

## Nr 40

### *Utlåtande i anledning av väckta motioner om kostnadsfritt tillhandahållande av visst läkemedel.*

Andra lagutskottet har till behandling förehaft två inom riksdagen väckta, till lagutskott hänvisade motioner, nr 52 i första kammaren av herr *Dahlberg m. fl.* samt nr 65 i andra kammaren av fröken *Sandell m. fl.*

I motionerna, vilka är likalydande, har hemställts, att riksdagen i skrivelse till Kungl. Maj:t måtte anhålla att för sjukdomen psoriasis synalar-krämen upptages i förteckningen över läkemedel som genom statens försorg tillhandahålles utan kostnad för patienten.

Beträffande de skäl motionärerna anfört till stöd för sin hemställan får utskottet, i den mån redogörelse därför inte lämnas i det följande, hänvisa till motionen II:65.

Över motionerna har utskottet, i den ordning § 46 riksdagsordningen föreskriver, inhämtat yttrande från medicinalstyrelsen. Yttrande har därjämte på utskottets begäran avgivits av Svenska psoriasisförbundet.

### **Gällande bestämmelser**

På sjukhus intagna erhåller läkemedel utan särskild kostnad. För läkemedel som eljest ordineras av läkare utgår ersättning såsom en till den allmänna försäkringen ansluten särskild förmån. Reglerna härom är upptagna i förordningen 4 juni 1954 angående kostnadsfria eller prisnedsatta läkemedel.

Läkemedel, varå recept utfärdats av läkare, tillhandahålles å apotek i vissa fall kostnadsfritt, i andra fall till nedsatt pris.

Rätt att utan kostnad erhålla läkemedel tillkommer enligt förordningen den som är sjukförsäkrad jämlikt lagen om allmän försäkring och som lider av långvarig och allvarlig sjukdom. De närmare förutsättningarna för erhållande av kostnadsfriheten enligt förordningen finns innefattade i en av Kungl. Maj:t med stöd av 2 § förordningen utfärdad kungörelse den 4 juni 1954 (nr 520) med förteckning över kostnadsfria läkemedel. Häri har upptagits dels ett visst antal sjukdomar av den karaktär som ovan angivits och dels de läkemedel, som vid varje sådan sjukdom får utlämnas kostnadsfritt. De i förteckningen upptagna sjukdomarna var ursprungligen femton till antalet. Genom beslut 1957 och 1960 har Kungl. Maj:t förordnat om ny lydelse av kungörelsen innebärande dels att förteckningen utökats med tre

sjukdomar (och för dem avsedda läkemedel), dels att ett begränsat antal läkemedel tillkommit vid vissa av de tidigare förtecknade sjukdomarna.

I andra fall än dem där kostnadsfria läkemedel erhålles äger personer vilka omfattas av den allmänna sjukförsäkringen eller här i riket är i allmän eller enskild tjänst, rätt att till nedsatt pris köpa läkemedel, på vilka läkemedelsförordningen är tillämplig. Prisnedsättningen utgör för varje läkemedel 50 procent av det belopp varmed priset överstiger tre kronor. Om flera läkemedel förskrivits under en formel, skall prisnedsättningen avse den sammanlagda kostnaden. Är en förskrivning avsedd att expedieras mer än en gång, skall nedsättningen hänföra sig till varje expedition. Den ovan nämnda tillämpningskungörelsen av den 3 december 1954 gäller som redan angivits även för den här behandlade delen av läkemedelsförmånerna.

*Psoriasis* är en av de vanligaste hudsjukdomarna. Den yttrar sig i rodnade utslag, täckta av vita, tjocka fjäll, som lätt faller av. Huden under fjällen blöder lätt. Utslagen kan förekomma över hela kroppen men är vanligast på knäskålar och armbågar, i hårbotten och på naglar. Sjukdomen kan kompliceras med ledbesvär. *Psoriasis* smittar inte.

#### Historik m. m.

Frågan om läkemedelsrabatteringen har vid flera olika tillfällen varit föremål för riksdagens bedömande. Motioner i ämnet har därvid, i den mån de inte avslagits, i allmänhet hänvisats till pågående utredningar.

