

National Library
of Sweden

Denna bok digitaliserades på Kungl. biblioteket år 2012

SOU
1959:43

KUNGL. B[illegible]
- 5 JAN 1960
STOCKHOLM

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1959: 43

Socialdepartementet

LÄKEMEDELS RABATTERINGEN

BETÄNKANDE

AV EN FÖR DESS ÖVERSYN TILLSATT UTREDNING

Stockholm 1959

Statens offentliga utredningar 1959

Kronologisk förteckning

1. Statligt stöd till jordbrukets inre rationalisering. Idun. 164 s. **Jo.**
2. Filmstöd och biografnöjesskatt. Idun. 153 s. **Fi.**
3. Preliminär nationalbudget för år 1959. Marcus. V + 131 s. **Fi.**
4. Kompetensfördelningen av administrativa besvärsmål mellan Kungl. Maj:t i statsrådet och regeringsrätten. Idun. 485 s. **Ju.**
5. Läkemedelsförsörjningens organisation. Idun. 304 s. **I.**
6. Fångvårdsanstalters optimala storlek. Idun. 63 s. + 6 s. ill. **Ju.**
7. Statligt kreditstöd till hantverk och småindustri m.m. Kihlström 131 s. **H.**
8. Utbildning av lärare i yrkesämnen för industri och hantverk samt handel. Idun. 210 s. **E.**
9. Lokala skyddstjänstemän samt arbetarskyddsstyrelsens organisation. Idun. 78 s. **S.**
10. Författningsutredningen IV. Opinionsbildningen vid folkomröstningen 1957. Idun. 145 s. **Ju.**
11. Förutsättningarna för civil varvsdrift vid Karlskrona örlogsvarv. Idun. 56 s. **Fö.**
12. Tilläggspensioneringens administration. Idun 186 s. **S.**
13. Familjebeskattningen. Idun. 275 s. **Fi.**
14. Reviderad nationalbudget för år 1959. Marcus. V + 112 s. **Fi.**
15. Fångvårdsstyrelsen. Idun. 216 s. **Ju.**
16. Riksdagens budgetarbete. Marcus. 56 s. **Fi.**
17. Domarbalan. Idun. 222 s. **Ju.**
18. Fånges arbetsersättning. Idun. 98 s. **Ju.**
19. Statsbidragen till städernas vägar och gator m. m. Idun. 136 s. **K.**
20. Det rättspsykiatriska undersökningsväsendets organisation. Idun. 181 s. **Ju.**
21. Sveriges meteorologiska och hydrologiska instituts arbetsuppgifter och organisation. Idun. 303 s. **K.**
22. Den statliga centrala rationaliserings- och revisionsverksamhetens organisation. Idun. 238 s. **Fi.**
23. Arméns behov. Idun. 431 s. **Fö.**
24. Förslag till lag om straff för varusmuggling m. m. Idun. 407 s. **Fi.**
25. Verksamheten vid ungdomsvårdsskolorna. Idun. 197 s. **S.**
26. Arbetstiden för viss militär och civilmilitär personal. Idun. 98 s. **Fö.**
27. Omreglering av hovrätternas domkretsar. Idun. 136 s. **Ju.**
28. Besparingar inom statsverksamheten. Idun. 278 s. **Fi.**
29. Donationsfonder och övriga diverse medel inom statsförvaltningen. Idun. 71 s. **Fi.**
30. Lantmäteriväsendets och kartverkets organisation. Idun. 322 s. **Jo.**
31. Myrslogar i Dalarna. Kihlström. 121 s. **Ju.**
32. Förbättrade familjeförmåner från folkpensioneringen m. m. Idun. 238 s. **S.**
33. Organisatoriska riktlinjer för Svensk statistik. Idun. 198 s. **Fi.**
34. Atomansvarighet I. Idun. 57 s. **Ju.**
35. Flyttning, kvarsittning och utkuggning. Idun. 88 s. **E.**
36. Mätningsteknisk och kartteknisk utbildning. Statens Reproduktionsanstalt. 145 s. **Jo.**
37. Ungdomsbrottslighet. Idun. 315 s. + 12 s. ill. **Ju.**
38. Beredskap mot atomenergiolyckor. Kihlström. 120 s. **I.**
39. Gemensam nordisk arbetsmarknad för läkare. Norstedt & Söner. 101 s. **I.**
40. Avveckling av fideikommissen. Idun. 274 s. **Ju.**
41. Ordförklaringar och sakupplysningar till 1917 års bibel. Belingska Boktryckeriet, Lund. 71 s. **E.**
42. Konkurrens under samverkan. Betänkande av Textilutredningen. Victor Petterson. 160 s. **H.**
43. Läkemedelsrabatteringen. Idun. 191 s. **S.**

Anm. Om särskild tryckort ej angives, är tryckorten Stockholm. Bokstäverna med fetstil utgöra begynnelsebokstäverna till det departement, under vilket utredningen avgivits, t. ex. **E.** = ecklesiastikdepartementet, **Jo.** = jordbruksdepartementet.

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1959:43

Socialdepartementet



LÄKEMEDELS-RABATTERINGEN

BETÄNKANDE

AV EN FÖR DESS ÖVERSYN TILLSATT UTREDNING

IDUNS TRYCKERIAKTIEBOLAG ESSELTE AB

STOCKHOLM 1959

Innehåll

Skrivelse till statsrådet och chefen för Kungl. socialdepartementet. 7

MOTIV

Kap. I. Av sjukkassorna före år 1955 lämnade bidrag till läkemedelsutgifter 11

Kap. II. Förarbetena till 1954 års läkemedelsreform 13

De förarbeten som ledde till 1953 års principbeslut 13

Generaldirektör Natt och Dags utredning och förslag. Remissyttrandena häröver. Propositionen nr 163/1954 17

Personkretsen 18

Omfattningen av förmånerna 19

Rabatteringens storlek 24

Läkemedelsförmånernas finansiering 28

Administrativa frågor 29

Kap. III. Nu gällande ordning 32

Kap. IV. Framkomna synpunkter och önskemål ifråga om läkemedelsförmånerna 38

Motioner och utskottsutlåtanden m. m. 38

De kostnadsfria läkemedlen 38

Prisnedsättningen 39

Administrationen 40

Yttranden och förslag av medicinalstyrelsen 40

Särskilda undersökningar 44

Kap. V. Utredningens tillsättande 53

Kap. VI. Allmänna överväganden 56

Kap. VII. Förtjänster och brister i det nuvarande systemet 58

Skydd mot betungande läkemedelsutgifter 58

Kostnadsutvecklingen 60

Utvecklingens förlopp 60

Utvecklingens inverkan på den enskildes kostnader för sjukförsäkringen i stort 62

Kostnadsutvecklingens orsaker 64

Sammanfattning i stort rörande kostnadsutvecklingen . . . 67

Det administrativa förfarandet 68

Allmänhetens tillgång till läkemedelsförmånerna 69

Kap. VIII. Undersökning av möjligheterna att inom ramen för det nuvarande systemet avhjälpa bristerna i detsamma 70
Omkonstruktion av skyddet 70
Effektivisering av prisnedsättningen 70
Utvidgning av kostnadsfriheten 72
Övriga möjligheter 74
Sammanfattning 74
Kostnadsutvecklingen 75

Kap. IX. Utformning av läkemedelsförmånerna efter principiellt andra grunder än det nuvarande systemets 78
Subventionering av läkemedel 78
Läkemedelsförmånernas anknytning till läkemedelskostnaden under viss tid (Självrisksystem) 81
Schematisk utformning 82
Konsekvenser i de hänseenden som omfattas av de uppställda huvudkraven 84

Kap. X. Jämförande värdering av de olika möjligheterna till utformning av läkemedelsförmånerna 87

Kap. XI. Självrisksystemets utformning 93
Inledande anmärkningar 93
Tidsperiod, för vilken självrisk beräknas 94
De minderårigas inplacering i systemet 94
Självriskbelopp och procentandel 96
Det administrativa förfarandet 99
Allmänt rörande de förmedlande organen och de olika etapperna i deras verksamhet 99
Alternativ 1 99
Alternativ 2 102
Förmånsbevisen 103
Innehåll 103
Val av utfärdande organ och lämpligt kortsystem 104
Särskilda frågor 106
Särskilt om iterationsrecepten 109
Utgifter för av läkare tillhandahållna läkemedel 110
Avrundning vid beräkning av prisnedsättning 111
Redovisning och statsbidrag 111
Den centrala kontrollen 112

Kap. XII. Urvalet av förmånsberättigade varor 113

Kap. XIII. Kostnadsfriheten 120
Avgränsning 120
Administration och kontroll 123

Kap. XIV. Kostnadsberäkningar 127

Kap. XV. Utredningens ställningstagande beträffande procentandelen . . 129

Kap. XVI. Specialmotivering 132

Kap. XVII. Sammanfattning 140

FÖRFATTNINGSFÖRSLAG

Förordning om de allmänna läkemedelsförmånerna 151

Kungörelse om ändring i Kungörelsen den 3 december 1954 (nr 782) angående utbetalning av statsbidrag m. m. till allmän sjukkassa 155

Kungörelse med tillämpningsföreskrifter till förordningen om de allmänna läkemedelsförmånerna 156

BILAGOR

1. Undersökning av läkemedelskostnaderna för individ och år 165
2. Undersökning av försäljningsvolymen av olika stora förpackningar av vissa farmacevtiska specialiteter 182
3. Läkemedelsförmånernas utformning i vissa främmande länder 184

Till

Herr Statsrådet och Chefen för Kungl. Socialdepartementet

Genom beslut den 26 april 1957 bemyndigade Kungl. Maj:t chefen för socialdepartementet att tillkalla fyra utredningsmän för att biträda med utredning av frågan om utformningen av förmånen av kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel. Med stöd av detta bemyndigande tillkallades såsom utredningsmän följande personer, nämligen numera landshövdingen Martin Wahlbäck, tillika ordförande, ledamoten av riksdagens andra kammare, kontorsföreståndaren Ingemund Bengtsson, överläkaren vid Södersjukhuset Sixten Kallner samt ledamoten av riksdagens andra kammare, verkstadsarbetaren Ture Königson.

Utredningsmännen ha antagit benämningen utredningen om läkemedelsrabatteringen.

Att såsom experter biträda utredningsmännen ha tillkallats byrådirektören i medicinalstyrelsen, legitimerade apotekaren Karl-Eric Linder (fr. o. m. den 17 september 1957) och direktören i Stockholms allmänna centralsjukkassa Sven Bohman (fr. o. m. den 24 april 1958).

Såsom sekreterare åt utredningsmännen förordnades den 8 juli 1957 amanuensen i överståthållarämbetet, jur. kand. Nils-Georg Hornhammar.

Sedan utredningen numera slutfört sitt uppdrag, får den härmed vördsamt överlämna sitt betänkande.

Stockholm den 15 december 1959.

Martin Wahlbäck

Ingemund Bengtsson *Sixten Kallner* *Ture Königson*

/ Nils-Georg Hornhammar

MOTIV

KAPITEL I

Av sjukkassorna före år 1955 lämnade bidrag till läkemedelsutgifter

Ersättning för vissa läkemedelskostnader utgavs redan av sådana kassor, som låtit inregistrera sig enligt 1910 års sjukkasselag. I regel uppgick ersättningen då till hälften av den enskilde medlemmens kostnad för läkemedel. Mot slutet av 1920-talet meddelade 106 av 1 228 sådana kassor förmåner av denna art.

1931 års förordning om erkända sjukkassor medgav kassorna rätt att med tillsynsmyndighetens tillstånd bidraga till sina medlemmars sjukvård i vidare omfattning än lagens minimivillkor angåvo. Detta innebar, att bidrag kunde lämnas, förutom till läkarvård och sjukvård, bland annat även till läkemedelsutgifter. Denna form av ersättning skulle enligt kungörelsen den 26 juni 1931 angående statsbidrag åt sjukkassor i princip även vara statsbidragsberättigande inom ramen för utgående »sjukvårdsbidrag». Vid 1938 års utgång redovisades 15 sjukkassor som utgivit läkemedelsersättning till sina försäkrade. Hela antalet kassor var 1 449 med 1 252 471 medlemmar.

När de erkända sjukkassorna den 31 december 1954 upphörde, utgavs läkemedelsersättning i 10 av länscentralsjukkassorna — innebärande att förmånen tillförsäkrats medlemmarna i 579 av totalt 701 lokalsjukkassor i riket — samt i 5 av de i hela landet inrättade 9 stadscentralsjukkassorna. Av det totala antalet medlemmar i erkända kassor den 31 december 1954 (3 168 038) voro 2 225 798 tillförsäkrade läkemedelsersättning. De sjukkasseområden inom vilka man hade avstått från förmånen omfattade centralsjukkassorna i Stockholm, Göteborg, Malmö, Eskilstuna, Stockholms län, Gotlands län, Jämtlands län och Norrbottens län. Läkemedelsersättningens storlek uppgick under år 1954 till 9 kronor 68 öre per år och medlem i stadskassor, till 7 kronor 38 öre per år och medlem på landsbygden samt till 8 kronor 39 öre per år i totalt medeltal. Totalkostnaden utgjorde 18 373 684 kronor.

Ersättningen reglerades i förekommande fall i kassornas stadgar, varvid bestämmelserna vanligen gåvos det innehållet, att i den sjukvårdsersättning, som kassan meddelade, även inginge ersättning med hälften av medlems utgifter för av läkare förskrivna läkemedel samt att ersättning lämnades av

kassan endast för första inköpet å varje recept, där icke läkarens ordination enligt påskrift på receptet avsåge flera läkemedelsinköp.

Utbetalning av ersättningen skedde på sjukkassan mot att medlemmen uppvisade dels recept och dels av apotek utfärdat särskilt kvitto å kostnaden på blankett som vanligen även innefattade utrymme för medlemmens kvittering av den på sjukkassan uppburna ersättningen och därför även kunde tjäna som verifikationshandling för den utbetalande sjukkassan.

Sjukkassornas utbetalning till medlemmar av ersättning för läkemedelsutgifter upphörde i och med utgången av år 1954, då den nu gällande ordningen trädde i kraft.

KAPITEL II

Förarbetena till 1954 års läkemedelsreform

De förarbeten som ledde till 1953 års principbeslut

År 1944 avlämnade *socialvårdskommittén* ett betänkande (SOU 1944: 15) med förslag till lag om allmän sjukförsäkring. Enligt förslaget skulle försäkringen bestå av en sjukvårdsförsäkring och en sjukpenningsförsäkring. Ersättning för de försäkrades utgifter för läkemedel skulle ingå som en förmån i sjukvårdsförsäkringen. Till försäkrad, som lede av sockersjuka eller allvarlig blod- eller hjärtsjukdom, skulle utgivas ersättning med tre fjärdedelar av kostnaden för sådana läkemedel, som enligt läkares utsago måste av den försäkrade nyttjas under längre tid för sjukdomens hävande eller lindrande och som upptagits i en förteckning som fastställts av Kungl. Maj:t. I andra fall skulle vid försäkrads sjukdom utges ersättning med hälften av kostnaden för sådana av läkare förskrivna läkemedel, som vore av betydelse för sjukdomens hävande eller lindrande och likaledes upptagits i en av Kungl. Maj:t fastställd förteckning. Förslaget innebar vidare, att ersättning för de försäkrades utgifter för läkemedel skulle utbetalas i samma ordning som övriga förmåner från försäkringen, d. v. s. av sjukkassorna till de försäkrade. På apoteken skulle de försäkrade få betala fullt pris för läkemedel med rätt att härefter vända sig till sjukkassan för att få tillbaka tre fjärdedelar resp. hälften av kostnaden.

Vid *remissbehandlingen* av socialvårdskommitténs förslag ifrågasattes i några yttranden, om man ej för att nå största möjliga administrativa enkelhet borde bryta ut läkemedelsförmånen ur försäkringen och i stället låta läkemedlen gäldas eller förbilligas genom direkta åtgärder från statens sida.

Sedan socialvårdskommitténs betänkande och remissyttrandena blivit föremål för en förberedande granskning inom socialdepartementet, framlades en inom socialdepartementet upprättad *sjukförsäkringspromemoria,* vari dock läkemedelsförmånen föreslogs skola fortfarande ingå i den allmänna sjukförsäkringen. Vid remissen ifrågasattes ånyo lämpligheten härav.

I november månad 1945 tillkallades *särskilda sakkunniga* för att inom socialdepartementet verkställa utredning rörande möjligheten att utbryta läkemedelsförmånen ur den allmänna sjukförsäkringen och i stället införa något annat system för tillhandahållande av billiga läkemedel. De sakkunniga avgåvo den 31 december 1945 den s. k. *läkemedelspromemorian* med förslag i ämnet. Förslaget innebar i huvudsak följande. För vissa sjuk-

domar, s. k. kvalificerade sjukdomar, skulle läkemedel tillhandahållas enskild person kostnadsfritt på apotek. Läkemedel för andra sjukdomar skulle på apotek tillhandahållas mot erläggande av halva kostnaden. I båda fallen fordrades att medlet ordinerats av läkare och fanns upptaget i en av medicinalstyrelsen fastställd förteckning. Recepten skulle utskrivas på särskild blankett; på denna skulle läkaren angiva tillämplig kostnadsgrupp, vilket sedan före utlämnandet kontrollerades på apoteket. Recepten skulle kvarhållas på apoteken för att månadsvis insändas till medicinalstyrelsen såsom verifikationer till uppgjord månadsräkning. Sedan räkningen kontrollerats, skulle helt av statsmedel till apoteket utbetalas det belopp, varmed räkningen blivit godkänd.

Förslaget mottogs gynnsamt av remissinstanserna och ansågs administrativt enklare och för den enskilde bekvämare än socialvårdskommitténs förslag. Risk för läkemedelsmissbruk på grund av otillfredsställande kontroll över läkemedelsförbrukningen ansågs dock i vissa yttranden kunna uppstå. Avstyrkanden gjordes också i vissa fall av denna orsak.

Vid *1946 års riksdag* framlades förslag till lag om allmän sjukförsäkring (prop. nr 312). Riksdagen bereddes därvid tillfälle att yttra sig över vissa av Kungl. Maj:t föreslagna huvudgrunder för tillhandahållande av läkemedel utom sjukförsäkringens ram. I samband härmed framhöll föredragande departementschefen, att detta förslag i administrativt hänseende erbjöde fördelar, enär den enskilde icke skulle behöva förskottera kostnaden resp. rabatten och alltså sluppe besväret att återkräva dessa utlägg av sjukkassan. Sjukkassorna befriades också från befattningen med ca 10 miljoner recept om året i det att utbetalning och granskning handhades centralt. Riskerna för läkemedelsmissbruk på grund av att sjukkassorna bortkopplades bedömdes av departementschefen såsom begränsade och i varje fall i kostnadshänseende väsentligt mindre betungande än en effektiv sjukkassekontroll i detta avseende. På dessa grunder förordade departementschefen, att läkemedlen skulle utbrytas ur sjukförsäkringen samt att frågan om kostnaderna borde lösas på sätt som föreslagits, d. v. s. genom direkt avräkning mellan staten och apoteksinnehavarna. Storleken av läkemedelsrabatterna skulle fastställas senare i samband med att riksdagen prövade de närmare detaljerna i lösningen.

Riksdagens tredje särskilda utskott (utlåtande nr 1) hade intet att invända mot departementschefens antagande beträffande det föreslagna systemets fördelar men förutsatte vid sitt tillstyrkande att anordningar för undanröjande av eventuella risker för missbruk av läkemedel komme att vidtagas.

Riksdagen godtog i princip de av Kungl. Maj:t föreslagna huvudgrunderna. Samtidigt antogs lagen om allmän sjukförsäkring, vilken sålunda ej upptog rätten till ersättning för utgifter för läkemedel bland försäkringsförmånerna.

Kungl. Maj:t uppdrog sedermera åt *medicinalstyrelsen* att utreda vilka sjukdomar, som borde berättiga till kostnadsfria läkemedel, samt att upprätta förslag till förteckning över kostnadsfria och rabatterade läkemedel. Detta fullgjordes genom skrivelser den 29 november 1949 och den 20 mars 1950. Frågor av organisatorisk och teknisk art anmodades *statens organisationsnämnd* att utreda; resultatet framlades av nämnden i skrivelse den 29 november 1949.

Socialförsäkringsutredningen avgav i november 1952 betänkande rörande sjukförsäkring och yrkesskadeförsäkring (SOU 1952: 39), vari förordades, att fria eller rabatterade läkemedel senast från och med tidpunkten för den allmänna sjukförsäkringens ikraftträdande skulle tillhandahållas vid sidan av sjukförsäkringen i den ordning, varom principbeslut fattades 1946. Utredningen berörde bl. a. kostnadsfrågan och anförde härom att medicinalstyrelsen beräknat kostnaderna till omkring 36 miljoner kr. årligen (med reservation för osäkerheten i beräkningarna). Statsverkets kostnader kunde enligt utredningen vid läkemedlens inrymmande i försäkringen nedbringas genom att de försäkrade åtminstone till en del finge bestrida utgifterna genom försäkringsavgifter. Om läkemedelsutgifterna skulle ersättas av försäkringen torde det dock bli nödvändigt att i någon mån höja det sammanlagda statsbidraget till försäkringen. Kostnaderna för statsverket kunde emellertid också nedbringas genom att förteckningen över rabatterade läkemedel gjordes restriktiv eller genom att rabatten minskades. Den höjning av sjukpenningen, som i de flesta fall bleve en följd av utredningens förslag, gjorde det också lättare för de försäkrade att själva betala läkemedel än vad fallet vore enligt sjukförsäkringslagen i dess ursprungliga lydelse. Det vore vidare önskvärt, ansåg utredningen, att avgifterna till sjukförsäkringen hölles så låga som möjligt och att sjukförsäkringens administration inte belastades mer än nödvändigt.

Till *1953 års riksdag* framlades proposition nr 178 med förslag till lag angående ändring i den år 1946 antagna lagen om allmän sjukförsäkring. Genom propositionen lämnades riksdagen tillfälle att avgiva yttrande angående vissa av Kungl. Maj:t angivna huvudgrunder för tillhandahållande av läkemedel, innebärande viss jämkning i statsmakternas år 1946 fattade principbeslut i läkemedelsfrågan. Härom anförde departementschefen bl. a. följande:

> Statsfinansiella skäl synes mig tala för att läkemedelsreformen sammankopplas med sjukförsäkringen och att utgifterna därför till viss del får bäras av de försäkrade. Nämnas må att enligt aktuella beräkningar ett genomförande av 1946 års principbeslut i detta avseende — innebärande att vissa livsviktiga läkemedel lämnas helt fritt och övriga av läkare föreskrivna läkemedel rabatteras med 50 procent — skulle draga en kostnad av (6 + 42 =) 48 miljoner kr. om året. Vidare bör märkas att numera omkring fyra femtedelar av alla erkända sjukkassor, med medlemsantal av mera än två tredjedelar av de erkända kassornas totala medlemsantal, infört läkemedelsrabatter. Läkemedel lämnas härjämte kostnadsfritt av

yrkesskadeförsäkringen. Man bör ej heller bortse från det samband, som råder mellan storleken av sjukpenningförmånerna och annan hjälp vid sjukdom. I den mån den kontanta hjälpen är relativt stor, blir behovet av annan hjälp mindre. Den höjning av den genomsnittliga sjukpenningen, som blir en följd av det nu framlagda förslagets genomförande, medför sålunda ett i viss mån ändrat utgångsläge då det gäller läkemedelsreformen.

Det i 1946 års principbeslut avsedda systemet, varigenom läkemedelsrabatteringen förutsättes skola ske å apoteken och sjukkassorna sålunda befrias från besväret med granskning och bokföring av miljontals läkemedelsräkningar om året, synes innebära en god administrativ lösning. Detta system kan emellertid begagnas även vid en anknytning till sjukförsäkringen. En lämplig lösning synes vara att apoteken insänder sina av rabatteringen föranledda räkningar till tillsynsmyndigheten för sjukförsäkringen, som likviderar dem. Tillsynsmyndighetens kostnad härför slås ut på centralsjukkassorna i proportion till antalet avgiftspliktiga medlemmar. Likviden mellan kassorna och tillsynsmyndigheten ordnas genom kvittning mot stats- eller arbetsgivarbidrag. Med hänsyn till ovissheten om reformens verkningar bör enligt min mening återhållsamhet iakttagas vid bestämmandet av rabatteringens storlek. Jag anser det därför tills vidare vara tillfyllest, att livsviktiga läkemedel lämnas helt gratis och övriga med reformen avsedda läkemedel rabatteras med en tredjedel. Till frågan om finansieringen av dylik reform återkommer jag i det följande. Med detaljutformningen av förslag i detta hänseende torde få anstå till 1954 års riksdag.

I finansieringsfrågan framhöll departementschefen, att kostnaderna för en läkemedelsreform efter de angivna linjerna torde kunna beräknas till omkring 34 milj. kr. om året. Med hänsyn till det statsfinansiella läget torde staten endast i begränsad omfattning kunna lämna täckning för dessa kostnader. För återstoden skulle alltså sjukkassorna ha att svara. Detta skulle emellertid leda till en ganska väsentlig höjning av försäkringsavgifterna för sjukvårdsförsäkringen. I syfte att motverka en sådan höjning förordade departementschefen därför att ett visst arbetsgivarbidrag skulle utgå till sjukvårdsförsäkringen. Detta bidrag borde utgå med en tiondels procent av de lönebelopp, som låg till grund för beräkning av avgifterna till yrkesskadeförsäkringen. Den höjning av de sjukförsäkrades avgifter, som likväl torde bli erforderlig medförde att det för begränsning av avgiften för sjukvårdsförsäkring och grundsjukpenning föreslagna avgiftslindringsbidraget av statsmedel borde uppräknas med 2 milj. kr. Utöver nämnda kostnadsökning bleve ett direkt statsbidrag till läkemedelsrabatteringen om 6 milj. kr. erforderligt.

I sitt utlåtande nr 35 anförde *andra lagutskottet* i denna del:

Departementschefens förslag till huvudgrunder för en läkemedelsreform företer vid jämförelse med det år 1946 fattade principbeslutet den ändringen i frågan om reformens allmänna uppläggning att den anknytes i finansiellt avseende till den allmänna sjukförsäkringen i stället för att, såsom enligt 1946 års beslut, utgöra en helt fristående anordning för vilken kostnaderna helt täckas av statsmedel. Enligt utskottets mening är den sålunda föreslagna omläggningen i nuvarande läge väl motiverad.

Emellertid bereder det svårigheter att taga ställning till storleken av den rabatt,

som bör utgivas å kostnaden för de icke livsviktiga läkemedlen, innan ett mera detaljerat förslag till rabatteringens utformning föreligger. Utskottet anser därför att riksdagens yttrande i frågan bör begränsas till ett godtagande av den ändrade finansiella uppläggningen av reformen.

Utskottet utgår från att vid utarbetande av förslag till bestämmelser rörande läkemedelsreformen erforderlig hänsyn kommer att ägnas synpunkten att en omotiverad ökning av läkemedelsförbrukningen på grund av reformen i möjlig mån bör undvikas.

Riksdagen godkände vad utskottet anfört samtidigt som den med viss ändring antog det framlagda lagförslaget (skrivelse nr 376). I den sedermera utfärdade lagen den 19 juni 1953 (nr 569) angående ändring i lagen den 3 januari 1947 (nr 1) om allmän sjukförsäkring har i 38 § föreskrivits, att av arbetsgivarnas bidrag till den allmänna sjukförsäkringen skall till sjukvårdsförsäkringen utgå en tiondels procent av de lönebelopp, som arbetsgivaren under året utgivit till arbetstagare anställda hos honom. Härvid skall dock hänsyn icke tagas till vissa arbetstagare, som undantagits från försäkringen för tilläggssjukpenning, och ej heller till arbetstagares lön i vad lönen överstiger 15 000 kr. för år räknat.

Den sålunda av statsmakterna i princip beslutade läkemedelsreformen förutsattes skola träda i kraft samtidigt med den allmänna sjukförsäkringen eller den 1 januari 1955.

Generaldirektör Natt och Dags utredning och förslag. Remissyttrandena häröver. Propositionen nr 163/1954

Genom beslut den 22 maj 1953 uppdrogs åt generaldirektören Åke Natt och Dag att i enlighet med de ändrade riktlinjer, som statsmakterna sålunda uppdragit för den så kallade läkemedelsreformen, utreda och framlägga förslag rörande den närmare utformningen av denna reform. Utredningsmannen — som vid uppdragets fullgörande biträtts av tillkallade experter — redovisade den 23 december 1953 utredningsuppdraget genom avgivande av ett stencilerat förslag i ämnet.

Utredningsmannens förslag, som i det stora hela kommit att oförändrat ligga till grund för den nu gällande ordningen, innebar i korthet följande. Fria eller rabatterade läkemedel skulle såsom en försäkringsförmån tillhandahållas envar, som vore sjukvårdsförsäkrad enligt lagen om allmän sjukförsäkring. Förmånen skulle endast avse läkemedel, som utlämnades på apotek mot läkarrecept. Vid (i fastställd förteckning) särskilt angivna långvariga och allvarliga sjukdomar skulle kostnadsfritt tillhandahållas vissa (i samma förteckning upptagna) läkemedel; i övrigt skulle läkemedel, som vore att anse som apoteksvara eller som utan att utgöra apoteksvara innehölle gift av första klassen, erhållas till nedsatt pris, därvid prisnedsättningen skulle motsvara hälften av läkemedelskostnaden utöver 2 kr. (2 kronors-

beloppet = karensbelopp). Läkemedel, som ej kostade mer än 2 kronor, skulle alltså ej rabatteras.

I *remissyttrandena* intog man i allmänhet en positiv inställning till förslaget även om vissa skiljaktiga meningar framfördes i vad gällde den närmare utformningen därav. *Departementschefen* ansåg i propositionen (nr 163/1954), att han för sin del kunde i huvudsak godtaga förslaget. *Riksdagen* biföll propositionen.

I vad gällde den närmare utformningen av förslaget framfördes, trots enighet om de stora dragen, vissa skiljaktiga meningar. En sammanställning av vissa synpunkter hos utredningsmannen, remissinstanserna och departementschefen synes kunna tjäna till belysning av de överväganden som föregingo den nu gällande utformningen av läkemedelsförmånerna.

Personkretsen

Utredningsmannen hade beträffande den personkrets, som borde omfattas av reformen, anfört att, mot bakgrunden av 1953 års principbeslut om läkemedelsförmånens finansiering — enligt vilket kostnaderna för läkemedelsreformen skulle täckas av, jämte stats- och arbetsgivarbidrag, avgifterna till sjukvårdsförsäkringen — personkretsen komme att utgöras av de sjukvårdsförsäkrade. Häri komme då att ingå dels alla i Sverige bosatta svenska medborgare och dels icke svenska medborgare, vilka vore såväl bosatta som mantalsskrivna i Sverige. Å sjukvårdsinrättning vårdad person ansågs av utredningsmannen ej böra omfattas av reformen.

I *remissyttrandena* gjordes vissa påpekanden på denna punkt, varvid berördes bl. a. reformens förhållande till de yrkesskadade (Riksförsäkringsanstalten), internationella konventioner rörande anslutning till vederbörande lagstiftning (Pensionsstyrelsen och Landsorganisationen från olika utgångspunkter) samt frågan om undantagsbestämmelsens anknytning till begreppet sjukvårdsinrättning (Apotekarsocietetens direktion, Sveriges farmacevtförbund och Sveriges läkarförbund). Svenska Stadsförbundet förordade en utredning av frågan, huruvida kroniskt sjuka, som visserligen ej lider av s. k. kvalificerad sjukdom men vilkas tillstånd likväl indicerar sjukhusvård, kunde beredas högre rabatt å läkemedel eller kostnadsfria sådana under tid, då de på grund av platsbrist ej kunde beredas sjukhusvård.

Departementschefen föreslog, att med hänsyn till bl. a. vissa yrkesskadade, kretsen borde omfatta förutom de sjukförsäkrade även personer som utan att vara sjukförsäkrade vore här i riket anställda. Detta skulle dock endast gälla beträffande de prisrabatterade läkemedlen. Rörande de kostnadsfria förelåge knappast någon anledning att utsträcka personkretsen utöver de sjukförsäkrade. Överenskommelse med främmande makter om tillhandahållande av kostnadsfria eller prisnedsatta läkemedel även till dem som eljest icke bli berättigade till förmånen borde kunna träffas av Kungl.

Maj:t. Departementschefen biträdde förslaget att tillhandahållande av läkemedel inom den slutna sjukhusvården skulle undantagas.

Omfattningen av förmånerna

Utredningsmannen hade i enlighet med statsmakternas tidigare principbeslut föreslagit att endast läkemedel, som utlämnades å apotek mot recept av läkare skulle omfattas av reformen. Departementschefen biträdde detta. Härigenom kom läkemedel, som saluförs i öppna handeln eller som inköps å apotek utan recept, att undantagas.

Som tidigare angivits innebar utredningsmannens förslag en uppdelning av läkemedelsförmånen i en rabatterad och en kostnadsfri del. Omfattningen av det till varje del hörande läkemedelsurvalet ansågs härvid beroende av bl. a. följande synpunkter.

Angående de *rabatterade* (prisnedsatta) läkemedlen anförde *utredningsmannen* bl. a. att under de skeden, som läkemedelsreformen ditintills genomlupit, man i allmänhet syntes ha betraktat det som en tämligen given sak, att de rabatterade läkemedlen skulle vara knutna till en förteckning i egentlig mening. Utgångspunkten hade därvid varit, att endast de bruksfärdiga läkemedel, som direkt eller indirekt framgick av en formlig uppräkning av ett eller annat slag, skulle berättiga till läkemedelsförmånen. Dock hade från läkarhåll rests gensagor av principiell art mot tanken på en sådan förteckning. Utredningsmannen förmenade vidare, att bakom förteckningstanken i huvudsak två motiv vore att finna. Det ena vore en strävan att begränsa kostnaderna för läkemedelsförmånerna, det andra en önskan att motverka missbruk av läkemedel. Mot dessa syften i och för sig kunde väl näppeligen några invändningar resas. Emellertid syntes ingen deciderad uppfattning rått i frågan, hur långt man lämpligen kunde gå på vägen att genom en förteckning beskära läkemedelsförmånen. Utredningsmannen ville särskilt understryka, att problemen vid frågan om upprättande av en förteckning över de rabatterade läkemedlen skilde sig väsentligt från dem, vilka bestämmandet av den kostnadsfria läkemedelsförmånen inneslöt. Den senare avsåge endast bestämda sjukdomar, till antalet få. De läkemedel som härvid kunde ifrågakomma vore jämförelsevis begränsade till antalet. Därtill kom, att de till stor del vore specifika för respektive sjukdomar. Särskilt med hänsyn till de framhållna omständigheterna läte det sig förhållandevis lätt göra att sammanföra sjukdom och en del valda läkemedel. Härigenom kunde en tillfredsställande utformning av den kostnadsfria läkemedelsförmånen i dess helhet vinnas. Den delvis kostnadsfria läkemedelsförmånen däremot skulle i princip omspänna samtliga sjukdomsområden. Det material för urval, varmed man hade att röra sig utgjordes av alla förekommande läkemedel. Utredningsmannen anförde vidare, att det för honom framstått som naturligt att bestämmande av läke-

medel för den delvis kostnadsfria läkemedelsförmånen i första hand krävde ett hänsynstagande till medicinska synpunkter. Utredningen hade här kommit in närmare på spörsmål, som uppmärksammats också vid behandlingen av frågan om den kostnadsfria läkemedelsförmånen. Det torde, ansåg utredningsmannen, vara allmänt känt att kemiskt och farmakologiskt varandra närstående bruksfärdiga läkemedel ofta hade väsentligt olika verkningar på olika individer. Råvaror och tillsatsämnen, som användes vid framställning av dylika läkemedel, kunde växla. De skilda reaktionerna vore för individernas del att föra tillbaka på konstitutionella förhållanden, benägenhet för överkänslighetsreaktioner ävensom psykosomatiska betingelser. Ej sällan spelade två eller flera dylika faktorer tillsammans en avgörande roll. Man nödgades sålunda enligt utredningsmannen mången gång konstatera, att två eller flera läkemedel, varom här vore fråga, i allt fall icke vore att för det enskilda fallet anse som terapeutiskt likvärdiga. Såvitt utredningen funnit, finge det betraktas som ett önskemål för uppehållande av en ändamålsenlig sjukvård, att läkarna hade tillfälle till visst val även bland sådana läkemedel.

Beträffande syftet att med den ifrågasatta läkemedelsförteckningen begränsa kostnaderna för läkemedelsförmånen anförde utredningsmannen följande:

Synbarligen har man bl. a. tänkt sig möjligheten, att i åtskilliga fall inom resp. indikationsområden endast de prisbilligaste läkemedlen skulle medtagas på förteckningen. Dock har ingen antydan gjorts därom, huru ingående prisjämförelsena såsom sådana borde göras. Utredningen vill påpeka, att storleken av den ekonomiska vinst, som står att vinna på denna väg, ingalunda kan beräknas uppgå till de kostnader för uteslutna läkemedel, vilka skulle ha uppkommit, därest läkemedlen i stället medtagits. Om läkarna vilja hålla sig till läkemedelsförmånen, få de i ifrågakommande sjukdomsfall föreskriva annat eller andra till denna förmån hörande läkemedel. Högst skillnaden mellan kostnaderna härför och för de uteslutna läkemedlen kan sparas. I särskilda fall kan för övrigt en kostnadsökning uppkomma t. ex. därigenom, att läkaren vill ersätta ett uteslutet läkemedel med två eller ev. flera andra. En särskild vanskлighet ligger för övrigt däri, att det kan vara svårt att avgöra, huruvida ett visst läkemedel ställer sig billigare än ett annat. Vid en jämförelse för sådant ändamål går det nämligen ej att blott hålla sig till själva läkemedelspriset. Det avgörande måste vara förhållandet mellan kostnaderna för sjukdomens ifråga behandling med det ena eller andra läkemedlet. Härvid måste hänsyn tagas till medlens styrka, tiden för ernående av önskad effekt etc. Också vad sålunda sagts om svårighet vid prisjämförelser medverkar till oberäknelighet beträffande storleken av en kostnadsminskning. Härtill kommer, att behovet av ändring av en efter ifrågavarande princip upprättad förteckning med säkerhet kommer att visa sig vara praktiskt taget konstant. De standardförpackade läkemedlen undergå nämligen synnerligen ofta prisförändringar, varjämte nya sådana läkemedel oupphörligt föras ut på marknaden. En med hänsyn till kostnaderna gjord läkemedelsförteckning kommer givetvis ej att verka dämpande härvidlag, snarare kan en motsatt verkan förväntas. Härigenom kan möjligen åtminstone under någon tid en pressning av priset för vissa läkemedel uppkomma. Någon större ekonomisk verkan av speciellt detta förhållande lär dock ej vara att

emotse. Konkurrensen olika läkemedelstillverkare emellan gör sig starkt gällande redan nu, varjämte läkemedelspriserna i viss mån regleras genom det allmänna. Frågan om ändrade bestämmelser för läkemedelsprisnedsättning är för övrigt under utredning inom medicinalstyrelsen. Därvid äro de enskilda intresserade parterna representerade. Syftet torde vara ett utarbetande av föreskrifter för prissättning av läkemedel inom samtliga handelsled.

Det framstod för utredningen som en given sak, att ett uteslutningsförfarande, varom här vore fråga, borde realiseras, endast om därigenom en ekonomisk vinst av betydenhet någorlunda säkert kunde erhållas utan att för sjukvården väsentliga värden förlorades. Utredningen hade emellertid kommit till den uppfattningen, att ett uteslutningsförfarande av någon ekonomisk betydelse måste medföra en synnerligen kraftig beskärning. Vad utredningsmannen framhållit angående det medicinskt betingade önskemålet om viss valfrihet beträffande läkemedlen, måste härvid sättas åsido. Gallringen skulle lända sjukvården till men. Med mycket stor sannolikhet skulle både patienter och läkare komma att betrakta en så beskaffad förteckning som uttryck för tvång och ofrihet. Detta vore ägnat att undergräva förtroendet för den obligatoriska sjukförsäkringen, i synnerhet som det vid denna tidpunkt förekom, att de flesta erkända sjukkassor hade läkemedel utan någon inskränkning av förevarande slag bland sina förmåner.

Utredningsmannen sammanfattade sin ståndpunkt till frågan om en läkemedelsförteckning såsom grund för rabatteringen så, att en dylik förteckning näppeligen tjänade något ekonomiskt syfte av betydelse eller i nämnvärd mån vore ägnad att motverka läkemedelsmissbruk, därest sjukvårdens nuvarande standard skulle bibehållas inom den obligatoriska sjukförsäkringen.

På grundval av detta föreslog utredningsmannen ej upprättande av någon läkemedelsförteckning utan förordade i stället att läkemedelsrabatteringen avgränsades till att omfatta två grupper av läkemedel, nämligen dels de läkemedel som enligt apoteksvarustadgan vore att hänföra till apoteksvaror, och dels läkemedel som innehöll gifter av första klassen. Sådana alldagliga varor som kunde finna användning som läkemedel, men vilka icke vore apoteksvaror och därför utom på apotek finge försäljas jämväl annorstädes, ansåg utredningsmannen icke böra ingå i förmånen. Ej heller skulle sera, vacciner och andra dylika bakteriologiska preparat — vilka ej vore apoteksvaror — omfattas av läkemedelsrabatteringen. Dessa senare preparat komme nämligen mest till användning på sjukvårdsanstalterna och läkarnas mottagningar, varvid patienternas kostnader för preparaten inginge i kostnaden för vården.

Utredningsmannen förordade vidare, att i fråga om de rabatterade läkemedlen undantag skulle göras för av medicinalstyrelsen icke registrerade farmacevtiska specialiteter, vilka enligt styrelsens medgivande finge försäljas och vilka voro uppförda på den s. k. frilistan i avbidan på slutlig pröv-

ning av frågan om registrering. Slutligen förutsattes möjlighet att av särskild orsak, t. ex. konstaterat överbruk, genom speciell föreskrift utesluta vissa läkemedel.

I *remissyttrandena* betecknades den av utredningsmannen föreslagna avgränsningen av de rabatterade läkemedlen såsom praktisk och lämplig.

I två yttranden förordades emellertid, att de rabatterade läkemedlen skulle anges i en särskild förteckning på sätt man under den tidigare diskussionen av läkemedelsfrågan förutsatt. Pensionsstyrelsen framhöll sålunda, att den enda möjlighet, som stode till buds för att förhindra en på grund av reformen olämplig stegring av läkemedelsförbrukningen med åtföljande kostnadsökning, syntes vara en kombination av ett lämpligt avvägt karensbelopp och en förteckning på jämväl de rabatterade läkemedlen. Därvid borde sådana läkemedel uteslutas eller begränsas till antalet, som erfarenhetsmässigt hade ringa medicinskt värde eller lätt missbrukades. Pensionsstyrelsen tillade, att det vore lättare att senare lossa på föreskrifterna, om dessa skulle visa sig vara för stränga än motsatsen.

Även statskontoret ansåg, att man med hänsyn till svårigheten att överskåda reformens verkningar borde i varje fall till en början upptaga de rabatterade läkemedlen i en särskild förteckning, som borde fastställas av Kungl. Maj:t på förslag av medicinalstyrelsen. Svenska stadsförbundet ansåg det också tveksamt, om man borde frångå tanken på en förteckning, men ansåg de därmed förenade svårigheterna dock böra föranleda, att man som ett försök följde utredningsmannens linje och att frågan upptogs till omprövning, sedan erfarenhet vunnits om systemets verkningar.

I vissa yttranden förordades å andra sidan att området skulle utvidgas till att omfatta även de bakteriologiska preparaten.

Departementschefen ställde sig välvillig till utredningsmannens förslag och framhöll, att den avgränsning av området för läkemedelsrabatteringen, som utredningsmannen föreslagit, syntes utgöra en praktisk och lämplig lösning av spörsmålet. Bland fördelarna med förslaget ansåg departementschefen särskilt böra nämnas, att det anknöt till en redan inarbetad uppdelning av läkemedlen som vore väl lämpad även för nuvarande ändamål och som vore föremål för fortlöpande översyn och därför nära återspeglade den snabba utvecklingen beträffande läkemedlen. Någon anledning att utvidga området till att omfatta även de bakteriologiska preparaten funnes icke, bl. a. emedan receptförskrivning nu i praktiken torde förekomma endast i obetydlig utsträckning. Departementschefen avvisade i detta sammanhang ett undantagande från rabatteringen av de frilistade farmacevtiska preparaten, men framhöll i stället att det såsom utredningsmannen föreslagit borde beredas Kungl. Maj:t möjlighet att undantaga visst läkemedel eller viss grupp därav från rabatteringen.

Rörande de *kostnadsfria* läkemedlen innebar *utredningsmannens* förslag, att dylika läkemedel skulle vara avsedda för behandling endast av långvari-

ga och allvarliga sjukdomar, samt utgöras av läkemedel, som enligt vetenskap och beprövad erfarenhet anses rationella vid behandlingen av sådana sjukdomar. Den i dessa allmänna ordalag givna bestämmelsen för angivande av de sjukdomar som härvid skulle kunna ifrågakomma borde för det praktiska förfarandet specificeras i en särskild förteckning. Utredningsmannen kunde för sin del ej ge sin anslutning till ett tidigare av medicinalstyrelsen i skrivelsen av den 29 november 1949 föreslaget system, att, vid sidan av att ett antal sjukdomar av ifrågakommande art uttryckligen uppräknades, dessutom efter särskild ansökan hos medicinalstyrelsen även andra sjukdomsenheter, vid vilka ett varaktigt bruk av specifikt verksamma läkemedel vore nödvändigt, kunde ifrågakomma. Ett sådant prövningsförfarande i varje särskilt fall måste enligt utredningsmannen medföra avsevärda svårigheter för uppehållandet av önskvärd konsekvens vid bedömningen. Principiellt sett kunde systemet ej heller anses stå i överensstämmelse med den beslutade läkemedelsreformen, i synnerhet ej försäkringslinjen. Utredningsmannen föreslog därför, att någon klausul om prövningsrätt i särskilda fall ej skulle förekomma utan att i stället antalet sjukdomar, som skulle anses såsom kvalificerande till fria läkemedel, borde utökas i förhållande till det av medicinalstyrelsen upprättade förslaget. Det ifrågakommande läkemedelsurvalet borde ske genom att för varje särskild sjukdom fastställdes likaledes visst eller vissa bestämda s. k. icke bruksfärdiga läkemedel, till vilka den fria läkemedelsförmånen vid sjukdomen ifråga skulle knytas.[1] Ur både medicinska och farmacevtiska synpunkter funnes goda möjligheter härtill, enär såväl sjukdomarna som över huvud ifrågakommande, icke bruksfärdiga läkemedlen vore till antalet relativt begränsade.

I anslutning till de angivna principerna för bestämmande av de sjukdomar, som borde berättiga till kostnadsfria läkemedel samt de läkemedel, som därvid finge förekomma för varje sjukdom, framlade utredningsmannen sitt förslag innefattat i en tvåspaltig uppställning vari upptogos dels vissa sjukdomar, dels ock härför ifrågakommande läkemedel. I formellt hänseende avvek den sedermera utfärdade kungörelsen (SFS nr 520/1954) icke från detta förslag. Utredningsmannen framhöll, att den föreslagna förteckningen lämnade möjlighet till användning av de ifrågavarande läkemedlen såsom standardförpackade och såsom magistralt förskrivna läkemedel, men att i regel inom de förevarande områdena endast standardförpackade läkemedel torde ifrågakomma. — Av medicinalstyrelsen icke re-

[1] Man kan ur farmacevtisk synpunkt skilja mellan bruksfärdiga och icke bruksfärdiga läkemedel. De senare, vilka användas vid tillverkningen av de förra, utgöras i stort sett av kemiska substanser samt ämnen från växtdroger och djurorgan. De bruksfärdiga läkemedlen, som försäljas å apoteken till allmänheten, äro *dels* färdigförpackade *och dels* sådana, som färdigställas för tillfället efter recept eller efter köparens önskan. De färdigförpackade (standardförpackade) läkemedlen utgöras huvudsakligen av industriellt framställda läkemedel — s. k. farmacevtiska specialiteter — och apoteksframställda läkemedel. Den senare gruppen, i vilken de s. k. ACO-preparaten dominera, är avsevärt mindre än den förra. De på läkarnas ordination för tillfället beredda läkemedlen benämnas på fackspråket ofta magistralt förskrivna eller ex tempore beredda.

gistrerade farmacevtiska specialiteter, vilka enligt medicinalstyrelsens medgivande finge försäljas och vilka vore uppförda på den s. k. frilistan i avbidan på slutlig prövning av frågan om registrering, ansågs av utredningsmannen böra undantagas från den kostnadsfria läkemedelsförmånen, enär de ej undergått tillräcklig bedömning ur farmacevtisk och medicinsk synpunkt.

I *remissyttrandena* behandlades företrädesvis de olika förteckningspunkterna. Härjämte ifrågasattes i några yttranden (apotekarsocieteten, medicinalstyrelsen, Sveriges farmacevtförbund och svenska läkaresällskapet) lämpligheten av att undantaga de frilistade specialiteterna, varjämte statens farmacevtiska laboratorium påpekade, att många av ifrågavarande preparat utgjorde värdefulla läkemedel och att denna grupp därför ej borde generellt undantagas, i varje fall icke innan ett snabbare registreringsförfarande kunde ordnas. Vidare ville statens farmacevtiska laboratorium gå längre än utredningsmannen rörande förmånen av fria läkemedel, i det att envar, som led av sådan sjukdom som upptagits i förteckningen, enligt dess mening borde erhålla alla läkemedel gratis vid samtliga sjukdomar. Laboratoriet framhöll att det ur medicinsk synpunkt vore angeläget att exempelvis en sockersjuk patient, som insjuknat i en icke kvalificerad sjukdom, snabbt tillfrisknade från denna, enär den i annat fall kunde påverka sockersjukan ogynnsamt. Läkemedelsutgifterna vore över huvud särskilt kännbara för ifrågavarande personer. Därest förslaget av kostnadsskäl ej kunde realiseras redan nu, borde dock förutsättningarna för en sådan reform snarast undersökas. — Statskontoret ansåg å andra sidan förslaget alltför omfattande.

