersom den genomsnittliga tiden för dem som vårdas kortare tid än ett år kan bedömas till 15 dagar, beräknar vi att den genomsnittliga vårdtiden för de 56 000 pensionärerna är omkring 22 dagar. Vidare antar vi att dessa dagar är lika fördelade på två vårdtillfällen.

Vårdavgiften för dem med hel förtidspension eller helt sjuk-



bidrag kan variera mellan högst 65 och lägst 62 kr per vård-  
dag. En nedsättning av avgiften till hälften under en viss tid  
skulle innebära en nedsättning av avgiften med mellan 32:50  
och 31 kr.

Storleken av avgiftsnedsättningen bör emellertid vara enhet-  
lig för samtliga förtidspensionärer med hel pensionsförmån.  
Lämpligen bör avgiftsnedsättningen bestämmas till 31 kr per  
vård dag under viss tid av varje vårdtillfälle. Denna tid skulle  
lämpligen kunna vara de första 15 dagarna av varje vårdpe-  
riod.

Ett sådant kompensationssystem skulle ekonomiskt innebära  
följande för försäkringens utgifter.

74 000 pensionärer x 10 vårddagar x 31 kr =	22,9 mkr
56 000 pensionärer x 22 vårddagar x 31 kr =	38,2 mkr
18 000 pensionärer x 15 vårddagar x 31 kr =	8,4 mkr

Summa	69,5 mkr
-------	----------

Även denna modell har vi emellertid funnit innebära ett i  
princip återinförande av differentierade vårdavgifter för dem  
med hel förtidspension/sjukbidrag. Även denna modell har  
därför avförts från våra vidare överväganden.

Därför har också andra alternativa åtgärder övervägts för  
att kompensera förtidspensionärerna för sloandet av det s.k.  
friåret.

### **4.3.7 Andra alternativa lösningar som övervägts**

#### **4.3.7.1 Inledning**

Vid dessa fortsatta diskussioner om andra alternativa lösning-  
ar har utgångspunkterna varit följande.

Vi återgick till att målgruppen bör vara "unga" pensionärer  
med hel förtidspension eller helt sjukbidrag och kompensatio-  
nen borde rikta sig till dessa förtidspensionärer med ingen  
eller låg ATP.

För denna målgrupp har diskuterats två alternativ. Det ena  
alternativet var att systemet skulle vara knutet till faktiskt  
vårdutnyttjande. Det andra var att stödformen skulle vara  
mera generell, dvs. omfatta även dem som inte vårdas på

sjukhus.

Inför dessa överväganden inhämtades nya uppgifter från RFV om de yngre förtidspensionärerna med hel pensionsförmån, deras vårdutnyttjande samt deras inkomstförhållanden. Dessa uppgifter, som avser år 1990, redovisas i avsnitt 2.6 och har tjänat som underlag för de fortsatta övervägandena.

Av RFV:s uppgifter framgår att i genomsnitt har 7 978 personer med hel förtidspension/sjukbidrag vårdats på sjukhus i genomsnitt 85 dagar under år 1990. Detta relativt höga vårdutnyttjande beror dels på att de med högt vårdutnyttjande – flera än 200 dagar – uppgick till 1 411 pensionärer. 3 153 pensionärer hade emellertid ett vårdutnyttjande mellan 1–15 dagar.

Av de också tidigare i avsnitt 2.6 redovisade antalet "yngre" pensionärer med hel förtidspension/sjukbidrag med vårdutnyttjande, har följande antal uppburit respektive inte uppburit handikappersättning (HE) under vårdtiden.

Antal vård- dagar 1990	HE utbetalas	HE utbetalas inte	Samt- liga
1– 5	439	1 239	1 678
6– 10	203	666	869
11– 15	124	403	527
16– 19	64	241	305
20– 59	348	1 209	1 557
60– 99	122	532	654
100–199	88	662	750
200–299	39	562	601
300–357	8	499	507
358–	1	302	303
<b>Totalt</b>	<b>1 436</b>	<b>6 315</b>	<b>7 751</b>

Källa: RFV.

Anm.: Handikappersättning lämnas enligt AFL inte till en försäkrad som vårdas på en institution som tillhör eller till vars drift bidrag utgår från staten, kommun eller landstingskommun om vården kan beräknas pågå

minst sex månader. Det gäller oberoende av om stödet till institutionen har karaktären av ett generellt tillskott eller utges som vårdavgift.

RFV har rekommenderat att försäkringskassan gör en bedömning av vårdtidens längd när vården påbörjas. Om vårdtiden beräknas bli sex månader eller mer dras tidigare beviljad handikappersättning in. Om vårdtiden bedöms bli kortare än sex månader betalas handikappersättningen ut månadsvis även i fortsättningen. De förhållanden som föranlett kassan att göra denna bedömning kan självfallet komma att ändras. En ny bedömning kan därför behöva göras när vården har pågått en tid. Handikappersättningen bör inte längre betalas ut månadsvis om kassan vid detta senare tillfälle finner att vårdtiden, räknad från den tidpunkt då vården påbörjades kan beräknas uppgå till minst sex månader.

Enligt uppgift från RFV är bedömningen av vårdtidens längd vid sjukhusvård svår att göra. I praktiken innebär detta att pensionstagaren behåller handikappersättning under sex månader.

Antalet pensionärer i åldrarna 16–39 år med hel förtidspension/sjukbidrag var 31 944 i december 1991. Av dessa ca 32 000 kan de med låga pensionsförmåner (här bortses från eventuellt utgående handikappersättning, KBT och barntillägg) beräknas till omkring 87 % eller ca 27 800. Som låg pensionsförmån har vi här ansett en nivå som motsvarar hel förtidspension/sjukbidrag samt pensionstillskott och hel förtidspension/sjukbidrag jämte en ATP motsvarande upp till 2,5 ATP-poäng.

Av uppgifterna som redovisats i avsnitt 2.6 framgår också att antalet pensionärer i åldrarna 16–39 år med hel förtidspension/sjukbidrag som någon gång under år 1990 vårdades på sjukhus var totalt 7 978. Av dessa hade 5 724 personer en låg pensionsnivå.

#### 4.3.7.2 En modell inte anknuten till faktiskt vårdutnyttjande

Med den inledningsvis lämnade bakgrunden har vi diskuterat en modell, som innebär en generell kompensationsform riktad till "unga" förtidspensionärer med låga pensioner.

Eftersom det fria sjukhusåret har slopats för dem med hel förtidspension eller helt sjukbidrag, men det nu skisserade kompensationsystemet inte har någon anknytning till faktiskt vårdutnyttjande, har även övervägts om compensationen också bör riktas till unga förtidspensionärer/sjukbidragstagare med partiella pensioner.

Den ekonomiska kompensationen, eller i detta system snarare ett ekonomiskt tillskott, skulle då ges till

- personer i åldrarna 16–39 år med
- hel, 2/3 eller 1/2 förtidspension och där
- pensionsbeloppet per år understiger 82 903 kr, vilket med 1992 år basbelopp motsvarar hel förtidspension/-sjukbidrag jämte ATP beräknat på 2,5 pensionspoäng.

Antalet pensionärer i åldrarna 16–39 år med hel eller partiell förtidspension/helt sjukbidrag uppgick i december 1991 till totalt 39 755. Det alldeles övervägande antalet av dem torde ha en låg pension.

Till vårt förfogande har ställts 75 mkr per år för att på lämpligt sätt kompensera förtidspensionärerna. Detta innebär att det skulle finnas utrymme att kompensera varje förtidspensionär med låg pension med ett extra påslag på pensionen med ca 1 890 kr per år.

Med hänsyn till detta relativt låga tillskott skulle beloppet lämpligen betalas ut en gång per år.

Det finns emellertid flera skäl som talar mot den nu skisserade lösningen. Det främsta skälet mot lösningen är att den går långt utöver intentionerna i tilläggsdirektiven. Enligt dessa är ju avsikten att ersättningen skall vara en kompensation till förtidspensionärerna för att de numera måste erlagga vårdavgift vid sjukhusvård redan från den första sjukdagen. Dessutom gäller detta enbart dem med hel förtidspension eller helt sjukbidrag.

Ett annat skäl som talar emot en sådan kompensationsmodell är att ett belopp om ca 1 890 kr per år, eller motsvarande 157 kr per månad, som tillskott för ett behov av egna medel för sin rehabilitering inte kan anses vara av en sådan storlek att det skulle medföra någon större "guldkant" på tillvaron för dessa unga förtidspensionärer.

Vi har därför gjort den bedömningen att den nu skisserade lösningen inte heller är att rekommendera.

#### 4.3.7.3 Modeller anknutna till faktiskt vårdutnyttjande

Mot bakgrund av framför allt tilläggsdirektivens utformning har i de fortsatta övervägandena diskuterats ytterligare ett antal kompensationsmodeller som är knutna till de "unga"

pensionärerna med hel förtidspension eller helt sjukbidrag och deras faktiska vårdutnyttjande inom den slutna vården.

Ett alternativ skulle kunna vara att pensionären efter viss tids sjukhusvård, t.ex. efter de sex första vårddagarna, helt befrias från vårdavgift under de kommande 359 vårddagarna under en tolv månadersperiod.

Ett sådant system skulle kunna administreras antingen genom en maskinell hantering i försäkringskassornas ADB-system eller genom att ett s.k. frivårdskort utfärdas av sjukvårdshuvudmannen.

Försäkringskostnaderna, exkl. administrationskostnader, kan för ett sådant system, med ledning av tidigare presenterade statistikuppgifter, beräknas till drygt 40 mkr.

Det skäl som talar mot ett sådant system är att det närmast kan betraktas som ett återinförande av det fria året vid sjukhusvård, riktat till dem med hel förtidspension eller helt sjukbidrag.

Vad som talar för systemet är att det för denna grupp pensionärer – framför allt för dem med högt vårdutnyttjande – medför att de får ett rejält tillskott av egna medel för sin rehabilitering. Detta i sin tur kan emellertid medföra – vilket man inte kan bortse ifrån – att för dem med lång vårdtid kan det s.k. överskottsproblemet, som fanns inbyggt i det tidigare systemet med fritt sjukhusår på nytt aktualiseras.

Ett annat alternativ för ekonomisk kompensation för slopan- det av det fria året vid sjukhusvård skulle kunna vara att man efter en viss tids sjukhusvård, förslagsvis efter de första sex dagarna i varje vårdperiod, betalar ut vårdavgiften helt eller delvis som ackumulerat belopp i efterhand till pensionären.

Det ackumulerade beloppet skulle kunna återbetalas

- kvartalsvis
- halvårsvis eller
- årsvis.

På grund av att den statistik som finns på området inte utvisar om vårdtiderna är sammanhängande eller uppdelade på flera vårdperioder är det svårt att kostnadsberäkna detta alternativ. Försäkringskostnaderna, exkl. kostnader för administration, torde emellertid understiga de omkring 40 mkr som beräknats för närmast föregående alternativ.

Ett tredje alternativ kan vara en lösning som utgår från att

man efter t.ex. sex vård dagar vid beräkningen av vårdavgiften för upp till de kommande 359 dagarna under en tolv månadersperiod skulle bortse från ett belopp som motsvarar pensionstillskottet för unga pensionärer med hel förtidspension/sjukbidrag plus pensionstillskott eller med låg ATP-pension som motsvarar pensionstillskottet. Det belopp man skulle bortse från vid avgiftsberäkningen skulle motsvara 104 % av basbeloppet.

Innebörden är att för en sådan pensionär med förtidspension i form av folkpension och pensionstillskott eller ATP beräknat på högst 2,5 ATP-poäng, skulle avgiften fr.o.m. sjunde dagen sättas ned från 62 kr till 30 kr, dvs. med 32 kr per vård dag t.o.m. den 365:e dagen under en tolv månaders period.

Systemet kan kostnadsberäknas med ledning av tidigare lämnad statistik till omkring 22 mkr. Administrationskostnaden torde bli låg eftersom ett sådant system skulle kunna skötas helt maskinellt.

Även detta alternativ som också innebär ett i princip återinförande av det fria året har befunnits inte var en godtagbar lösning.

#### 4.3.7.4 Vår skrivelse till regeringen/Socialdepartementet

Sedan ett flertal olika modeller övervägts för att kompensera dem med hel förtidspension/sjukbidrag för sloandet av det avgiftsfria året vid sjukhusvård, har vi sammanfattningsvis kommit till följande ställningstaganden.

En kompensation genom handikappersättning kan inte anses vara en lämplig stödform.

De övriga diskuterade modellerna har befunnits innebära antingen ett i princip återinförande av differentierade vårdavgifter eller ett återinförande av det avgiftsfria sjukhusvårdsåret för en grupp – unga förtidspensionärer med hel förtidspension eller helt sjukbidrag.

Vi har därför varit eniga om att redovisa detta för regeringen/Socialdepartementet och har i skrivelse den 8 april 1992 angett att det enligt vår uppfattning är mera lämpligt att kompensationsfrågan behandlas i annat sammanhang, t.ex. i anslutning till de åtgärder som i övrigt kan behöva vidtas med anledning av förhållandena för de sämst ställda pensionärer-

na. Socialdepartementet har tidigare under hand fått del av våra överväganden av samtliga ovan skisserade kompensationsmodeller inkl. kostnadsberäkningarna.

Regeringen har därefter i prop. 1992/93:17 redovisat ett förslag till kompensation som i huvudsak bygger på ett av de alternativ som vi övervägt. Regeringsförslaget innebär att de yngre förtidspensionärerna debiteras halv vårdavgift under de första 30 dagarna av varje vårdperiod på sjukhus.

#### 4.4 Periodicerat högkostnadsskydd för öppen vård och medicin

##### **Sammanfattning**

Ett periodicerat högkostnadsskydd har diskuterats i slutet av utredningsarbetet. Frågan ligger utanför ramen för kommitténs uppdrag.

Inget förslag lämnas på detta område, eftersom frågan omfattas av direktiven för utredningen om Hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation.

Frågan om att undersöka möjligheten att föreslå ett lagreglerat periodicerat högkostnadsskydd för vård och medicin kom upp till diskussion i slutet av utredningsarbetet.

Med dagens system för det tolv månadersbaserade högkostnadsskyddet uppstår för vissa sjuka eller handikappade ett särskilt problem. För dem med täta läkarbesök/sjukvårdande behandlingar är det inte helt ovanligt att de måste betala patientavgifter som sammantagna uppgår till ett stort belopp under en kort tidsperiod. De får då bära en stor kostnad för sina sjukbesök under den första delen av tolv månadersperioden, medan däremot resten av perioden blir helt avgiftsfri. Detta kan periodvis medföra en stor ekonomisk belastning för dessa enskilda personer.

Av denna anledning har diskussioner förts med olika intressenter om möjligheten att utforma ett system, där de enskildas kostnader sprids jämnare över tolv månadersperioden.

Utgångspunkten för diskussionerna för att förbättra högkost-

nytt skydd, framför allt för de sämst ställda, var ett 30-dagarsbaserat, alternativt ett 90-dagarsbaserat, skydd mot höga kostnader inom ramen för dagens högkostnadsskydds egenavgiftstak, som för närvarande är lägst 1 500 kr, men som från m. år 1993 föreslås bli höjt till lägst 1 600 kr.

En sjukvårdshuvudman införde ett sådant periodicerat 30-dagarsbaserat högkostnadsskydd den 1 januari 1991, som av lagtekniska skäl enbart omfattar patientavgifter för öppen läkarvård och sjukvårdande behandlingar, dvs. det innefattar inte egenavgifter för prisnedsatta läkemedel.

Enligt vår bedömning har sjukvårdshuvudmännen redan med dagens system möjlighet att själva besluta om ett periodicerat högkostnadsskydd inom ramen för det tolv månadersbaserade skyddet. Ett sådant periodicerat system kan emellertid på grund av reglerna i 7 § lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. för närvarande inte samordnas med det statligt finansierade läkemedelförmånen.

Innebörden av reglerna i 7 § är att när någon visar att han inköpt prisnedsatta läkemedel för eller erlagt patientavgifter för öppen läkarvård och sjukvårdande behandling med sammanlagt lägst 1 500 kr är han befriad från att därefter betala för förskrivna läkemedel. Denna befrielse gäller under den tid som återstår av en tolv månadersperiod, räknat från det första vårdtilfallet, behandlingstillfället eller läkemedelsinköpet. En lösning med ett periodicerat högkostnadsskydd för öppen vård samordnat med läkemedelsinköp skulle kräva en lagändring, vilket skulle vara praktiskt genomförbart. Ett sådant system skulle emellertid medföra betydande merarbete och besvär för alla berörda parter.

I detta sammanhang kan pekas på ett problem med ett periodicerat högkostnadsskydd. Vissa patienter som under t.ex. två 30-dagarsperioder eller en 90-dagarsperiod kommer i åtnjutande av kortare avgiftsfria perioder för öppen vård vinner på detta, om de inte i övrigt når upp till de 1 500 kr under tolv månadersperioden som är det egentliga kvalifikationsbeloppet för det lagreglerade högkostnadsskyddet.

För ett periodicerat högkostnadsskydd, som också omfattar läkemedelsinköp, erfordras enligt vår mening en noggrann utredning om systemet och dess administration och därmed också kostnadsberäkningar.

Som nämnts kom denna fråga upp till diskussion i slutet av



utredningsarbetet. Frågan ligger dessutom utanför ramen för vårt uppdrag.

Vi lämnar därför inget förslag om ett periodicerat högkostnadsskydd. Denna fråga – bland många andra – omfattas av direktiven för utredningen om Hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (dir. 1992:30).

#### 4.5 Ett högkostnadsskydd för sjukresor

##### **Sammanfattning**

Kommittén föreslår ett skydd mot höga kostnader vid sjukresor. Endast egenavgiften, som för närvarande uppgår till högst 40 kr per enkelresa, skall kvalificera för uppnående av högkostnadsskyddet. Dessutom skall gälla att patienten under en tolvmånadersperiod sammanlagt skall ha betalat ett lägsta krontalsbelopp. Två alternativa förslag till krontalsbelopp redovisas i betänkandet; 1 200 kr och 1 600 kr.

Endast egenavgifter för sjukresor som är ersättningsberättigade enligt lagen om resekostnadsersättningar vid sjukresor omfattas av skyddet.

Kostnadsbefrielsen gäller under den tid som återstår av tolvmånadersperioden räknat från den första företagna sjukresan.

Sjukvårdshuvudmännen kan utforma systemet administrativt efter de regionala förutsättningarna.

#### 4.5.1 Inledning

Enligt direktiven har vi att överväga frågan om ett särskilt högkostnadsskydd för sjukresor. Bakgrunden till detta har vi redogjort för i avsnitt 3.5. I avsnitt 2.5.6, har vi också kort beskrivit de olika system för ett högkostnadsskydd för sjukresor som för närvarande tillämpas inom sex landstingsområden.

Som bakgrund till våra överväganden bör påminnas om att administrationen av sjukreseersättningar fördes över från försäkringskassorna till sjukvårdshuvudmännen fr.o.m. år 1992. Detta har beskrivits i avsnitt 2.5.4.

#### 4.5.2 Våra överväganden

Inledningsvis kan här nämnas att regeringen, genom ett beslut i februari 1989, gav RFV i uppdrag att utarbeta förslag till ett särskilt skydd för försäkrade med höga kostnader för sjukresor. Verket överlämnade den 28 september 1989 till regeringen rapporten RFV ANSER 1989:9 Skydd mot höga sjukresekostnader. I rapporten diskuterades fyra tänkbara modeller för ett sådant högkostnadsskydd. Dessa skulle fungera så att en försäkrad, som gör många sjukresor, kan kvalificera sig för ett frikort. Under den tid detta är giltigt skulle den försäkrade vara befriad från att betala avgift för sjukresor.

De olika modellerna RFV då presenterade varierade med avseende på bl.a. om försäkringskassorna eller vårdgivarna skulle administrera ersättning för sjukresor. Sedan dess har som nämnts huvudmannskapsändring skett fr.o.m. år 1992.

Våra utgångspunkter för ett högkostnadsskydd med en landstingsadministration har varit följande.

- o Högkostnadsskyddet för sjukresor bör utgöra ett separat system och inte sammankopplas med det gällande högkostnadsskyddet för öppen sjukvård och läkemedel. Anledningen till att högkostnadsskyddet för sjukresor bör vara separat är att systemet först bör utvärderas. Framför allt torde dock en sammankoppling med högkostnadsskyddet för vård och medicin medföra att egenkostnadstaket för ett sådant samordnat skydd måste läggas på en mycket högre nivå än de 1 500 kr som i dag gäller för skyddet mot höga kostnader för vård och

medicin. Detta skulle medföra att många försäkrade som bor i regioner med väl utbyggda allmänna kommunikationer helt skulle utestängas från ett sådant samordnat högkostnadsskydd, eftersom de i regel har mindre utgifter för sjukresor.

- o Högkostnadsskyddet bör vara generellt och omfatta alla försäkrade och inte bara försäkrade med vissa angivna sjukdomar.
- o Resekostnader som understiger karensbeloppet (den försäkrades egenavgift) bör av administrativa skäl inte kvalificera för högkostnadsskyddet.
- o Egenavgifter för sjukresor med kommunal färdtjänst – som kan variera mellan 12 kr och 25 % av taxameterbeloppet – bör tills vidare inte kvalificera för skyddet mot höga sjukreskostnader. Frågan om en eventuell sådan samordning bör utredas särskilt av företrädare för staten, primärkommunerna och sjukvårdshuvudmännen.
- o Högkostnadsskyddets administrativa kostnader för sjukvårdshuvudmännen bör stå i rimlig proportion till de kostnader som skyddet medför.
- o Högkostnadsskyddet för sjukresor bör så långt möjligt utformas efter mönster av systemet för högkostnadsskyddet för sjukvård och läkemedel m.m. Således bör en viss sammanlagd kostnad i stället för ett visst antal registreringar av resor kvalificera för högkostnadsskyddet för sjukresor.
- o Systemet bör ges en sådan utformning att sjukresor som är ersättningsberättigade och som omfattas av högkostnadsskyddet, och således inte skall medföra någon egenavgift för den försäkrade, först bör underställas sjukvårdshuvudmannens prövning av lämpligt färd sätt och reslängd.
- o Systemet bör utformas med beaktande av möjligheter till uppföljning.