År 1957 tillkallade chefen för socialdepartementet en *utredning för översyn av läkemedelsrabatteringen*. I *direktiven* för utredningen anfördes bl. a.

Utgångspunkten för utredningsmännens arbete bör vara att medborgarna liksom för närvarande skall beredas skydd mot att vid sjukdom betungas med alltför stora utgifter för erforderliga läkemedel samtidigt som totalkostnaderna hålles inom en någorlunda fast ram. Av vikt är också, att det administrativa arbetet för läkare, apotek och myndigheter inskränkes så långt det är möjligt och att allmänheten får tillgång till läkemedelsförmånerna utan större omgång. När det gäller att finna det system, inom vilket dessa synpunkter bäst kan tillgodoses, synes utredningen böra bedrivas helt förutsättningslöst. Det kan måhända därvid visa sig erforderligt att göra en viss analys av orsaken till att det nuvarande systemet utvecklar sig på sätt förut anförts.

Ehuru jag inte på förhand vill binda utredningen vid någon viss princip för hur en läkemedelsreform framdeles bör vara anordnad vill jag dock bland olika vägar, som bör undersökas, framhålla den som bygger på en subventionering av läkemedlen. Härvidlag kunde det tänkas, att läkemedlen ordnades i vissa grupper med hänsyn till deras värde i medicinskt avseende och den ekonomiska betydelsen för patienterna att erhålla läkemedlen kostnadsfritt eller till reducerat pris. Subventionen kunde sedan göras olika stor för de olika grupperna, mycket hög beträffande livsviktiga och dyrbara läkemedel och därefter sjunkande för att helt upphöra vid mera umbärliga läke-

medel och sådana som den enskilde utan att oskäligt betungas själv kan bestrida kostnaderna för. Självfallet kan härvid uppkomma åtskilliga problem, exempelvis med hänsyn till nödvändigheten att förhindra en opåkallad höjning av läkemedelspriserna eller snedvridning av läkemedelsproduktionen och användningen av läkemedel i riktning mot de högre subventionerade grupperna.

Vilket system som än väljes för läkemedelsreformen bör frågan om motvarigheten till den nuvarande förmånen av kostnadsfria läkemedel ägnas uppmärksamhet. För närvarande är denna förmån uppbyggd efter principen att endast sådana läkemedel, som är specifika för en viss sjukdom, lämnas utan kostnad för den enskilde. Detta medför, att vissa sjukdomar, som i och för sig borde berättiga till kostnadsfria läkemedel, svårligen kan inordnas i det nuvarande systemet för denna förmån.

Utredningen framlade sitt *betänkande* år 1959 (SOU 1959:43). Beträffande förtjänster och brister i det nuvarande systemet anfördes bl. a.

Även i de fall, då behovet av läkemedel kan föranleda antingen inköp av flera läkemedel samtidigt eller upprepade inköp av samma läkemedel, torde systemet erbjuda ett visst skydd. Genom att den enskilde under alla förhållanden har att erlægga mer än halva kostnaden uteslutes emellertid icke möjligheten av att utgifterna för läkemedel kunna bli betungande. Sålunda har i de av utredningen verkställda undersökningarna påträffats ett betydande antal fall, där kostnaderna för den enskilde stigit till avsevärda belopp. Detta blir naturligtvis särskilt fallet, när läkemedlen äro dyra. Systemet kan sålunda icke sägas vara *inriktat* på att bereda skydd mot höga kostnader. Äro läkemedlen billiga, torde totalkostnaden i allmänhet bli mindre kännbar, men här medför systemet en ojämn fördelning av förmånen mellan olika kategorier sjuka, i det att en större andel av totalkostnaden får bäras av den, som köper antingen flera läkemedel samtidigt eller samma läkemedel flera gånger, än av den, vars behov kunnat tillfredsställas med ett enda läkemedel till motsvarande kostnad. För de nu berörda fallen företer skyddet sålunda brister och dess storlek vid en viss utgiftsnivå blir därjämte beroende på tillfälligheter.