Departementschefen biträdde i stort utredningsmannens förslag till förteckning, dock endast under förutsättning att vissa av medicinalstyrelsen föreslagna jämkningar vidtoges, samt förordade, att bemyndigande utverkades för Kungl. Maj:t att i huvudsaklig överensstämmelse med den sålunda reviderade förteckningen fastställa den omfattning, i vilken kostnadsfria läkemedel skulle tillhandahållas. Bemyndigandet borde innefatta rätt för Kungl. Maj:t att verkställa de ändringar i förteckningen, som kunde påkallas med hänsyn till utvecklingen på området. De frilistade specialiteterna borde, enligt departementschefen, för närvarande icke undantagas.

Departementschefen framhöll vidare, att den gällande ordningen för kostnadsfritt tillhandahållande i vissa fall av läkemedel mot könssjukdomar, skyddsläkemedel åt kvinnor och barn samt läkemedel åt kvinnor, som led av havandeskapssjukdomar, icke skulle beröras av reformen.

Rabatteringens storlek

Vid övervägande av storleken av läkemedelsrabatteringen anförde *utredningsmannen* bl. a., att det område för läkemedelsförmånen, som utred-

ningen föreslagit, vore klart begränsat men omfattande. Detta vore betecknande för dess karaktär. I frånvaro av en läkemedelsförteckning skulle samtliga receptförskrivna inköp av läkemedel inom området berättiga till läkemedelsförmånen. Med hänsyn särskilt till dessa förhållanden hade utredningsmannen tagit upp frågan om åtgärder mot läkemedelsförmånens ev. utnyttjande till överdrift. Spörsmålet inneslöt enligt utredningsmannen flera aspekter. Utredningen hade funnit det ligga nära till hands att söka lösningen i någon form av karenssystem. Vid sina överväganden hade utredningen stannat för att förorda, att rabatt skulle utgå endast på de belopp för recipe som överstege 2 kronor (karensbelopp). Med recipe avsågs härvid varje särskilt förskrivet läkemedel. Det hade framkommit, att rabattsatsen i så fall lämpligen borde höjas till 50 %.

Utredningsmannen framhöll, att mindre läkemedelsinköp av smärre betydelse därmed undandrogs läkemedelsrabatteringen. Med den höjning av sjukpenningen som skett genom 1953 års ändring i sjukförsäkringslagen torde ur den enskildes synpunkt några betänkligheter av ekonomisk art icke behöva resas häremot.

Med ett karensbelopp å 2 kronor kunde enligt utredningsmannens mening betydande fördelar i skilda hänseenden nås. En mycket stor del av de handköp, som ägde rum å apoteken, belöpte å mindre än 2 kronor. Karensbeloppet torde bli ett verksamt medel att ifråga om sådana köp förhindra en övergång till receptköp för erhållande av nedsatt pris. Läkemedel, som nu i synnerligen betydande utsträckning dagligdags användes utan läkares ordination, bleve undantagna från läkemedelsförmånen. Benägenhet att för recepts erhållande söka läkare, när detta tedde sig onödigt, skulle betydligt dämpas.

Utredningsmannen hade beräknat antalet recipen, som kunde beröras av en läkemedelsrabattering med ledning av vissa uppgifter avseende apotekens försäljning under 1952.[1]

Genom det föreslagna karensbeloppet på 2 kronor skulle enligt beräkningarna 20 % av hela antalet recipen komma att undandragas rabatteringen. Härigenom skulle såväl apoteken som vederbörande centrala myndigheters administrativa arbete i anledning av rabatteringen väsentligt lättas.

Utredningsmannen hade vidare gjort en jämförelse mellan storleken av det läkemedelspris, som skulle få betalas av köparna dels vid en rabatt å 33⅓ % utan karensbelopp, såsom ifrågasattes i prop. 178 till 1953 års riksdag, dels vid en rabattering enligt utredningsförslaget.[1] Av jämförelsen framgick enligt utredningsmannen, att vid högre läkemedelspris än 6 kronor karensbeloppsalternativet vore fördelaktigare för köparen. Detta alternativ gåve alltså i fall, som vore mer behjärtansvärda, bättre kompensation än det andra alternativet. Utredningsmannen anförde vidare, att han utgått

[1] Angående beräkningarna, se prop. sid. 23 och 24.

från att vid detta alternativs realiserande läkarna i sin förskrivning ej per recipe utökade den myckenhet av läkemedel, som normalt ordineras.

I *remissyttrandena* voro meningarna delade i frågan om storleken av rabatteringen. Utredningsförslaget tillstyrktes eller lämnades utan erinran av statskontoret, riksräkenskapsverket, svenska landstingsförbundet, svenska sjukkasseförbundet, svenska läkarsällskapet och apotekarsocietetens direktion. Direktionen påpekade dock att karensbeloppet innebar en försämring i jämförelse med dåvarande förhållanden för många sjukförsäkrade, enär övervägande delen av sjukkassorna gav ersättning för läkemedlen med vanligen 50 % utan något karensbelopp. Av samma skäl ifrågasatte Sveriges farmacevtförbund huruvida icke karensbeloppet borde uteslutas. Svenska stadsförbundet delade denna uppfattning och tillade, att karensbeloppet torde komma att föranleda en tendens hos allmänheten att söka utfå största möjliga ordinationer på en gång för att komma över karensgränsen vid engångsköp resp. undgå den vid itereringar.

Medicinalstyrelsen tillstyrkte förslaget om rabatteringens storlek men ansåg det böra utredas, huruvida och i vad mån administration och redovisning kunde förenklas, om rabatt icke utginge på belopp, som med 50 öre eller mindre överstege karensbeloppet. Medicinalstyrelsen ansåg vidare — i likhet med några andra remissorgan — att karensbeloppet och rabattsatsen icke borde fastslås i huvudförfattningen utan fastställas i en ordning som medgav deras anpassning efter det föreliggande behovet.

Statens farmacevtiska laboratorium och svenska landskommunernas förbund ansåg ett karensbelopp å 3 kronor böra övervägas.

Landsorganisationen ifrågasatte en höjning av rabatteringen till 66⅔ %. Om så vore erforderligt för att hålla kostnadsnivån nere, kunde enligt landsorganisationens mening en höjning av karensbeloppet i stället övervägas. Vidare kunde ifrågasättas om icke karensbeloppet borde ifråga om itererade recept räknas på totalsumman. Även tjänstemännens centralorganisation ansåg, att man borde överväga ett något högre karensbelopp jämte en motsvarande kostnadsmässig ökning av rabattsatsen.

Svenska arbetsgivareföreningen framhöll, att med hänsyn till den ekonomiska påfrestning, som den allmänna sjukförsäkringens genomförande innebar, och till att kostnadsberäkningarna för läkemedelsreformen gjorts utan beaktande av risken för ökad läkemedelsomsättning rabatteringen av läkemedel borde i varje fall till en början göras mer restriktiv än utredningsmannen föreslagit. Sålunda borde övervägas en rabattsats å 33 ⅓ % med ett karensbelopp å 2 kronor, alternativt en 50 % rabattering med ett till 3 kronor höjt karensbelopp.

Socialstyrelsen fann det riktigare att anknyta karensbeloppet till samtliga på ett recept upptagna läkemedel, som avsåg samma sjukdomsfall. Eljest utfölle läkemedelsförmånen olika för en person, vars sjukdom krävde endast ett läkemedel, och för en sjuk, som vore i behov av flera.

Förslaget om rabatterade läkemedel avstyrktes helt av Sveriges läkareförbund. Förbundet ansåg bl. a. att kostnaderna för av läkare ordinerad medicin i de fall som låg inom området för denna del av den föreslagna läkemedelsreformen i allmänhet spelade en mycket underordnad roll i den enskildes budget och att de svenska läkemedelspriserna vore låga och under senare år relativt sett förbilligats. Vidare framhölls att en rabattering sannolikt skulle leda till ökat läkemedelsmissbruk.

Även 1953 års läkemedelskommitté ansåg, att starka skäl talade för att man helt avstod från rabatteringen å läkemedel, framför allt om man satte de beräknade merkostnaderna för hanteringen av recepten i enlighet med utredningsmannens förslag i förhållande till de tämligen obetydliga rabatterna. De för rabattförmånen avsedda medlen kunde i stället tillgodoföras de sjuka på annat sätt, t. ex. i form av en höjd grundsjukpenning. Då emellertid enskilda sjuka kunde få vidkännas läkemedelskostnader, väsentligt överstigande den ersättning som en höjd sjukpenning innebure, ville kommittén i stället förorda, att karensbeloppet höjdes till 5 kronor. Därvid gjord besparing kunde förslagsvis tillföras de sjuka i form av höjning av grundsjukpenningen, en högre rabattsats, ex. 75 %, eller ökat stöd med helt fria läkemedel till kroniskt sjuka, som ehuru behov därav förelåge icke kunde erhålla vård å kronikersjukhus på grund av platsbrist.

Departementschefen ansåg att systemet med visst karensbelopp var förenat med avgjorda fördelar. Därmed kom en del smärre läkemedelsinköp automatiskt att undantagas från rabatteringen och det torde i dessa fall vanligen röra sig om icke receptbelagda läkemedel. Här förhindrades alltså en övergång till receptköp. Karenssystemet gav vidare möjlighet till att genom en något högre rabattsats bereda en större prisnedsättning för dyrare läkemedel, varigenom de mera behjärtansvärda fallen kunde bättre tillgodoses. Ett visst karensbelopp syntes därför böra föreskrivas, och beloppet borde enligt departementschefens mening räknas för varje läkemedel för sig, därvid flera under en formel förskrivna läkemedel syntes böra räknas som ett och varje inköp räknas för sig. Att såsom ifrågasatts uppställa särskilda beräkningsgrunder ifråga om itererade recept eller anknyta karensbeloppet till sjukdomen som sådan syntes av administrativa skäl ej böra ske.

Departementschefen anförde vidare att det borde hållas i minnet, att vid bestämmande av karensbeloppets och rabattsatsens storlek utredningsmannen beräknat kostnaderna för läkemedelsreformen med det innehåll, som förordats av honom, till 32 à 34,5 milj. kronor om året — differensen berodde på svårigheten att angiva storleken av den kostnadsfria läkemedelssektorn — samt att statsmakterna vid 1953 års principbeslut räknade med en kostnadsram av 34 milj. kronor. Kostnadsramen ifråga borde hållas. Givetvis måste alla kostnadsberäkningar för en reform av ifrågavarande slag bli osäkra. De av utredningsmannen gjorda beräkningarna hade verkställts med utgångspunkt från recepturomsättningen under år 1952 utan att

därvid räknats med någon förhöjning av denna omsättning till följd av sjukförsäkrings- och läkemedelsreformens genomförande. Med hänsyn härtill och till den under en lång följd av år fortgående ökningen av läkemedelskonsumtionen syntes en viss ej alltför obetydlig marginal böra reserveras. En marginal å ca 6 milj. kronor skulle erhållas, därest karensbeloppet med oförändrad rabattsats höjdes till 3 kronor. Om samtidigt rabattsatsen, såsom ifrågasatts, höjdes till 75 %, skulle däremot istället uppstå en kostnadsökning av ca 2 milj. kronor.

Vad nu anförts syntes departementschefen tala för att karensbeloppet fastställdes till 3 kronor och rabattsatsen till 50 %. Med den tämligen vida omfattning, som det rabatterade läkemedelsområdet erhållit, torde detta vara motiverat. En sådan höjning av det föreslagna karensbeloppet borde även vara ägnad att stävja ev. tendenser till läkemedelsmissbruk. Den medförde också en administrativ lättnad, vilket icke vore minst värdefullt.

I den läkemedelskostnad, som sålunda borde rabatteras, föreslogs även kostnaden för emballage och dylikt böra inräknas. Motsvarande borde, ansåg departementschefen, givetvis även gälla ifråga om de kostnadsfria läkemedlen.

Med ett karenssystem kunde det naturligtvis föreligga viss risk för att läkare, i syfte att låta patienten komma i åtnjutande av föreskriven läkemedelsrabatt, ordinerade större myckenhet läkemedel åt gången än eljest skolat ske. Departementschefen bedömde risken härför såsom varande mindre stor. Men frågan borde följas med uppmärksamhet av vederbörande centrala tillsynsmyndighet och missbruk och slöseri med läkemedel torde, om så funnes erforderligt kunna föranleda införandet av bestämmelser om maximaldosering av vissa läkemedel.

Läkemedelsförmånernas finansiering

Frågan om sättet för läkemedelsreformens finansiering hade icke berörts i utredningsförslaget utöver en hänvisning till de beslut och principuttalanden i läkemedelsfrågan, som gjorts vid 1953 års riksdag. Ej heller *remissorganen* upptog denna fråga till behandling.

Departementschefen däremot anförde härom följande.

Till frågan om läkemedelsreformens finansiering hade statsmakterna tagit ställning i samband med 1953 års beslut rörande den allmänna sjukförsäkringen. Genom de i sjukförsäkringslagen upptagna arbetsgivarbidragen till sjukvårdsförsäkringen hade arbetsgivarnas skyldighet att bidraga till kostnaderna till läkemedelsreformen fastställts. Den påverkan av försäkringsavgifterna i förhöjande riktning som läkemedelsreformens genomförande kunde förväntas dra med sig, ansågs skola medföra att det statliga avgiftslindringsbidraget till sjukförsäkringen komme att öka med ca 2 milj. kronor. Därutöver räknades med att staten skulle i och för läkemedlens förbilligande direkt bidraga med ett belopp av 5 milj. kronor om året.

Departementschefen ansåg att vad han i det föregående förordat ej gav anledning till att frångå denna finansieringsplan. Det direkta statsbidraget syntes lämpligen böra fastställas till visst belopp per sjukkassemedlem. Han förordade därför, att bidraget bestämdes till 1 krona 15 öre för varje sjukkassemedlem, vilket vid det för år 1955 beräknade medlemsantalet — 5 274 000 personer — innebar ett årsbelopp av 6 065 000 kronor.

Administrativa frågor

I fråga om det administrativa förfarandet föreslog utredningsmannen, att recepten skulle kvarligga å apoteken efter läkemedlets expediering för att senare såsom verifikationer bifogas de räkningar, som apoteken hade att insända till tillsynsmyndigheten för sjukförsäkringen för erhållande av ersättning för den del av försäljningspriset, som kunden ej erlagt. Rörande frågan om tillhandahållande av *receptkopior* till köparna anfördes:

Utredningen har visserligen funnit det möjligt att genom ett avskriftsförfarande framställa receptkopior för patienternas räkning men ifrågasätter, om nyttan av en sådan ordning uppväger de nackdelar, som uppenbarligen äro förenade därmed. Följden av ett dylikt avskriftssystem skulle bl. a. bli en fördubbling av det erforderliga antalet receptblanketter (från ca 13 milj. till ca 26 milj.). Därtill kommer ett icke obetydligt merarbete för antingen läkare eller apotek. Även om vissa olägenheter uppstå för läkare och patienter genom receptens kvarhållande å apoteken, anser utredningen dock mot bakgrunden av angivna konsekvenser skälen för stipulerande av ett avskriftsförfarande icke tillräckligt starka för att föreslå införandet av en sådan ordning. Utredningen förutsätter emellertid att i vissa särskilda fall avskrift av recept, eller möjligen signatur, skall kunna erhållas å apoteket. Utredningen tänker härvid bl. a. på de yrkesskadade, som kunna behöva sådan avskrift för styrkande av sin rätt till läkemedelsersättning enligt yrkesskadeförsäkringslagen.

Vad angår *telefonrecepten* ansåg utredningsmannen, att det icke borde ifrågakomma att vid genomförandet av läkemedelsreformen företaga några inskränkningar i rätten att telefonledes meddela ordinationer. De på apoteken utskrivna telefonrecepten borde i förevarande sammanhang jämställas med originalrecept och tagas såsom verifikationer.

Utredningsmannen påpekade vidare, att *iterationsrecepten* utgjorde en komplikation vid ett system, där recepten — i regel i original — skulle utgöra verifikationer till apotekens räkningar. Att enbart med hänsyn härtill inskränka rätten att utfärda iterationsrecept borde emellertid icke ifrågakomma. Goda möjligheter funnes att erhålla i varje särskilt fall erforderligt antal såsom verifikationer giltiga receptkopior genom att i lämplig ordning framställa avskrifter av iterationsrecepten. Utredningsmannen föreslog därför, att rätt att iterera recept i princip skulle medgivas i samma omfattning som gällde. Det förutsattes emellertid, att erforderliga tillämpningsföreskrifter — med bl. a. beaktande av risken för missbruk — skulle utfärdas av medicinalstyrelsen.

Utredningsmannen upptog vidare till prövning ett av medicinalstyrelsen

tidigare framfört förslag, att särskilda *läkemedelskort* skulle utfärdas för patienter med sjukdom som berättigade till kostnadsfria läkemedel. Kortet skulle vara avfattat som recept och gälla såsom sådant och med kortet skulle sammanhäftas ett antal rekvisitionsblanketter, som skulle avlämnas vid rekvisition av läkemedel och gälla såsom apotekets verifikation. Av kontrollskäl föreslogs, att kortet för att bli giltigt skulle påstämplas i den sjukkassa, där vederbörande vore sjukförsäkrad, varvid kassan skulle göra erforderlig anteckning i sina registerhandlingar. Påstämplingen skulle enligt förslaget i förekommande fall kunna ske i sjukkassa på vistelseorten efter förfrågan hos hemortssjukkassan. Ordningen med läkemedelskort syntes vara en praktisk lösning av receptfrågan för kroniskt sjuka, som vore berättigade till kostnadsfria läkemedel. Läkemedelskortet kunde även användas för en mera restriktiv reglering av förbrukningen av visst eller vissa läkemedel för s. k. kvalificerade sjukdomar, t. ex. i fråga om de läkemedel, som enligt förslaget skulle tillhandahållas kostnadsfritt vid kronisk, deformerande ledgångsreumatism.

Utredningsmannen behandlade vidare frågor rörande ordningen vid läkemedelskortens utfärdande, övriga recept, förfarandet å apoteken, kontrollen över apotekens räkningar samt frågan om valet av centralmyndighet (varvid särskilt framhölls vikten av att tillsynsmyndigheten fick tillfälle att fortlöpande och direkt följa kostnadsutvecklingen, vilket syntes utredningsmannen vara av särskilt värde för handläggningen av de anslagsfrågor i samband med läkemedelsreformen, som under alla förhållanden torde ankomma på nämnda myndighet); därutöver föreslog utredningsmannen inrättandet av en speciell nämnd, sammansatt av representanter för samtliga av reformen berörda parter och med uppgift att följa reformens handhavande, anpassa reformen med hänsyn till utvecklingen på läkemedelsområdet och åstadkomma rättelse där så påkallades.

Slutligen upptogos frågor rörande personalorganisationen av utredningsmannen.[1]

Vid behandlingen av det administrativa förfarandet framförde *remissorganen* erinringar i vissa avseenden.

Härvid framhöll bl. a. Sveriges läkarförbund, att avskrift borde göras av alla recept, då det vore synnerligen angeläget att patienten alltid fick behålla en kopia, som kunde uppvisas vid förnyat besök hos samma eller annan läkare. Avskrifterna borde göras på apoteken. Det vore nämligen nödvändigt att befria läkarna från mindre kvalificerade arbetsuppgifter eftersom sjukförsäkringsreformen otvivelaktigt komme att medföra en ökad arbetsbelastning i form av mera skrivgöromål och större konsultationsfrekvens.[2]

[1] Rörande den närmare behandlingen av dessa frågor hänvisas till prop. nr 163 sid. 26 t. o. m. 30.

[2] Rörande övriga administrativa frågor hänvisas även här till propositionen, sid. 40 t. o. m. 44.

Departementschefen godtog i det stora hela utredningsmannens förslag rörande det administrativa förfarandet. Han delade utredningsmannens mening att något obligatoriskt avskriftsförfarande i vad gällde recepten icke skulle införas. Någon begränsning i fråga om telefonrecepten eller iterationsrätten skulle icke göras. Läkemedelskorten borde komma till användning i samtliga fall, där kostnadsfria läkemedel skulle utgå. Undantag borde dock kunna göras för brådskande fall, där kortets stämpling i sjukkassan skulle vålla alltför stor tidsutdräkt. Ett vanligt recept skulle i sådant fall kunna utfärdas, eventuellt samtidigt med ett läkemedelskort, avseende de ej omedelbart behövliga läkemedelsexpeditionerna.

Departementschefen avstyrkte slutligen förslaget om inrättandet av en speciell nämnd. I detta hänseende borde det ankomma på medicinalstyrelsen att i samarbete med tillsynsmyndigheten för sjukförsäkringen samt i förekommande fall även med läkare samt apoteks- och läkemedelsindustriorganisationer fullgöra de funktioner, som avsetts skola tillkomma nämnden.

KAPITEL III

Nu gällande ordning

Den allmänna sjukförsäkringen tillerkänner medborgarna rätt till ersättning för läkarvård. För de läkemedel, som ordineras av läkare, utgår ersättning såsom en till sjukförsäkringen ansluten särskild förmån. Reglerna härom äro upptagna i förordningen 4 juni 1954 (nr 519) angående kostnadsfria eller prisnedsatta läkemedel (ändrad i vissa smärre avseenden genom SFS 1956 nr 76 och SFS 1958 nr 461).

De i förordningen intagna bestämmelserna innebära i korthet följande.

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

De kostnadsfria läkemedlen

Rätt att utan kostnad erhålla läkemedel tillkommer enligt förordningen den som är försäkrad jämlikt lagen om allmän sjukförsäkring och som lider av långvarig och allvarlig sjukdom.[1] (Särskilda stadganden rörande kostnadsfritt tillhandahållande i vissa fall av läkemedel mot könssjukdomar, skyddsläkemedel åt kvinnor och barn samt läkemedel åt kvinnor, lidande av havandeskapssjukdomar, finnas i andra författningar. De beröras icke av den här behandlade lagstiftningen rörande läkemedelsförmånerna.) De närmare förutsättningarna för erhållande av kostnadsfriheten enligt förordningen finnas 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 ha upptagits dels ett visst antal sjukdomar av den karaktär som ovan angivits och dels de läkemedel, som vid varje sådan sjukdom få utlämnas kostnadsfritt.

De i förteckningen upptagna sjukdomarna voro ursprungligen femton till antalet. Genom beslut den 29 juli 1957 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.

Förteckningen har efter dessa ändringar följande innehåll.

[1] Samma rätt tillkommer fr. o. m. den 1 januari 1959 svensk medborgare som utan att vara försäkrad jämlikt nämnda lag vistas här i riket.

Sjukdom	Läkemedel
1. Anaemia perniciosa (Perniciös anemi)	a) Leverpreparat b) Ventrikelpreparat c) Vitamin B_{12} var för sig eller i kombination med varandra
2. Diabetes insipidus (Kroniskt ökad urinutsöndring)	Hypofysbaklobextrakt, innehållande vasopressin
3. Diabetes mellitus (Sockersjuka)	Insulin jämte desinfektionsmedel för rengöring av huden vid injektion
4. Myxoedema (Bristfällig sköldkörtelfunktion)	a) Sköldkörtelpreparat b) Tyroxin var för sig
5. Syndroma Addisoni (Bristfällig binjurefunktion)	a) Dekorton och derivat därav b) Kortison och derivat därav c) Totalextrakt ur binjurebark var för sig eller i kombination med varandra
6. Tetania parathyreopriva (Bristfällig bisköldkörtelfunktion)	a) Vitamin D_2 (beredning innehållande minst 250 000 I.E./g) b) Dihydrotakysterol var för sig
7. Sprue, Coeliakia (Bristfällig tunntarmsfunktion)	a) Folinsyra b) Leverpreparat c) Vitamin B_{12} var för sig eller i kombination med varandra
8. Myasthenia gravis (Bristfällig muskelfunktion)	a) Synstigmin enbart eller i kombination med efedrin b) Pyridostigmin
9. Glaucoma (Grön starr)	a) Pilokarpin b) Fysostigmin c) Synstigmin d) Fluostigmin e) p-Nitrofenyldietylfosfat f) Karbakolin var för sig eller i kombination med varandra
10. Epilepsia (Krampsjukdom)	a) Barbitursyrederivat b) Hydantoinderivat c) Oxazolidindionderivat d) Pyrimidindionderivat e) Pyrrolidindionderivat var för sig eller i kombination med varandra
11. Asthma bronchiale chron. (Kronisk bronkialastma)	a) Adrenalin b) Efedrin c) Isoprenalin d) Etylefedrin e) alfa-(2-Metoxifenyl)-betametyl-aminopropan f) Teofyllin och teofyllinderivat var för sig

Sjukdom	Läkemedel
12. Insufficientia cordis chron. (Kronisk hjärtmuskelsvaghet)	a) Fol. digitalis (purpurea och lanata) b) Extrakt och glykosider, erhållna från a), samt derivat av glykosider c) Kinidin var för sig
13. Tuberculosis (Tuberkulos)	a) Aminosalyl b) Isoniazid c) Streptomycin d) Dihydrostreptomycin var för sig eller i kombination med varandra
14. Cancer mammae (Bröstkräfta) Cancer ovarii (Äggstockskräfta) Cancer prostatae (Prostatakräfta) Cancer testis (Testikelkräfta)	a) Hexöstrol och derivat därav b) Testosteron och derivat därav c) Östron och östronhaltiga extrakt d) Östradiol och derivat därav e) Metandriol f) Allenolsyrederivat var för sig eller i kombination med varandra för peroralt bruk eller injektion
15. Parkinsonism	a) Atropin b) Benshexol c) Karamifen d) Profenamin e) beta-Dietylaminoetylbenshydryleter var för sig
16. Agammaglobulinemi	Gammaglobulin
17. Arthritis urica (Gikt)	Probenecid
18. Cystisk pankreasfibros	Pankreaspreparat

De närmare föreskrifterna för tillämpningen av bestämmelserna rörande läkemedelsförmånerna finnas intagna i Kungl. Maj:ts kungörelse den 3 december 1954 (nr 735) med tillämpningsföreskrifter till förordningen angående kostnadsfria eller prisnedsatta läkemedel. (Ändringar genom SFS 1957 nr 655 och SFS 1958 nr 517.) I avseende på de kostnadsfria läkemedlen stadgas häri bl. a. följande.

Som regel skall förskrivning av kostnadsfria läkemedel ske på särskild receptblankett (läkemedelskort) enligt fastställt formulär. På varje läkemedelskort får upptagas endast en läkemedelsformel och på kortet skall angivas det antal expeditioner av förskrivningen, som högst må ske. Läkemedelskortet är giltigt under en tid av ett år från utfärdandet. För att läkemedelskortet skall vara giltigt fordras, att det är försett med bevis från allmän sjukkassa att den för vilken kortet utfärdats är försäkrad jämlikt lagen om allmän sjukförsäkring eller eljest är berättigad att erhålla kostnadsfria läkemedel enligt de villkor, som gälla för sådan försäkrad. Har sjukkassa tecknat sådant bevis får nytt läkemedelskort för samme försäk-

rad å ifrågavarande eller till sammansättningen överensstämmande läkemedel icke utan särskilda skäl förses med sådant bevis med mindre det tidigare kortet överlämnats till den lokalsjukkassa eller, om sådan icke finnes inrättad, den centralsjukkassa, där vederbörande är försäkrad. Den sjukkassa, som tecknat beviset på läkemedelskortet, skall samtidigt med att kortet återställes tillhandahålla särskilda s. k. beställningsblanketter till det antal, som motsvarar det enligt kortet medgivna antalet expeditioner. Varje beställningsblankett skall vara försedd med uppgift om sjukkassans namn och dagen för bevisets utfärdande. Vid expeditionen förses läkemedelskortet med uppgift om apotekets namn och dagen för expeditionen. Vid den första expeditionen åsättes därtill även taxering. Expeditionen sker mot avlämnande av beställningsblankett, som åsättes taxering och sedan utgör apotekarens verifikation.

Utlämnande av kostnadsfria läkemedel kan i brådskande fall ske utan hinder av de ovan relaterade reglerna i tillämpningskungörelsen. I sådana fall skall läkaren på den för förskrivningen använda handlingen vitsorda att det är fråga om ett brådskande fall samt lämna de uppgifter, som skulle ha lämnats, om föreskriven blankett använts. Förskrivningar av detta slag få expedieras endast en gång. Vid expeditionen kvarhålles receptet på apoteket som apotekarens verifikation.

De prisnedsatta läkemedlen

I andra fall än dem där kostnadsfria läkemedel erhållas äga personer vilka omfattas av den allmänna sjukförsäkringen eller utan att omfattas av denna, vistas här i riket under förutsättning att de äro svenska medborgare eller i allmän eller enskild tjänst här, rätt att till nedsatt pris köpa läkemedel, som enligt apoteksvarustadgan är att hänföra till apoteksvara eller, utan att utgöra apoteksvara, innehåller gift av första klassen. 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 och innehåller i avseende härpå bl. a. följande.

Förskrivning av prisnedsatta läkemedel skall som regel ske på därför avsedd receptblankett enligt fastställt formulär. Om en förskrivning är avsedd att expedieras mera än en gång, måste på blanketten angivas hur många gånger förnyad expedition skall få äga rum (iteration). Nämnda antal får ej överstiga tre. Vid iteration får endast en läkemedelsformel upptagas på samma blankett.

Den tid under vilken recepten berättigade till inköp med erhållande av prisnedsättning var ursprungligen begränsad till sex månader. Receptens giltighetstider som inköpshandlingar enligt gällande föreskrifter om utlämnande av läkemedel från apotek utgör emellertid ett år. Genom en ändring den 6 december 1957 (nr 655) i tillämpningskungörelsen berättiga recepten numera jämväl till erhållande av prisnedsättningen under en tid av ett år.

Vid expedition av en förskrivning, som icke itererats, får den enskilde lämna från sig receptet. Sedan det försetts med uppgift om apotekets namn och dagen för expeditionen samt åsatts taxering sker expeditionen, varvid receptet behålles på apoteket där det utgör apotekarens verifikation. Då det gäller en itererad förskrivning förses receptblanketten likaledes vid varje expedition med apotekets namn, expeditionsdag och taxering men i detta fall skall receptet vid varje expedition utom den sista återställas till den enskilde, sedan på blankett enligt fastställt formulär verkställts avskrift av signaturen (signaturavskrift). Denna avskrift, som skall innehålla taxering, utgör apotekarens verifikation. Vid den sista expeditionen kvarhålles receptet på apoteket som apotekarens verifikation.

Samma undantag, som tidigare omnämnts vid utlämnande i brådskande fall av kostnadsfria läkemedel, gäller vid utlämnande av prisnedsatta läkemedel.

Gemensamma bestämmelser

Läkare har rätt att telefonledes ge apotek meddelande om en receptförskrivning. En sådan intelefonerad förskrivning införes på en särskild receptblankett, varvid läkaren har att lämna de uppgifter utöver förskrivningen, som erfordras för att fylla i blanketten.

Vid expedition av telefonrecept förfares på apoteket på samma sätt som vid expedition av övriga icke itererade recept, varefter receptet kvarhålles på apoteket som apotekarens verifikation.

Såsom av det ovanstående framgår får den enskilde som regel ej behålla receptet. Tillämpningskungörelsen öppnar dock möjlighet för den enskilde att i visst fall genom apotekarens försorg erhålla en bestyrkt avskrift av receptet, nämligen då den för vilken receptet utfärdats är i behov därav för företeende av avskriften hos sådan försäkringsinrättning, som avses i lagen om yrkesskadeförsäkring. I dessa fall måste på avskriften angivas, att handlingen icke gäller som recept för erhållande av läkemedel på apotek.

Läkemedelsförmånerna utgå ej till personer, vilka vårdas på sjukvårdsanstalter, som avses i lagen om allmän sjukförsäkring.

Apotekarna erhålla ersättning av riksförsäkringsanstalten för de läkemedel, som mot recept utlämnats kostnadsfritt eller till nedsatt pris. Er-

sättningen utgår med belopp motsvarande i de förstnämnda fallen fastställt försäljningspris och i övrigt föreskriven prisnedsättning. I försäljningspriset inräknas kostnader för läkemedlets förpackning. Apotekarna upprätta sina räkningar per kalendermånad på särskild blankett; räkningarna böra vara riksförsäkringsanstalten tillhanda inom en vecka efter månadens utgång och skola enligt tillämpningskungörelsen gäldas omedelbart, om ej särskilda skäl föranleda till annat.

Apotekarnas verifikationshandlingar skola förvaras på apoteken under en tid av tre år från den dag, då de ovan omtalade räkningarna upprättats. På anfordran skola de överlämnas för granskning till medicinalstyrelsen, som verkställer taxationsgranskning samt granskning att kostnadsfritt eller till nedsatt pris utlämnat läkemedel är sådant som avses i förordningen, eller till riksförsäkringsanstalten, som verkställer kameral granskning. Om så anses behövligt kan därvid räknemaskinsremsor med summering av verifikationsbeloppen infordras. Visar granskningen att ersättning lämnats till apotekare med oriktigt belopp, skall rättelse ske vid nästföljande utbetalning, dock endast om skillnadsbeloppet överstiger fem kronor.

Kostnaden för tillhandahållandet av läkemedelsförmånerna bestrides till en del av statsmedel, nämligen med belopp motsvarande en krona och 15 öre om året för varje medlem i allmän sjukkassa, och i övrigt av de allmänna centralsjukkassorna i förhållande till antalet medlemmar. I 34 § sjukförsäkringslagen har intagits ett stadgande av innehåll att avgifterna till den i denna lag reglerade sjukvårdsförsäkringen skola förslå även till den del av kostnaderna för läkemedelsförmånerna som åvilar sjukkassorna. Arbetsgivarnas skyldighet att bidraga till kostnaderna i förevarande hänseende är fastslagen i 38 § sjukförsäkringslagen, vari stadgas att arbetsgivaren skall för varje kalenderår erlägga bidrag till kostnaderna för sjukvårdsförsäkring med 25 promille av den lön i penningar eller naturaförmåner, som arbetsgivaren under året utgivit till arbetstagare anställda hos honom, dock att hänsyn ej tages till sådan lön i vad den överstiger 15 000 kronor om året.

Konungen äger enligt 7 § förordningen den 4 juni 1954 träffa överenskommelse med främmande makt om tillämpning av förordningen helt eller delvis å personer, som utan att vara svenska medborgare vistas här i riket och å vilka förordningen ej eljest är tillämplig. Sådana överenskommelser ha hittills träffats med Danmark, Island och Norge (SFS 1957 nr 10) samt med Storbritannien och Nordirland (SFS 1957 nr 154).

KAPITEL IV

Framkomna synpunkter och önskemål ifråga om läkemedelsförmånerna

Motioner och utskottsutlåtanden m. m.

Ett flertal motionsvägen framförda reformförslag rörande läkemedelsförmånerna ha varit föremål för riksdagens behandling under de år som den nu gällande ordningen varit i kraft. Motionerna ha emellertid icke i något fall lett till konkreta åtgärder, utan lämnats utan bifall eller, i vissa fall, överlämnats till den utredning som pågått i frågan.

Såsom i direktiven för utredningen (se sid. 53) påpekas, har den egentliga kritiken mot den s. k. läkemedelsreformen i främsta rummet avsett läkemedelsrabatteringen (= prisnedsättningen) och motionerna ha i många fall tagit sikte på just detta avsnitt. Emellertid ha även andra delar av reformen tagits upp till debatt och i det följande lämnas en kort översikt av de olika områden av densamma som berörts i riksdagsmotionerna under här ifrågavarande år. (Rörande de motiv på vilka angivna motioner och utlåtanden grundats hänvisas, därest detta icke beröres i det följande, till resp. motioner och utlåtanden.)

De kostnadsfria läkemedlen

Rörande de *kostnadsfria läkemedlen* har dels, i motionen I: 207 år 1955, föreslagits en *utökning av förteckningen* över desamma till att omfatta *även* sjukdomen *kronisk ledgångsreumatism* och dels, i de likalydande motionerna I: 338 och II: 280 år 1956, hemställts om en *omarbetning över huvud* (till mindre restriktivitet) av förteckningen, varvid framhållits att vissa kategorier sjuka vore dåligt tillgodosedda (särskilt astmatiker och reumatiker). Motionerna föranledde, sedan det påpekats att frågan vore föremål för medicinalstyrelsens behandling, ingen riksdagens åtgärd. (Se allmänna beredningsutskottets utlåtande nr 4/1955 resp. andra lagutskottets utlåtande nr 44/1956).

I motionen nr 107 i Andra kammaren år 1958 hemställdes om upptagande av ersättningsmedel för insulin (Bz-55-tabletter eller carbutamid) i förteckningen över kostnadsfria läkemedel. Som tidigare berörts (ovan sid. 33) upptager förteckningen 18 olika sjukdomsarter, däribland diabetes mellitus (sockersjuka). Såsom kostnadsfritt läkemedel för denna sjukdom innehål-

ler förteckningen endast insulin jämte desinfektionsmedel för rengöring av huden vid injektion. I sitt av riksdagen godkända utlåtande (nr 23) framhöll andra lagutskottet det önskvärda i att preparat för tablettbehandling av sockersjuka kunde tillhandahållas dessa patienter kostnadsfritt. Det vore därför enligt utskottets mening värdefullt, om Kungl. Maj:t — efter hörande av berörda myndigheter, därest så funnes erforderligt — ville i den mån så lämpligen kunde ske utan att resultatet av utredningens angående läkemedelsrabatteringen arbete avvaktades, upptaga denna fråga till övervägande med beaktande av eventuellt framkomna nya medicinska rön. Motionen och utskottsutlåtandet har genom Kungl. Maj:ts beslut den 6 juni 1958 överlämnats till utredningen att övervägas vid fullgörandet av utredningsuppdraget.

Prisnedsättningen

Prisnedsättningen av läkemedel har som nämnts kritiserats främst med hänsyn till bestämmelserna om *karensbeloppet.*

Ur bl. a. den synpunkten att bestämmelserna härom äro alltför ogynnsamma för de sjuka har yrkats *dels* att *karensbeloppet slopas* (motionerna II: 209/1955, I: 25 och II: 33/1956 samt I: 338 och II: 280/1956), varvid härav betingade merutgifter bl. a. föreslagits kunna läggas på försäkringsavgiften, *och dels* att *detsamma anknytes till varje recept* i stället för till varje särskilt läkemedel (II: 631/1955) *eller till samtliga på ett recept upptagna läkemedel som avse samma sjukdom* (II: 6/1956).

Dessutom har föreslagits att receptbelagda läkemedel skulle göras kostnadsfria med den inskränkningen blott att en grundavgift av en krona skulle erläggas per expedierat recept (II: 179/1956).

I syfte att skära ned kostnaderna och minska det administrativa arbetet ha flera förslag framförts om en *begränsning av rabatteringen,* framför allt *genom en höjning av karensbeloppet.* De framförda förslagen ha gått ut på bl. a. att karensbeloppet skulle sättas till 5 kronor med en rabatt av 50 % å överskjutande del av priset (I: 260 = II: 347/1957), till 5 kronor med 75 % rabatt (förslag i reservation till andra lagutskottets utlåtande 37/1954) samt till 10 kronor med 75 % rabatt å överskjutande del av priset (I: 341/1956). Dessutom har föreslagits att man med bibehållande av det till 3 kronor uppgående karensbeloppet och den 50-procentiga rabatten skulle införa att rabatt icke skulle utgå å belopp, som med 2 kronor eller mindre överstiger karensbeloppet (I: 54 = II: 49/1956).

I de likalydande motionerna I: 127 och II: 173 har vid höstsessionen 1956 hemställts, att prisrabatteringen enligt läkemedelsförordningen måtte bringas att omfatta »förutom apoteksvara *även bakteriologiskt preparat*». Sedan medicinalstyrelsen och riksförsäkringsanstalten yttrat sig, avstyrkte andra lagutskottet i utlåtande nr 42 år 1956 motionerna, men framhöll som sin mening, att de i motionerna framlagda förslagen borde prövas inom ra-

men för en utredning angående den förebyggande vårdens ställning över huvud taget inom sjukförsäkringen.

Administrationen

Beträffande slutligen de *administrativa frågorna* har i de likalydande motionerna I: 340 och II: 265/1956 yrkats dels ändring av föreskrifterna på sådant sätt, att patienten finge behålla originalrecept eller receptkopia samt dels vissa ändringar i syfte att befria läkarna från onödigt skrivarbete.

Yttranden och förslag av medicinalstyrelsen

Jämlikt Kungl. Maj:ts bemyndigande den 15 juni 1956 tillkallade chefen för socialdepartementet samma dag en utredningsman (generaldirektör Åke Natt och Dag) för att verkställa, förutom en översyn av sjukkassetaxan, jämväl utredning rörande vissa med läkemedelsreformen sammanhängande frågor, vilka icke vore av medicinsk natur.

Utredningsuppdraget tog närmast sikte på en effektivisering av läkemedelsrabatteringen (varmed då avsågs prisnedsättningen) inom ramen för det nuvarande systemet.

Utredningsmannen befriades från denna del av sitt uppdrag då utredningen om läkemedelsrabatteringen tillsattes i april 1957.

I direktiven för utredningsmannen framhöll departementschefen, att han förutsatte, att medicinalstyrelsen — vilken hade att i samarbete med riksförsäkringsanstalten samt i förekommande fall med berörda yrkesorganisationer följa läkemedelsreformens handhavande, anpassa den med hänsyn till utvecklingen på läkemedelsområdet och åstadkomma rättelse, där så påkallades — skulle fullfölja det arbete, styrelsen i ett tidigare avgivet yttrande (intaget i utlåtande nr 38 år 1956 av andra lagutskottet) förklarat sig vara sysselsatt med, nämligen att ägna med läkemedelsreformen förknippade förhållanden särskild uppmärksamhet samt att verkställa viss utredning rörande lämpligheten och möjligheten att vidtaga ändring i delar av hithörande lagstiftning. Departementschefen förväntade sig tillika, att resultatet härav skulle i sinom tid redovisas av styrelsen.

1. Medicinalstyrelsen avgav den 26 februari 1957 till Kungl. Maj:t ett stencilerat förslag till tillägg till förteckningen över kostnadsfria läkemedel. Förslaget blev på ett mindre undantag när godtaget (SFS 1957 nr 492, omnämnt ovan sid. 32).

Vid framläggandet av förslaget anmälde styrelsen, att den från myndigheter, sammanslutningar, företag och enskilda fått mottaga ett antal skrifter, i vilka ifrågasattes eller anhölls om utökning av förteckningen i vad gällde såväl sjukdomar som läkemedel. Vidare hade Kungl. Maj:t genom beslut den 4 juni 1954 uppdragit åt styrelsen att, med beaktande av vad i andra

lagutskottets utlåtande nr 37 till 1954 års riksdag anförts, utreda frågan huruvida förteckningen borde kompletteras med vissa läkemedel vid sjukdomen polyarthritis chronica secundaria och med vissa preparat för profylax mot reumatisk feber.

Då vissa av medicinalstyrelsen vid framläggandet av denna utredning gjorda principuttalanden synas ägnade att belysa de problem som sammanhänga med de kostnadsfria läkemedlen, må vissa utdrag härav här återgivas.

Styrelsen uttalade rörande behandlingen av reumatoid artrit bl. a.:

I första hand vill medicinalstyrelsen understryka svårigheterna att i det praktiska arbetet i öppen vård avgränsa sjukdomen reumatoid artrit från andra liknande sjukdomar med ledbesvär. Diagnosen kan visserligen med hjälp av specialundersökningar numera ställas med relativt stor säkerhet, men härför kräves i allmänhet röntgenundersökning, eventuellt kompletterad med laboratorieundersökningar, av vilka de som specifika ansedda äro tekniskt svåra att utföra.

Det kan emellertid enligt styrelsens mening å andra sidan diskuteras om det är i överensstämmelse med läkemedelsreformens syfte, att endast de personer, som lida av sådan kronisk ledsjukdom, på vilken kan sättas en specifik, säkerställd diagnos, skola komma i åtnjutande av kostnadsfria läkemedel. Kroniska ledåkommor av mer eller mindre avancerad art äro synnerligen vanliga, icke minst vid högre ålder. Antalet fall, som vid införandet av sjukdomsgruppen kronisk ledsjukdom respektive kronisk reumatoid artrit i förteckningen skulle erhålla kostnadsfria läkemedel, kan förväntas bliva utomordentligt stort. Om man begränsade en dylik åtgärd till att endast gälla reumatoid artrit, skulle ett nytt, ur diagnostisk synpunkt tills vidare svårt avgränsningsproblem uppstå. Härtill kommer, att vårt alltfort viktigaste läkemedel mot ledsjukdomar, acetylsalicylsyran, har synnerligen vidsträckt användning även vid andra indikationer vilket utgör risk för missbruk av läkemedlet. Styrelsen delar därför de av läkarförbundet uttalade farhågorna för att upptagandet av gruppen kronisk ledsjukdom å förteckningen sannolikt skulle leda till »fullständigt kaos beträffande administrering av fria läkemedel». Vidare finner styrelsen, att uppförandet å förteckningen av endast sjukdomsgruppen reumatoid artrit skulle medföra praktiska svårigheter, och kan därför ej heller förorda en sådan begränsning.

— — — Det nyssnämnda och hittills tillämpade systemet kan fördenskull icke användas för tillgodoseende av de reumatikersjukas behov. Det synes därför både lämpligt och angeläget, att frågan ägnas särskild uppmärksamhet vid den utredning, som generaldirektören Å. Natt och Dag fått i uppdrag att verkställa och som gäller vissa med läkemedelsreformen sammanhängande frågor, vilka icke äro av direkt medicinsk natur. Det kan nämligen icke anses tillrådligt att uteslutande för reumatikernas del nu tillskapa en ny distributionsform, när ett av syftena med berörda utredning synes vara att förenkla gällande system.

I vad gällde profylax mot reumatisk feber uttalade styrelsen bl. a. följande:

Enligt medicinalstyrelsens mening kan det anses medicinskt klarlagt, att det i allmänhet är möjligt att förebygga reumatisk feber genom att förhindra uppkomsten av infektion med hämolytiska streptokocker, utgörande den reumatiska feberns viktigaste orsak. Penicillin torde vara det lämpligaste medlet härför, åtminstone för närvarande. Det är däremot ingalunda klart i vilka doser detta me-

del vid profylax i större skala bör tillföras och ej heller i vilken utsträckning denna bör ifrågakomma.

Styrelsen finner, att nu gällande utformning av läkemedelsreformen, i vad den avser kostnadsfria läkemedel, icke är sådan, att den lämpligen kan tillämpas då det gäller tillhandahållande av penicillin som profylaktiskt medel mot reumatisk feber. Det synes styrelsen därför lämpligt, att spörsmålet ytterligare utredes och att även andra utvägar prövas, förslagsvis i anslutning till ovan omförmälda utredning, som anförtrotts generaldirektören Natt och Dag.

2. Inom medicinalstyrelsen hade, vid sidan av den utredning som redovisades med skrivelsen den 26 februari 1957, alltsedan början av år 1956 pågått en utredning beträffande lämpligheten och möjligheten att vidtaga ändring i vissa delar av lagstiftningen rörande läkemedelsförmånerna. Styrelsen avlämnade den 18 juni 1957 till Kungl. Maj:t förslag till vissa ändringar i berörda lagstiftning, varvid uttalades, att, sedan frågan hänskjutits till kommittéutredning, styrelsen funnit lämpligt att begränsa omfattningen av redovisningen av den slutförda utredningen. Redovisningen innefattade därför i huvudsak blott de allmänna erfarenheter, som styrelsen dittills vunnit vid tillämpningen av läkemedelsreformen, varjämte av de förslag till ändringar i det administrativa förfarandet, vartill utredningen givit anledning, redovisades allenast åtgärder, som utan dröjsmål ansågs av styrelsen kunna vidtagas i syfte att åstadkomma angelägna förbättringar.

Medicinalstyrelsen sammanfattade erfarenheterna från tillämpningen av läkemedelsreformen sålunda:

De medel, som fördelas genom läkemedelsreformen, uppgå till väsentliga och alltjämt stigande belopp. Medicinalstyrelsen har undersökt orsakerna till denna utgiftsökning och funnit, att den delvis bör sättas i samband med en sedan länge fortgående utveckling av läkemedelskonsumtionens omfattning och struktur. Undersökningen talar för att tillkomsten av läkemedelsreformen och utformningen av densamma påverkat denna utveckling, men någon möjlighet att siffermässigt visa, i vad mån reformen inverkat, har i detta sammanhang icke förefunnits.

Den genom läkemedelsreformen införda förmånen utdelas på ett sätt, som medför en icke önskvärd arbetsbelastning för läkare och apotekens personal. En av styrelsen utförd undersökning av möjligheterna att inom ramen för den nuvarande ordningen åstadkomma förenklingar har resulterat i några förslag till ändringar i lagstiftningen beträffande reformen. De viktigaste av dessa förslag framläggas i ett följande avsnitt. De förbättringar, som genomförandet av förslagen ifråga skulle medföra, äro — även om de i och för sig få anses vara angelägna — av relativt begränsad räckvidd och förmå icke att väsentligt lätta arbetsbördan för berörda yrkesgrupper. Ett system som det nuvarande, enligt vilket förmånen i princip är knuten till varje enskilt läkemedelsinköp, synes med nödvändighet förorsaka ett omfattande arbete.

Detta sistnämnda förhållande — att förmånen knutits till de särskilda läkemedelsinköpen — medför vidare, att de genom reformen fördelade medlen utgå i ett stort antal poster, vilka för vissa kategorier sjuka torde innebära en väsentlig lättnad men som i ett mycket stort antal fall på grund av sin ringa storlek knappast torde vara av reellt värde för de sjuka. Å andra sidan kan den sammanlagda läkemedelskostnaden uppgå till kännbara belopp i de fall där i behandlingen ingå flera läkemedel, som var för sig endast berättiga till en obetydlig förmån.