Mot bakgrund av dessa utgångspunkter bör systemet utformas på något av följande sätt:

- Vårdgivarna lämnar ut en handling med personuppgifter för registrering av den försäkrades egenavgifter för sjukresor om den försäkrade begär det  
och/eller  
den försäkrade samlar sina resekostnadskvitton som styrker att sjukresa har ägt rum.  
Val av system för registrering av belopp eller kvittosparande anser vi bör kunna lösas av de skilda sjukvårdshuvudmännen efter sina regionala förutsättningar i det praktiska genomförandet av reformen.
- När registrerade egenavgifter och/eller styrkta egenavgifter enligt kvitton visar att den försäkrades sammanlagda kostnad uppgår till ett visst bestämt belopp vänder sig denne till sjukvårdshuvudmannen och får registreringshandlingen och/eller kvittona utbytt mot ett frikort som befriar från ytterligare egenavgifter. Frikortet föreslås gälla under en tolv månadersperiod räknat från den första registreringen/sjukresan (eller det senare tillfälle som den försäkrade kan välja om det gått lång tid mellan t.ex. den första och den andra resan).
- Vid sjukresor med taxi kan patienten överlåta sin rätt till sjukreseersättning till taxiföretaget. Patienten betalar därvid bara egenavgiften direkt till den som utfört transporten, och avhänder sig i samband härmed underlaget som styrker den nödvändiga sjukresan. För att patienten skall kunna verifiera sin faktiska kostnad för sjukresan måste då någon form av intyg utfärdas av den som tagit emot egenavgiften.
- Sjukvårdshuvudmännen ger kostnadsbefrielse mot uppvisande av frikort i samband med betalning av resekostnadsersättning. Systemet bör vara utformat så att sjukresorna normalt i förväg har underställts sjukvårdshuvudmannens prövning i fråga om lämpligt färd sätt och reslängd innan de omfattas av högkostnadsskyddet.

Vi har i de fortsatta övervägandena ansett att sådana sjukresor som är ersättningsbara enligt den statliga regleringen i lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor är ett

minimikrav. En sjukvårdshuvudman bör emellertid själv kunna avgöra om ytterligare sjukresor eller andra behandlingsresor skall omfattas av kostnadsfriheten.

I övervägandena har vidare diskuterats olika alternativa kvalifikationstak för att nå högkostnadsskyddet för sjukresor. Detta högsta tak bör i kronor fastställas av riksdagen. Om en sjukvårdshuvudman väljer ett lägre krontalstak bör staten inte bära några kostnader för detta.

Nivån på de krontalstak som övervägts för högkostnadsskyddet under återstoden av en tolv månadersperiod räknat från den första sjukresan har framför allt varit 1 200 kr resp. 1 600 kr.

Utgångspunkterna för kostnadsberäkningarna av dessa båda alternativ har varit de mindre undersökningar som gjorts av RFV när det gäller sjukresornas fördelning antalsmässigt på olika färdmedel (se avsnitt 2.5.3).

Utgångspunkterna är därmed

- o 10 milj. ersättningsbara enkelresor per år, varav
  - 60 % med egen bil = 6 milj. enkelresor
  - 30 % med taxi = 3 milj. enkelresor
  - 10 % med allmänna kommunikationer = 1 milj. enkelresor

Den resandes egenavgift vid samtliga färdstätt har antagits vara 40 kr per enkelresa.

Kostnadsberäkningarna ger då följande resultat vid 1 200-kronorsalternativet.

Av dem som reser med egen bil når mellan 15–20 % högkostnadstaket samt att de når högkostnadsskyddet efter ca 6 månader. Detta innebär att antalet kostnadsfria sjukresor kan beräknas till omkring 500 000 enkelresor under resterande 6 månader, vilket vid ett bortfall av karensbeloppet 40 kr/enkelresa gör en årlig försäkringskostnad på 20 mkr.

När det gäller dem som använder taxi bedöms att ca 60 % av de 3 milj. resorna företas av försäkrade som inte når högkostnadstaket. Resterande 1,2 milj. resor beräknas fördelade på 800 000 kostnadsfria resor med en frikortperiod om 8 månader. Detta innebär en årlig försäkringskostnad om 32 mkr.

Av dem som åker med allmänna kommunikationer bedöms endast en mindre del företas av försäkrade som når högkost-

nadsskyddet och med en mycket kort frikortperiod. Den årliga försäkringskostnaden beräknas till drygt 1 mkr.

Sammantaget skulle den årliga kostnaden – exkl. kostnader för administrationen – för ett alternativ avseende 1 200 kr kunna beräknas till omkring 55 mkr.

Med motsvarande bedömningar för ett alternativ avseende 1 600 kr beräknas den årliga kostnaden – exkl. administration – till omkring 30 mkr. I detta ligger att färre personer når högkostnadstaket och att frikortperioderna blir kortare.

Till de beräknade beloppen kommer kostnader initialt för utbildning och information samt löpande för utbildning och administration.

I sammanhanget bör nämnas att vi ursprungligen – och före införandet av den enhetliga egenavgiften på högst 40 kr per enkelresa oavsett färdmedel – räknat också på ett alternativ med en nivå på 900 kr. Efter höjningen av egenavgiften har nya beräkningar gjorts. Kostnaden för detta alternativ kan därvid beräknas till totalt ca 110 mkr exkl. kostnader för administration. I detta ligger att vi bedömer att hälften av dem som företar sjukresan med egen bil når kvalifikationsnivån för högkostnadsskyddet. Den kostnadsfria perioden antas vara sex månader. Av dem som använder taxi beräknar vi att 60 % når högkostnadsskyddet med en kostnadsfri period på 9 månader. Vid användande av allmänna kommunikationer antas att ca 700 000 enkelresor kommer att omfattas av högkostnadsskyddet.

## 4.6 Slopande av åldersgränsen 16 år för rätt till prisnedsatta speciallivsmedel

### Sammanfattning

En brist i dagens system för speciallivsmedel är att rätten till prisnedsättning är begränsad till barn under 16 år. Åldersgränsen föreslås därför bli avskaffad.

Dessutom föreslås att inte endast – som för närvarande – vissa diagnoser skall grunda rätt till nedsättning av priset på livsmedel inköpta på apotek. I stället skall behovet hos en person som behöver speciallivsmedel grunda den rätten. Behovet skall avgöras av läkare som är specialist på området. Sjukdomen skall vara långvarig och behovet av livsmedlen kontinuerligt.

Den som är berättigad till prisnedsättning skall få nedsättning med hela det belopp som vid varje inköpstillfälle överstiger 120 kr.

Egenavgifter för prisnedsatta livsmedel kvalificerar för närvarande inte till uppnående av högkostnadsskyddet för öppen sjukvård och läkemedel. Detta föreslås nu bli fallet.

Av produktgarantiskäl skall även i fortsättningen en förteckning upprättas av Läkemedelsverket över de livsmedel som berättigar till prisnedsättning.

### 4.6.1 Inledning

Enligt direktiven har vi att överväga ett slopande av åldersgränsen 16 år för prisnedsättning av speciallivsmedel vid vissa sjukdomar.

Förmånssystemets konstruktion har redovisats i avsnitt 2.1.4, vilket i korthet innebär att prisnedsättning av vissa speciallivsmedel kan ges till barn under 16 år. Prisnedsättningen eller rabatteringen innebär att konsumenten betalar högst 120 kr, oavsett om flera livsmedel förskrivits på en livsmedelsanvisning och hämtas ut samtidigt på apotek.

Prisnedsättningen gäller om barnet lider av någon av tio

särskilt förtecknade diagnoser.

En förteckning – som är mycket omfattande – över de livsmedel som omfattas av rabatteringen upprättas och aktualiseras av Läke-medelsverket, som också anger vilka specialistläkare som är behöriga att förskriva livsmedlen.

Konsumentens egenavgift ingår inte som kvalifikation för högkostnadsskyddet för vård och medicin.

I ett flertal riksdagsmotioner under årens lopp har åldersbegränsningen 16 år behandlats. Därvid har framhållits att åldersgränsen helt bör tas bort, eftersom det inte är någon art- eller gradskillnad mellan barn och vuxna när det gäller de sjukdomsgrupper som omfattas av prisnedsättningen. En önskan om höjning av åldersgränsen till 25 år har också förts fram.

#### 4.6.2 Våra överväganden

En brist i systemet för speciallivsmedel är att rätten till prisnedsättning är begränsad enbart till barn. För vuxna, som på grund av sjukdom har fortlöpande behov av sådana livsmedel är enda möjligheten till prisnedsättning för närvarande att i särskild ordning söka bidrag från sjukvårdshuvudmannen. Denna bidragsmöjlighet som – på grund av att det är ett frivilligt åtagande – varierar mellan de olika huvudmännen.

Det är också så att rabatteringsreglerna inom läke-medelsområdet – dit också speciallivsmedlen räknas – inte i något annat avseende innehåller någon begränsning till patientens ålder. Vi föreslår därför att åldersbegränsningen helt slopas.

Vi har vidare – utöver vad som anges i direktiven – övervägt också andra mera långtgående åtgärder.

Endast läkare som är specialiserade på sådana sjukdoms- och bristtillstånd som kan medföra rätt till prisnedsatta speciallivsmedel har förskrivningsrätt. Det finns därför inte några egentligt bärande skäl till att bibehålla den diagnosförteckning som i grunden styr vilka diagnosgrupper som kan få speciallivsmedel till nedsatt pris på apotek. Därmed skulle systemet helt bygga på den enskildes fortlöpande behov av sådana livsmedel, ett behov som avgörs av de läkare som Läke-medelsverket anger som behöriga att förskriva speciallivsmedel.

En förteckning över de livsmedel som får tillhandahållas till



nedsatt pris på apotek bör emellertid – i likhet med det nuvarande systemet – finnas, främst mot bakgrund av Läkemedelsverkets produktkontroll av de livsmedel som kan omfattas av prisnedsättningen.

Vi har därutöver gjort följande bedömning.

Även om speciallivsmedel säljs till nedsatt pris på apotek ingår egenavgifterna inte som kvalifikation för högkostnads-skyddet för vård och medicin. Även sådana egenavgifter bör nu inordnas i högkostnadsskyddet.

Vi har också övervägt följande förhållande.

Fr.o.m. den 1 juli 1992 har reglerna för prisnedsättning av läkemedel förändrats så till vida att patienten för det första läkemedlet som skrivits ut på receptet betalar i egenavgift högst 120 kr. Har läkaren förskrivit ytterligare läkemedel betalar patienten därutöver 10 kr för varje ytterligare medel. När det gäller prisnedsättningen av speciallivsmedel betalar konsumenten högst 120 kr, oavsett hur många livsmedel som förskrivits på livsmedelsanvisningen. Vi har övervägt om inte samma prisnedsättningsregler som för rabatterade läkemedel borde införas också för speciallivsmedlen. Någon sådan förändring föreslås emellertid inte.

Ytterligare en fråga som övervägts är om egenkostnader för speciallivsmedel skall få räknas samman med kostnaden för prisnedsatta läkemedel vid beräkningen av prisnedsättningen. Mot bakgrund av att läkemedlen och livsmedlen normalt inte förskrivs vid samma tillfälle bör emellertid inte någon sådan sammanräkning göras.

Slutligen har vi gjort den bedömningen att samma regel som gäller för prisnedsatta läkemedel om att prisnedsättning av läkemedel och kostnadsbefrielse genom högkostnadsskyddet bör gälla också för beräkning av prisnedsättningen av speciallivsmedel. Detta innebär att en förskrivning av livsmedel inte får avse större mängd än som svarar mot det beräknade behovet för 90 dagar eller, om lämplig förpackningsstorlek saknas, närmast större förpackning.

År 1991 uppgick försäkringens kostnader för speciallivsmedlen till 62 mkr. Patienternas totala egenavgifter uppgick till ca 10 mkr. De åtgärder som vi förordar ovan är svåra att kostnadsberäkna, men vi gör den bedömningen att försäkringskostnaderna torde öka med sammantaget högst 25 mkr, inkl. påverkan på försäkringens kostnader för högkostnads-

skyddet. Effekterna härav är ytterst svåra att beräkna och måste bygga på vissa antaganden om patientandel och längden på högkostnadsskyddsperioden. Vi gör här den överslagsberäkningen att åtgärderna kommer att belasta högkostnadsskyddet med ca 2 mkr av de högst 25 mkr i totalt ökade kostnader.

#### 4.7 Kostnadsfria läkemedel

##### **Sammanfattning**

Direktiven innebär att de vedertagna principerna om kostnadsfria läkemedel skall stå fast. Förutsättningslösa diskussioner om denna förmåns ställning inom försäkringssystemet har ändå förts.

Tre olika lösningar har diskuterats och övervägts utan att förord lämnas för något alternativ.

Att bibehålla den nuvarande konstruktionen med kostnadsfria läkemedel, men med en uppdatering eller aktualisering av såväl diagnosgrupper som läkemedel är en möjlig lösning. Detta skulle öka sjukförsäkringskostnaderna med ca 11–15 mkr årligen. En reservation måste dock göras för vad nya, effektivare och dyrare läkemedel kan komma att kosta i framtiden.

Väljer man ett system där endast läkemedel som kompenserar för sådana substanser som kroppen vid vissa sjukdomar inte själv kan producera, s.k. kroppsegna substanser, skall vara kostnadsfria, uppgår den samlade utgiftsminskningen till ca 137–174 mkr.

Ett slopande av förmånen kostnadsfrihet och ett inordnande av förmånsslaget i prisnedsättningssystemet och därmed också ett inordnande i högkostnadsskyddet för öppen vård och medicin ger en utgiftsminskning på mellan 210 och 263 mkr.

### 4.7.1 Inledning

Som framgår av avsnitt 2.1.3, ges kostnadsfria läkemedel till 32 skilda diagnosgrupper, för vilka sjukdomarna är långvariga och allvarliga. För varje sådan diagnosgrupp är särskilt angett vilka läkemedel eller läkemedelssubstanser som omfattas av kostnadsfriheten.

Dagens konstruktion med dels ett system med prisnedsatta/rabatterade läkemedel, dels ett system med kostnadsfria läkemedel för vissa grupper härleder sig från år 1955 när den frivilliga sjukförsäkringen ombildades till en allmän och obligatorisk sjukförsäkring. För den kostnadsfria läkemedelsförmånen specificerades då 15 svåra, kroniska sjukdomstillstånd som ersättningsberättigade. Också de läkemedel/läkemedelssubstanser som inkluderades i förmånen av kostnadsfrihet definierades.

För de prisnedsatta läkemedlen sattes egenavgiften till 3 kr plus 50 % av totalkostnaden vid varje köptillfälle.

Frånsett en smärre uppdatering av förteckningen över kostnadsfria läkemedel vid diagnosen Cystisk fibros, som gjorts med verkan fr.o.m. den 1 juli 1992, har förteckningen över såväl diagnosgrupper som läkemedel/läkemedelssubstanser inte uppdaterats eller aktualiserats sedan år 1984.

Trots den begränsning i direktiven, som innebär att de vedertagna principerna om kostnadsfria läkemedel skall stå fast, har ändå förts omfattande diskussioner om detta förmånsslags fortsatta ställning i försäkringssystemet, inte bara av ekonomiska utan också av andra skäl. Vi har därvid diskuterat och övervägt följande tre olika alternativa möjliga lösningar:

- ett bibehållande av den nuvarande konstruktionen, men med en uppdatering eller aktualisering av såväl diagnosgrupper som läkemedel
- ett system där endast sådana läkemedel som kompenserar för sådana substanser som kroppen vid vissa sjukdomar inte själv kan producera, s.k. kroppsegna substanser, är kostnadsfria
- ett slopande av förmånen med kostnadsfrihet och ett inordnande av förmånsslaget i prisnedsättningssystemet och därmed också ett inordnande i högkostnadsskyddet för vård och medicin.

Som underlag för diskussionerna redovisas inledningsvis vissa fakta i anslutning till de tre olika alternativen. Avslutningsvis redovisas överväganden beträffande de alternativa lösningarna utan att någon förordas framför de andra.

#### **4.7.2 Ett bibehållande av den nuvarande konstruktionen men med en aktualisering av såväl diagnosgrupper som läkemedel**

Ett recept kan fr.o.m. år 1985 samtidigt innehålla förskrivning av både prisnedsatta/rabatterade läkemedel och kostnadsfria läkemedel.

Sjukförsäkringens kostnader år 1991 för de kostnadsfria läkemedlen har med ledning av de receptundersökningar som Apoteksbolaget AB gör kunnat beräknas till drygt 2,1 mdkr.

Vi har i detta alternativ utgått från att framför allt den nuvarande förteckningen över läkemedel eller läkemedelssubstanser bör uppdateras med hänsyn till den snabba utvecklingen mot nyare och effektivare medel. Möjligvis bör också några ytterligare allvarliga och kroniska sjukdomstillstånd tillföras indikationsförteckningen.

Det bör särskilt påpekas att detta alternativ inte innebär att något registrerat läkemedel omedelbart utgår ur den nuvarande förteckningen över kostnadsfria läkemedel. Alternativet att tillföra nya och effektivare läkemedel medför en s.k. additionseffekt. Det blir troligen ingen så snabb marknadsreaktion på att helt övergå till ett nytt preparat, att ett äldre samtidigt blir överflödigt och därmed utgår ur läkemedelssortimentet.

Läkemedelsverket har på vårt uppdrag – i samråd med Apoteksbolaget AB – gjort en bedömning av vilka åtgärder i form av aktualiseringar som behöver göras vid ett bibehållande av den nuvarande konstruktionen med kostnadsfria läkemedel samt beräknat försäkringens ökade kostnader för dessa åtgärder. Dessa kostnadsberäkningar är mycket svåra att göra, eftersom underlaget bygger på bedömningar av patientandelen och på hur stor del av patienterna som når högkostnadsskyddet. Dessa antaganden bygger på stickprov och sannolikhetsbedömningar.

Läkemedelsverket anger följande.

1. Vilka ökade kostnader skulle uppstå för att uppdatera listan över kostnadsfria läkemedel med nya substanser (givet själva indikationslistan inte ändras)?

Åtgärden skulle innebära att ett drygt 10-tal produkter skall tillföras.

Indikation (enl. den nuvarande förteckningen)	Läkemedel	Omsättning i öppen vård i mkr, apotekens ut-försäljningspris (AUP) år 1991
10. Glaukom	PROPINE	5,0
	BETOPTIC	7,6
11. Epilepsi	SABRILEX	8,8
12. Astma	BAMBEC	5,9
	SEREVENT	— (se kommentar nedan)
15. Cancer	STERECYT	4,7
	ORIMETEN	0,5
	ANANDRON	—
	FARMORUBICIN	9,2
	IDARUBICIN	—
16. Parkinson	ELDEPRYL	14,5
21. Schizofreni	LEPONEX	6,5
	ROXIAM	4,5
<b>Summa</b>		<b>67,2</b>

Den genomsnittliga patientandelen har uppgått till ca 21 % innan det nya 120/10/10-systemet genomfördes, men kan i dag uppskattas till ca 25 %. På grund av att ovannämnda läkemedel är dyrare än vad som gäller för genomsnittet anges här intervallet 20-25 %. Med dessa antaganden beräknas statens kostnader öka med ca 17 mkr årligen om listan över kostnadsfria läkemedel uppdaterades. Kostnaden kan dock komma att öka avsevärt, i och med att försäljningen av Serevent, som är ett dyrt läkemedel, inte ännu kan uppskattas.

2. Vilka kostnader skulle uppstå för att uppdatera listan över kostnadsfria läkemedel med de nya indikationer som godkänts sedan senaste uppdateringen 1984?

Kostnadsfri indikation

Läkemedel

6. Turners syndrom

GENOTROPIN  
SOMATONORM  
NORDITROPIN  
HUMATROPE

Eftersom tillväxthormon redan i dag är kostnadsfritt på annan indikation, kan förväntas att merparten redan förskrivs kostnadsfritt. Några merkostnader uppkommer således inte.

13. Hjärtsvikt

ACE-hämmare (bl.a.  
RENITEC)

Inom de närmaste åren kan förväntas att ytterligare ACE-hämmare och Ca-blockare godkänns för indikationen hjärtinsufficiens. I ett sådant läge kan uppskattningsvis 10 % av förskrivningarna (i dag mindre än 5 % i diagnos-receptundersökningen) komma att avse hjärtsvikt. Om de båda läkemedelsgrupperna säljs för drygt 500 mkr (år 1991: 550 mkr AUP), kan således drygt 50 mkr avse hjärtsvikt. De förlorade patientavgifterna kommer i så fall att uppgå till ca 10 mkr.

Det skulle på något års sikt innebära en utgiftsökning för försäkringen på ca 10–12,5 mkr att uppdatera listan över kostnadsfria läkemedel med avseende på godkända nya indikationer.

Dessa alternativ kan alltså sammantaget beräknas öka sjukförsäkringens utgifter för läkemedel med ca 23–30 mkr årligen.

Vi räknar emellertid med att omkring hälften av patienterna når högkostnadsskyddet. Den direkta kostnaden beräknas därmed komma att uppgå till ca 11–15 mkr årligen.

#### 4.7.3 Ett system med enbart kostnadsfrihet för s.k. kroppsegna substanser

Läkemedelsverket har, också här i samråd med Apoteksbolaget AB, bedömt vilka åtgärder som behöver vidtas och gjort

kostnadsberäkningar för ett sådant alternativ.

Läkemedelsverket anger här följande.

3. Vilka besparingar skulle uppkomma genom att enbart behålla kroppsegna substanser som kostnadsfria läkemedel ("substitutionsterapi")?

Grupper av läkemedel som idag är kostnadsfria och som utgör kroppsegna substanser för substitutionsterapi:

GRUPP	OMSÄTTNING (mkr AUP)
Vasopressin	23
Insulin	255
Tyroideahormoner	16
Steroider	1 <sup>1</sup>
Testosteronpreparat	4
Vitamin D	3
Gammaglobulin	3
Pankreaspreparat	25
Faktor VIII	235
Tillväxthormon	226
<b>SUMMA</b>	<b>791</b>

<sup>1</sup> Avser den andel av försäljningen som kan uppskattas ske kostnadsfritt. Övriga grupper kan antas förskrivas kostnadsfritt till nära nog 100 %.