Det behov av utvidgning av skyddet, som framträtt i det föregående, tillgodoses delvis genom kostnadsfrihet i vissa fall. Denna är emellertid begränsad dels till ett mindre antal (f. n. 18) angivna sjukdomar, dels till vissa för behandlingen av dessa sjukdomar avsedda läkemedel.

För sjukdomsurvalet har såsom riktlinje gällt att sjukdomarna skola vara långvariga och allvarliga samt att de under längre tid behandlas med läkemedel och att denna behandling visat sig ha en odisputabelt gynnsam verkan. Detta sistnämnda innebär en väsentlig begränsning. Sålunda ha vid handläggningen av frågor rörande förmånens omfattning förekommit fall, där en ifrågasatt utvidgning icke ansetts lämplig på grund av att de behandlingsmetoder som använts, icke bedömts vara tillräckligt beprövade. Vidare ha även möjligheterna att avgränsa förmånen i vissa avseenden kommit att spela en roll vid urvalet, då det syntts nödvändigt att de utvalda sjukdomarna klart kunna avskiljas från andra icke förmånsberättigade sådana. Av samma anledning har förmånen uppbyggts efter principen att de använda läkemedlen skola vara specifika för sjukdomen i fråga.

Redan den ställning, som kostnadsfriheten intager i det nuvarande systemet, anvisar en restriktiv bedömning av dess omfattning. Väsentliga utvidg-

ningar få alltid vägas mot risken av en ökning av konsumtionen med de följder ur medicinsk och även ur ekonomisk synpunkt, som detta kan komma att medföra. Vidare visa erfarenheterna från de gångna åren, att en viss restriktivitet är nödvändig för att tillämpningen av systemet skall få erforderlig stadga. Under dessa förhållanden te sig de ovan angivna urvalsprinciperna såsom naturliga. Å andra sidan ha dessa medfört, att vissa önskemål om utvidgningar icke kunnat tillgodoses.

Bedömningen av systemets samlade värde för den enskilde kan ske från två skilda utgångspunkter, beroende på om det eftersträvas antingen att mera allmänt erbjuda hjälp med läkemedelskostnaden eller att erbjuda effektivast möjliga skydd mot särskilt betungande kostnader. Den nuvarande ordningen är i viss mån en kompromiss mellan dessa båda synpunkter. Grundskyddet, d. v. s. prisnedsättningen, resulterar emellertid i en starkt splittrad allmän hjälp. Visserligen medför dess konstruktion att hjälpen ofta torde förstärkas när läkemedelskostnaderna bliva höga, men då den enskildes andel alltid kommer att utgöra minst hälften av kostnaden, kan denna komponent i systemet icke anses vara speciellt inriktad på att förhindra, att läkemedelskostnaderna bliva betungande. Detta kan däremot i princip sägas vara fallet beträffande den andra komponenten, kostnadsfriheten, som inriktats på att helt avlyfta kostnaderna för den grundläggande behandlingen av ett begränsat antal utvalda sjukdomar. Utredningen har vid sin bedömning i första hand fäst avseende vid de båda komponenternas samlade värde som skydd mot betungande läkemedelskostnader. Härvid har utredningen funnit att värdet är ojämnt. Såsom tidigare omnämnts ha nämligen de av utredningen verkställda undersökningarna givit vid handen, att systemet för vissa sjuka erbjudit ett effektivt skydd men att samtidigt ett betydande antal fall finnes, där kostnaderna för den enskilde stigit till avsevärda belopp. Dessa fall synas, av de förskrivna läkemedlen att döma, vara förorsakade av ett flertal sjukdomar och torde icke kunna tillgodoses genom att den nuvarande kostnadsfriheten utökas.

Utredningen sammanfattade sina förslag på följande sätt:

Då det härefter återstått för utredningen att jämföra det samlade resultatet å ena sidan vid en revision av det nuvarande systemet, å andra sidan vid införandet av självrisksystemet har utredningen — på de skäl som därvid redovisats — ansett det framgå, att en riktigare anpassning av läkemedelsförmånerna skulle ernås om ersättningen, på sätt i självrisksystemet sker, anknötes till den sammanlagda kostnaden per tidsenhet i stället för, som i den nuvarande prisnedsättningen, till kostnaden per läkemedelsenhet. Även under beaktande av möjligheterna till utvidgning av den prisnedsättningen kompletterande kostnadsfriheten har utredningens uppfattning om självrisksystemet såsom det från rättvisesynpunkt överlägsna befunnits kvarstå.