Härtill komma de olägenheter, som äro förknippade med den omfattande reglering av detaljer, som det nuvarande systemet kräver och som har avseende å förmånens omfattning och sättet för dess utlämnande. Sålunda ökas arbetet för läkare och apotekens personal samtidigt som följder uppkomma, vilka för den enskilde te sig inkonsekventa och orättvisa. Såsom framgår av medicinalstyrelsens förutnämnda underdåniga skrivelse den 26 februari 1957 har styrelsen funnit, att redan den grundläggande uppdelningen av läkemedelsförmånen i kostnadsfrihet respektive prisnedsättning medför betydande svårigheter, när det gäller att tillgodose angelägna behov och samtidigt vidmakthålla en tillfredsställande administrativ ordning.

Med hänsyn till det ovan anförda kan det ifrågasättas, om det nuvarande systemet på lämpligaste sätt tillgodoser reformens syfte. Nära till hands ligger att söka vinna en annan lösning av frågan, t. ex. i form av ett försäkringsskydd, som icke avsåge de enskilda läkemedlen utan den sammanlagda läkemedelskostnaden under en viss tid. Medicinalstyrelsen har emellertid ansett sig icke nu böra närmare gå in på detta spörsmål, då frågan om läkemedelsreformens framtida utformning i sin helhet kommer att utredas av särskilda utredningsmän. Styrelsen har i stället inskränkt sig till att föreslå de smärre ändringar, som framgå av det följande och vilka synas kunna genomföras i avvaktan på resultatet av utredningsmännens arbete.

Som tidigare nämnts begränsade medicinalstyrelsen, med hänsyn till det uppdrag som givits utredningen om läkemedelsrabatteringen, sina förslag till ändringar i den gällande ordningen till åtgärder, som utan dröjsmål skulle kunna vidtagas i syfte att åstadkomma angelägna förbättringar. På grund av denna begränsning stannade antalet ändringsförslag som styrelsen framlade vid tre. De föreslagna ändringarna hade avseende på det administrativa förfarandet och berörde *dels* urvalet av standardförpackade läkemedel, i vilket hänseende styrelsen förslog att den skulle givas bemyndigande att utfärda en uttömmande förteckning över de bruksfärdiga, standardförpackade läkemedel, vilka må tillhandahållas kostnadsfritt jämlikt Kungl. Maj:ts kungörelse den 4 juni 1954 (nr 520) med förteckning över kostnadsfria läkemedel, *dels* receptens giltighetstid för inköp med åtnjutande av prisnedsättning, varvid densamma föreslogs förlängd från sex månader till ett år från utfärdandet i överensstämmelse med vad som gäller för recepts giltighet som inköpshandling för läkemedel, som äro underkastade recepttvång, samt *dels slutligen* antalet tillåtna läkemedelsformler på varje receptblankett vid iteration, vilket föreslogs utökat till högst två.

Riksförsäkringsanstalten, som yttrade sig över förslaget, ansåg ändring i de gällande bestämmelserna rörande läkemedelsförmånerna böra vidtagas endast om så skulle visa sig oundgängligen nödvändigt. Då detta enligt anstaltens mening ej var fallet beträffande någon av de ändringar medicinalstyrelsen föreslagit, avstyrkte anstalten, att åtgärd vidtogs i anledning av de framlagda ändringsförslagen. Anstalten meddelade vidare, att även inom anstalten övervägts vissa ändringar i hithörande bestämmelser.

Förslaget remitterades härefter till utredningen om läkemedelsrabatteringen, som avgav utlåtande den 22 november 1957. Utredningen uttalade

som sin åsikt, att de framförda ändringsförslagen icke borde omedelbart föranleda någon åtgärd utom i vad gällde frågan om receptens giltighetstid, där utredningen förklarade sig ense med medicinalstyrelsen.

Som tidigare omnämnts (sid. 36) genomfördes den av medicinalstyrelsen föreslagna och av utredningen tillstyrkta ändringen rörande receptens giltighetstid genom kungörelsen den 6 december 1957 (nr 655) om ändrad lydelse av 4 § tillämpningskungörelsen till förordningen angående kostnadsfria eller prisnedsatta läkemedel. I övriga delar föranledde förslaget ej någon åtgärd.

Särskilda undersökningar

1. Inom farmaceutiska institutets avdelning för social- och rättsfarmaci har av apotekaren Rune Lönngren och amanuensen Ulla Swarén utförts en statistisk undersökning av ett omfattande receptmaterial från april månad 1955. En redogörelse för denna undersökning har publicerats i Svensk farmaceutisk tidskrift år 1955, s. 461 o. f., under titeln »Läkemedelsreformen avspeglad i apotekens receptur».

Av denna redogörelse framgår bland annat följande.

Undersökningen avsåg att ge en bild av läkemedelsreformens utfall i april månad 1955, d. v. s. relativt kort tid efter det reformen satts i kraft. Den främsta avsikten med undersökningen var emellertid att ge ett utgångsläge för en senare undersökning av liknande slag i syfte att få en uppfattning om huruvida läkemedelsreformens införande åtföljts av förändringar i läkemedelskonsumtion och förskrivningsvanor. Ett syftemål med undersökningen var att få utrönt, hur kostnaderna för läkemedelsreformen fördela sig på utlämnade kostnadsfria läkemedel å ena sidan och givna rabatter å den andra.

Vad angår de kostnadsfria läkemedlen har studerats, hur ordinerade läkemedel och kostnaderna härför fördela sig på olika sjukdomar eller sjukdomsgrupper. Studier ha även gjorts av hur läkemedelskonsumtionen och kostnaderna härför fördela sig på olika åldersgrupper. Beträffande de rabatterade läkemedlen har undersökts i vilken utsträckning allmänheten kommer i åtnjutande av rabatter av olika storlek. I någon mån har berörts i vilken utsträckning läkemedel av viss typ förekomma.

Beträffande undersökningens planering och genomförande hänvisas, liksom i vad gäller redovisade tabeller och diagram, till den publicerade redogörelsen. Av de framlagda resultaten må nämnas följande.

Beträffande *förhållandet mellan kostnadsfria och rabatterade läkemedel* angives, att antalet expedierade kostnadsfria läkemedel är relativt lågt i förhållande till totalantalet (omkring $^1/_{15}$). Läkemedelsreformens kostnad för dessa läkemedel säges emellertid uppgå till mer än $^1/_4$ av den totala kostnaden för reformen.

Rörande frågan om *de kostnadsfria läkemedlens fördelning på olika sjukdomar* uttalas, att det torde vara berättigat att anta, att sockersjuka och kronisk hjärtmuskelsvaghet äro de vanligaste av de där aktuella sjukdomstillstånden. Det angives såsom ostridigt, att dessa sjukdomar tillsammans med perniciös anemi ha den största andelen i kostnaderna för den del av läkemedelsreformen, som belöper på kostnadsfria läkemedel. Sålunda, sägs det, utgör kostnaden för insulin och desinfektionsmedel 46 %, kostnaden för hjärtläkemedel mer än 15 % och kostnaden för medel mot perniciös anemi nära 17 %. Dessa 3 sjukdomar svara således för mer än $^3/_4$ av totalkostnaden för denna del av läkemedelsreformen.

Av en tabell utvisande *rabatterade läkemedels frekvens inom olika prisklasser* framgår, att det jämförelsevis sällan förekommer, att ett rabatterat läkemedel har ett totalpris överstigande 10 kronor. Icke mindre än 84,4 % av samtliga dessa läkemedel kosta högst 10 kronor. Av dessa utgöras i sin tur ungefär 45 % av sådana, där priset är högst 5 kronor. En konsekvens av dessa förhållanden är att de rabatter, som lämnas genom läkemedelsreformen, i ett stort antal fall äro relativt små. — I ca 17 % av samtliga undersökta expeditioner uppgick rabatten till högst 1 krona. I medianfallet var rabatten 1,35 kronor. Detta motsvarar en procentuell rabatt av 24 %.

Vissa frågeställningar angående *läkemedelskonsumtionen i olika åldersgrupper* ha bearbetats. Rörande de *kostnadsfria läkemedlen* uttalades bl. a.:

Ett närmare studium av hur kostnaderna för läkemedlen mot de kvalificerade sjukdomarna fördela sig på olika åldersgrupper försvåras av att totalmaterialet är relativt litet. Det ger emellertid belägg för det väntade förhållandet, att förbrukningen av de kostnadsfria läkemedlen är större i de högre åldersgrupperna. En ytterligare uppspaltning av de inom olika åldersgrupper förekommande kostnadsfria läkemedlen skulle kunna göras för en frekvensstudie av olika sjukdomar, om materialet vore större. Beträffande sockersjuka och kronisk hjärtmuskelsvaghet, de sjukdomstillstånd vid vilka det största antalet expeditioner förekommit, har dock en sådan uppdelning redan nu ansetts försvarlig. De resultat, som erhållits, bestyrka erfarenhetsmässigt kända förhållanden. Sålunda visade det sig, att insulin utlämnats till patienter inom samtliga åldersgrupper frånsett den lägsta. Utlämnande av kostnadsfritt hjärtläkemedel hade icke förekommit i åldersgrupper under 35 år; därefter förekommo ströfall i åldersgrupper upp till 50 år, och en markant stegring uppträdde i efterföljande åldersgrupper.

I fråga om hur de *rabatterade läkemedlen* till antalet fördelat sig på olika åldersgrupper anföres:

Påtagligt är, att antalet expeditioner är lågt i de lägsta åldersklasserna i förhållande till befolkningssiffrorna. Det måste emellertid beaktas, att resultaten hänföra sig till senare delen av april månad. Tidigare under året då luftvägsinfektioner, öroninflammationer o. dyl. torde förekomma rikligare, är det sannolikt, att antalet expeditioner inom de lägsta åldersgrupperna ökas relativt mer än inom övriga. De successivt sjunkande talen för antalet expeditioner inom åldern 0—14 år kunna möjligen återspegla, hur förekomsten av barnsjukdomar avklingar.

Inom åldersgruppen 65—69 år är antalet expeditioner praktiskt taget detsamma

som inom gruppen 45—49 år, trots att befolkningssiffran för den förra blott utgör 56 % av den senare.

Under rubriken *Läkemedelsbehovet i olika åldrar och reformens effekt* uttalas, att undersökningen i denna del icke lämnar något stöd för antagandet, att det inom vissa åldersgrupper allmänt skulle förekomma sjukdomar, för vilkas behandling användas läkemedel, som äro vare sig särskilt dyra eller särskilt billiga. Läkemedelskostnadernas varierande storlek inom olika åldersgrupper betingas tydligen främst av den olikhet i sjukdomsfrekvens, som olika åldersgrupper uppvisa. De kostnader, med vilka olika åldersgrupper belasta läkemedelsreformen, äro därjämte i hög grad avhängiga av gruppernas storlek. Reformens varierande effekt i de olika grupperna betingas främst av den olika relativa förekomsten av kvalificerade sjukdomar i skilda åldersgrupper (uttalandena belysas av diagram i varje särskilt avseende.)

Avslutningsvis uttalas:

Omkring $^2/_3$ av befolkningen tillhör åldersgruppen 15—66 år (de produktiva åldrarna). Som framgår av tabell 6 uppgå läkemedelskostnaderna för denna befolkningsgrupp till drygt $^2/_3$ av totalkostnaderna, och gruppen har motsvarande andel i utgående läkemedelsförmåner. Inom barnaåldrarna, där läkemedelskostnaderna äro lägst, är effekten av LR[1] minst. Störst är den inom åldersskiktet, som omfattas av folkpensioneringen. Här äro emellertid läkemedelskostnaderna till följd av ökad sjuklighet betydligt högre än inom övriga åldersgrupper. Den enskildes utgifter för läkemedel blir därför inom denna befolkningsgrupp vida större än inom de övriga.

2. I anslutning till det arbete för vilket redogörelse lämnats ovan genomförde apotekaren Lönngren en undersökning för att söka utröna, hur stor del av de samlade kostnaderna för recepturläkemedel till enskilda förbrukare, som täckes av den ersättning läkemedelsreformen ger. Vidare studerade han verkningarna av några olika rabatteringssystem, varvid särskild uppmärksamhet ägnades åt frågan om karensbeloppets konstruktion och konsekvenser. Arbetet publicerades i Svensk farmaceutisk tidskrift 1956, sid 217 ff och finnes även tillgängligt som särtryck ur tidskriften. Författaren har redovisat undersökningen under rubriken Läkemedelsförmån och kostnaden för recepturläkemedel. Beträffande undersökningens uppläggning, systematik o. s. v. samt viss begreppsförklaring hänvisas till publikationen.

Undersökningen anknyter till den tidigare redovisade. I anslutning till frågan om materialets representativitet framhåller författaren, att man icke är berättigad att generellt tillämpa den s. k. aprilundersökningens resultat för att därur draga slutsatser rörande läkemedelsreformens utfall under en längre tidrymd. Han fortsätter:

Likväl är det möjligt att använda aprilmaterialet för vissa prognosberäkningar. Man kan nämligen, om man begränsar sig till förhållandena under undersökningsperioden, göra exakta beräkningar rörande olika rabatteringssystems utfall under samma tid. Med utnyttjande av de jämförelsetal, som därvid erhållas kan man

[1] Läkemedelsreformen.

sedan vid varje givet antagande om det nu gällande rabatteringssystemets kostnader m. m. få en uppfattning om verkningarna av andra system. Som villkor härför gäller dock, att mera avsevärda förändringar icke inträffa i fråga om läkemedlens frekvens inom skilda prisklasser.

Rörande förmånen av *kostnadsfria läkemedel* anföres:

Socialvårdskommittén hade år 1944 föreslagit att kostnaden för läkemedel, som enligt läkares utsago erfordrades under längre tid för hävande eller lindrande av sockersjuka eller allvarlig blod- eller hjärtsjukdom, skulle ersättas med tre fjärdedelar. Enligt givna underhandsdirektiv föreslogs i den s. k. läkemedelspromemorian, att motsvarande läkemedel skulle erhållas kostnadsfritt. Ehuru statsmakterna icke förrän år 1954 togo definitiv ståndpunkt till frågan om läkemedelsersättningens storlek, torde man alltsedan 1946 tämligen allmänt ha utgått från att de av socialvårdskommittén avsedda här angivna läkemedlen skulle tillhandahållas kostnadsfritt. I utredningspromemorian föreslogs att området för tillhandahållande av kostnadsfria läkemedel skulle utvidgas till att omfatta 15 olika sjukdomsgrupper. Med smärre av medicinalstyrelsen föreslagna jämkningar godtogs detta förslag av statsmakterna. Sedan LR genomförts, synes man i stort sett ha varit enig om att denna del av läkemedelsförmånen är lämpligt avvägd.

De huvudsakliga resultaten av gjorda studier rörande verkningarna av den del av LR, som avser de kostnadsfria läkemedlen, ha redan publicerats. Därvid visades att kostnaden för läkemedel, ordinerade vid perniciös anemi, sockersjuka och kronisk hjärtmuskelsvaghet, översteg $^3/_4$ av totalkostnaden för de kostnadsfria läkemedlen. Läkemedel vid andra i KK 1954: 520 angivna sjukdomar spelade betydligt mindre roll såväl till antal som kostnad.

Uppenbart är sålunda, att socialvårdskommittén träffat de av de långvariga och allvarliga sjukdomarna, som ur synpunkten av de samlade läkemedelskostnaderna därför, äro de väsentligaste. En annan fråga är, huruvida samtliga dessa tre sjukdomar och övriga sjukdomar, vid vilka kostnadsfria läkemedel kunna komma i fråga, för den enskilde vid avsaknad av läkemedelsförmån skulle föra med sig sådana läkemedelskostnader, att dessa vore väsentligt högre än dem, som andra sjuka åsamkades. I vissa fall förhåller det sig så. Särskilt påtagligt är detta vid perniciös anemi och sockersjuka. Anmärkningsvärt är emellertid att 160 expeditioner eller omkring 20 % av det totala antalet kostnadsfria läkemedel avsett sådan med ett pris av högst 3 kronor. De ha alltså legat under den gräns, som karensbeloppet markerar för de rabatterade läkemedlen. Kostnadsfria läkemedel med ett pris av högst 3 kronor förekommo framför allt bland hjärtmedlen (92/240) samt bland läkemedlen vid glaukom och epilepsi, där frekvenserna vore 21/60 resepektive 20/39.

Det sagda illustrerar den skillnad, som i viss mån föreligger mellan socialvårdskommitténs betraktelsesätt och det, som sedermera blev avgörande. Kommittén hade hävdat, att den högre ersättningen borde utgå, då fråga var om vissa långvariga sjukdomar, vilka krävde mer eller mindre konstant bruk av dyrbara läkemedel. Statsmakternas beslut 1954 innebar emellertid, att kostnadsfria läkemedel skulle vara sådana, som vore avsedda för behandling av långvariga och allvarliga sjukdomar, och som enligt vetenskap och beprövad erfarenhet ansågs rationella vid behandlingen av sådana sjukdomar.

Förmånen av *rabatterade läkemedel* behandlas här av Lönngren dels i avseende på frågan om karensbeloppets anknytning, varom må hänvisas till den publicerade redogörelsen, och dels i form av vissa beräkningar rörande det sätt på vilket olika rabatteringssystem skulle ha utfallit, därest de varit

gällande i april 1955. Beräkningarna omfattade flertalet förslag, som framlagts i motioner vid 1956 års riksdag (jfr ovan sid. 39) samt vissa andra system. Häröver uppställer författaren följande översikt.

I. Ej karensbelopp. Rabatt 50 % (Förslag i motionerna II: 209/1955, II: 33/1956 samt II: 280/1956. Även socialvårdskommittén och läkemedelspromemorian räknade med 50 % rabatt. I dessa förslag voro dock de s. k. livsviktiga läkemedlen färre och socialvårdskommittén förordade beträffande dessa senare blott 75 % rabatt).

II. Ej karensbelopp. Rabatt 33 1/3 % å andra läkemedel än de s. k. livsviktiga, till vilka hänförts medel vid sockersjuka samt allvarliga blod- och hjärtsjukdomar. (Förslag i proposition 178/1953).

III. Karensbelopp 2 kronor. Rabatt 50 % å överskjutande del av priset. (Förslag i utredningspromemorian; i denna föreslogs dock att frilistade specialiteter icke skulle rabatteras.)

IV. Karensbelopp 3 kronor. Rabatt 50 % å överskjutande del av priset, dock att rabatt icke skall utgå på belopp, som med 50 öre eller mindre överstiger karensbeloppet. (Förslag framlagt av medicinalstyrelsen i remissyttrande över utredningspromemorian.)

V. Karensbelopp 3 kronor. Rabatt 50 % å överskjutande del av priset, dock att rabatt icke skall utgå på belopp, som med 2 kronor eller mindre överstiger karensbeloppet. (Förslag i motion I: 54 = II: 49/1956.)

VI. Karensbelopp 5 kronor. Rabatt 50 % å överskjutande del av priset.

VII. Karensbelopp 5 kronor. Rabatt 75 % å överskjutande del av priset. (Förslag i reservation till andra lagutskottets utlåtande 37/1954.)

VIII. Karensbelopp 10 kronor. Rabatt 75 % å överskjutande del av priset. (Förslag i motion I: 341/1956.)

Det anmärkes angående beräkningarna, att avseende har fästs vid dels vilka ändringar i kostnaderna, som skulle uppstå, dels i vilken mån antalet berörda recipen skulle ändras. Beträffande de olika systemen med karensbelopp har förutsatts att karensbeloppet vore anknutet till varje recipe.

Resultatet av beräkningarna redovisas i en tabell, varjämte jämförelsen ytterligare åskådliggöres i ett diagram.

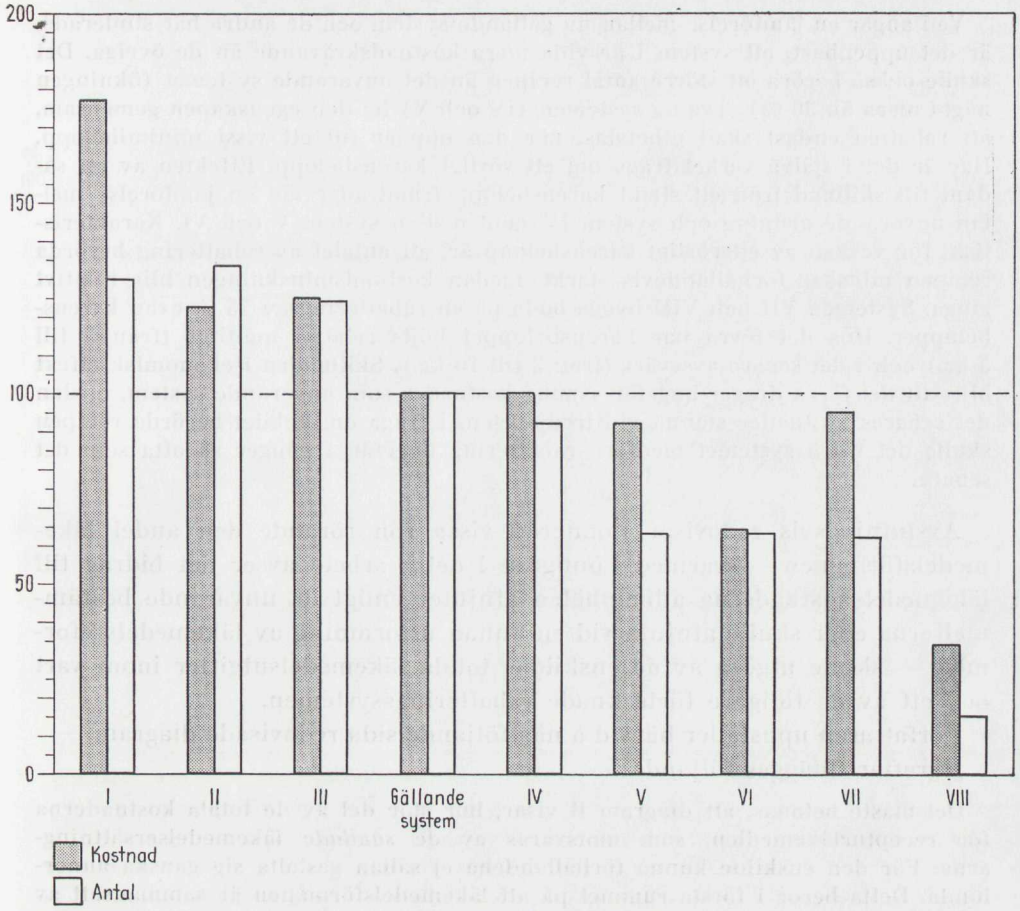
Kostnaden för och omfattningen av läkemedelsrabatteringen enligt olika system

Rabatteringssystem	Kostnad		Berörda recipen	
	Kronor	% av nuvarande	Antal	% av nuvarande
Nuvarande	24 600	100	10 860	100
I[1]	43 813	178,1	14 221	130,9
II[1 2]	29 906	121,6	14 460	133,1
III[1 3]	30 812	125,3	13 468	124,0
IV	24 495	99,6	9 903	91,2
V	22 284	90,6	6 689	61,6
VI	15 594	63,4	6 689	61,6
VII	23 391	95,1	6 689	61,6
VIII	8 429	34,3	1 696	15,6

[1] Värdena erhållna genom utnyttjande av såväl list- som blankettmaterialen.

[2] På grund av förslagets snävare avgränsning av området för de kostnadsfria läkemedlen har rabattering beräknats på andra under undersökningsperioden utlämnade kostnadsfria läkemedel än sådana, som hänföra sig till sjukdomarna 1, 3 och 12 enligt KK 1954: 520.

[3] Hänsyn har ej kunnat tagas till att frilistade specialiteter föreslogos icke skola omfattas av rabatteringen.



Redogörelsen innehåller härefter följande:

Vissa av de gjorda beräkningarna tjäna främst det syfte, att de möjliggöra en jämförelse mellan verkningarna av sådana system, som föreslogos, innan LR beslöts och det faktiska utfallet av den genomförda reformen. Andra beräkningar däremot ha sitt största intresse däri, att de kunna användas för prognosberäkningar av föreslagna ändringssystem.

Om först en jämförelse göres mellan nu gällande system å ena sidan och det, som föreslogs av Kungl. Maj:t 1953 respektive i utredningspromemorian å den andra, framgår att såväl propositionsförslaget som förslaget i promemorian vore förmånligare för allmänheten än nu gällande ordning. Det bör dock beaktas, att förslaget i utredningspromemorian var förknippat med ett villkor till vilket hänsyn icke kunnat tagas vid beräkningarna, nämligen det, att rabatt icke skulle utgå å frilistade specialiteter. Då förekomsten av sådana specialiteter icke är alltför ringa — enligt uppgift i SOU 1955: 44 s. 482 funnos 2 048 registrerade specialiteter den 1 jan. 1955; samtidigt funnos 340 frilistade specialister — innebär detta, att utredningspromemorians förslag icke var fullt så omfattande till sina verkningar, som beräkningarna ge vid handen. Ej heller propositionsförslaget var fullt så gynnsamt för allmänheten, som de här gjorda beräkningarna antyda, om man nämligen ser till läkemedelsförmånen i dess helhet. Detta sammanhänger med att den kostnadsfria andelen då förutsattes bli mindre omfattande.

Vad angår en jämförelse mellan nu gällande system och de andra här studerade, är det uppenbart, att system I är vida mera kostnadskrävande än de övriga. Det skulle också beröra ett större antal recipen än det nuvarande systemet (ökningen något mera än 30 %). Två av systemen (IV och V) ha den egenskapen gemensam, att rabatten endast skall utbetalas, när den uppgår till ett visst minimibelopp. Här är det i själva verket fråga om ett rörligt karensbelopp. Effekten av ett sådant till skillnad från ett strikt karensbelopp framträder vid en jämförelse mellan nuvarande ordning och system IV samt mellan system V och VI. Karakteristiskt för verkan av ett rörligt karensbelopp är, att antalet av rabattering berörda recipen minskar förhållandevis starkt, medan kostnadsminskningen blir relativt ringa. Systemen VII och VIII bygga båda på en rabattering av 75 % ovan karensbeloppet. Hos det förra har karensbeloppet höjts relativt måttligt (från 3 till 5 kr.) och i det senare avsevärt (från 3 till 10 kr.). Skillnaden i ekonomisk effekt blir, att det förra drager ungefär samma kostnader som nuvarande system, medan det senares kostnader stanna vid tredjedelen. I fråga om antalet berörda recipen skulle det förra systemet medföra rabattering ungefär 4 gånger så ofta som det senare.

Avslutningsvis redovisar Lönngren vissa rön rörande den andel läkemedelsförmånen — varmed Lönngren i detta arbete avser det bidrag till läkemedelskostnaderna allmänheten åtnjuter enligt de nuvarande bestämmelserna eller skulle åtnjuta vid en annan utformning av läkemedelsreformen — skulle utgöra av de enskildas totala läkemedelsutgifter inom vart och ett av de tidigare förtecknade rabatteringssystemen.

Författaren uppställer härvid å nästföljande sida redovisade diagram.

Härefter tillägges följande:

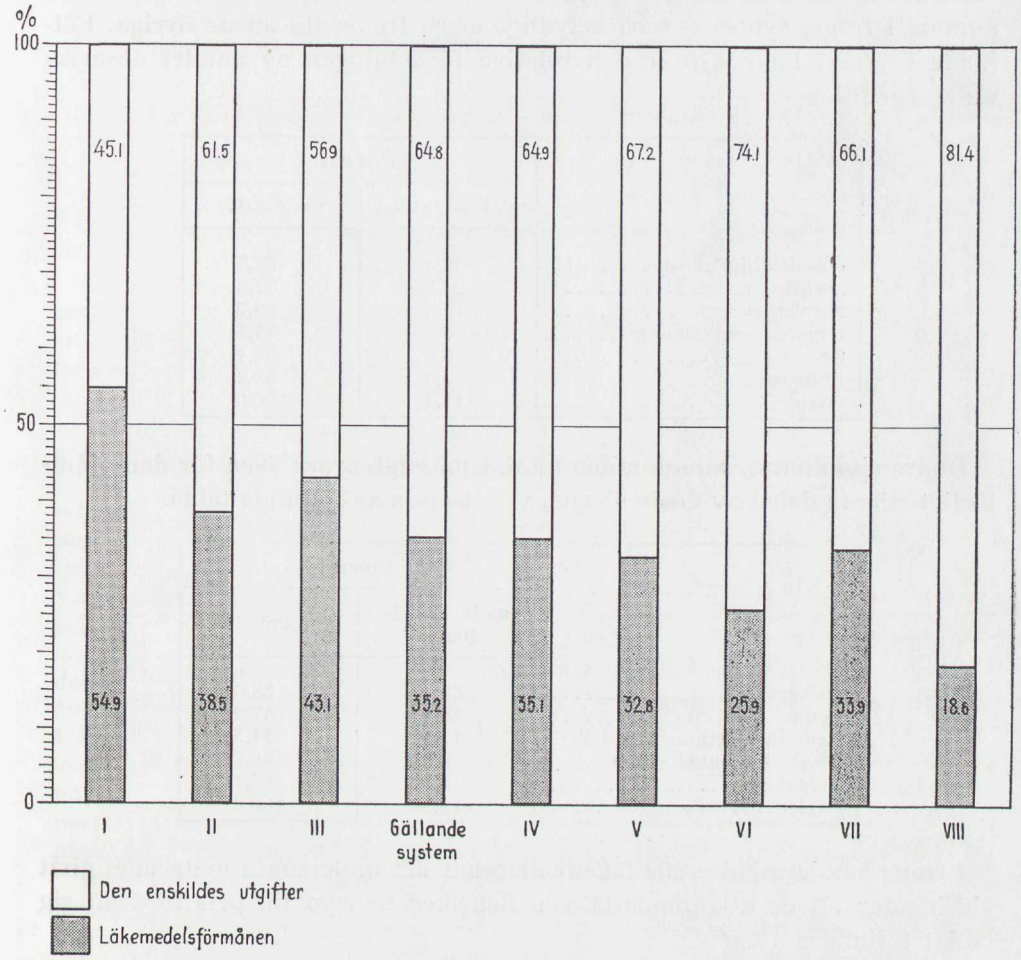
Det måste betonas, att diagram B visar, hur stor del av de totala kostnaderna för recepturläkemedlen, som motsvaras av de *samlade* läkemedelsersättningarna. För den enskilde kunna förhållandena ej sällan gestalta sig ganska annorlunda. Detta beror i första rummet på att läkemedelsförmånen är sammansatt av två komponenter. Ersättningarna för kostnadsfria läkemedel svara för en betydande del av LR-kostnaderna. För den, vars läkemedelsbehov främst täckes av hithörande medel, blir läkemedelsförmånen därför stor. Endast ett relativt begränsat antal personer beröres dock därav. För det stora flertalet blir därför förmånen lägre än diagrammet anger.

Verkningarna för den enskilde bli vidare i olika grad varierande beroende på vilket rabtteringssystem, som kommer i fråga. Mest schablonartat verkar ett system utan karensbelopp. Varje system, som är förknippat med ett karenbelopp däremot, ger olika grad av ekonomisk hjälp allt efter omständigheterna. Anknytes karensbeloppet till visst sjukdomsfall, blir ersättningen större för den, som är långvarigt sjuk, än för den, som drabbas av flera kortvariga sjukdomar. Om däremot karensbeloppet anknytes till varje recipe, bli verkningarna gynnsammare för den person, som förbukar en stor mängd av ett läkemedel inköpt vid ett tillfälle, än för den, som antingen förvärvar samma läkemedelsmängd i mindre poster eller ock blir hänvisad till flera olika läkemedel.

Slutligen bör erinras om att det tidigare i aprilundersökningen visats, att läkemedelskonsumtionen varierar starkt mellan olika åldersgrupper inom befolkningen och i stort sett stiger med tilltagande ålder. Oavsett vilket rabatteringssystem, som väljes, blir därför den enskildes direkta läkemedelsutgifter större i högre åldersgrupper. En ökning eller minskning i effekten av läkemedelsförmånen, vil-

Diagram B. Läkemedelsförmånens andel i förhållande till de enskildas samlade läkemedelsutgifter

(Jämförelsetalen i procent av de totala kostnaderna för recepturläkemedel)



ken procentuellt sett kan synas liten, kan därför i vissa fall för den enskilde bli mera betydande.

3. Apotekaren Lönngren har slutligen även igångsatt en tredje undersökning rörande läkemedelsreformen, varvid han bearbetat material som avser tiden juli 1955—juni 1956. Av ett preliminärt meddelande om undersökningen, som lämnats i Svensk farmacevtisk tidskrift 1957, sid. 377 ff, framgår bland annat följande.

Beträffande förhållandet mellan kostnadsfria och rabatterade läkemedel angives att de kostnadsfria läkemedlen svara för å ena sidan blott 8,3 %

av det totala antalet expedierade läkemedel, å andra sidan 29,7 % av den totala kostnaden för reformen.

Rörande de kostnadsfria läkemedlen angives att av de 15 sjukdomar, mot vilka kostnadsfria läkemedel vid tiden för undersökningens utförande kunde komma i fråga, syntes 6 vara betydligt mera frekventa än de övriga. Följande översikt lämnas över den relativa fördelningen av antalet observerade expeditioner.

	Procent	
	av hela antalet	progressivt
Kronisk hjärtmuskelsvaghet..	32,5	32,5
Sockersjuka.....	24,8	57,3
Perniciös anemi.....	9,4	66,7
Kronisk bronkialastma.....	8,8	75,5
Grön starr.....	6,9	82,4
Epilepsi.....	6,3	88,7
Övriga.....	11,3	100,0

De tre sjukdomar, som dominera antalsmässigt, svara även för den ojämförligt största delen av kostnaderna, vilket visas av följande tablå.

	Procent	
	av totalkostnaden	progressivt
Sockersjuka.....	38,6	38,6
Perniciös anemi.....	18,4	57,0
Kronisk hjärtmuskelsvaghet..	17,5	74,5
» bronkialastma.....	5,8	80,3
Tuberkulos.....	5,8	86,1
Övriga.....	13,9	100,0

I fråga om de rabatterade läkemedlen har det undersökta materialet givit vid handen att de utlämnade läkemedlen med hänsyn till pris fördelat sig enligt följande.

Pris kronor	Procent	
	av totalantalet	progressivt
3,05— 5,00.....	33,9	33,9
5,05—10,00.....	46,9	80,8
10,05—20,00.....	15,5	96,4
20,05—50,00.....	3,4	99,7
50,05—	0,3	100,0

I omkring 20 % av fallen har sålunda rabatten överstigit 3,50 kronor, medan den för vart tredje recept stannat vid högst 1 krona. I ca 16 % av fallen har rabatten varit högst 50 öre.

KAPITEL V

Utredningens tillsättande

I sitt anförande till statsrådsprotokollet den 26 april 1957 rörande utredning av frågan om läkemedelsförmånernas utformning yttrade chefen för socialdepartementet, statsrådet Nilsson, bl. a. följande:

Under den tid, som förflutit sedan den allmänna sjukförsäkringen trädde i kraft, har de problem, som är förknippade med denna för hela folket utomordentligt betydelsefulla reform, helt naturligt kommit att tilldra sig stort intresse. Inte minst gäller detta den med sjukförsäkringen sammankopplade läkemedelsförmånen. Detta komplement till sjukförsäkringen utformades efter ingående överväganden med tanke på att å ena sidan medborgarnas skydd vid sjukdom skulle bli tillfredsställande men att å andra sidan systemet inte skulle inbjuda till missbruk och slöseri med läkemedel. Inom ramen för denna allmänna målsättning eftersträvades en så lätthanterlig administration som möjligt. Det mest effektiva skyddet, förmånen av kostnadsfria läkemedel, är såsom nyss antytts förbehållet personer, som lider av vissa långvariga och allvarliga sjukdomar. Vid dessa sjukdomar krävs ständig medicinering, som därest förmånen inte funnes i många fall skulle kunna utgöra en allvarlig påfrestning på de sjukas ekonomi. I övriga fall är förmånen anordnad som en läkemedelsrabattering, varvid den sjuke själv har att svara för dels ett karensbelopp och dels hälften av det överskjutande läkemedelspriset. Härigenom menade man sig vid reformens tillkomst vinna, förutom den kostnadsbegränsning som ansågs nödvändig, en garanti mot obefogad ökning av läkemedelsförbrukningen. Genom karensbeloppet uppnåddes vidare en högst avsevärd begränsning av det administrativa arbetet. Det beräknades sålunda att av omkring 20 miljoner läkemedelsförskrivningar om året omkring 7,5 miljoner understeg karensbeloppets värde.

Den debatt, som efter reformens ikraftträdande uppstått kring läkemedelsförmånen, har inte så mycket gällt den del därav, som berör de kostnadsfria läkemedlen. Tanken att vissa läkemedel bör erhållas gratis vid särskilt långvariga och allvarliga sjukdomar torde det sålunda råda allmän enighet om. De önskemål som framförts med avseende på denna sida av läkemedelsreformen har tagit sikte på att antalet sjukdomar, vid vilka förmånen utgår, skall utökas samt att nya läkemedel skall uppföras bland de kostnadsfria. Vissa dylika frågor har på Kungl. Maj:ts uppdrag övervägts av medicinalstyrelsen, som nyligen avgivit förslag i ämnet.

Den egentliga kritiken mot läkemedelsreformen har i främsta rummet avsett läkemedelsrabatteringen. I särskilt hög grad har anmärkningar härvid drabbat bestämmelserna om karensbeloppet. Å ena sidan har det ansetts att dessa bestämmelser är alltför ogynnsamma för de sjuka. Å andra sidan har det framhållits, att i ett betydande antal fall rabatten blir av så ringa storlek att värdet därav för den enskilde inte står i rimlig proportion till det administrativa arbetet och de kostnader, som åsamkas det allmänna. Detta senare har ansetts motivera en

begränsning av rabatteringen. Båda uppfattningarna har återspeglats i riksdagsmotioner såväl vid årets som de två föregående årens riksdagar. Det har sålunda yrkats, dels att karensbeloppet slopas eller att det anknytes till varje recept i stället för som nu till varje läkemedel, och dels att karensbeloppet höjes. Likaså har motionsvägen framställts förslag om sådana ändringar i föreskrifterna rörande den rent administrativa sidan av läkemedelsförmånen, att läkarnas arbete med receptskrivningen minskas.

Min företrädare i ämbetet tillkallade jämlikt bemyndigande den 15 juni 1956 en utredningsman med uppgift i första hand att biträda med översyn av sjukkassetaxan. Utredningsmannens uppdrag omfattar därjämte vissa frågor, som angår läkemedelsreformen. Enligt sina direktiv skall utredningsmannen sålunda uppta spörsmålet rörande karensbeloppet. Med hänvisning till att administrationsapparaten belastades med ett stort antal rabattärenden, i vilka förmånen för den enskilde är relativt ringa, har utredningsmannen att undersöka, på vilket sätt man skulle kunna åstadkomma lättnader i administrationen utan att äventyra syftet med läkemedelsreformen. Skulle utredningsmannen härvid komma fram till en lösning, som innebär en kostnadsbesparing, har han att undersöka, hur ett mot besparingen svarande belopp bäst skulle kunna användas för att effektivisera lagstiftningen om rabatterade läkemedel, varvid det särskilt bör prövas att anknyta karensbeloppet till varje recept i stället för till varje läkemedel. Om utredningsmannen vid prövningen av det berörda spörsmålet skulle finna det lämpligt att uppta även andra därmed sammanhängande frågor angående läkemedelsrabatteringen är han oförhindrad därtill.

Det utredningsuppdrag, för vilket nu redogjorts, tar således sikte på en effektivisering av läkemedelsrabatteringen inom ramen för det nuvarande systemet. Det torde vid direktivens avfattande ha förutsatts att kostnaderna för läkemedelsförmånen skulle kunna hållas på en något så när konstant nivå.

Kostnaderna för läkemedelsreformen beräknades vid lagstiftningens tillkomst uppgå till 34 milj. kronor om året. Redan det första året som reformen var i kraft visade sig kostnaderna överstiga de beräknade med mer än 5 milj. kronor, under 1956 steg utgifterna till inemot 52 milj. kronor, och om tendensen hittills under innevarande år visar sig bestående torde kostnaderna i år komma att stiga till ett belopp, som närmar sig det dubbla mot vad som förutsattes vid reformens tillkomst. Kostnadsstegringen har försiggått i ungefär samma takt beträffande de kostnadsfria och de prisnedsatta läkemedlen. Vid läkemedelsreformens tillkomst ansåg statsmakterna angeläget att sjukkassornas kostnader för reformen höll sig inom den uppdragna ramen. Det är under sådana förhållanden givet, att den avsevärda och som det vill synas alltmera tilltagande ökning, som utgifterna för läkemedelsförmånen undergår, utgör särskild anledning att pröva möjligheterna till en begränsning av sjukkassornas kostnader. I all synnerhet gäller detta om det vid en undersökning skulle visa sig, att reformens konstruktion lett till en större konsumtion av läkemedel än som motsvaras av medicinskt välmotiverade behov. Även sett från synpunkten att medborgarnas skydd vid sjukdom bör anordnas på ett så effektivt sätt som tillgängliga resurser tillåter är det ingalunda självklart, att kostnaderna för läkemedelsförmånen bör tillåtas undergå en ständig stegring. Härigenom minskas nämligen utrymmet för andra måhända mera angelägna förbättringar av förmånerna vid sjukdom.

Med hänsyn till den fortlöpande kostnadsökning, som visat sig förknippad med den nuvarande utformningen av läkemedelsreformen, och de svårigheter, som kan förmodas möta att inom ramen för detta system motverka utgiftsstegringen, kan det ifrågasättas, om man bör bygga vidare på det nuvarande systemets grund.

Tiden synes enligt min mening i stället vara mogen att mera förutsättningslöst ompröva hela läkemedelsreformen. Frågan härom bör upptagas av särskilda utredningsmän, varvid utredningsmannen för översyn av sjukkassetaxan m. m. bör befrias från den del av sitt uppdrag, som avser läkemedelsreformen.

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 läkemedel 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 motsvarigheten 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.

Vid utredningsarbetet bör eftersträvas, att totalkostnaderna för läkemedelsförmånerna begränsas så långt det är möjligt utan att syftet med reformen äventyras. I samband härmed bör finansieringsfrågan övervägas. En utgångspunkt bör därvid vara, att statens engagemang inte bör påfordras i högre grad än nu är fallet.

Slutligen vill jag ytterligare betona, att utredningsmännen bör äga full frihet att granska alla frågor, som sammanhänger med läkemedelsreformen, och att de bör framlägga de förslag, som efter en allsidig och förutsättningslös prövning finnes bäst ägnade att tillgodose de syften jag i det föregående omnämnt.

KAPITEL VI

Allmänna överväganden

Utredningens uppdrag är att helt förutsättningslöst utreda frågan om utformningen av förmånen av kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel. Det har synts utredningen naturligt att låta de härav föranledda övervägandena föregås av en genomgång av förarbetena till och innebörden i detalj av 1954 års läkemedelsreform, samt olika i motioner och utskottsutlåtanden m. m. framkomna synpunkter och önskemål rörande läkemedelsförmånerna. Vidare har utredningen genom egna undersökningar sökt samla erfarenhetsmaterial rörande det nuvarande systemet. Sålunda har förskrivnings- och konsumtionsvanorna studerats genom bearbetning dels av receptmaterial från ett antal apotek, dels av uppgifter från läkemedelstillverkare. Undersökningarna i fråga redovisas i bilagorna 1 och 2 till betänkandet. Härutöver har utredningen inhämtat och bearbetat ett antal uppgifter från myndigheter och organisationer. Dessa bearbetningar redovisas i respektive sammanhang.

Problemställningarna omkring den utredningen förelagda uppgiften torde vara lättare skönjbara, om till en början angivas de huvudkrav som böra ställas på systemet för tillhandahållande av läkemedelsförmånerna. Helt översiktligt vill utredningen i förgrunden ställa följande krav.

A. Medborgarna skola beredas skydd mot att vid sjukdom betungas med alltför stora utgifter för erforderliga läkemedel. Skyddet bör kunna tagas i anspråk av envar men det bör vara direkt inriktat på att bereda den hjälp, som eljest måste vidkännas höga läkemedelskostnader. Härav följer att förmånen icke skall ges en splittrad effekt, genom att systemet även tillåter insatser av det allmänna, vilka från social synpunkt äro utan egentligt värde. Givetvis är det också önskvärt, att slumpen icke tillåtes i högre grad bestämma storleken av den förmån, som den enskilde erhåller.

B. Systemet för tillhandahållande av förmånerna skall vara sådant att totalkostnaderna, sedan de en gång beräknats, kunna hållas inom en någorlunda fast ram, d. v. s. på en någorlunda konstant nivå. Dess konstruktion får icke leda till en större konsumtion av läkemedel än som motsvaras av medicinskt välmotiverade behov.

C. Det administrativa arbetet för läkare, apotek och myndigheter skall inskränkas så långt det är möjligt.

D. Allmänheten skall ha tillgång till förmånerna utan större omgång.

Med angivandet av dessa huvudkrav vill utredningen givetvis icke väcka föreställningen, att läkemedelsförmånerna kunna så utformas, att kraven kunna bli restlöst tillgodosedda. Utan utredningen — som förutsätter att någon motivering för dessa allmänt formulerade krav icke erfordras — har som mål för sitt utredningsarbete uppställt att söka nå en lösning, som i sig förenar det väsentliga i de synpunkter, som förestavat uppställandet av de angivna kraven.

I det närmast följande kapitlen skall utredningen söka bilda sig en uppfattning om i vad mån den nu gällande ordningen uppfyller de krav som utredningen sålunda anser böra ställas på ett optimalt verkande system för läkemedelsförmånerna samt om möjligheterna till förbättringar inom den nu gällande ordningen.

KAPITEL VII

Förtjänster och brister i det nuvarande systemet

Skydd mot betungande läkemedelsutgifter

Det nuvarande systemet karaktäriseras av uppdelningen i å ena sidan prisnedsättning, å andra sidan kostnadsfrihet. Dessa bägge slag av förmåner äro helt olika konstruerade men utgöra tillsammans det skydd, den enskilde medborgaren har att söka gentemot de kostnader som drabba honom vid behov av läkemedel. Prisnedsättningen kan härvid ses som en allmän fördelning av förmånen medan kostnadsfriheten utgör ett försök till samlad hjälp åt vissa grupper sjuka, vilkas behov ansetts vara större än medborgarnas i övrigt.

Då prisnedsättningen torde få betraktas som den grundläggande förmånen, vill utredningen först uppehålla sig vid densamma.

Prisnedsättningen för varje läkemedel utgör, såsom ovan vid redogörelsen för den nu gällande ordningen anförts, 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.

Utformningen av prisnedsättningen inverkar på följande sätt på kostnaden för det enskilda läkemedlet.

Pris kr.	Prisnedsättning
3: 05— 5: 00	0: 03— 1: 00
5: 05— 10: 00	1: 03— 3: 50
10: 05— 20: 00	3: 53— 8: 50
20: 05— 50: 00	8: 53—23: 50
50: 01—100: 00	23: 53—48: 50

Tabellen visar, att systemet för de kategorier sjuka, vilka tillfälligt behöva ett enstaka läkemedel, erbjuder ett relativt gott skydd.

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 erlägga mer än halva kostnaden uteslutes emellertid icke möjligheten av att utgifterna för läkemedel kunna bliva betungande. Sålunda har i de av utredningen verkställda undersökningarna påträffats ett betydande

antal fall, där kostnaderna för den enskilde stigit till avsevärda belopp.[1] 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 bliva 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 synts 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 utvidgningar 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. Detta gäller i första hand de reumatiskt sjuka och de astmasjuka, där i båda fallen begäran om kostnadsfria kortisonpreparat avslagits.[2]

I många fall föreligger f. n. en variationsbredd i de tillämpade behandlingsmetoderna, som endast i begränsad omfattning kunnat tillgodoses

[1] Se bilaga 1.

[2] Se beträffande reumatikerna det redan delvis relaterade innehållet i medicinalstyrelsens yttrande av den 26 februari 1957.

med kostnadsfria läkemedel. Likaså tillskapas nya läkemedel, som först efter en övergångstid kunna komma ifråga såsom kostnadsfria. Sålunda har t. ex. under de senaste åren ett icke oväsentligt antal sockersjuka behandlats med preparat som icke äro kostnadsfria. Det är att förutse, att läkemedelsbeståndet undan för undan kommer att tillföras nya preparat, som först efter en för den enskilde i vissa fall betungande väntetid kunna ifrågakomma för kostnadsfritt utlämnande. Slutligen må framhållas att läkemedelsurvalet är begränsat till sådana läkemedel, som avse behandling av den angivna sjukdomen, medan de läkemedel, som kunna komma att förskrivas för andra tillstötande åkommor, icke erhållas kostnadsfritt. Tillsammans medverka dessa olika omständigheter till att personer med långvariga och allvarliga sjukdomar många gånger det oaktat komma att belastas med avsevärda läkemedelskostnader.

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.

Kostnadsutvecklingen

Utvecklingens förlopp

Kostnaderna för läkemedelsförmånerna beräknades vid lagstiftningens tillkomst uppgå till 34 miljoner kronor om året.

Det ekonomiska utfallet av den s. k. läkemedelsreformen framgår av följande tabell, baserad på siffror som hämtats från riksförsäkringsanstaltens räkenskaper.

