

## Nr 135

*Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen med förslag till förordning om ändrad lydelse av 1 och 3 §§ förordningen den 4 juni 1954 (nr 519) angående kostnadsfria eller prisnedsatta läkemedel; given Stockholms slott den 12 maj 1967.*

Kungl. Maj:t vill härmed, under återopande av bilagda utdrag av statsrådsprotokollet över socialärenden för denna dag, föreslå riksdagen att antaga härvid fogade förslag till förordning om ändrad lydelse av 1 och 3 §§ förordningen den 4 juni 1954 (nr 519) angående kostnadsfria eller prisnedsatta läkemedel.

## GUSTAF ADOLF

*Sven Aspling*

---

### Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen föreslås förbättrade läkemedelsförmåner inom sjukförsäkringen.

Läkemedelsförmånerna skall enligt förslaget liksom hittills bestå av en kostnadsfri och en prisnedsatt del. Kostnadsfria läkemedel skall tillhandahållas enligt samma principer som f. n. En utvidgning av förteckningen över kostnadsfria läkemedel aviseras. Nya bestämmelser om prisnedsättning på övriga läkemedel föreslås. De nya reglerna syftar till att tillgodose personer som på grund av sjukdom har stora utgifter för medicin.

Karensbeloppet som f. n. beräknas för varje läkemedelspost föreslås i stället avse alla vid ett expeditionstillfälle inköpta, samtidigt förskrivna läkemedel. Karensbeloppet föreslås i samband härmed höjt till fem kr.

Den nuvarande rabattsatsen 50 % ovanför karensbeloppet behålls men den del av priset som överstiger 25 kr. rabatteras helt.

De föreslagna reglerna innebär att inte någon behöver betala mer än 15 kr. vid varje inköp av medicin på recept.

Även läkemedel förskrivna av tandläkare föreslås bli omfattade av rabatteringen.

Kostnaderna för reformen beräknas till ca 60 milj. kr. för år 1968. Nuvarande finansieringssystem behålls. Detta innebär en höjning av sjukförsäkringsavgifterna med i genomsnitt knappt 15 kr. per år för varje avgiftspliktig.

## Förslag

till

## Förordning

om ändrad lydelse av 1 och 3 §§ förordningen den 4 juni 1954 (nr 519)  
angående kostnadsfria eller prisnedsatta läkemedel

Härigenom förordnas, att 1 och 3 §§ förordningen den 4 juni 1954 angående kostnadsfria eller prisnedsatta läkemedel<sup>1</sup> skall erhålla ändrad lydelse på sätt nedan anges.

(Nuvarande lydelse)

(Föreslagen lydelse)

## 1 §.

Läkemedel, varå recept utfärdats av läkare, skall å apotek tillhandahållas kostnadsfritt eller till nedsatt pris enligt vad nedan sägs.

Läkemedel, varå recept utfärdats av läkare *eller tandläkare*, skall å apotek tillhandahållas kostnadsfritt eller till nedsatt pris enligt vad nedan sägs.

Med läkemedel — — — — — — — — — — är tillämplig.

Med läkare avses den som äger behörighet att inom riket utöva läkarkyrket.

Med läkare avses den som äger behörighet att inom riket utöva läkarkyrket *och med tandläkare den som äger behörighet att inom riket utöva tandläkarkyrket.*

Rörande kostnadsfritt — — — — — — — — — — särskilt stadgat.

## 3 §.

I annat fall än som avses i 2 § äger vid sjukdom den som är omfattad av sjukförsäkring enligt lagen om allmän försäkring eller här i riket är i allmän eller enskild tjänst vid inköp av läkemedel åtnjuta nedsättning av fastställt pris för *läkemedlet* med hälften av det belopp, varmed priset må överstiga tre kronor. *Har under en formel förskrivits*

I annat fall än som avses i 2 § äger vid sjukdom den som är omfattad av sjukförsäkring enligt lagen om allmän försäkring eller här i riket är i allmän eller enskild tjänst vid inköp av läkemedel åtnjuta nedsättning av fastställt pris för *samtidigt förskrivna och inköpta läkemedel* med hälften av det belopp varmed priset *överstiger fem kronor och*

<sup>1</sup> Senaste lydelse av 1 och 3 §§ se 1962:707.

(Nuvarande lydelse)

flera läkemedel, skall prisnedsättningen avse den sammanlagda kostnaden. Är förskrivning avsedd att expedieras mer än en gång, skall nedsättningen hänföra sig till varje expedition.

Vad nu — — — — — vistas härstädes.

Från prisnedsättning — — — — — stycket avses.

(Föreslagen lydelse)

hela det belopp varmed priset överstiger tjugofem kronor. Är förskrivning avsedd att expedieras mer än en gång, skall nedsättningen hänföra sig till varje avsett expeditionstillfälle.

---

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 1968.

*Utdrag av protokollet över socialärenden, hållet inför Hans Maj:t  
Konungen i statsrådet på Stockholms slott den 12 maj  
1967.*

Närvarande:

Statsministern ERLANDER, statsråden STRÄNG, ANDERSSON, LANGE, KLING, EDENMAN, JOHANSSON, HOLMQVIST, ASPLING, PALME, LUNDKVIST, GUSTAFSSON, GEIJER, MYRDAL, ODHNOFF, WICKMAN.

Chefen för socialdepartementet, statsrådet Aspling, anmäler efter gemensam beredning med statsrådets övriga ledamöter fråga om *läkemedelsförmånerna inom sjukförsäkringen* och anför.

I maj 1966 har 1961 års sjukförsäkringsutredning (ledamöter förbundsordföranden Yngve Persson, ordf., riksdagsledamöterna Gunnar Edström och Rolf Kaijser, försäkringsdomaren Erik Malm, departementsrådet Gunnar Olofsson samt riksdagsledamöterna Harald Pettersson och Anna-Greta Skantz) avgett betänkandet »Läkemedelsförmånen» (SOU 1966: 28).

Efter remiss har yttranden över betänkandet avgetts av riks-försäkringsverket, medicinalstyrelsen, socialstyrelsen, statskontoret, riksrevisionsverket, universitetskanslersämbetet — efter hörande av de medicinska och farmaceutiska fakulteterna — smittlagstiftningsutredningen, läkemedelsförsörjningsutredningen, statens handikappråd, Svenska kommunförbundet, Svenska stadsförbundet, Svenska landstingsförbundet, Försäkringskassaförbundet, Svenska arbetsgivareföreningen, Landsorganisationen i Sverige (LO), Tjänstemännens centralorganisation (TCO), Sveriges akademikers centralorganisation (SACO), Sveriges läkarförbund, Svenska läkaresällskapet, Apotekarsocietetens direktion och Sveriges farmaceutförbund.

Några remissinstanser har bifogat yttranden från underlydande organ m. fl.

### Gällande bestämmelser

De huvudsakliga bestämmelserna på området finns i *förordningen den 4 juni 1954 (nr 519) angående kostnadsfria eller prisnedsatta läkemedel* (omtryckt 1962: 405, därefter ändrad 1962: 707). Enligt förordningen tillhandahålls läkemedel, varå recept utfärdats av läkare, kostnadsfritt eller till nedsatt pris på apotek. Med läkemedel förstås sådan för människor avsedd vara, på vilken läkemedelsförordningen den 14 december 1962 (nr 701) är

tillämplig. Med läkare avses den som äger behörighet att inom riket utöva läkaryrket.

Kostnadsfria läkemedel skall utlämnas till den som är sjukförsäkrad enligt lagen den 25 maj 1962 (nr 381) om allmän försäkring och som lider av långvarig och allvarlig sjukdom, som Kungl. Maj:t förklarar vara av sådan art. Kungl. Maj:t bestämmer vilka läkemedel som vid varje sådan sjukdom får utlämnas kostnadsfritt. Förteckning över sjukdomar, vid vilka läkemedel tillhandahålls kostnadsfritt, samt de kostnadsfria läkemedlen finns i kungörelsen den 4 juni 1954 (nr 520) med förteckning över kostnadsfria läkemedel (ändrad 1957: 492 och 1960: 575).

Rätt till prisnedsatta läkemedel tillkommer den som omfattas av sjukförsäkring enligt lagen om allmän försäkring eller här i riket är i allmän eller enskild tjänst. Vid inköp av läkemedel, som förskrivits av läkare, sätts det fastställda priset för läkemedlet ned med hälften av det belopp, varmed priset överstiger det s. k. karensbeloppet tre kr. Karensbeloppet räknas på varje läkemedel för sig. Är förskrivningen avsedd att expedieras mer än en gång, skall nedsättningen hänföra sig till varje expedition.

Läkemedelsförmåner utgår inte till personer, som åtnjuter sjukhusvård som avses i lagen om allmän försäkring.