På grund härav har utredningen icke ansett sig behöva stanna vid ett förslag om fortsatt utbyggnad i detalj av det nuvarande systemet; i stället har den inriktat sig på att närmare redovisa möjligheterna att utforma läkemedelsförmånerna genom ett självrisksystem. På grundval av denna redovisning — vilken intagits i kapitel XI — har utredningen sedan utarbetat sitt förslag till ändrad utformning av läkemedelsförmånerna i enlighet med ett självrisksystem. Detta förslag innefattar — av skäl som

redovisas avslutningsvis i kapitel X — en i viss omfattning bibehållen kostnadsfri läkemedelsförmån.

Det av utredningen utarbetade självrisksystemet innebär i korthet följande.

Systemet bygger på, att den enskilde skall ha att under en för alla lika bestämd tidsperiod själv stå för sina läkemedelskostnader intill ett visst belopp, men att därefter hans egen kostnadsandel begränsas till den minsta möjliga som kan anses försvarbar med hänsyn till risken för missbruk. Härigenom kommer alltså den enskildes andel av utgifterna för av läkare receptförskrivna läkemedel — handköp få icke medräknas — under den fastställda tidsperioden att sammansättas av två komponenter, nämligen dels ett belopp varunder ingen rabatt utgår, dels en del av den överskjutande kostnaden. Den förstnämnda komponenten utgöres härvid av ett fast belopp, lika för alla, medan den andra består av en procentuell andel av kostnaderna utöver detta belopp; mätt i kronor och ören kommer den senare således att öka proportionellt med dessa kostnader. Det fasta beloppet, nedanför vilket inga läkemedelsförmåner utgå, har av utredningen benämnts *självriskbelopp*. Den procentuella kostnadsandel som ifrågakommer för den enskilde utöver självriskbeloppet har i betänkandet betecknats med uttrycket *procentandel*.

Utredningen föreslår nu att självriskbeloppet sättes till 50 kronor för varje kalenderår. I princip skall beloppet härvid anknytas till utgifterna under året för varje enskild individ. Principen kan dock icke upprätthållas även beträffande varje särskild medlem i en familj med barn; härigenom skulle ju barnfamiljerna kunna få vidkännas mångdubbelt högre självriskbelopp än de barnlösa familjerna och de ensamstående. Med hänsyn härtill föreslår utredningen att makar skola bedömas var för sig, men att de minderåriga barnens läkemedelskostnader i avseende på självrisken skola få sammanföras med föräldrarnas. Sådant sammanförande bör få ske intill utgången av den årsperiod, under vilken den minderårige fyller sexton år. Anknytningen mellan föräldrar och barn i fråga om läkemedelskostnaderna föreslås ske på samma sätt som beträffande den allmänna sjukvårdsförsäkringen, d. v. s. i princip mellan fadern och barnen.

Utredningens bedömning av självriskbeloppets storlek har skett på så sätt att den med ledning av vissa tillgängliga resultat från undersökningar rörande bl. a. läkemedelskonsumtionens struktur sökt studera den inverkan olika självriskbelopp och procentandelar kunna ha i kombination med varandra i olika hänseenden. Av de beräkningar, som utredningen låtit verkställa för detta studium, har den dragit den slutsatsen, att bland de olika alternativ som undersökts, två vore att föredraga framför de övriga. Det ena alternativet (alternativ 1) innebär ett självriskbelopp av 50 kronor och en procentandel om 10. Även i det andra alternativet (alternativ 2) utgör självriskbeloppet 50 kronor. Procentandelen i detta alternativ är på så sätt varierande att den intill ett årligt läkemedelsinköp av 250 kronor utgör 25 och vid inköp därutöver 0. Såsom motvikt mot den högre procentandelen har nämligen i alternativet inarbetats ett särskilt *högkostnadsskydd*; detta innebär, att den som under året köpt läkemedel till ett sammanlagt bruttovärde av 250 kronor — för detta har han själv fått betala, först självriskbeloppet (50 kronor) och därefter 25 procent av resterande 200 kronor (=50 kronor), tillsammans 100 kronor — medges full ersättning för de kostnader som härefter uppkomma intill årets slut.