Tabell 1. Kostnaderna i milj. kronor för läkemedelsförmånerna 1955—1959

	1955	1956	1957	1958	1959
Januari	2,65	4,15	5,48	6,41	7,00
Februari	2,88	4,18	5,20	5,87	6,76
Mars	3,50	4,67	5,86	6,57	6,94
April	3,28	4,36	5,28	6,24	7,40
Maj	3,21	4,26	5,25	6,11	6,57
Juni	3,30	4,13	4,95	5,90	6,77
Juli	2,77	3,51	4,48	5,33	5,81
Augusti	2,96	3,81	4,36	5,36	5,83
September	3,36	4,11	4,94	6,15	6,66
Oktober	3,61	4,81	5,97	6,92	7,21
November	3,81	4,90	6,05	6,48	
December	4,04	4,95	5,88	7,01	
Hela året	39,38	51,82	63,97	74,35	

Av tabellen framgår, att kostnaderna redan under det första året överstego de beräknade med omkring 5 miljoner kronor (16 %). Tabellen visar vidare en fortgående kostnadsökning år från år, uppgående år 1956 till över 12 miljoner kronor (ett överskridande av den beräknade kostnadsramen med 52 %), år 1957 till ytterligare över 12 miljoner kronor samt år 1958 till över 10 miljoner kronor. De siffror som hittills föreligga för år 1959 giva vid handen, att detta år sannolikt kommer att medföra en ytterligare kostnadsökning med omkring 7 miljoner kronor.

Den ökade totalkostnaden åtföljes i apotekens månadsräkningar till riksförsäkringsanstalten dels av ett ökat antal verifikationer såsom bilagor till räkningarna, dels ock av en höjning av medelkostnaden per verifikation.

Tabell 2. Antal verifikationer i milj. st. 1955—1959

	1955	1956	1957	1958	1959
Januari	0,72	1,05	1,24	1,39	1,38
Februari	0,80	1,05	1,17	1,26	1,33
Mars	0,98	1,17	1,29	1,37	1,34
April	0,89	1,08	1,16	1,29	1,43
Maj	0,86	1,03	1,12	1,22	1,24
Juni	0,85	0,96	1,03	1,14	1,24
Juli	0,70	0,81	0,93	1,01	1,05
Augusti	0,75	0,86	0,96	1,01	1,06
September	0,87	0,93	1,04	1,18	1,22
Oktober	0,93	1,08	1,32	1,34	1,35
November	0,98	1,09	1,35	1,28	
December	1,01	1,08	1,26	1,38	
Hela året	10,35	12,21	13,89	14,87	

Tabell 3. Medelkostnad i kronor per verifikation 1955—1959

	1955	1956	1957	1958	1959
Januari	3,70	3,94	4,41	4,62	5,07
Februari	3,59	3,99	4,44	4,65	5,08
Mars	3,57	3,99	4,53	4,79	5,17
April	3,67	4,02	4,57	4,85	5,17
Maj	3,73	4,15	4,66	5,01	5,32
Juni	3,87	4,28	4,83	5,17	5,44
Juli	3,95	4,34	4,80	5,28	5,55
Augusti	3,97	4,42	4,83	5,31	5,51
September	3,88	4,40	4,73	5,23	5,44
Oktober	3,85	4,44	4,54	5,17	5,32
November	3,87	4,48	4,46	5,05	
December	4,02	4,57	4,65	5,09	
Hela året	3,80	4,25	4,61	5,00	

Tabellerna utvisa en rätt väsentlig ökning av antalet verifikationer och av medelkostnaden per verifikation år från år under den tid läkemedelsförmånerna hittills förekommit. Siffrorna få dock icke betraktas såsom entydiga bevis på en ökning av läkemedelskonsumtionen. Förskrivningsvanorna kunna nämligen ha ändrats så att flera eller färre läkemedel än tidigare skrivas på samma verifikation. Att utvecklingen emellertid icke helt kan bero härpå visar det förhållandet, att både medelvärdet per verifikation och antalet verifikationer öka. Hade nämligen tendensen varit den, att det förekommit färre läkemedel per verifikation, skulle ett minskat medelvärde ha erhållits. Hade å andra sidan det ökade medelvärdet berott på att det skrivits flera läkemedel per verifikation så borde en minskning av antalet verifikationer ha inträtt.

I detta sammanhang torde böra anmärkas, att stegringen av den allmänna läkemedelsprisnivån under perioden icke varit så stor att den kan förklara annat än en mindre del av den nu behandlade kostnadsökningen.

Utvecklingens inverkan på den enskildes kostnader för sjukförsäkringen i stort

Som i tidigare sammanhang redovisats finansieras kostnaderna för läkemedelsförmånerna till en del av statsmedel, nämligen med belopp motsvarande en krona 15 öre om året för varje medlem i allmän sjukkassa, och i övrigt av de allmänna centralsjukkassorna i förhållande till antalet medlemmar. Sjukkassorna erhålla ett visst bidrag till dessa kostnader för läkemedelsförmånerna från arbetsgivarna men i sista hand blir det den enskilde sjukkassemedlemmen som får stå för en ökning av totalkostnaderna för förmånerna. Arbetsgivarbidraget är visserligen icke, såsom statsbidraget, fast men på grund av sin anknytning till vissa bestämda lönebelopp icke heller satt i relation till kostnadsökningen.

Kostnaderna för tillhandahållande av läkemedelsförmånerna ingå sålunda

bland kostnaderna för den obligatoriska sjukförsäkringen, vilken finansieras genom medlemsavgifter, bidrag från arbetsgivare och statsbidrag. Sjukkassorna äro självständiga juridiska personer, vilkas rörelser måste bedrivas så att utgifterna täckas av inkomsterna. Tekniskt sett är den obligatoriska sjukförsäkringen dessutom konstruerad såsom tre försäkringar, nämligen sjukvårdsförsäkringen, grundsjukpenningförsäkringen och försäkringen för tilläggssjukpenning, vilka i princip äro ekonomiskt fristående från varandra. Inom varje sjukkassa fastställes särskild avgift för varje slag av försäkring.

Avgifterna skola var för sig vara så avvägda, att de i förening med andra för ifrågavarande del av sjukkasseverksamheten tillgängliga medel kunna antagas förslå till infriande av förfallna utfästelser, förvaltningskostnader och andra utgifter samt till erforderlig fondbildning. Avgifterna till centralsjukkassa för sjukvårdsförsäkringen skola även förslå att täcka de utgifter för läkemedel, som enligt läkemedelsförordningen skola åvila centralsjukkassan. Sjukförsäkringsavgifterna skola beräknas och efter vederbörande allmänna sjukkassas hörande fastställas av tillsynsmyndigheten.

Statsbidraget till läkemedelsförmånen, 1,15 kronor per år och sjukkassemedlem, tillgodoskrives sjukförsäkringen genom central avräkning hos tillsynsmyndigheten. Den överskjutande kostnaden, som fördelas på centralsjukkassorna i förhållande till antalet avgiftspliktiga medlemmar och som belastar kassornas sjukvårdsförsäkring, finansieras helt genom avgifterna för denna försäkring. Läkemedelsförmånens ökande kostnader måste alltså förr eller senare giva direkt utslag i höjda sjukförsäkringsavgifter.

Riksförsäkringsanstalten har till utredningen överlämnat en redogörelse för vissa sjukförsäkringsutgifter. Denna redogörelse innehåller en tablå utvisande bland annat hur kostnaderna för sjukvården m. m. fördela sig på olika grupper av förmåner, t. ex. läkarvård, läkemedel o. s. v. Av denna tablå framgår också hur de olika grupperna påverkat utgifterna per betalande medlem.

Av den sista tabellen i tablån framgår, att utgifterna för läkemedelsandelen ha en brant utveckling och att de stigit snabbare än någon av de andra förmånsgrupperna.

På grund av att sjukförsäkringen som helhet haft en viss ekonomisk marginal för utgiftsökningar under de första åren ha de i anledning av den redovisade utvecklingen eljest erforderliga avgiftsjusteringarna inom centralsjukkassornas sjukvårdsförsäkring temporärt kunnat fördröjas. De alltmera ökande utgifterna — särskilt märkbara sålunda i vad gäller läkemedelskostnaderna — ha emellertid för år 1959 nödvändiggjort en omräkning av avgifterna för samtliga kassor, vilken bland annat beräknas medföra höjda avgifter av storleksordningen 40—50 miljoner kronor sammanlagt.

Tablå över sjukvårdsutgifter m. m.

	Enligt socförs.-utredn:s bet. med tillägg för mod.-hjälp, läkemedel och nya lv.-taxan	Erfarenheter *under* år			
		1955	1956	1957	1958 (prel.)
Bruttoutgifter, milj. kr.					
Läkar- o. tandl.vård	97,5	105,7	127,3	138,0	145,3
Resor t. o. fr. läkare o. tandl.	10,0	9,9	12,7	14,7	16,4
Sjukhusvård och vård å förl.anst.	43,0	41,9	47,2	46,9	47,6
Resor t. o. fr. sjukhus	7,0	10,5	12,3	13,3	13,8
18 §	10,0	6,2	8,1	8,8	9,0
Läkemedel	34,0	39,4	51,8	64,0	74,4
Summa	201,5	213,5	259,4	285,7	306,5
Bruttoutgift per medlem kr.					
Läkar- o. tandl.vård	18,49	19,56	23,34	25,11	26,21
Resor t. o. fr. läkare o. tandl.	1,90	1,84	2,33	2,68	2,95
Sjukhusvård och vård å förl.-anstalt.	8,15	7,74	8,66	8,53	8,58
Resor t. o. fr. sjukhus	1,33	1,94	2,26	2,42	2,49
18 §	1,90	1,15	1,49	1,60	1,63
Läkemedel	6,45	7,29	9,49	11,64	13,42
Summa	38,22	39,52	47,57	51,98	55,29
Utgifter efter avdrag av statsbidrag, milj. kr.					
Lärar- o. tandl.vård	48,7	52,8	63,6	69,0	72,7
Resor t. o. fr. läkare o. tandl.	5,0	4,9	6,3	7,3	8,2
Sjukhusvård och vård å förl.anst.	43,0	41,9	47,2	46,9	47,6
Resor t. o. fr. sjukhus	3,5	5,2	6,1	6,6	6,9
18 §	10,0	6,2	8,1	8,8	9,0
Läkemedel	28,0	33,2	45,6	57,7	68,0
Summa	138,2	144,2	176,9	196,3	212,4
Arbetsgivarbidrag	18,0	21,6	23,8	25,1	25,8
Summa utgifter efter avdrag av stats- och arbetsgivarbidrag	120,2	122,6	153,1	171,2	186,6
Utgift per betalande medlem efter avdrag av statsbidrag kr.					
Läkar- o. tandl.vård	11,54	12,27	14,76	15,95	16,70
Resor t. o. fr. läkare o. tandl.	1,19	1,14	1,46	1,69	1,88
Sjukhusvård och vård å förl.anst.	10,19	9,74	10,96	10,84	10,94
Resor t. o. fr. sjukhus	0.83	1,21	1,42	1,53	1,59
18 §	2,37	1,44	1,88	2,03	2,07
Läkemedel	6,64	7,71	10,58	13,33	15,62
Summa	32,76	33,51	41,06	45,37	48,80
Arbetsgivarbidrag	4,27	5.02	5,52	5,80	5,93
Summa utgift per betalande medlem efter avdrag av stats- och arbetsgivarbidrag	28,49	28,49	35,54	39,57	42,87

Kostnadsutvecklingens orsaker

Utredningen har sökt analysera orsakerna till den kostnadsutveckling som förekommit. Denna analys måste i första hand — på grund av svårigheter att i detta hänseende göra faktiska konstateranden — bygga på en redogö-

relse för de orsaker som teoretiskt kunna påverka kostnaderna och, i andra hand, utformas såsom ett försök att konstatera, i vad mån dessa teoretiska orsaker kan ha faktiskt inverkat på kostnaderna.

Härvid ha räknats med följande orsaksfaktorer:

1. Ändringar i läkemedelsförmånernas omfattning.
2. Ökad förskrivning av läkemedel enligt recept.
3. Anpassning av inköpen i syfte att bättre utnyttja läkemedelsförmånerna.
4. Högre pris för använda läkemedel.

1. *Ändringar i läkemedelsförmånernas omfattning*

Fram till september 1957 skedde ingen ändring i förmånernas omfattning sådana de framgå av gällande författningar. I september 1957 utökades den kostnadsfria förmånen dels med tre nya sjukdomar, dels med ett antal läkemedel för de redan förtecknade sjukdomarna. Någon beräkning av vad dessa utökningar inneburit för kostnaderna finnes ej. Sannolikheten talar dock för att de haft ringa inverkan. Dels äro sjukdomarna relativt sällsynta, dels torde användningsområdet för de nya läkemedel som kommit till vara begränsat. I januari 1958 utökades receptens giltighetstid för erhållande av prisnedsättning till ett år. Denna förändring torde dock icke spela någon roll i detta avseende.

2. *Ökad förskrivning av läkemedel enligt recept*

Det kan konstateras, att en ökad förskrivning av läkemedel enligt recept förekommit. Apotekarsocieteten för en omfattande statistik över receptursäljningen och härav kan utläsas, att det totala antalet expedierade läkemedel enligt recept som utlämnats till enskild förbrukare år 1955, då statistiken påbörjades, uppgick till ca 19,5 miljoner.[1] 1956 steg denna siffra till 20,4 miljoner medan för år 1957 redovisas ett antal av 22,3 miljoner och för 1958 22,8 miljoner, sålunda en fortsatt ökning. Denna ökning av antalet utlämnade läkemedel kan teoretiskt bero i första hand på en ökad sjuklighet. I andra hand kan orsaken till ökningen ligga i att allmänhetens tillgång till läkemedel underlättats. Sjukförsäkringen innebär, att det har blivit billigare att gå till läkare och läkemedelsreformen har medfört, att läkemedlen ha blivit billigare att köpa. Det är naturligt, att dessa förhållanden kommit att stimulera till en ökad konsumtion. Vidare kan det för det tredje tänkas, att behandlingsmetoderna i vissa fall ha ändrats på ett sätt som kan ha medfört större läkemedelskonsumtion. I sammanhanget torde också böra erinras om det ökade befolkningsantalet samt om förskjutningen inom olika åldersgrupper. Slutligen bör erinras om den allmänna standardutvecklingen i landet. Oaktat receptinköpen äro beroende av lä-

[1] Värdet erhållet genom uppräkning av uppgifter för tiden maj t. o. m. december.

karordination torde denna i någon mån göra sig gällande även på förevarande område.

3. *Anpassning av inköpen i syfte att bättre utnyttja läkemedelsförmånerna*

En sådan anpassning kan ha ägt rum på tre olika sätt: För det första har sannolikt en förskjutning ägt rum från tidigare handköp till receptköp. För det andra torde en viss anpassning av inköpen i syfte att erhålla en högre rabatt ha inträffat i vad gäller de prisnedsatta läkemedlen, där ju rabattsatsen på grund av karensbeloppet stiger med ett högre pris per läkemedel för att tendera mot högst 50 %. För det tredje är det också tänkbart, att en strävan till ett utnyttjande av kostnadsfriheten visar sig i en övergång från inköp av prisnedsatta till kostnadsfria läkemedel. En sådan övergång kan ske på ett sätt som är helt i överensstämmelse med förutsättningarna för förmånerna, så att vid val mellan ur behandlingssynpunkt likvärdiga läkemedel det kostnadsfria läkemedlet, som innebär den större förmånen, föredrages. Å andra sidan förutsätter den nuvarande ordningen för kostnadsfrihet i första hand, att vederbörande skall lida av en viss bestämd sjukdom och i andra hand, att de läkemedel, som sättas in för behandlingen, äro upptagna i en förteckning. Utredningen har funnit, att utformningen av bestämmelserna härom icke kunnat göras så enkel och entydig att misstolkningar kunnat undgås. Detta har medfört, att läkemedel förskrivits kostnadsfritt, där båda dessa förutsättningar icke förelegat samtidigt.

4. *Högre pris för använda läkemedel*

Apotekens recepturstatistik visar, att medelpriset per läkemedel, som expedierats till enskild förbrukare enligt recept, stigit. Sålunda var medelpriset 1955 6 kronor 50 öre,[1] 1956 7 kronor 20 öre, 1957 7 kronor 84 öre samt 1958 8 kronor 48 öre. Denna utveckling kan bero på inverkan av flera olika faktorer.

Såvitt avser stegringen efter år 1957 har givetvis den omständigheten medverkat, att en generell prishöjning på läkemedel, beräknad till i genomsnitt 2,5 %, gällde under tiden den 1 januari t. o. m. den 31 oktober 1958. I övrigt har under perioden apotekens inköpspriser i ett stort antal fall varit föremål för ändringar, varvid både höjningar och sänkningar förekommit. Huruvida dessa ändringar tillsammans resulterat i en prisökning är svårt att bedöma då de äro fördelade över ett stort antal olika poster och då material saknas att väga dessa poster inbördes. Under den aktuella perioden ha härtill vissa förändringar ägt rum beträffande apotekens pålägg och arbetsersättningar enligt taxegrunderna. 1956 ökades expeditionsavgiften från 30 till 50 öre. Denna åtgärd har, som medicinalstyrelsen påvisat i sin skrivelse av den 18 juni 1957, förorsakat en merkostnad

[1] Värdet beräknat på uppgifter avseende tiden maj t. o. m. december.

för läkemedelsförmånerna, som kan beräknas vara av storleksordningen 1,5 miljoner kronor för år räknat.

Det ökade medelpriset per expedierat läkemedel kan också bero på en förskjutning av konsumtionen. Denna förskjutning kan antingen ha skett genom en övergång till dyrare läkemedel eller genom inköp av större kvantiteter per gång än tidigare. Beträffande en ev. övergång till dyrare läkemedel torde böra anmärkas, att erfarenheterna av läkemedelsindustrins prissättning av läkemedel visa, att en redan lanserad vara mera sällan blir föremål för en prishöjning. Snarast synes det vara så, att priset på en sådan vara tid efter annan sänkes. Det förefaller som om läkemedelsindustrin för anpassning av priserna till en ökad kostnadsnivå i görligaste mån undviker att höja priserna på de äldre, redan lanserade varorna. Däremot synas de varor, som utsläppas på marknaden såsom nya, vanligen åsättas priser, som äro anpassade efter de aktuella kostnadstäckningsbehoven. På så sätt kommer en övergång till *nyare* läkemedel i allmänhet att kunna sägas innebära en övergång till *dyrare* läkemedel. I detta sammanhang får ej heller förglömmas att nya läkemedel utsläppas, vilka innebära helt nya och bättre behandlingsmöjligheter. Dessa läkemedel äro ofta resultatet av omfattande forskningar och betinga som en följd härav ett relativt högt pris. Bättre behandlingsmöjligheter böra dock i allmänhet betyda ett snabbare återställande till hälsan, vilket motverkar fördyringen.

Det ökade medelpriset per expedierat recept kan, såsom tidigare angivits, även bero på att inköp numera göres av större kvantiteter per gång än tidigare. I syfte att erhålla viss upplysning härom har utredningen företagit en undersökning rörande en ev. förskjutning av försäljningen av läkemedel till större förpackningsenheter. (Se närmare bilaga 2 till betänkandet.) Resultatet av undersökningen ger vid handen, att en påtaglig förskjutning till inköp av större förpackningar skett språngvis vid införandet av läkemedelsförmånerna. Förskjutningen är så markant, att den måste antagas till väsentlig del vara orsakad av att allmänheten funnit det till följd av karensbeloppet vara ekonomiskt fördelaktigt att inköpa läkemedel i större förpackningar.

Sammanfattning i stort rörande kostnadsutvecklingen

Utredningen finner kostnadsutvecklingen kunna karaktäriseras av i huvudsak följande.

Läkemedelsreformen och den samtidigt införda sjukförsäkringen ha gjort det ekonomiskt lättare för medborgarna att bereda sig tillgång till läkarvård och läkemedel. Att detta fört med sig ett ökat användande av läkemedel kan icke i och för sig sägas vara stridande mot syftet med förmånerna ifråga, under förutsättning dock, att de icke utnyttjas till ett medicinskt mindre välmotiverat användande av läkemedel. Huruvida den nuvarande läkemedelsrabatteringen fyller denna förutsättning finner utred-

ningen kunna ifrågasättas. I sista hand är detta en fråga om de av läkarna tillämpade bedömningsgrunderna och dessas opåverkbarhet av patienternas mer eller mindre kategoriskt framförda önskemål. Uppfattningen att patienterna ha ett ej oväsentligt faktiskt inflytande på läkarnas förskrivningar har bland framskjutna läkare förespråkare, som tillika finna det orealistiskt att räkna med någon ändring i detta förhållande.

Det andra för kostnadsutvecklingen kännetecknande draget består i den anpassning, som synes ha ägt rum till ett så stort utnyttjande som möjligt av förmånerna. Systemet erbjuder i sig självt stora möjligheter till större förmåner genom anpassning av inköpen. Att större kostnader för det allmänna uppkomma av denna anledning är icke tillfredsställande.

Systemet erbjuder ingen fast kostnadsram. Kostnaderna ha stigit år från år och antagligen är toppen icke nådd. Det ställer sig svårt att direkt fastslå orsakssammanhanget bakom denna utveckling. Ett betecknande drag i det nuvarande systemet är emellertid, att det icke synes giva möjlighet till någon enkel och effektiv reglering av kostnaderna. Detta måste enligt utredningens mening bero på, att förmånerna i princip ha anknutits till varje läkemedelsinköp med undantag endast av de allra billigaste. Härigenom har systemet blivit känsligt för förändringar; prisförändringar och ändringar i konsumtionens inriktning giva omedelbart utslag på kostnaderna för förmånerna.

Det administrativa förfarandet

Beträffande det administrativa förfarandet har utredningen funnit, att läkarna kommit att belastas med ett visst merarbete, bestående framför allt i ett ökat antal formalia att iakttaga vid utfärdandet av recepten. De informationer utredningen erhållit rörande läkarkårens inställning till detta merarbete synas dock giva vid handen, att den i stort sett funnit sig i och ganska väl kunnat bemästra detsamma. Utredningen har vidare konstaterat, att vissa klagomål framförts dels på att recepten icke kunna företes vid förnyat läkarbesök och dels på begränsningen av antalet recipe på ett itererat recept.

Frågan om receptens giltighetstid har numera fått en tillfredsställande lösning genom den i slutet av år 1957 företagna ändringen i tillämpningskungörelsen, för vilken redogörelse lämnats ovan (sid. 36).

Merarbetet för apoteken har bestått dels i kontroll av förskrivningarna med vissa bedömningsfrågor rörande bland annat läkemedlets art, dels i beräkning av rabatten samt dels i bokföring och debitering. Arbetet har beräknats motsvara en lönekostnad av 3—5 miljoner kronor per år. Då apotekens priser avvägas så att kostnadstäckning skall ernås, kan detta medföra en motsvarande förhöjning av läkemedlens priser.

Apoteken synas på det hela taget mycket väl ha genomfört det omfat-

tande merarbete som genom införandet av läkemedelsförmånerna pålagts dem och några direkta krav på ändrad utformning härvidlag har icke framkommit vare sig från allmänheten i vad gäller apotekens förmedling av förmånerna eller från apotekarna själva. Vissa önskemål ha dock framförts om ett mera preciserat angivande av de läkemedel som må utlämnas kostnadsfritt.

Utredningen finner sig kunna sammanfatta erfarenheterna av det nuvarande systemets administration så, att införandet av läkemedelsförmånerna för berörda yrkeskategorier och myndigheter inneburit merarbete men att de svårigheter detta medfört dock kunnat bemästras och att förfarandet i stort sett visat sig administrativt funktionsdugligt.

Allmänhetens tillgång till läkemedelsförmånerna

Det nuvarande systemet har inneburit minsta möjliga omgång för allmänheten, vilken — i vad gäller prisnedsättningen — erhåller förmånen direkt vid besöket på apoteket. Endast ifråga om läkemedelskorten har reformen påfordrat åtgärder från allmänhetens sida utöver det eller de besök på apoteket, som ändå erfordras, i det att läkemedelskorten skola företes i sjukkassa för erhållande av giltighetsbevis. I regel torde sådant företeende erfordras en till några få gånger per år. Ordningen har för övrigt för allmänheten skapat möjlighet att begränsa antalet läkarbesök i det att läkemedelskorten kunna avse flera expeditioner av läkemedel än ett vanligt recept, även om detta itererats.

KAPITEL VIII

Undersökning av möjligheterna att inom ramen för det nuvarande systemet avhjälpa bristerna i detsamma

I anslutning till den i kap. VII företagna analysen av det nuvarande systemet kommer den nu följande undersökningen av möjligheterna att inom systemets ram avhjälpa bristerna i detsamma att i första hand beröra huruvida skyddet kan fördelas på ett jämnare och mot behovet bättre svarande sätt. Härefter upptages frågan om vilka åtgärder som kunna företagas i det nuvarande systemet för att påverka utvecklingen i kostnadshänseende.

Omkonstruktion av skyddet

Utredningen har, såsom i det föregående angivits, kommit till den uppfattningen, att läkemedelsförmånerna å ena sidan äro otillräckliga för att skydda mot höga läkemedelskostnader, å andra sidan äro överdimensionerade i fall där läkemedelskostnaderna äro så låga, att de borde kunna bäras helt av den enskilde själv. Det på grund av karensbeloppet ojämna utfallet av prisnedsättningen markerar, att förmånernas fördelning bland olika kategorier sjuka i rättvisehänseende lämnar åtskilligt övrigt att önska.

För att söka komma till rätta härmed har man enligt utredningens förmenande i huvudsak tre vägar att gå: dels att söka effektivisera prisnedsättningen, så att den såväl ger ett jämnare utfall som koncentreras till fall, där förmånen har större ekonomiskt värde för den enskilde än för närvarande, dels att söka utöka den nuvarande kostnadsfria förmånen till att täcka nya fall av höga läkemedelskostnader; eventuellt kan slutligen en kombination av båda dessa åtgärder tänkas.

Effektivisering av prisnedsättningen

Vissa möjligheter att utöka skyddet för de sjuka ha i några riksdagsmotioner ansetts kunna vinnas, om åtgärder företoges beträffande karensbeloppet. Sålunda har yrkats å ena sidan att detsamma skulle slopas, å andra sidan att det skulle anknytas till varje recept i stället för till varje särskilt läkemedel eller till samtliga på ett recept upptagna läkemedel, som avse samma sjukdom.

Ett slopande av karensbeloppet skulle i så måtto innebära en effektivisering av prisnedsättningen, att det förut berörda ojämna utfallet av det nu-

varande systemet, som härrör just av karensbeloppet, skulle bliva eliminerat. Däremot skulle, om en sådan åtgärd vidtoges, i ett annat och för bedömningen centralt avseende anledning finnas att skärpa den kritik, som riktats mot det nuvarande systemet. Utredningen syftar på, att ett slopande av karensbeloppet skulle innebära ett underkännande av det berättigade i synpunkten att prisnedsättning icke bör tillgripas i sammanhang, som utan överdrift kunna betecknas som ekonomiskt betydelselösa för den enskilde. Trots att enligt förut redovisad undersökning[1] kostnaderna beräknats öka med 78 procent och antalet recipen med 30 procent om karensbeloppet slopas skulle det utökade skyddet för den enskilde komma att begränsas till högst 1 krona 50 öre per inköpt läkemedel.

Förslaget om att anknyta karensbeloppet till varje receptblankett innebär, att rabatten härvid liksom för närvarande skulle bli lägre än 50 % genomsnittligt.[2] Den rabattsats som erhålles enligt detta förslag blir alltså lägre än den som erhålles om karensbeloppet slopas och vad utredningen i sistnämnda sammanhang anfört om skyddets begränsning har sålunda sin tillämpning även här. Härtill kommer, att en sådan anknytning av karensbeloppet måste medföra ett relativt slumpartat utfall av rabatterna i olika fall, beroende på läkarens möjlighet att pressa in så många läkemedel som möjligt på samma receptblankett. Det kan icke heller uteslutas, att systemet ifråga kan komma att gynna de personer, vilka ha råd att på en gång taga ut sina läkemedel för längre tid och för olika eventualiteter.

En anknytning av karensbeloppet till samtliga på ett recept upptagna läkemedel, som avse samma sjukdom, kan maximalt ge samma rabatt, som vid det ovan behandlade förslaget med anknytning till samtliga på en receptblankett upptagna läkemedel. Men om läkemedlen icke avse samma sjukdom, erhålles en lägre rabatt än i förut berörda alternativ. Härtill torde tillämpningen av systemet komma att bliva relativt komplicerat; bland annat måste läkaren på något sätt på receptblanketten för apoteken markera vilka läkemedel, som avse samma sjukdom.

Sammanfattningsvis torde beträffande de nu behandlade förslagen kunna sägas, att desamma skulle väsentligt öka totalkostnaderna och det administrativa arbetet med förmånerna, men att förbättringarna i skyddet bleve obetydliga och att de för den enskilde skulle göra sig minst gällande där behovet är störst, nämligen i fråga om de dyraste läkemedlen.

[1] Sid. 46 ff. Det är att märka, att de i detta sammanhang redovisade undersökningarna avse åren 1955 och 1956. Därifrån hämtade uppgifter, som återgivas i förevarande kapitel, böra därför betraktas såsom vägledande; helt oreserverat kunna de icke läggas till grund för en bedömning av framtida förhållanden.

[2] Hur den rabatt, som skulle erhållas därest karensbeloppet anknytes till varje receptblankett, förhåller sig till vad som enligt den nuvarande prisnedsättningen utgår i rabatt framgår av följande exempel: Om på ett recept upptagits tre olika läkemedel, vilka var för sig kosta 10 kronor beräknas rabatten för närvarande till $3 \times (10 - 3 = 7 \times \frac{1}{2} =)$ 3: 50 = 10 kronor 50 öre. Därest karensbeloppet, 3 kronor, i stället anknutits till det sammanlagda priset på de tre läkemedlen, hade rabatten med 50 % rabattsats blivit $27 \times \frac{1}{2} = 13$ kronor 50 öre, en ökning alltså med 3 kronor i förhållande till det som nu gäller.

En viss effektivisering av prisnedsättningen torde vara möjlig, därest både karensbeloppet och rabattsatsen höjdes. I framförallt besparingssyfte har i några motioner framförts förslag om ett karensbelopp på 10 kronor med en rabatt av 75 % å överskjutande del av priset. Frågan är nu huruvida ett sådant system — vilket torde komma att kräva en kostnad av blott ca 35 % av den nuvarande kostnaden och beröra blott ca 16 % av nu berörda antal recipen[1] — kan sägas även förbättra skyddet för den enskilde gentemot höga läkemedelskostnader.

I de receptundersökningar, som utredningen låtit verkställa, har framkommit, att ett visst samband finnes mellan höga läkemedelskostnader totalt sett, d. v. s. för en längre tidsperiod, och höga läkemedelskostnader för enskilda läkemedel. Ett system som det nu behandlade skulle sannolikt giva en bättre utdelning för de personer, vilka ha höga läkemedelskostnader i båda de angivna betydelserna, än för dem, som ha lägre. Av undersökningarna framgår emellertid också, att en stor del av de personer, som ha totalkostnader i vad som kan betecknas som mellanläget (200—400 kronor per år), ofta förete inköp, som äro sammansatta av ett stort antal läkemedel. I dessa fall skulle förmånen ställa sig synnerligen oförde laktig. I och med att en hög totalkostnad ofta kan vara sammansatt av ett stort antal poster, fördelade på många inköp, kan systemet, på grund av att det bygger på att karensbeloppet anknytes till varje läkemedelsinköp, sålunda medföra en orättvis och slumpartad fördelning av förmånen.

Utvidgning av kostnadsfriheten

Såsom tidigare redan omnämnts ha under de år läkemedelsreformen varit i kraft åtskilliga önskemål framkommit om utvidgning av förteckningen över kostnadsfria läkemedel. Endast i mycket begränsad omfattning ha sålunda framställda önskemål blivit tillgodosedda.

De enskilda framställningarna i nu berörda hänseende skola icke i detta sammanhang tagas upp till prövning. Ej heller skall här något principiellt uttalande göras om systemet med en förteckning av ena eller andra slaget såsom bestämmande för kostnadsfrihet. Resonemanget i förevarande avsnitt skall därför begränsas till några allmänna synpunkter på frågan om utvidgning — enligt oförändrade eller nya grunder — av den förteckning som konstituerar kostnadsfrihet.

Beträffande de härutinnan nu gällande grunderna hänvisas till redogörelsen i nästföregående kapitel. Vissa där anförda synpunkter — exempelvis att kravet på medicinskt beprövad erfarenhet medför en för den enskilde besvärande eftersläpning — ha giltighet även efter en utvidgning av förteckningen. Den kontinuerliga otillfredsställdhet med förteckningen, som kan

[1] Siffrorna hämtade från apotekaren Lönngrens tidigare redovisade undersökningar från år 1955.

förutses, torde emellertid icke komma att bero enbart av denna eftersläpning utan torde vara en nödvändig följd av förteckningens konstruktion. De från kostnadsfrihet uteslutna grupperna bedöma helt naturligt frågan endast från den utgångspunkten, att deras sjukdom är lika medicinkrävande, långvarig och ägnad att handicapa vederbörande som viss eller vissa på förteckningen upptagna sjukdomar. Men även om sådana rättviseskäl ha fullt fog för sig kan hinder för kostnadsfrihet föreligga av den anledningen, att kravet på att läkemedlet skall vara specifikt för viss sjukdom icke går att fylla. Utan att vilja bestrida att nya grupper av kostnadsfrihet böra kunna tillskapas håller utredningen dock före, att en utvidgning kan ske endast i så pass begränsad omfattning, att vad därav kan vinnas måste betraktas som endast en detalj i sammanhang med en allmän översyn av läkemedelsförmånerna.

Eventuella nya grunder för förteckningen skulle bestå i lösgörande av den nuvarande kombinationen mellan en viss sjukdom och ett för denna sjukdom specifikt läkemedel.

Om förteckningen förändras till en förteckning endast över vissa sjukdomar, vore innebörden härav, att den som lede av en viss sjukdom kostnadsfritt finge alla läkemedel, som ordinerades i anledning av denna sjukdom, utan någon begränsning, varemot av hänsyn till riskerna för missbruk knappast kunde under kostnadsfriheten inbegripas läkemedel, ordinerade samma patient i anledning av att han jämväl lede av annan sjukdom, som emellertid ej vore privilegierad. Även utan sistnämnda utvidgning måste en dylik ordning från kontrollsynpunkt komma att lida av svagheter, vilka skulle undergräva systemet om läkarna frestades att på det allmännas bekostnad hjälpa patienterna genom att tänja diagnosen i riktning mot en privilegierad sjukdom.

Ytterligare finnes den möjligheten att privilegiera vissa läkemedel utan att kombinera dem med viss eller vissa sjukdomar. Denna möjlighet betraktas dock av utredningen såsom mera teoretisk med hänsyn till de komplikationer, som skulle komma att vidlåda en sådan ordning. Det synes sålunda vid uppgörandet av en förteckning av läkemedel, som ej äro specifika för viss sjukdom, icke vara möjligt att få utrymme för den synpunkt, som bör vara den ledande, nämligen att kostnadsfrihet icke skall tillgodokomma dem, vilkas läkemedelsbehov betingas av tillfällig sjukdom.

Risken för missbruk skulle måhända kunna minskas genom att antingen införa skärpta fordringar rörande behörigheten att ställa diagnosen eller tillskapa annan kontroll. Sådana utvägar skulle emellertid medföra mindre tilltalande konsekvenser för såväl de sjuka som läkarna.

En mera omfattande utvidgning av kostnadsfriheten medför under alla förhållanden att utrymmet för den prisnedsatta förmånen av kostnadsskäl måste inskränkas.

Övriga möjligheter

Beträffande i övrigt föreliggande möjligheter att omforma skyddet för den enskilde finner sig utredningen böra något beröra frågan om införandet av en helt ny rabattsats, liggande mellan den nuvarande prisnedsättningen och kostnadsfriheten. Så kan exempelvis till de bägge nu föreliggande komponenterna i förmånen införas en rabattsats om 75 % utan karensbelopp. I flertalet fall torde detta vara tillräckligt att förhindra, att vissa av de grupper sjuka, vilka nu icke kunna inrymmas i den kostnadsfria delen, belastas med alltför stora läkemedelskostnader. Den kostnadsandel om 25 %, som de hade att själva stå för, kunde förväntas dämpa tendenserna till missbruk. Vid införandet av förmånen äro olika kombinationer med nuvarande kostnadsfrihet och prisnedsättning tänkbara. Sålunda kan, ifråga om den kostnadsfria sektorn, övervägas om den helt eller delvis bör övergå i den nya rabattgruppen. Frågeställningen beträffande prisnedsättningen torde bland annat av kostnadsskäl bliva i vad mån denna bör minskas. Omfattningen av förmånen finge liksom vid nuvarande kostnadsfrihet fastställas genom en förteckning över antingen sjukdomar eller läkemedel eller kombinationer av bådadera. Tekniskt torde förmånen kunna inrymmas i det nuvarande systemet.

Vid införandet av en helt ny rabattsats vid sidan av de redan förekommande bägge komponenterna i läkemedelsförmånen måste den nuvarande prisnedsättningen av kostnadsskäl begränsas. Verkningar av denna begränsning kunde visserligen förväntas till en del mildras genom att vissa grupper sjuka, vilka tidigare haft att förlita sig enbart på de mindre prisnedsättningarna, nu kunde vinna tillgång till den nya och förmånligare rabattsatsen. Vad beträffar den nya rabattförmånens anknytning till en ny eller, vid sammanslagning med den nuvarande förteckningen, utvidgad förteckning, vill utredningen uttala följande. Vad utredningen erfarit om förmånernas anknytning till en eller flera förteckningar, vilka bestämma deras omfattning, giver vid handen, att ett sådant system aldrig kan bringas att restlöst omfatta varje fall, där ett utökat skydd i och för sig vore berättigat. Under dessa förhållanden kan en förmån, som grundas på en med nödvändighet schematisk förteckning, ur individens synpunkt aldrig erbjuda garanti mot stora läkemedelskostnader. Ständiga framstötar från de mindre gynnades sida få förutses.

Sammanfattning

Utredningen finner sig kunna sammanfattningsvis konstatera, att en viss relativ förbättring av skyddet mot stora läkemedelskostnader synes vara möjlig inom det nuvarande systemets ram. Konsekvenser uppkomma emellertid i form av stora kostnadsökningar i vissa fall, risker för missbruk o. s. v. Genom den eller de förteckningar, vilkas tillskapande eller fortsatta tillämpande utgör en förutsättning för de alternativt skisserade lösningar-

na, kunna vidare ej annat än på ett grovt sätt uppnås syftet att hjälpa dem, vilka äro särskilt betungade med utgifter för läkemedel.

Kostnadsutvecklingen

Vid redogörelsen för kostnadsutvecklingens förlopp, följder och orsaker har utredningen konstaterat, att utvecklingen i stort kan sägas vara karaktäriserad av i huvudsak följande förhållanden. För det första ha läkemedelsförmånerna stimulerat till ökat användande av läkemedel med därav följande ökade kostnader för det allmänna. Denna tendens innebär dock icke något i och för sig oacceptabelt så länge nyttjandet av läkemedel är medicinskt motiverat. Det synes vanskligt att i besparingssyfte dirigera läkarnas ställningstagande härvidlag, särskilt då det för läkarna känsliga område beträdes, där det kan ifrågakomma att läkaren låter sig påverkas av patientens egna önskemål. Viss ändrad förskrivningspraxis torde dock kunna åstadkommas även genom andra åtgärder. I fråga om de kostnadsfria läkemedlen kunna skärpta krav på diagnosen införas. Syftet härmed skulle vara att hindra missbruk och att utrensa gränsfall. Minskade läkemedelskostnader kunna också ernås genom att såsom praktiserats i andra länder, begränsa läkarnas valfrihet i fråga om förskrivning av läkemedel. Exempel på tänkbara begränsningar utgör maximering av värdet av läkarens tillåtna totala förskrivning, jämförelse mellan olika läkares förskrivningsvanor och åtgärder mot »slösare» samt införandet av ett begränsat läkemedelsval enligt en fastställd förteckning. De båda förstnämnda åtgärderna torde få anses vara mindre lyckliga lösningar för svenska förhållanden och risk torde kunna föreligga, att konsekvenserna härav komma att gå ut över de sjuka. På andra ställen i detta betänkande framförda synpunkter på uppgjorda förteckningar äro bärande även i detta sammanhang.

Det andra för kostnadsutvecklingen betecknande draget har av utredningen befunnits vara den anpassning, som synes ha ägt rum till ett så stort utnyttjande som möjligt av förmånerna. Förutsättningen för den enskilde att verkställa denna anpassning sammanhänger med de möjligheter han har att påverka läkaren vid förskrivningen av läkemedel.

Det är i och för sig ej att förvåna sig över att läkaren, som tagit såsom sin uppgift att se till sin patients bästa, utnyttjar dessa möjligheter till större förmåner. Redan prisnedsättningen förutan finnes ett incitament till inköp av större förpackningar genom att priserna på dessa normalt utformas med en viss kvantitetsrabatt. Förhållandet skärpes genom prisnedsättningens progressivitet.

Inverkan av prisnedsättningens progressivitet bortfaller om karensbeloppet borttages. Ett slopande av karensbeloppet borde alltså medföra, att tendenserna till anpassning av läkemedelsinköpen med därav följande ökade kostnader för det allmänna skulle mildras.

Häremot måste emellertid vägas vad utredningen uttalat i föregående avsnitt vid behandling av frågan huruvida ett slopande av karensbeloppet kunde antagas förbättra skyddet för den enskilde, nämligen att en sådan åtgärd icke kunde göra skyddet tillräckligt vid höga kostnader samt att den skulle medföra en väsentlig ökning av både kostnaderna och det administrativa arbetet.

Utredningen har i sin sammanfattning av erfarenheterna rörande kostnadsutvecklingen konstaterat, att det måste betecknas såsom en brist i det nuvarande systemet, att det i sin utformning icke erbjuder möjligheter att på något enkelt sätt inverka reglerande på det allmännas kostnader. Systemet har även befunnits vara känsligt för förändringar, så att prisförändringar och ändringar i konsumtionsinriktningen omedelbart med full verkan giva utslag på kostnaderna för förmånerna. Detta senare har av utredningen konstaterats bero på, att förmånerna — genom anknytningen i princip till varje läkemedelsinköp med undantag endast av de allra billigaste — kommit att slås ut på ett mycket stort antal »utnyttjandetillfällen». Det ligger därför nära till hands för utredningen att, då det gäller att undersöka möjligheterna att inskränka på de därav beroende merkostnaderna för det allmänna, i första hand utreda huruvida genom en koncentration av förmånerna detta drag hos systemet kan elimineras eller göras mindre utpräglat.

Att helt eliminera dessa faktorers inverkan torde icke låta sig göra. Även om förmånerna koncentreras komma pris- och konsumtionsförändringarna att påverka den sektor, som befinner sig inom det förmånsberättigade området. Frågeställningen blir närmast, huruvida systemet genom en koncentration av denna sektor kan bliva bättre ägnat att ansluta till en given kostnadsram.

En koncentration av förmånerna i det nuvarande systemet erhålles, om rabatten begränsas till ett mindre antal läkemedelsinköp än för närvarande. Detta synes icke — på grund av att den nuvarande kostnadsfria sektorn i samband härmed knappast kan göras mindre — kunna genomföras på annat sätt än genom en relativt omfattande begränsning av prisnedsättningen. Vissa skäl kunna anföras för att härvid återkomma till det av utredningen i tidigare sammanhang behandlade förslaget om införande av karensbelopp om 10 kronor med en rabatt av 75 procent på överskjutande del av priset. Härigenom skulle ju antalet läkemedelsinköp med prisnedsättning komma att begränsas högst betydligt och, då inverkan av yttre faktorer därmed får antagas bliva avsevärt mindre utpräglad, kostnaderna för det allmänna komma att minskas. Bedömningen av värdet av åtgärder på kostnadsutvecklingens område måste dock enligt utredningens förmenande i första hand vara beroende av de möjligheter dessa åtgärder giva att på ett enkelt sätt inverka reglerande på den *fortsatta* kostnadsutvecklingen. En höjning av karensbeloppet till 10 kronor kan icke sägas vara en enkel regleringsåtgärd. Då rabatteringssystemet fortfarande bygger på karensbeloppet kvar-

står därtill den progressiva utformningen av rabattsatserna (genom det nu ännu högre karensbeloppet ytterligare accentuerad), varigenom en närmast ökad tendens till anpassning av läkemedelsinköpen måste uppkomma. Härigenom torde ånyo en stigande kostnadskurva vara att förvänta och något annat medel till reglering av det allmännas kostnader för läkemedelsförmånerna än en tid från annan företagen ändring av karensbelopp och/eller rabattsats synes icke stå till buds.

Sammanfattningsvis finner sig utredningen kunna konstatera, att den nu behandlade utvägen med en koncentration av läkemedelsförmånerna till ett mindre antal förmånsberättigade läkemedelsinköp icke kan göra systemet för tillhandahållande av dessa förmåner i någon högre grad bättre ägnat än det nuvarande att ansluta till en given kostnadsram. Givetvis kunna det allmännas kostnader påverkas i ena eller andra riktningen men endast genom åtgärder som beröra systemets grundvalar och därför, om de tillgripas tid efter annan, äventyra kontinuiteten i systemet.

De i det tidigare framförda synpunkterna på olika möjligheter att inom det nuvarande systemets ram avhjälpa dess brister innebär icke något ställningstagande av vare sig positiv eller negativ art. Blott den slutsatsen har utredningen dragit av inventeringen av de olika uppslagen, att anledning föreligger att också undersöka om regleringen av läkemedelsförmånerna kan på ett ändamålsenligt sätt ske enligt något system, som i sin utformning principiellt skiljer sig från det nuvarande. Sedan detta skett skall, om denna undersökning utmynnar i några positiva resultat, en jämförande värdering ske mellan dem och förslagen till revision av nuvarande system.

KAPITEL IX

Utformning av läkemedelsförmånerna efter principiellt andra grunder än det nuvarande systemets

Subventionering av läkemedel

I de ovan under kapitel V redovisade direktiven för utredningen har departementschefen uttalat, att han, ehuru han icke på förhand ville binda utredningen vid någon viss princip, dock velat bland olika vägar, som borde undersökas, framhålla den som bygger på en subventionering av läkemedlen. Härtill har departementschefen fogat följande:

> 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 läkemedel 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.

Ehuru den nuvarande ordningen i sak kan anses utgöra en form av subventionering av läkemedel, där subventioneringstillfället förlagts till den enskildes inköp av läkemedel, förbehåller utredningen termen subventionering för ett system, enligt vilket läkemedlens försäljningspris förbilligats genom ett för konsumenten dolt bidrag av det allmänna, vilket tillgodokommer det distributionsled, som därtill utvalts av praktiska skäl.

I regel torde vid införandet av subventioner av olika slag eftersträvas att förlägga subventionen så långt tillbaka i distributionskedjan som möjligt, i det att därvid den tekniska utformningen antages bliva underlättad genom att varorna hanteras i större poster. I det följande upptages frågan om läkemedelsförmånernas anknytning till ett annat distributionsled än apoteken.

Vid valet av distributionsled synes det icke böra ifrågakomma att gå längre tillbaka i distributionskedjan än till grosshandeln (droghandeln).[1] Som skäl härför kan bland annat anföras, att en subventionering av flera

[1] Beträffande läkemedelsgrosshandelns nuvarande förhållanden hänvisas till SOU 1959:5, sid. 191 ff.

orsaker knappast synes kunna utsträckas till industrier på utländsk botten. Agenturerna måste anses mindre lämpade som förmedlare av förmånen. Att utesluta de utländska läkemedlen skulle å andra sidan icke vara medicinskt försvarbart och dessutom stöta på handelspolitiska hinder. Härtill kommer att till det pris, som erhållits genom subventionering i ett visst distributionsled, måste läggas de kostnader, som äro förenade med hanteringen i följande led. Ju längre tillbaka subventioneringsmomentet placeras, desto högre bli de kostnader, som konsumenten får betala. Önskemålet att i vissa fall kunna reducera konsumentens kostnad till en obetydlighet anvisar därför anknytning till ett sent distributionsled. I det följande diskuteras därför i första hand anknytning till grosshandeln. De problem, som härvid framkomma, torde för övrigt uppträda även om ett tidigare distributionsled väljes. För vinnande av överskådlighet begränsas den följande framställningen till de fabriksframställda standardförpackningarna under noterande av att systemet förutsätter att en särskild ordning tillskapas för de apoteksframställda läkemedlen.

En subventionering av läkemedlen anknuten till grosshandeln torde schematiskt kunna utformas på följande sätt.

En förteckning över förmånsberättigade läkemedel upprättas, varvid dessa indelas i klasser med olika stor subventionering. Grossisten debiterar vid försäljningen till apotek det pris, som erhållits sedan ordinarie pris med ledning av förteckningen minskats med subventionen. Det subventionerade beloppet tillställes grossisten av vederbörande myndighet med ledning av insända uppgifter rörande försäljningen.

De närmast skönjbara konsekvenserna av en utformning sådan som den nu behandlade synas vara av tre slag. För det första kommer den enskilde alltid att få betala minst det belopp, som motsvarar apotekens omkostnader. Ersättning för dessa utgår för närvarande med dels ett procentuellt pålägg på inköpspriset, dels ett örespålägg per förpackning, dels ock en expeditionsavgift (endast i receptur). För att belysa storleken av dessa belopp må nämnas, att mot medelvärdet av de fabriksberedda standardförpackade läkemedel, vilka under år 1958 utlämnats till enskild förbrukare mot recept, svarade en omkostnadsersättning, som efter avdrag av expeditionsavgiften (0,50 kr.), utgjorde 2,35 kr. Med nuvarande system för läkemedlens prissättning erfordras, att de subventionerade läkemedlen komma att ge samma totala bidrag till täckandet av distributionskostnaderna som hittills, då i annat fall dessa kostnader finge övervältras på andra läkemedel. För det andra kommer, genom att en del av det pris, som läkemedlet normalt skulle betingat vid apotekens inköp, betalas av försäkringen, denna att göra en viss investering i apotekens lager. Omsättningen är mycket ojämn, varför lagerhållningen i vissa fall kan komma att omfatta avsevärd tid. För det tredje gäller att en förteckning, som på ett tillfredsställande sätt tillgodoser förmånens syfte, icke kan begränsas till att omfatta enbart receptbelagda läke-

medel. Detta medför att subventioneringen kommer att utsträckas till handköpet.