År 1991 uppgick sjukförsäkringens kostnad för kostnadsfria läkemedel till 2 108 mkr. Med den befintliga listan över sjukdomar och läkemedel skulle kostnaden alltså minska från 2 108 mkr till 791 mkr. Samhällets utgiftsminskning uppgår endast till den andel som patienterna i fortsättningen får betala själva. Utgiftsminskningen skulle alltså uppgå till 20–25 % av 1 317 mkr, dvs. mellan 260–330 mkr. Vi beräknar dock att omkring hälften förskrivs till personer med frikort, varför denna minskning stannar vid mellan 130–165 mkr.

Listan måste dock uppdateras så att även grupper som registrerats sedan senaste uppdateringen år 1984 tas med. Dessa utgörs av:

Substansgrupp	Läkemedel	Omsättning i öppen vård i mkr, AUP år 1991
Erytropoietin	EPREX	52,5
	RECORMON	12,0
Kalcitonin	CIBACALCIN	2,0
	MIACALCIC	2,2
<b>Summa</b>		<b>68,7</b>

Försäkringens merkostnad av att göra dessa kostnadsfria utgör dock inte hela omsättningen, utan endast den andel som i dag betalas av patienten (ca 20–25 %). Kostnaden för att påföra dessa grupper på den kostnadsfria listan blir således ca 17 mkr.

Om hälften av patienterna når högkostnadsskyddet blir den direkta besparingen dock 7,0–8,5 mkr.

Den samlade utgiftsminskningen i detta alternativ skulle – med denna grova uppskattning – således uppgå till 137–174 mkr.

#### 4.7.4 Ett slopande av förmånen med kostnadsfria läkemedel

År 1991 var sjukförsäkringens kostnad för de fria läkemedlen 2 108 mkr. Ett slopande av kostnadsfriheten och ett inordnande i systemet för prisnedsättning av läkemedel medför att försäkringens utgiftsminskning utgörs av den andel av priset som patienterna i fortsättningen skulle få betala själva. Denna minskning skulle, med en patientandel mellan 20–25 %, därmed komma att uppgå till mellan 421–527 mkr.

Om hälften av patienterna kvalificerar sig för högkostnadsskydd blir den direkta utgiftsminskningen mellan 210–263 mkr.



## Ekonomisk sammanfattning av de olika alternativen

---

Alt. 1	Uppdatering av kostnadsfria listan med nya läkemedel och diagnoser	Ökade kostnader 11–15 mkr
Alt. 2	Enbart kroppsegna substanser kostnadsfria	Minskade kostnader 137–174 mkr
Alt. 3	Den kostnadsfria listan slopas helt	Minskade kostnader 210–263 mkr

### 4.7.5 Våra överväganden om de tre alternativen

Inledningsvis har vi konstaterat att förmånen kostnadsfria läkemedel ursprungligen infördes år 1955 när den allmänna och obligatoriska sjukförsäkringen trädde i kraft.

För de prisnedsatta läkemedlen sattes patientandelen till 3 kr plus 50 % av totalkostnaden vid varje köptillfälle.

Personer med vissa svåra, kroniska sjukdomstillstånd fick emellertid sina läkemedel helt kostnadsfritt. 15 sådana sjukdomar specificerades för kostnadsfrihet. Också de läkemedel som för varje sjukdom inkluderades i kostnadsfriheten definierades.

För de prisnedsatta läkemedlen gäller numera ett annat rabatteringsystem. Patienten, som på ett recept får flera läkemedel förskrivna, betalar nu för det första medlet högst 120 kr och för varje ytterligare medel 10 kr.

I det följande redovisas de överväganden som gjorts om de tre alternativen – framför allt om alternativen av ett i princip bibehållande av kostnadsfriheten eller ett helt slopande av förmånen.

År 1981 infördes ett särskilt skydd mot höga kostnader för öppen vård och läkemedel, det s.k. högkostnadsskyddet.

En av de mest diskuterade frågorna under senare år på läkemedelsområdet har varit de kostnadsfria läkemedlens ställning inom försäkringssystemet.

Vi har ställt oss frågan om det finns skäl att bibehålla kostnadsfriheten sedan det numera finns ett fungerande skydd mot höga kostnader för vård och medicin. Från samordningssynpunkt kan det vara tveksamt med särregler för vissa sjukdomsgrupper.

Systemet medför att vissa grupper sjuka är berättigade till kostnadsfria läkemedel även om de har en begränsad läkemedelskonsumtion, medan andra sjuka med höga kostnader inte omfattas av förmånen. Dessa grupper kan ha lika långvariga och i många fall allvarliga sjukdomar, eller förstadier till sådana sjukdomar. Detta kan gälla bl.a. reumatiker, allergiker och njursjuka.

Man kan därför anlägga den synpunkten, att ett slopande av kostnadsfriheten och ett inordnande i prisnedsättningssystemet och därmed också i högkostnadsskyddet, skulle medföra att alla grupper sjuka med läkemedelsbehov jämföras i försäkringshänseende.

Högkostnadsskyddet skulle därmed bli oberoende av inriktning av vårdbehov, typ av läkemedel osv., men som ändå kan utnyttjas av stora grupper av dem som i dag omfattas av förmånen med kostnadsfria läkemedel. I huvudsak är det endast stödsystemet som omgestaltas och blir mera rättvist i förhållande till faktisk vårdkonsumtion.

Det finns också administrativa fördelar med ett enhetligt förmånssystem på läkemedelsområdet.

För flertalet patienter som omfattas av kostnadsfriheten blir det – med det prisnedsättningssystem som finns i dag och med ett fungerande högkostnadsskydd – relativt obetydliga kostnadsökningar om kostnadsfriheten togs bort. Enheten för forskning inom primärvård och socialtjänst vid Uppsala universitet har med ledning av det s.k. Tierpsmaterialet belyst detta. Med ledning av det underlaget – som dock härleder sig från år 1985 – konstaterades bl.a. att drygt 6 % av befolkningen, ca 500 000 personer, skulle drabbas av kostnadsökningar upp till 200 kr per tolv månadersperiod, vid ett slopande av kostnadsfriheten. Knappt 2 % eller omkring 150 000 personer skulle få kostnadsökningar mellan 200–600 kr. Dessa uppgifter redovisas i den tidigare nämnda rapporten *Läkemedel – uppföljning av förskrivningsregler och förmånssystem* (RFV ANSER 1987:3).

Om en prövning av såväl om nya grupper sjuka skall få kostnadsfria läkemedel som en utökning av förteckningen över kostnadsfria läkemedel med nya läkemedel/läkemedels-substanser kan upphöra, innebär detta administrativa besparingar. Skall förmånsslaget med kostnadsfria läkemedel bibehållas är en fortlöpande översyn och revidering nödvändig.

Det går emellertid inte att bortse från att en del personer som omfattas av förmånen med kostnadsfria läkemedel kommer att få högre kostnader, om de inte kommer i åtnjutande av högkostnadsskyddet. Detta beror på att det finns variationer i vårdbehov mellan olika personer. Bl.a. kan t.ex. epileptiker och diabetiker utan komplikationer få ökade kostnader.

Det går inte heller att bortse från att antalet frikortsinnehavare kommer att öka. Antalet frikort som utfärdas har ökat och ökar markant. År 1990 utfärdades 401 000 frikort. Antalet frikortsinnehavare har under år 1991 ökat till nära 510 000. Under första halvåret 1992 har utfärdats 346 000 frikort, vilket tyder på att för år 1992 kan antalet utfärdade frikort komma att närma sig 700 000. Ett slopande av kostnadsfriheten bör därmed emellertid inte i alltför stor utsträckning komma att medföra ökat antal frikortstagare, eftersom vi gör den bedömningen att många patienter redan når högkostnadsskyddet. En del patienter torde dock vara nära, kostnadsmässigt sett, att nå skyddet. Ett slopande av kostnadsfriheten medför därför en viss ökning av antalet frikortsinnehavare. Det går emellertid inte heller att bortse från att frikortet kan innebära ett incitament till ökad sjukvårdskonsumtion i situationer där egenavgiften normalt innebär att patienten avstår. Om personer som tidigare erhållit kostnadsfria läkemedel ökar sin sjukvårdskonsumtion medför detta ökade sjukvårds- och försäkringskostnader.

Ett annat skäl att bibehålla förmånen kostnadsfria läkemedel är, att dessa personer med svåra sjukdomar känner en stor trygghet i att veta att de får sina läkemedel utan kostnad samt att samhället anser att de inte skall betala för sin sjukdom.

Avsikten med den kostnadsfria listan var att förhindra, att kostnaderna för personer med vissa kroniska, allvarliga sjukdomar skulle bli orimligt stora.

Om förmånen med kostnadsfria läkemedel helt slopas kan patienterna komma att få betala som lägst 480 kr (4 x 120 kr) under ett år vid nuvarande regel om 90-dagarsförskrivning. Vid t.ex. byte av läkemedel blir kostnaden emellertid större. Många köper dessutom läkemedel som inte finns med på den kostnadsfria listan, varför merkostnaden blir ytterligare 40 kr (4 x 10 kr), förutsatt att samma läkare skrivit recepten vid samma tidpunkt och läkemedlen hämtas ut samtidigt på apotek. Den totala kostnaden kan dock aldrig överstiga kvalifika-

tionsnivån för högkostnadsskyddet.

Eftersom den fria läkemedelsförmånens vara eller inte vara har behandlats i bl.a. riksdagen och det av vårt utredningsuppdrag framgår att listan bör vara kvar, har ett kompromissalternativ diskuterats. Kompromissen består i att reducera listans innehåll till att gälla endast "kroppsegna substanser", d.v.s läkemedel för behandling av en brist på en substans. Det måste då ges en klar definition av vad som avses med "kroppsegna". Ett problem är här om mycket närallgande substanser skall medräknas.

Om substitution inte kan vara kriteriet, skall då all annan behandling med substansen medräknas, t.ex. hormoner i cancerbehandling och p-piller, för att nämna två ytterligheter. En slutsats blir att inte ta med substanser som stimulerar kroppens egen produktion av substanser, såvida inte synnerliga skäl talar för detta.<sup>1</sup>

Vid frågeställningen varför premiera en behandlingsform, skulle vissa negativa effekter kunna uppträda genom att läkarna ändrar en vedertagen förstahandsterapi till något annat på grund av patientkostnaderna.

Mer eller mindre tänkbara situationer skulle kunna vara

- övergång från tablettbehandling av diabetes till insulinbehandling
- övergång till adrenalinspray och hydrokortison i stället för modernare medel
- övergång från diuretika och ACE-hämmare vid hjärtsvikt till hjärtglykosider (vissa är kroppsegna enligt nya rön)
- hydrokortisonsalva för banala hudsjukdomar kostnadsfria, starkare steroider avsedda för svåra hudsjukdomar blir då ej kostnadsfria
- cancerbehandling med interferon och liknande kostnadsfria, medan ordinarie cytostatika ej är det.

Det nu diskuterade alternativet blir därmed inte helt logiskt.

---

<sup>1</sup> P-piller i graviditetsförebyggande syfte skall i detta sammanhang inte anses utgöra sjukdomsbehandling.

## 4.8 Kostnadsfria förbrukningsartiklar

### Sammanfattning

Förbrukningsartiklar lämnas kostnadsfritt till personer med någon av åtta diagnoser inom grupperna diabetiker, stomiopererade och inkontinenta.

Tolkningen av direktiven har gjorts så, att de vedertagna principerna om fria läkemedel skall stå fast, även när det gäller förbrukningsartiklar.

Ett möjligt alternativ på området är att bygga ut dagens system till att omfatta flera angelägna grupper och därmed utöka artikel- och produktlistan. En sådan lösning torde emellertid inte minska gränsdragningsproblemen mellan dem som kommer att omfattas av kostnadsfriheten och dem som ställs utanför.

Därför har också övervägts – utan att särskilt förordas det – ett alternativ, som i stället för diagnoser bygger på ett fortlöpande behov av förbrukningsartiklar för grupper med kroniska sjukdomar eller varaktiga funktionsnedsättningar. Sådana grupper skulle få tillgång till förbrukningsartiklar eller läkemedelsnära produkter för egenvård som försäljs på apotek. Sådana produkter är bl. a. saliversättningsmedel och salivstimulerande medel till muntorra, medel mot ögontorrhet samt mjukgörande salvor till psoriater.

Endast sådan vårdpersonal som Socialstyrelsen förklarar behöriga skall ha rätt att förskriva artiklar och produkter. Dessa bör av kvalitetsgarantiskäl vara prövade och godkända.

Mot bakgrund av att det finns ett högkostnadsskydd för öppenvård och läkemedel bör kostnadsfriheten i detta alternativ kunna slopas och artiklarna och de läkemedelsnära produkterna inordnas i prisnedsättnings-systemet och därmed också omfattas av högkostnadsskyddet.

Denna förändring av systemet skulle innebära en årlig total utgiftsminskning för försäkringen på mellan 20 och 30 mkr.

Som framgår av avsnitt 2.1.5 ges vissa förbrukningsartiklar för egenvård eller egenbehandling kostnadsfritt vid tre indikationer; till diabetiker och vid olika former av stomier och inkontinens. För varje indikationsgrupp är ett stort antal artiklar specificerade.

Socialstyrelsen meddelar föreskrifter om hur dessa förbrukningsartiklar som används för egenvård/egenbehandling skall vara beskaffade. Handikappinstitutet prövar, bedömer och godkänner vilka enskilda artiklar eller produkter som skall kunna förskrivas och upprättar på uppdrag av Socialstyrelsen fortlöpande en detaljerad förteckning över de artiklar/produkter som tillåts för varje indikationsgrupp.

Apoteksbolaget AB ansvarar för pridförhandling, distribution och tillhandahållande.

De kostnadsfria förbrukningsartiklarna/produkterna får förskrivas bara av sådan vårdpersonal som Socialstyrelsen förklarat behöriga. Vilka som för närvarande är behöriga att förskriva artiklarna framgår av avsnitt 2.1.5.

En förskrivning av kostnadsfria förbrukningsartiklar görs på ett hjälpmedelskort. På kortet skall anges hur många gånger förskrivningen får expedieras.

Den historiska bakgrunden till dagens system för kostnadsfria förbrukningsartiklar vid de tre indikationerna är följande.

Statsbidrag till sjukvårdshuvudmännen för utlämnade förband till ileo- och colostomiopererade infördes år 1962. Under 1960-talet vidgades denna bidragsgivning till att omfatta också injektionssprutor och kanyler för diabetiker samt uppsamlingsanordningar m.m. för personer med urininkontinens, urinretention och tarminkontinens. Förbrukningsartiklarna tillhandahölls av sjukvårdshuvudmännen i skiftande former och lämnades ut antingen av huvudmännen själva eller i vissa fall genom apoteken.

År 1973 ändrades distributions- och finansieringsformerna för dessa kostnadsfria förbrukningsartiklar. De finansieras sedan dess från den allmänna försäkringen enligt samma regler som för kostnadsfria läkemedel och distribueras som nämnts genom apotek efter ordination av behörig vårdpersonal.

Enligt utredningsdirektiven skall de vedertagna principerna om de kostnadsfria läkemedlen stå fast. De kostnadsfria förbrukningsartiklarna tillhör sjukförsäkringens läkemedelsför-

måner och vi har tolkat att begränsningen i direktiven också innefattar förbrukningsartiklarna. Trots denna begränsning har vi ändå funnit anledning att – i likhet med vad vi har gjort ifråga om de kostnadsfria läkemedlen – diskutera och överväga även de kostnadsfria förbrukningsartiklarnas fortsatta ställning i försäkringssystemet.

Vi har gjort följande bedömningar.

Nya artiklar har efter hand förts upp på förteckningen över sådana som lämnas kostnadsfritt liksom artiklar som inneburit en vidareutveckling av befintliga kostnadsfria produkter. Däremot har det sedan 1960-talet inte tillkommit några nya indikationsgrupper utöver de tre som nämnts inledningsvis.

För de personer som omfattas av kostnadsfriheten fungerar försörjningen i huvudsak på ett tillfredsställande sätt. Det stora flertalet brukare, som uppfyller villkoren för att få kostnadsfria förbrukningsartiklar, är också positiva till systemet. Detta är i sig ett skäl att bibehålla den nuvarande ordningen samt att aktualisera diagnos- och artikelförteckningarna. Med dagens författningsreglering är detta möjligt.

Det finns emellertid ett gränsdragningsproblem mellan de tre grupper som får avgiftsfria förbrukningsartiklar och de som ställs helt utanför. Systemets utformning med anknytning till tre indikationsgrupper innebär att det inte är behovet av förbrukningsartiklar som är avgörande för kostnadsfriheten utan den bakomliggande orsaken. Som exempel kan nämnas att injektionsmateriel ges kostnadsfritt till dem med sjukdomen Diabetes. Samma slag av injektionsprutor används vid t.ex. antibiotikabehandling vid sjukdomen Cystisk fibros eller för injicering av tillväxthormon, men lämnas då inte kostnadsfritt eftersom den diagnosen inte grundar rätt till kostnadsfrihet. Som ett annat exempel kan nämnas att psoriatiker och allergiker själva får betala för nödvändiga hudskyddsmedel, medan de stomiopererade får sådana medel kostnadsfritt.

Mot denna bakgrund kan sägas att det principiellt sett är otillfredsställande med ett system som medför stora skillnader i ekonomiska villkor mellan de grupper, som ingår i systemet och får sina kostnader för förbrukningsartiklar helt täckta, och de grupper som står utanför och inte alls får något ekonomiskt stöd. I många fall kan det vara fråga om lika angelägna behov. Den sjuke kan visserligen få artiklarna eller produkterna av sjukvårdshuvudmannen utan kostnad, eller till en viss

kostnad, som emellertid varierar mellan de olika huvudmännen.

Det finns också andra problem med det nuvarande systemet för kostnadsfrihet. En person kan visserligen tillhöra någon av de tre indikationsgrupperna som omfattas av kostnadsfrihet, men ändå inte få vissa av sina nödvändiga artiklar fritt, eftersom de inte finns förtecknade för just den gruppen. Även här kan som ett exempel nämnas hudskyddsmedel. De inkontinenta tillhör en av de tre indikationsgrupper som omfattas av kostnadsfriheten, men då för andra artiklar än hudskyddsmedel. Systemets svaghet är därför också att det exakt anger vilka artiklar som får tillhandahållas vid de indikationer eller diagnoser som omfattas av kostnadsfriheten.

För att göra bilden mera fullständig kan också exempel ges där diagnosen inte finns upptagen i den nuvarande förteckningen, men där behovet av förbrukningsartiklar är både nödvändiga och kostnadskrävande. Laryngectomerade har en stor årlig kostnad för stomaskydd, som är en typisk förbrukningsartikel för egenvård. Personer som har svårt att behärska sina munrörelser har problem med att saliv rinner ur munnen, att de spillar mat och dryck vid måltider. Förståndshandikappade på låg utvecklingsnivå, som håller på att lära sig att äta själva, kan ha samma problem. Detsamma gäller rörelsehindrade som har svårt att styra sina handrörelser när de äter. Även medicinbiverkning kan i vissa fall medföra alltför riklig salivutsöndring. Sådana personer har behov av skydd för sina kläder. En del använder ständigt något salivupptagande skydd – s.k. haklapp – till en stor årlig kostnad.

Mot denna bakgrund kan sägas att utformningen av dagens system med kostnadsfritt tillhandahållande av vissa förbrukningsartiklar och produkter för egenvård eller egenbehandling vid tre sjukdomsindikationer (egentligen vid åtta angivna diagnoser, se avsnitt 2.1.5) inte är tillfredsställande ur rättvisesynpunkt. Ett system för att kostnadsfritt tillhandahålla sådana artiklar bör därför vara mera flexibelt. En snabb anpassning bör kunna göras, inte bara till ny teknik och andra produkter än för närvarande, utan också till andra grupper sjuka eller handikappade som har fortlöpande behov av förbrukningsartiklar.

Ett sätt att lösa detta är att bygga ut den nuvarande indikationsförteckningen med flera angelägna grupper och därmed



också i stor utsträckning vidga artikel- och produktlistan. En sådan åtgärd är möjlig med nuvarande författningsreglering. En sådan lösning minskar emellertid inte gränsdragningsproblemen mellan dem som skall omfattas av kostnadsfriheten och dem som ställs utanför.

En annan lösning skulle kunna vara ett system som skulle byggas på att den nuvarande indikationsförteckningen avskaffades. Rätten till kostnadsfria artiklar skulle i stället tillkomma personer med någon avsaknad av kroppsfunction eller till personer med teknisk funktion som saknas hos kroppen. Mot bakgrund av att det var överväganden i dessa termer som en gång i tiden (Hjälpmedelverksamhetens organisation, Ds S 1971:4), ledde fram till den nuvarande indikationsförteckningen finns redan i dag möjlighet att utöka indikations- och artikelförteckningarna enligt denna modell. Denna modell skulle emellertid inte, som nämnts, minska de nämnda gränsdragningsproblemen.

Man kan då hävda att en lämpligare åtgärd vore att förändra systemet, så att det uteslutande utgår från behovet av kostnadsfria förbrukningsartiklar, dvs. oberoende av indikation eller diagnos. En sådan förändring skulle emellertid medföra en avsevärt ökad årlig kostnad för sjukförsäkringen för kostnadsfria artiklar. Försäkringens kostnad år 1991 för de fria förbrukningsartiklarna uppgick som inledningsvis nämnts till nära 1 mdkr. En förändring av systemet som medför en stor ökning av försäkringskostnaderna anser vi därför för närvarande inte vara ekonomiskt genomförbar.

Framför allt rättviseaspekter talar dock för att ett fortlöpande, inte tillfälligt, behov av förbrukningsartiklar för egenvård eller egenbehandling, som uppstår till följd av en kronisk sjukdom eller en varaktig funktionsnedsättning, bör vara styrande för rätten, att inom ramen för ett försäkringssystem, få tillgång till nödvändiga artiklar eller produkter.