Apotekarna får ersättning av riksförsäkringsverket för kostnaden för läkemedel, som utlämnats kostnadsfritt, och för rabatten på läkemedel som utlämnats till nedsatt pris.

Förmånen av kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel finansieras genom bidrag av statsmedel till försäkringskassornas utgifter för ändamålet med 1: 15 kr. för var och en, som vid utgången av det år kostnaden avser, är inskriven hos allmän försäkringskassa, och genom avgifter. I den enskildes sjukförsäkringsavgift innefattas avgift avseende försäkringskassans utgifter för sjukvårdsersättning, vari utgifter för läkemedel inbegrips. Sådan avgift erläggs dock inte av den som vid utgången av det år avgiften avser upphört att vara inskriven hos allmän försäkringskassa eller fyllt 67 år eller för december månad samma år åtnjutit ålderspension eller förtidspension enligt lagen om allmän försäkring. Vidare utgår arbetsgivaravgift till sjukförsäkringen med 2,6 % av arbetsgivarens på visst sätt beräknade löneutgifter. Av arbetsgivaravgiften används  $\frac{7}{26}$  för att bestrida kassornas utgifter för sjukvårdsersättning.

### Utredningen

#### *Läkemedelsförbrukningen m. m.*

Utredningen redovisar undersökningar över läkemedelsförbrukningen i landet under företrädesvis åren 1957—1961. Vidare har för utredningens räkning utförts en undersökning av ett receptmaterial avseende år 1963 i syfte att belysa den individuella läkemedelskonsumtionen. De båda under-

sökningarna redovisas utförligt i bilagor till utredningens betänkande. Vissa huvuddrag av vad som framkommit vid undersökningarna redovisas i det följande.

Apotekens läkemedelsförsäljning mot recept till andra förbrukare än sjukvårdsinrättning har under perioden 1955—1964 ökat från ca 126 till ca 365 milj. kr., dvs. nära tredubblats. Den årliga omsättningsökningen har varierat mellan 8 och 19 %. Antalet recipe (med recipe avses varje enskild läkemedelspost) har ökat med drygt 50 % eller från 19,5 till 29,5 milj. Medelpriset per recipe har ökat från ca 6: 50 kr. till ca 12: 40 kr., dvs. nästan fördubblats. Läkemedelskostnaderna inom den slutna vården har under nämnda tid ökat från 25,3 till 68,4 milj. kr. eller med 170 %.

Kostnaderna för läkemedelsförmånerna ökade från ca 39 milj. kr. år 1955 till ca 157 milj. kr. år 1964, dvs. en fyrdubbling. År 1965 uppgick kostnaderna till ca 183 milj. kr. Antalet verifikationer har under perioden ungefär fördubblats. De kostnadsfria läkemedlens andel i totalkostnaderna uppskattas till ca 25 %. Antalet expeditioner av kostnadsfria läkemedel beräknas utgöra 8—9 % av totala antalet expeditioner. Medelpriset per expedierat kostnadsfritt läkemedel har legat högre och även stigit snabbare än motsvarande pris för rabatterat läkemedel.

Utredningen har låtit undersöka den individuella förbrukningen av läkemedel under år 1963 hos 16 561 personer över 16 år.

Av undersökningen framgår bl. a. att 44,8 % av männen, 59,9 % av kvinnorna och 52,4 % av samtliga undersökta hade erhållit förmånsberättigande läkemedel. Andelen var mindre i lägre och större i högre åldersgrupper. I åldrarna över 67 år utgjorde andelen 62,7 %. Det genomsnittliga antalet recipe var 6. Kvinnor hade i alla åldersgrupper flera recipe än män. Andelen läkemedelsförbrukare på landet var mindre än i städerna. Antalet läkemedelsförbrukare ökade med stigande inkomst. Den genomsnittliga läkemedelskostnaden för personer som fått någon form av läkemedelsförmån var 75 kr. Stora skillnader i läkemedelskostnader förelåg mellan olika åldersgrupper. Den genomsnittliga kostnaden utgjorde sålunda för personer i åldern 16—44 år 51 kr., 45—66 år 85 kr. samt 67 år och däröver 115 kr. Medelpriset per recipe var i genomsnitt 12: 50 kr. Det varierade obetydligt med åldern.

Stora individuella skillnader i läkemedelskostnaden förelåg. För 13 % av antalet personer med läkemedelsförmån var kostnaden för inköpta läkemedel 150 kr. eller mer. Dessa svarade för ca 50 % av den totala kostnaden för gruppen och för 41 % av antalet recipe.

För enbart prisnedsatta läkemedel utgjorde den genomsnittliga egenkostnaden för personer i åldern 16—44 år 29 kr., 45—66 år 48 kr. och över 67 år 61 kr. Medelantalet recipe var respektive 4, 6,3 och 8,1. Gruppen förtidspensionärer hade genomsnittligt högre antal recipe per person än andra grupper (8,7 för män och 10,2 för kvinnor i åldrarna 30—59 år).

De hade också högre medicinkostnader än andra grupper. Följande tabell utvisar fördelningen av de undersökta personerna efter deras egenkostnader för prisnedsatta läkemedel.

Egenkostnad	Personer med prisnedsatta läkemedel		Procentuell andel som kommer på dessa personer	
	antal	procentuell fördelning	av totala antalet prisnedsatta reciper	av den totala summan av egenkostnader
1 000 kr. el. mera . . . . .	1	0,0	0,1	0,4
500 kr. el. mera . . . . .	13	0,2	1,4	2,6
400 kr. el. mera . . . . .	24	0,3	2,4	3,9
300 kr. el. mera . . . . .	59	0,7	5,2	7,4
200 kr. el. mera . . . . .	188	2,2	12,4	16,1
150 kr. el. mera . . . . .	363	4,2	19,6	24,5
100 kr. el. mera . . . . .	801	9,4	33,6	39,4
50 kr. el. mera . . . . .	2 120	24,8	59,8	65,2
Med kostnad, 0 kr. el. mera . . . . .	8 546	100,0	100,0	100,0

Av tabellen framgår att ett relativt litet antal personer svarar för en stor del av kostnaderna. 9,4 % hade sålunda egenkostnader över 100 kr. och svarade för ca 39 % av den totala kostnaden och ca 34 % av det totala antalet reciper. Andelen personer med höga egenkostnader stiger med högre ålder som framgår av följande tabell, som avser personer med en egenkostnad av 100 kr. eller mera.

Ålder	Män	Kvinnor	Män + Kvinnor
	%	%	%
16—19 . . . . .	1,3	2,2	1,9
20—29 . . . . .	1,8	3,0	2,5
30—39 . . . . .	4,1	5,2	4,7
40—49 . . . . .	6,2	9,2	7,9
50—59 . . . . .	7,9	16,0	12,3
60—69 . . . . .	13,7	16,6	15,2
70—79 . . . . .	16,2	19,5	18,3
80— . . . . .	18,0	17,6	17,8
Totalt	7,8	10,5	9,4

I fråga om de kostnadsfria läkemedlen var den genomsnittliga kostnaden för personer i åldern 16—44 år 147 kr., 45—66 år 84 kr. och över 67 år 60 kr. Kostnaden för fria läkemedel var således högre för yngre personer än för äldre.

Utredningen har sökt analysera orsakerna till de ökade inköpen av och kostnaderna för läkemedel. Utredningen nämner att antalet läkarkonsultationer vid besök på mottagning eller hembesök ökat från 14,4 milj. under 1955—1956 till 17,7 milj. under år 1963. Antalet läkarreceptexpeditioner

har även kraftigt ökat. Vidare har kunnat konstateras en ökning av antalet förskrivna läkemedel per individ och konsultationstillfälle. Bland de faktorer som kan tänkas medverka till att antalet förskrivna läkemedel per patient ökat nämner utredningen bl. a. följande. Mera specifika läkemedel har kommit fram i ökad utsträckning. Eftersom dessa har mer avgränsade effekter än de tidigare förekommande medlen, förskrivs sannolikt flera olika läkemedel till en patient vid en viss sjukdomsbild. Helt nya medel finns nu för behandling av sjukdomstillstånd, som inte tidigare var åtkomliga med läkemedelsterapi. Kombinationspreparat av olika slag minskar sannolikt i antal. Detta föranleder att i stället flera olika preparat måste förskrivas. Medelpriserna för de rabatterade läkemedlen har vidare ökat. Den mest betydelsefulla kostnadshöjande faktorn torde enligt utredningen vara en förskjutning av förskrivningsvanorna inom olika indikationsgrupper till nya och ofta dyrare preparat. Livslängden hos standardläkemedlen är relativt kort. Prisnivån på nya preparat ligger ofta högre än för motsvarande äldre medel inom samma preparatgrupp.