En granskning av hur ett system som det nu behandlade med subventionering av läkemedlen kommer att verka i de olika hänseenden, med hänsyn till vilka utredningen i det föregående bedömt det nuvarande systemet, synes giva följande resultat.

Beträffande skyddet för den enskilde torde förmånens värde bliva beroende på möjligheterna att åstadkomma en förteckning, som är tillfredsställande. De svårigheter, som äro förknippade med avvägningen och aktualiseringen av förteckningen äro gemensamma för alla system, som grundas på ett sådant urval. I ett avseende kan det här vara något lättare att arbeta med en förteckning, i det att subventionens storlek i realiteten torde undandraga sig den enskildes bedömning. Bland annat minskas härigenom risken för att den värdering av läkemedlen, som avspeglas i indelningen i olika subventionsklasser, skall medföra en diskriminering av vissa läkemedel i allmänhetens ögon.

I avseende härefter på kostnaderna torde gälla följande.

Det förhållandet att subventionens storlek icke direkt framträder vid allmänhetens inköp, får antagas minska möjligheterna till missbruk av förmånen. Å andra sidan måste riskerna för en snedvridning av konsumtionen anses vara betydande, vilket kan leda till ökade kostnader. Sålunda kan det tänkas, att ett läkemedel, som på grund av sin huvudsakliga användning starkt subventionerats, kan komma att användas i andra sammanhang och där ersätta mindre subventionerade och därigenom dyrare medel. Utsträckningen till handköpet medför en omedelbar ökning av kostnaderna samt risk för fortsatt stegring av dessa. Den enda begränsningen av konsumtionen av icke receptbelagda varor blir den, som betingas av varornas art och den andel av kostnaderna, som fortfarande åvilar den enskilde. Över huvud taget synes det knappast möjligt, att med bibehållande av de fördelar, som en subventionering i grossistledet kan väntas medföra, utöva någon som helst kontroll över varornas användning. Den teoretiska möjligheten, att begränsa subventioneringen till recepturförsäljningen genom att grossisten utmärkte de förpackningar, som försåldes till subventionerat pris och att apoteken åladdes att reservera dessa för recepturförsäljningen, förefaller icke praktikabel.

I administrativt hänseende kommer — under förutsättning att inga åtgärder vidtagas för att kontrollera läkemedlens användning — arbetet för läkare och apotek att helt bortfalla. Uppställas krav på sådan kontroll måste ett visst arbete med redovisning påläggas i varje fall apoteken och eventuellt även läkarna. Däremot åsamkas grossisterna ett merarbete, vars omfattning bland annat beror på lösningen av tekniska problem i samband med debiteringen.

Vad beträffar slutligen allmänhetens tillgång till läkemedelsförmånerna

medför ett system med subventionering av läkemedlen ingen som helst omgång.

Det må åter anmärkas, att den föregående framställningen för vinnande av överskådlighet begränsats till de fabriksframställda standardförpackningarna. Ett genomförande av det behandlade systemet förutsätter emellertid, att en särskild ordning tillskapas för de apoteksframställda läkemedlen. Till frågan om inordnande av de apoteksberedda läkemedlen i ett subventioneringssystem torde tills vidare följande anmärkningar kunna göras.

Närmast till hands ligger att låta subventioneringen avse de vid framställningen inköpta råvarorna och därigenom binda hela subventioneringen till droghandeln. En subventionering av råvarorna kommer emellertid icke att medföra avsett resultat, då en väsentlig del av de faktorer som konstituera det färdiga läkemedlets pris utgöres av arbetsersättningar, medan råvarupriserna många gånger spela en obetydlig roll. Som ovan noterats måste således en särskild ordning införas för de apoteksberedda läkemedlen.

Beträffande färdigförpackade sådana erbjuda distriktslaboratorierna teoretiskt en anknytningspunkt i ett system analogt med det som ovan skisserats för grosshandeln. I praktiken möta redan här vissa svårigheter i det att dessa färdigförpackningar i viss utsträckning tillverkas på de enskilda apoteken.

Ifråga om den relativt stora grupp, som utgöres av extemporeberedningar, kan subventioneringen endast ske i samband med expeditionen. Detta förutsätter dels att läkemedlen i fråga inordnas i subventioneringsklasser, dels att ett redovisningssystem ordnas på apoteken. Det förstnämnda torde vid ett konsekvent genomförande av de bedömningsgrunder, som angivits i direktiven, stöta på mycket stora svårigheter med hänsyn till de praktiskt taget obegränsade variationsmöjligheterna. Även utbyggnaden av redovisningssystemet torde inrymma påtagliga svårigheter.

Läkemedelsförmånernas anknytning till läkemedelskostnaden under viss tid (Självrisksystem)

I sin i detta betänkande tidigare behandlade skrivelse av den 18 juni 1957 har medicinalstyrelsen uttalat, att flera av de väsentliga olägenheter, som äro förknippade med den nuvarande ordningen, sammanhänga med det förhållandet, att läkemedelsförmånerna anknutits till varje särskilt läkemedel. Styrelsen antydde härvid, att det låge nära till hands att i stället införa ett försäkringsskydd, som avsåge den sammanlagda läkemedelskostnaden under en viss tid. Några närmare uppgifter angående den tänkta utformningen lämnades icke.

Ett system, byggande på i princip denna anknytning, har sedan några år varit i tillämpning i Förenta Staterna inom den där förekommande frivilliga sjukförsäkringen. Vad utredningen erfarit härom utvisar bland annat att i maj 1956 över tio miljoner personer i Förenta Staterna genom »major medical expense or comprehensive insurance» försäkrat sig för erhållande av huvudsakligt skydd gentemot kostnaderna för av legitimerad läkare receptförskrivna läkemedel. Systemet för denna frivilliga läkemedelsförsäkring företer två huvuddrag: dels förekomsten av ett självriskbelopp för varje försäkrad av $ 25—$ 100 per år och dels viss medverkan (i syfte att motverka missbruk) från den försäkrades sida med 20—25 procent vid erläggande på apoteket av betalning utöver självriskbeloppet. Det material utredningen, bland annat genom medverkan av utrikesdepartementet, samlat rörande detta frivilliga amerikanska system, redovisas i den såsom bilaga till betänkandet införda promemorian rörande läkemedelsförmånernas utformning i vissa främmande länder. Såsom av denna framgår har numera, sedan början av år 1959, ett liknande obligatoriskt system satts i tillämpning i Frankrike.

I syfte att vinna underlag för en sådan bedömning, att ett system som i princip bygger på anknytning till läkemedelskostnaderna under en viss tid, kan göras till föremål för en jämförande värdering med övriga till buds stående möjligheter att utforma förmånerna, har utredningen sökt schematiskt utforma detsamma. Resultatet härav redovisas i det följande. Utredningen har för den diskuterade ordningen använt benämningen självrisksystemet.

Schematisk utformning

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. Den enskilde skall alltså ha att stå en viss självrisk för sina läkemedelsutgifter.

Med ledning av de resultat, som kunna erhållas genom undersökningar rörande bland annat läkemedelskonsumtionens struktur, fastställes dels ett lämpligt självriskbelopp, dels ock den tid som detta skall avse. I det följande antages att självrisken fastställts till 50 kronor för en fast period om ett år.

Eventuellt kan den enskildes kostnadsandel göras regressiv för att helt upphöra vid särskilt höga kostnader. Här antages emellertid, att rabatten utgör generellt 90 procent av det belopp, varmed kostnaderna överstigit självrisken.

Självriskbeloppet — enligt det ovan gjorda antagandet 50 kronor per år — anknytes i princip till varje enskild individ. Därvid uppkommer emellertid spörsmålet, om denna princip kan upprätthållas även beträffande varje särskild medlem i en familj. Detta skulle betyda, att i en familj, bestående av fader, moder och tre minderåriga barn med fadern som ensam försörjare,

denne, om läkemedelskostnaderna fördelade sig jämnt på samtliga familjemedlemmar, i realiteten skulle kunna få vidkännas ett femdubbelt högre självriskbelopp än en ensamstående. En sådan konsekvens är utredningen icke beredd att godtaga. Väl torde makarna få bedömas var och en för sig, men däremot böra de minderåriga barnens läkemedelskostnader i avseende å självrisken få på visst sätt sammanföras med föräldrarnas.

Till en början bör undersökas huruvida det är möjligt å ena sidan för den enskilde att visa att han haft kostnader under året överstigande 50 kronor, å andra sidan för det eller de organ, som förmedla förmånen, att gentemot det allmänna dels verifiera, att den enskilde varit förmånsberättigad, dels ock redovisa storleken av den lämnade förmånen. Utredningen har funnit, att ett självrisksystem är möjligt att genomföra tekniskt utan alltför stora insatser. Även om det i detta sammanhang icke kan ifrågakomma att i detalj angiva möjligheterna härvidlag vill utredningen skissartat redovisa följande. Förmånen kan förmedlas av två organ, dels, liksom för närvarande, av apoteken men dels även, i större omfattning än i det nuvarande systemet, av sjukkassorna. Den enskilde har härvid att, innan han överskridit 50-kronorsbeloppet, betala fullt pris på apoteket samt bevara de recept, på vilka han gjort sina inköp (och vilka han får tillbaka på apoteket), eventuellt jämte särskilda kvitton från apoteket på dessa inköp. Sedan han på grundval av dessa handlingar konstaterat, att han överskridit självriskbeloppet, har han att vända sig till sin sjukkassa. Här erhåller han dels ett bevis om att han är berättigad till läkemedelsförmånen under resten av året, dels också förmånen direkt, d. v. s. 90 procent av det belopp varmed han genom sitt eller sina sista inköp överskridit 50-kronorsbeloppet. Under resten av året behöver han sedan blott visa upp sitt förmånsbevis på apoteket i samband med att han köper ytterligare av läkare receptförskrivna läkemedel och erhåller då omedelbart förmånen i form av 90 procents rabatt på priset för dessa läkemedel.

Sjukkassorna skola således i första hand ha att kontrollera, att den enskilde är berättigad till förmånen. Detta sker genom granskning av de på apotek stämplade och i kostnadshänseende verifierade recept och/eller särskilda kvitton, som personen i fråga lämnat in. Sedan denna kontroll verkställts, skola sjukkassorna utfärda förmånsbevis. Detta kan ske på flera sätt. Antingen så att lokalsjukkassorna direkt utfärda beviset i form av en tryckt handling, på vilken en tjänsteman vid kassan manuellt infört erforderliga uppgifter om person, kassa o. s. v., eller så att beviset utfärdas av den centralsjukkassa, under vilken den lokala kassan sorterar. I senare fallet skall lokalsjukkassan insända den enskildes verifikationshandlingar till centralsjukkassan. Denna kontrollerar att personen är förmånsberättigad och präglar sedan på maskin beviset härom. Härefter översändes beviset, direkt eller via lokalsjukkassan, till den enskilde.

Sjukkassornas respektive apotekens verifikationer gentemot det allmänna

(representerat av riksförsäkringsanstalten) — utvisande dels att de enskilda varit berättigade till förmånerna, dels de belopp, som kassorna respektive apoteken utbetalat till dem genom sin förmedling av förmånerna — kunna utgöras av de inlämnade recepten eller, om dessa anses böra få behållas av de enskilda, av på apoteken utfärdade och av de enskilda verifierade kvittenser.

En grov uppskattning av antalet personer, vilkas läkemedelskostnader under ett år skulle överstiga ett självriskbelopp av 50 kronor, leder till en siffra, som håller sig omkring en miljon.

Konsekvenser i de hänseenden som omfattas av de uppställda huvudkraven

Med hänsyn i första hand till skyddet för medborgaren synes systemet — under förutsättning att självrisken kan fastställas till ett skäligt belopp — vara väl ägnat att förhindra att den sjuke betungas med alltför höga läkemedelskostnader. Med ovan angivna hypotetiska självrisk erhålles följande fördelning av utgifterna.

Utgifter per år Kr	Rabatt Kr	Självrisk Kr
50	0	50
100	45	55
150	90	60
200	135	65
250	180	70
300	225	75

Emellertid torde det i detta sammanhang icke vara tillfyllest att grunda bedömningen endast härpå utan hänsynstagande till de förändringar, som systemet innebär gentemot nu utgående förmåner.

Vid granskning av vilka rabattbelopp som erhållas enligt den nuvarande prisnedsättningen vid inköp av ett *enstaka läkemedel* jämfört med dem som skulle erhållas vid tillämpning av ett självrisksystem i enlighet med det nu diskuterade erhållas de resultat, som framgå av tabellen å nästföljande sida.

Först när kostnaden uppgår till 110 kronor är förmånen likvärd i de båda systemen. Vid högre kostnader blir självrisksystemet fördelaktigare. En generellt giltig jämförelse av förhållandena i de fall då utgifterna föranletts av *flera inköp* låter sig icke göra på grund av rabattsatsens progressivitet. Vissa exempel kunna dock vara av intresse som hållpunkter. Antag att läkemedelsutgifterna uppgått till 100 kr. under ett år. Vid självrisksystemet blir rabatten därvid 45 kronor. Enligt gällande prisnedsättning erhållas varierande rabatter beroende på det pris varje enskilt läkemedel betingar. Om problemställningen förenklas så att priset antages

Läkemedlets pris kr.	Rabattbelopp vid			
	gällande system		självrisksystemet	
	kr.	%	kr.	%
5.....	1: 00	20	—	—
10.....	3: 50	35	—	—
15.....	6: 00	40	—	—
20.....	8: 50	42,5	—	—
25.....	11: 00	44	—	—
30.....	13: 50	45	—	—
35.....	16: 00	45,7	—	—
40.....	18: 50	46,3	—	—
45.....	21: 00	46,7	—	—
50.....	23: 50	47	—	—
—	—	—	—	—
100.....	48: 50	48,5	45	45
110.....	53: 50	48,6	54	49,1
—	—	—	—	—
150.....	73: 50	49	90	60
200.....	98: 50	49,2	135	67,5

ha varit ett och samma för de använda läkemedlen erhållas t. ex. följande kombinationer

	Rabatt
20 läkemedel à 5 kr.....	20: 00
10 » » 10 »	35: 00
5 » » 20 »	42: 50
2 » » 50 »	47: 00

Beträffande förhållandet till den nuvarande kostnadsfriheten torde ett inarbetande av denna förmån i ett självrisksystem kunna innebära en viss försämring för berörda sjuka. Vid vissa sjukdomar, t. ex. glaukom och epilepsi, torde läkemedelskostnaden i många fall icke komma att överstiga självrisken, varför förmånen helt bortfaller. I andra fall, t. ex. vid en sådan form av sockersjuka där patienten ej har behov av annat läkemedel än insulin och ej heller lider av andra åkommor, kommer den sjuke vid ett självrisksystem att få lämna ett visst eget bidrag, som den nuvarande ordningen befriat honom från. Däremot kan självrisksystemet innebära en förbättring för sådana sjuka, som nu äro i behov av såväl kostnadsfria som prisnedsatta läkemedel.

I kostnadshänseende torde för det första gälla, att kostnadernas storlek ej kan beräknas utan undersökning av läkemedelskonsumtionens struktur. I fråga om den framtida kostnadsutvecklingen torde systemet komma att innebära bestämda fördelar jämfört med nuvarande förhållanden i fråga om möjligheten att hålla kostnaderna inom en bestämd ram. En trots detta uppträdande tendens till kostnadsökningar kan lätt mötas genom ändringar

av självrisken, som — inom vissa gränser — icke behöva rubba jämvikten i systemet.

Vad beträffar det administrativa förfarandet skall tills vidare icke lämnas någon redogörelse i detalj av självrisksystemets reglering. Utredningen nöjer sig i detta sammanhang med att konstatera, att ett självrisksystem synes tekniskt genomförbart utan alltför stora kostnader och besvär.

Allmänheten synes i ett självrisksystem kunna beredas tillgång till förmånen utan större omgång.

KAPITEL X

Jämförande värdering av de olika möjligheterna till utformning av läkemedelsförmånerna

I de närmast föregående kapitlen har utredningen var för sig behandlat de möjligheter som synas föreligga att utforma läkemedelsförmånerna. Härvid har i första hand undersökts, huruvida det är möjligt att bygga vidare på det nuvarande systemets grundval, varjämte granskning gjorts av det på så sätt omarbetade systemet i de hänseenden, som förestavat utredningens uppställande av vissa huvudkrav på ett optimalt system för tillhandahållande av läkemedelsförmånerna. I andra hand har diskuterats möjligheterna att utforma dessa förmåner efter principiellt andra grunder än det nuvarande systemets. Detta har resulterat i schematiska utformningar av dels ett subventioneringssystem, dels ett självrisksystem, vilka var för sig sedan granskats på det sätt, som ovan angivits.

Det återstår nu för utredningen att taga ställning till, huruvida det fortsatta detaljarbetet skall inriktas på en omarbetning av den nuvarande ordningen eller på något av de övriga bägge systemen.

Utredningen har i detta syfte sökt företaga en jämförande värdering av de tre behandlade utformningarna av förmånssystem med hänsyn till deras förmåga att kunna antagas uppfylla de av utredningen uppställda huvudkraven. Resultatet av denna jämförelse utvisar följande.

Ett system som bygger på subventionering av läkemedlen avlyfter, bortsett från de apoteksframställda läkemedlen, allt administrativt besvär från apoteken. Allmänhetens tillgång till förmånen försvåras icke på något sätt. Huruvida de ekonomiska transaktionerna mellan det allmänna och grosshandeln kunna regleras på ett någorlunda friktionsfritt sätt kan sägas först efter närmare undersökningar.

Subventioneringssystemet måste emellertid bygga på införandet av ett flertal förteckningar. Utredningens tidigare redovisade uppfattning i fråga om förmånernas anknytning till en eller flera fastställda förteckningar gäller i än högre grad för ett subventioneringssystem, som icke kan tänkas genomförbart annat än genom ett flertal sådana förteckningar. Ett system som bygger på förteckningar kan aldrig bringas att restlöst omfatta varje fall, där ett utökat skydd i och för sig vore berättigat. I subventioneringssystemets natur ligger vidare att förmånens omfattning måste grundas på en värdering, som syftar till att fånga läkemedlens värde i medicinskt av-

seende och den ekonomiska betydelsen för de enskilda att erhålla läkemedlen kostnadsfritt eller till reducerat pris. Emellertid växlar bedömningen av läkemedlens värde i dessa hänseenden både från individ till individ och från tid till annan. Den tendens till ofta förekommande påstötningar från mindre gynnades sida, som visat sig förknippad med den nuvarande utformningen av kostnadsfriheten, måste komma att ytterligare accentueras i ett subventioneringssystem.

Härtill kommer, att en förteckning, som på ett tillfredsställande sätt skall tänkas tillgodose förmånens syfte, inom ett subventioneringssystem icke synes kunna begränsas till att omfatta enbart receptbelagda läkemedel, vilket medför, att subventioneringen måste utsträckas till handköpet. Härigenom måste förmånen erhålla en ytterligt splittrad effekt genom att systemet förutsätter insatser av det allmänna för att subventionera den enskilde vid de mindre behövliga läkemedelsinköp, vilka göras genom handköp på apotek. Dessa insatser måste ur social synpunkt betecknas såsom ofta varande utan egentligt värde och ett utsträckande av förmånerna till även dessa inköp strider därför helt mot det första huvudkrav, som utredningen uppställt på ett optimalt system. Utsträckningen till handköpet torde därjämte — hur subventionsgraden och subventionsklasserna än bestämmas — medföra en kraftig ökning av kostnaderna samt risk för fortsatt stegring av dessa.

Under sådana förhållanden och med hänsyn även till vad utredningen i övrigt anfört vid granskningen av subventioneringssystemet (särskilt rörande svårigheterna att inordna de apoteksberedda läkemedlen i systemet) finner utredningen systemet ifråga vara praktiskt svårgenomförbart och dessutom lämna obeaktat det väsentliga i de synpunkter, som förestavat uppställandet av de angivna huvudkraven. Av dessa skäl nödgas utredningen avvisa tanken på att utforma läkemedelsförmånerna efter den s. k. subventioneringslinjen.

Det återstår då för utredningen att jämföra det samlade resultatet å ena sidan vid en revision av det nuvarande systemet, å andra sidan vid införande av självrisksystemet.

De tankegångar, vilka kunna anses ligga till grund för ett förslag om införande av ett självrisksystem, kunna delvis återföras till de synpunkter, som framkomma vid en kritisk granskning av möjligheterna att tillgodose syftet med läkemedelsförmånerna inom ramen för det nuvarande systemet. Under hänvisning i övrigt till de föregående redogörelserna skall här översiktligt beröras den principiella skillnaden mellan hittills tillämpade ordning och det ifrågakommande självrisksystemet. Även den förstnämnda har i princip varit utformad med självrisk, i det att — om man bortser från de kostnadsfria läkemedlen — endast en del av kostnaden ersättes av det allmänna. Den grundläggande nyheten i förslaget om ett självrisksystem ligger däri, att ersättningen här anknutits till den sammanlagda läkemedelskostnaden per tidsenhet i stället för kostnaden per läkemedelsenhet.

Syftet med läkemedelsförmånerna är att förhindra, att den enskilde betungas med alltför höga utgifter för erforderliga läkemedel. Vid tillfälliga behov av enstaka läkemedel bli utgifterna direkt beroende av dettas pris och problemställningen begränsar sig till fastställande av hur stor andel av priset, som bör bäras av den enskilde. Vid upprepade behov av läkemedel eller behov av flera läkemedel samtidigt blir förhållandet helt annorlunda. Här uppkommer en ackumulerad kostnad, som i många fall kan förväntas komma att överskrida den gräns, där den får anses bliva betungande. För att syftet med förmånerna skall nås erfordras här att rabatten, när denna gräns överskrides, låter den enskildes kostnadsandel fortsättningsvis bliva väsentligt reducerad. Å andra sidan kan den angivna definitionen av syftet anses angiva en begränsning av åtagandet i det att, i de fall där kostnaderna icke bliva höga, rabatten bör bortfalla. Genom anknytning av förmånerna till det enskilda läkemedlet kan man icke tillgodose denna avvägning av förmånen. Sålunda kommer därvid t. ex. vid inköp av ett visst läkemedel samma rabatt att erhållas oavsett om den sjukes utgifter begränsa sig till ett enstaka inköp av detta enda läkemedel eller omfatta upprepade inköp av desamma eller inköp av andra läkemedel samtidigt. Av skäl som tidigare[1] redovisats kunna icke heller de utformningar, som bygga på att karensbeloppet skulle anknytas till varje recept i stället för till varje särskilt läkemedel eller till samtliga på ett recept upptagna läkemedel, som avse samma sjukdom, anses tillfredsställande.

Av det sagda torde framgå, att en riktigare anpassning av förmånen skulle ernås, om rabatteringen, på sätt i självrisksystemet sker, anknötes till den sammanlagda kostnaden under en viss tid.

Med anledning av de tidigare berörda verkningarna av självrisksystemet för sådana sjuka, vilka nu kunna erhålla kostnadsfria läkemedel, torde emellertid ytterligare några synpunkter härpå böra tilläggas.

Den nuvarande ordningen betyder ju, att de som lida av vissa sjukdomar, utvalda med hänsyn till att de bedömts vara långvariga och medicinkrävande, erhålla visst eller vissa för behandlingen av denna sjukdom väsentliga läkemedel kostnadsfritt. Sedd från rättvisesynpunkt kan denna förmån sägas vara gentemot dem som åtnjuta den kostnadsfria förmånen i ett hänseende för snäv och i ett annat hänseende för liberal. Den är för snäv såtillvida att dessa av långvarig sjukdom lidande uppenbarligen ha samma behov av stöd, om de jämväl behöva andra läkemedel än de i förteckningen upptagna. Att dessa sjuka härigenom många gånger kunna åsamkas avsevärda kostnader har bekräftats bl. a. av utredningens undersökningar. Den är å andra sidan för liberal mot dem, i det att det finnes många andra sjuka, vilkas sjukdomstillstånd också är långvarigt och medicinkrävande och som därför också borde kunna göra anspråk på kostnadsfrihet men som man aldrig kan nå förteckningsvägen.

[1] Sid. 71.

Självrisksystemet å andra sidan privilegierar varken någon sjukdom eller något läkemedel men däremot utan åtskillnad alla som ha höga läkemedelsutgifter. För utredningen synes denna avvägning vara från social synpunkt mera rationell; det bortses härvid givetvis från att en individuell behovsprövning måste vara främmande för läkemedelsreformen, varför enligt varje alternativ även en välsituerad person blir delaktig av förmånerna.

I kap. VIII ha diskuterats möjligheterna till utvidgning av kostnadsfriheten. Det är med de därvid diskuterade uppslagen som självrisksystemet rätteligen bör jämföras. Även om det bortses från att av vissa andra skäl invändningar kunna riktas mot dessa uppslag, kvarstår, om jämförelsen tar direkt sikte på dessa uppslag, utredningens uppfattning om självrisksystemet såsom det från rättvisesynpunkt överlägsna.

På grund av vad sålunda anförts finner sig utredningen kunna fastslå, att självrisksystemet synes kunna inrymma stora möjligheter till en tillfredsställande utformning av läkemedelsförmånerna. Utredningen anser sig därför tills vidare icke behöva stanna vid ett förslag om fortsatt utbyggnad i detalj av det nuvarande systemet utan inriktar sig på att närmare redovisa möjligheterna att utforma läkemedelsförmånerna genom ett självrisksystem.

Innan så sker vill utredningen emellertid beröra det förhållandet att inom ett självrisksystem vissa kategorier få sina förmåner beskurna.

Utredningen är såsom redan påpekats i och för sig av den uppfattningen, att, sakligt sett, den nuvarande kostnadsfriheten i princip bör kunna ersättas av självrisksystemet som sådant. Emellertid ha de av utredningen utförda undersökningarna visat, att vissa kategorier sjuka härigenom skulle kunna komma i ett sämre läge än för närvarande. Ur synpunkten att beskärningar i redan lämnade förmåner kunna anses böra i görligaste mån undvikas har utredningen övervägt i vad mån förmånen av kostnadsfria läkemedel även fortsättningsvis skulle kunna komma ifråga vid sidan av förmånerna inom självrisksystemet.

Utredningen vill härvidlag i första hand erinra om sin tidigare redovisade uppfattning, att en fortsatt utbyggnad av kostnadsfriheten på det nuvarande systemets grund icke lämpligen kan ske. Beträffande anledningen härtill vill utredningen — till vad som tidigare i kap. VIII ovan anförts härom — ytterligare uttala följande.

Den grundläggande tankegången i den gällande ordningen är att vid vissa sjukdomar tillhandahålla de för sjukdomarnas behandling viktigaste läkemedlen kostnadsfritt. Endast under en viss förutsättning, nämligen att ett absolut samband föreligger mellan sjukdom och medicin i sådan mening att läkemedlet endast användes vid en bestämd sjukdom, kan en sådan ordning regleras genom fastställande av enbart läkemedlet. Ett sådant absolut samband mellan sjukdom och läkemedel existerar emellertid endast undantagsvis. Det blir därför nödvändigt att sammanknyta sjukdom och läkeme-

del i föreskrifterna. Så har också skett i nu gällande bestämmelser för de kostnadsfria läkemedelsförmånerna. Beträffande det övervägande antalet däri upptagna kombinationer gäller att sambandet icke är absolut. Detta bristande samband är av mindre betydelse i praktiken så länge läkemedlet endast i mycket begränsad omfattning kan användas vid andra åkommor. Redan om läkemedlet *kan* användas vid andra sjukdomar uppträder emellertid risken för missbruk av förmånen. Med missbruk avses härvid icke uteslutande avsiktligt sådant utan även oavsiktligt, beroende på svårigheterna att tillämpa alltför omfattande detaljregleringar. I de fall läkemedlet i väsentligare mån användes vid andra åkommor blir denna risk betydande. Redan tillämpningen av den gällande ordningen uppvisar i fråga om vissa sådana relativa samband exempel på missbruk.[1]

En fortsatt utbyggnad av förmånen i fråga kan med visshet icke begränsas till fall där absolut samband föreligger. Snarare är att förutse, att utvidgningen i betydande omfattning kommer att avse fall av relativt samband. Redan nu föreligga önskemål från stora grupper sjuka, vilka hittills avvisats under hänvisning i första hand till svårigheten att inrymma dem i nuvarande system. Vid ett bibehållande av kostnadsfriheten synes det utredningen ohållbart att avvisa dessa framställningar enbart på grund av tekniska svagheter i systemet. Utredningen anser det därför sannolikt, att det angivna kravet på samband, på grund av pressen från de mindre gynnades sida, efterhand kommer att övergivas.

Vid sådant förhållande måste kostnadsfriheten framgent tänkas principiellt komma att bygga antingen enbart på ett visst urval av sjukdomar eller enbart på ett visst urval av läkemedel. Av skäl, som utredningen tidigare redovisat vid behandlingen av dessa alternativ till utvidgning av kostnadsfriheten, är enligt utredningens mening ingendera av dessa ordningar godtagbar.

Med hänsyn till vad ovan anförts finner utredningen sålunda, att en fortsatt utbyggnad av kostnadsfriheten på det nuvarande systemets grund icke bör ifrågakomma.

Ehuru utredningens principiella uppfattning såsom nämnts är att kostnadsfriheten helt bör ersättas av självrisksystemet, är utredningen beredd till modifikationer härutinnan för att diskussionen om självrisksystemet icke skall snedvridas genom koncentrering till frågan om beskärning för dem som nu åtnjuta kostnadsfrihet.

Eftersom grunden för den nu diskuterade särordningen enligt utredningens uppfattning helt måste komma att vila på synpunkten att eljest uppkommande försämringar för berörda kategorier i görligaste mån böra undvikas, synes det utredningen härvidlag i första hand böra krävas, att

[1] Kortison och derivat därav ha i förteckningen upptagits för Syndroma Addisoni. Utredningen har konstaterat, att dessa medel även förskrivits vid andra sjukdomstillstånd, t.ex. astma och polyartrit, där de också i vissa fall ha en odisputabelt gynnsam verkan.

sådana förmånsgrupper utmönstras, vari normalt läkemedelsbehovet i fråga även under längre tidsperioder förorsakar små kostnader. Härutöver bör enligt utredningens mening — med hänsyn till att bibehållandet av kostnadsfriheten bör kunna ske till ett så billigt administrativt pris som möjligt — gälla, att blott sådana förmånsgrupper vidare böra ifrågakomma, inom vilka det av utredningen i det föregående omnämnda fasta sambandet mellan sjukdom och läkemedel otvetydigt kan anses föreligga. Inom dessa grupper måste nämligen garantierna gentemot missbruk få anses vara så pass tillfredsställande, att eljest behövliga utökningar av kontrollmöjligheterna kunna undvikas.

Utredningen vill sålunda föreslå, att, i den mån eljest skulle uppkomma försämringar för berörda kategorier sjuka, den nuvarande kostnadsfria läkemedelsförmånen bibehålles i den omfattning de ovan angivna synpunkterna kunna anvisa. Till frågan om på vilket närmare sätt en efter dessa riktlinjer företagen avgränsning av den nuvarande kostnadsfriheten skall göras återkommer utredningen i det följande. Härvid skall även behandlas de frågor som beröra administrationen och då framför allt kontrollen av denna ifrågakommande kostnadsfrihet.

KAPITEL XI

Självrisksystemets utformning

Inledande anmärkningar

Som tidigare anförts bygger systemet 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. Systemet innebär, såsom utredningen i det föregående uttryckt det, att den enskilde skall ha att stå en viss självrisk för sina läkemedelsutgifter.

Därest systemet utformas enligt samma konstruktion som utredningen i det tidigare skisserat, kommer den andel av utgifterna för av läkare receptförskrivna läkemedel, som under den fastställda tidsperioden skall bäras av den enskilde, 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.

Den procentuella andelen är, såsom anmärkts redan i kap. X, förestavad av att risk för missbruk ansetts föreligga, om den enskilde, sedan det fasta beloppet överskridits, kunde under en viss tidsperiod inköpa receptförskrivna läkemedel utan att till någon del behöva själv bidraga till kostnaderna för desamma. Bestämmandet av ett fast belopp, nedanför vilket inga läkemedelsförmåner utgå, avspeglar således den för systemet grundläggande tankegången, som, konsekvent utförd, borde följas av totalskydd vid utgifter utöver det fasta beloppet men som av angivna praktiska hänsyn modifierats genom att den enskilde får bära en procentuell andel av de överskjutande kostnaderna.

Ur terminologisk synpunkt anser sig utredningen på grund av det anförda kunna hålla fast både vid uttalandet att den enskilde skall ha att stå en viss *självrisk* för sina läkemedelsutgifter och vid benämningen *självrisksystem*. Med beteckningen *självriskbelopp* avses i enlighet härmed i det följande det lika för alla fastställda och fasta belopp, varunder ingen läkemedelsrabatt utgår. Den procentuella kostnadsandel som kan ifrågakomma

för den enskilde utöver självriskbeloppet benämnes i fortsättningen *procentandel.*

Tidsperiod, för vilken självrisk beräknas

Vid skisserandet i kap. IX antogs, att självrisken skulle fastställas för en period om ett år.

En anknytning till kortare perioder om några månader torde varken från administrativ synpunkt eller med hänsyn till den enskilde vara tänkbar, och en anknytning till längre period än ett år kan knappast innebära några fördelar. Utredningen utgår därför från att året utgör den lämpligaste perioden.

Årsperioden kan göras antingen fast eller »rullande». Det senare alternativet kan också uttryckas så att skyddet avser läkemedelskostnader utöver självriskbeloppet under en period om 365 dagar, förlagd var som helst under respektive kalenderår. Detta alternativ gör den enskilde mindre beroende av tillfälligheter än det andra alternativet och skulle med hänsyn härtill vara att föredraga. Administrativt skulle det emellertid bli mycket mera tungrott än alternativet med fast årsperiod, som utredningen på grund härav förordar.

Utredningen har övervägt, om några beaktansvärda fördelar vore att vinna med annan fast årsperiod än kalenderår. Med hänsyn till den mindre sjukligheten under sommaren kunde perioden 1 juli—30 juni vara att föredraga. Även i detta avseende har emellertid intresset av enkelhet i systemet fått fälla utslaget. En period som ej anknyter till kalenderåret torde leda till många missförstånd från allmänhetens sida, varför utredningen föreslår en med kalenderåret sammanfallande årsperiod.

De minderårigas inplacering i systemet

Ett strikt vidhållande av principen att självriskbeloppet skall anknytas till varje enskild individ är, såsom redan tidigare framhållits, icke godtagbart såvitt det skulle innebära att alla minderåriga behandlades fristående från sina föräldrar. De minderåriga barnens läkemedelskostnader böra i stället i avseende å självrisken sammanföras med föräldrarnas. Sådant sammanförande bör ske intill utgången av den årsperiod, under vilken den minderårige fyller sexton år.

Enligt 6 § sjukförsäkringslagen är på grund av medlems sjukvårdsförsäkring jämväl här i riket bosatt barn till medlemmen, med vissa undantag, sjukvårdsförsäkrat intill utgången av den kalendermånad, varunder det fyller sexton år. Därest barn skulle bliva sjukvårdsförsäkrat genom makars försäkring, skall barnet anses vara försäkrat allenast såsom barn till man-

nen. Sjukkassan må dock under vissa förutsättningar efter framställning av makarna medgiva, att barnet i stället skall vara sjukvårdsförsäkrat såsom barn till hustrun.

Om i fråga om läkemedelskostnaderna anknytningen mellan föräldrar och barn sker på samma sätt som beträffande sjukvårdsförsäkringen, d. v. s. i princip mellan fadern och barnen, blir innebörden härav att barnfamiljer och barnlösa familjer få likvärdig garanti i fråga om självriskbelopp, d. v. s. garanti att familjens sammanlagda läkemedelsutgifter under årsperioden icke komme att, bortsett från eventuella procentandelar, överstiga det dubbla självriskbeloppet. Enligt utredningens mening är det också en garanti av just denna innebörd som man bör söka uppnå. Något behov att — i likhet med vad fallet är i sjukförsäkringslagen — få barnen efter ansökan överförda till hustrun synes ej föreligga.

Utredningen har övervägt, huruvida det i stället borde stå vem som helst av föräldrarna fritt att sammanföra sina och barnens läkemedelskostnader. I vissa situationer skulle en sådan ordning leda till större förmåner än om barnen automatiskt sammanföras med fadern. Mot att tillåta fritt val finnes emellertid en avgörande invändning. Det visar sig nämligen att i fall, som äro helt överensstämmande i fråga om både kostnadernas storlek och deras fördelning på de olika familjemedlemmarna, utfallet av förmånen blir olika alltefter den omständigheten, med vilken av föräldrarna barnen sammanförts.[1]

Det torde icke kunna ifrågakomma, att då ett sammanförande redan företagits, tillåta familjen att vid årets slut efter omprövning av olika kombinationsmöjligheter med upphävande av det tidigare gjorda verkställa ett nytt och förmånligare sammanförande.

[1] Till belysande härav må följande exempel anföras. Antag att självriskbeloppet fastställts till 50 kronor per år för varje enskild individ över 16 år och att procentandelen satts till 10. Antag vidare att för en familj bestående av fader, moder och ett barn receptkostnader under året uppkommit till ett sammanlagt belopp av 150 kronor, så fördelat i kronologisk ordning och per familjemedlem att i januari 90 kronor erlägges för barnet, i februari 10 kronor betalas av modern och i december ett inköp måste göras av fadern på 50 kronor. Relativt naturligt vore väl att modern i februari tar ut ett kort för sig och barnet. Härigenom får familjen av dessa bägge kostnader (10 + 90 = 100 kr). betala, förutom självriskbeloppet på 50 kronor även 10 % av återstående 50, eller 55 kronor. För faderns i december uppkomna 50 kronorskostnad erhålles sedan ingen rabatt, eftersom härvidlag för hans del självriskbeloppet icke överskridits. Den totala kostnaden för denna familj under året blir följaktligen vid detta sammanförande 55 + 50 = 105 kronor. Hade i stället familjen väntat till årets slut och då sammanfört barnets kostnad med faderns, alltså 90 + 50 kronor, hade av dessa 140 kronor familjen fått svara för 50 + 9 = 59 kronor vartill kommit moderns tidigare utbetalade 10 kronor. Totalkostnaden hade då stannat vid 69 kronor och familjen hade genom att vänta till förmånsperiodens slut med att utnyttja förmånen kunnat göra en besparing på 36 kronor.

Den maximala skillnad i förmånsutfall vari ett inom samma familj olika sammanförande kan resultera utgör 45 kronor. Detta inträffar i ytterlighetsfallet, då barnkostnader över självriskbeloppet råkar sammanföras med en vuxen, för vilken sedan inga kostnader uppkomma, medan den andre vuxne, som vid sammanförandetillfället icke heller redovisade några utgifter, sedermera tvingas göra inköp upp till men icke över 50 kronor. Divergenserna kunna endast uppkomma i sådana fall, då blott en av två vårdnadshavare för egen del kan redovisa utgifter överstigande självriskbeloppet,

Utredningen vill såsom sammanfattning beträffande förslaget att tillåta fritt val i vad gäller sammanförandet av de minderåriga barnens läkemedelskostnader med föräldrarnas uttala att en sådan olika behandling av lika fall som den påtalade icke kan anses acceptabel. Skulle den godtagas, komme säkerligen de, som ej behövde omedelbart uttaga förmånen, att vänta därmed tills utvecklingen visat vilken kombination som är den mest förmånliga. Anknytningen bör därför ske på samma sätt som beträffande sjukvårdsförsäkringen, d. v. s. i princip mellan fadern och barnen.

Vad nu sagts har givetvis avseende endast å fullständiga familjer. I ofullständiga familjer, vare sig det är fader eller moder som saknas, sker sammanförandet med den som har vårdnaden.

Självriskbelopp och procentandel

Då utredningen i kapitel IX ovan, närmast enbart i exemplifierande syfte, angivit självriskbeloppet och procentandelen till 50 kronor respektive 10 procent ha antagandena härom vilat i huvudsak på lämplighetsbedömningar av de bägge komponenterna *var för sig*. 50 kronor har ansetts såsom skäligt så till vida, att var och en enskild borde under ett år själv kunna svara för sina läkemedelsutgifter intill detta belopp; det har ändock antagits vara tillräckligt högt för att åstadkomma den effektivare inriktning av förmånerna som aktualiserats genom erfarenheterna av det nuvarande systemet. En procentandel om tio enheter har ansetts — förutom lätthanterlig vid förmedlingen på apotek och sjukkassor av förmånen — som den lägsta tänkbara för att inverkan av densamma skall kunna bliva den som åsyftas.

Självriskbeloppet och procentandelen kunna emellertid icke fastställas enbart på dessa bedömningsgrunder. Med bortseende tills vidare från övriga inverkande omständigheter har utredningen i första hand ansett det vara av intresse att med ledning av vissa tillgängliga resultat från undersökningar rörande bl. a. läkemedelskonsumtionens struktur söka studera den inverkan de bägge komponenterna *i kombination* med varandra kunna ha i olika hänseenden. Utredningen har undersökt inverkan av olika kombinationer i vad avser

1) den enskildes andel av kostnaderna,
2) antalet personer, som skulle komma i åtnjutande av förmånen,
3) omfattningen av det administrativa arbetet,
4) sammanlagda kostnaden för lämnade förmåner.

Vid fastställandet av storleken på komponenterna är antalet tänkbara kombinationer skenbart obegränsat. Enligt utredningens mening äro emellertid variationsmöjligheterna i realiteten begränsade till ett ganska snävt område, eftersom vid större höjningar av självriskbelopp eller procentandel relativt snart värden nås, där den enskildes andel av kostnaderna blir så

stor, att syftet med förmånen går förlorat. Å andra sidan kan icke heller för låga enheter ifrågakomma enär härigenom totalkostnaderna och administrationen bliva alltför omfattande. För övrigt skulle, därest självriskbeloppet sattes mycket lågt, karaktären på systemet icke komma att avvika märkbart från det nuvarande systemets, varigenom i detsamma konstaterade utvecklingstendenser skulle göra sig gällande även i fortsättningen. Härtill komma de praktiska synpunkterna som enligt utredningens mening klart anvisa användande av sådana värden på komponenterna, att uträkningarna vid tillämpningen av systemet bliva enklast möjliga.

Vid de beräkningar, som utredningen låtit verkställa till ledning för nyss angivna undersökningar ha därför alternativen ifråga om självriskbeloppet begränsats till jämna tiotal inom intervallet 30—100 kronor och ifråga om procentandelen till högst procentsatsen 25.

Under hänvisning i övrigt till den i bilaga nr 1 intagna redogörelsen för den verkställda undersökningen vill utredningen i detta sammanhang — under särskilt poängterande av vad däri uttalats om svårigheterna att avgiva några bestämda omdömen — anföra följande rörande de slutsatser, utredningen dragit härav.

Beräkningarna erbjuda ingen möjlighet att exakt väga en viss bestämd kombination mot andra alternativ. En viss bedömning i stort är emellertid möjlig med ledning av de förändringar som variationer av komponenterna medföra. Sålunda synes ifråga om *självriskbeloppets storlek* det lämpligaste värdet under alla förhållanden vara att återfinna inom ett relativt snävt område omkring 40—60 kronor. Avsteg från detta område torde bland annat förutsätta att man antingen är beredd att acceptera en relativt väsentlig utvidgning av de nuvarande totalkostnaderna (vid val av lägre belopp) eller en mer eller mindre avsevärd minskning därav med åtföljande försämring för den enskilde (vid val av högre belopp). Å andra sidan har utredningen bibringats den uppfattningen, att då avgränsning sker till dessa belopp en serie av alternativ förefinnes, som kan antagas medföra verkningar som överensstämma med utredningens allmänna målsättning. Sålunda erhålles en betydande koncentrering av skyddet som avspeglas i en avsevärd beskärning av antalet förmånstagare. Vidare begränsas den enskildes åtagande till en rimlig andel av kostnaderna utan att de nuvarande totalkostnaderna för förmånen torde komma att påverkas mera väsentligt.

Beträffande valet av *procentandel* kan den principiella motiveringen för denna komponents införande — att den skall tjäna såsom regulator gentemot missbruk av förmånen — snarare kunna sägas anvisa en högre procentsats än en lägre. Ett val enligt denna anvisning skulle inverka mer begränsande på totalkostnaderna. Vid relativt låga läkemedelskostnader har valet av procentandel mindre betydelse ur den enskildes synpunkt, men när kostnaderna stiga till stora belopp blir en högre procentandel kännbar.

Granskningen av de inom angivna gränser liggande alternativen har resulterat i att två av dem ansetts vara 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.

De båda alternativen sammanfalla således i fråga om självriskbeloppet men skilja sig åt beträffande procentandelen.

Någon närmare motivering för alternativ 1 torde ej erfordras. Det söker så långt möjligt tillvarataga synpunkten att, sedan självriskbeloppet uppnåtts, den enskildes kostnader böra hållas så låga som möjligt. En procentandel av 10 är lätt att räknemässigt hantera och gör därför systemet smidigt för samtliga parter.

Tillkomsten av alternativ 2 motiveras av att mot alternativ 1 kunna till äventyrs i två skilda hänseenden riktas invändningar, vilka alternativ 2 utgör ett försök att röja undan grunden för.

Det kan för det första invändas, att ett självriskbelopp om 50 kronor icke, även om det betydligt reducerar risken för missbruk, utgör någon helt tillförlitlig spärr däremot. Antalet personer, som uppnår självriskbeloppet, är betydande, och under den del av året som återstår sedan självriskbeloppet uppnåtts kunna vissa av dem genom läkemedelsrabatten stimuleras att med läkares medverkan göra överdrivna läkemedelsinköp. För dem som notoriskt missbruka läkemedel torde svårigheterna att tämligen snabbt uppnå självriskbeloppet vara överkomliga. Måhända kommer det vid bedömningen av utredningens förslag att göras gällande, att de kvarstående riskerna för missbruk äro betydande. Då invändningar av detta slag ej gå att vederlägga — endast en tids erfarenhet av hur systemet verkar kan ge belägg för om farhågorna äro överdrivna eller ej — kunna skäl anföras för att ytterligare reducera risken för missbruk genom att låta den enskilde själv bära 25 procent av läkemedelskostnaden utöver självriskbeloppet.

Den andra tänkbara invändningen mot alternativ 1 innebär, att det icke innefattar någon garanti för att den enskilde ej belastas med läkemedelsutgifter, vilka måste betecknas som alltför betungande. Av utredningens undersökningar att döma äro de fall icke så sällsynta, där kostnaderna överstiga 250 kronor om året, vilket innebär att den egna kostnadsandelen överstiger vid 10-procentig andel 70 och vid 25-procentig 100 kronor. För att åstadkomma en sådan garanti inarbetas i alternativ 2 ett särskilt *högkostnadsskydd*. Detta innebär, att den enskilde förmånstagare, som under årsperioden nödgas inköpa receptförskrivna läkemedel till ett sammanlagt bruttovärde av 250 kronor och vilken följaktligen haft en egen kostnad för

desamma av 100 kronor, medgives full ersättning för de kostnader som härefter uppkomma intill årets slut.

Utredningen anser båda dessa alternativ värda att närmare utformas men lämnar tills vidare öppet om de böra bedömas som likvärdiga eller om det ena av dem bör givas försteg framför det andra.

Det administrativa förfarandet

Allmänt rörande de förmedlande organen och de olika etapperna i deras verksamhet

För det tekniska genomförandet av självrisksystemet i dess ovan angivna utformning erfordras å ena sidan att *den enskilde* dels skall kunna visa, att han haft kostnader under året överstigande det fastställda självriskbeloppet och, i förekommande fall, det maximala bruttokostnadsbeloppet om 250 kronor, dels även, sedan han överskridit dessa belopp, beredes möjlighet att utan alltför stor omgång erhålla förmånerna. Å andra sidan erfordras, att *de organ, som skola ha att förmedla förmånerna,* skola kunna gentemot det allmänna dels verifiera, att den enskilde varit förmånsberättigad, dels ock redovisa storleken av de lämnade förmånerna. Behovet av kontroll i dessa angivna hänseenden utövar viss inverkan på valet av de förmedlande organen, varjämte för utförande av densamma kräves tillgång till särskilda verifikations- och bevishandlingar.

Förmånerna kunna förmedlas av två organ, apoteken och sjukkassorna. På vilken av dem uppgiften i varje särskilt fall skall läggas blir beroende av en avvägning mellan å ena sidan allmänhetens intresse att snabbt och bekvämt få del av förmånen och å andra sidan de administrativa verkningarna av valet av alternativ.

Alternativ 1

1. Då läkemedelsförmånerna, på sätt utredningen föreslår, skola anknytas till ett till en fast kalenderårsperiod bundet självriskbelopp, måste envar, som vill bli berättigad till förmånerna, legitimera sig samt underkasta sig kontroll att han för egen (eller, i förekommande fall, för egen och minderåriga barns) räkning ditintills under året haft sammanlagda kostnader för av läkare receptförskrivna läkemedel uppgående till det fastställda självriskbeloppet. Denna kontroll bör, med hänsyn bland annat till där redan förefintligt registreringsunderlag, tilläggas *sjukkassorna.* Arbetsuppgiften synes lätt kunna inordnas i sjukkassornas ordinarie arbetsgång.

För den enskildes del blir innebörden av det nu konstaterade följande. Enligt grundprincipen i självrisksystemet har han att för sitt eller sina första inköp betala fullt pris på apoteket samt att bevara de recept, enligt vilka han gjort dessa inköp. Dessa recept återställas nämligen till honom efter expedieringen; apoteket har ju nu icke något behov av dem som veri-

fikationer. Då han med ledning av de uppgifter som på apoteket åsatts recepten om erlagda bruttokostnader kan konstatera, att han för egen (eller för egen och minderåriga barns) räkning överskridit självriskbeloppet, har han sålunda att vända sig till sjukkassan för bosättningsorten. Inför sjukkassan har han att förete recepten och personlig legitimation och därmed styrka att han är förmånsberättigad. Han bör nu även äga rätt att hos kassan göra anspråk på att få ut den rabatt, han genom sitt eller sina sista inköp kan ha kvalificerat sig för, d. v. s. 90 procent av de sammanlagda receptkostnaderna över självriskbeloppet.