En lösning är därför

- att behovet av förbrukningsartiklar för grupper med kroniska sjukdomar eller varaktiga funktionsnedsättningar, och inte särskilt angivna diagnoser, bör styra rätten i ett försäkringssystem att få tillgång till sina fortlöpande behov av förbrukningsartiklar, men också till andra produkter, t.ex. läkemedelsnära produkter för egenvård/egenbehandling som försäljs på apotek. Såda-

na produkter är bl. a. saliversättningsmedel och salivstimulerande medel till muntorra, medel mot ögontorrhet samt mjukgörande salvor till psoriatiker (det bör i detta sammanhang nämnas att det salivstimulerande medlet Mucidan fr.o.m. juni 1992 får, efter Läkemedelsverkets godkännande, förskrivas som prisnedsatt läkemedel. Detta kan medföra att flera läkemedelsnära produkter framöver kan komma att godkännas som läkemedel för förskrivning med prisnedsättning. En sådan åtgärd ryms inom nuvarande författningsreglering),

- att endast sådan vårdpersonal som Socialstyrelsen förklarat behöriga att förskriva förbrukningsartiklar och andra läkemedelsnära produkter skall liksom för närvarande ha förskrivningsrätten,
- att förbrukningsartiklarna bör liksom i dag av kvalitetsgarantiskäl vara prövade och godkända av Handikappinstitutet. De läkemedelsnära produkterna bör vara prövade och godkända av Apoteksbolaget AB
- att de förbrukningsartiklar och andra produkter, bl. a. också de läkemedelsnära medlen som försäljs på apotek, även i fortsättningen bör upptas i en förteckning som upprättas av Handikappinstitutet i samråd, vad gäller de läkemedelsnära medlen, med Apoteksbolaget AB.

Mot bakgrund av att det finns ett fungerande högkostnads-skydd för vård och medicin kan det diskuteras om inte kostnadsfriheten i den nu skisserade lösningen för diabetiker, stomister och inkontinenta skulle kunna slopas och samtliga förbrukningsartiklar och läkemedelsnära produkter för egenvård eller egenbehandling till dem som har fortlöpande behov därav inordnas i prisnedsättningssystemet för läkemedel och därmed också omfattas av högkostnadsskyddet.

Detta skulle medföra ett rättvisare system för dem med fortlöpande behov av förbrukningsartiklar och läkemedelsnära produkter för egenvård eller egenbehandling. Vissa personer inom de nuvarande tre indikationsgrupperna skulle få något ökade kostnader, men högkostnadsskyddet torde motverka en alltför stor ökning av deras kostnader. För nya grupper innebär däremot lösningen en avsevärd förbättring genom prisned-

sättning på produkterna samtidigt som inköpen kvalificerar för högkostnadsskydd. Alla med kroniska eller långvariga sjukdomar och med kontinuerligt behov av förbrukningsartiklar och andra läkemedelsnära produkter skulle därmed försäkringsmässigt behandlas lika.

I den nu skisserade lösningen bör den enskildes andel av kostnaden bestämmas till 120 kr per utlämningstillfälle, oberoende av hur många artiklar eller andra produkter som förskrivits på hjälpmedelskortet och som köps vid samma tillfälle. I detta system bör således inte den nya ordningen för läkemedelsrabatteringen med 120/10/10 kr osv. gälla. Eftersom läkemedel, speciallivsmedel och förbrukningsartiklar inte alltid förskrivs vid samma tillfälle bör inte heller rabatteringsystemet för läkemedel, speciallivsmedel och förbrukningsartiklar sammankopplas för kvalifikation för uppnående av högkostnadsskydd. Detta innebär att en person som vid samma inköpstillfälle presenterar förskrivning av t.ex. 2 läkemedel, 2 speciallivsmedel och 2 förbrukningsartiklar m.m. har att i egenavgifter betala  $(120 + 10) + 120 + 120$  för kvalifikation för högkostnadsskydd.

Det bör vidare regleras att en förskrivning av förbrukningsartiklar/produkter och läkemedelsnära preparat inte får avse större mängd än vad som svarar mot det beräknade behovet för 90 dagar.

För det nu skisserade systemet har vi gjort följande kostnadsberäkning.

Ett slopande av kostnadsfriheten för dem som nu omfattas av systemet skulle medföra en utgiftsminskning på ca 160 mkr (drygt 1,3 milj. verifikationer x egenavgiften 120 kr).

Om prisnedsättning dessutom införs för andra angelägna grupper torde kostnaden härför komma att uppgå till ca 60 mkr, alltså en nettobesparing på ca 100 mkr per år, exkl. systemets påverkan på kostnaderna för högkostnadsskyddet. Också här måste beräkningarna bygga på antaganden om patientandel och frikortslängd.

Om hänsyn även tas till utgiftseffekten på högkostnadsskyddet gör vi den bedömningen att mellan 70 - 80 mkr av de omkring 100 mkr kommer att tas i anspråk för detta. Det innebär således en total utgiftsminskning på mellan 20-30 mkr.

## 4.9 Merkostnadsersättning – en lägre nivå av handikappersättningen

### Sammanfattning

Enligt direktiven bör utredningen ta sikte på att föreslå ett införande av ytterligare en nivå inom handikappersättningen under den nu lägsta nivån, som är 36 % av basbeloppet.

Handikappersättning – som är skattefri – utgår alltförst efter hjälpbehovets omfattning eller merutgifternas storlek med för år räknat 69 %, 53 % eller 36 % av basbeloppet.

För en eventuell framtida merkostnadsersättning bör gälla att

- samma åldersgräns – 65 år – som finns inom systemet för handikappersättning skall gälla också för en ny lägre ersättningsnivå,
- ersättningens storlek lämpligen bör bestämmas till 18 % av basbeloppet,
- enbart merutgifter till följd av sjukdom/handikapp bör grund rätt till merkostnadsersättning.

Möjligheten att införa en schabloniserad merkostnadsersättning med en nivå på 18 % av basbeloppet som skulle ges till försäkrade med diagnoser som finns upptagna i en särskild förteckning har utretts. Resultatet av utredningsarbetet visade att en sådan modell inte är genomförbar.

Ett annat alternativ som diskuterats innebär en individuell bedömning av rätten till 18 % merkostnadsersättning, grundad på dagens principer. Den årliga försäkringskostnaden för detta alternativ uppgår till ca 970 mkr exkl. kostnader för administration.

Ett ytterligare alternativ som övervägts är närmast ovan redovisade modell, men där sådana patient- eller egenavgifter som kvalificerar för uppnående av högkostnadsskyddet för öppen sjukvård och läkemedel och för det tidigare redovisade förslaget om ett högkostnadsskydd för sjukresor, inte skall beaktas som merkostnad. Den årliga försämringskostnaden uppgår till ca 300 mkr exkl. kostnader för administration.

De två senaste alternativen redovisas som förslag utan förord för något.

En kompletterande merkostnadsersättning till dem som uppbär den högsta nivån av handikappersättningen föreslås inte.

#### 4.9.1 Inledning

I direktiven för uppdraget anges att våra överväganden bör ta sikte på att i första hand överväga bl.a. ett införande av ytterligare en nivå inom handikappersättningen under den nu lägsta nivån, som är 36 % av basbeloppet.

Vid utformningen av förslagen bör också skälig hänsyn tas till att möjligheten till avdrag för sjukdomskostnader vid inkomstbeskattningen har avskaffats fr.o.m. år 1991.

Handikappersättning kan beviljas den som fyllt 16 år och som innan han fyllt 65 år för avsevärd tid fått sin funktionsförmåga nedsatt i sådan utsträckning att han behöver mera tidskrävande eller fortlöpande hjälp i olika situationer eller har betydande merutgifter för sin sjukdom eller sitt handikapp.

Om det finns behov av stöd i flera än ett av dessa avseenden grundas bedömningen av rätten till handikappersättning på det sammanlagda behovet av stöd.

Handikappersättning utgår alltefter hjälpbehovets omfattning eller merutgifternas storlek med för år räknat 69 %, 53 % eller 36 % av basbeloppet. Vid 1992 års basbelopp utges alltså 23 253 kr, 17 861 kr resp. 12 132 kr. Handikappersättningen är skattefri.

Lagbestämmelserna i AFL är allmänt hållna. Vissa schablonregler har emellertid utvecklats. Kravet på "avsevärd tid" har ansetts motsvara minst ett år. "Mera tidskrävande hjälp" har ansetts motsvara ett effektivt hjälpbehov av två timmar per dag.

Enligt AFL kan betydande merutgifter ensamma grunda rätt till handikappersättning. RFV har här rekommenderat försäkringskassorna att som nedre gräns för betydande merutgifter tillämpa ett belopp motsvarande 28,5 % av basbeloppet för rätt till 36 % handikappersättning och att det är lämpligt att gränsvärdet för rätt till ersättning med 53 % och 69 % av basbeloppet bestäms till 7,5 % under respektive ersättningsnivå.

Detta gränsvärde, - 7,5 %, har en historisk bakgrund i den praxis som gällde bedömningen av rätten till invaliditetsersättning enligt den tidigare lagstiftningen som gällde före införandet av handikappersättningen den 1 juli 1975. Då beviljades i regel hel invaliditetsersättning (60 % av basbeloppet) när merkostnaderna nått upp till lägst en nivå som låg ungefär mitt emellan hel och halv ersättning. I de fall merkostnaderna närmade sig mitt emellan nivån för halv ersättning (30 % av basbeloppet) utgick halv sådan. Vid bedömningen av hur stora merkostnaderna skulle vara för att närma sig 30 % av basbeloppet utgick man då enligt praxis från en nivå som motsvarade 3/4 av den halva ersättningen, dvs. 22,5 % av basbeloppet.

Som redovisats i avsnitt 2.4.4 utgavs i december 1991 ca 51 000 handikappersättningar, de allra flesta som tilläggsförmån till pension.

Administrationskostnaden för att avgöra rätten till handikappersättning är mycket hög, omkring 3 500 kr för ett nytt ärende, beroende på att ärendeslaget innehåller ett stort mått av skälighetsbedömningar av den sökandes uppgivna hjälpbehov och merutgifter.

Vi har diskuterat ett flertal modeller för en lägre handikappersättningsnivå under den nu lägsta.

För samtliga modeller gäller följande utgångspunkter.

#### 4.9.2 65-årsgränsen

Mot bakgrund av den avskaffade möjligheten till avdrag för sjukdomskostnader – som främst kommit ålderspensionärer till godo – har vi övervägt om någon nedre åldersgräns, före vilken sjukdomen eller funktionshindret skall ha inträffat, bör finnas vid en eventuell lägre nivå inom handikappersättningen. Inom det nuvarande systemet för handikappersättning gäller att rätten till ersättning kan föreligga endast om funktionsförmågan blivit nedsatt före 65 års ålder.

Eftersom handikappersättningen – och den i det följande diskuterade lägre nivån – har en direkt anknytning till de merkostnader som uppkommer för en försäkrad på grund av hans sjukdom/funktionshinder, kan skäl i och för sig anföras för att det inte bör finnas någon åldersgräns före vilken sjukdomen/funktionshindret skall ha inträtt för att ersättning med den nya lägre nivån skall kunna ges.

Syftet med handikappersättningen och även med en ytterligare lägre ersättningsnivå är emellertid att ersättningen skall vara en kompensation för merkostnader som uppkommit till följd sjukdom eller handikapp. Merkostnader som i huvudsak är att hänföra till det naturliga åldrandet skall däremot inte ersättas av den allmänna försäkringen genom handikappersättning. Vår bedömning i denna del är därför att samma åldersgräns som finns i systemet för den nuvarande handikappersättningen bör gälla också för en lägre nivå på ersättningen.

De förslag till möjliga åtgärder på läkemedelsområdet, inkl. speciallivsmedlen och högkostnadsskyddet för sjukresor, som vi tidigare redovisat i detta kapitel, innehåller ingen åldersbegränsning. I någon mån kompenseras ålderspensionärerna genom dessa åtgärder för sloandet av avdraget vid inkomsttaxeringen.

#### 4.9.3 Gränsvärdet -7,5 % vid bedömning av storleken av merkostnader

Inledningsvis har redovisats bakgrunden till detta s.k. gränsvärde. Något sådant gränsvärde bör emellertid inte tillämpas på den lägre nivån av ersättningen under den nu lägsta nivån för handikappersättning. För att ha rätt till denna lägre nivå skall den försäkrade alltså ha merutgifter som uppgår till den lägre nivån.

Det finns dessutom skäl för RFV att överväga möjligheten av ett slopande av sin rekommendation som gäller de övriga handikappersättningsnivåerna. En sådan åtgärd torde innebära en besparing för nytillkommande ärenden på 30 mkr, sett över tiden.

#### **4.9.4 Nivån för den lägre ersättningen samt det stödbehov som skall kunna grunda rätt till den nya ersättningsnivån**

Den nuvarande lägsta nivån för handikappersättning är 36 % av basbeloppet. Vi har i våra överväganden stannat för att en lämplig nivå för den nya ersättningen bör bestämmas till hälften av den nuvarande lägsta, dvs. till 18 % av basbeloppet, eller i krontal för närvarande 6 066 kr. Detta innebär en lägre tröskeeffekt än för närvarande. För rätt till denna ersättning skall merkostnaderna bedömas uppgå till detta belopp. Inget gränsvärde -7,5 % bör, som ovan nämnts, gälla för den lägre ersättningsnivån, utan 18 % av basbeloppet bör vara en fast gräns.

När det gäller frågan om vilka behov på grund av sjukdom/funktionshinder som bör kunna bedömas för ekonomiskt stöd, vill vi anföra följande.

För en försäkrad som har både hjälpbehov och merutgifter grundas bedömningen på det sammanlagda behovet av stöd. Tidigare har nämnts att en försäkrad som har behov av fortlöpande hjälp i olika situationer som uppgår till två timmar per dag kan beviljas handikappersättning med 36 % av basbeloppet. En försäkrad som enbart har merutgifter för sin sjukdom eller sitt handikapp på 28,5 % (36 % -7,5 %) av basbeloppet erhåller också ersättning med 36 % av basbeloppet. En försäkrad som har ett hjälpbehov på omkring 1 timme och merutgifter som motsvarar 15 % av basbeloppet har följaktligen ett stödbehov av sådan omfattning att handikappersättning med 36 % av basbeloppet kan vara motiverat.

Vi anser att för en ny lägre ersättningsnivå bör enbart merkostnader för sjukdomen/funktionshindret ligga till grund för bedömningen av rätten till ersättning. Att bedöma diverse mindre hjälpbehov skulle sannolikt medföra ännu större tillämpningsproblem än i dag.

Rätten till ersättning med en ny lägre nivå bör – till skillnad



från rätten till handikappersättning – alltså inte grunda sig på en sammanvägning av hjälpbehov och merkostnader. Enbart merkostnader bör vara avgörande för försäkringskassornas bedömning av rätten till den nya lägre ersättningsnivån. Den lägre nivån bör därför benämnas merkostnadsersättning.

## 4.9.5 Merkostnadsersättning

### 4.9.5.1 Inledning

Vi har som utgångspunkter för våra fortsatta diskussioner och överväganden av olika modeller för en merkostnadsersättning alltså funnit att

- samma åldersgräns – 65 år – som finns inom systemet för handikappersättningen bör gälla också för en ny lägre ersättningsnivå,
- ersättningens storlek lämpligen bör bestämmas till 18 % av basbeloppet, som också bör vara en fast gräns, dvs. inget gränsvärde -7,5 % av basbeloppet bör gälla för denna ersättningsnivå,
- enbart merutgifter till följd av sjukdom/handikapp bör grunda rätt till merkostnadsersättningen.

Vidare har den bedömningen gjorts att den som anser sig inte ha ett så uttalat behov av hjälp eller så stora merkostnader för sin sjukdom eller handikapp som fordras för rätt till ersättning med 36 % av basbeloppet troligtvis ändå inte skulle ansöka om enbart den nya lägre nivån, utan i vanlig ordning söka handikappersättning. Därmed skulle försäkringskassorna ändå ha att utreda och bedöma om den i dag lägsta handikappersättningsnivån på 36 % av basbeloppet skall beviljas, eller om det är den lägre nya nivån på 18 % som är tillämplig.

Grunderna för merkostnadsersättning bör därför regleras i en särskild lagbestämmelse i AFL. Ansökan bör göras på ett särskilt formulär, med information i lämpliga former om den nya ersättningen. Den sökande kan därmed i många fall själv avgöra om ansökan skall avse merkostnadsersättning eller handikappersättning. Detta torde kunna bidra till en något enklare administration av dessa ärenden eftersom hjälpbehovet inte behöver bedömas vid ansökan om den nya ersättningen.

Vidare bör gälla att försäkringskassan kan pröva och besluta

om rätten till merkostnadsersättning utan ny ansökan från den som sökt handikappersättning, men bedömts inte uppfylla förutsättningarna härför.

Mot bakgrund av dessa utgångspunkter har vi utrett, diskuterat och bedömt ett antal olika modeller för en merkostnadsersättning.

#### 4.9.5.2 Schabloniserad merkostnadsersättning

Den omfattande administrationen för att hantera ansökningar om handikappersättning har vi beskrivit i avsnitten 2.4 och 3.4. Administrationskostnaden för ett nytt ärende beräknas uppgå till ca 3 500 kr.

Mot den bakgrunden har vi för att skapa enkelhet i systemet och därmed en billig försäkringsadministration, utrett om det finns möjligheter att införa en särskild schabloniserad merkostnadsersättning som skulle ges till försäkrade med en huvuddiagnos upptagen i en särskild förteckning.

Den första modellen som vi närmare studerade var ett system med ersättning med vissa olika belopp till sådana diagnosgrupper som kan anses ha merkostnader i intervallet 18 % – 36 % av basbeloppet. Sådana belopp skulle fastställas utifrån ett uppskattat behov för olika diagnosgrupper. Det visade sig emellertid att möjligheterna att ta fram schablonmässigt bestämda ersättningar för vissa bestämda diagnoser var behäftat med stora problem. Utgångspunkten var de försäkrades merkostnader i ärenden om beslut om avslag eller indragning av handikappersättning. Det statistiska underlaget visade sig emellertid vara alltför litet. Vi studerade närmare de ärenden som avgjordes år 1989. Handikappersättning avslogs i 1 799 ärenden och 573 ersättningar drogs in det året. Ärendena avsåg så många olika diagnoser eller diagnoser med tilläggsdiagnoser, att underlaget inte var tillräckligt för att skapa de olika schablonbeloppen.

Handikappförbundens Centralkommitté tillskrev samtliga handikapporganisationer med uppmaning att till oss redovisa informationsmaterial m.m. som beskriver de skilda handikappgruppernas behov av ekonomiskt stöd för de olika slag av merkostnader de sjuka eller handikappade har. Svar kom in från drygt 20 organisationer. Av svaren kunde i viss mån utläsas de olika slag av merkostnader som kan uppstå till följd

av skilda sjukdomar eller handikapp. Svaren gav oss emellertid inte tillräckligt underlag beträffande mera "normala" eller genomsnittliga merkostnader för respektive grupper för att det skulle vara möjligt att från det materialet skapa olika schablonersättningar för dem som kan anses ha merkostnader i intervallet 18 % – 36 % av basbeloppet.

En referensgrupp knöts därför till vårt sekretariat för det fortsatta utredningsarbetet med att försöka utforma en schabloniserad merkostnadsersättning. Gruppen bestod av en läkare med specialiteten allmän medicin, personal från fyra försäkringskassor och RFV.

Referensgruppens uppdrag var alltså att utreda möjligheten att införa en schabloniserad merkostnadsersättning med en nivå på 18 % av basbeloppet som – i stort sett med ledning endast av ett läkarutlåtande – skulle ges till försäkrade med diagnoser som finns upptagna i en särskild förteckning.

Referensgruppen har under sitt arbete försökt "standardisera handikappet" utifrån en "typisk behovssituation" för olika diagnosgrupper, dvs. försökt att få fram en s.k. riktkarl inom skilda diagnosgrupper, som kan bedömas ha merkostnader av tillräcklig storlek. Alla personer med samma diagnos som riktkarlen skulle därmed kunna beviljas merkostnadsersättning.

Utgångspunkterna för gruppens arbete var att

- en diagnos skulle kunna tas upp i förteckningen om den s.k. riktkarlen inom diagnosgruppen med relativt stor säkerhet kunde bedömas ha merkostnader för sin sjukdom eller sitt handikapp som uppgår till sammanlagt minst 18 % av basbeloppet,
- som ett första steg i genomgången av de olika diagnosgrupperna bedöma vilka riktkarlar inom de olika diagnosgrupperna som skulle kunna komma att omfattas av ett högkostnadsskydd för sjukresor,
- också, som ett första steg i genomgången, bedöma vilka riktkarlar som även skulle kunna komma att omfattas av ett högkostnadsskydd för läkarvård, sjukvårdande behandling och läkemedel och som därvid eventuellt skulle innefatta också förbrukningsartiklar

och specialdestinerade livsmedel, och med ett oförändrat högkostnadsskyddstak på 1 500 kr under en tolv månadersperiod under år 1991.

Detta innebär att referensgruppen i det första steget försökt hitta en "riktkarl" inom skilda diagnosgrupper som har merkostnader för sin sjukdom eller sitt handikapp som kan bedömas uppgå till ca 3 400 kr utöver högkostnadsskyddet för vård, medicin m.m. och ett högkostnadsskydd för sjukresor med lägst 1 200 kr i egenavgifter under en tolv månadersperiod.

De två sista strecksatserna har diskuterats i referensgruppen. Gruppen har varit medveten om att inte alla riktkarlar helt säkert har egenavgifter upp till dessa högkostnadsskyddstak om tillsammans 2 700 kr. Som ett andra steg i genomgången studerade referensgruppen därför närmare om respektive riktkarl inom de diagnosgrupper, som vore tänkbara att förteckna, kunde bedömas nå upp till de båda taken för de två skisserade högkostnadsskydden. Om så inte kunde anses vara fallet erfordrades större merkostnader utöver de båda högkostnadsskydden än 3 400 kr.