Utredningen har sökt utröna huruvida de starkt stigande kostnaderna för läkemedelsförmånen kan tänkas bero på missbruk av läkemedel. Enligt utredningen ger undersökningsmaterialet inte någon ledning för bedömning av om läkemedel förskrivits i onödigt stor mängd eller om dyrbarare läkemedel förskrivits i fall, där mindre kostsamma lika väl kunde ha använts. Utredningen har särskilt undersökt personer i materialet med 30 eller flera reciper. Antalet sådana utgjorde 99 eller drygt 1 % av antalet personer i undersökningsmaterialet som erhållit någon form av läkemedelsförmån. Endast i två av dessa fall kunde fastslås att det rörde sig om missbrukare, som skaffat sig tillgång till visst eller vissa preparat genom att söka ett flertal olika läkare. Utredningen betonar dock att resultatet av den verkställda specialstudien måste tolkas med försiktighet. Enligt utredningens mening bör ett missbruk av läkemedel inte stävjas genom att läkemedelsförmånen konstrueras så att den inte ger tillfredsställande skydd för alla de sjuka som behöver läkemedel. Utredningen framhåller att hur än läkemedelsförmånen konstrueras är det i första hand läkarna som har ansvaret för att mera läkemedel inte förskrivs än som är medicinskt berättigat.

#### *Allmänna synpunkter på en reform*

Enligt utredningens mening bör vid konstruktionen av läkemedelsförmånen följande allmänna synpunkter vara vägledande.

Läkemedelsförmånen bör vara så utformad, att den bidrar till att underlätta för den enskilde att vid sjukdom få behövlig vård och behandling. Den enskilde bör liksom i sjukförsäkringen bära en viss del av sina kostnader för läkemedel. Detta utesluter dock inte att den allmänna förmånen kompletteras med kostnadsfrihet i vissa särskilda fall. Det är värdefullt om förmånerna utformas så att de bereder ett särskilt gott skydd i de fall den

sjuka får vidkännas höga läkemedelsutgifter. Förmånen bör vidare ge alla försäkrade samma rätt till gottgörelse för kostnader i samband med sjukdom. Privilegiering av vissa grupper läkemedelsförbrukare bör inte ske.

Ersättning för läkemedelskostnader bör liksom ersättningen inom sjukförsäkringen i övrigt i princip utgå oberoende av utgifternas storlek. En individuell prövning är utesluten av praktiska skäl. Alla till följd av sjukdom av läkare förskrivna läkemedel bör vidare berättiga till ersättning. Det är slutligen angeläget att läkemedelsförmånen utformas så att allmänheten kan få tillgång till den på ett enkelt och smidigt sätt utan att onödigt administrativt arbete uppstår för läkare, apotek och myndigheter.

Utredningen framhåller att skyddet för den enskilde vid nuvarande förmånssystem i många fall inte är tillfredsställande. I genomsnitt ersätts f. n. mindre än 40 % av den enskildes läkemedelskostnader.

Utredningen har granskat det av utredningen om läkemedelsrabatteringen år 1959 avgivna förslaget till ett nytt system för läkemedelsrabatteringen (SOU 1959: 43). Det av denna utredning föreslagna s. k. självrisksystemet, som innebär att den enskilde har att själv upp till en viss årlig kostnad (50 kr.) betala fullt pris på apoteket för förskrivna läkemedel, avvisas av sjukförsäkringsutredningen på i huvudsak följande skäl.

Självrisksystemet skulle — om kostnadsfria läkemedel tillhandahölls i nuvarande omfattning — medföra att omkring hälften av dem som årligen har del av läkemedelsrabatteringen skulle mista denna förmån. Självrisksystemet skulle därför i jämförelse med nuvarande ordning för ett mycket stort antal läkemedelsförbrukare innebära en försämring av skyddet mot utgifter i samband med sjukdom. Härtill kommer att självrisksystemet i högre grad än nuvarande ordning skulle medföra ett slumpartat utfall av förmånen genom att rätten till denna blev beroende av när under kalenderåret läkemedelsinköpen nådde upp till självriskbeloppet. Den nuvarande ordningen ger visserligen inte alltid den enskilde ett tillfredsställande skydd vid höga läkemedelskostnader. Utredningen kan dock inte finna att lösningen av detta problem ligger i ett speciellt mot höga läkemedelskostnader konstruerat skydd av den typ självrisksystemet representerar, eftersom detta skulle lämna stora grupper sämre gottgörelse för kostnader i samband med sjukdom än det nuvarande.

Självrisksystemet skulle vidare skapa en i jämförelse med nuvarande ordning vidlyftig och tungrodd administration. De administrativa olägenheter som systemet måste komma att medföra är enligt utredningens mening av så allvarlig natur att redan dessa talar emot dess införande.

Utredningen har övervägt ytterligare några tänkbara konstruktioner av läkemedelsförmånen, som emellertid avvisas. Detta gäller bl. a. högre rabatter vid vissa sjukdomar och individuell prövning av behov av högre rabatter. Vidare har frågan om bättre läkemedelsförmåner för äldre personer prövats. Utredningen konstaterar att äldre personer har genomsnittligt högre läkemedelsutgifter än yngre. Läkemedelsbehovet hos äldre per-

soner är emellertid liksom bland befolkningen i övrigt starkt differentierat och det är klarlagt att också yngre personer i stor utsträckning har höga läkemedelsutgifter vid sjukdom. Ett högkostnadsskydd för en viss grupp medborgare skulle därför leda till att andra grupper med behov av ökat skydd mot läkemedelskostnader blev missgynnade. Utredningen avvisar tanken på att införa ett sådant system.

Eftersom utredningen inte funnit det möjligt att föreslå ett nytt system som motsvarar de uppställda principiella kraven, förordar utredningen att önskvärda förbättringar av läkemedelsförmånen görs inom ramen för gällande system med en prisnedsatt och en kostnadsfri förmånsdel.

### *Prisnedsatta läkemedel*

Utredningen erinrar om att vid införandet av läkemedelsförmånen karensbeloppet bedömdes ha avgjorda fördelar genom att en mängd smärre läkemedelsinköp undantogs från rabatteringen. Karensbeloppet ansågs även kunna bidra till att stävja eventuella tendenser till läkemedelsmissbruk. Det skulle vidare minska utgifterna för förmånen samt ge möjlighet till en något högre rabattering för dyrare läkemedel. Dessutom skulle karensbeloppet medföra en administrativ lättnad. Enligt utredningens mening fyller karensbeloppet numera knappast funktionen att undandra en större mängd smärre läkemedelsinköp från rabatteringen. Enligt vad utredningen inhämtat från en under april 1965 företagen undersökning bortföll sålunda endast 2 % av antalet reciper till följd av karensbeloppet. Utredningen anser vidare att det inte längre kan hävdas att ett karensbelopp av nuvarande storlek bidrar till att stävja eventuella tendenser till läkemedelsmissbruk.

Utredningen har undersökt verkningarna av olika karensbelopp i förening med skilda rabattsatser. Beräkningarna avser år 1963. I följande tabell jämförs utfallet av nuvarande rabattsystem med några alternativa system. Tabellen åskådliggör förhållandena för personer med en egenkostnad av 100 kr. eller mera per år.

Karensbelopp	Rabatt i % på överskjutande belopp	Index för egenkostnadernas totala summa
3 kr. (nuv. system)	50	100
3 kr.	75	67
3 kr.	100	34
5 kr.	50	111
5 kr.	75	83
5 kr.	100	56
7 kr.	50	120
7 kr.	75	97
7 kr.	100	74
10 kr.	50	131
10 kr.	75	114
10 kr.	100	96

Vid ett oförändrat karensbelopp av tre kr. per recipe skulle en ändrad rabattsats väsentligt påverka egenkostnaden. En höjning av rabattsatsen till 75 % skulle minska de egna utgifterna med i runt tal  $\frac{1}{3}$  och vid full kostnadsfrihet utöver karensbeloppet skulle egenkostnaden komma att stanna vid  $\frac{1}{3}$  av den nuvarande. De anförda exemplen ger också vid handen att varje höjning av karensbeloppet måste kombineras med en inte oväsentlig höjning av rabattsatsen, om det skydd det nuvarande systemet ger den enskilde inte skall försvagas avsevärt.

Utredningen framhåller att karensbeloppet utgör en betydande del av den enskildes egenkostnader vid köp av rabatterade läkemedel.

Karensbeloppet orsakar även ett ojämnt utfall av prisnedsättningen på läkemedel. Mest betungande är karensbeloppet för den som har många läkemedelsförskrivningar.