Sjukkassan skall nu således i första hand kontrollera, att den enskilde är berättigad till förmånen. Detta bör i vad gäller personlegitimation ske med ledning av uppgifterna i ett av den sökande ifyllt ansökningsformulär. Härefter företages granskning av de på apoteket stämplade och i kostnadshänseende verifierade recept, som personen i fråga lämnat in. Befinnas sammanlagda receptkostnaderna uppgå till eller överstiga självriskbeloppet är personen i fråga berättigad till att i fortsättningen under året erhålla den 90-procentiga förmånen. Den rabatt vederbörande redan kan ha kvalificerat sig för kan därför omedelbart utbetalas av sjukkassan. Recepten kunna, sedan den ifrågavarande ersättningen utlämnats, behållas av kassan såsom verifikationer gentemot det allmänna.

2. Emellertid måste den enskilde jämväl beredas möjlighet att vid inköp av receptförskrivna läkemedel på apotek under resten av året erhålla den 90-procentiga förmån han nu är berättigad till. För detta ändamål bör den enskilde förses med en *särskild handling,* som av denne själv förvaras och vilken utgör bevis om rätten för honom att erhålla 90 procents rabatt å kostnaderna för de receptförskrivna läkemedel, vilka han under resten av året kan komma att inköpa på apotek. Handlingen ifråga benämnes i det följande *förmånsbevis.*

Eftersom *sjukkassorna* ha att ombesörja bevakningen i tidigare angiven omfattning av att den enskilde tillhör den förmånsberättigade personkretsen, bör det också ankomma på dessa organ att *utfärda förmånsbevisen.* Härutöver böra kassorna emellertid också på så sätt taga del av förmedlandet av förmånerna även efter utlämnandet av förmånsbeviset och den första 90-procentsrabatten att sådana bevisinnehavare, vilka av någon anledning icke kunnat förete sina bevis vid besöken på apoteken, beredas möjlighet att genom besök i efterhand på sjukkassorna erhålla 90-procentsrabatten på dessa inköp efter företeende av bevisen och de av apoteken kostnadsverifierade recepten.

För den enskilde förmånstagarens del innebär det nu anförda sålunda, att denne, sedan han av sjukkassan erhållit sitt förmånsbevis och den första 90-procentsrabatten, under resten av året blott behöver förete sitt förmånsbevis på apoteket i samband med att han köper ytterligare av läkare receptförskrivna läkemedel för att omedelbart erhålla förmånen i form av 90 pro-

cents rabatt på priset för dessa läkemedel. Vid sidan härav har han, på sätt ovan utvecklats, jämväl möjlighet att i efterhand erhålla förmånen vid besök på sjukkassa. I båda fallen förutsättes han tillsvidare ha att lämna ifrån sig de recept, på vilka de nu behandlade inköpen gjorts, till sjukkassan respektive apoteket för att av dessa användas som verifikationer gentemot det allmänna.

3. Det bör stå den enskilde fritt att om han så önskar uttaga *hela* läkemedelsförmånen i efterhand. Den som underlåter att efter självriskbeloppets överskridande uttaga förmånsbevis bör sålunda äga att genom överlämnande efter årets slut till sjukkassan av sina recept — på vilka han under hela året erlagt fullt pris — få ut den 90-procentiga förmånen. Sjukkassan kvarhåller härvid dessa recept som verifikationer.

4. Vid införandet av den nu gällande rabatteringen diskuterades huruvida icke det tekniska förfarandet skulle kunna så ordnas, att recepten skulle kunna få behållas av de enskilda. Det ansågs dock icke möjligt att tillgodose detta önskemål.

I det förfarande som i det föregående skisserats sker härutinnan icke någon ändring, bortsett från att i framtiden de inköp bli betydligt vanligare än nu, i fråga om vilka någon förmån över huvud aldrig utgår. Att någon ändring härutinnan icke sker synes kräva några ord till motivering.

Det är enligt utredningens mening ett beaktansvärt intresse för den enskilde att få behålla originalrecepten, främst med hänsyn till eventuella återbesök hos läkare. Till följd av denna sin uppfattning har utredningen grundligt inventerat möjligheterna att åstadkomma en sådan ordning. Det största hindret möter i avseende på apotekens redovisning av inköpen mot 90 procents rabatt.

Det är för det första icke möjligt att låta den enskilde vid disken med sitt namn kvittera den förmån han kommit i åtnjutande av. En sådan ordning skulle dels alltför mycket tynga expedieringen vid apoteken, dels komplicera hämtning av medicin genom ombud.

En annan lösning vore, att läkarna ålades att med användande av kopiepapper utfärda varje recept såväl i original som i en avskrift. Den för utredningen avgörande invändningen häremot är, att i alla fall där självriskbeloppet icke uppnås någon användning icke skulle finnas för de gjorda avskrifterna. Tillskapandet av en sådan ordning synes utredningen alltför vansklig med hänsyn till att recept kunna bli föremål för illegal användning. Givetvis skulle allmänheten dessutom få svårt att förstå, hur den skulle förfara med de erhållna avskrifterna.

En ytterligare utväg vore att låta apotekens verifikationer utgöras av receptavskrifter, som utfördes å apoteken vid varje expediering av läkemedel mot rabatt. Ehuru sålunda de inköp kunde undantagas som gjordes innan självriskbeloppet vore uppnått, skulle dock en sådan pålaga för apo-

teken medföra en merbelastning av större omfattning än utredningen ansett tillrådlig.

Det kan slutligen ifrågasättas om risken för att apoteken vid sina rabattrekvisitioner lämna medvetet eller omedvetet oriktiga uppgifter är tillräckligt stor för att försvara detta mycket omfattande verifikationsmaterial. Enligt vad för utredningen är bekant äro företrädare för apotekarkåren motståndare till att verifikationsmaterialet försvagas, och med hänsyn till de för denna ståndpunkt vägledande synpunkterna har utredningen ansett sig icke böra taga upp denna fråga till närmare diskussion.

På grund av de svårigheter som sålunda yppa sig vid försök att låta den enskilde vid inköp mot rabatt behålla originalreceptet har utredningen, såsom nämnts, stannat för ett bibehållande härutinnan av nu gällande ordning. Det är under sådana förhållanden icke någon anledning att söka undvika att sjukkassorna i sina relationer med dem som önska förmånsbevis behålla recepten såsom verifikationshandlingar.

Utredningens ställningstagande innebär icke att den i och för sig avvisat tanken på att den enskilde i görligaste mån bör beredas möjlighet att vid eventuella återbesök hos läkare äga tillgång till behövliga receptuppgifter. Även om detta enligt utredningens uppfattning icke är möjligt inom ramen för det föreslagna administrativa förfarandet synas nämligen vissa möjligheter föreligga att tillgodose behovet i fråga genom åtgärder i särskild ordning. Utredningen vill härvidlag endast peka på att en tänkbar lösning måhända vore att vinna, därest avskrifter framställdes av förpackningsetiketterna. Vid en sådan ordning skulle nämligen en del av etiketten kunna påklistras förpackningen medan den andra gjordes vidhängande och kunde tjäna det syfte, som nu önskas tillgodosett. I den nuvarande ordningen förekommer, enligt vad företrädare för läkarkåren uppgivit, att patienterna lossa på förpackningsetiketterna och medföra dessa separat vid läkarbesöken. Ett sådant förfarande är icke tillrådligt. Det synes utredningen därför i viss mån finnas dubbel anledning att undersöka de utvägar, som kunna stå tillbuds att bereda allmänheten tillgång till erforderliga receptuppgifter. Med hänsyn till att förfarandena ifråga, på sätt utredningen utvecklat, måste tänkas komma att sättas i tillämpning utanför den av utredningen behandlade ordningen för läkemedelsförmånerna, synes det böra överlåtas åt medicinalstyrelsen att i samarbete med berörda organisationer överväga denna och eventuellt andra åtgärder i berörda syfte.

Alternativ 2

Det förhållandet att procentandelen, på sätt i alternativ 2 förutsättes, skall utgöra 25 i stället för i tidigare behandlade alternativet 10 procent, utövar icke någon inverkan på det administrativa förfarandet. Däremot medför naturligtvis det i alternativet inarbetade särskilda högkostnadsskyddet att förfarandet i viss mån kompliceras.

Utredningen har emellertid efter granskning av olika utvägar funnit det möjligt att administrera läkemedelsförmånerna även i denna del utan att komplikationerna synas bliva alltför betungande. Förfarandet synes kunna anordnas så, att förmedlingen av de angivna högkostnadsförmånerna tillläggas *sjukkassorna* att ombesörja genom *restitution* efter årsperiodens slut. Apoteken komma härigenom icke att beröras av förmånsuttagen i dessa delar utan ha att på förut angivet sätt förmedla den 75-procentiga förmånen även i sådana fall där de inköpande i och för sig äro berättigade till den större förmånen. Då det icke förekommer andra förmånsbevis än dem på vilka 75 procents rabatt erhålles underlättas hanteringen på apotek och sjukkassor vid förmedlingen i övrigt. Även om det ställer sig svårt att beräkna antalet restitutionsfall torde detta icke komma att bliva alltför stort, uppskattningsvis ca 5 procent av dem, som inköpa läkemedel mot recept. Sjukkassorna synas ganska lätt kunna inordna restitutionsarbetet i den ordinarie arbetsgången.

Emellertid uppkommer spörsmålet på vilket sätt å ena sidan den enskilde skall kunna inför sjukkassan styrka, att han haft utgifter överstigande högkostnadsgränsen, å andra sidan sjukkassan skall kunna inför det allmänna verifiera den verkställda restitutionen.

Den enklaste ordningen härför synes vara att giva förmånsbevisen en sådan utformning, att utrymme finnes på dessa att vid varje användningstillfälle på apotek eller sjukkassa låta den enskildes egna kostnader angivas och bestyrkas på bevisen. Sedan bevisen efter årsperiodens slut inlämnats till vederbörande sjukkassa för restitution kunna de, när restitutionsbeloppen uträknats och utgivits, behållas av kassorna såsom verifikationer.

Enligt de undersökningar utredningen företagit kunna förmånsbevisen i praktiken utnyttjas jämväl såsom verifikationsmaterial på det sätt som angivits. Till detaljerna härvidlag återkommer utredningen i det följande.

Den angivna huvudregeln, att högkostnadsersättningen utbetalas först efter kalenderårets utgång, synes icke behöva göras helt utan undantag. I vissa fall torde sjukkassan nämligen ha möjlighet att verkställa utbetalning härav även dessförinnan (jfr sid. 107 nedan, not 1).

Förmånsbevisen

Innehåll

För vuxen förmånsberättigad utan vårdnadssamband i sjukförsäkringslagens mening med minderåriga barn synes beviset böra innehålla uppgifter om vederbörandes namn, födelsetid och födelsenummer, namnet på den utfärdande sjukkassan samt datum för utfärdandet. Vidare torde böra angivas den årsperiod, för vilken beviset gäller samt omfattningen av den förmån beviset berättigar till. Utrymme erfordras härutöver i vad gäller alternativ 2 för apotekens och sjukkassornas tidigare angivna noteringar om in-

nehavarens egna kostnader vid varje användningstillfälle samt, för bägge alternativen, den förklarande text i övrigt som kan anses erforderlig.

Av den inriktning på familjeskydd, som utredningen förordar, följer — genom att anknytningen mellan föräldrar och barn även i fråga om läkemedelskostnaderna skall ske mellan blott den ene av två vårdnadshavare (i regel fadern) och barnen — att särskilda förmånsbevis icke behöva utfärdas för de minderåriga barnen. Bevisen skola därför i de förekommande fallen utfärdas att gälla för förutom vederbörande vuxne förmånstagare även hans minderåriga barn.

Frågan om vad bevisen i dessa fall skola innehålla vid sidan av ovan angivna uppgifter synes bliva beroende av hur långt kontrollmöjligheterna kunna anses behöva utsträckas. En vidare kontroll synes möjlig därest på bevisen upptagas namn- och födelseuppgifter på förutom den vuxne vårdnadshavaren även barnen. Vid sidan av att större utrymme härigenom tages i anspråk på bevisen innebär denna ordning att desamma måste ånyo företes vid sjukkassa vid ändrade vårdnadsförhållanden och för tillförande av nyfödda. Utredningen har övervägt huruvida förfarandet kunde förenklas dithän, att bevisen endast försåges med markering om att de gälla även för minderåriga barn. Den grundläggande kontrollen av att vårdnadssamband föreligger mellan vuxen förmånstagare och av honom angivna minderåriga barn ombesörjes av sjukkassan vid behandlingen av ansökan om förmånsbevis och förstagångsrabatt. Kontrollen härefter vid de 90- respektive 75-procentiga förmånsuttagen under resten av året av att vederbörligt samband föreligger mellan den vuxne förmånstagare, som finnes angiven på beviset, och det minderåriga barn för vilket ett visst företett recept utfärdats, skulle kunna företagas på apoteket respektive sjukkassan *om*, till skillnad mot vad nu förekommer, läkaren hade att vid *varje* utfärdande av recept för minderåriga införa uppgifter på förutom barnet även vårdnadshavaren. Huruvida fördelarna av den nu diskuterade markeringen är så stor, att den motiverar en eventuellt ändrad utformning av receptblanketterna (jämte den mindre ökning av uppgiftsskyldigheten för läkare och patienter, som systemet sålunda förutsätter), synes framförallt bliva beroende av i vilken mån förmånskortens storlek i övrigt måste begränsas för att hanteringen skall underlättas så mycket som möjligt. Denna fråga sammanhänger med de tekniska spörsmålen rörande utformningen av beviskorten.

Val av utfärdande organ och lämpligt kortsystem

Sjukkassornas utfärdande av förmånsbevisen kan ske på flera sätt. Antingen så att *lokalsjukkassorna* direkt utfärda bevisen i form av tryckta handlingar, på vilka tjänstemän vid kassorna manuellt infört de tidigare angivna uppgifterna om person, kassa o. s. v., eller så att bevisen utfärdas av den *centralsjukkassa*, under vilken de lokala kassorna sortera. I det senare fallet får lokalsjukkassan insända den enskildes verifikationshand-

lingar till centralsjukkassan. Denna kontrollerar att personen är förmånsberättigad och utfärdar sedan beviset härom. Härefter översändes beviset, direkt eller via lokalsjukkassan, till den enskilde.

Därest utfärdandet av förmånsbevisen förlägges till centralsjukkassorna torde större kontrollmöjligheter föreligga. Vid en sådan centralisering torde emellertid, på grund av det stora antalet bevisärenden som skulle förekomma, utfärdandet icke kunna ske manuellt. Detta senare medför, enligt utredningens uppfattning, att — även om ett maskinellt system finnes att tillgå för utfärdande av förmånsbevisen[1] och även om detta system framförallt måste antagas komma att tillgodose säkerhetssynpunkterna i apotekens och lokalsjukkassornas redovisning av utgivna rabatter — alternativet med lokalsjukkassorna såsom organ även för utfärdandet av förmånsbevisen måste anses vara att föredraga.

Det maskinella systemet är nämligen behäftat med vissa uppenbara nackdelar. Även om kostnaderna för anskaffning av den maskinella utrustningen och materialkostnaderna för korten (omkring en miljon stycken till en beräknad kostnad av 20—25 öre per styck) i och för sig icke äro alltför avskräckande måste präglingsarbetet på centralsjukkassorna kräva stor arbetsinsats. Härtill kommer att systemet medför flera dagars omgång för den enskilde vid utbekommandet av förmånsbevis och förstagångsrabatt. Vidare torde det kunna ifrågasättas, huruvida icke ett utnyttjande av de kontrollmöjligheter, som i det tidigare angivits vid behandlingen av verifikationsunderlaget, i och för sig skulle kunna sägas erbjuda sådana garantier, att utfärdandet av bevisen även skulle kunna tilläggas lokalsjukkassorna.

Eftersom de för framställandet av aluminium- eller plastkort i det diskuterade maskinsystemet erforderliga präglingsmaskinerna representera sådana kostnader, som det endast synes tänkbart att låta centralsjukkassorna (jämte möjligen ett antal av de största lokalsjukkassorna) bära, måste manuella förfaranden användas både av lokalsjukkassorna och apoteken. Säkerhetssynpunkterna i apotekens och lokalsjukkassornas redovisning av utgivna rabatter synas kunna tillgodoses genom att på varje recept, enligt vilket ett förmånsuttag ifrågakommer, noteringar göras vid expedieringen om dels sjukkassan, som utfärdat beviset, dels även datum härför. Om den utfärdande kassan alltid är den, till vilken den enskilde hör såsom sjukkassemedlem — utredningen anser att så bör vara fallet — erhålles härigenom nyckeln till det medlemsregister inom vilket bevisinnehavaren finnes upptörd och, genom utfärdandedatum, sjukkassans i kronologisk ordning sorterade verifikat som underlag för bevisets utfärdande.

[1] Systemet i fråga bygger på användande av aluminium- eller plastkort i mindre format, avsedda att efter prägling i särskilda präglingsmaskiner (kostnad cirka 2 800 resp. 10 000 kronor per styck) utgöra identifikations- och beviskort i olika sammanhang. I systemet ingår också särskilda instämplingsmaskiner av mindre format (kostnad cirka 275 kronor per styck), i vilka kortet vid varje utnyttjandetillfälle inlägges på vederbörande apotek; efter stämpling tillsammans med den handling, som önskas verifierad, finnas uppgifterna på kortet på ett enkelt sätt överförda på handlingen i fråga.

Utredningen föreslår sålunda att *lokal- och stadscentralsjukkassorna* få *utfärda förmånsbevisen i form av tryckta handlingar* på vilka tjänstemän vid kassan *manuellt* infört de uppgifter, som omnämnts ovan vid behandlingen av frågan om förmånsbevisens innehåll. Utfärdandet bör i varje särskilt fall ske hos den kassa till vilken vederbörande förmånstagare hör såsom medlem. Utgivandet av förstagångsrabatt bör ske i samma ordning. Ansökan om bevis och förstagångsrabatt bör kunna förmedlas till medlemskassan av sjukkassan på vistelseorten. Sådana förmånsberättigade, vilka ej äro inskrivna såsom medlemmar i sjukkassa, böra erhålla bevis och förstagångsrabatt hos den sjukkassa till vilken de vända sig.

Särskilda frågor

Beviset skall, såsom tidigare angivits, innehålla uppgift om utfärdande sjukkassa. Härvid synes förutom namnet böra angivas den sifferbeteckning vederbörande kassa har enligt den för landets sjukkassor förekommande identifikationsnumreringen. Härigenom underlättas apotekens och kassornas arbete vid förmedlingen av 90- respektive 75-procentsrabatterna i det att endast sifferbeteckningarna, vid sidan av datum för utfärdandet, behöva noteras på recepten.

Centralsjukkassorna böra, vid sidan av att de svara för kostnaderna för utgivna förmåner, vara huvudansvariga för fördelningen av bevishandlingarna. För att möjliggöra intern sjukkassekontroll i vad avser tilldelningen till varje lokalsjukkassa torde bevishandlingarna behöva förses med löpande nummer för varje centralsjukkasseområde.

Vid utfärdandet antecknar vederbörande kassa i sitt medlemsregister att bevis utfärdats med angivande av datum och löpande nummer. Bevisets datering skall synkroniseras med bokföringsdag för de verifikat, som bildat underlag för utfärdandet. Sådana förmånsberättigade, vilka ej äro inskrivna såsom medlemmar i sjukkassa, registerföras särskilt för varje år hos den kassa som utfärdat bevis. Genom att bevisens storlek icke behöva anpassas efter något maskinellt utfärdandesystem kan den utrymmesbegränsande barnmarkering, som utredningen tidigare diskuterat, icke anses bliva direkt erforderlig. Med hänsyn härtill synas bevisen — åtminstone intill dess erfarenheterna av systemet i denna detalj kunna anvisa annat — böra i förekommande fall innehålla namn- och födelseuppgifter på förutom den vuxne vårdnadshavaren även samtliga hans minderåriga barn. Som tidigare även anförts måste bevisen ånyo företes vid medlemskassan vid ändrade vårdnadsförhållanden samt för tillförande av nyfödda.

Vid utformningen av bevishandlingarna måste, i vad gäller alternativ 2, beaktas de tidigare angivna önskemålen om att bevisen även skola kunna tjäna såsom verifikationer vid den särskilda restitutionsförmedlingen av högkostnadsförmånerna. Härför erfordras sådant utrymme på bevisen att apoteken och sjukkassorna vid varje förmånsuttag kunna angiva dels —

med stämpel — apoteks- respektive sjukkassenamn samt datum, dels det verifikationsnummer under vilket ingivet och behållet recept kan återfinnas, dels även det belopp bevisinnehavaren själv fått betala sedan den 75-procentiga rabattförmånen avräknats. Riktigheten av de gjorda noteringarna bör bestyrkas med signum av den för expeditionen ansvarige. Ifrågakommande belopp torde böra angivas både med siffror och bokstäver. Noteringarna torde kunna företagas på sätt som framgår av figur 1 b och 1 c.

Därest bevishandlingarna utformas såsom dubbelvikta, fyrsidiga formulär erhålles, om sidorna givas samma storlek som i figur 1 a och om första sidan reserveras för de egentliga bevisuppgifterna, utrymme på tre sidor för noteringar om sexton förmånsuttag. Eftersom dubbletter av redan utfärdade bevis vid behov tämligen omgående böra kunna erhållas på sjukkassorna torde större format icke behöva ifrågakomma.[1]

Vid framställning om förmånsbevis måste — förutom det att personlig legitimation, d. v. s. framförallt sjukförsäkringsbesked, företes — härvid jämväl eventuellt angivet vårdnadssamband med minderåriga barn styrkas. Såsom berättigat vårdnadssamband torde härvid kunna få gälla samband i fråga om den faktiska vårdnaden även om denna avviker från den rättsliga. Såsom skäl härför torde kunna få åberopas, att likformighet i görligaste mån bör eftersträvas med förhållandena inom den allmänna sjukförsäkringen. I fråga om exempelvis barntillägg vid sjukpenning gäller häri att endast de faktiska vårdnadsförhållandena spela någon roll.

Beträffande omfattningen av kontrollen av detta faktiska vårdnadssamband vill utredningen något återvända till det tidigare å sid. 104 behandlade förslaget om ändring av receptblanketterna och omfattningen av uppgiftsskyldigheten för läkare och patienter vid förskrivning av läkemedel åt minderåriga. Även om ordningen ifråga tills vidare icke kan anses bliva direkt erforderlig för det syfte, som förslaget i tidigare sammanhanget närmast tog sikte på, nämligen att vinna begränsning av förmånsbevisens storlek, synes densamma kunna avsevärt underlätta kontrollen av det faktiska vårdnadssamband, som föreslås utgöra förutsättning för att de minderåriga barnens receptkostnader skola kunna få på tidigare angivet sätt sammanföras med vederbörande vårdnadshavares. Utredningen vill för sin del ifrågasätta huruvida icke fördelarna av den angivna ordningen i de avseenden som nu behandlas äro så stora, att läkarna böra kunna åläggas att — på samma sätt som förekommer vid utskrift av läkarvårdskvitto — vid varje utfärdande av recept för minderåriga införa uppgifter på förutom barnet även vårdnadshavaren. Att en mindre ändring härvid erfordras i utformningen av receptblanketterna torde icke kunna anses utgöra något hinder häremot.

[1] I samband med utfärdande av dubblett torde sjukkassan, på sätt ovan å sid. 103 antytts, ha möjlighet att verkställa utbetalning av högkostnadsersättning i det att originalbeviset härvid kan behållas såsom verifikation.

FÖRMÅNSBEVIS

Gäller vid inköp under år

1961

enligt förordningen om de allmänna läkemedelsförmånerna.

Namn	Födelsetid och föd-nr	Anvisningar
Utfärdande sjukkassa		Sjukkassans stämpel
Datum		

Fig. 1 a. Bevishandlingens första sida.

Apotekets eller sjukkassans stämpel	Rec ver.-nr	Läkemedelskostnad för inköp enl. receptet efter avdrag för prisnedsättning		
		Kronor ören	Kr.	öre
		Kronor ören	Kr.	öre
		Kronor ören	Kr.	öre
		Kronor ören	Kr.	öre
		Kronor ören	Kr.	öre
		Kronor ören	Kr.	öre

Fig. 1 b. Sida två (=sida tre). 1/4 storlek

Apotekets eller sjukkassans stämpel	Rec Ver.-nr	Läkemedelskostnad för inköp enl. receptet efter avdrag för prisnedsättning		
		Kronor ören	Kr.	öre
		Kronor ören	Kr.	öre
		Kronor ören	Kr.	öre
		Kronor ören	Kr.	öre
Restituerande sjukkassas stämpel		Total kostnad		
		Egen andel		
		Högkostnadsersättn.		
		Ovanstående belopp kvitteras: den / 196 .		

Fig. 1 c. Sida fyra. 1/4 storlek

Figur 1. Förslag till utformning av förmånsbevis vid självrisksystem enligt alternativ 2 (Storlek 148 × 105 mm, 4 sidor)

Beträffande förmånsbevisen torde i övrigt få gälla att de böra kunna utfås både genom ombud och postledes.

Särskilt om iterationsrecepten

Redan vid genomförandet av läkemedelsreformen uttalades, att förekomsten av iterationsrecept utgjorde en komplikation vid ett system där recepten skulle utgöra verifikationer för apotekens räkningar. De härigenom antydda svårigheterna kvarstå och bliva i vissa hänseenden ytterligare markerade i självrisksystemet, där behov av verifikationer uppkommer icke blott för apoteken utan även för sjukkassorna vid förmedlingen av den 90- respektive 75-procentiga rabattförmånen.

Utredningen har övervägt, huruvida icke iterationsrecepten skulle kunna inpassas i förmånsordningen på så sätt, att vid inköp enligt itererade recept förmånerna finge stå inne till dess det sista inköpet gjorts. Härigenom skulle verifikationsbehovet komma att begränsas till ett enda tillfälle, fyllt genom att receptet — på vilket apoteket (eller apoteken) stämplat in varje särskilt inköp — finge behållas sedan ersättningen utlämnats. Förmånsuttagen finge sålunda även i dessa fall ske i form av ett slags restitutionsförfarande.

Ordningen är emellertid behäftad med vissa uppenbara avigsidor. Ur den enskildes synpunkt kommer den — i den stora utsträckning som iterationsrätten nu utnyttjas — att innebära en kännbar omgång, i det att förmånerna i ett avsevärt antal fall icke kunna erhållas omedelbart vid varje inköp på apoteket. Som följd härav kan ordningen även komma att medföra en icke önskvärd förskjutning av både förskrivningsvanorna (till större förpackningsenheter) och inköpsvanorna (till inköp på en gång av samtliga tillåtna uttag enligt receptet). Även om dessa omständigheter kunna sägas på sätt och vis bliva relativt avgränsade och i allt fall medföra mindre kännbara verkningar därest den nuvarande begränsningen, att varje iterationsrecept icke får avse mer än en förskrivning, bibehålles, kan ordningen ifråga icke betecknas såsom tillfredsställande.

Under sådana förhållanden synes det icke möjligt att inpassa de itererade recepten i den administrativa ordningen på annat sätt än genom ett avskriftsförfarande. Härvidlag synes det lämpligast att bygga på den nuvarande ordningen med signaturavskrifter utfärdade av apoteken. Den avlastning i apoteksarbetet som ett borttagande av signaturavskriftsförfarandet skulle medföra bör nämligen enligt utredningens uppfattning icke få till följd att motsvarande merarbete med utfärdande av receptavskrifter i stället ålägges läkarna. Innebörden härav skulle ju för övrigt vara att iterationsrätten bleve en chimär.

Vid inpassandet av det nuvarande avskriftsförfarandet i den föreslagna ordningen måste beaktas, att avskrifterna ifråga skola tjäna såsom verifikationer icke blott, som i det nuvarande systemet, för apoteken utan även

för den enskilde och för sjukkassorna. Den enskildes behov av signaturavskrift såsom verifikation betingas därav, att bland de recept som han skall lämna från sig för att få ut förmånsbevis kan finnas ett itererat men ännu ej fullt utnyttjat recept. Apoteken måste sålunda vid varje expedition av itererat recept framställa signaturavskrift. Sker inköpet med prisnedsättning behålles avskriften på apoteket såsom dess verifikation medan originalreceptet, utom vid det sista inköpet, återställes till vederbörande. Ifrågakommer ej prisnedsättning får signaturavskriften häftas vid originalreceptet, som lämnas tillbaka. Innehavare av itererat men ej fullt utnyttjat recept, som besöker sjukkassan för att erhålla förmånsbevis, får sedan lämna från sig signaturavskrifterna men behålla originalreceptet.

Utgifter för av läkare tillhandahållna läkemedel

Vid utformningen i det tidigare av självrisksystemet har förutsatts, att läkemedlen utlämnas på apotek. Emellertid förekommer, om än i mindre utsträckning, att de sjuka vid sidan av denna normala väg för läkemedelsanskaffning erhålla vissa läkemedel direkt av läkaren. Enligt den nuvarande ordningen kan prisnedsättning icke ifrågakomma för sådan direkt läkemedelsanskaffning; ej heller utgår någon ersättning enligt lagen om allmän sjukförsäkring.

Med hänsyn framför allt till förhållandena i glesbebyggda trakter vill utredningen föreslå att i läkemedelsförmånerna enligt självrisksystemet få i viss utsträckning inbegripas även de kostnader, vilka uppkomma i anledning av att läkaren själv tillhandahållit läkemedel. Denna särskilda förmån torde icke behöva omfatta andra läkemedel än sådana, som läkaren vid sjukbesök bedömt vara behövliga för patienten intill dess inköp kan ske på apotek.

Tekniskt torde den nu föreslagna ordningen kunna inlemmas i självrisksystemet på så sätt, att läkaren, sedan han mottagit betalning för läkemedlet, till patienten utfärdar ett kvitto enligt särskilt formulär; detta kvitto — som bör innehålla, förutom uppgift på det erlagda beloppet (ev. angivet både med siffror och bokstäver), läkemedlet (slag och kvantitet) samt patientens namn och födelsedata även ett intygande av att läkemedlet tillhandahållits vid sjukbesök och att det bedömts vara behövligt för patienten intill dess inköp kan ske på apotek — får av patienten sedermera företes på sjukkassa för utfående av prisnedsättning. Kvittot får härefter tjäna som verifikation för sjukkassan på samma sätt som då det gäller ett recept.

Utredningen kommer i ett följande avsnitt att föreslå att bakteriologiska preparat skola ingå i urvalet av förmånberättigade varor. I stor utsträckning tillhandahållas dessa preparat av den behandlande läkaren, som anskaffar dem från statens bakteriologiska laboratorium. Då denna distributionsväg många gånger torde vara den lämpligaste, synes kostnaden för av läkare

tillhandahållna bakteriologiska preparat böra inbegripas i den här föreslagna särskilda förmånsordningen även i de fall då preparatet tillhandahållits i annan ordning än vid sjukbesök.

Avrundning vid beräkning av prisnedsättning

Självrisksystemet innebär att läkemedelspriserna uppdelas på den enskilde och på det allmänna med hjälp av en fastställd procentsats. Vid prissättningen på apoteken har en avrundning av priserna eftersträvats av praktiska skäl. För närvarande har denna avrundning icke kunnat föras längre än till jämna 5-öresbelopp. Detta medför vid tillämpningen av självrisksystemet att de framräknade procentuella andelarna av priserna i flertalet fall komma att sluta på ojämna öretal. Ett bibehållande av dessa ojämna belopp innebär enligt utredningens förmenande en millimeterrättvisa, som saknar ekonomisk betydelse för de betalande. Då frågan härtill kan bliva av, relativt sett, ganska stor betydelse för det praktiska arbetet på apotek och sjukkassor anser utredningen det böra övervägas, huruvida icke en avrundning kan ske även vid beräkningen av prisnedsättningen enligt läkemedelsförmånerna. Eftersom denna avrundning icke synes behöva begränsas till vad som hittills tillämpats vid prissättningen på apoteken, torde relativt stora lättnader kunna åstadkommas.

Utredningen vill för sin del föreslå att avrundningen utformas så, att summorna på varje recept höjas respektive sänkas — varvid jämna femtiotal böra höjas — till närmast hela krontal, på vilka procenttalen beräknas. Härigenom avrundas andelarna till jämna 10-tal (vid alternativ 2 25-tal) ören. Största avvikelsen från det exakta beloppet blir i förra fallet ± 5 och i senare fallet ± 12 eller 13 öre. Därest en sådan ordning införes kan lätt en tabell upprättas, som överskådligt anger fördelningen av samtliga belopp intill t. ex. 100 kronor, vilket sistnämnda i och för sig innebär ytterligare en fördel.

Redovisning och statsbidrag

Apotekens redovisning och gottgörande för utlämnade läkemedelsrabatter torde i stort kunna regleras av riksförsäkringsanstalten enligt den nu tillämpade ordningen. Det bör ankomma på anstalten att med ledning av erfarenheterna av den nuvarande regleringen inpassa densamma i det föreslagna självrisksystemet.

Även beträffande sjukkassornas bokföring och redovisning av utgifter på grund av läkemedelsförmånerna torde det böra ankomma på riksförsäkringsanstalten att utfärda föreskrifter. Sjukkassornas behov av ökade rörelsemedel på grund av dessa utgifter bör tillgodoses inom ramen för av anstalten förmedlade månadsförskott för den allmänna sjukvårdsförsäkringen.

Slutavräkning och kostnadsfördelning torde årligen ombesörjas på i princip samma sätt som i nuvarande system härför.

Den centrala kontrollen

Det torde närmast ankomma på riksförsäkringsanstalten och medicinalstyrelsen att med ledning av erfarenheterna från av dessa myndigheter bedriven dels kontroll av hittillsvarande läkemedelsrabattering och dels tillsynsverksamhet över sjukkassorna, apoteksväsendet samt hälso- och sjukvården i stort bestämma metod och omfattning av den kontroll som i fortsättningen erfordras gentemot apotek och sjukkassor samt internt hos sjukkassorna. Härjämte synes det böra ankomma på medicinalstyrelsen att i samarbete med riksförsäkringsanstalten och i förekommande fall även med läkar-, apoteks- och läkemedelsindustriorganisationerna närmare undersöka huru de funktioner skola fullgöras som erfordras för att förmånernas handhavande skall kunna följas. Häri bör då även ingå att åstadkomma rättelse i fall där så påkallas samt att anpassa förmånerna med hänsyn bland annat till utvecklingen på läkemedelsområdet.

Utredningen vill beträffande möjligheterna att insätta kontrollåtgärder i detta sammanhang endast hänvisa till den redovisning härav som givits i det föregående.

KAPITEL XII

Urvalet av förmånsberättigade varor

Av den allmänna målsättningen framgår, att förmånen syftar till att bereda medborgarna skydd mot att vid sjukdom betungas med alltför stora utgifter för läkemedel. Vidare har utredningen funnit att förmånen skall begränsas till läkemedel, vilka inköpas enligt av läkare utfärdade recept. Härigenom kan urvalet av förmånsberättigade varor sägas vara angivet i stort. Emellertid utgöra läkemedlen i vidsträckt bemärkelse en mycket stor och heterogen varugrupp, som spänner över ett brett register från komplicerade och högt specialiserade produkter till enkla ämnen och droger, som många gånger ha andra och huvudsakliga användningsområden. Ett rimligt krav på de läkemedelsinköp, som skola medföra förmånen synes vara, att de ingå som ett led i en kvalificerad sjukvård. Det förhållandet att förmånen begränsats till läkemedel, vilka utlämnats enligt av läkare utfärdade recept, får anses innebära en betydande garanti för att detta krav uppfylles. Vid tillskapandet av gällande system ansågs emellertid detta icke vara tillfyllest som preventiv mot ett icke avsett utnyttjande av förmånen. I anledning härav företogs ett urval, till vilket förmånen knöts. Sålunda ha de kostnadsfria läkemedlen i konsekvens med det system enligt vilket denna förmån byggts upp angivits i en förteckning, medan urvalet av prisnedsatta läkemedel begränsades till apoteksvaror och läkemedel, som äro gift av första klassen.[1] Till de spörsmål som sammanhänga med angivandet av de kostnadsfria läkemedlen avser utredningen att återkomma i ett senare avsnitt, som behandlar den framtida utformningen av denna för-

[1] Hör använda begrepp åsyfta — liksom i den följande framställningen — definitioner och avgränsningar, som införts genom gällande läkemedelslagstiftning. Enligt apoteksvarustadgan är *läkemedel* liktydigt med »vara, avsedd att vid utvärtes eller invärtes bruk förebygga, lindra eller bota sjukdom eller sjukdomssymptom hos människor eller djur». Med apoteksvara förstås »ämnen (enkla kemikalier och droger) och beredningar, som endast eller i huvudsakligaste mån användes såsom läkemedel eller vid tillredning av läkemedel». Att en vara användes som läkemedel innebär således icke alltid att den betraktas som apoteksvara. Detta blir fallet först när varan endast eller i huvudsakligaste mån användes som läkemedel. Ej heller i sådant fall är emellertid varan konsekvent att hänföra till apoteksvarubegreppet. Sålunda äro bl. a. de läkemedel som enligt giftstadgan utgöra *gift av första klassen* eller utgöra *bakteriologiska preparat*, formellt icke apoteksvaror. Handeln med båda dessa läkemedelsgrupper är emellertid reglerad på ett sådant sätt, att de i flera avseenden äro likställda med apoteksvaror. Mera reell innebörd ha de undantagsbestämmelser i apoteksvarustadgan, enligt vilka vissa läkemedel frigivits för den allmänna handeln. Dessa s. k. *fria läkemedel* omfatta numera ett stort och livligt bearbetat varusortiment, som på grund av föreliggande gränsdragningssvårigheter många gånger balanserar på gränsen till apoteksvarubegreppet.

mån. Vad prisnedsättningen beträffar kommer utredningen i det följande till en början att uppehålla sig vid det urval, som träffats inom den nuvarande ordningen, och därefter överväga behovet av liknande åtgärder inom ramen för självrisksystemet.

Nuvarande ordning

Som framgått av den tidigare redogörelsen för förarbetena till den nuvarande ordningen ägnades ett betydande intresse åt läkemedelsurvalet. I det följande skall i korthet erinras om de motiv som varit vägledande vid utformningen och om konsekvenserna av denna. Den införda ordningen har kommit ur en strävan att finna en fast gräns för urvalet, som möjliggjorde en viss återhållsamhet samtidigt som utrymme bereddes för en fullgod läkarvård inom reformens ram. Vissa grupper av varor, som användes som läkemedel, ansågs icke böra omfattas av förmånen. Den varugrupp, som man härvid i första hand synes avsett att utesluta, utgöres av de s. k. fria läkemedlen. Vidare uteslöts ett relativt stort antal enkla ämnen och droger, vilka finna användning som läkemedel vid sidan av andra och huvudsakliga användningsområden. Dit höra bl. a. feta oljor, vissa salter, spritdrycker etc. Undantagandet från förmånen gäller endast i de fall, då varorna förskrivas som sådana, medan beredningar av varorna såsom lösningar eller blandningar betraktas som förmånsberättigade. Beträffande samtliga dessa varugrupper framhölls, att de rimligen borde undantagas från förmånen varvid bl. a. anfördes att i annat fall en del av den omfattande konsumtionen av dessa läkemedel kunde komma att föras in under reformen. Några nämnvärda olägenheter ur medicinsk synpunkt ansågs icke komma att uppstå. En följd av den gränsdragning som skedde var emellertid att även bakteriologiska preparat undantogos. Under hänvisning till att dessa endast i relativt begränsad omfattning försåldes direkt till allmänheten, ansågos övervägande skäl tala för att ej inbegripa dem i förmånen. Till det ovan relaterade må fogas, att även karensbeloppet tillmättes en viss selektiv verkan inom det tillåtna varuområdet. Sålunda konstaterades, att en stor del av de apoteksvaror, vilka inköptes i handköp, betingade priser understigande detta belopp, vilket ansågs minska riskerna för ett missbruk i form av ökad receptförskrivning av dessa läkemedel.

Erfarenheterna från tillämpningen ge vid handen, att utformningen erjudit en för det praktiska arbetet oftast väl definierad ram, som varit relativt lätt att tillämpa. Anknytningen till första klassens gift ansluter till en indelning av läkemedlen, som är fundamental för arbetet på apoteken. Bl. a. skola hithörande läkemedel förvaras åtskilda från andra varor. Ifråga om apoteksvarorna föreligger icke någon liknande anknytning till hanteringen av varorna. Att tolka apoteksvarustadgan i avgränsningsfrågor är många gånger förenat med svårigheter och i praktiken har i gränsfallen

vissa enkla men ur formell synpunkt icke helt försvarbara »tumregler» tillgripits.

Ur läkarens och ur den sjukes synpunkt har ordningen erbjudit ett urval, som automatiskt anpassas efter utvecklingen och som — på få undantag när — inrymmer vad som erfordras för en fullgod läkarvård. Det viktigaste av dessa undantag är de bakteriologiska preparaten. Erfarenheten har visat, att dessa i ej alltför ringa omfattning förskrives enligt recept varvid den enskildes kostnader kunnat stiga till kännbara belopp. Slutligen må nämnas, att det förhållandet, att gränsen mellan apoteksvara och andra läkemedel är av formell natur, i en del fall medför konsekvenser, som ur den sjukes synpunkt te sig svårförståeliga och orättvisa. Detta blir i synnerhet fallet när gränsen mellan de båda grupperna är flytande, vilket bl. a. gäller för gränsen gentemot de s. k. fria läkemedlen.

Detta sistnämnda förhållande har i viss mån reducerat verkningarna av att de fria läkemedlen undantagits vid läkemedelsurvalet. Bland de fria läkemedlen finnes nämligen ett betydande antal beredningar som till sammansättningen nära överensstämma med apoteksvaror. De önskemål om receptförskrivning av de förstnämnda, som befarats, torde således i viss utsträckning kunna tillgodoses genom förskrivning av synonyma apoteksvaror. Denna möjlighet är i synnerhet påtaglig ifråga om den vid förarbetena särskilt uppmärksammade vitaminkonsumtionen. Å andra sidan har vid urvalet uteslutits bl. a. näringspreparat och mera kosmetiskt betonade varor, vilket med hänsyn till utvecklingen på dessa områden får betraktas som välbetänkt.

Urvalet vid självrisksystemet

För att syftet med förmånen skall ernås fordras att läkemedelsurvalet inrymmer vad som erfordras för en fullgod läkarvård. Härvid får detta urval icke göras för snävt, då möjligheter måste finnas att kunna variera behandlingen efter sjukdomens art och de sjukas individuella reaktioner. Med hänsyn till rådande snabba utveckling inom farmakoterapien är det vidare av vikt, att urvalet gives en tillräckligt smidig utformning. Allt detta anvisar ett urval, som lämnat största möjliga rörelsefrihet.

Å andra sidan kunna skäl anföras för ett mera restriktivt tillvägagångssätt. Som inledningsvis anförts utgöra läkemedlen ett mycket stort och heterogent varusortiment. Oenhetligheten gäller både ifråga om läkemedlens medicinska värde och de priser, som de betinga. På grund av sortimentets storlek föreligga många gånger flera alternativ vid valet av läkemedel i ett enskilt fall. Dessa alternativ kunna skilja sig från varandra genom olikheter i läkemedlens sammansättning, som syfta till att erbjuda en — kanske diskutabel — fördel för vissa sjuka, men som för andra sjuka sakna betydelse. I fråga om ett obetydligt antal läkemedelsberedningar

föreligga parallellpreparat, som äro helt identiska till sammansättningen, men betinga väsentligt olika priser. Det kunde här ligga nära till hands att söka träffa ett urval, som uteslöt de ur medicinsk och/eller ekonomisk synpunkt oförmånligare alternativen. Med den stora rabatt, som erhålles sedan självriskbeloppet uppnåtts, skulle ett sådant urval med säkerhet verka starkt konsumtionsdirigerande. Ett annat skäl för restriktivitet är den risk för missbruk, som kan ligga i en för stor frihet. Missbruket kan tänkas ske på två sätt; dels i form av en överkonsumtion av läkemedel, dels genom en anpassning av konsumtion eller inköp i syfte att uppnå ekonomiska fördelar.

Vid förarbetena till den nuvarande ordningen övervägde utredningsmannen lämpligheten av ett urval av det slag, som här betecknats som konsumtionsdirigerande. Han fann dock att en sådan ordning skulle vara åtföljd av så betydande nackdelar, att den icke borde införas. Det urval, som blev det slutliga resultatet av utredningen, fick ur preventiv synpunkt en mycket begränsad syftning, som huvudsakligen tog sikte på att förhindra en anpassning av inköpen genom övergång till receptförskrivning av sådana läkemedel, som tidigare inköpts utan recept.

Utredningen har vid sin granskning av skälen för ett urval i syfte att påverka inriktningen av konsumtionen funnit de av utredningsmannen framförda skälen mot en sådan ordning fortfarande vara bärande. Härtill kommer att utredningen rent allmänt anser att läkemedelsförmånerna icke skola utformas i syfte att påverka läkarens ställningstagande utan endast underlätta för den sjuke att få tillgång till förskrivet läkemedel. De vinster, som kunna nås på kort sikt genom en dirigering, torde f. ö. på längre sikt kunna bytas i sin motsats. Sålunda torde det icke vara möjligt att utforma urvalet så att det tillräckligt smidigt följer utvecklingen inom läkemedelsområdet. Den eftersläpning, som synes oundviklig, kan — bortsett från nackdelarna för de sjuka i de aktuella fallen — komma att verka hämmande på utvecklingen.

Om således enligt utredningens mening utformningen av förmånerna icke bör syfta till att i princip påverka läkemedelsurvalet är det å andra sidan angeläget att undvika en utformning, som inbjuder till missbruk. Som ovan antytts kan missbruket taga olika former. Den form härav, som betecknats som anpassning, kan ske antingen genom att receptförskrivningen utvidgas till att omfatta jämväl läkemedel, som normalt inköpas utan recept, eller genom en medicinskt icke nödvändig övergång till dyrare och större inköp om sådana premieras av systemet. I den nuvarande ordningen har som nämnts den förstnämnda anpassningsformen motarbetats genom ett i viss mån restriktivt läkemedelsurval. Vad beträffar övergången till dyrare inköp är det uppenbart att systemet dels genom karensbeloppet och dels genom prisnedsättningens utjämnande inverkan på prisskillnaderna underlättat en sådan övergång. Genom företagna undersökningar har utredningen kunnat visa att detta bl. a. tagit sig uttryck i att inköpen kommit att avse större kvantiteter per gång.

I och för sig torde väl icke denna utveckling, som huvudsakligen torde få tillskrivas inverkan av karensbeloppet, kunna betraktas som ett missbruk så länge inköpen icke överskrida vad som erfordras för behandlingen eller läkemedlen förstöras under lagringen. Utredningen har icke funnit det möjligt att undersöka i vilken utsträckning så varit fallet men anser sig kunna konstatera att utvecklingen tagit en sådan riktning att riskerna härför erfarenhetsmässigt få bedömas vara betydande. Inverkan av prisnedsättningen kan emellertid icke antagas ha begränsat sig till urvalet av förpackningsstorlekar. Betydelsen av valet mellan olika dyra synonymer minskar för den enskilde genom att prisskillnaderna reduceras. Utöver den omedelbara inverkan av denna minskning av incitamentet att välja ur kostnadssynpunkt förmånliga läkemedel, kan utredningen icke bortse från en sekundär inverkan på läkemedelskostnaderna, då förhållandet knappast torde vara ägnat att stimulera tillverkarna till priskonkurrens.

Bedömningen av riskerna för att liknande förhållanden skola uppträda vid tillämpningen av självrisksystemet försvåras av att detta sammansättes av två ur den enskildes synpunkt skilda kostnadsområden, nämligen inköpen före respektive efter uppnåendet av självriskbeloppet. Före uppnåendet av detta belopp innebär en utökning av receptförskrivningen icke några fördelar och alltför stora förpackningar eller dyra läkemedel äro enbart till nackdel för den sjuke. En viss strävan att uppnå självriskbeloppet, särskilt i de fall den sjuke förutser ett långvarigt behov av läkemedel, kan dock utgöra ett incitament att begära recept å läkemedel, som eljest skulle ha inköpts utan recept. Detta incitament blir givetvis starkare om självriskbeloppet sättes så lågt att det är jämförelsevis lätt att nå samt om rabatteringen vid de fortsatta inköpen är stor. Vid en riktig avvägning av självriskbeloppet bör inverkan på kostnaderna av en anpassning bliva mindre betydande särskilt som läkarnas yrkesansvar får anses lägga hinder i vägen för att receptförskrivningen urartar. Sedan självriskbeloppet uppnåtts begränsas den enskildes kostnader till en ringa del av läkemedlens pris. Detta påverkar givetvis intresset för valet mellan olika dyra läkemedel och om den enskildes bidrag begränsas alltför mycket torde dennes intresse härför helt bortfalla. Önskemålet om ökad receptförskrivning är en omedelbar följd av rabatteringen och kommer att öka i samma mån som den enskildes andel minskar.