Med dessa utgångspunkter att varje riktkarl i det första steget av genomgången "i botten" hade 2 700 kr att tillgoda sig som merkostnader för sin sjukdom eller sitt handikapp, gick referensgruppen igenom totalt 186 dokumenterade ärenden om avslag av handikappersättning, främst under åren 1990-91. I några ärenden hade avslagsbeslutet fattats under slutet av år 1989. I ett mindre antal fall har genomgången också omfattat bedömningar som gjorts av försäkringsrätt och försäkringsöverdomstolen i ärenden som överklagats. I de beslut om avslag som fattats tidigare än år 1991 har en uppräknig av merkostnaderna skett till 1991 års prisnivå.

Inom referensgruppen fanns en mycket stor samlad kunskap och erfarenhet om samtliga diagnosgruppers olika stödbehov. Gruppen har därför diskuterat också sådana diagnoser som inte ingått i de 186 dokumenterade ärendena.

Referensgruppen har redovisat att två merkostnadsslag inte har kunnat "standardiseras" vid bedömningen av om den s.k. riktkarlen inom skilda diagnosgrupper nådde upp till dessa 3 400 kr i merkostnader utöver vad som skulle kompenseras genom de båda högkostnadsskydden. Vid gruppens bedömning utslöts därför dessa två merkostnadssteg helt.

Det ena kostnadsslaget avser merkostnader för resor med egen bil till och från arbete/studier eller för fritidsresor.

För att sådana merkostnader skall kunna godtas krävs att det är medicinskt styrkt att den försäkrade på grund av sin sjukdom/handikapp är förhindrad eller har stora svårigheter att använda allmänna kommunikationer. Även om den försäkrades handikapp förhindrar användandet av allmänna kommunikationer, godtas inte merkostnader för bilresor om den försäkrade får utnyttja kommunal färdtjänst. Den del av kostnaden för färdtjänsten som överstiger kostnaden för resor med allmänna kommunikationer godtas emellertid som en merkostnad. Möjligheten till färdtjänst och egenavgifter för sådana resor varierar mellan olika kommuner. Det är också så att om den försäkrade utan sin funktionsnedsättning, ändå skulle ha behövt bil i sitt arbete eller om det hade varit omöjligt för honom att ta sig till och från arbetet med allmänna kommunikationer och han därför hade varit tvungen att använda egen bil, godtas i tillämpningen inte kostnaden för resor med den egna bilen som merutgift.

Andra faktorer som inte gjort det möjligt att standardisera merkostnader för resor med egen bil är den stora variationen i reseavstånd som kan förekomma. Merutgifter för egen bil beräknas också olika om bilen köpts av egna medel eller om den försäkrade fått statligt bilstöd till köpet.

Det andra kostnadsslaget som inte kunnat standardiseras är den kostnad som kan uppstå på grund av behov av hjälp i den dagliga livsföringen.

Sådan hjälp ges ofta av anhörig. Denna hjälp betraktas inte som en merutgift utan ingår i underlaget för bedömningen av hjälpbehovets omfattning i ärenden om handikappersättning. För merkostnadsersättningen har en av utgångspunkterna varit att endast merkostnader skall beaktas.

Behovet av hjälp kan också täckas genom kommunernas sociala hemhjälp till äldre och handikappade i form av hemvårdares stöd och hjälp i den dagliga livsföringen. Den avgift den försäkrade betalar för hemhjälp räknas som en merkostnad. En kommun får, inom vissa ramar, själv bestämma enligt vilka grunder avgiften skall tas ut. Den kan tas ut som enhetstaxa eller vara inkomstrelaterad. Omfattningen av den hjälp som lämnas varierar efter olika omsorgsnivåer. Både omfattningen av den hjälp som lämnas och avgiftens storlek

varierar mellan kommunerna.

Referensgruppen har av denna anledning inte heller kunnat beakta merkostnader för hjälpbehov hos de s.k. riktkarlarna. Gruppens slutsats är att försäkrade med merkostnader för resor med egen bil och/eller för hjälpbehov måste bedömas inom ramen för det nuvarande systemet för handikappersättning.

De ärenden som referensgruppen har grundat sina bedömningar på om merkostnader vid olika diagnoser – med de två nyss nämnda begränsningarna – fördelade sig på dokumenterade ärenden med huvuddiagnos inom samtliga diagnosgrupper. Sammanlagt genomgicks 186 ärenden, dvs. ett relativt litet material. Många försäkrade avstår efter samtal med försäkringskassans personal, sjukhuskuratorer m.fl. med kunskap om gällande praxis, från att söka handikappersättning, vilket har varit ett problem för referensgruppen.

Referensgruppens genomgångna ärenden fördelade sig alltså på samtliga diagnosgrupper. Flertalet diagnoser gällde sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven, nervsystemets och sinnesorganens sjukdomar, mentala rubbningar, endokrina systemets sjukdomar, hudens och underhudens sjukdomar samt matsmältningsorganens sjukdomar.

Utöver dessa dokumenterade ärenden har referensgruppen med – som tidigare nämnts – den samlade kunskap och erfarenhet som finns i gruppen, diskuterat förhållandena för en mångfald andra diagnosgrupper som inte var representerade bland de 186 dokumenterade ärendena.

Resultatet av referensgruppens arbete har redovisats i en omfattande promemoria men återges här endast i starkt förkortat skick.

Resultatet visade att det inte var en framkomlig väg att schablonisera en ersättningsform med en nivå som ligger under den nu lägsta nivån för handikappersättningen. Endast en s.k. riktkarl kunde bedömas ha merkostnader för sin sjukdom utöver de båda högkostnadsskydden av en sådan storlek att en generell rätt till merkostnadsersättning på 18 % av basbeloppet kunde föreslås. Detta gällde vid diagnosen Diabetes mellitus (både typ I – debut i barna- och ungdomsåren och typ II – debut i vuxen ålder). För övriga diagnosgrupper gällde i huvudsak att variationerna i storleken av merkostnader och därmed spännvidden var alldeles för stor för att

någon säker riktkarl stod att finna.

En kostnadsberäkning av en generell rätt till merkostnadsersättning med 18 % av basbeloppet (för närvarande 6 066 kr) till personer med diagnosen Diabetes mellitus typ I och II gav vid handen följande.

I landet finns ca 240 000 personer med denna diagnos. Den totala årliga kostnaden för enbart denna grupp skulle därmed bli 1,46 mdkr. Till detta kommer en administrationskostnad initialt, som i en schabloniserad ersättningsmodell torde uppgå till endast omkring 24 mkr. Hur kostnaden skulle fördela sig på det första och andra året är svårt att beräkna. Enligt erfarenheter av tidigare reformer tar det relativt lång tid innan fulleffekten inträder.

Att införa en ny, mycket kostnadskrävande, ersättningsform för enbart en diagnosgrupp anser vi vara orealistiskt.

Det bör nämnas att vi också undersökt om uppgifter om tidigare medgivna avdrag i deklARATIONEN för sjukdomskostnader skulle kunna vara ett hjälpmedel för att avgöra om vissa diagnosgrupper skulle kunna schablonmässigt medges merkostnadsersättning.

Före skatteomläggningen kunde en person vars skatteförmåga varit väsentligen nedsatt bli beviljad ett s.k. extra avdrag i deklARATIONEN. Förutsättningen var att skatteförmågan varit väsentligen nedsatt till följd av t.ex. långvarig sjukdom, olyckshändelse, ålderdom eller underhållsskyldighet. Med uttrycket att "skatteförmågan har varit väsentligen nedsatt" menades att inkomsten varit låg. Avdraget bestämdes efter omständigheterna och fick inte överstiga 10 000 kr. De personer som beviljades avdraget var främst handikappade och de med kroniska sjukdomar. Som exempel kan nämnas allergi, celiaki, cystisk fibros och lungsjukdomar.

Det gick emellertid inte att med ledning av deklARATIONSUPPGIFTER schablonmässigt ange merutgifternas storlek. Det fanns heller inga tabeller där man kunde slå upp att en viss diagnosgrupp kunde beviljas x antal kr i extra avdrag. Detta beror på att utgifterna varierar såväl mellan som inom olika sjukdomsgrupper. Avdragsrätten var alltså beroende av en bedömning i varje enskilt fall.

Hade handikappersättning eller annan skattefri ersättning betalats ut för att täcka merutgifterna fick avdrag inte medges för dessa kostnader.

Riksskatteverket uppger att verket inte fört någon statistik över beviljade sjukdomsavdrag i förhållande till olika diagnosgrupper. När det gäller rekommendationer om "generell" avdragsrätt, fanns sådana för ett merkostnadsslag, nämligen för olika specialkost. Avdraget, som kunde medges om ersättning inte utgick från annat samhällsorgan (t.ex. genom handikappersättning), var för år 1990 följande:

Diabeteskost	3 900 kr
Laktosfri kost	2 800 kr
Glutenfri kost	4 400 kr
Proteinreducerad kost	2 500 kr
Fettreducerad kost	12 200 kr dock maximerat till 10 000 kr

Bl.a. glutenfri och fettreducerad kost utlämnas som prisedsatta livsmedel vid vissa sjukdomar till barn under 16 år. Tidigare i detta betänkande har förslagits att åldersgränsen 16 år slopas för denna förmån, samt att egenavgiften för livsmedlen kvalificerar för uppnående av högkostnads skyddet för öppenvård och läkemedel.

Uppgifter om det extra avdraget för sjukdomskostnader kan således inte heller tjäna som underlag för vissa diagnosgrupper eventuella generella rätt till merkostnadsersättning.

Andra alternativa lösningar har därför övervägts.

#### 4.9.5.3 Individuell bedömning av rätten till merkostnadsersättning

Ett alternativ som diskuterats innebär en individuell bedömning av rätten till 18 % merkostnadsersättning, grundat på en bedömning av enbart de sökandes merkostnader på grund av sjukdom eller funktionshinder.

Vid kostnadsberäkningen har vi gjort följande bedömning. Av de ca 240 000 diabetikerna, där vår referensgrupp fann att den s.k. riktkarlen – normalfallet – ansågs ha merutgifter för sin sjukdom som uppgick till minst 18 % av basbeloppet, antas att omkring hälften av dessa skulle komma att beviljas merkostnadsersättning efter individuell bedömning. Ett antal personer inom övriga diagnosgrupper torde också komma ifråga för rätt till ersättningen. Antalsuppgifter om dessa är ytterst osäkra. Emellertid antas att ytterligare ca 40 000 per-



soner med andra diagnoser, bl.a. psoriatiker, allergiker, stomiopererade och rörelsehindrade med inte så svåra besvär att de i dag kan beviljas handikappersättning med åtminstone 36 % av basbeloppet, skulle kunna bli berättigade till merkostnadsersättning.

Försäkringskostnaden torde därmed komma att årligen uppgå till 971 mkr. Till dessa årliga försäkringskostnader kommer en administrationskostnad initialt om ca 2 700 kr för varje nytt bedömningsärende som leder till beviljande, eller ca 430 mkr. Administrationskostnaden för ett nytt handikappersättningsärende, där både behov av hjälp och merkostnader bedöms uppgår till ca 3 500 kr. Den lägre administrationskostnaden för ärenden om merkostnadsersättning beror på att enbart merkostnadernas storlek skall bedömas.

Frekvensen avslag av ansökningar om handikappersättning utgör för närvarande ca 25 %. Vi gör den bedömningen att avslagsfrekvensen i ärenden om merkostnadsersättning i inledningsskedet torde uppgå till 40 %. Administrationskostnaden för avslagsbesluten beräknar vi därmed initialt till ca 300 mkr.

#### 4.9.5.4 Individuell bedömning av rätten till merkostnadsersättning men med bortseende från vissa patientavgifter/egenavgifter

Vid tiden för införandet av förmånsslaget handikappersättning i juli 1975 fanns inte det nuvarande skyddet mot höga kostnader för vård och medicin - högkostnadsskyddet. På eget initiativ hade visserligen vissa sjukvårdshuvudmän under år 1975 infört en generell avgiftsmaximering. En överenskomst mellan Socialdepartementet och Landstingsförbundet samma år ledde till att förbundet rekommenderade införande av generell avgiftsmaximering i hela landet. År 1976 hade flertalet landsting infört sådana system. Principen innebar att, när den försäkrade erlagt avgift för ett visst antal besök i öppen offentlig vård, återstoden av besöken under året blev kostnadsbefriande.

Genom det statligt reglerade och utbyggda högkostnadsskyddet, som infördes den 1 juli 1981, omfattas även besök hos försäkringsanslutna privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster, avgiftsbelagd företagshälsovård, oralkirurgisk be-

handling samt köp av prisnedsatta mediciner. Genom detta skydd bestämmer riksdagen det högsta belopp alla försäkrade har att betala för nämnda vårdbesök och inköp.

Vi har, som nämnts tidigare i detta betänkandet, föreslagit ett högkostnadsskydd för sjukresor, med de alternativa lägsta egenavgiftstaken om 1 200 kr och 1 600 kr.

Mot denna bakgrund har vi i denna alternativa modell övervägt en utformning med individuell bedömning för rätt till merkostnadsersättning av enbart merkostnader för sjukdomen eller funktionshindret. Undantag har dock gjorts för sådana patient- och egenavgifter som kvalificerar för högkostnadsskyddet för vård och läkemedel samt för sjukresor. Motivet för denna bedömning är att riksdagen för dessa skydd mot höga kostnader bestämmer ett årligt belopp som kan anses vara rimligt med hänsyn till bl.a. kostnadsutveckling och samhällsekonomi.

När det gäller detta alternativ kan nivån för denna lägre ersättningsform diskuteras.

Den nuvarande lägsta nivån inom handikappersättningen är 36 % av basbeloppet. Vid bedömningen av storleken på enbart merkostnaderna inkl. kostnader för vård, medicin och sjukresor, räcker det med att den försäkrade – med det gränsvärde -7,5 % som här tillämpas – har merkostnader som uppgår till 28,5 % av basbeloppet, eller för närvarande 9 605 kr. 18 % av basbeloppet utgör i kronor 6 066, vilket den försäkrade måste nå upp till exkl. merkostnader för vård, medicin och sjukresor. Detta innebär i praktiken en mycket liten skillnad i storleken av merkostnader för rätt till de båda ersättningsformerna.

De allra flesta som kommer i fråga för rätt till handikappersättning beviljas emellertid ersättningen efter en sammanvägning av hjälpbehov och merkostnader. Som visats i avsnitt 4.9.4 kan en timmes hjälpbehov och merkostnader som uppgår till 15 % av basbeloppet motivera handikappersättning med 36 % av basbeloppet.

Mot denna bakgrund torde 18 % av basbeloppet vara en rimlig nivå för merkostnadernas storlek också i detta alternativ.

Om en försäkrad har merkostnader i övrigt, främst för den dagliga livsföringen och för arbetsresor, vilka sammanlagt uppgår till 18 % av basbeloppet, kan han beviljas merkost-

nadsersättning. Bedömningen av sådana merkostnader bör ske efter samma principer som vid bedömningen av merkostnader i ärenden om handikappersättning.

Vi har gjort den skattningen att ca 50 000 försäkrade kan komma att bli berättigade till ersättningen enligt dessa grunder. Också i detta alternativ torde den stora gruppen bidragsberättigade komma att utgöras av diabetiker. Försäkringens årliga kostnad blir vid detta antagande drygt 300 mkr.

Med individuell bedömning av dessa ärenden uppkommer initialt en administrationskostnad på omkring 100 mkr i detta alternativ (ca 2 000 kr per nytt ärende). Antalet ansökningar som efter bedömning senare leder till avslagsbeslut kan också i detta alternativ beräknas till 40 %, dvs. 34 000 avslagsärenden. Administrationskostnaden för dessa avslagsärenden kan beräknas till initialt omkring 68 mkr, dvs. en total initialkostnad om ca 170 mkr.

#### 4.10 Merkostnadsersättning till dem som uppstår den högsta nivån av handikappersättning

Handikapputredningen har i sin lägesrapport Handikapp och välfärd? (SOU 1990:19) anfört bl.a. följande.

Både vad gäller handikappersättning och vårdbidrag har tid efter annan framställts önskemål om flera ersättningsnivåer. Kraven har gällt en nivå som är lägre än den existerande, för att även grupper med längre stödbehov än som motsvarar den existerande lägsta nivån skall kunna få någon ersättning. Kraven har också gällt en högre nivå än den existerande, då den högsta existerande nivån inte ansetts ge ersättning nog för dem med högst stödbehov.

Socialförsäkringsutskottet behandlade i betänkandet SfU 1987/88:18 tre motioner om en ytterligare lägre nivå inom handikappersättningen. Som motiv för en lägre nivå anfördes bl.a. att många handikappade, t.ex. psoriasissjuka och diabetiker, har dryga omkostnader för sin sjukdom men att de ändå inte når upp till den nuvarande lägsta nivån för handikappersättning. Utskottet instämde med motionärerna och ansåg att regeringen borde utreda frågan i syfte att snarast lägga förslag om ändring.

Regeringen har aviserat förslag till riksdagen (prop. 1988/89:100, bil. 7) om en samlad reform som skulle innebära bl.a. enhetliga regler för läkemedelförmåner och förbrukningsartiklar, ett högkostnadsskydd för sjukresor samt en ny lägsta nivå för handikappersättning.

Företrädare för Socialstyrelsen och Riksförsäkringsverket har framfört att den i dag gällande högsta nivån inom handikappersättningen inte ger tillräcklig ersättning för handikappade med det största stödbehovet, t.ex. mycket höga merkostnader.

Mot denna bakgrund har vi diskuterat frågan om möjligheten att kunna ge 18 % merkostnadsersättning till dem som i dag uppbär den högsta handikappersättningsnivån 69 % av basbeloppet (för närvarande 23 253 kr för år räknat), men som därutöver kan beräknas ha merkostnader för sin sjukdom/-handikapp som uppgår till 18 % av basbeloppet (för närvarande 6 066 kr för år räknat).

Denna fråga har visat sig vara komplicerad. Anledningarna är i huvudsak två.

Vid bedömningen av rätten till handikappersättning sammanvägs hjälpbehovet med merkostnaderna. I handikappersättningsystemet tas hänsyn till samtliga merkostnader, som är en följd av handikappet/sjukdomen, dvs. också till sådana egenavgifter som kvalificerar upp till taket 1 500 kr för högkostnadsskyddet.

I diskussionerna om vad som skall betraktas som merkostnader inom 18 % merkostnadsersättning har vi - utan att ge förord för något alternativ - redovisat en modell, där egenavgifter som kvalificerar till högkostnadsskydd för vård och läkemedel samt egenavgifter för det föreslagna högkostnadsskyddet för sjukresor inte bör räknas som merkostnad.

Den andra anledningen till komplikationerna är kostnadsberäkningarna. Vilka grupper och vilket antal personer kan komma i fråga för påslaget 18 % i form av merkostnadsersättning?

I dag uppbär 3 548 personer 69 % handikappersättning som huvudförmån. 11 536 personer uppbär denna högsta nivå som tilläggsförmån till pension/sjukbidrag.

Mot denna bakgrund, men också beroende på att denna fråga ligger långt utanför ramen för direktiven avser vi att inte lägga något förslag på detta område.

## 5 Specialmotivering

### Inledning

I betänkandet redogörs för ett flertal åtgärder som övervägts om möjliga förändringar inom många av de förmånssystem som omfattas av lagen (1962:381) om allmän försäkring och andra författningar inom socialförsäkringsområdet.

Det redovisas förslag om en utvidgning av personkretsen som skall ha rätt till prisnedsättning av speciallivsmedel m. fl. åtgärder. Vidare redovisas alternativa förslag om

- en ny merkostnadsersättning
- ett högkostnadsskydd för sjukresor och om
- de kostnadsfria läkemedlens och de kostnadsfria förbrukningsartiklarnas fortsatta ställning inom socialförsäkringssystemet.

I fråga om de båda sistnämnda förmånerna lämnas förslag – utöver andra alternativa förslag – som innebär bibehållen kostnadsfrihet. Enligt detta alternativ bör emellertid såväl diagnosförteckningar som förteckningar över läkemedel eller läkemedelssubstanser och förbrukningsartiklar som grundar rätt till kostnadsfrihet aktualiseras och byggas ut med hänsyn till utvecklingen av nya, effektivare läkemedel och produkter.

Dessa åtgärder kan vidtas inom ramen för den nuvarande författningsregleringen.

## Förslagen till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring

### 2 kap. 1 §

Förslaget innebär att det slås fast att sjukvårdshuvudmännen har skyldighet – utöver att administrera högkostnadsskydd för sjukresor – att besluta om kostnadsfrihet för försäkrade som uppnår skyddet.

### 9 kap. 3 a § Förslag 1

En ny lägre ersättning införs som ligger under den nu lägsta nivån inom handikappersättningen.

Endast merutgifter (merkostnader) grundar rätt till ersättningen och benämns *merkostnadsersättning*. Förutsättningarna för rätt till denna ersättning regleras i en särskild paragraf i lagen.

Merkostnadsersättning är en särskild folkpensionsförmån som kan utgå till en försäkrad som har fyllt 16 år och som, innan han har fyllt 65 år, har fått sin funktionsförmåga nedsatt för avsevärd tid så att han har merutgifter.

Begreppet *för avsevärd tid* innebär i det här sammanhanget detsamma som inom systemet för förtidspension och handikappersättning, dvs. minst ett år framåt (prop. 1962:90 med förslag till lag om allmän försäkring m.m., s. 289).

Merkostnadsersättning kan betalas ut som en tilläggsförmån till ålders- och förtidspension, men kan också ges som en självständig förmån.

Merkostnadsersättning lämnas till en försäkrad, som har merkostnader för sin sjukdom eller sitt handikapp om storleken av dessa kan beräknas årligen uppgå till minst 18 % av basbeloppet. Ersättning ges då med samma procentsats.

Vad som föreskrivs i lag eller annan författning om handikappersättning gäller också i tillämpliga delar om merkostnadsersättning. Detta innebär bl.a. att föreskrifterna i lagen om allmän försäkring om ansökan om pension, behörig försäkringskassa att fatta beslut, institutionsvistelse, provisoriska beslut, omprövning, ändring och överklagande av försäkringskassas beslut och om verkställighetsföreskrifter skall tillämpas på merkostnadsersättning.