Utredningen har mot bakgrunden av angivna förhållanden övervägt om inte karensbeloppet — i stället för att som f. n. knyts till varje recipe — borde utgå för varje receptblankett eller för samtliga på ett recept upptagna läkemedel som avser samma sjukdom. Utredningen anser sig inte kunna förorda något av dessa alternativ.

Utredningen har även undersökt förutsättningarna för att anknyta karensbeloppet till expeditionstillfälle i stället för till recipe. Utredningen har därvid utgått från att av en och samme läkare samtidigt förskrivna läkemedel, som köpts vid ett och samma expeditionstillfälle, skulle belastas med endast ett karensbelopp. Vid försäljning av läkemedel enligt iterationsanteckning skulle karensbelopp — oavsett antalet expeditionstillfällen — avdragas endast vid första inköpet. Om flera läkemedel förskrivits på sätt som angivits och inköpts samtidigt, skulle karensbeloppet utgå sedan de sammanlagda kostnaderna för dessa medel beräknats. Därefter skulle rabatten beräknas på återstoden av kostnaden enligt fastställd rabattsats. Utredningen har diskuterat den skisserade ändrade anknytningen från tre olika synpunkter, nämligen med hänsyn till den enskildes läkemedelsutgifter, försäkringens utgifter för rabatterade läkemedel samt det administrativa förfarandet.

För att kunna beräkna effekten av ett karensbelopp anknutet till expeditionstillfälle har utredningen låtit utföra en särskild undersökning som avser förhållandena under år 1963.

Av undersökningen framgår bl. a. att ett karensbelopp om tre kr. anknutet till expeditionstillfälle skulle innebära, att försäkringens kostnader för prisnedsatta läkemedel ökade med 16 % och de enskildas kostnader minskades med i genomsnitt 9 %, och att ett karensbelopp om fem kr. anknutet till expeditionstillfälle skulle innebära, att försäkringens kostnader ökade med 5 % och de enskildas kostnader minskades med 3 % i jämförelse med nuvarande system.

Ett karensbelopp om fem kr. anknutet till expeditionstillfälle beräknas

vid en rabattsats om 50 % ge i stort sett samma kostnadsmässiga total-effekt som nuvarande system för både försäkringen och de enskilda.

Utredningen framhåller, att karensbeloppets anknytning till expeditionstillfälle för med sig vissa ändringar i det administrativa förfarandet. Även om systemet är tekniskt genomförbart anser utredningen att ett system som innebär administrativt merarbete jämfört med det nuvarande bör övervägas endast om därmed vinnns väsentliga fördelar från andra synpunkter. De vinster, som genomsnittligt skulle uppnås för den enskilde vid en anknytning av karensbeloppet till expeditionstillfälle, är enligt utredningens mening inte så stora att de uppväger nackdelarna med det administrativa merarbete som en sådan ordning skulle medföra.

Eftersom kostnaderna för läkarvård och utgifter i samband därmed samt kostnader för läkemedel varierar starkt i de enskilda fallen, bör enligt utredningens mening läkemedelsförmånen inte endast utformas med utgångspunkt i den enskildes läkemedelskostnader utan i de totala sjukvårdskostnaderna. Utredningen anser att det nuvarande systemet mot denna bakgrund inte erbjuder ett fullgott skydd. Detta gäller särskilt läkemedelsförbrukare med höga läkemedelskostnader. Enligt utredningens mening bör frågan lösas genom generellt ökade förmåner. I första hand tar utredningen därvid upp frågan om att avskaffa karensbeloppet. I fråga om verkningarna av en sådan åtgärd för den enskilde anför utredningen bl. a. följande. För åldersgruppen 16—44 år skulle sloandet av karensbeloppet medföra, att den genomsnittliga egenkostnaden för rabatterade läkemedel, som inköpts under ett år med bibehållande av nuvarande rabattsats minskade från 29 till ca 23 kr. För åldersgrupperna 45—66 år samt 67 år och äldre skulle motsvarande minskning bli från 48 till 38 kr. resp. från 61 till 49 kr. Utredningen understryker, att det rör sig om genomsnittssiffror inom vilka stora individuella variationer kan förekomma. Ett avskaffande av karensbeloppet skulle påtagligt gynna den grupp läkemedelsförbrukare, vars totala läkemedelskostnader är fördelade på ett förhållandevis stort antal läkemedelsförskrivningar. Om till denna grupp räknas endast dem som har tio eller flera recipen per år, kan gruppen anses vara av förhållandevis ringa omfattning, men på denna grupp faller inte mindre än 48,8 % av det totala antalet prisnedsatta recipen och 50,7 % av den totala summan av egenkostnader.

Mot ett avskaffande av karensbeloppet talar att skyddet för vissa kategorier skulle vara överdimensionerat genom att prisnedsättning tillämpas även vid mycket låga läkemedelskostnader. Enligt utredningens mening måste man, om man vill undvika nackdelarna med karensbeloppet, acceptera att ersättning utgår även för förhållandevis låga kostnader. En relativt låg läkemedelskostnad behöver för övrigt inte innebära, att den enskildes samlade utgifter i samband med sjukdom är låga.

Utredningen framhåller att en förbättring av skyddet, som tillgodoser

både läkemedelsförbrukare med höga läkemedelskostnader till följd av dyrbara läkemedelsinköp och sådana som har höga kostnader på grund av många läkemedelsinköp, inte kan nås endast genom att avskaffa karensbeloppet. Den enskildes läkemedelskostnader bör ses i samband med övriga sjukvårdskostnader. Utredningen finner det därför naturligt, att ersättningen för läkemedelskostnader lämnas efter samma principer som för läkarvårdskostnader. Genom avskaffande av karensbeloppet i förening med en höjning till 75 % av rabattsatsen skulle överensstämmelse i huvudsak nås. Med denna lösning skulle de enskildas egenkostnader för läkemedel genomsnittligt reduceras med ca 60 % i jämförelse med nuvarande förmånssystem.

Utredningen förordar, att karensbeloppet avskaffas och att en rabatt med 75 % lämnas på hela läkemedelskostnaden.

Merkostnaderna för att genomföra utredningens förslag beräknas till ca 140 milj. kr. för år 1967. Försäkringens totala kostnader för de rabatterade läkemedlen skulle för år 1967 bli ca 300 milj. kr. En så stor kostnadsökning skulle komma att medföra kännbara påfrestningar på samhälls ekonomin. Med hänsyn härtill och då kostnaderna bör ställas i relation till de ökade kostnader utredningens förslag i övriga frågor kan komma att leda till, anser sig utredningen inte böra ange någon bestämd tidpunkt för förslaget genomförande.

Utredningen framhåller dock, att de båda delarna i förslaget — avskaffande av karensbeloppet och höjning av rabattsatsen till 75 % — inte har sådant samband, att de inte kan genomföras vid skilda tidpunkter. Om det kan förutses att förslaget genomförande i dess helhet kommer att dröja någon längre tid, anser utredningen att en *delreform* bör komma till stånd. Med anledning härav bör övervägas, vilken del av förslaget som i så fall i första hand bör genomföras.

Utredningens majoritet har stannat för att förordna det alternativ, som innebär att karensbeloppet avskaffas och nuvarande rabattsats behålls. Som skäl anför utredningsmajoriteten, att karensbeloppet i många fall leder till ett slumpartat utfall av läkemedelsrabatteringen och att ett karensbelopp av nuvarande storleksordning inte längre fyller de funktioner som ursprungligen avsågs. Avgörande för majoritetens val har dessutom varit, att ett avskaffande av karensbeloppet är det minst kostnadskrävande alternativet. Innan en samlad bild erhållits av de kostnadsökningar, som kan följa av utredningens förslag i övriga frågor, bör kraftiga kostnadsökningar, som kan minska utrymmet för angelägna förbättringar inom andra områden, undvikas. Merkostnaderna för detta alternativ beräknas till ca 45 milj. kr. år 1967.

En minoritet inom utredningen (fru Skantz samt herrar Malm och Olofsson) anser, att en höjning av rabattsatsen bör genomföras i första hand, eftersom detta alternativ i jämförelse med karensbeloppets slopande i regel

ger bättre hjälp åt dem som har höga läkemedelskostnader men inte kan få del av den särskilda förmånen av fria läkemedel. Vidare åberopas att karensbeloppet för det stora flertalet läkemedelsförbrukare medför en relativt liten utgift. Merkostnaden för detta alternativ uppskattas till 85 milj. kr. för år 1967.

### *Kostnadsfria läkemedel*

Utredningen uppger att 364 000 personer under år 1963 beräknas ha behandlats i öppen vård med kostnadsfria läkemedel. Av dem var ca hälften över 67 år och 87 % hade också köpt rabatterade medel. Utredningen anser att rätt till kostnadsfria läkemedel av i princip nuvarande omfattning bör behållas. Det är tveksamt i vad mån den kostnadsfria förmånsdelen bör utvidgas. Utredningen anser att nuvarande principer för urval av sjukdomar och läkemedel bör behållas. Förteckningen bör utvidgas på grundval av två till utredningen överlämnade förslag av medicinalstyrelsen.