Vad slutligen beträffar risken för missbruk genom överkonsumtion kan allmänt fastslås, att varje form av rabattering i princip måste komma att verka *konsumtionsstimulerande* genom att den enskildes inköpsmöjligheter ökas. I vad mån en *konsumtionsökning* kommer till stånd beror dels på varornas tillgänglighet, dels på det värde, som varorna tillmätas av köparen jämfört med andra varor. De här aktuella läkemedlen få anses vara relativt svårtillgängliga, då inköpen förutsätta ordination av läkare. Ifråga om värdet i jämförelse med andra varor ha läkemedlen länge i princip betraktats som nödvändighetsvaror. Riktigheten av detta betraktelsesätt är av

väsentlig betydelse för bedömningen av rabatteringens inverkan på konsumtionen, som i det fall ett absolut behov föreligger får förutsättas vara jämförelsvis okänslig för kostnaderna i den mån dessa icke äro så höga att de direkt förhindra inköp. I betydande utsträckning är det berättigat att betrakta läkemedlen som nödvändighetsvaror men detta betraktelsesätt är ingalunda generellt giltigt vid en objektiv bedömning. Ur den sjukes synpunkt blir bedömningen ofta subjektiv varvid den tro eller övertro, varmed läkemedlen länge omfattats, säkerligen utövar ett betydande inflytande. Genom den kraftiga ökning av läkemedelskonsumtionen, som ägt rum under framför allt de senaste åren ha läkemedlen på ett helt annat sätt än tidigare kommit att ingå i de allmänna konsumtionsvanorna. Vid den här antydda utvecklingen — som, enligt vad såväl 1946 års läkemedelsutredning som medicinalstyrelsen framhållit, även inrymmer läkemedelsmissbruk — kunna läkemedlen självklart icke genomgående anses som nödvändighetsvaror. Detta gäller icke endast de läkemedel, som inköpas i handköp, utan i viss utsträckning även de av läkare ordinerade läkemedlen i den mening att de behov av medikamentös behandling som tillgodoses kunna ha uttunnats till ett diffust tillgodoseende av det allmänna välbefinnandet. Här må erinras om användning av läkemedel i psykoterapeutiskt syfte samt vissa förskrivningar av vitaminpreparat och tonica.

De läkemedel, vilka kunna tänkas ifrågakomma för en mera allmän överkonsumtion, utgöra ett mycket stort antal, av vilka många äro av väsentlig betydelse för behandlingen av vissa sjukdomar. Att genom ett urval utesluta dessa läkemedel från förmån skulle innebära en snedvridning och belasta vissa sjuka på ett sätt, som icke kan försvaras enbart med syftet att minska riskerna för en överkonsumtion i vissa andra fall. Detta gäller även ifråga om de läkemedel, som mera notoriskt missbrukas. Till denna grupp kunna hänföras ett betydande antal läkemedel, som med hänsyn till följderna av missbruk spänna över ett brett register från ur hälsosynpunkt relativt ofarliga medel till sådana, som kunna medföra allvarliga skadeverkningar. Hit hör bl. a. de läkemedel, som påverka centrala nervsystemet, d. v. s. dels medel med lugnande eller sömngivande effekt, dels ock stimulerande medel. I båda fallen föreligga redan nu tendenser ifråga om konsumtionen, som inge betänkligheter ur folkhälsosynpunkt. Samtidigt äro emellertid dessa läkemedel av så stor betydelse för vissa sjuka att utredningen icke ansett sig kunna utesluta dem.

Efter granskning av skälen för och emot en begränsning av urvalet har utredningen icke ansett sig kunna föreslå restriktioner i syfte att förebygga läkemedelsmissbruk och har därför övervägt att låta förmånen omfatta varje av läkare förskrivet läkemedel. Härvid har utredningen emellertid funnit att begreppet läkemedel är alltför vidsträckt för förmånens syfte och att det ur definitionssynpunkt icke erbjuder en tillräckligt fast gräns för den praktiska tillämpningen. Enligt gällande definition å läkemedel

(se not 1 sid. 113) skulle nämligen förmånen härigenom komma att omfatta förutom de speciella produkter, som man i dagligt tal innefattar i detta begrepp, jämväl en mängd varor, vilkas huvudsakliga användning avser andra ändamål. Utredningen är medveten om att flera av dessa varor erfordras vid behandlingen av vissa sjukdomsfall och därvid understundom svårligen kunna ersättas med andra medel. Anledningen till att man trots detta ansett sig böra söka en snävare ram för urvalet är att hithörande varor många gånger utgöra alldagliga konsumtionsvaror. Till dessa höra i första hand vissa enkla råvaror och naturprodukter såsom feta oljor och liknande. I fråga om dessa varor torde en mera omfattande receptförskrivning icke vara att vänta, då den medicinska användningen är relativt liten och avgränsad till vissa klart indicerade fall. Större betänkligheter inger det förhållandet, att gränsen mellan läkemedel och livsmedel många gånger är synnerligen oskarp såväl ur formell som ur saklig synpunkt när det gäller mera avancerade produkter. Detta gränsområde ägnas betydande intresse och redan nu föreligga produkter som äro avsedda att helt eller delvis *ersätta* konsumtionsvaror i syfte att uppnå medicinsk verkan. Även gentemot andra varuslag med mera alldaglig användning erbjuder läkemedelsbegreppet icke någon skarp gräns.

Utredningen anser, att förmånens syfte klart anvisar ett urval, som begränsats till att avse läkemedel i mera kvalificerad bemärkelse än här berörda varuslag och finner, bl. a. med hänsyn till riskerna för missbruk, angeläget att anknyta till en fast gräns, som utesluter dessa varor. Å andra sidan bör denna gräns, av skäl som tidigare utvecklats, icke vara så snäv att urvalet av kvalificerade läkemedel mera märkbart påverkas. Utredningen har funnit att det urval, som tillämpas i den nuvarande ordningen, i allt väsentligt är väl ägnat att motsvara denna målsättning. Som framgått av det föregående visar erfarenheten, att detta urval erbjudit en för det praktiska arbetet oftast väl definierad ram, som på få undantag när inrymt vad som erfordras för en fullgod sjukvård. I syfte att eliminera det viktigaste av dessa undantag vill utredningen förorda, att urvalet utvidgas till att omfatta även de bakteriologiska preparaten. Denna utvidgning synes väl motiverad, då dessa i vissa fall äro nödvändiga för en adekvat behandling och då kostnaderna kunna bliva betydande för den enskilde i de icke alltför få fall, där medlen förskrivas enligt recept. De i övrigt tidigare antydda bristfälligheterna i det nuvarande urvalet synas utredningen vara av mindre betydelse.

Genom den föreslagna avgränsningen uteslutas förutom tidigare omnämnda varor, vilka huvudsakligen användas för annat syfte än som läkemedel, även de s. k. fria läkemedlen. Enligt utredningens mening föreligger knappast något medicinskt behov att utsträcka förmånen till dessa läkemedel, då de fall där de äro indicerade ofta torde kunna tillgodoses med synonyma apoteksvaror.

KAPITEL XIII

Kostnadsfriheten

Avgränsning

Den nu gällande förteckningen över kostnadsfria läkemedel upptager 18 sjukdomstillstånd för vilkas behandling bestämda läkemedel angivits. Samtliga dessa sjukdomar äro till sin karaktär livslånga med undantag för astma och tuberkulos där en läkning kan inträda och där sjukdomen ej kräver vidare behandling.

Utredningen har i det föregående uttalat, att under förutsättning att det av utredningen förordade självrisksystemet genomföres, en begränsning av de kostnadsfria läkemedlen kan ske så att endast kostnadskrävande behandling medtages och samtidigt ett bestämt samband fordras mellan sjukdom och läkemedel, dock med beaktande av att ej någon väsentlig försämring inträder i nu gällande förmåner. För grupperna 8, myasthenia gravis, 9, glaucom, 10, epilepsi, 15, parkinsonism, 11, astma bronchiale chron., 12, insuff.cordis chron. och 17, arthritis urica, kan behandlingen med de i förteckningen upptagna läkemedlen ej sägas vara mer kostnadskrävande än för ett flertal andra långvariga sjukdomar. De som lida av dessa sjukdomar, vilka ofta kräva annan behandling än den i förteckningen upptagna, kommer med självrisksystemet att få kostnaderna för sina i förteckningen upptagna läkemedel reducerade så att de ej verka betungande. I förteckningen äro två ovanliga sjukdomstillstånd upptagna, 17, agammaglobulinaemi och 18, cystisk pankreasfibros. I förra fallet är den upptagna behandlingen synnerligen dyrbar och kan lätt missbrukas. För båda sjukdomarna gäller att de föreslagna läkemedlen endast utgöra en del av behandlingen och att självrisksystemet för dessa sjuka medför så stora fördelar att den kostnadsfria behandlingen kan utgå.

Tuberkulos och den i grupp 13 upptagna behandlingen härav fyller de ovan av utredningen uppställda kraven i det att läkemedlen äro dyra och ett bestämt samband finnes mellan sjukdom och läkemedel. Det är en samhällelig angelägenhet att den framgångsrika sjukdomsbehandlingen av en tidigare folksjukdom får fortsätta ostört och utredningen anser att denna grupp bör kvarstå. För de under 14 uppräknade cancerformerna har den i förteckningen upptagna kostsamma hormonbehandlingen visat sig vara av palliativt värde. Med hänsyn härtill och då de angivna sjukdoms-

formerna äro av ovanligt allvarlig natur — i allmänhet medförande att personer, som lida av dem, ur hälsosynpunkt försättas i en särskilt dålig ställning — anser utredningen att denna grupp bör kvarstå i förteckningen. I grupperna 1—7 har behandlingen karaktären av substitutionsterapi. Här fordras en livslång kontinuerlig tillförsel av det ämne kroppen saknar eller lider brist av och även ett obetydligt avbrott i medicineringen kan ge allvarliga, ibland livshotande symtom. Även om i vissa fall den dagliga kostnaden för läkemedlet kan synas vara av den storleksordning att den skulle kunna inrymmas i självrisksystemet synes nödvändigheten av att läkemedlet alltid måste finnas till hands vara skäl nog för att det kostnadsfritt skall ställas till den sjukes förfogande.

Till vad nu anförts rörande grupperna 1—7 vill utredningen foga ytterligare en anmärkning. Bland de önskemål som för en del av de där upptagna sjukdomarna hittills under förteckningens giltighet yppats rörande tillförande av ytterligare läkemedel, måste enligt utredningens mening ett sägas vara mera än de andra värt beaktande. Utredningen syftar på den sedan länge för kostnadsfrihet ifrågasatta tablettbehandlingen mot sockersjuka. Enligt utredningens mening bör det övervägas att i förteckningen för sockersjuka upptaga, vid sidan av insulin, jämväl den mot sjukdomen avsedda tablettbehandlingen. En invändning om att detta vore en utvidgning av nu gällande bestämmelser och därför stridande mot de principer, som tidigare angivits, anser utredningen i detta fall icke behöva utgöra hinder härför. Det har nämligen i vissa fall visat sig antingen att insulin med fördel kunnat utbytas mot tabletter eller att insulinbehovet minskat vid samtidig tablettbehandling. Med hänsyn härtill får denna behandling numera anses stå i sådan paritet med insulinbehandling att det vore ohållbart att i förmånshänseende göra någon åtskillnad dem emellan.

Under hänvisning till vad ovan uttalats vill utredningen föreslå, att förteckningen över kostnadsfria läkemedel gives det å nästföljande sida redovisade innehållet.

Förteckningen har uppbyggts på samma sätt som den nuvarande. Detta innebär bl. a. att den icke upptager läkemedlen i form av bruksfärdiga beredningar utan endast anger den eller de verksamma beståndsdelar, som dessa beredningar må innehålla. I vissa fall har härvid endast angivits grupper av läkemedel utan närmare precisering av de enskilda medlen. Detta har skett med tanke på att ett mera noggrant angivande icke medgiver den anpassning efter utvecklingen som kan bliva nödvändig. Som en följd därav kunna i marknaden finnas beredningar, som formellt omfattas av förteckningen, men som icke äro tjänliga för behandlingen av de angivna sjukdomarna. Vidare kan detta för dem som handhava förmånen medföra svårigheter att avgöra huruvida en viss beredning omfattas av förteckningens rubriker. Med hänsyn härtill synes det böra uppdragas åt medicinalstyrelsen att inom den ram, som angivits i förteckningen, fastställa huruvida

Sjukdom	Läkemedel
1. Anaemia perniciosa	a) Leverpreparat till injektion b) Vitamin B_{12} till injektion
2. Diabetes insipidus	Hypofysbaklobextrakt, innehållande vasopressin
3. Diabetes mellitus	a) Insulin b) Perorala blodsockersänkande medel
4. Myxoedema	a) Sköldkörtelpreparat b) Tyroxin c) Liotyronin
5. Morbus Addisoni	a) Dekorton b) Kortison och hydrokortison
6. Tetania parathyreopriva	a) Vitamin D_2 (beredning innehållande minst 250 000 I.E./g) b) Dihydrotakysterol
7. Sprue, Coeliakia	a) Folinsyra b) Leverpreparat till injektion c) Vitamin B_{12} till injektion
8. Tuberculosis	a) Aminosalyl och derivat därav b) Isoniazid c) Streptomycin och dihydrostreptomycin
9. Cancer mammae Cancer ovarii Cancer prostatae Cancer testis	Androgena och östrogena ämnen

en viss beredning må förskrivas kostnadsfritt. För detta talar ytterligare ett skäl. I den nuvarande ordningen få de kostnadsfria läkemedlen icke innehålla andra verksamma beståndsdelar än dem, som angivits i förteckningen. Att detta krav upprätthålles i princip är en förutsättning för att systemet skall erhålla erforderlig stadga; mera långtgående eftergifter skulle säkerligen medföra en utveckling mot kombinationspreparat, som kunna verka fördyrande utan att innebära några fördelar medicinskt sett. I en del fall har dock denna snäva begränsning varit förenad med följder som ur saklig synpunkt te sig oegentliga. Sålunda har det bl. a. visat sig, att förtecknade läkemedel kunna medföra biverkningar, som försvåra användningen för vissa patienter.

Tillsatser som minska sådana icke önskvärda verkningar eller på annat sätt göra preparaten mera lämpade för här avsett syfte synas böra tolereras i viss utsträckning. För att en sådan tolkning skall kunna tillämpas utan risk för att förmånen gives ändrat innehåll kräves enligt utredningens mening att urvalet av de bruksfärdiga läkemedlen fastställes av sakkunnig myndighet under iakttagande av att de som huvudsakliga verksamma beståndsdelar endast innehålla i förteckningen upptagna läkemedel samt att de äro tjänliga och vedertagna för behandling av de sjukdomar som angivas i förteckningen.

Administration och kontroll

Det är utredningens uppfattning, att den kostnadsfria läkemedelsförmånen bör kunna administreras på i huvudsak samma sätt som hittills. Den nuvarande ordningen härför synes nämligen i det stora hela ha fungerat tillfredsställande och nu förekommande smärre tillämpningssvårigheter torde, under förutsättning av att omfattningen av förmånen begränsas så, som utredningen föreslår, bliva avsevärt lättare att bemästra. Vissa bristfälligheter finnas men dessa synes kunna avhjälpas genom särskilda åtgärder inom ramen för vad som hittills tillämpats.

Läkares förskrivning av kostnadsfria läkemedel bör sålunda även i fortsättningen ske på särskild receptblankett (läkemedelskort) enligt fastställt formulär. På varje läkemedelskort upptages endast en läkemedelsformel och på kortet angives det antal expeditioner av förskrivningen som högst må ske. Läkemedelskortet skall vara giltigt ett år från utfärdandet. Det bör alltjämt ankomma på sjukkassa att utöva kontrollen av den förmånsberättigade personkretsen och att förse läkemedelskort med påtecknat bevis i detta avseende, innan detsamma är giltigt för expediering på apotek. Sjukkassa skall också tillhandahålla s. k. beställningsblanketter till angivet antal expeditioner. Vid expedition förses läkemedelskortet med uppgift om apotekets namn och dagen för expeditionen. Vid första expeditionen åsättes jämväl taxering. Expedition sker mot avlämnande av beställningsblankett, som åsättes taxering och som utgör apotekarens verifikation. Utlämnande av kostnadsfria läkemedel skall i brådskande fall kunna ske i annan ordning. Därvid skall läkaren på den för förskrivningen använda handlingen vitsorda att fråga är om ett brådskande fall samt lämna de uppgifter som skulle ha lämnats om föreskrivna blanketter använts. Förskrivningar av detta slag får expedieras endast en gång.

Den centrala kontrollen över kostnadsfrihetens utnyttjande torde kunna ombesörjas av medicinalstyrelsen och riksförsäkringsanstalten i samma ordning som nu finnes föreskriven.

Beträffande kontroll och övervakning av förmånens utnyttjande i övrigt för att förebygga, uppdaga eller beivra obehörigt utnyttjande från de förmånsberättigades sida torde erfarenheterna ha påvisat förekomsten av vissa brister.

Det ankommer enligt gällande tillämpningsföreskrifter på sjukkassa att förhindra, att en person skaffar sig och samtidigt innehar flera läkemedelskort, som avser samma ändamål. Har sjukkassa tecknat giltighetsbevis på läkemedelskort för viss person, får nämligen, såframt ej särskilda skäl till annat föranleder, nytt läkemedelskort för samma person på ifrågavarande eller till sammansättningen överensstämmande läkemedel ej förses med sådant bevis med mindre det tidigare kortet överlämnats till kassan. Härför erfordras en omfattande bevakning genom notering på envar

förmånstagares hos sjukkassan förvarade medlemskort i sjukförsäkringen om datum för varje utfärdat läkemedelskort ävensom det läkemedel kortet avser.

Det har i praktiken visat sig ogörligt att i avsedd omfattning få förbrukade läkemedelskort återlämnade. Sjukkassorna nödgas därför att som särskilt skäl för undantag från huvudregeln bland annat godtaga kortinnehavares uppgift om att äldre kort förkommit och icke kunnat tillrättaskaffas. Endast undantagsvis kunna kassorna låta giltigförklarandet av nytt kort anstå i avvaktan på särskild utredning. Denna praxis sammanhänger icke minst med svårigheten för en sjukkassetjänsteman att påtaga sig ansvar för en vägran att giltigförklara läkemedelskort till en förmånsberättigad, som icke medför sitt tidigare kort men som förklarar sig vara i omedelbart behov av en ny läkemedelskvantitet, exempelvis för sockersjuka.

Den i nu behandlade hänseende avsedda bevakningen av kostnadsfriheten är — även bortsett från att förbrukade läkemedelskort sålunda i ett stort antal fall aldrig återställas till sjukkassorna — under nuvarande förhållanden bristfällig.

För det första finnes, enligt gällande bestämmelser, intet hinder för apoteken att expediera samtliga till ett läkemedelskort fogade rekvisitioner på en gång. På grund härav kan en förmånsberättigad med hjälp av samme läkare — eller annan läkare än den han förut besökt — presentera ett nytt läkemedelskort efter mycket kort tid och ändå kunna överlämna det äldre till sjukkassan såsom förbrukat. Personalen på sjukkassan torde i gemen sakna möjligheter att bedöma, huruvida tidsintervallet mellan två utfärdade läkemedelskort är riktigt med hänsyn till vad som i varje enskilt fall kan antagas motsvara en någorlunda normal förbrukningstid för förskrivna läkemedelskvantiteter. Sjukkassan torde för övrigt med nuvarande bestämmelser, utom i särskilda undantagsfall, ha svårt att ingå på frågan om anledningen till en till synes alltför kort mellantid; helt på eget ansvar torde den knappast kunna förvägra den förmånsberättigade giltighetsbevis för det nya läkemedelskortet.

Härtill kommer att sjukkassorna i allmänhet ej heller ha omedelbar tillgång till den erforderliga sakkunskap för prövning huruvida ett under visst namn eller beteckning förskrivet läkemedel utgör samma eller eljest till sammansättningen överensstämmande läkemedel som ett tidigare förskrivet. Svårighet torde ofta uppstå redan när det gäller att identifiera det på läkemedelskortet förskrivna läkemedlet såsom sådant. Full säkerhet kan i detta avseende icke vinnas utan medverkan av apotek, förtroendeläkare eller den läkare som står för förskrivningen; detta skulle innebära omgång och väntetid för en avsevärd del av de förmånsberättigade och vore i många fall ogörligt med hänsyn till vederbörandes behov av att skyndsammast få tillgång till läkemedlet. På grund härav torde i praxis utredning företagas endast då särskilda skäl härtill föreligga.

Av det sagda torde framgå, att en skärpt övervakning av den kostnadsfria förmånens utnyttjande är erforderlig. I fråga om det sätt på vilket denna bör anordnas vill utredningen anföra följande.

Det synes icke lämpligt att grunda övervakningen i fråga på de, eventuellt intensifierade, kontrollåtgärder som för närvarande föreskrivas vid det tillfälle, då förmånstagaren hos sjukkassan ansöker om giltighetsbevis för aktuellt läkemedelskort. En fördröjning i handläggningen av sådant ärende på grund av att sjukkassan måste föranstalta om och avvakta resultatet av en utredning torde nämligen i allt för stort antal fall innebära allvarlig olägenhet för den förmånsberättigade. Härtill kommer att en kontroll, som skulle garantera en mera fullgod säkerhet, komme att medföra kostnader av sådan storlek, att de icke kunna tänkas stå i skälig relation till vad som härigenom kan uppnås.

Mera tillfyllest torde vara att genom åtgärder i annan ordning söka förhindra att en person skaffar sig tillgång till större kvantiteter kostnadsfria läkemedel, än som svarar mot hans behov. Sålunda synes den nuvarande möjligheten att få samtliga till ett läkemedelskort hörande rekvisitioner expedierade på en gång böra avskaffas. I stället bör det ankomma på läkare som utfärdar läkemedelskort att föreskriva inom vilka minsta tidsmellanrum de till kortet hörande rekvisitionerna få expedieras. Redan i läkarens förskrivning måste ingå en sådan bedömning av patientens läkemedelsbehov; den föreslagna åtgärden synes i avsevärd omfattning kunna bidraga till att läkarens intentioner vid läkemedelsförskrivningen uppföljas i praktiken.

Enligt utredningens mening bör den skärpta övervakningen härutöver mer än för närvarande grundas på direkt insyn, ombesörjd av centralsjukkassorna. För att möjliggöra detta erfordras att dessa kassor för efterkontroll i olika avseenden medgives rätt att direkt eller genom riksförsäkringsanstaltens förmedling taga del av det hos apoteken förvarade verifikationsmaterialet. Sådan insyn synes vara motiverad även med hänsyn till att sjukkassorna via sjukvårdsförsäkringen ålagts att svara för huvudparten av de med förmånerna förbundna kostnaderna.

Den centrala kontrollen och sjukkassornas övervakning av den kostnadsfria läkemedelsförmånen skulle avsevärt underlättas därest för giltigt samband mellan förskrivet läkemedel och patientens sjukdom funnes krav på att läkaren på läkemedelskortet angivit diagnosen. Även om utredningen vid behandlingen av självrisksystemet — med hänsyn till önskvärdheten av att i största möjliga utsträckning bibehålla anonymiteten i patienternas sjukdomstillstånd — uttalat sig mot införandet av sådana krav, vill den ifrågasätta, huruvida icke i detta sammanhang bedömningen måste anses bliva i viss mån annorlunda. Redan det nuvarande systemet möjliggör för den patient, som erhållit recept å kostnadsfria läkemedel, att utan större besvär via förteckningen skaffa sig själv visshet om vilken sjukdom han lider

av. Eftersom kostnadsfriheten alltfort måste tänkas komma att bygga på samma förteckningssystem som för närvarande kan anonymiteten aldrig garanteras. Med hänsyn härtill och då de för kostnadsfriheten ifrågakommande sjukdomarna enligt utredningens förslag tänkes bliva begränsade till antalet synes det utredningen möjligt att i detta avgränsade sammanhang taga steget fullt ut. En föreskrift av nu behandlade innebörd torde för övrigt även komma att medföra, att förteckningen i fråga bättre än för närvarande hålles aktuell för läkarna, varigenom missbruk av kostnadsfriheten på grund av felaktiga förskrivningar, grundade på oriktiga förutsättningar, undvikas. Utredningen förordar sålunda att läkare vid utfärdande av läkemedelskort skall på detsamma angiva den diagnos han ställt i avseende på patientens sjukdom.

Under förutsättning att de ovan föreslagna åtgärderna genomföras synes det kostnadskrävande anteckningsförfarandet i sjukkassornas medlemsregister om utfärdade läkemedelskort icke längre erforderligt. Ett eventuellt önskemål om att fortfarande ha ett för varje sjukkassa samlat redovisningsmaterial för inom densamma giltigförklarade läkemedelskort torde kunna tillgodoses genom att varje kassa framställer och behåller en extra kopia av de rekvisitionsblanketter, som fogats till varje kort.

KAPITEL XIV

Kostnadsberäkningar

Beträffande storleken av kostnaderna för läkemedelsförmånerna vid självrisksystemet får utredningen anföra följande. Vid givna värden på självriskbelopp och procentandel bli kostnaderna beroende av antalet personer, som uppnå självriskbeloppet och storleken av de kostnader som avlastas dem vid inköp utöver självriskbeloppet. Dessa kostnader kunna endast beräknas genom undersökning av läkemedelskostnaderna för ett personurval som är representativt för hela befolkningen. Tillförlitligheten hos de resultat som därvid skulle erhållas får emellertid anses vara starkt begränsad i tiden. De förändringar som kunna inträffa betingas icke endast av sådana jämförelsevis mätbara faktorer som variationer i läkemedelsprisnivån, utan bero i hög grad av de förändringar i konsumtionens inriktning och storlek, vilka föranledas av att nya läkemedel tillkomma och att behandlingsmetoderna ändras. Dessa faktorer tillsammans medföra att i en undersökning av läkemedelskonsumtionens struktur redan efter kort tid förskjutningar kunna inträffa, vilka icke låta sig beräknas utan förnyade undersökningar. Att dessa förändringar kunna vara betydande antydes av att värdet av den del av apotekens försäljning, som här avses, från år 1957 till år 1958 ökade med omkring 10 procent eller ca 15 miljoner kronor; större delen av denna ökning får tillskrivas konsumtionsändringar. En ytterligare omständighet som begränsar värdet av en på nuvarande förhållanden grundad prognos rörande kostnaderna vid ett ändrat system, är att systemskiftet i sig självt får förväntas medföra förändring av konsumtionen. Då en undersökning på ett representativt personurval är tekniskt svårgenomförbar samt både tids- och kostnadskrävande, har utredningen med hänsyn till det begränsade värdet av resultatet ansett sig böra avstå härifrån. I stället har utredningen med ledning av resultaten av de bearbetningar av receptmaterial för 1957, vilka beskrivits i bilaga 1, sökt att bilda sig en uppfattning i stort om kostnaderna.

Vid sagda bearbetningar har framgått, att det system, som betecknats som alternativ 1, tillämpat på de inköp som återfinnas i materialet, skulle ha dragit kostnader som för de olika apoteken variera mellan 78 och 104 % av samtliga förmåner, som erhållits enligt gällande ordning. Motsvarande värden för alternativ 2 ligga mellan 68 och 92 %. Vid beräkningen av dessa värden ha de minderåriga icke sammanförts med vårdnadshavarna. Detta

har sedermera skett med materialet från två av apoteken, varvid kostnaderna ökat med 2 enheter på det ena och 7 på det andra apoteket. Av skäl som redovisats i bilagan kunna receptsamlingarna icke anses fullständigt redovisa samtliga representerade personers inköp. En fullständig rekonstruktion skulle säkerligen öka kostnaderna i båda alternativen. De kompletteringar, som utförts i vissa fall, ha emellertid icke medfört större förskjutningar. Vid bearbetningarna har alternativ 1 visat sig medföra kostnader som ligga omkring 10 procentenheter över kostnaderna för alternativ 2.

Några säkra slutsatser om kostnaderna totalt sett medgiva dessa undersökningar givetvis icke, om man beaktar dels de avsevärda skillnaderna mellan de olika apoteken, dels de omständigheter som dirigerat urvalet av undersökningsobjekt. Å andra sidan skulle emellertid mera betydande avsteg från den kostnadsnivå, mot vilken resultaten peka, förutsätta att den genomsnittliga strukturen av befolkningens läkemedelskostnader avvikit från den som framgått av materialet. Med reservation för att storstadsbefolkningens konsumtionsvanor kunna betinga högre kostnader än den övriga befolkningens finner utredningen detta vara mindre sannolikt och anser därför att kostnaderna för förslaget enligt någotdera alternativet och gällande system kunna angivas vara av samma storleksordning, under förutsättning att detta begrepp icke fattas snävt.

Denna bedömning grundar sig på förhållandena under 1957. Den nyss antydda pågående utvecklingen av apotekens recepturförsäljning gör det ytterst vanskligt att bedöma kostnaderna vid den tidpunkt då ett eventuellt beslut om införande av det föreslagna systemet kan komma att träda i kraft och en förskjutning uppåt i förhållande till kostnaderna för nuvarande system kan icke uteslutas. Vidare bör beaktas att utredningen vid sina överväganden icke tagit hänsyn till den kostnadsökning som följer om självrisksystemet kompletteras med den begränsade kostnadsfriheten. Å andra sidan håller utredningen före att självrisksystemet sedan det införts i viss mån kommer att inverka återhållande på konsumtionsutvecklingen.

Utredningen har icke funnit anledning föreslå någon ändring i fråga om finansieringen av förmånerna.

KAPITEL XV

Utredningens ställningstagande beträffande procentandelen

Utredningen är enig om att läkemedelsförmånerna böra utformas genom ett självrisksystem, uppbyggt så som i det tidigare förordats. Denna utredningens uppfattning kvarstår oavsett huruvida systemet i detalj regleras i enlighet med den ena eller den andra av de tidigare redovisade — av utredningen i det sammanhanget dock icke mot varandra vägda — båda alternativa utformningarna av procentandelen.

Vidkommande nu emellertid den närmare bedömningen av dessa båda alternativ har inom utredningen olika meningar utbildats rörande värdet av det ena alternativet i jämförelse med det andra. De enskilda ledamöternas överväganden ha sålunda resulterat i att herrar Bengtsson och Königson förklarat sig vilja förorda alternativ 1 med dess fasta procentandel om 10, medan ordföranden och herr Kallner uttalat sig för alternativ 2, innebärande en på så sätt varierande procentandel att den intill årliga läkemedelsinköp av 250 kronor utgör 25 och vid inköp därutöver 0.

Företrädarna för alternativ 1 ha sammanfattat motiven för sitt ståndpunktstagande sålunda.

Av de undersökningar utredningen verkställt framgår att ett stort antal sjuka får bära synnerligen dryga läkemedelskostnader. Det av utredningen förordade självrisksystemet medför en omfördelning av läkemedelsförmånerna till stor fördel för denna grupp. Utredningen har sökt utforma systemet så att det i kostnadshänseende blir jämförbart med det nuvarande. Vid ett självriskbelopp om 50 kronor och med en procentandel om tio procent torde den nuvarande kostnadsramen komma att ungefärligen bibehållas. Anser man sig kunna öka kostnaderna för läkemedelsrabatteringen kan självriskbeloppet sättas till lägre belopp; vill man minska kostnaderna för reformen kan det sättas till högre belopp. Några nämnvärda tekniska eller administrativa olägenheter torde ej stå i vägen varken för en höjning eller sänkning av självriskbeloppet.

Det kunde ligga nära till hands att icke påföra den enskilde någon ytterligare avgift sedan självriskbeloppet uppnåtts, i all synnerhet sedan utredningen förordat ett så pass högt självriskbelopp som 50 kronor. Det kan emellertid vara motiverat att påföra den enskilde en viss andel av kostnaderna sedan självriskbeloppet uppnåtts, under förutsättning att andelen icke blir för kännbar för den sjuke. I hur stor utsträckning missbruksrisker kan

åberopas som motiv för en procentandel och för andelens storlek kan diskuteras. Det kan icke av utredningens material anses styrkt, att de ökade läkemedelskostnaderna skulle spegla ett omfattande läkemedelsmissbruk. Att utformningen av det nuvarande rabattsystemet tillsammans med kvantitetsrabatteringen stimulerat till köp av onödigt stora förpackningar torde ej kunna bestridas. Enligt det av utredningen förordade systemet bortfaller den stimulans härtill som inrymmes i det nuvarande systemet.

Så länge nyttjandet av läkemedel är medicinskt motiverat kan man ej tala om missbruk. Vad som i detta hänseende skall anses medicinskt motiverat måste enligt vår mening avgöras av den medicinska expertisen. Rabatt kan endast ifrågakomma för sådana läkemedelsköp som av läkare förordats. Ansvaret för att reformen icke missbrukas måste ligga hos läkarekåren, eftersom det måste vara läkarens sak att förhindra en medicinskt omotiverad läkemedelsförbrukning.

Förekomsten av notoriska läkemedelsmissbrukare kan ej tagas till intäkt för att höja procentandelen till 25 procent. Det får anses vara mycket tveksamt om gruppen verkliga missbrukare över huvud låter sig påverkas av priset på ett för dem begärligt läkemedel.

Vid en såpass låg procentandel som 10 torde slutligen den med högkostnadsskyddet förenade garantin kunna undvaras, varjämte hänsyn bör tagas till önskvärdheten av att det administrativa förfarandet blir så enkelt som möjligt.

Häremot ha företrädarna för alternativ 2 i första hand invänt, att det vore angeläget att tillvarataga varje möjlighet att inom självrisksystemets ram öka tryggheten mot missbruk. Det vore ovedersägligt att möjligheten därtill bleve bättre tillvaratagen i alternativ 2 än i alternativ 1. Skillnaden i detta avseende mellan de båda alternativen bedömes av dessa ledamöter såsom icke oväsentlig. De ha därvid icke närmast haft i sikte de notoriska läkemedelsmissbrukarna, för vilka den ekonomiska faktorn torde spela en underordnad roll, utan i stället övriga läkemedelsförbrukare. Hos dessa, vilka sålunda på legitim väg uppnå självriskbeloppet, kommer uppenbarligen tanken att söka övertala en läkare till mer eller mindre onödiga receptskrivningar att lättare inställa sig om den egna insatsen är 10 procent av läkemedlets pris än om den utgör 25 procent av priset. Om missbruk faktiskt föreligger, är det i detta sammanhang betydelselöst hos vem ansvaret ligger för att reformen icke missbrukas.

Det är vidare enligt företrädarna för alternativ 2 socialt värdefullt att få den garanti som högkostnadsskyddet innebär inlemmad i systemet. Visserligen är antalet personer, vilka få fördel av högkostnadsskyddet, icke så stort. Men även dessas intressen äro värda beaktande. Genom högkostnadsskyddet blir varje medborgare försäkrad mot alla egna kostnader för receptförskrivna läkemedel utöver 100 kronor per år. Denna garanti omfattar, i olikhet mot den nuvarande kostnadsfriheten, var och en oavsett läkemedlets

eller sjukdomens art. Samtidigt tillgodoses restlöst det av utredningen på ett optimalt system ställda kravet att skyddet skall vara direkt inriktat på att bereda dem hjälp, som eljest måste vidkännas höga läkemedelskostnader.

Ett skäl för dessa ledamöters anslutning till alternativ 2 har slutligen varit kostnadsfrågan. Den utredningen anförtrodda uppgiften skall enligt direktiven bl. a. avse att pröva möjligheterna till en begränsning av sjukkassornas kostnader. Såtillvida beaktas denna synpunkt i utredningens förslag som detta synts utredningen bättre än nuvarande system ägnat att hålla kostnaderna på en någorlunda konstant nivå. Vilken denna nivå bör vara innefattar en värdering som får stödjas mera på subjektiva omdömen än på objektiva hållpunkter. Även utan tillgripande av subjektiva värderingar synas dock enligt företrädarna för alternativ 2 detta vara från kostnadssynpunkt att föredraga framför alternativ 1. Motiven för denna uppfattning äro följande.

Såsom betonats i det avsnitt som berör kostnadsberäkningarna medgiva de företagna undersökningarna icke några säkra slutsatser om kostnaderna. Det är därvid angeläget observera, att bristfälligheten hos materialet måste antagas ha genomgående medfört för låga kalkyler. Därtill kommer att kostnadsberäkningarna icke inkludera merutgifterna[1] för kostnadsfria läkemedel. Även om självrisksystemet, såsom nämnts, kan förväntas medföra en någorlunda konstant kostnadsnivå, är det av flera skäl eftersträvansvärt och tillika mest överensstämmande med direktiven för utredningen, att utgångsläget för självrisksystemet icke innebär en högre kostnadsnivå än den, till vilken det nuvarande systemet nått upp. Skulle det visa sig att självrisksystemet medför lägre kostnader än de beräknade, är det, om en vidgning av förmånerna anses önskvärd, enkelt att, utan rubbning av systemets grundvalar, åstadkomma detta genom en justering av antingen självriskbeloppet eller procentandelen. I och för sig är det givetvis lika enkelt att göra en sådan justering i motsatt riktning. Men erfarenheten torde ge vid handen att en justering av det senare slaget ändock blir svår att genomföra, enär den kommer att röna motstånd, grundat på att den innebär beskärning av en social förmån. Om i det ovissa läge som råder rörande kostnadsutvecklingen för läkemedelsförmånerna den framtida handlingsfriheten skall bevaras, synes därför försiktigheten påkalla att i valet mellan två kostnadsnivåer välja den lägre för att sedan uppmjuka någon av systemets regler om förhållandena göra det önskvärt.

[1] Härmed åsyftas i detta sammanhang endast kostnadsskillnaden för sjukkassorna i jämförelse med om självrisksystemets regler tillämpats på dessa inköp.

KAPITEL XVI

Specialmotivering

Det av utredningen utarbetade självrisksystemet innebär — principiellt sett — att läkemedelsförmånerna givas en i förhållande till den nuvarande helt ändrad utformning. Härav följer, att de nya bestämmelser som skola gälla för förmånerna i huvudsak måste komma att vila på annan grund än tidigare. Utredningen föreslår därför att den nu gällande förordningen upphäves och ersättes med en ny. Nedan lämnas specialmotivering till denna nya förordning och till i övrigt av utredningen framlagda författningsförslag.

Förslaget till förordning om de allmänna läkemedelsförmånerna

Förslaget innefattar reglering av förutom självrisksystemet även kostnadsfriheten. Beträffande bestämmelserna rörande självrisksystemet redovisas båda de inom utredningen utarbetade utformningarna av procentandelen med utgångspunkt — för överskådlighetens skull — från alternativ 2 och med angivande av i vilka fall avvikande reglering erfordras enligt alternativ 1. Utredningen föreslår, att regleringen av kostnadsfriheten i sin helhet sker genom förordningen på så sätt att den ifrågakommande förteckningen, vilken nu finnes upptagen i en särskild kungörelse, inarbetas i förordningen. De skäl som förestavat den hittillsvarande särregleringen synas nämligen icke kräva beaktande i samma omfattning därest kostnadsfriheten så motiveras och avgränsas, som utredningen föreslår.

De inledande bestämmelserna

1 §.

Här angives den personkrets, som skall bli delaktig av förmånerna. Kretsen är densamma som enligt gällande bestämmelser med det undantaget att kostnadsfriheten föreslås böra utsträckas även till dem, som icke äro sjukförsäkrade men anställda här i riket. Den hittillsvarande begränsningen av kostnadsfriheten har bl. a. förestavats av kontrollsynpunkter. Det är utredningens uppfattning att dessa, då kostnadsfriheten avgränsas så som utredningen föreslår, böra kunna tillgodoses genom bevakning på sjukkassorna även då det gäller personer som icke äro sjukförsäkrade men hava anställning här i riket. Det synes utredningen även i övrigt vara både enklare och

rättvisare att låta hela den angivna personkretsen bliva berättigad till samtliga förmåner, utan att åtskillnader göras som för den enskilde kunna te sig svårförståeliga och skenbart omotiverade.

Det från nuvarande bestämmelser bibehållna kravet på att förmånerna endast skola utgå vid sjukdom innebär att förebyggande medicinering undantagits. Uttrycket bör dock, liksom hittills, icke tolkas alltför snävt i detta sammanhang.

2 §.

Bestämmelserna i denna paragrafs första stycke angående högkostnadsersättning utgå vid alternativ 1.

I första stycket definieras förmånerna. Såväl definitionen som den föreslagna benämningen på förmånerna ha betingats av att förslaget tänkes omfatta olika slags förmåner.

Beträffande innehållet i andra stycket — som bör jämföras med 3 § första stycket — hänvisas till kapitel XII.

Tredje och fjärde styckena motsvaras nu av samma stycken i 1 § förordningen den 4 juni 1954.

Prisnedsättningen

3 §.

Prisnedsättningen skall enligt alternativ 1 utgöra nittio procent.

Paragrafen anger förutsättningarna för och innebörden av prisnedsättning.

Stadgandena i tredje stycket innebära att de minderåriga barnens läkemedelsutgifter få sammanföras med vårdnadshavarens eller, där två vårdnadshavare finnas, med den ene vårdnadshavarens — i regel faderns — utgifter. Se närmare härom sid. 94 ff ovan.

4 §.

Beträffande denna paragraf hänvisas till sid. 110 ovan.

5 §.

Denna paragraf innehåller grunddragen av det administrativa förfarandet för utgivandet av prisnedsättningen; den kompletteras genom ett flertal stadganden i tillämpningskungörelsen till förordningen.

Stadgandet i andra stycket pekar på de möjligheter som finnas till fritt val i vad gäller uttag av förmånen direkt vid inköpet på apoteket eller i efterhand genom besök hos sjukkassa. Jfr sid. 100 och 101 ovan, punkterna 2 och 3.

Högkostnadsersättningen

Bestämmelserna härom utgå helt vid alternativ 1.

6 §.

Högkostnadsersättningen har i det tidigare (sid. 98) definierats så, att den enskilde förmånstagare, som under en årsperiod nödgas inköpa receptförskrivna läkemedel till ett sammanlagt bruttovärde av 250 kronor och vilken följaktligen haft en egen kostnad för desamma av 100 kronor, medgives full ersättning för de kostnader som härefter uppkomma intill årets slut. Framställningen härav har i paragrafens första stycke skett med utgångspunkt direkt från de förutsatta nettobeloppen; beskrivningen har på detta sätt antagits komma att närmare ansluta sig till det beräkningssätt, som i praktiken torde komma att tillämpas på sjukkassorna, d. v. s. ett konstaterande av att den enskilde svarat i första hand för självriskbeloppet om 50 kronor, i andra hand, trots avdrag för prisnedsättning, utgifter härutöver om minst 50 kronor.

Bestämmelsen i paragrafens andra stycke rörande högkostnadsersättningens utbetalande har, med hänsyn till att vissa möjligheter kunna föreligga för sjukkassan att verkställa sådan utbetalning även före kalenderårets utgång, försetts med visst förbehåll härom. Jfr sid. 107 ovan, not 1.

7 §.

Beträffande denna paragraf hänvisas till vad som anförts ovan angående alternativ 2 å sid. 103 samt 106 ff. I övrigt må endast framhållas, att den i paragrafen angivna möjligheten att styrka rätten till högkostnadsersättning genom företeende av recept eller läkarkvitto är beroende av valfriheten enligt 5 § andra stycket i fråga om prisnedsättningens uttagande.

Kostnadsfriheten

8 §.

Beträffande de allmänna synpunkterna på denna paragraf hänvisas till vad som inledningsvis anförts rörande regleringen av kostnadsfriheten.

Paragrafen motsvarar, med de ändringar som betingas av förmånens föreslagna förändrade ställning, de nuvarande bestämmelserna i 2 § förordningen den 4 juni 1954 och i kungörelsen av samma dag med förteckning över kostnadsfria läkemedel. Den förutvarande anknytningen i 2 § förordningen till långvarig och allvarlig sjukdom har utmönstrats och ersatts med direkt hänvisning till förteckningen; behovet av sådan sjukdomsangivelse bortfaller eftersom den avgränsade förmånen enligt utredningens mening icke längre tänkes påbyggnadsbar. Angående avgränsningen och förteckningen hänvisas till kapitel XIII.

De särskilda bestämmelserna

9 §.

Se beträffande denna paragraf sid. 111 ovan.

10 §.

Uttrycket »och högkostnadsersättning» utgår enligt alternativ 1. Paragrafen motsvarar den möjlighet som enligt 3 § sista stycket i 1954 års förordning finnes för Kungl. Maj:t att besluta om undantag från rabatteringen.

I kapitel XII har utredningen bl. a. behandlat möjligheterna att genom ett urval i stort utesluta vissa grupper av läkemedel, vilka kunna tänkas ifrågakomma för en mera allmän överkonsumtion eller mera notoriskt missbrukas. Med hänsyn framför allt till den stora betydelse som dessa läkemedelsgrupper ha för vissa sjuka har utredningen icke ansett ett sådant mera allmänt uteslutande berättigat.

Vid sidan härav har utredningen övervägt, huruvida mera begränsade åtgärder kunde företagas inom ramen för läkemedelsförmånerna för att stävja missbruk av, för vissa grupper av människor, mera märkbart eftertraktade preparat, såsom narkotika och vissa sådana medel, som påverka centrala nervsystemet med lugnande, sömngivande eller stimulerande effekt. Tanken skulle då vara att genom att särskilt undantaga dessa preparat från förmånerna åstadkomma att eventuella tendenser till ökad förbrukning (på grund av att preparaten förbilligas) undvikas.

Vissa skäl kunna emellertid anföras mot ett undantagande av dessa preparat från läkemedelsförmånerna. För det första synes det kunna ifrågasättas huruvida en sådan ordning verkligen skulle komma att utgöra en återhållande faktor för sådana människor, vilka notoriskt och utan tanke på kostnaderna missbruka läkemedlen i fråga. Särskilt gäller detta i fråga om narkotika, som dels lidelsefullt eftertraktas och dels äro billiga vid inköp på apotek. För det andra skulle åtgärden på ett omotiverat sätt drabba de människor, för vilka preparaten ur medicinsk synpunkt äro oundgängligen nödvändiga. Härtill kommer att de vid sidan av narkotika ifrågakommande lugnande, sömngivande och stimulerande medlen måste bliva synnerligen svåra att avgränsa.

Under beaktande av dessa skäl har utredningen funnit sig böra avstå från att föreslå undantagande från läkemedelsförmånerna av de behandlade läkemedelsgrupperna. Alltfort synes det dock böra föreligga möjlighet för Kungl. Maj:t att undantaga visst läkemedel eller viss grupp av läkemedel.

11 §.

Denna paragraf motsvarar, bortsett från viss mindre avvikelse i anledning av den ändrade utformningen av förmånerna, 4 § i 1954 års förordning. Beträffande häremot svarande bestämmelser för sjukkassorna hänvisas till förslaget till ändring i kungörelsen den 3 december 1954 angående utbetalning av statsbidrag m. m. till allmän sjukkassa (intaget efter förslaget till förordning).

12—16 §§.

Dessa bestämmelser ha — utom i vad gäller 13 § — överflyttats från 5—8 §§

förordningen den 4 juni 1954 angående kostnadsfria eller prisnedsatta läkemedel.

I 13 § ha vissa allmänna preskriptionsbestämmelser införts, som motsvara stadgandena härom i 30 § lagen om allmän sjukförsäkring.

Förslaget till tillämpningskungörelse

Förslaget bygger på de överväganden som tidigare redovisats rörande det administrativa förfarandet; beträffande flertalet av de grundläggande bestämmelserna hänvisas därför till dessa. Här nedan skall behandlas de stadganden som ansetts tarva särskild motivering.

1 §.

Angående formuläret till receptblankett hänvisas till vad utredningen å sid. 107 ovan anfört rörande önskvärdheten av att läkarna vid varje utfärdande av recept för minderåriga införa uppgifter på förutom barnet även vårdnadshavaren.

Jfr i övrigt beträffande formuläret till receptblankett vad som anföres vid 3 och 4 §§.

3 §.

Vid utarbetandet av formulär till receptblankett och signaturavskrift måste uppmärksammas, att desamma äro avsedda att efter expedieringen återställas till vederbörande. Till förekommande av manipulationer med de på apoteket åsatta taxeringsbeloppen torde härvid böra övervägas antingen att desamma skola utskrivas med förutom siffror även bokstäver eller att särskilda spärrmarkeringar åsättas, t. ex. genom påstämpling av texten »Ej över tio kronor» eller dylikt. Härjämte måste beaktas att blanketterna i det föreslagna systemet komma att ingå även i sjukkassehanteringen. Bl. a. erfordras — på grund av att läkemedelsurvalet icke är obegränsat — att det av blanketterna tydligt framgår för sjukkassorna vilka inköp som skola vara respektive icke vara förmånsberättigade.

4 §.

För införande av de i denna paragraf angivna uppgifterna torde viss ändrad uppläggning av nuvarande formulär erfordras i vad avser utrymmena för taxering, prisnedsättning och dylikt. Härtill erfordras utrymme för införande av de uppgifter, vilka skola överföras från förmånsbeviset. Beträffande dessa har utredningen föreslagit, att den utfärdande sjukkassan endast skall angivas med nummerbeteckning. Utskrift på blanketterna av sjukkassans namn (t. ex. Simlångsdalen—Eldsberga allmänna sjukkassa eller Övertorneå—Hietaniemi allmänna sjukkassa) synes nämligen böra undvikas och siffercoden (i exemplen ovan 1308 resp. 2517) måste anses erbjuda tillräckliga identifieringsmöjligheter.

Överhuvudtaget synes särskild uppmärksamhet böra ägnas frågan om utformningen av de behandlade blanketterna. Detta bör överlåtas åt medicinalstyrelsen att ombesörja i samråd med riksförsäkringsanstalten.

5 §.

Denna paragraf utgår helt vid alternativ 1. Eventuellt kan härvid visst tillägg erfordras till 4 § om att förmånsbeviset skall återställas till vederbörande efter expedieringen på apoteket.

Beträffande utformningen av förmånsbeviset vid alternativ 2 hänvisas till sid. 106 ff ovan.

För åsättande av verifikationsnummer på recept och signaturavskrifter erfordras att den löpande nummerordningen är känd vid expeditionstillfället. Detta synes i apotekshantering kunna genomföras så att numreringen vid varje särskilt tillfälle påföres genom en för ändamålet gemensam stämpel med löpande siffror.

7 §.

Framställningen synes icke behöva bindas vid särskild blankett enligt fastställt formulär. Även om sådan blankett bör finnas tillgänglig — eventuellt kombinerad med kvittensblankett, avseende såväl mottaget bevis som samtidigt tillgodoräknad prisnedsättning — torde även andra framställningssätt kunna godtagas, t. ex. att en person låter sina verifikat åtföljas av ett vanligt brev till sjukkassan och brevet innehåller erforderliga sakuppgifter eller dessa eljest äro kända för kassan.

Rörande sakuppgifterna vid framställningen hänvisas till vad därom anförts å sid. 106 ovan.

8 §.

Beträffande utformningen av förmånsbevisen och uppgifterna som skola tillföras detsamma hänvisas till sid. 103 ff ovan.