Vid remissbehandling av betänkandet framkom så delade meningar angående utredningens förslag, att Kungl. Maj:t inte ansåg det möjligt att föreslå ändrade regler utan ytterligare bearbetning av materialet. Denna bearbetning har anförtrotts 1961 års sjukförsäkringsutredning. Enligt direktiven bör denna med det tidigare utredningsarbetet och remissmaterialet som utgångspunkt söka finna vägar för en lösning av föreliggande problem. Liksom tidigare anges huvudlinjen vara, att medborgaren skall beredas skydd mot att vid sjukdom betungas med alltför stora utgifter för läkemedel samtidigt som systemet inrymmer möjligheter att hålla totalkostnaderna för läkemedelsförmånerna på en rimlig nivå. Dessutom framhålles vikten av enkelhet i administrativt hänseende.

Enligt vad utskottet erfarit har arbetet med översyn av läkemedelsrabatteringen påbörjats inom sjukförsäkringsutredningen. Betänkande i ämnet skall, enligt vad som planerats, framläggas i höst.

### Remissyttrandena

*Medicinalstyrelsen* avstyrker, under hänvisning till yttranden som på styrelsens anmodan avgivits av professorn Sven Hellerström och av statens farmaceutiska laboratorium, bifall till motionerna. I sitt yttrande uttalar Hellerström att något medel som botar psoriasis ej finns men att flera olika medel, däribland synalarkrämen, visat sig kunna ha en gynnsam effekt. Synalarkrämen har emellertid också i vissa fall haft skadliga verkningar. Enligt Hellerström förekommer psoriasis i Sverige hos 2,28 procent av befolkningen. Hellerström anför vidare att vissa eksemsjukdomar kan ge samma besvär av kroniskt recidiverande karaktär som psoriasis med dess mången gång avsevärda psykiska påfrestningar. Farmaceutiska laboratoriet framhåller att flera medel än synalarkrämen visat sig användbara mot psoriasis och att behandlingen — med hänsyn till uppkommande terapiresistens — måste individualiseras. Om endast ett läkemedel i terapiarsenalen kan förskrivas kostnadsfritt, kan detta, menar laboratoriet, innebära risken att individualiseringen går förlorad.

*Svenska psoriasisförbundet* anser sig inte kunna ta ställning till vilken eller vilka mediciner som är lämpligast för behandling av psoriasis men biträder motionernas syfte att tillförsäkra de psoriasisssjuka fri medicin. Förbundet anför bl. a.

Då förbundet är väl medvetet om de stora direkta och indirekta kostnader som sjukdomen orsakar de psoriasisssjuka främst beroende på den i motionerna omnämnda bristen på vårdplatser, som medför att huvudparten av de psoriasisssjuka själva måste stå för samtliga kostnader förenade med sjukdomens behandling, är det styrelsens förhoppning att den i motionen framförda tanken på kostnadsfria läkemedel måtte vinna statsmaktens gehör.

Ännu finns ingen reell utredning verkställd om de verkliga kostnaderna

som de psoriasisssjuka åsamkas, men mycket försiktiga beräkningar av kostnaderna för medicin, smörjtid, väntetid efter smörjning, klädbyte, klädtvätt, städttid och övrigt, samt väntetiden på apotek och hos läkare, förlorad arbetstid m. m. ger vid handen att det för varje psoriasisssjuk rör sig om flera tusen kronor per år.

En beräkning av kostnaderna för en *normalt* psoriasisssjuk slutade på 8 000 kronor/år inkl. indirekta kostnader. Medicinkostnaderna i detta fall slutade på 1 500 kronor/år. Den direkta medicinkostnaden för den genomsnittssjuka är dock svår att beräkna, men torde i vissa fall vara ännu högre. Förbundet vill även i detta sammanhang påpeka att sjukdomen i och för sig väl uppfyller villkoren för fri medicin, då den är både allvarlig och varaktig samt med lätthet kan särskiljas från andra sjukdomar.