### *Finansiering*

Utredningen anser det rimligt att statsbidrag till kostnaderna för läkemedelsförmånen utgår efter samma regler, som gäller för övriga sjukvårdsförmåner frånsett sjukhusvård. Utredningen är dock inte beredd att framlägga förslag härom med hänsyn till den betydande höjning av statsbidraget som skulle bli följden. Utredningens förslag i återstående frågor som utredningen har att behandla kan komma att innebära kostnadsökningar för staten i olika avseenden. Bedömningen av möjligheterna att ändra reglerna för läkemedlens finansiering bör ske i ett vidare sammanhang. En ökning av utgifterna för läkemedelsförmånen nu bör därför helt bäras av de försäkrade i form av höjda avgifter. Vid ett genomförande av utredningens huvudförslag beräknas avgifterna öka med ca 35 kr. per år och avgiftspliktig försäkrad. Utredningsmajoritetens förslag till delreform kräver en avgiftshöjning av 10 kr. och minoritetens förslag en höjning med 20 kr.

## **Remissyttrandena**

### *Allmänna synpunkter*

I flertalet yttranden vilsordas att det föreligger behov av att förbättra läkemedelsförmånerna. Utredningens uppfattning att detta bör ske inom ramen för nuvarande förmånssystem godtas också allmänt.

Endast två remissinstanser — Svenska arbetsgivareföreningen och SACO — avstyrker helt de av utredningen framförda förslagen. *Svenska arbetsgivareföreningen* anser att situationen för personer med höga läkemedelskostnader bör förbättras. Denna fråga bör dock inte lösas genom generellt ökade förmåner. Nuvarande förmåner bör i stället kompletteras med ett särskilt skydd mot alltför höga utgifter för individen. Detaljutformningen av ett sådant skydd bör snabbutredas. SACO kan inte tillstyrka att man

inom den närmaste tiden genomför ens en partiell reform enligt utredningens förslag. SACO anser visserligen att mycket talar för en förbättring av läkemedelsförmånen. Man måste dock av samhällsekonomiska skäl vara mycket försiktig med nya offentliga åtaganden. Andra socialreformer såsom tandvårdsförsäkringen bör prioriteras framför de nu föreslagna förbättringarna.

Några remissinstanser är tveksamma om någon mer betydande ändring av reglerna på området bör genomföras f. n. *Riksförsäkringsverket* erinrar sålunda om att förslag lagts fram eller kan väntas om andra reformer inom socialförsäkringen som i betydande mån kan påverka försäkringskostnaderna och sättet för deras finansiering, t. ex. tandvårdsförsäkring samt vissa sjukförsäkrings- och pensionsfrågor. Det är enligt verkets mening önskvärt att alla dessa förslag kan ses i ett sammanhang, så att de ekonomiska och administrativa konsekvenserna bättre kan överblickas och en avvägning av reformerna ske efter angelägenhetsgrad. *Riksförsäkringsverket* anser inte att bristerna i läkemedelsförmånens nuvarande utformning är så allvarliga att en omedelbar reform är nödvändig. Även *Svenska kommunförbundet* anser att det skulle varit värdefullt om förbättringsförslag i fråga om läkemedelsförmånen kunnat bedömas samtidigt med andra förslag av utredningen. I liknande riktning uttalar sig *Försäkringskassaförbundet* och *universitetskanslersämbetet*. Enligt ämbetets mening bör rätten till kostnadsfria läkemedel i första hand utökas.

#### *Läkemedelsförbrukningen m. m.*

*Svenska läkaresällskapet* anser att utredningen ofullständigt belyst frågan om förekomsten och utbredningen av överkonsumtion av läkemedel. Det är angeläget att denna fråga utreds ytterligare. Enligt sällskapets mening är det tänkbart att det förekommer en ospecifik tendens till ökad läkemedelsförskrivning. Det är av vikt att läkarnas receptutskrivningsvanor blir föremål för en vetenskaplig undersökning. Samma uppfattning har *medicinska fakulteten vid Karolinska institutet*. Liknande synpunkter anförs också av *universitetskanslersämbetet*.

*Sveriges läkarförbund* påpekar att det skulle varit värdefullt om utredningen kunnat framlägga resultatet av en mer ingående undersökning av de faktorer som styr läkemedelskonsumtionen. Förbundet efterlyser en saklig och fortlöpande information för att göra läkarna mer prismedvetna i sitt läkemedelsurval och för att bidra till att förskrivningarna blir väl avvägda. Även *riksförsäkringsverket* anser att en upplysningsverksamhet i detta syfte bör komma till stånd. Enligt verkets mening torde kvantiteten av förskrivna läkemedel ofta avsevärt överstiga vad som behöver förbrukas. Bestämmelserna om karensbelopp kan här ha en styrande effekt. Det kan också antas spela in att större förpackningar i regel är relativt sett billigare än mindre. *Sveriges läkarförbund* framhåller att önskemål

om stora förpackningar allt oftare framställs från allmänheten. Enligt TCO:s mening bör från samhällsekonomisk synpunkt en dosering som lämnar stora läkemedelskvantiteter outnyttjade vid behandlingstidens utgång undvikas.

### *Prisnedsatta läkemedel*

Flertalet remissinstanser är positiva till utredningens förslag till lösning av frågan på längre sikt, dvs. höjning av läkemedelsrabatten till 75 % och borttagande av karensbeloppet. Utredningens förslag till delreform har föranlett delade meningar vid remissbehandlingen. Ett stort antal remissinstanser anser dock att utredningen i sina förslag inte tillräckligt beaktat behovet för personer med höga medicinkostnader.

*Svenska landstingsförbundet* framhåller att utredningens långsiktiga förslag skulle ge ett godtagbart skydd även för personer med höga läkemedelskostnader. Den av utredningen förordade delreformen ger dock inte något sådant skydd. Förbundet finner det anmärkningsvärt att utredningen inte gjort något allvarigare försök att bygga upp ett tillfredsställande skydd för dem som har höga medicinkostnader.

Enligt *Svenska arbetsgivareföreningens* mening skulle av de föreslagna stora kostnadsökningarna en oproportionerligt liten del komma dem till godo som tyngs av höga läkemedelsutgifter och som därför drabbas av en mera påtaglig standardförsämring vid sjukdom. Utredningens förslag innebär i främsta rummet marginella förskjutningar för det stora flertalet läkemedelsförbrukare som ändå har relativt måttliga egna utgifter. Föreningen anser att en omkonstruktion av förmånen bör inriktas på att inom i huvudsak nuvarande kostnadsram skapa ett bättre skydd för dem som drabbas av speciellt höga läkemedelsutgifter. Föreningen finner det anmärkningsvärt att utredningen vid sin analys av olika förmånssystem inte undersökt om det är möjligt att sammanjämka nuvarande förmånssystem med vissa av grundtankarna i de förslag som år 1959 lades fram av utredningen om läkemedelsrabatterning. Det bör enligt föreningens mening vara möjligt att konstruera ett system som samtidigt tillgodoser önskemålen att dels erbjuda rimlig rabatterning till det stora flertalet läkemedelsförbrukare och dels ge ett effektivt högkostnadsskydd.

Även *Svenska läkaresällskapet*, *Sveriges läkarförbund*, *TCO*, *SACO*, *statens handikappråd*, *Försäkringskassförbundet* och *medicinalstyrelsen* anser att särskilda åtgärder behövs för att nedbringa läkemedelskostnaderna för storförbrukare. *Medicinalstyrelsen* förordar att en övre gräns för den sjukes egna läkemedelskostnader införs. Styrelsen upplyser att det nuvarande förmånssystemets otillräcklighet i detta avseende bl. a. föranlett Västerbottens läns landsting att bestrida s. k. betungande medicinkostnader. Därvid har ett karensbelopp på 300 kr. införts. Enligt styrelsens mening är det rimligt att samma belopp införs inom läkemedelsrabatteringen. Även

*statens handikappråd* anser det angeläget att söka åstadkomma en övre gräns för egenkostnaden. Möjligheterna härtill bör ytterligare prövas både i fråga om läkemedel och andra utgifter för terapi och rehabilitering. En liknande inställning har *Försäkringskassförbundet* som föreslår att sjukförsäkringsutredningen förutsättningslöst utreder samtliga ersättningsssystem inom den öppna vården. Frågan om ett enhetligt självrisksystem inom sjukvårdsförsäkringen bör även undersökas.