Merkostnadsersättning kan inte utges till den som uppstår handikappersättning.

### *9 kap. 3 a § Förslag 2*

Detta förslag har delvis samma motivering som redovisats beträffande paragrafen under Förslag 1. Enligt Förslag 2 skall emellertid sådana patient- och egenavgifter som kvalificerar till högkostnadsskydd för öppen sjukvård och läkemedel samt sådana egenavgifter som kvalificerar till det föreslagna högkostnadsskyddet för sjukresor inte beaktas som merkostnader vid bedömning av rätt till merkostnadsersättning.

## Förslagen till lag om ändring i lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor

### *2 a § Förslag 1*

Förutsättningarna för det föreslagna skyddet mot höga sjukreskostnader föreslås bli reglerade i en ny paragraf i lagen. Detta skydd är uppbyggt efter förebild av högkostnadsskyddet för öppen sjukvård och läkemedel.

Endast egenavgifter för sådana sjukresor för vilka resekostnadsersättning lämnas enligt denna lag kvalificerar för uppnående av kostnadsbefrielse. Befrielsen, som gäller under den tid som återstår av en tolv månadersperiod, räknat från den första företagna sjukresan, omfattar endast resor som är ersättningsberättigade enligt denna lag.

Det står emellertid en sjukvårdshuvudman fritt att avgöra om även andra sjuk- eller behandlingsresor skall omfattas av högkostnadsskyddet. Staten skall emellertid inte bära några kostnader vid sådana fall.

Endast egenavgift för sjukresor som uppgår till lägst det belopp som anges i 14 a § 5 förordningen (1984:908) om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudman från sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring grundar rätt till uppnående av kostnadsbefrielse. Denna egenavgift uppgår till för närvarande högst 40 kr per enkelresa, oavsett färdmedel.

Kostnadsbefrielsen inträder när sammanlagt minst 1 200 kr har erlagts med nämnda egenavgifter.

Bestämmelserna om barns gemensamma kostnadsbefrielse och om föräldrabegreppet skall vara desamma som för hög-

kostnadsskyddet enligt 7 § lagen (1991:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. och motiveras därför inte närmare här.

Sjukvårdshuvudmannen skall vidta de åtgärder som behövs för kostnadsbefrielse, dvs. fatta beslut om kostnadsbefrielse. Sjukvårdshuvudmännen kan administrativt utforma högkostnadsskyddet för sjukresor efter sina regionala förutsättningar.

### *2 a § Förslag 2*

Detta förslag har delvis samma motivering som redovisats beträffande paragrafen under Förslag 1. Enligt Förslag 2 inträder kostnadsbefrielsen när egenavgifter som ovan sagts erlagts med minst 1 600 kr.

Förslagen till lag om ändring av lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m.

En förteckning över såväl diagnoser som läkemedel eller läkemedelssubstanser finns intagen i förordningen (1981:353) med förteckning över kostnadsfria läkemedel.

### *2 § Förslag 1*

Genom ändringen av denna paragraf ändras personkretsen som har rätt till kostnadsfria läkemedel enligt förordningen med förteckning över kostnadsfria läkemedel. Till följd härav bör även förteckningen i förordningen över läkemedel som är kostnadsfria ändras.

Endast sjukdomar som medför att kroppen lider brist på sådana substanser som kroppen normalt producerar, s.k. kroppsegna substanser, berättigar till kostnadsfrihet. Sådana substanser är t.ex. insulin, tillväxthormon och blodfraktioner till blödarsjuka.

Däremot avses i regel inte substanser som stimulerar kroppens egen produktion av substanser. Inte heller avses substanser för modifiering av kroppsegna substanser berättiga till kostnadsfrihet.

### *5 § Förslag 1*

Ändringen av paragrafen innebär att åldersbegränsningen 16 år avskaffas och personkretsen utökas till att också omfatta



vuxna. Ändringen innebär vidare att den nuvarande uppräkningsen av tio diagnoser som berättigar till prisnedsättning av speciallivsmedel och som finns reglerat i 1 § förordningen (1979:1132) om prisnedsatta livsmedel vid vissa sjukdomar kan upphöra att gälla. I stället skall ett behov av dessa livsmedel vara avgörande för rätt till nedsättning av priset vid inköp på apotek. Utgångspunkten för detta behov skall vara att sjukdomen är långvarig. Behovet av speciallivsmedel skall vidare vara kontinuerligt.

Endast läkare som har specialistkompetens på sådana sjukdomar som kan komma i fråga skall liksom för närvarande ha rätt att förskriva livsmedel som avses i 20 § livsmedelslagen (1971:511).

Beträffande föreskriften om nedsättning av det fastställda priset på livsmedel föreslås inte någon ändring av vad som för närvarande gäller.

#### 6 § Förslag 1

Ändringen av paragrafen innebär att den nuvarande uppräkningsen av de tre indikationerna som innefattar åtta diagnoser som finns intagen i kungörelsen (1972:189) om kostnadsfria förbrukningsartiklar vid sjukdom kan utgå ur förteckningen. Behovet av förbrukningsartiklar vara avgörande för att få artiklarna kostnadsfritt. Härmed avses inte att utesluta någon av de nuvarande diagnosgrupperna eller deras artikelsortiment från kostnadsfrihet vid ett förändrat förmånssystem. Flera diagnosgrupper och därmed ett utökat artikelsortiment kommer i stället att omfattas av det nya systemet. Det bör betonas att förbrukningsartiklarna skall vara av engångsnatur och vara avsedda för egenvård eller egenbehandling.

Med tillägget *läkemedelsnära produkter* avses att även t.ex. hudskyddsmedel, saliversättningsmedel, salivstimulerande medel och medel mot ögon- eller muntorrhet skall omfattas av systemet.

Behovet av förbrukningsartiklar i form av engångsnatur och läkemedelsnära produkter skall grunda sig på en allvarlig sjukdom eller efter en behandling för sådan sjukdom eller på en varaktig funktionsnedsättning. Behovet av artiklarna och produkterna skall vara fortlöpande.

Endast sådan vårdpersonal som Socialstyrelsen förklarar behörig skall ha rätt att förskriva artiklarna och produkterna.

Kostnadsfriheten avskaffas och den enskilde skall ha rätt att vid inköp på apotek få nedsättning av det fastställda priset med hela det belopp som överstiger 120 kr, oavsett antal artiklar eller produkter som förskrivits vid samma tillfälle och som lämnas ut samtidigt.

### *7 § Förslag 1*

Egenavgiften för speciallivsmedel grundar för närvarande inte rätt till kostnadsbefrielse enligt paragrafens nuvarande lydelse. Ändringen av paragrafen innebär att egenavgiften för speciallivsmedelsrätt grundar rätt till kostnadsbefrielse.

Om avgiftsbeläggning av förbrukningsartiklar och läkemedelsnära produkter införs skall egenavgifterna inordnas i systemet avseende kostnadsbefrielse för öppen sjukvård, läkemedel och speciallivsmedel.

### *2 § Förslag 2*

Ändringen av denna paragraf innebär att förmånen kostnadsfria läkemedel avskaffas. Dessa läkemedel omfattas därmed av gällande bestämmelser om prisnedsatta läkemedel.

### *5–7 §§ Förslag 2*

Beträffande motivering till dessa förslag, se motivering till motsvarande paragrafer Förslag 1.

### *Övergångsbestämmelse Förslag 1 och 2*

Enligt punkten 2 övergångsbestämmelserna skall en kostnadsbefrielse som gäller vid ikraftträdandet bestå enligt äldre föreskrifter även efter ikraftträdandet. Det innebär att en enskild som före ikraftträdandet har uppnått kostnadsbefrielse för öppen sjukvård och läkemedel, under resterande del av tolv månadersperioden är kostnadsbefriad från patient- och egenavgifter för dessa förmåner.

## Förslag till förordning om upphävande av förordningen (1981:353) med förteckning över kostnadsfria läkemedel

Förslaget är en följdändring av ändringen av 2 § Förslag 2 lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m.

## Förslag till förordning om ändring i förordningen (1981:608) om läkemedelskostnader, m.m.

### 1 §

För närvarande gäller att prisnedsättning av läkemedel inte får avse större mängd läkemedel än som svarar mot det beräknade behovet för 90 dagar eller, om lämplig förpackningsstorlek saknas, närmast större förpackning. Detta skall även gälla prisnedsatta livsmedel, prisnedsatta förbrukningsartiklar och prisnedsatta läkemedelsnära produkter vid ett inordnande i systemet för prisnedsättning.

Förskrivet livsmedel, förbrukningsartikel eller läkemedelsnära produkt får, liksom för närvarande gäller prisnedsatt läkemedel, inte förskrivas på nytt så länge förskrivningen är giltig, om syftet enbart är att få medlet, artiklarna eller produkterna på förmånligare villkor.

### 4 §

Ändringen av paragrafen innebär att även läkemedelsnära produkter skall förskrivas på ett hjälpmedelskort.

### 11 §

Tillägget i paragrafen är en konsekvensändring av ändringarna i 7 § lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m.

### 13 a §

Bestämmelsen har överförs från 2 § förordningen (1979:1132) om prisnedsatta livsmedel vid vissa sjukdomar.



## Reservationer och särskilda yttranden

### Reservation av ledamoten Berith Eriksson (v)

Enligt de direktiv som gavs för Merkostnadskommitténs arbete, så skulle kommittén ge förslag som kunde skapa större rättvisa mellan olika grupper som har stora kostnader till följd av sin sjukdom eller sitt handikapp.

Jag anser inte att utredningen har klarat sitt uppdrag. Det hade varit bättre att kommittén när detta stod klart, hade bett om nya utredningsdirektiv. Kommittén presenterar ingen helhetslösning, utan olika delar vars konsekvenser det är svårt att överblicka.

Handikapputredningen var konsekvent i sin uppfattning om att det inte skall medföra särskilda kostnader att klara sig i samhället som handikappad. En av anledningen till att regeringen släppte utredningens 0-direktiv var att utredningen skulle lägga fram förslag som skulle kompensera handikappade och sjuka som drabbades av kostnadsökningar när avdragsrätten för merkostnader i deklARATIONEN avskaffades. Handikapputredningen ansåg även att handikappade skulle ha två basbelopp till sitt förfogande för att höja sin livskvalitet. Merkostnadsutredningen har inte försökt att göra någon analys av konsekvenser för den enskilde av de förslag som lagts. Det finns ingen koppling till Handikapputredningen och ej heller till utredningsdirektiven.

Helhetsperspektivet förloras även genom att inga hänsyn tagits till de ökade utgifter den enskilde får genom kostnadsökningar för kommunal service. Äldreavgiftsutredningen som gjort en översyn av och lämnat förslag till ett kommunalt högkostnadsskydd, "Avgifter och högkostnadsskydd inom äldre- och handikappomsorgen" (SOU 1992:50), har av regeringen lagts på is. Jag tycker inte deras förslag är tillfredsställande, men tanken på ett högkostnadsskydd på detta område måste gå hand i hand med Merkostnadskommitténs förslag.

Det är en paketlösning som måste åstadkommas och det alternativet finns inte med i utredningens förslag. Om kretsen av handikappade och kroniskt sjuka med betydande kostnader för sin sjukdom skall kunna utvidgas krävs att det finns ett antal fungerande och på lämplig nivå bestämda kostnadstak. Dvs. att det finns ett högkostnadsskydd för läkemedel, läkarbesök m.fl. sjukvårdsinsatser. Ett högkostnadsskydd för sjukresor, ett för förbrukningsartiklar och även ett kommunalt högkostnadsskydd för kommunal service. Detta kunde sedan kompletteras med en merkostnadsersättning där de olika högkostnadsskyddens summor inräknades i underlaget, och knyts till en viss procentsats av basbeloppet. En sådan åtgärd, med en hög grad av generalitet, skulle ge större trygghet för den enskilde och minska kostnader för ersättningsadministration.

### Särskilt yttrande av ledamoten Barbro Sandberg (fp)

I direktiven för utredningen om det samlade förmånssystemet för försäkrade med betydande kostnader för sjukdom och handikapp – kallad Merkostnadskommittén – står uttryckligen att "de vedertagna principerna om kostnadsfria läkemedel skall stå fast". I kostnadsfria läkemedel inbegrips också förbrukningsartiklar. Utredningen presenterar olika modeller utan att förorda någon. Skrivningarna kan i vissa fall tolkas som om man är beredd att ta bort de fria läkemedlen och förbrukningsartiklarna.

I anslutning till genomförandet av nuvarande socialförsäkringssystem år 1955 bestämde riksdagen att alla medborgare solidariskt skulle dela kroniskt sjuka människors merkostnader på grund av sjukdom. Detta innebär att substanser som kroppen saknar, eller mediciner som medför att vissa organ fungerar och därmed är livsuppehållande, skulle tillhandahållas gratis i likhet med att proteser för dem som saknar en arm eller ett ben tillhandahålles kostnadsfritt.

Min målsättning är, att försöka ge människor med höga kostnader på grund av sjukdom eller handikapp förbättringar. Jag anser, att det under inga omständigheter kan vara utredningens uppdrag att föreslå försämringar.

Vi vet, att handikappade generellt sett har sämre hälsotillstånd än andra medborgare. I handlingsprogrammet för handi-

kappfrågor framtaget inför handikappåret 1981 sägs också, att handikappades rätt till levnadsförhållanden som är likvärdiga med andra människors inte får påverkas av svängningar i samhällsekonomin. Det var alla partier då eniga om.

Utredningen har stått inför svåra ställningstaganden. Det svåra finansiella läge, som vi i dag befinner oss i har inte underlättat arbetet. Det är därför enligt min uppfattning ännu viktigare att se till konsekvenserna för de ur ekonomisk synpunkt mest utsatta, de som tillhör vad vi brukar kalla "det glömda Sverige". I utredningen talas om rättvisa mellan olika människor. Man menar då ekonomisk rättvisa, att alla skall betala sina kostnader upp till högkostnadsskyddet. Enligt mitt sätt att se är detta ett felaktigt synsätt och ordval. Det finns ingen rättvisa i att en del människor är friska och därför har ringa utgifter för sjukvård medan andra drabbas av t.o.m. livslånga sjukdomar eller handikapp med åtföljande stora kostnader. Man måste alltså också se till hälsotillståndet hos människorna.

De fria läkemedlen och de fria förbrukningsartiklarna måste ses ur ett principiellt perspektiv. Diabetes mellitus exempelvis är en livslång sjukdom som är livshotande utan behandling och inte går att bota utan endast behandla. Det är en motbjudande tanke att en människa under hela sin livstid skall behöva betala för mediciner, sprutor, testremsor m.m. som bokstavligen talat håller henne vid liv.

I betänkandet står, att för flertalet patienter, som omfattas av kostnadsfriheten blir det relativt obetydliga kostnadsökningar om kostnadsfriheten tas bort. Inget kan vara mer felaktigt. Det man glömmer är, att dessa människor har livslånga, livshotande sjukdomar med en kontinuitet i behovet av läkemedel och förbrukningsartiklar. De måste med jämna intervaller, visst antal gånger per dag, varje vecka året runt, ta sina injektioner resp. byta sina påsar osv. De skall alltså varje år för rättvisans skull betala upp till högkostnadsskyddet. För andra sjukdomsgrupper är det inte fråga om överlevnad, man kan t.o.m. ha perioder när man inte alls behöver några mediciner, salvor eller bandage. Här är behovet av kostnadsfrihet inte lika stort som i den förstnämnda gruppen.

Vi vet t.ex. att de flesta stomioperationer görs på människor över 65 år. Dessa personer har ett livslångt, kontinuerligt behov av hjälpmedel. Om de fria förbrukningsartiklarna skulle

tas bort, skulle dessa människor, förutom den psykiska påfrestning som en sådan operation innebär, också drabbas av ytterligare kostnader.

En annan grupp som kommer att drabbas dubbelt är diabetiker. Dels kommer de att få betala för sitt insulin dels för förbrukningsartiklar som sprutor, mätstickor m.m. Att lägga in förbrukningsartiklarna under högkostnadsskyddet kan leda till att många försöker spara med negativa konsekvenser för den viktiga blodsockerkontrollen som följd. En dålig blodsockerkontroll ökar högst väsentligt risken för s.k. senkomplikationer, exempelvis synskador.

Mitt förslag är alltså att de kostnadsfria läkemedlen, med den förändringen att det skall gälla kroppsegna substanser eller därmed jämförbara preparat som ger samma behandlingsresultat, skall vara kvar. Listan behöver dock uppdateras så att de mest effektiva läkemedlen får förskrivas.

Detsamma gäller de kostnadsfria förbrukningsartiklarna med den förändringen att även de laryngectomerade skall få sina stomaskydd.

Av skrivningen i betänkandet får man den uppfattningen att rabatter av saliversättningsmedel och mjukgörande salvor till psoriasis är beroende av om de kostnadsfria läkemedlen och förbrukningsartiklarna tas bort eller inte. Enligt min uppfattning var kommittén enig om att dessa preparat skulle rabatteras även om den nuvarande kostnadsfriheten skulle bestå. Detta framgår inte av betänkandet men är fullt möjligt med nuvarande författningsreglering. Ett villkor är att medlen är godkända av Läkemedelsverket.

Enligt utredningsförslaget bör högkostnadsskyddet för sjukresor utgöra ett särskilt system. Detta anser jag vara rätt. Men enligt kommitténs förslag bör sjukresor med kommunal färdtjänst tills vidare inte kvalificera för högkostnadsskydd. Man anser, att denna fråga bör utredas särskilt. Detta är en mycket väsentlig fråga för många handikappade, som inte har någon valmöjlighet i sitt resande. De kan komma att drabbas av mycket höga kostnader. Konsekvenserna av detta är inte tillräckligt klarlagda.



## Särskilt yttrande av sakkunnige Urban Fernqvist

### *Allmänt*

Enligt direktiven skall utredningen överväga och ge förslag på förändringar i förmånssystemet inom socialförsäkringen som är påkallade för att uppnå bättre rättvisa mellan olika grupper som har betydande kostnader för läkemedel, förbrukningsartiklar, vård och annan behandling samt resor till följd av sjukdom eller handikapp.

Det nuvarande försäkringssystemet inrymmer många brister, en del har utredningen pekat på medan andra ej behandlats. Ekonomiska och administrativa motiv har framhållits som grund för att förslag inte kunnat läggas eller vissa frågor ej kunnat behandlas.

Enligt vår uppfattning kan ett rättviseperspektiv i socialförsäkringen aldrig uppnås genom att redan utsatta grupper får betala förbättringar för andra. Vår grundsyn är att alla kostnader i samband med hälso- och sjukvård fullt ut bör vara en samhällsangelägenhet.

En viktig målsättning i utredningsarbetet skulle vara att föreslå åtgärder som skapar förutsättningar för en större enhetlighet i regelsystemet och därmed en ökad administrativ enkelhet. Några av förslagen ligger i linje med denna målsättning, vi saknar dock en mer generell analys av en förbättrad enhetlighet och enkelhet för den enskilde.

### *Några av kommitténs förslag*

Vi ställer oss bakom HCK:s yttrande men vill dock under ett par avsnitt göra följande tillägg.

### *Ny nivå i handikappersättningen*

När möjligheten till avdrag i deklARATIONEN för kostnader i samband med sjukdom och funktionsnedsättning togs bort ställde våra medlemmar stora förhoppningar till att det skulle komma en ny ersättningsnivå inom handikappersättningen. Det är nu mycket angeläget att det förslag om en lägre nivå på 18 % som kommittén föreslår genomförs. Enligt utredningens förslag skall den nya lägre nivån endast grundas på merkostnader. Vi anser att ett sådant undantag från nuvarande

principer inte leder till någon förenkling av provningsprocessen. Alla nivåer av handikappersättningen bör prövas enligt samma principer.

Vi vet också att många människor som i dag har högsta nivån av handikappersättning, 69 %, inte får hela sin merkostnad täckt. Detta gäller bl.a. sådana förtidspensionerade som genom det nya bilstödet fått möjlighet att skaffa egen bil. Även om inköpet av denna helt eller till största delen kan finansieras genom bilstödet har man med en ofta låg förtidspension inga möjligheter att klara driftskostnaderna. Vi har åtskilliga exempel på att när bilen efter några år börjar kräva större reparationer, nya däck, helförsäkring (efter att garantitiden gått ut), klarar man inte kostnaderna. Vi anser därför att även en ytterligare nivå om 87 % av basbeloppet bör införas.

### *Åldersgräns 65 år*

Det bör ej finnas någon åldersgräns vid 65 år för rätten att erhålla handikappersättning. Vi menar att man i stället skall använda sig av samma definition som Handikapputredningen använder, nämligen att direkt åldersrelaterade funktionsnedsättningar ej skall kvalificera för handikappersättning. Vi anser också att regelverket skall ändras så att vid omprövning av handikappersättningen vid förtids- eller ålderspensionering den sänkning eller indragning som i dag ofta blir resultatet, försvinner om förhållandena ur handikappsynpunkt är oförändrade.

## Särskilt yttrande av sakkunnige Maud Wikström

### **Allmän**

Enligt direktiven skall utredningen överväga och ge förslag på förändringar i förmånssystemet inom socialförsäkringen som kan skapa bättre rättvisa mellan olika grupper som har betydande kostnader för läkemedel, förbrukningsartiklar, vård och annan behandling samt resor till följd av sjukdom eller handikapp.

Rättvisa är ett relativt begrepp. För människor med varaktiga sjukdomar och funktionshinder, innebär det bl.a. en trygghet som ett väl fungerande socialförsäkringssystem kan ge deras vardagstillvaro.

Ett rättviseperspektiv i socialförsäkringen kan för oss aldrig innebära att redan utsatta grupper får betala förbättringar för andra. Vår grundinställning är att den enskilde inte skall drabbas av kostnader för en kronisk sjukdom eller varaktig funktionsnedsättning. Dessa kostnader skall solidariskt bäras av alla. Många av de diskussioner, kostnadsberäkningar och förslag som Merkostnadskommittén presenterar tyder på att det är kommitténs uppfattning att de förbättringar som föreslås för några grupper skall betalas med försämringar för andra, trots att kommitténs arbete inte begränsas av de s.k. nolldirektiven.