### Utskottet

Ersättning för läkemedel, som ordineras av läkare, utgår som en till den allmänna försäkringen ansluten särskild förmån. Reglerna härom är intagna i 1954 års förordning angående kostnadsfria eller prisnedsatta läkemedel. Läkemedlen tillhandahålles på apotek i vissa fall kostnadsfritt och i andra fall till nedsatt pris. I en av Kungl. Maj:t utfärdad förteckning anges vid vilka sjukdomar — f. n. aderton till antalet — medicin utlämnas kostnadsfritt och vilka läkemedel som därvid kommer i fråga. För urvalet gäller att sjukdomen skall vara långvarig och allvarlig samt att den under längre tid skall ha behandlats med läkemedel, som visat sig ha en odisputabelt gynnsam verkan. Dessutom förutsättes att det använda läkemedlet skall vara specifikt för sjukdomen i fråga. Prisnedsättningen beträffande övriga läkemedel innebär att den försäkrade, utöver ett karensbelopp på tre kronor, erlägger hälften av den del av priset som överstiger karensbeloppet.

I förevarande motioner yrkas att de som lider av psoriasis skall kunna erhålla läkemedlet synalar kostnadsfritt. Motionärerna framhåller att de psoriasisssjuka ofta har stora läkemedelskostnader och att synalar, som betingar ett högt pris, torde vara det läkemedel som hittills visat sig mest verksamt.

Medicinalstyrelsen avstyrker i remissyttrande bifall till motionerna. Styrelsen hänvisar till att synalar i vissa fall visat sig ha skadliga verkningar och till att även andra medel kan vara effektiva mot psoriasis. Svenska psoriasisförbundet, som också yttrat sig över motionerna, biträder motionärernas syfte att tillförsäkra de psoriasisssjuka fri medicin. Förbundet uppger att läkemedelskostnaderna för en psoriasisssjuk ofta kan uppgå till 1 500 kronor eller mera per år.

Såsom påpekades redan i det år 1959 framlagda betänkandet om läkemedelsrabatteringen innebär det nuvarande systemet inte någon tillfredsställande lösning för dem som har höga läkemedelskostnader. 1961 års sjukförsäkringsutredning har anförtrotts uppdraget att med del i

betänkandet framlagda utredningsmaterialet och remissyttrandena däröver som grund framlägga förslag till utformning av läkemedelsförmanerna. Enligt vad utskottet erfarit pågår arbetet därmed för närvarande. Utskottet anser sig kunna utgå från att man härvid söker tillgodose det angelägna behovet av effektivt stöd till de sjuka som har stora läkemedelskostnader. Inom utskottet har upplysts att sjukförsäkringsutredningen uppmärksammat de psoriasisjukas läkemedelskostnader. Det torde därför kunna förutsättas att möjligheterna att bereda denna grupp fri medicin kommer att tillvaratagas. Utskottet vill framhålla vikten av att problemet får en tillfredsställande lösning.

Utskottets uttalanden synes böra bringas till Kungl. Maj:ts kännedom.

Utskottet får således hemställa,

- 1) att riksdagen i anledning av förevarande motioner, I:52 och II:65, måtte i skrivelse till Kungl. Maj:t såsom sin mening giva Kungl. Maj:t till känna vad utskottet anfört, samt
- 2) att motionerna, i den mån de icke kan anses besvarade genom vad utskottet ovan hemställt, icke måtte föranleda någon riksdagens åtgärd.

Stockholm den 1 april 1965

På andra lagutskottets vägnar:

JOHN R. ANDERSON

*Vid detta ärendes behandling har närvarit*

från första kammaren: herr Axel Svensson, fru Carlqvist, fru Hamrin-Thorell\*, herrar Lars Larsson, Edström\*, fru Nilsson, herr Ottosson\* och fru Olsson;

från andra kammaren: herrar Anderson i Sundsvall, Rimmerfors, fru Ekendahl, herrar Gustavsson i Alvesta, Bengtsson i Varberg, fröken Sandell, herr Ringaby och fru Skantz.

\* Ej närvarande vid utlåtandets justering.