*Sveriges läkarförbund* framhåller att de gamla och särskilt de sjuka gamla tillhör de stora medicinförbrukarna. Dessa gamla bör ofta vårdas i sina hem. Ibland måste de skötas i hemmen i brist på vårdplatser även om det är medicinskt olämpligt. I det sistnämnda fallet går de miste om förmånen av fria läkemedel, som de skulle ha fått om plats funnits i den slutna vården. Enligt förbundets mening hade det varit lyckligare om man kunnat finna en lösning som bättre tillgodosett denna grupps behov.

*TCO* förordar ökade bidrag till de långtidssjukas läkemedelskostnader. Organisationen anser det rimligt att läkemedel utgår kostnadsfritt till den som har bidrag för sjukvård i hemmet, eftersom den slutna vårdens resurser i sådana fall avlastas.

I några yttranden har frågan om vilka mediciner som bör rabatteras berörts. *Riksförsäkringsverket* ifrågasätter om det kan vara behövt att rabatteringen omfattar vitamin- och näringspreparat i sådan utsträckning som nu är fallet. *Medicinalstyrelsen* erinrar om att sjukförsäkringsutredningen i sitt betänkande med förslag till tandvårdsförsäkring föreslagit att bestämmelserna om kostnadsfria eller prisnedsatta läkemedel skall tillämpas på läkemedel, som förskrivits av tandläkare. Utredningen förordade att så skulle ske samtidigt med att tandvårdsförsäkringen infördes. Styrelsen föreslår att denna fråga löses redan nu.

Utredningens förslag att slopa karensbeloppet tillstyrks av flertalet remissinstanser, bland dem *medicinalstyrelsen*, *socialstyrelsen*, *Svenska stadsförbundet*, *Svenska kommunförbundet*, *LO*, *Apotekarsocietetens direktion*, *Sveriges farmaceutförbund*, *Svenska läkaresällskapet* och *Sveriges läkarförbund*. *Svenska läkaresällskapet* framhåller att det nuvarande systemet inbjuder till förskrivning av alltför stora mängder läkemedel vid varje förskrivningstillfälle. En liknande uppfattning har *medicinalstyrelsen*.

*Svenska kommunförbundet* anser att förslaget att avskaffa karensbeloppet bör ges prioritet, även om höjningen av rabatten har större betydelse för många människor med dryga läkemedelsutgifter.

*Apotekarsocietetens direktion* vitsordar att karensbeloppens slopande innebär en viss reduktion av hanteringskostnaden för apoteken. Detta skulle indirekt komma läkemedelskonsumenterna till godo.

*TCO* anser att uppbyggnaden av den nuvarande läkemedelsrabatteringen gör att karensbeloppets verkningar blir slumpartade. Organisationen förordar att karensbeloppet knyts till expeditionstillfälle. Enligt organisationens

mening skulle denna åtgärd medverka till att nedbringa kostnaderna för dem som har de största läkemedelsutgifterna.

*Riksförsäkringsverket* framhåller att en beräkning av karensbeloppet per expeditionstillfälle medför vissa administrativa besvär. Detta bör dock enligt verkets mening inte utgöra hinder för att genomföra anordningen, om ett sådant system eljest medför väsentliga fördelar.

*Svenska arbetsgivareföreningen* anser att ett karensbelopp bör finnas kvar. Föreningen framhåller att karensbeloppets faktiska värde successivt minskat genom penningvärdets försämring. Det är därför rimligt att genom en höjning till exempelvis 5 à 6 kr. anpassa beloppet till dess ursprungligen fastställda värde för att därigenom begränsa den totala kostnadsökningen. Karensbeloppet skulle samtidigt återfå sin funktion av att erbjuda en viss administrativ förenkling. Om en höjning av karensbeloppet kombineras med det av föreningen förordade systemet med återbäring till vissa storförbrukare, skulle riskerna för att höjningen skulle drabba personer med stor läkemedelsförbrukning men vilkas utgifter huvudsakligen består av många men billiga läkemedel elimineras.

Av de remissinstanser som är positiva till utredningens huvudförslag är det endast *LO* som motsätter sig att frågan i första hand löses genom en delreform. Inte minst med tanke på att de försäkrades hälsotillstånd försämras med åldern och att detta leder till höga läkemedelskostnader anser *LO* önskvärt att reformen genomförs utan dröjsmål. Enligt organisationens mening kan var och en av de delreformer utredningen diskuterat inte bestämt sägas medföra en förbättring för alla försäkrade. Det är därför önskvärt att de behandlas som en enhet. Skulle förslaget förverkligas i två etapper, föreslår *LO* att karensbeloppet slopas och att rabatten höjs till 60 % i den första etappen.

*Universitetskanslersämbetet*, *Svenska stadsförbundet* och *Apotekarsocietets direktion* förordar det av utredningens majoritet framlagda förslaget till delreform.

*Statens handikappråd*, *TCO*, *medicinalstyrelsen* och *socialstyrelsen* tillstyrker det alternativ som förordats av minoriteten i utredningen. Om det skulle visa sig för dyrbart att genomföra nämnda förslag förordar *TCO* att en höjning av rabattsatsen kombineras med en höjning av karensbeloppet. Organisationen framhåller dock att högre karensbelopp bör kompletteras med ett tak för den enskildes läkemedelsutgifter. *Socialstyrelsen* förordar att en uppräkningsrabatt av rabattsatsen kombineras med att folkpensionärer med låga inkomster får helt kostnadsfria läkemedel. *Socialstyrelsen* framhåller att det inte är ovanligt att inom denna grupp även en tämligen måttlig läkemedelskostnad kan utestänga patienten från den lämpligaste medicinska behandlingen. Styrelsen erinrar om att man under senare år på olika vägar sökt lätta trycket på sjukvårdsinstitutioner och ålderdomshem genom att öka möjligheterna till vård och service i hemmen. När man nu vill bygga

ut den öppna vården för att begränsa omfattningen av institutionsvården är det enligt styrelsens mening naturligt att öppenvårdens kapacitet höjs genom att man även där tillämpar principen om kostnadsfria läkemedel.

*Försäkringskassförbundet* föreslår att en partiell reform inriktas på att ge kostnadslättnader för de grupper, vilkas kostnader för läkemedel är särskilt betungande nämligen ålders- och förtidspensionärer. Förbundet förordar, att man närmare utreder möjligheten av att ge dessa grupper en större täckning för sina läkemedelskostnader än vad som sker f. n., förslagsvis 75 % utöver karensbeloppet.

### *Kostnadsfria läkemedel*

Flera remissinstanser framhåller vikten av att förteckningen över kostnadsfria läkemedel successivt ses över. Denna uppfattning har *Sveriges farmaceutförbund*, *statens handikappråd*, *LO* och *Svenska landstingsförbundet*. Sistnämnda förbund uttalar att det inte bör få förekomma att läkemedel som av läkare mer allmänt skrivs ut för en viss i förteckningen upptagna sjukdom inte finns med i förteckningen. Den nu rätt allmänt praktiserade ordningen med kompletterande bidragsgivning från landstingen för i förteckningen upptagna sjukdomsgrupper kan inte anses tillfredsställande.

*Apotekarsocietetens direktion* ifrågasätter som ett alternativ till täta revideringar av förteckningen att läkarna medges fritt val av läkemedel för i förteckningen angivna indikationer.

### *Finansiering*

*LO* delar utredningens uppfattning att kostnaderna för läkemedelsförmånen i princip bör finansieras på samma sätt som övriga sjukvårdsförmåner. *LO* befarar att de ökade statsutgifter detta skulle medföra kan fördröja reformen. Organisationen är därför beredd tillstyrka att kostnaderna läggs på de försäkrades avgifter. Därvid förutsätts att någon höjning av gränsen för avdragsrätten för försäkringsavgifter vid beskattningen inte genomförs, eftersom detta skulle medföra att avgiftshöjningen skulle verka regressivt. Vidare förutsätts att finansieringsfrågan omprövas när man kan överblicka verkningarna av alla de reformer sjukförsäkringsutredningen kan komma att föreslå.

### **Departementschefen**

Rätt till ersättning för läkemedel, som ordinerats av läkare, har sedan år 1955 utgått såsom en till sjukförsäkringen ansluten särskild förmån. Enligt bestämmelserna tillhandahålls läkemedel i vissa fall kostnadsfritt och i andra fall till nedsatt pris. Rätt till kostnadsfria läkemedel föreligger vid vissa långvariga och allvarliga sjukdomar. Kungl. Maj:t bestämmer vilka läkemedel som vid varje sådan sjukdom får lämnas ut kostnadsfritt.