Vi avvisar Merkostnadskommitténs förslag om indragna förmåner vare sig de är direkt uttalade eller lite mer försåtligt framställda i form av diskussionsunderlag och kostnadsberäkningar.

## Några av kommitténs förslag

### 4.4 *Periodiserat högkostnadsskydd*

Många av våra medlemmar har kostnader för vård, behandling och medicin upp till högkostnadsskyddets gräns varje år. För många är kostnaden dessutom koncentrerad under en kort tidsperiod. Eftersom de flesta människor har sin försörjning som någon form av månatlig inkomst blir detta ett allt större problem. Det hade varit önskvärt att Merkostnadskommittén mer ingående belyst denna fråga och lagt fram modeller för hur en periodisering kan se ut. Vi tror att det hade underlättat genomförandet av de tankar om periodisering som finns i årets "Dagmaröverenskommelse" och gett en möjlighet till någorlunda lika regler för hela landet.

### 4.5 *Högkostnadsskydd för sjukresor*

Vi instämmer i de överväganden som kommittén gjort beträffande två separata högkostnadsskydd, men ser det som angeläget att ytterligare begränsa sjukvårdskostnaderna för människor med ett *stort* behov av sjukvård. Därför bör de båda högkostnadsskydden, vård, behandling och medicin resp. sjukresor samordnas. När en person har kommit upp i kostnader för öppen vård och medicin samt sjukresor för 2 000 kr anser vi att ett samordnat högkostnadsskydd skall träda in.

Kommittén har två alternativa förslag till beloppsgräns. Om man tittar på högkostnadsskyddet för vård, behandling och medicin så kan man utgå ifrån att med 15 läkarbesök/medicininköp så når man gott och väl gränsen för detta högkostnadsskydd, 1 600 kronor. Motsvarande antal karensbelopp för sjukresor är enligt vår uppfattning den *högsta* gränsen för ett högkostnadsskydd för sjukresorna dvs. 1 200 kronor.

Kommittén föreslår att resekostnader som understiger karensbeloppet inte skall kvalificera för högkostnadsskyddet. Vi delar inte den uppfattningen. Alla resekostnader bör kvalificera för högkostnadsskyddet på samma sätt som gäller för högkostnadsskyddet inom sjukvården. T.ex. är egenavgiften för sjukresor i Värmland vid samåkning 20 kr/resa. Att denna kostnad inte skulle kvalificera för högkostnadsskyddet är ologiskt och kan också komma att motverka de strävanden till samordning av sjukresorna, som var ett av motiven för att sjukresorna överfördes till sjukvårdshuvudmännen. Likaså bör egenavgiften vid färdtjänst kvalificera för högkostnadsskyddet. Om det krävs separata förhandlingar mellan landsting och primärkommuner för detta så bör sådana förhandlingar snarast upptas.

#### 4.6 *Kostnadsfria läkemedel*

Var och en som på grund av en kronisk sjukdom eller varaktig funktionsnedsättning är beroende av kontinuerlig medicinering bör kostnadsfritt få den medicin som sjukdomen/funktionsnedsättningen kräver. En sådan rättighet har stor betydelse för den enskilda människan. Känslan av att vara accepterad genom att samhället solidariskt ställer upp för den som kontinuerligt är beroende av läkemedel för att överleva och fungera är mycket viktigt för den enskilde liksom tryggheten att veta att man kan hämta ut sin medicin exakt när man behöver den oavsett hur ansträngd ens ekonomi är.

En uppdatering av listan bör ske så ofta som anses nödvändigt för att bästa medicinska terapi skall kunna ges. Listan bör också kompletteras med andra grupper som har behov av kontinuerlig medicinering.

Kommittén borde ha respekterat riksdagens ställningstagande att principen om fria läkemedel skall ligga fast utan några diskussioner.

### *Kostnadsfria förbrukningsartiklar*

Av samma skäl som redovisats ovan så är vår grundinställning att:

Var och en som på grund av en kronisk sjukdom eller varaktig funktionsnedsättning har behov av förbrukningsartiklar för egen vård och behandling skall erhålla dessa kostnadsfritt.

I begreppet kronisk sjukdom inbegripes även sådana sjukdomstillstånd som, framför allt hos barn, med tiden kan förändras (t.ex. vissa allergier). Med begreppet varaktig funktionsnedsättning menas, enligt sedvane-rätt, en funktionsnedsättning som varar mer än sex månader.

Ett första steg mot detta vore att behålla de nuvarande gruppernas kostnadsfrihet och förbättra för dem som i dag får betala allt själv genom att låta deras artiklar gå in under högkostnadsskyddet.

### *Ny lägre nivå i handikappersättningen*

När möjligheten till avdrag i deklARATIONEN för kostnader i samband med sjukdom och funktionsnedsättning togs bort ställde våra medlemmar stora förhoppningar till att det skulle komma en ny ersättningsnivå inom handikappersättningen. Det är mycket angeläget att det förslag om merkostnadsersättning på 18 % som kommittén tagit fram genomförs.

En ny ersättningsnivå skall omfatta alla gruppers kostnader, dvs. även sådana som uppstår av medicinska funktionshinder. Vi kan inte acceptera att merkostnadskommittén försöker införa en ny form av handikappbegrepp, dvs. att människor med medicinska funktionshinder inte betraktas som handikappade i socialförsäkringssammanhang. Kommitténs resonemang att ett högkostnadsskydd drabbar "alla människor" lika är felaktigt. Personer med kronisk sjukdom/varaktig funktionsnedsättning drabbas av denna kostnad årligen, vilket inte gäller "alla människor".

Vi avvisar därför mycket bestämt kommitténs tankar om att kostnader som ingår i ett högkostnadsskydd inte skall få inräknas i underlaget för Merkostnadsersättning resp. Handikappersättning.

### *Åldersgränsen 65 år*

Åldersgränsen 65 år bör ej gälla för en ny lägre nivå på handikappersättningen/merkostnadsersättning. Man kan där använda samma kriterier som Handikapputredningen har för sin personkrets, dvs. Merkostnadsersättning skall kunna utgå för sådana varaktiga sjukdomar/funktionshinder som ej är uppenbart åldersrelaterade. Alternativt bör möjligheten att yrka avdrag i deklARATIONEN återinföras för personer över 65 år.

### *Ny högre nivå i handikappersättningen*

Det behov av en ytterligare, högre, nivå i handikappersättningen som påtalats av såväl 1989 års Handikapputredning som Merkostnadskommittén bör snarast leda till en översyn så att en sådan nivå kan införas.

## Bilaga 1

## Kommittédirektiv

Utredningen om det samlade förmånssystemet för försäkrade med betydande kostnader för sjukdom och handikapp

Dir. 1990:34

Beslut vid regeringssammanträde 1990-05-17

Chefen för socialdepartementet, statsrådet Thalén, anför.

## 1 Mitt förslag

Jag föreslår att en särskild kommitté tillkallas med uppgift att överväga och lämna förslag till de förändringar i förmånssystemet inom socialförsäkringen som är påkallade för att uppnå bättre rättvisa mellan olika grupper av försäkrade som har betydande kostnader för läkemedel, förbrukningsartiklar, vård och annan behandling samt resor till följd av sjukdom eller handikapp.

Inledningsvis bör kommittén göra en kartläggning och analys av hur det nuvarande förmånssystemet tar hänsyn till situationen för de olika grupper av försäkrade som har betydande sådana merkostnader till följd av sin sjukdom eller sitt handikapp.

Utifrån en sådan genomgång skall kommittén bl.a. överväga vilka åtgärder som behövs och bedöms vara finansiellt genomförbara för att undanröja brister i förmånssystemet. Övervägandena bör ta sikte på i första hand

\* systemet med läkemedelsförmåner, varvid bl.a. möjligheterna bör prövas att utvidga prisnedsättningen av läkemedel till vissa produkter för vilka den enskilde i dag helt får stå för kostnaderna samt ett slopande av åldersgränsen 16 år för prisnedsättning av speciallivsmedel vid vissa sjukdomar,

\* införande av ytterligare en nivå inom handikappersättningen under den nu lägsta nivån 34 procent av basbeloppet,

\* införande av ett särskilt högkostnadsskydd för sjukresor.

De vedertagna principerna om kostnadsfria läkemedel skall stå fast. Kommittén bör också utgå från att möjligheten till avdrag för sjukdomskostnader vid inkomsttaxeringen förväntas bli avskaffad fr.o.m. år 1991 och ta skälig hänsyn till detta vid utformningen av förslagen.

## 2 **Bakgrund**

Socialförsäkringsutskottet har under de senaste åren behandlat ett antal olika motioner om systemet för ekonomiskt skydd för försäkrade i form av vissa läkemedelsförmåner, handikappersättning, högkostnadsskydd, sjukreseförmåner m.m. I ett betänkande våren 1988 (SfU 1978/88:22) uttalade utskottet följande.

"Dagens system för ekonomiskt skydd för försäkrade i form av högkostnadsskydd, sjukreseförmåner m.m. uppvisar enligt utskottet en splittrad bild med många luckor. Utskottet anser därför att det finns anledning att göra en förutsättningslös utredning om hur det samlade förmånssystemet skall kunna reformeras för att skapa bättre rättvisa mellan olika grupper. För att det skall vara möjligt utan oacceptabla kostnadsökningar för försäkringen och sjukvårdshuvudmännen måste enligt utskottets uppfattning omprioriteringar kunna övervägas. Detta innebär enligt utskottets mening att ett ställningstagande i frågan om de kostnadsfria läkemedlen bör anstå i avvaktan på överväganden inom utredningen. Vidare anser utskottet att som utgångspunkt för utredningen bör gälla att den försäkrades kostnader såväl vid varje enskilt vård- eller inköpstillfälle som under en längre period även i fortsättningen skall begränsas och att ett förändrat förmånssystem inte får leda till oskäliga höjningar av nuvarande avgifter."

I 1989 års budgetproposition (prop. 1988/89:100, bil. 7), anförde dåvarande chefen för socialdepartementet att en reform för att undanröja de brister i förmånssystemet som riksdagen åsyftat var önskvärd, men även kostnadskrävande. I enlighet med vad riksdagen uttalat måste därför omprioriteringar mellan de olika förmånerna kunna övervägas. Med utgångspunkt från detta redovisades ett översiktligt förslag till



en reformering av förmånssystemet som byggde på att förmånerna med kostnadsfria läkemedel och förbrukningsartiklar ersattes av ett enhetligt system för begränsning av den enskildes läkemedelskostnader. I förslaget ingick också en utvidgning av läkemedelsrabatteringen till andra produkter för vilka den enskilde nu helt får stå för kostnaderna, t.ex. mjukgörande salvor för psoriatiker, saliversättnings- och salivstimulerande medel till muntorra samt vissa naturmedel. Vidare innefattade förslaget ett avskaffande av åldergränsen 16 år för prisnedsättning av speciallivsmedel vid vissa sjukdomar, införande av ytterligare en nivå inom handikappersättningen under den lägsta nivån på 34 procent av basbeloppet samt ett särskilt ekonomiskt skydd för personer med höga kostnader för sjukresor. Samtidigt angavs att ett avskaffande av den möjlighet som finns till avdrag för sjukdomskostnader i taxeringen också borde övervägas.

Socialförsäkringsutskottet uttalade vid sin behandling av detta principförslag att den begärda förutsättningslösa utredningen ännu inte kommit till stånd och förutsatte att denna nu omedelbart skulle startas. Därvid framfördes också att de vedertagna principerna om kostnadsfria läkemedel skulle bibehållas, med den begränsning som detta kunde innebära i utredningens direktiv. Riksdagen beslöt att ge regeringen till känna vad utskottet anfört i dessa frågor (rskr. 43).

### 3 Utredningsuppdraget

Både regering och riksdag har under senare år gjort den bedömningen att det finns vissa brister i förmånssystemet inom socialförsäkringen med avseende på stödet till dem som har betydande kostnader till följd av sjukdom eller handikapp. Det är t.ex. inte tillfredsställande att läkemedelsförmånerna varierar mellan individer beroende på sjukdom och den sjukes ålder. Vissa grupper av sjuka omfattas inte alls av dessa förmåner. Det är heller inte tillfredsställande att personer, som till följd av sin sjukdom eller sitt handikapp ofta behöver företa resor för vård eller behandling och därmed drabbas av höga resekostnader, inte omfattas av ett högkostnadsskydd för dessa utgifter.

En reformering av förmånssystemet för att undanröja sådana brister och skapa rättvisa mellan olika grupper sjuka och

handikappade har därför ansetts vara önskvärd. För att begränsa kostnaderna för en sådan reform och därmed underlätta ett genomförande är det nödvändigt att även överväga omprioriteringar mellan de olika förmånerna. Vidare är det angeläget att ersättningssystemet kan göras mer enhetligt och administrativt enklare.

För att möjliggöra en sådan förändring av förmånssystemet krävs att kommittén redovisar förslag som inte ökar de offentliga utgifterna eller minskar statsinkomsterna. Det innebär att omprioriteringar skall göras från mindre väsentliga till mer angelägna områden samt att kommittén måste visa hur förslag som innebär utgiftsökningar eller inkomstminskningar skall finansieras. Konkreta förslag skall därvid anges till rationaliseringar eller omprövningar som innebär besparingar inom kommitténs utredningsområde eller näraliggande områden. Vidare bör kommittén ingående analysera och redovisa de ekonomiska effekter som sådana föreslagna åtgärder kan medföra för den enskilde och försäkringen.

Kommittén bör efter en kartläggning av det nuvarande förmånssystemet göra en analys av hur bristerna i detta påverkar situationen för de olika grupper som har betydande kostnader för läkemedel och andra sjukvårdsåtgärder till följd av sjukdom eller handikapp. I denna kartläggning bör även ingå att göra en bedömning av hur försäkringens utgifter för de nu kostnadsfria läkemedelsförmånerna, inkl. förbrukningsartiklarna, kommer att utvecklas under de närmaste åren med hänsyn till främst volymutveckling och teknisk utveckling i form av t.ex. nya läkemedel.

Utifrån denna analys bör kommittén överväga och föreslå de åtgärder som, med ovannämnda finansiella begränsningar, skapar ett bättre och rättvisare förmånssystem. En viktig målsättning för utredningsarbetet bör vara att de föreslagna åtgärderna skapar förutsättningar för större enhetlighet i regelsystemet och därmed även leder till ökad administrativ enkelhet.

Utredningsarbetet bör i första hand inriktas på de områden inom förmånssystemet som särskilt uppmärksammats av riksdagen och som omfattades av regeringens nyss nämnda översiktliga förslag. De områden som i första hand avses är således de olika läkemedelsförmånerna, inkl. vissa produkter som i dag står utanför läkemedelsrabatteringen, samt handi-

kappersättningen och sjukreseförmånerna. Till läkemedelsförmånerna bör i detta sammanhang även räknas det högkostnadsskydd som finns för läkemedel och öppen sjukvård.

Det står dock kommittén fritt att behandla även andra områden av förmånssystemet som bedöms vara av betydelse för att generellt sett kunna skapa större rättvisa mellan olika grupper sjuka och handikappade som har kontinuerliga och betydande kostnader för läkemedel, vård och behandling.

Som nämnts bör kommittén analysera effekterna för den enskilde av det föreslagna borttagandet av avdrag för sjukdomskostnader vid taxeringen av inkomster som uppbärs fr.o.m. år 1991. Det förutsätts att besparingseffekten av denna åtgärd, som har beräknats till 90 milj. kr., får tillgodoräknas socialförsäkringssystemet vid finansieringen av de ändringar i förmånssystemet som kommittén kan komma att föreslå.

Kommitténs förslag skall vara kostnadsberäknade. Detta gäller också de omprioriteringar inom förmånssystemet som kan komma att föreslås.

#### **4 Ramar för arbetet**

För kommittén skall gälla de allmänna tilläggsdirektiv som utfärdats den 16 februari 1984 till samtliga kommittéer och särskilda utredare (dir. 1984:5).

Utredningsarbetet bör bedrivas skyndsamt och i samverkan med riks försäkringsverket och socialstyrelsen samt med övriga berörda myndigheter och organisationer. Vidare bör samråd ske med handikapputredningen (S 1988:3).

Kommittén bör ha slutfört sitt uppdrag senast den 1 juli 1991.

#### **5 Hemställan**

Med hänvisning till vad jag nu har anfört hemställer jag att regeringen bemyndigar chefen för socialdepartementet

att tillkalla en kommitté – omfattad av kommittéförordningen (1976:119) – med högst 11 ledamöter för att genomföra en utredning om det samlade förmånssystemet för försäkrade med kostnader för sjukdom och handikapp,

att utse en av ledamöterna att vara ordförande,

att besluta om sakkunniga, experter, sekreterare och annat biträde till kommittén.

Vidare hemställer jag att regeringen beslutar att kostnaderna skall belasta femte huvudtitelns anslag Utredningar m.m.

## 6 Beslut

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och bifaller hennes hemställan.

(Socialdepartementet)

# Kommittédirektiv

## **Tilläggsdirektiv till utredningen om det samlade förmåns-systemet för försäkrade med betydande kostnader för sjukdom och handikapp**

Dir. 1991:5

Beslut vid regeringssammanträde 1991-02-07

Chefen för socialdepartementet, statsrådet Thalén anför.

### **1 Mitt förslag**

Kommittén skall, i enlighet med vad som anges i budgetpropositionen för budgetåret 1991/92, utarbeta förslag till lämpliga åtgärder som kompensation för att det avgiftsfria året vid sjukhusvård för pensionärer med hel förtidspension – under förutsättning av riksdagens beslut – blir avskaffat fr.o.m. den 1 juli 1991. Kommittén bör därvid i första hand beakta den ekonomiska situationen för de yngre förtidspensionärer som på grund av sjukdom eller handikapp bedöms ha särskilda behov av egna ekonomiska medel för sin rehabilitering. I första hand bör en kompensation genom handikappersättningen utredas och övervägas.

### **2 Bakgrund**

Det avgiftsfria året för ålderspensionärer vid sjukhusvård avskaffades fr.o.m. år 1989. I årets budgetproposition (prop. 1990/91:100 bil. 7) föreslås ett slopande av detta s.k. friår även för pensionärer med hel förtidspension fr.o.m. den 1 juli 1991. Som motiv för detta anför jag att flertalet förtidspensionärer lever under ekonomiska förhållanden som är jämförbara med vad som gäller för ålderspensionärerna och att den nuvarande ordningen inte är tillfredsställande från rättvisesyn-

punkt. För den grupp av framför allt yngre förtidspensionärer som på grund av sjukdom eller handikapp bedöms ha särskilda behov av egna ekonomiska medel för sin rehabilitering framhåller jag att åtgärder bör vidtas så att de på annat sätt får erforderlig kompensation för de ökade utgifter mitt förslag medför. I propositionen aviserar jag därför ett kommande förslag till regeringen att ge den av regeringen tillsatta utredningen (S 1990:4) om det samlade förmånssystemet för försäkrade med betydande kostnader för sjukdom eller handikapp tilläggsdirektiv för att utarbeta förslag till lämpliga åtgärder för nämnda grupp.

### 3 Utredningsuppdraget

Antalet förtidspensionärer med fopension beräknas under år 1991 uppgå till 371 000. Av dessa beräknas 328 000 uppbära allmän tilläggspension (ATP). Antalet förtidspensionärer som är yngre än 30 år uppgick i slutet av år 1989 till ca 14 000 och de som var yngre än 40 år till närmare 40 000. I allmänhet uppbär de yngre pensionärerna relativt låg allmän pension till följd av att de inte kvalificerat sig för någon allmän tilläggspension eller uppbär en mycket begränsad sådan.

En undersökning av pensionärernas vårdavgifter vid sjukhusvård (Ds S 1984:10) visar att ungefär hälften av förtidspensionärerna inte tagit i anspråk några avgiftsfria dagar för sjukhusvård. Av dem som utnyttjat förmånen hade ungefär hälften tagit ut högst 30 dagar. Drygt 6 % av samtliga förtidspensionärer hade enligt undersökningen utnyttjat hela friåret och var således utförsäkrade.

Mot bakgrund av denna undersökning kan en beräkning av de ekonomiska effekterna av ett slopande av friåret utgå från att den genomsnittliga vårdtiden på sjukhus för de förtidspensionärer som inte är utförsäkrade uppgår till ca 15 dagar per år.

Av de ca 50 000 personer som uppbär handikappersättning är en mycket stor andel förtidspensionärer. Kommittén bör därför i första hand utreda möjligheten att genom handikappersättningen kompensera berörda förtidspensionärer för den tillkommande kostnaden för sjukhusvård. Det står emellertid kommittén fritt att överväg annan lämplig lösning.

Det förslag som kommittén redovisar skall vara kostnadsberäknat. Socialförsäkringens merkostnad för att på lämpligt sätt kompensera förtidspensionärerna för det slopade avgiftsfria året får inte överstiga 75 milj. kr. per år.

#### **4 Hemställan**

Jag hemställer att regeringen ger kommittén tilläggsdirektiv i enlighet med vad jag har anfört.

#### **5 Beslut**

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och bifaller hennes hemställan.

(Socialdepartementet)

## Kommittédirektiv

### **Tilläggsdirektiv till utredningen (S 1990:4) om det samlade förmånssystemet för försäkrade med betydande kostnader för sjukdom och handikapp**

Dir. 1992:65

Beslut vid regeringssammanträde 1992-05-21

Statsrådet Könberg anför.

### **Mitt förslag**

Jag föreslår att Merkostnadskommittén inte skall begränsas av kommittédirektiven (dir. 1984:5) till samtliga kommittéer och särskilda utredare angående utredningsförslagets inriktning, såvitt de avser finansiering av eventuella utgiftsökningar eller inkomstminskningar.