Vid inköp av andra läkemedel som ordinerats av läkare sätts det fastställda priset för läkemedlet ned med hälften av det belopp varmed priset överstiger det s. k. karensbeloppet tre kronor. Karensbeloppet räknas på varje läkemedelspost (recipe) för sig. Vid inköp av flera läkemedelsposter vid samma expeditionstillfälle tas alltså ut ett karensbelopp för varje post. Är en förskrivning avsedd att expedieras mer än en gång, hänförs prisnedsättningen till varje expedition.

Kostnaderna för läkemedelsförmånerna var år 1955 ca 39 milj. kr. År 1966 hade kostnaderna stigit till ca 207 milj. kr. dvs. mer än femdubblats. Antalet verifikationer på ersättningsberättigande läkemedel har under samma tid ungefär fördubblats. Till kostnaderna utgår statsbidrag med 1:15 kr. för var och en som är inskriven hos allmän försäkringskassa, vilket f. n. ger ca 7 milj. kr. per år. I övrigt bestrids kostnaderna med de försäkrades avgifter och i viss mån med arbetsgivaravgifter.

De starkt ökade kostnaderna har flera orsaker. Antalet läkarkonsultationer och receptexpeditioner har liksom antalet förskrivna läkemedel per individ och konsultationstillfälle ökat. Nya medel finns för behandling av sjukdomstillstånd som inte tidigare var åtkomliga med läkemedelsterapi. Flera olika läkemedel förskrivs oftare vid samma sjukdomsbild. Priserna för läkemedlen ökar. Livslängden på standardläkemedel är relativt kort. Prisnivån på nya preparat ligger ofta högre än på motsvarande äldre medel. Läkarnas förskrivningsvanor inom olika indikationsgrupper förskjuts till nya och ofta dyrare preparat.

Utformningen av läkemedelsförmånerna prövades av utredningen om läkemedelsrabatteringen, som år 1959 föreslog att ett s. k. självrisksystem skulle införas. Innebörden härav var att den enskilde skulle intill ett visst årligt belopp betala fullt pris för förskrivna läkemedel. Ovanför detta belopp skulle en förhållandevis hög rabattsats gälla. Syftet med förslaget var att söka bereda en mer effektiv hjälp åt personer med höga läkemedelskostnader och samtidigt begränsa totalkostnaderna. Utredningens betänkande blev föremål för mycket delade meningar vid remissbehandlingen. Då 1961 års sjukförsäkringsutredning tillsattes uppdrogs åt denna att med utgångspunkt i det tidigare utredningsarbetet och remissmaterialet söka lösa frågan. Huvudlinjen skulle härvid vara att medborgaren skulle beredas skydd mot att vid sjukdom betungas med alltför stora utgifter för läkemedel samtidigt som systemet skulle inrymma möjligheter att hålla totalkostnaderna för läkemedelsförmånerna på en rimlig nivå.

Sjukförsäkringsutredningen har funnit att de nuvarande bestämmelserna om prisnedsatta läkemedel i många fall inte ger den enskilde ett tillfredsställande skydd. Den föreslår vissa förbättringar av förmånerna inom nuvarande system. Utredningens förslag i fråga om prisnedsättningen innebär att karensbeloppet avskaffas och att rabattsatsen höjs från nuvarande 50 till 75 %. Merkostnaderna härför beräknas till ca 140 milj. kr.

för år 1967. Med nuvarande finansieringssystem behövs en avgiftshöjning på ca 35 kr. per avgiftspliktig försäkrad och år för att genomföra reformen. Om förslaget med hänsyn till kostnaderna inte kan förverkligas förrän efter någon längre tid, bör enligt utredningens mening en delreform nu komma till stånd. Utredningens majoritet förordar därvid att karensbeloppet avskaffas och att nuvarande rabattsats behålls. Merkostnaderna härför skulle enligt utredningens beräkningar bli ca 45 milj. kr. för år 1967 och avgifterna skulle behöva höjas med ca 10 kr. per försäkrad och år. En minoritet inom utredningen föreslår i stället att rabattsatsen höjs till 75 % och att det nuvarande karensbeloppet behålls. Kostnadsökningen härför uppskattas till ca 85 milj. kr. för år 1967 och behovet av avgiftshöjning till ca 20 kr. per försäkrad och år.

Både i utredningens huvudförslag och i majoritetsförslaget till delreform förordas att systemet med karensbelopp vid inköp av rabatterade läkemedel avskaffas. Enligt utredningens mening fyller karensbeloppet numera knappast den ursprungligen avsedda funktionen att undandra en större mängd läkemedelsinköp från rabattering. Ej heller anses karensbeloppet bidra till att motverka läkemedelsmissbruk. Däremot kan förekomsten av ett karensbelopp medverka till att alltför stora mängder läkemedel förskrivs vid varje förskrivningstillfälle. Karensbeloppet orsakar ett ojämnt utfall av prisnedsättningen. Vidare är det betungande för dem som har många läkemedelsförskrivningar. Denna grupp skulle gynnas om karensbeloppet avskaffades. Slutligen skulle en viss administrativ förenkling vinnas.

Även om jag har förståelse för de av utredningen anförda skälen kan jag ändå inte biträda förslaget att avskaffa karensbeloppet. Anledningen härtill är att en sådan åtgärd främst skulle gynna dem som har relativt små medicinkostnader. Prisnedsättning skulle komma att tillämpas även på inköp till mycket låg kostnad, vilket inte kan anses vara den angelägnaste förändringen. En sådan reform blir också ganska dyrbar och minskar utrymmet för behövliga förbättringar till personer med stora medicinkostnader.

Jag förordar alltså att systemet med karensbelopp vid prisnedsättning på läkemedelsinköp behålls. Jag återkommer i det följande till frågan om den närmare utformningen av bestämmelserna om karensbelopp.

Som tidigare nämnts har utredningen enligt sina direktiv haft att söka lösa frågan hur den enskilde skall kunna beredas skydd mot alltför stora utgifter för läkemedelsinköp. Utredningen anser att en individuell prövning av läkemedelsutgifterna för att hjälpa de stora förbrukarna måste uteslutas av praktiska skäl. Det administrativa arbetet skulle bli alltför vidlyftigt och tungrott. Utredningen har också övervägt frågan att införa högre rabattering för äldre personer som genomsnittligt har högre medicinkostnader än yngre. Utredningen avvisar också ett sådant system. Enligt utredningens mening är läkemedelsbehovet hos äldre personer liksom bland befolkningen i övrigt starkt differentierat. Vidare har yngre personer också i stor utsträck-

ning höga läkemedelsutgifter. Ett högkostnadsskydd för en viss grupp skulle därför leda till att andra grupper med behov av ökat skydd skulle missgynnas.

Utredningen har avstått ifrån att bygga in ett särskilt högkostnadsskydd i sina förslag till prisnedsättning och förordar både i sitt huvudförslag och i förslagen till delreform att prisnedsättningen utgår med samma procentuella andel av medicinkostnaderna oavsett deras storlek.

Av utredningens undersökningar framgår att ett relativt litet antal personer svarar för en stor del av egenkostnaderna för prisnedsatta läkemedel. Av samtliga personer som fått prisnedsatta läkemedel hade 9,4 % egenkostnader över 100 kr. Dessa svarade för nära 40 % av de totala egenkostnaderna.

För att få ett ytterligare underlag för bedömningen av en lämplig utformning av läkemedelsrabatteringen har jag låtit riksförsäkringsverket utföra en undersökning med anlitande av 1966 års receptmaterial. Undersökningen har omfattat nära 12 000 recept från sex olika apotek. Läkemedelsersättningarna till apotek utgjorde 207 milj. kr. för år 1966. För åren 1967 och 1968 beräknas ersättningarna uppgå till 230 resp. 260 milj. kr. Undersökningen visar bl. a. följande. Av totalkostnaderna under åren 1966—68 kan det antas att 160, 175 resp. 200 milj. kr. hänför sig till prisnedsatta läkemedel. Genomsnittskostnaden i det undersökta materialet var för prisnedsatta läkemedel ca 15 kr. per recipe och ca 20 kr. per expeditionstillfälle. Av antalet expeditionstillfällen belöpte sig ca 25 % på belopp över 25 kr. Dessa svarade för inte mindre än ca 50 % av de totala kostnaderna. Medicinkostnader på mer än 50 kr. förelåg vid ca 5 % av antalet expeditionstillfällen. Dessa svarade för ca 20 % av totalkostnaderna.

Enligt min uppfattning bör frågan att förbättra förmånerna för personer med höga läkemedelsutgifter lösas i första hand. Utredningens förslag till lösning av frågan på längre sikt — borttagande av karensbeloppet och en rabatt på 75 % — skulle visserligen ge ett gott skydd för dessa personer. Det skulle emellertid också medföra stora kostnader för ökad rabattering till de många som har små eller relativt obetydliga utgifter för läkemedel. Ett genomförande av förslaget skulle f. n. ställa sig alltför kostsamt. Frågan bör därför lösas på annat sätt. Vad beträffar utredningens förslag till delreform har detta som ett stort antal remissinstanser anfört inte tillräckligt beaktat rabatteringsbehovet för personer med höga läkemedelskostnader.