### **Direktiv till kommittéer om finansiering av förslag**

Den 16 februari 1984 beslutade regeringen om kommittédirektiv (dir. 1984:5) till samtliga kommittéer och särskilda utredare angående utredningsförslagets inriktning. Direktiven innebär att förslagen från kommittéer och utredare inte får öka de offentliga utgifterna eller minska statsinkomsterna. Omprioriteringar skall göras från mindre väsentliga till mer angelägna områden. Kommittéerna skall visa hur förslag som innebär utgiftsökningar eller inkomstminskningar skall finansieras. Konkreta förslag skall anges till rationaliseringar eller omprövningar som innebär besparingar inom utredningens område eller näralliggande områden. Förslagen skall således kunna genomföras med oförändrade eller minskade resurser. Kraven gäller oavsett om förslagen avser staten, kommunerna eller socialförsäkringssektorn.



Direktiven gäller oavsett vilken typ av fråga en utredning skall arbeta med, således också sådana utredningar som arbetar med prioriterade reformområden.

Den förutvarande regeringen beslutade i maj 1990 att tillkalla en parlamentarisk utredning om det samlade förmånssystemet för försäkrade med betydande kostnader för sjukdom och handikapp (dir. 1990:34). I direktiven till utredningen, som antagit namnet Merkostnadskommittén, föreskrivs att de generella direktiven också skall gälla för denna utredning.

### **Skrivelse från riksdagen om direktiv för utredningar inom handikappområdet**

I betänkandet (1989/90:SoU13) Vissa frågor rörande äldre och handikappade uttalade Socialutskottet att det är helt nödvändigt att handikappområdet kan tillföras sådana resurser att nödvändiga åtgärder på området kan komma till stånd. Enligt utskottets mening förutsätter detta att 1989 års handikapputredning och andra utredningar på området inte begränsas av de generella direktiven. Riksdagen beslöt att som sin mening ge regeringen tillkänna vad utskottet anfört i denna del (rskr. 1989/90:61).

### **Uppdraget**

Av direktiven till Merkostnadskommittén framgår att utredningen har i uppdrag att utreda och överväga frågor som i många och viktiga avseenden har en klar anknytning till handikappområdet.

Socialutskottet anför i sitt betänkande 1991/92:SoU15 Socialpolitik – inriktning och anslag i anslutning till motionsyrkanden om bl.a. direktiven till Merkostnadskommittén ånyo att utredningar på handikappområdet inte skall begränsas av regeringens så kallade nolldirektiv.

Mot denna bakgrund anser jag att meddelade direktiv till Merkostnadskommittén bör kompletteras.

Jag föreslår att Merkostnadskommittén inte skall begränsas av direktiven (dir. 1984:5) Kommittédirektiv till samtliga kommittéer och särskilda utredare angående utredningsförslagens inriktning, såvitt de avser finansiering av eventuella utgiftsökningar eller inkomstminskningar.

Om kommittén finner att den finansiering inom kommitténs område eller näraliggande områden som står till buds inte är den mest lämpliga skall det således stå kommittén fritt att föreslå annan finansiering. I den mån kommittén inte anser sig kunna lämna sådana förslag bör den särskilt redovisa motiven för sitt ställningstagande. Avsikten är alltså att kommitténs möjligheter att lägga fram angelägna förslag inte skall begränsas av de direktiv som styr utredningarnas arbete.

Jag vill i detta sammanhang framhålla att kommittén skall lämna förslag med väl genomarbetade kostnadsberäkningar och att hänsyn skall tas till alla kostnader för olika intressenter (staten, kommunerna, socialförsäkringssektorn, företagen och enskilda).

Merkostnadskommittén skall vidare göra prioriteringar mellan de förslag utredningen lägger fram och i de fall utredningen bedömer detta möjligt, redovisa hur ett eventuellt successivt genomförande av förslagen kan ske.

Kommittén skall vidare, när så är möjligt, utarbeta alternativa förslag till åtgärder och därvid bedöma hur förslagen uppfyller uttalade behov och uppställda mål i förhållande till de resurser som krävs.

## Hemställan

Jag hemställer att regeringen ändrar utredningens uppdrag i enlighet med vad jag anförde.

## Beslut

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och bifaller hans hemställan.

(Socialdepartementet)

# Statens offentliga utredningar 1992

## Kronologisk förteckning

---

1. Frihet – ansvar – kompetens. Grundutbildningens villkor i högskolan. U.
2. Regler för risker. Ett seminarium om varför vi tillåter mer föröreningar inne än ute. M.
3. Psykiskt stördas situation i kommunerna – en probleminventering ur socialtjänstens perspektiv. S.
4. Psykiatri i Norden – ett jämförande perspektiv. S.
5. Koncession för försäkringssammanslutningar. Fi.
6. Ny mervärdesskattlag.  
– Motiv. Del 1.  
– Författningstext och bilagor. Del 2. Fi.
7. Kompetensutveckling - en nationell strategi. A.
8. Fastighetstaxering m.m. – Bostadsrätter. Fi.
9. Ekonomi och rätt i kyrkan. C.
10. Ett nytt bolag för rundradiosändningar. Ku.
11. Fastighetsskatt. Fi.
12. Konstnärlig högskoleutbildning. U.
13. Bundna aktier. Ju.
14. Mindre kadmiom i handelsgödsel. Jo.
15. Ledning och ledarskap i högskolan – några perspektiv och möjligheter. U.
16. Kroppen efter döden. S.
17. Den sista undersökningen – obduktionen i ett psykologiskt perspektiv. S.
18. Tvångsvård i socialtjänsten – ansvar och innehåll. S.
19. Långtidsutredningen 1992. Fi.
20. Statens hundskola. Ombildning från myndighet till aktiebolag. S.
21. Bostadsstöd till pensionärer. S.
22. EES-anpassning av kreditupplysningslagen. Ju.
23. Kontrollfrågor i tuldatoriseringen m.m. Fi.
24. Avreglerad bostadsmarknad. Fi.
25. Utvärdering av försöksverksamheten med 3-årig yrkesinriktad utbildning i gymnasieskolan. U.
26. Rätten till folkpension – kvalifikationsregler i internationella förhållanden. S.
27. Årsarbetstid. A.
28. Kartläggning av kasinospel – enligt internationella regler. Fi.
29. Smittskyddsinstitutet – ny organisation för Sveriges nationella smittskyddsfunktioner. S.
30. Kreditförsäkring – Några aktuella problem. Fi.
31. Lagstiftning om satellitsändningar av TV-program. Ku.
32. Nya Inlandsbanan. K.
33. Kasinospelverksamhet i folkrörelsemans tjänst? C.
34. Fastighetsdatasystemets datorstruktur. M.
35. Kart- och mätningutbildningar i nya skolformer. M.
36. Radio och TV i ett. Ku.
37. Psykiatri och dess patienter – levnadsförhållanden, vårdens innehåll och utveckling. S.
38. Fristående skolor. Bidrag och elevavgifter. U.
39. Begreppet arbetsskada. S.
40. Risk- och skadehantering i stallig verksamhet. Fi.
41. Angående vattenskotrar. M.
42. Kretslopp – Basen för hållbar stadsutveckling. M.
43. Ecocycles – The Basis of Sustainable Urban Development. M.
44. Resurser för högskolans grundutbildning. U.
45. Miljöfarligt avfall – ansvar och riktlinjer. M.
46. Livskvalitet för psykiskt långtidssjuka – forskning kring service, stöd och vård. S.
47. Avreglerad bostadsmarknad, Del II. Fi.
48. Effektivare statistikstyrning – Den statliga statistikens finansiering och samordning. Fi.
49. EES-anpassning av marknadsföringslagstiftningen. C.
50. Avgifter och högkostnadsskydd inom äldre- och handikappomsorgen. S.
51. Översyn av sjöpolisen. Ju.
52. Ett samhälle för alla. S.
53. Skatt på dieselolja. Fi.
54. Mer för mindre – nya styrformer för barn- och ungdomspolitik. C.
55. Råd för forskning om transporter och kommunikation. K.  
Råd för forskning om transporter och kommunikation. Bilagor. K.
56. Färjor och farleder. K.
57. Beskattnings av vissa naturaförmåner m.m. Fi.
58. Miljöskulden. En rapport om hur miljöskulden utvecklas om vi ingenting gör. M.
59. Läraprojektet. U.
60. Enklare regler för statsanställda. Fi.
61. Ett reformerat åklagarväsende. Del. A och B. Ju.
62. Forskning och utveckling för totalförsvaret – förslag till åtgärder. Fö.
63. Regionala roller – en perspektivstudie. C.
64. Utsikt mot framtidens regioner – sju debattinlägg. C.
65. Kartboken. C.
66. Västsverige – region i utveckling. C.
67. Fortsatt reformering av företagsbeskattningen. Del 1. Fi.
68. Långsiktig miljöforskning. M.
69. Meningsfull vistelse på asylförläggning. Ku.
70. Telelag. K.
71. Bostadsförmedling i nya former. Fi.
72. Det kommunala medlemskapet. C.

# Statens offentliga utredningar 1992

## Kronologisk förteckning

---

73. Valfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda. S.
74. Prova privat – Provning och mätteknik inom SP och SMP i europaperspektiv. N.
75. Ekonomisk politik under kriser och i krig. Fi.
76. Skogspolitiken inför 2000-talet. Huvudbetänkande. Skogspolitiken inför 2000-talet. Bilagor I. Skogspolitiken inför 2000-talet. Bilagor II. Jo.
77. Psykiskt störda i socialförsäkringen – ett kunskapsunderlag. S.
78. Utredningen om vissa internationella insolvensfrågor. Ju.
79. Statens fastigheter och lokaler – ny organisation. Fi.
80. Kriminologisk och kriminalpolitisk forskning. Ju.
81. Trafikpolisen mer än dubbelt bättre. Ju.
82. Genteknik – en utmaning. Ju.
83. Aktiebolagslagen och EG. Ju.
84. Ersättning för kränkning genom brott. Ju.
85. Förvaltning av försvarsfastigheter. Fö.
86. Ett nytt betygssystem. U.
87. Åtgärder för att förbereda Sveriges jordbruk och livsmedelsindustri för EG – förslag om vegetabiliesektorn, livsmedelsexporten och den ekologiska produktionen. Jo.
88. Veterinär verksamhet – behov, organisation och finansiering. Jo.
89. Bostadsbidrag – enklare – rättvisare – billigare. S.
90. Biobränslen för framtiden. Jo.
91. Biobränslen för framtiden. Bilagedel. Jo.
92. Pliktleverans. U.
93. Svensk skola i världen. U.
94. Skola för bildning. U.
95. Den svenska marknaden för projektkapital – statens nuvarande och framtida roll. N.
96. Förbud mot etnisk diskriminering i arbetslivet. Ku.
97. Sparar vi för lite? Hushållssparandet i samhälls-ekonomi. Fi.
98. Kommunernas socialbidrag – en kartläggning av normer, kostnader m.m. S.
99. Rådgivningen inom jordbruket och trädgårdsnärigen. Jo.
100. Staten och arbetsgivarorganisationerna. Fi.
101. Försvarsmaktens hälso- och sjukvård. Fö.
102. Myndigheternas förvaltningskostnader – budgetering av pris- och löneförändringar. Fi.
103. FHU92. A.
104. Vår uppgift efter Rio – svensk handlingsplan inför 2000-talet. M.
105. Administrativt stöd till Försvarsmakten. Fö.
106. Civilbefälhavarna. Fö.
107. Kulturstöd vid ombyggnad. Ku.
108. VAL, Organisation Teknik Ekonomi. Ju.
109. Investeringar i arrendjordbruket och andra arrenderättsliga frågor. Ju.
110. Information och den nya InformationsTeknologin – straff- och processrättsliga frågor m.m. Ju.
111. Den framtida skogsvårdsorganisationen. Jo.
112. Administrationen i kanslihuset. Klara administrationen – Bilaga. Fi.
113. Lag om företagsrekonstruktion. Ju.
114. Malmöregionens trafiksystem. Överenskommelse om åtgärder i trafikens infrastruktur. K.
115. Kontroll i konkurrens – avveckling av AB Svensk Bilprovningens monopol på kontrollbesiktning. K.
116. Privat förmedling och uthyrning av arbetskraft. A.
117. Konsumenterna och lågprisbutiken. En studie av ändrade köpvanor i dagligvaruhandeln. Jo.
118. Arvoden för vård hos privatpraktiserande läkare. S.
119. Svensk trädgårdsnäring – nuläge och utvecklingsmöjligheter. Jo.
120. Allmänna arvsfonden. S.
121. Vissa mervärdeskattefrågor. Fi.
122. Social bakgrund – studiestöd och övergång till högre studier. U.
123. Ett hav av möjligheter – AMU-Gruppen på väg mot 2000-talets utbildningsmarknad. A.
124. Bistånd under omprövning. Översyn av det svenska utvecklingssamarbetet med Moçambique. UD.
125. Åtgärder för att förbereda Sveriges jordbruk och livsmedelsindustri för EG – förslag om animaliesektorn. Jo.
126. Swedish Environmental Debt. M.
127. Boverket – uppgifter och verksamhet. Fi.
128. Kommunal uppdragsverksamhet. C.
129. Merkostnader vid sjukdom och handikapp. S.

# Statens offentliga utredningar 1992

## Systematisk förteckning

---

### Utrikesdepartementet

Bistånd under omprövning. Översyn av det svenska utvecklingssamarbetet med Moçambique. [124]

### Justitiedepartementet

Bundna aktier. [13]

EES-anpassning av kreditupplysningslagen. [22]

Översyn av sjöpolisens. [51]

Ett reformerat åklagarväsende. Del A och B. [61]

Utredningen om vissa internationella insolvensfrågor. [78]

Kriminologisk och kriminalpolitisk forskning. [80]

Trafikpolisen mer än dubbelt bättre. [81]

Genteknik – en utmaning. [82]

Aktiebolagslagen och EG. [83]

Ersättning för kränkning genom brott. [84]

VAL, Organisation Teknik Ekonomi. [108]

Investeringar i arrendjordbruket och andra arrenderättsliga frågor. [109]

Information och den nya InformationsT eknologin – straff- och processrättsliga frågor m.m. [110]

Lag om företagsrekonstruktion. [113]

### Försvarsdepartementet

Forskning och utveckling för totalförsvaret – förslag till åtgärder. [62]

Förvaltning av försvarsfastigheter. [85]

Försvarsmaktens hälso- och sjukvård. [101]

Administrativt stöd till Försvarsmakten. [105]

Civilbefälhavarna. [106]

### Socialdepartementet

Psyiskt stördas situation i kommunerna

– en probleminventering ur socialtjänstens perspektiv. [3]

Psykiatrin i Norden – ett jämförande perspektiv. [4]

Kroppen efter döden. [16]

Den sista undersökningen – obduktionen i ett

psykologiskt perspektiv. [17]

Tvångsvård i socialtjänsten – ansvar och innehåll. [18]

Statens hundskola. Ombildning från myndighet till aktiebolag. [20]

Bostadsstöd till pensionärer. [21]

Rätten till folkpension – kvalifikationsregler i internationella förhållanden. [26]

Smittskyddsinstitutet – ny organisation för Sveriges nationella smittskyddsfunktioner. [29]

Psykiatrin och dess patienter – levnadsförhållanden, vårdens innehåll och utveckling. [37]

Begreppet arbetsskada. [39]

Livskvalitet för psykiskt långtidssjuka

– forskning kring service, stöd och vård. [46]

Avgifter och högkostnadsskydd inom äldre- och handikappomsorgen. [50]

Ett samhälle för alla. [52]

Välfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda. [73]

Psyiskt störda i socialförsäkringen – ett kunskapsunderlag. [77]

Bostadsbidrag – enklare – rättvisare – billigare. [89]

Kommunernas socialbidrag – en kartläggning av normer, kostnader m.m. [98]

Arvoden för vård hos privatpraktiserande läkare. [118]

Allmänna arvsfonden. [120]

Merkostnader vid sjukdom och handikapp. [129]

### Kommunikationsdepartementet

Nya Inlandsbanan. [32]

Råd för forskning om transporter och kommunikation.

Råd för forskning om transporter och kommunikation.

Bilagor. [55]

Färjor och färleder. [56]

Telelag. [70]

Malmöregionens trafiksystem. Överenskommelse om åtgärder i trafikens infrastruktur. [114]

Kontroll i konkurrens – avveckling av AB Svensk Bilprovvnings monopol på kontrollbesiktning. [115]

### Finansdepartementet

Koncession för försäkringssammanslutningar. [5]

Ny mervärdesskattelag.

– Motiv. Del 1.

– Författningstext och bilagor. Del 2. [6]

Fastighetstaxering m.m. – Bostadsrätter. [8]

Fastighetsskatt. [11]

Långtidsutredningen 1992. [19]

Kontrollfrågor i tulldatoriseringen m.m. [23]

Avreglerad bostadsmarknad. [24]

Kartläggning av kasinospel – enligt internationella regler. [28]

Kreditförsäkring – Några aktuella problem. [30]

Risk- och skadehantering i statlig verksamhet. [40]

Avreglerad bostadsmarknad, Del II. [47]

Effektivare statistikstyrning – Den stalliga statistikens finansiering och samordning. [48]

Skatt på dieselolja. [53]

Beskattnings av vissa naturaförmåner m.m. [57]

Enklare regler för statsanställda. [60]

Fortsatt reformering av företagsbeskattnings. Del 1. [67]

# Statens offentliga utredningar 1992

## Systematisk förteckning

---

Bostadsförmedling i nya former. [71]  
Ekonomisk politik under kriser och i krig. [75]  
Statens fastigheter och lokaler – ny organisation. [79]  
Sparar vi för lite? Hushållssparandet i samhälls-ekonomi. [97]  
Staten och arbetsgivarorganisationerna. [100]  
Myndigheternas förvaltningskostnader – budgetering av pris- och löneförändringar. [102]  
Administrationn i kanslihuset.  
Klara administrationen – Bilaga. [112]  
Vissa mervärdeskattefrågor. [121]  
Boverket – uppgifter och verksamhet. [127]

### Utbildningsdepartementet

Frihet – ansvar – kompetens. Grundutbildningens villkor i högskolan. [1]  
Konstnärlig högskoleutbildning. [12]  
Ledning och ledarskap i högskolan – några perspektiv och möjligheter. [15]  
Utvärdering av försöksverksamheten med 3-årig yrkesinriktad utbildning i gymnasieskolan. [25]  
Fristående skolor. Bidrag och elevavgifter. [38]  
Resurser för högskolans grundutbildning. [44]  
Läraryrket. [59]  
Ett nytt betygssystem. [86]  
Pliktleverans. [92]  
Svensk skola i världen. [93]  
Skola för bildning. [94]  
Social bakgrund – studiestöd och övergång till högre studier. [122]

### Jordbruksdepartementet

Mindre kadmium i handelsgödsel. [14]  
Skogspolitiken inför 2000-talet. Huvudbetänkande. [76]  
Skogspolitiken inför 2000-talet. Bilagor I. [76]  
Skogspolitiken inför 2000-talet. Bilagor II. [76]  
Åtgärder för att förbereda Sveriges jordbruk och livsmedelsindustri för EG – förslag om vegetabilie-sektorn, livsmedelsexporten och den ekologiska produktionen. [87]  
Veterinär verksamhet – behov, organisation och finansiering. [88]  
Biobränslen för framtiden. [90]  
Biobränslen för framtiden. Bilagedel. [91]  
Rådgivningen inom jordbruket och trädgårdsnäringen. [99]  
Den framtida skogsvårdsorganisationen. [111]  
Konsumenterna och lågprisbutiken. En studie av

ändrade köpvanor i dagligvaruhandeln. [117]  
Svensk trädgårdsnäring – nuläge och utvecklings möjligheter. [119]  
Åtgärder för att förbereda Sveriges jordbruk och livsmedelsindustri för EG – förslag om animalie-sektorn. [125]

### Arbetsmarknadsdepartementet

Kompetensutveckling - en nationell strategi. [7]  
Årsarbetstid. [27]  
FHU92 [103]  
Privat förmedling och uthyrning av arbetskraft. [116]  
Ett hav av möjligheter – AMU-Gruppen på väg mot 2000-talets utbildningsmarknad. [123]

### Kulturdepartementet

Ett nytt bolag för rundradiosändningar. [10]  
Lagstiftning om satellitsändningar av TV-program. [31]  
Radio och TV i ett. [36]  
Meningsfull vistelse på asylförläggning. [69]  
Förbud mot etnisk diskriminering i arbetslivet. [96]  
Kulturstöd vid ombyggnad. [107]

### Näringsdepartementet

Prova privat – Provning och mätteknik inom SP och SMP i europaperspektiv. [74]  
Den svenska marknaden för projektkapital – statens nuvarande och framtida roll. [95]

### Civildepartementet

Ekonomi och rätt i kyrkan. [9]  
Kasinospelsverksamhet i folkrörelsernas tjänst? [33]  
EES-anpassning av marknadsföringslagstiftningen. [49]  
Mer för mindre – nya styrformer för barn- och ungdomspolitiken. [54]  
Regionala roller – en perspektivstudie. [63]  
Utsikt mot framtidens regioner – sju debattinlägg. [64]  
Kartboken. [65]  
Västsvenskt – region i utveckling. [66]  
Det kommunala medlemskapet. [72]  
Kommunal uppdragsverksamhet. [128]

# Statens offentliga utredningar 1992

## Systematisk förteckning

---

### Miljö- och naturresursdepartementet

- Regler för risker. Ett seminarium om varför vi tillåter mer föroreningar inne än ute. [2]  
Fastighetsdatasystemets datorstruktur. [34]  
Kart- och mätningutbildningar i nya skolformer. [35]  
Angående vattenskotrar. [41]  
Kretslopp – Basen för hållbar stadsutveckling. [42]  
Ecocycles – The Basis of Sustainable Urban Development. [43]  
Miljöfarligt avfall – ansvar och riktlinjer. [45]  
Miljöskulden. En rapport om hur miljöskulden utvecklas om vi ingenting gör. [58]  
Långsiktig miljöforskning. [68]  
Vår uppgift efter Rio – svensk handlingsplan inför 2000-talet. [104]  
Swedish Environmental Debt. [126]
-

Systematik förskrivning

1993-01-13  
KUNGL. BIBL.  
1993-01-13  
STOCKHOLM

KUNGL. BIBL.  
1993-01-13  
STOCKHOLM