De stora förbrukarnas problem skulle kunna lösas genom en individuell prövning. I likhet med utredningen anser jag att detta måste uteslutas redan av praktiska skäl. Det administrativa arbetet skulle uppenbarligen bli alltför omfattande och personalkrävande.

Inte heller bör frågan om skydd mot höga läkemedelsutgifter lösas genom ett självrisksystem av den typ som föreslogs av utredningen om läkemedelsrabatteringen. Det synes inte möjligt att belasta försäkringskassorna eller

apoteken med det omfattande administrativa merarbete som ett sådant system skulle föra med sig. Frågan om ett högkostnadsskydd bör så långt möjligt lösas med generella metoder som inte medför något betydande administrativt merarbete.

Av riks försäkringsverkets undersökning framgår att en betydande del av de totala kostnaderna för inköp av rabatterade läkemedel belöper på relativt dyrbara sådana. Det synes antagligt att personer som måste köpa dyrbara läkemedel också ofta har stora sammanlagda årliga läkemedelskostnader. Enligt min mening bör en ordentlig förbättring för personer med generellt sett stora läkemedelskostnader eftersträvas. Eventuella risker för överkonsumtion av läkemedel i vissa fall bör inte mötas av en konstruktion av rabattsystemet som missgynnar sjuka med stora läkemedelskostnader. Läkemedelsförmånerna måste bygga på att läkarnas ordinationer förestavas av medicinska skäl. Det bör vara den nya medicinalstyrelsens uppgift att genom ökad information till läkarna göra dem mer prismedvetna och bidra till väl avvägda förskrivningar.

I samband med den reform jag syftar till bör en ändrad anknytning av karensbeloppet övervägas. F. n. beräknas detta på varje läkemedelspost. Denna metod är till nackdel för dem som samtidigt får recept på flera läkemedel. Dessa personer måste sålunda med nuvarande bestämmelser betala flera karensbelopp vid ett och samma expeditionstillfälle. Det är önskvärt att karensbeloppet är detsamma, oavsett om ett eller flera läkemedel ordinerats för att behandla en sjukdom. Bland dem som ordinerats flera läkemedel på en gång — vilket sker i så stor utsträckning att det i genomsnitt går 1,4 recipe per recept — torde finnas många som är stora förbrukare och har höga kostnader. Det synes motiverat med en beräkning av karensbeloppet som är mer gynnsam för dem som har flera läkemedel på samma förskrivning. Denna effekt nås om karensbeloppet knyts till varje expeditionstillfälle. Vissa administrativa skäl talar visserligen mot en sådan ändrad anknytning av karensbeloppet. Riks försäkringsverket har dock i sitt remissyttande anfört att dessa inte bör utgöra hinder mot att genomföra anordningen om väsentliga fördelar vinnas med den. Jag vill för min del förorda att karensbeloppet beräknas per expeditionstillfälle i stället för på varje läkemedelspost. Förslaget innebär att endast ett karensbelopp skall beräknas när en person samtidigt köper flera läkemedel, som ordinerats honom vid ett och samma tillfälle. Karensbeloppet beräknas således på den sammanlagda kostnaden för läkemedlen. Rabatt beräknas sedan på återstoden av kostnaden. Är receptet avsett att expedieras mer än en gång, bör karensbeloppet beräknas för varje avsett inköpstillfälle.

I samband med att karensbeloppet anknyts till varje expeditionstillfälle i stället för varje läkemedelspost bör beloppet höjas från 3 till 5 kr. Ett karensbelopp på 5 kr. anknutet till expeditionstillfälle bör jämföras med att det nuvarande karensbeloppet beräknat per expeditionstillfälle i genomsnitt motsvarar drygt 4 kr.

Vid bestämmande av rabattsatsens storlek utgår jag från vad jag nyss sagt om önskvärdheten av att ge personer med höga läkemedelskostnader ett bättre skydd samtidigt som kostnadsökningen för försäkringen hålls inom rimliga gränser. Härvid bör man även beakta kostnader för en viss utvidgning av förteckningen över kostnadsfria läkemedel, som jag kommer att beröra i det följande.

Skyddet mot höga läkemedelskostnader hör ges en sådan utformning att alla som har sådana kostnader får del av skyddet i samma utsträckning. Jag föreslår att reglerna ändras så att nedsättning av fastställt pris för samtidigt förskrivna och inköpta läkemedel utgår med hälften av det belopp, varmed priset överstiger 5 kr., och hela det belopp, varmed priset överstiger 25 kr. Förslaget innebär att ingen behöver betala mer än 15 kr. vid varje expeditionstillfälle.

Den nuvarande läkemedelsrabatteringen omfattar endast läkemedel som förskrivits av läkare. Utredningen har i ett tidigare avgivet betänkande med förslag om tandvårdsförsäkring (SOU 1965: 4) föreslagit att även läkemedel, varå recept utfärdats av tandläkare, skall omfattas av förmånerna. Förslaget förutsattes bli genomfört samtidigt med att tandvårdsförsäkringen infördes. Medicinalstyrelsen har i sitt remissyttrande föreslagit att denna fråga löses redan nu. Jag biträder medicinalstyrelsens förslag och förordar alltså att även läkemedel varå recept utfärdats av tandläkare skall tillhandahållas till nedsatt pris efter samma regler som gäller läkemedel förskrivna av läkare. Med tandläkare avses därvid den som äger behörighet att inom riket utöva tandläkaryrket.

Utredningen anser att rätt till kostnadsfria läkemedel bör behållas efter nuvarande principer. Någon erinran häremot har inte gjorts vid remissbehandlingen. Jag delar utredningens uppfattning på denna punkt. Medicinalstyrelsen har avgett två förslag om att utvidga förteckningen över kostnadsfria läkemedel med nya sjukdomar och läkemedel. Det är min avsikt att i annat sammanhang föreslå Kungl. Maj:t att utfärda en ny sådan förteckning på grundval av medicinalstyrelsens förslag och kompletterande utredningar. Jag utgår ifrån att medicinalstyrelsen i framtiden — såsom förordats av flera remissinstanser — fortlöpande ser över förteckningen.

Sjukförsäkringsutredningen anser i fråga om finansieringen att i princip statsbidrag till kostnaderna för läkemedelsförmåner bör utgå efter samma regler, som gäller för övriga sjukvårdsförmåner inom den allmänna sjukförsäkringen utom sjukhusvård. Med hänsyn till att utredningens förslag i återstående frågor som den har i uppdrag att utreda kan komma att medföra kostnadsökningar bör dock enligt utredningens mening frågan om en ändring av finansieringsreglerna prövas i ett annat och vidare sammanhang. Kostnaderna för en reform nu bör därför helt bäras av de försäkrade i form av höjda avgifter.

Jag har förståelse för att betänkligheter kan finnas mot att höja den del av sjukförsäkringsavgiften, som avser sjukvårdersättning, läkemedelsför-

månerna inbegripna. Denna avgiftsdel är lika för alla avgiftspliktiga och får betalas även av personer med låga inkomster. Med hänsyn till att den reform jag föreslår håller sig inom en kostnadsram, som bara kräver en måttlig avgiftshöjning, anser jag dock att några ändrade finansieringsregler inte påkallas av detta reformförslag. På grund av beräkningar som riksförsäkringsverket utfört kan de av mig förordade förslagen beräknas medföra en ökning av de totala kostnaderna för läkemedelsförmånerna med ca 60 milj. kr. för år 1968 i förhållande till de beräknade kostnaderna under samma år med nuvarande förmånssystem. Detta medför att sjukförsäkringsavgifterna på grund av reformen behöver höjas med knappt 15 kr. per år och avgiftspliktig försäkrad.

I enlighet med det anförda har inom socialdepartementet upprättats förslag till *förordning om ändrad lydelse av 1 och 3 §§ förordningen den 4 juni 1954 (nr 519) angående kostnadsfria eller prisnedsatta läkemedel.*

Under åberopande av det anförda och under framhållande att hinder inte synes möta mot att ärendet behandlas under riksdagens höstsession hemställer jag, att Kungl. Maj:t genom proposition föreslår riksdagen att antaga nämnda förslag.

Med bifall till vad föredraganden sålunda med instämmande av statsrådets övriga ledamöter hemställt förordnar Hans Maj:t Konungen att till riksdagen skall avlätas proposition av den lydelse bilaga till detta protokoll utvisar.

Ur protokollet:

*Britta Gyllensten*