Huruvida registerföringen av dem som icke äro sjukkassemedlemmar skall ske hos envar sjukkassan eller hos riksförsäkringsanstalten har tills vidare lämnats öppet. Beträffande de nuvarande läkemedelskorten gäller i här avsedda fall, att dessa registreras centralt hos riksförsäkringsanstaltens serviceavdelning. Detta regleras utanför den nuvarande tillämpningskungörelsen genom särskilt cirkulär från anstalten.

11 §.

Sista stycket utgår vid alternativ 1.

Vid iterationsrecepten, vilka behandlas i tredje stycket, synes det onödigt att i varje förekommande fall förse såväl originalrecept som signaturavskrift med alla de i övrigt förekommande noteringarna. På receptet bör det som regel räcka med en spärrnotering, som utvisar att det varit föremål för

sjukkassebehandling och att ifrågavarande post i fortsättningen icke skall läggas till grund för någon förmånsnotering.

Beträffande bestämmelsen i sista stycket om åsättande av verifikationsnummer må hänvisas till vad som avslutningsvis anförts vid 5 §. Även om sjukkassehanteringen i helt annan utsträckning är bunden vid fasta, vid sidan av varandra förekommande handläggningar, synes detta icke behöva innebära att den för apotekshanteringen föreslagna numreringsordningen blir omöjlig att tillämpa; varje handläggningsplats torde kunna förses med en stämpel, innehållande särskild litterabeteckning.

12 §.

Denna paragraf utgår vid alternativ 1.

13—15 §§.

Angående motiverna för dessa bestämmelser hänvisas till det senare avsnittet av kap. XIII.

16—17 §§.

Uttrycket »och högkostnadsersättning» i dessa paragrafer utgår vid alternativ 1.

I övrigt motsvaras paragraferna i huvudsak av 6 och 7 §§ i nu gällande tillämpningskungörelse. Jfr dock beträffande telefonrecepten vad som anföres vid 18 § samt — i vad gäller utformningen av blanketterna — uttalandena vid 3 och 4 §§.

18 §.

De i första stycket avsedda särskilda stadgandena beröra telefonrecepten samt recept enligt vilka narkotika och sprit förskrivits. Bestämmelserna härom återfinnas i följande kungörelser:

Kungl. medicinalstyrelsens kungörelse den 4 december 1919 angående telefonering av recept till apoteksinrättning (p. 2); Kungl. medicinalstyrelsens kungörelse den 20 maj 1947 angående förordnande och utlämnande av läkemedel från apotek m. m. (expeditionskungörelsen), (p. 37); samt Kungl. Maj:ts kungörelse den 14 januari 1955 angående försäljning av sprit å apotek för medicinskt ändamål (§ 6).

Andra stycket har överförts från § 7 i nuvarande tillämpningskungörelse. Detta gäller även tredje stycket, vilket dessutom gjorts tillämpligt på första stycket.

23 §.

Angående motiven för sjukkassornas direkta insyn i verifikationsmaterialet kan, i vad gäller kostnadsfriheten, hänvisas till vad därom anförts å sid. 125 ovan. Beträffande övervakningen av förmånerna i övrigt har utredningen

— med hänsyn framför allt till det relativt vidsträckta läkemedelsurval, som den på i kapitel XII anförda grunder funnit sig kunna förorda — ansett det vara av värde att till den centrala kontrollen kunna foga även en viss bevakning av förmånernas utnyttjande i de enskilda fallen. Goda möjligheter synas nu föreligga härtill genom att sjukkassornas medverkan i självrisksystemet tages i anspråk på ett helt annat sätt än tidigare. Framför allt genom deltagande av förtroendeläkarna vid centralsjukkassorna kan denna bevakning komma att giva goda resultat och visa sig vara ett värdefullt komplement till den kontroll som ombesörjes centralt. Bevakningsuppgiften torde av sjukkassorna icke komma att betraktas såsom en pålaga, tvärtom synes det — med hänsyn till att sjukkassorna via sjukvårdsförsäkringen ålagts att svara för huvudposten av de med förmånerna förenade kostnaderna — för dem kunna betraktas såsom en verksamhet i eget intresse.

KAPITEL XVII

Sammanfattning

Utredningens uppdrag har varit att helt förutsättningslöst utreda frågan om utformningen av förmånen av kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel. Utredningen har i sitt betänkande låtit de härav föranledda överväganden föregås av en genomgång (i kapitel I—IV) av förhållandena före samt förarbetena till och innebörden i detalj av 1954 års läkemedelsreform, samt olika i motioner och utskottsutlåtanden m. m. framkomna synpunkter och önskemål rörande de genom reformen införda läkemedelsförmånerna. Direktiven för utredningen presenteras i kapitel V.

Vidare har utredningen genom egna undersökningar sökt samla erfarenhetsmaterial rörande det nuvarande systemet. Sålunda har förskrivnings- och konsumtionsvanorna studerats genom bearbetning dels av receptmaterial från ett antal apotek, dels av uppgifter från läkemedelstillverkare. Undersökningarna i fråga redovisas i bilagorna 1 och 2 till betänkandet. Härutöver har utredningen inhämtat och bearbetat ett antal uppgifter från myndigheter och organisationer; dessa bearbetningar redovisas i respektive sammanhang. I en tredje bilaga till betänkandet lämnas redogörelse för läkemedelsförmånernas utformning i vissa främmande länder.

Mot bakgrunden av det sålunda samlade materialet har utredningen i kapitel VI såsom mål för sitt utredningsarbete satt att söka nå en lösning, som i sig förenar det väsentliga i de synpunkter, som förestavat uppställandet av vissa i kapitlet angivna huvudkrav på ett optimalt verkande system för läkemedelsförmånerna.

I kapitel VII har utredningen analyserat det nuvarande systemet med hänsyn särskilt till dess förmåga att uppfylla dessa krav. Härvid har i första hand systemets samlade värde som skydd mot betungande läkemedelskostnader befunnits vara ojämnt.

Prisnedsättningen resulterar i en starkt splittrad allmän hjälp. För de kategorier sjuka, vilka tillfälligt behöva ett enstaka läkemedel, erbjuder den ett relativt gott skydd; för andra kategorier åter, vilka köpa antingen flera läkememedel samtidigt eller samma läkemedel flera gånger, innebär den ett många gånger bristfälligt skydd, främst därigenom att den enskildes andel alltid kommer att utgöra minst hälften av kostnaden. Prisnedsättningens storlek vid en viss utgiftsnivå blir därjämte — på grund av anknytningen till varje enskilt läkemedelsinköp — beroende på tillfällig-

heter. Det behov av utvidgning av skyddet, som på grund härav framträder, har endast i ringa utsträckning kunnat tillgodoses genom kostnadsfriheten i vissa fall. Dels är denna begränsad och dels finnes, enligt vad utredningens undersökningar utvisa, ett betydande antal fall, 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.

Beträffande kostnadsutvecklingen har utredningen i detta kapitel studerat dess förlopp och inverkan på den enskildes kostnader för sjukförsäkringen i stort; härjämte har utredningen sökt analysera orsakerna till densamma. Kännetecknande för utvecklingen har härvid befunnits vara dels att användningen av läkemedel ökat, dels att en viss anpassning av inköpen synes ha ägt rum till ett så stort utnyttjande som möjligt av förmånerna; till detta senare erbjuder systemet i sig självt påtagliga möjligheter. Det har ställt sig svårt att direkt fastslå orsakssammanhanget bakom utvecklingen. Ett betecknande drag i det nuvarande systemet är emellertid, att det icke synes giva möjlighet till någon enkel och effektiv reglering av kostnaderna. Detta måste enligt utredningens mening bero på, att förmånerna i princip ha anknutits till varje läkemedelsinköp med undantag endast av de allra billigaste. Härigenom har systemet blivit känsligt för förändringar; prisförändringar och ändringar i konsumtionens inriktning giva omedelbart utslag på kostnaderna för förmånerna.

I kapitel VIII har utredningen undersökt möjligheterna att inom ramen för det nuvarande systemet avhjälpa bristerna i detsamma. I anslutning till den i föregående kapitel företagna analysen av systemet har härvid i första hand undersökts huruvida skyddet kan fördelas på ett jämnare och mot behovet bättre svarande sätt. Efter granskning av olika möjligheter till effektivisering av prisnedsättningen och utvidgning av kostnadsfriheten har utredningen funnit sig kunna konstatera, att genom dessa åtgärder — var för sig eller i viss kombination med varandra — en viss relativ förbättring av skyddet mot stora läkemedelskostnader kan vara möjlig. Konsekvenser uppkomma emellertid i form av stora kostnadsökningar i vissa fall, risker för missbruk o. s. v. Genom den eller de läkemedelsförteckningar, vilkas tillskapande eller fortsatta tillämpande utgör en förutsättning för de alternativt skisserade lösningarna kan man härtill ej annat än på ett grovt sätt uppnå syftet att hjälpa dem, vilka äro särskilt betungade med utgifter för läkemedel. Beträffande de åtgärder som kunna företagas i det nuvarande systemet för att påverka den fortsatta utvecklingen i kostnadshänseende har utredningen funnit sig kunna konstatera, att dessa — om de skola ha någon effekt — genomgående måste komma att beröra systemets grundvalar och därför, om de tillgripas tid efter annan, äventyra kontinuiteten i systemet.

Inventeringen i kapitel VIII av de olika uppslagen till omarbetning av den nuvarande ordningen har föranlett utredningen till den slutsatsen, att anledning förelegat att också undersöka om regleringen av läkemedelsförmånerna kan på ett ändamålsenligt sätt ske enligt något system, som i sin utformning principiellt skiljer sig från det nuvarande. Denna undersökning har i kapitel IX resulterat i schematiska utformningar av dels ett subventioneringssystem, vartill uppslaget hämtats från direktiven för utredningen, dels ett självrisksystem, vari rabatteringen på visst sätt knutits till den sammanlagda läkemedelskostnaden under ett kalenderår; dessa båda system ha sedan i kapitlet granskats var för sig i de hänseenden, som förestavat de tidigare uppställda huvudkraven.

Härefter har utredningen haft att taga ställning till, huruvida det fortsatta detaljarbetet skulle inriktas på en omarbetning av den nuvarande ordningen eller på något av de övriga bägge systemen. I detta syfte har utredningen sökt företaga en jämförande värdering av de tre behandlade utformningarna av förmånssystem med hänsyn till deras förmåga att kunna antagas uppfylla de uppställda huvudkraven. Resultatet av denna jämförelse — redovisat i kapitel X — har i första hand givit vid handen att utredningen nödgats avvisa tanken på att utforma läkemedelsförmånerna efter den s. k. subventioneringslinjen. Systemet i fråga har av utredningen befunnits vara praktiskt svårgenomförbart och dessutom lämna obeaktat det väsentliga i de synpunkter, som förestavat uppställandet av de angivna huvudkraven.

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 prinicp 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 procent-

andelen 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 — medgives full ersättning för de kostnader som härefter uppkomma intill årets slut.

För det tekniska genomförandet av självrisksystemet enligt dessa båda alternativ föreslås följande administrativa förfarande.

Alternativ 1

Enligt grundprincipen i självrisksystemet får den enskilde vid sitt eller sina första inköp av receptförskrivna läkemedel betala fullt pris på apoteket. Vid dessa inköp får han tillbaka recepten för att själv bevara dem. Då han med ledning av de uppgifter som på apoteket åsatts recepten om erlagda bruttokostnaden kan konstatera, att han för egen (eller för egen och minderåriga barns) räkning överskridit självriskbeloppet 50 kronor, har han att vända sig till den allmänna sjukkassa, i vilken han är medlem eller, om han inte är medlem i någon sådan kassa, till sjukkassan på den ort, där han vistas. Inför sjukkassan har han att förete recepten och personlig legitimation och därmed styrka att han är förmånsberättigad. Sjukkassan kontrollerar nu i första hand att han är förmånsberättigad. Befinnes så vara fallet utfärdar kassan ett för honom (och, i förekommande fall, hans minderåriga barn) gällande *förmånsbevis.* Samtidigt med att detta överlämnas till honom utbetalar sjukkassan den rabatt han genom sina vid kassan redovisade inköp kan ha kvalificerat sig för. Recepten behållas på sjukkassan såsom verifikationer.

Under resten av året behöver bevisinnehavaren sedan blott förete sitt förmånsbevis på apoteket i samband med att han köper ytterligare av läkare receptförskrivna läkemedel för att omedelbart erhålla förmånen i form av 90 procents rabatt på priset för dessa läkemedel. Härvid behållas recepten på apoteket såsom apotekarens verifikationer. Har vederbörande av någon anledning ej sitt förmånsbevis till hands vid inköpet på apoteket kan förmånen erhållas i efterhand vid besök på sjukkassa. Det har också ansetts böra stå den enskilde fritt att om han så önskar uttaga hela läkemedelsförmånen i efterhand. Den som underlåter att efter självriskbeloppets överskridande uttaga förmånsbevis äger därför att genom överlämnande efter årets slut till sjukkassan av sina recept — på vilka han under hela året erlagt fullt pris på apoteket — få ut den 90-procentiga förmånen utöver självriskbeloppet. I båda de nu behandlade fall har han att lämna ifrån sig sina recept till sjukkassan för att av denna användas som verifikationer gentemot det allmänna.

Alternativ 2

Det förhållandet att procentandelen, på sätt i alternativ 2 förutsättes, skall utgöra 25 i stället för i tidigare behandlade alternativet 10 procent, utövar icke någon inverkan på det administrativa förfarandet. Däremot erfordras en i viss mån särskild ordning för det i alternativet inarbetade särskilda högkostnadsskyddet.

Utredningen har efter granskning av olika utvägar funnit sig kunna föreslå, att förmedlingen av den särskilda högkostnadsersättningen tillägges sjukkassorna att i princip ombesörja genom restitution efter årsperiodens slut. Apoteken komma härigenom icke att beröras av förmånsuttagen i dessa delar utan ha att på förut angivet sätt förmedla den 75-procentiga förmånen även i sådana fall, där de inköpande i och för sig äro berättigade till den större förmånen. Utredningen har uppskattat antalet restitutionsfall till ca 5 procent av dem, som inköpa läkemedel mot recept.

Utredningen föreslår vidare, att förmånsbevisen vid detta alternativ gives en särskild utformning, varigenom utrymme erhålles att vid varje användningstillfälle på apotek eller sjukkassa låta den enskildes egna kostnader efter avdrag för prisnedsättningen angivas och bestyrkas på bevisen. Sedan bevisen efter årsperiodens slut inlämnats till vederbörande sjukkassa för restitution skola de, när restitutionsbeloppen uträknats och utgivits, behållas av kassan såsom verifikationer.

Utredningen är enig om att läkemedelsförmånerna böra utformas genom det i betänkandet redovisade systemet, oavsett sålunda huruvida detta sedan i detalj regleras i enlighet med den ena eller den andra av de båda alternativa utformningarna av procentandelen. I valet mellan dessa båda alternativ förorda nu två av ledamöterna alternativ 1, medan de båda övriga — varav den ene ordföranden — uttala sig för alternativ 2. Motiverna för de enskilda ledamöternas ställningstaganden härvidlag redovisas i kapitel XV.

Enligt utredningens förslag i övrigt skall i läkemedelsförmånerna enligt självrisksystemet få inbegripas även sådant erhållande av läkemedel, varigenom läkare vid sjukbesök tillhandahåller patient läkemedel, som denne är i behov av intill dess inköp kan ske å apotek. Tekniskt föreslås detta inlemmat i självrisksystemet på så sätt, att läkaren, sedan han mottagit (full) betalning för läkemedlet, till patienten utfärdar ett kvitto enligt särskilt formulär. Kvittot får härefter på samma sätt som då det gäller recept — och i förekommande fall jämsides med detta — företes för sjukkassa för erhållande av förmånsbevis och ersättning; sjukkassan behåller kvittot som verifikation.

Utredningen har, på grunder som redovisas avslutningsvis i kapitel X, funnit, att en fortsatt utbyggnad av den nuvarande kostnadsfriheten icke

bör ifrågakomma. Härtill har utredningen varit av den samstämmiga uppfattningen, att den nuvarande kostnadsfriheten, sakligt sett, helt bör kunna ersättas av självrisksystemet som sådant. Emellertid ha de av utredningen utförda undersökningarna visat, att vissa kategorier sjuka härigenom skulle kunna komma i ett sämre läge än för närvarande. Ur synpunkten att beskärningar i redan lämnade förmåner böra i görligaste mån undvikas har utredningen därför övervägt i vad mån förmånen av kostnadsfria läkemedel även fortsättningsvis skulle kunna komma ifråga vid sidan av förmånerna inom självrisksystemet.

Övervägandena härom ha resulterat i att utredningen funnit sig kunna föreslå, att den nuvarande kostnadsfria läkemedelsförmånen bibehålles i viss begränsad omfattning. Såsom riktlinje för begränsningen har i första hand gällt, att sådana förmånsgrupper utmönstrats, vari normalt läkemedelsbehovet ifråga även under längre tidsperioder förorsakar små kostnader. Härutöver ha blott sådana förmånsgrupper ansetts vidare böra ifrågakomma, inom vilka ett bestämt samband föreligger mellan sjukdom och läkemedel.

Enligt utredningens förslag kommer den begränsade kostnadsfriheten att, vid sidan av förmånerna enligt självrisksystemet, ingå som ett led i vad utredningen betecknat såsom de allmänna läkemedelsförmånerna. Förteckningen över kostnadsfria läkemedel har — utöver en begränsning från tidigare 18 till numera 9 sjukdomar — reviderats och inarbetats i förslaget till förordning. Administrationen föreslås — efter viss effektivisering — i huvudsak ske såsom tidigare.

De med avgränsningen och administrationen av kostnadsfriheten sammanhängande frågorna ha behandlats i kapitel XIII av betänkandet.

Beträffande urvalet av förmånsberättigade varor — behandlat i kapitel XII — har utredningen funnit att det urval, som tillämpas i den nuvarande ordningen, i allt väsentligt är väl avvägt. Erfarenheten har visat, att detta urval har erbjudit en för det praktiska arbetet oftast väl definierad ram, som på få undantag när inrymt vad som erfordras för en fullgod sjukvård. I syfte att eliminera det viktigaste av dessa undantag förordar utredningen dock, att urvalet utvidgas till att omfatta även de bakteriologiska preparaten.

I fråga om finansieringen av förmånerna föreslås ingen ändring. Kostnaderna skola därför liksom för närvarande fördelas mellan staten, de sjukförsäkrade och arbetsgivarna, varvid stats- och arbetsgivarbidragen förbliva oförändrade. Sjukkassornas behov av ökade rörelsemedel på grund av den ändrade utformningen av läkemedelsförmånerna föreslås böra tillgodoses inom ramen för av riksförsäkringsanstalten förmedlade månadsförskott för den allmänna sjukvårdsförsäkringen.

Med reservation för osäkerheten i beräkningarna har utredningen ansett att kostnaderna för förslaget enligt ettdera av de båda alternativen och gäl-

lande system kunna angivas vara av samma storleksordning, under förutsättning att detta begrepp icke fattas snävt. Vid beräkningarna har hänsyn icke kunnat tagas till den kostnadsökning som följer om självrisksystemet kompletteras med den begränsade kostnadsfriheten. Vid bearbetning av utredningens undersökningar har alternativ 1 visat sig medföra kostnader som ligga omkring 10 procentenheter över kostnaderna för alternativ 2.

Redovisning och central kontroll tänkes komma att kunna ske på i princip samma sätt som i nuvarande system. Såsom ett komplement till den centrala kontrollen förordar utredningen att sjukkassorna tilläggs en viss bevakning av förmånernas utnyttjande i de enskilda fallen.

Författningsmässigt har utredningens förslag utformats i en förordning om de allmänna läkemedelsförmånerna samt i en tillämpningskungörelse till förordningen. Författningsförslagen innefatta reglering av förutom självrisksystemet även kostnadsfriheten. Beträffande bestämmelserna rörande självrisksystemet redovisas båda de inom utredningen utarbetade utformningarna av procentandelen med utgångspunkt från alternativ 2 och med angivande av i vilka fall avvikande reglering erfordras enligt alternativ 1.

FÖRFATTNINGSFÖRSLAG

Förordning om de allmänna läkemedelsförmånerna

Härigenom förordnas som följer.

Inledande bestämmelser

1 §.

Envar som är försäkrad jämlikt lagen om allmän sjukförsäkring eller som, utan att vara försäkrad enligt nämnda lag, vistas här i riket och är svensk medborgare eller är härstädes i allmän eller enskild tjänst äger vid sjukdom rätt till de allmänna läkemedelsförmåner om vilka stadgas i denna förordning.

2 §.

De allmänna läkemedelsförmånerna utgöras av

rätt att till nedsatt pris erhålla läkemedel, som förskrivits eller tillhandahållits av läkare *(prisnedsättning)*;

rätt till ersättning för mera betungande utgifter för prisnedsatta läkemedel *(högkostnadsersättning)*;

rätt att erhålla särskilda förskrivna läkemedel utan kostnad *(kostnadsfrihet)*.

Med läkemedel förstås vara, som är avsedd att vid utvärtes eller invärtes bruk förebygga, lindra eller bota sjukdom eller sjukdomssymptom hos människor.

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

Rörande kostnadsfritt tillhandahållande i vissa fall av läkemedel mot könssjukdomar, skyddsläkemedel åt kvinnor och barn samt läkemedel åt kvinnor, lidande av havandeskapssjukdomar, är särskilt stadgat.

Prisnedsättningen

3 §.

Prisnedsättningen omfattar å apotek inköpt läkemedel, som enligt apoteksvarustadgan den 14 november 1913 (nr 308) är att hänföra till apoteksvara eller som, utan att utgöra apoteksvara, innehåller gift av första klassen eller är bakteriologiskt preparat.

Den, vilken för inköp mot recept av läkemedel som avses i första stycket haft utgifter, som under ett och samma kalenderår uppgått till femtio kronor *(självriskbelopp)*, äger vid förnyat sådant inköp under kalenderåret åtnjuta prisnedsättning med sjuttiofem procent av priset eller, där självriskbeloppet uppnåtts först i och med det förnyade inköpet, av den del av priset som överskjuter självriskbeloppet.

Läkemedel, som förskrivits barn, vilket jämlikt 6 § lagen om allmän sjukförsäkring är eller tidigare under kalenderåret varit försäkrat på grund av annans försäkring, skall anses som förskrivet denne. Vad sålunda stadgas skall äga tillämpning jämväl å den, som äger åtnjuta prisnedsättning oaktat han ej är försäkrad enligt lagen om allmän sjukförsäkring, därest sådan försäkring, om den varit gällande, skulle jämlikt nyssnämnda lagrum kommit att omfatta även barnet.

4 §.

Med inköp enligt 3 § skall jämställas erhållande av däri omförmälda läkemedel genom att läkare vid sjukbesök mot betalning enligt särskilt kvitto tillhandahåller patient läkemedel, varav denne är i behov intill dess inköp å apotek kan ske.

I fråga om bakteriologiskt preparat skall vad i första stycket stadgas gälla även tillhandahållande, som sker å läkarens mottagning.

5 §.

Bevis angående rätt till prisnedsättning *(förmånsbevis)* utfärdas av den allmänna sjukkassa, till vilken den förmånsberättigade hör såsom medlem. För sådan förmånsberättigad, vilken ej är inskriven såsom medlem i allmän sjukkassa, utfärdas förmånsbevis av sjukkassan på den ort, där den förmånsberättigade vistas.

Prisnedsättning som icke uttagits vid inköp å apotek ersättes av allmän sjukkassa.

Högkostnadsersättningen

6 §.

Den som för inköp med prisnedsättning haft utgifter, som under ett och samma kalenderår uppgått till femtio kronor, äger, i den mån han härutöver under kalenderåret haft utgifter för inköp med prisnedsättning, erhålla dessa utgifter ersatta *(högkostnadsersättning)*.

Högkostnadsersättning utbetalas, såframt ej vederbörande sjukkassa finner annat kunna ske, efter kalenderårets utgång av den allmänna sjukkassa som utfärdat eller haft att utfärda förmånsbevis.

7 §.

Bevis angående rätt till högkostnadsersättning skall, därest förmånsbevis utfärdats, utgöras av apoteks eller sjukkassas noteringar på förmånsbeviset

om den förmånsberättigades egna utgifter vid varje förmånsuttag och eljest av de recept som vid expedition å apotek återställts till förmånstagaren eller de särskilda kvitton som, i fall som avses i 4 §, utfärdats av läkare.

Kostnadsfriheten

8 §.

Den som lider av sådan sjukdom, som innehålles i nedan angivna förteckning, äger å apotek mot läkarrecept kostnadsfritt erhålla de av medicinalstyrelsen bestämda läkemedelsberedningar, vilka som huvudsaklig verksam beståndsdel innehålla de i förteckningen upptagna läkemedlen.

Sjukdom	Läkemedel
1. Anaemia perniciosa	a) Leverpreparat till injektion b) Vitamin B_{12} till injektion
2. Diabetes insipidus	Hypofysbaklobextrakt, innehållande vasopressin
3. Diabetes mellitus	a) Insulin b) Perorala blodsockersänkande medel
4. Myxoedema	a) Sköldkörtelpreparat b) Tyroxin c) Liotyronin
5. Morbus Addisoni	a) Dekorton b) Kortison och hydrokortison
6. Tetania parathyreopriva	a) Vitamin D_2 (beredning innehållande minst 250 000 I.E./g) b) Dihydrotakysterol
7. Sprue, Coeliakia	a) Folinsyra b) Leverpreparat till injektion c) Vitamin B_{12} till injektion
8. Tuberculosis	a) Aminosalyl och derivat därav b) Isoniazid c) Streptomycin och dihydrostreptomycin
9. Cancer mammae Cancer ovarii Cancer prostatae Cancer testis	Androgena och östrogena ämnen

Särskilda bestämmelser

9 §.

Prisnedsättning enligt 3 § skall beräknas å summan av de priser som av apoteket åsatts enligt en och samma receptblankett utlämnade läkemedel.

Befinnes den härvid erhållna summan icke utgöra jämnt krontal beräknas prisnedsättningen å närmast hela krontal, varvid jämna femtiotal ören höjas.

10 §.

Från prisnedsättning och högkostnadsersättning äger Konungen undan-

taga visst läkemedel eller viss grupp av läkemedel som i 2 § andra stycket avses.

11 §.

Har apotekare mot recept tillhandahållit läkemedel till nedsatt pris enligt 3 § eller kostnadsfritt enligt 8 §, äger han i den ordning Konungen bestämmer av den i lagen om allmän sjukförsäkring avsedda tillsynsmyndigheten erhålla ersättning med belopp motsvarande i förra fallet föreskriven prisnedsättning och eljest fastställt försäljningspris.

12 §.

Kostnaden för tillhandahållande av läkemedel enligt denna förordning bestrides av statsmedel med belopp för kalenderår motsvarande en krona 15 öre för envar, som vid utgången av det år kostnaden avser är medlem i allmän sjukkassa, och i övrigt av de allmänna centralsjukkassorna i förhållande till antalet medlemmar vid nämnda tidpunkt, vilka äro pliktiga att erlägga sjukförsäkringsavgift enligt lagen om allmän sjukförsäkring.

13 §.

Framställning hos allmän sjukkassa om ersättning enligt denna förordning skall göras inom två år efter utgången av det kalenderår varunder vederbörande guldit det belopp, varför ersättning begäres, vid äventyr att rätten till ersättning förloras.

Underlåter någon att uttaga ersättning inom sex månader efter det sjukkassan meddelat honom att så kunnat ske, må utbetalning av ersättningen vägras.

14 §.

Denna förordning äger icke tillämpning å den som vårdas å sjukvårdsanstalt, som avses i lagen om allmän sjukförsäkring.

15 §.

Konungen äger träffa överenskommelse med främmande makt om tillämpning av denna förordning helt eller delvis å andra dess medborgare som vistas här i riket än dem å vilka förordningen eljest är tillämplig.

16 §.

De närmare föreskrifter, som finnas erforderliga för tillämpningen av denna förordning, meddelas av Konungen eller av myndighet, som Konungen bestämmer.

Denna förordning träder i kraft den

Genom förordningen upphävas

förordningen den 4 juni 1954 angående kostnadsfria eller prisnedsatta läkemedel; samt

kungörelsen den 4 juni 1954 med förteckning över kostnadsfria läkemedel.

Kungörelse om ändring i Kungörelsen den 3 december 1954 (nr 782) angående utbetalning av statsbidrag m. m. till allmän sjukkassa

Härigenom förordnas, att 5 § kungörelsen den 5 december 1954 angående utbetalning av statsbidrag m. m. till allmän sjukkassa skall erhålla ändrad lydelse på sätt nedan angives.

5 §.

I avräkning å bidrag och avgifter, som avses i denna kungörelse, skall tillsynsmyndigheten före utgången av varje kalendermånad till centralsjukkassa utbetala förskott med belopp, som för centralsjukkassan jämte i förekommande fall till denna anslutna lokalsjukkassor beräknas erforderligt för bestridande av månadens utbetalningar.

Det åligger — — — å lokalsjukkassan.

Denna kungörelse träder i kraft den

Kungörelse med tillämpningsföreskrifter till förordningen om de allmänna läkemedelsförmånerna

Med stöd av 16 § förordningen om de allmänna läkemedelsförmånerna förordnas som följer.

1 §.

Förskrivning av läkemedel, som enligt 3 § förordningen om de allmänna läkemedelsförmånerna må å apotek inköpas till nedsatt pris, skall, såvida ej annat följer av vad nedan sägs, ske å receptblankett enligt fastställt formulär. Är förskrivningen avsedd att expedieras mera än en gång, skall å blanketten angivas det antal gånger, som förnyad expedition må äga rum (iteration). Nämnda antal må ej överstiga tre. Vid iteration må å samma receptblankett upptagas endast en läkemedelsformel.

2 §.

Prisnedsättning må å apotek endast lämnas i direkt samband med utlämnande av läkemedlet och mot företeende av förmånsbevis, gällande för den person, för vilken expedierad förskrivning enligt uppgifterna på överlämnad receptblankett är avsedd, eller, om den för vilken förskrivningen är avsedd ej fyllt 16 år, för dennes å receptblanketten jämväl angivne vårdnadshavare.

3 §.

Vid expedition utan prisnedsättning skall överlämnad receptblankett, innan den återställes till vederbörande, förses med uppgift om apotekets namn och dagen för expeditionen samt åsättas taxering. Är förskrivning avsedd att expedieras mera än en gång skall härutöver å blankett enligt fastställt formulär verkställas avskrift av signaturen (signaturavskrift) som, sammanfogat med receptet, överlämnas till vederbörande.

4 §.

Vid expedition med prisnedsättning skall receptblanketten, där förskrivningen icke är avsedd för förnyad expedition, förses med uppgift om apotekets namn och dagen för expeditionen samt åsättas taxering. Härutöver skall blanketten förses med uppgift om dels nummerbeteckning å den sjukkassa, som utfärdat förmånsbevis, enligt vilket prisnedsättning åtnjutits,

dels ock dagen för detta utfärdande. Receptet behålles av apoteket och utgör apotekarens verifikation.

Är förskrivning avsedd att expedieras mera än en gång skall vid varje expedition med prisnedsättning receptblanketten förses med uppgift om apotekets namn och dagen för expeditionen samt, då den första expeditionen sker, jämväl åsättas taxering och förses med de uppgifter i övrigt som enligt första stycket skola tillföras receptblanketten. Vid varje expedition utom den sista skall receptet återställas till vederbörande, sedan å blankett som i 3 § sagts verkställts avskrift av signaturen. Sådan avskrift, som skall innehålla de uppgifter som enligt ovan tillförts receptblanketten, utgör apotekarens verifikation. Vid den sista expeditionen kvarhålles receptet å apoteket såsom apotekarens verifikation.

5 §.

Vid varje expedition med prisnedsättning skall å därför avsedd plats på förmånsbeviset införas uppgift om apotekets namn, dagen för expeditionen, receptets eller signaturavskriftens verifikationsnummer samt bevisinnehavarens utgifter för inköp enligt receptet efter avdrag för prisnedsättning; riktigheten av uppgifterna skall bekräftas genom signering av den som verkställt expeditionen. Förmånsbeviset skall härefter återställas till vederbörande.

6 §.

Kvitto enligt 4 § förordningen om de allmänna läkemedelsförmånerna (läkarkvitto) skall utfärdas enligt fastställt formulär; och skall kvittot, såframt ej fråga är om tillhandahållande av bakteriologiskt preparat, innehålla försäkran om att sådant behov förelegat varom i första stycket nämnda paragraf finnes stadgat.

7 §.

Framställning om förmånsbevis göres till allmän sjukkassa tidigast när självriskbeloppet uppnåtts; och skall framställningen vara åtföljd av recept och, i förekommande fall, signaturavskrifter och läkarkvitton till styrkande av rätten till förmånsbevis.

8 §.

Förmånsbevis skall utfärdas enligt fastställt formulär och vara försett med erforderliga identifieringsuppgifter.

Utfärdade förmånsbevis skola med angivande av utfärdandedag registerföras för envar förmånsberättigad.

9 §.

Framgår av de vid framställning om förmånsbevis överlämnade inköpshandlingarna att sökanden haft utgifter som överstigit självriskbeloppet,

skall sjukkassan till honom utgiva, utöver förmånsbeviset, jämväl ersättning, vartill han på grund härav är berättigad.

10 §.

Vid utlämnande i varje särskilt fall av förmånsbevis och ersättning enligt 9 § skola de handlingar, vilka bildat underlag härför, kvarhållas å sjukkassan såsom verifikationer. Dock skall recept, enligt vilket förskrivning är avsedd att expedieras mera än en gång, återställas till vederbörande därest hela antalet enligt receptet tillåtna expeditioner ännu icke ägt rum; såsom verifikation för sjukkassan skall i sådant fall kvarhållas till receptet hörande signaturavskrift.

Verifikationerna skola av sjukkassan så förvaras, att de kunna återfinnas med ledning av dagen för utfärdandet av förmånsbevis.

11 §.

Utan samband med utfärdande av förmånsbevis ersättes prisnedsättning, som icke uttagits å apotek, mot företeende av dels vederbörligt recept, signaturavskrift eller läkarkvitto, dels förmånsbevis, som berättigar sökanden till prisnedsättning.

Vid utgivande av ersättning som nu sagts skall receptblanketten, därest den icke innehåller förskrivning, som är avsedd för förnyad expedition, åsättas beräkning av prisnedsättning samt förses med uppgift om sjukkassans namn och dagen för ersättningens utgivande. Härutöver skall receptblanketten förses med uppgift om dels nummerbeteckning på den sjukkassa, som utfärdat förmånsbeviset, dels dagen för detta utfärdande. Receptet behålles av sjukkassan och utgör dess verifikation.

Innehåller receptblanketten förskrivning, som är avsedd för förnyad expedition, skall densamma vid varje utgivande av ersättning förses med uppgift om sjukkassans namn och dagen för ersättningens utgivande samt, i mån av behov, jämväl åsättas beräkning av prisnedsättning och förses med de uppgifter i övrigt som enligt andra stycket andra punkten skola tillföras receptblanketten. Vid varje utgivande av ersättning skall receptet, därest hela antalet enligt receptet tillåtna expeditioner ännu icke ägt rum, återställas till vederbörande sedan till detsamma hörande signaturavskrift enligt 3 § sista stycket avskiljts. Sådan avskrift, som skall förses med de uppgifter som enligt andra stycket andra punkten skola tillföras receptblanketten, utgör sjukkassans verifikation.

Vid utgivande av ersättning på grund av läkarkvitto skall vad i andra stycket stadgats rörande receptblankett äga motsvarande tillämpning.

Vid varje utgivande av ersättning som nu sagts skall å därför avsedd plats på förmånsbeviset införas uppgift om sjukkassans namn eller nummerbeteckning, dagen för ersättningens utgivande, receptets, signaturavskriftens eller läkarkvittots verifikationsnummer samt bevisinnehavarens

egna utgifter för inköpen enligt inköpshandlingen efter avdrag för den ersatta prisnedsättningen; riktigheten av uppgifterna bestyrkes av för utgivandet ansvarig tjänsteman å sjukkassan. Förmånsbeviset skall härefter återställas till vederbörande.

12 §.

Högkostnadsersättning enligt 6 § förordningen om de allmänna läkemedelsförmånerna utgives av sjukkassan mot avlämnande av förmånsbevis och/eller inköpshandling, utvisande att vederbörande är berättigad till sådan ersättning.

Avlämnade förmånsbevis och inköpshandlingar utgöra sjukkassans verifikationer. Verifikationerna skola så förvaras att de kunna återfinnas med ledning av identifikationsuppgifterna på den person, för vilken ersättningen utgivits.

13 §.

Förskrivning av läkemedel, som enligt 8 § förordningen om de allmänna läkemedelsförmånerna må å apotek erhållas kostnadsfritt skall ske med angivande av diagnos och, såvida ej annat följer av vad nedan sägs, å särskild receptblankett (läkemedelskort) enligt fastställt formulär.

Å varje läkemedelskort får upptagas endast en läkemedelsformel; och skall på kortet angivas dels det antal expeditioner av förskrivningen, som högst må ske, dels ock de minsta tidsmellanrum, inom vilka dessa expeditioner må äga rum.

Läkemedelskort är giltigt under en tid av ett år från och med dagen för utfärdandet.

14 §.

Läkemedelskort skall för att vara giltigt vara försett med bevis från allmän sjukkassa att den för vilken kortet utfärdats är person som omfattas av bestämmelserna i 1 § förordningen om de allmänna läkemedelsförmånerna.

Sjukkassa, som å läkemedelskort tecknat bevis som här avses, skall samtidigt med att kortet återställes tillhandahålla särskilda blanketter (beställningsblanketter) enligt fastställt formulär till det antal, som motsvarar det enligt läkemedelskortet medgivna antalet expeditioner. Varje beställningsblankett skall vara försedd med uppgift om sjukkassans namn och dagen för bevisets utfärdande; och skall på blanketten angivas den enligt läkemedelskortet tidigast medgivna expeditionsdagen.

15 §.

Vid varje expedition skall läkemedelskort förses med uppgift om apotekets namn och dagen för expeditionen samt, då den första expeditionen sker, jämväl åsättas taxering.

Expedition sker mot avlämnande av beställningsblankett, som åsättes taxering och utgör apotekarens verifikation.

16 §.

Utan hinder av vad i 1 och 13 §§ stadgas om användande av receptblankett må förskrivning av läkemedel berättiga till läkemedelsförmån, såframt omständigheterna finnas vara brådskande. I dylikt fall skall läkaren å den för förskrivningen använda handlingen vitsorda att fråga är om brådskande fall samt lämna de uppgifter, som skulle hava lämnats, därest föreskriven blankett använts.

Förskrivning, som avses i denna paragraf, må expedieras endast en gång.

17 §.

Läkemedelsförmån må åtnjutas även i fråga om förskrivning som skett genom telefonering till apotek. Sådan förskrivning skall å apoteket införas å receptblankett enligt fastställt formulär, och läkaren är skyldig att lämna de uppgifter utöver förskrivningen, som erfordras från läkaren för blankettens ifyllande.

Förskrivning, som avses i denna paragraf, må expedieras endast en gång.

18 §.

Föreligger, vid expedition av förskrivning, där enligt vad ovan stadgats receptet skall återställas till vederbörande, på grund av särskilda stadganden i annan ordning hinder för apotekaren att återställa receptet, skall genom hans försorg tillhandahållas en bestyrkt avskrift av receptet att företes hos allmän sjukkassa då framställning göres om utfående av förmånsbevis eller ersättning.

I sådana fall, där enligt vad ovan stadgats receptet skall kvarbliva å apotek eller sjukkassa såsom verifikation, skall genom apotekarens eller sjukkassans försorg tillhandahållas en bestyrkt avskrift av receptet, såframt den för vilken receptet utfärdats är i behov därav för företeende av avskriften hos försäkringsinrättning, som avses i lagen om yrkesskadeförsäkring.

Å avskrift, som i första och andra styckena sägs, skall angivas att handlingen ej gäller som recept för erhållande av läkemedel å apotek.

19 §.

I försäljningspriset för läkemedel, som avses i förordningen om de allmänna läkemedelsförmånerna, skall inräknas kostnaden för läkemedlets förpackning.

20 §.

Räkning å sådan ersättning till apotekare som avses i 11 § förordningen om de allmänna läkemedelsförmånerna, skall avse kalendermånad och

upprättas å blankett enligt fastställt formulär. Räkningen bör vara riksförsäkringsanstalten tillhanda inom en vecka efter månadens utgång. Räkningen skall, om ej särskilda skäl till annat föranleda, gäldas omedelbart.

21 §.

De handlingar, som enligt vad ovan stadgats utgöra apotekarens verifikationer, skola av denne förvaras under en tid av tre år, räknat från dagen för upprättandet av den i 20 § avsedda räkning, till vilken de hänföra sig, och skola på anfordran för granskning överlämnas till medicinalstyrelsen eller riksförsäkringsanstalten. Om så påfordras, skola därvid tillhandahållas räknemaskinsremsor med summering av verifikationsbeloppen.

22 §.

Det åligger medicinalstyrelsen och riksförsäkringsanstalten att i den ordning och den utsträckning så prövas lämpligt och erforderligt företaga granskning av de räkningar och handlingar, som avses i 20 och 21 §§. Medicinalstyrelsens granskning skall omfatta taxationsgranskning samt granskning att utlämnat läkemedel är sådant som avses i förordningen om de allmänna läkemedelsförmånerna. Riksförsäkringsanstalten skall verkställa kameral granskning.

Finnes vid granskning att ersättning till apotekare utgått med oriktigt belopp, skall rättelse ske vid nästföljande utbetalning, dock endast om skillnadsbeloppet överstiger fem kronor.

23 §.

Det åligger de allmänna sjukkassorna att i den ordning och den utsträckning medicinalstyrelsen och riksförsäkringsanstalten så prövar lämpligt och erforderligt följa och övervaka de allmänna läkemedelsförmånernas utnyttjande i enskilda fall; och äger sjukkassorna härför rätt att i den omfattning riksförsäkringsanstalten finner erforderligt vinna tillgång till de handlingar, som enligt vad ovan stadgats utgöra apotekarnas och sjukkassornas verifikationer.

24 §.

Formulär till blanketter, som avses i 1, 3, 13, 14 och 17 §§, fastställas av medicinalstyrelsen efter samråd med riksförsäkringsanstalten.

Formulär till blanketter, som avses i 2, 6 och 20 §§, fastställas av riksförsäkringsanstalten.

Denna kungörelse träder i kraft den

Genom kungörelsen upphäves kungörelsen den 3 december 1954 med tilllämpningsföreskrifter till förordningen den 4 juni 1954 angående kostnadsfria eller prisnedsatta läkemedel.

BILAGOR

BILAGA I

Undersökning av läkemedelskostnaderna för individ och år

Undersökningens syfte

Undersökningen har i första hand avsett att studera den nuvarande ordningens förtjänster och brister som skydd mot de samlade läkemedelskostnaderna under en längre period. I de av utredningen refererade undersökningar, som utförts av Lönngren et al., har bl. a. inverkan på varje särskild läkemedelspost ingående studerats. Erfarenhetsmässigt vet man emellertid, att den enskildes läkemedelsbehov många gånger föranleder inköp av flera läkemedel samtidigt eller upprepade inköp av ett eller flera läkemedel. På grund av dels uppdelningen på kostnadsfrihet och prisnedsättning dels karensbeloppets inverkan varierar den enskildes andel av de sammanlagda kostnaderna med sammansättningen av läkemedelsinköpen. Före avgivandet av ett samlat omdöme om det nuvarande systemet har utredningen ansett sig böra undersöka de variationer, som härvid kunna uppträda, och har därför studerat ett större antal personers sammanlagda läkemedelsinköp under ett år.

I andra hand har det härför sammanställda materialet använts i orienterande syfte vid uppbyggnaden av det självrisksystem, som utredningen föreslår ersätta det nuvarande.

Undersökningens planläggning och utförande

Planläggning

I samråd med expertis har utredningen undersökt möjligheterna att sammanställa läkemedelskostnaderna under ett år för ett urval personer, som var representativt för hela befolkningen och samtidigt tillräckligt omfattande för att belysa variationerna ifråga om kostnader och förmåner. Detta visade sig tekniskt svårgenomförbart och förenat med höga kostnader, varför utredningen ansett sig böra begränsa målsättningen till att erhålla en nöjaktig orientering. En stark bidragande orsak till detta ställningstagande har varit utredningens uppfattning, att den utveckling, som pågår inom läkemedelsområdet, snabbt inaktualiserar analyser av läkemedelsförbrukningens struktur.

Dessa överväganden ha resulterat i en undersökning av de inköp, vilka ett antal slumpvis utvalda personer under loppet av ett år företagit på ett enda eller några få nära varandra liggande apotek. Härvid har utredningen begagnat sig av det receptmaterial, som samlas på apoteken vid utlämnande av kostnadsfria eller pris-

[1] Detta material inrymmer icke samtliga läkemedelsinköp, som beröras av det föreslagna självrisksystemet, då inköp enligt recept av apoteksvaror och gifter av första klassen med ett pris understigande 3,05 kronor samt bakterielogiska preparat endast återfinnas i den mån de förskrivits antingen kostnadsfritt eller på samma blankett som annat förmånsberättigat läkemedel. Värdet av de läkemedel, som försäljas enligt recept och som betinga ett lägre pris än 3.05 kronor, utgör högst 5 % av apoteks recepturförsäljning. De bakteriologiska preparaten torde spela mindre roll i detta sammanhang. Då därtill båda dessa slag av inköp i viss utsträckning återfinnas i materialet, har denna felkälla av utredningen bedömts vara av mindre betydelse.

nedsatta läkemedel.[1] Med hänsyn till att det årliga antalet verifikationer redan på mindre apotek utgör 10 000 à 20 000 st. och på de större uppgår till omkring 100 000 st. har undersökningen begränsats till ett mindre antal apotek för att arbetet icke skulle bliva alltför omfattande.

Vid valet av apotek har utredningen varit bunden av att materialet på flertalet apotek icke i tillräcklig utsträckning är försett med patienternas födelsedata. En av medicinalstyrelsen för utredningens räkning utförd undersökning visade nämligen, att 3/5 av samtliga apotek icke regelbundet utsatte dessa data på de signaturavskrifter, som ingå i verifikationssamlingarna. Då signaturavskrifterna i genomsnitt utgöra omkring 20 % av verifikationerna, var materialet från sådana apotek oanvändbart. Härigenom eliminerades bl. a. samtliga storstadsapotek. Någon möjlighet att åstadkomma ett urval, där resultaten från de olika apoteken kunna sammanvägas till ett för hela landet representativt medelvärde har sålunda icke varit förhanden. I stället har utredningen eftersträvat, att inom det begränsade urvalet inrymma exempel, som avspegla såväl olika geografiska och demografiska förhållanden som olika läkares förskrivningsvanor.

En annan omständighet, som påverkat valet av undersökningsobjekt, är att många sjuka sprida sina inköp på flera apotek. En fullständig rekonstruktion av läkemedelsförbrukningen för ett antal personer, vilka slumpvis uttagits bland dem, som inköpt läkemedel på ett visst apotek, kräver därför kompletterande undersökningar, som i princip måste göras riksomfattande. Om man undviker orter med starkt inslag av tillfälliga besökande torde dock en komplettering, som omfattar de närmaste kringliggande apoteken, kunna vara tillräcklig för att fånga den övervägande delen av inköpen. Bristerna ifråga om födelsedata ha emellertid visat sig hindra ett konsekvent genomförande av sådana kompletteringar. Utredningen har därför sett sig nödsakad att i första hand utvälja apotek, vilkas klientel kunde förväntas inrymma en så stor kärna av fasta kunder som möjligt. Sannolikheten härför har bedömts vara störst ifråga om apotek på orter, vilka verka samlande på handel och sjukvård och som icke ligga inom områden, som starkt influeras av andra och större centra. Två av de utvalda apoteken äro belägna inom eller i omedelbar närhet av samhällen, dit andra apotek äro förlagda, och materialet har här utfyllts med uppgifter från dessa. Vidare har i viss utsträckning kompletteringar inhämtats från kringliggande apotek. Trots dessa åtgärder får man räkna med att de årsinköp, som rekonstruerats i vissa fall äro lägre än de verkliga.

I vad mån urvalet av apotek och bristerna i redovisningen av årskostnaderna inverkat på materialets användbarhet behandlas i samband med översikten av resultaten.

Utförande

De apotek, som utvalts, äro till antalet fyra, nämligen S:t Sigfrid i Växjö samt apoteken i Hässleholm, Fagersta och Malmberget. Ur årsmaterialet för år 1957 från dessa apotek uttogos de verifikationer, som avsågo personer födda den 5, 15 och 25 i månaden. Verifikationerna ha fördelats på personerna i fråga och de sålunda erhållna verifikationssamlingarna ha bearbetats i olika avseenden.

I viss utsträckning har undersökts i vad mån samma personer förlagt sina inköp till andra apotek och när så varit fallet ha dessa inköp lagts till ursprungliga verifikationssamlingarna. På detta sätt har materialet från Hässleholm kompletterats med uppgifter från filialapoteken i Bjärnum, Tyringe och Sösdala. Till inköpen på S:t Sigfrid i Växjö ha lagts den från detta apotek utvalda personkretsens inköp på apoteket Lejonet i samma stad samt på apoteket i Alvesta. Mate-

rialet från apoteket i Malmberget har utfyllts med uppgifter från apoteken i Gällivare och Jokkmokk.

Härutöver har material från apoteken i Fränsta och Säffle bearbetats separat enligt liknande metod huvudsakligen i syfte att studera merkostnaderna vid inordnande av de minderåriga i självrisksystemet.

Resultat

Materialets omfattning

Efter kompletteringarna uppgår antalet uttagna verifikationer för de fyra apoteken tillsammans till 15 132 som fördela sig på 4 333 personer. Totalkostnaderna[1] belöpa sig på 193 349 kronor, varav 79 850 utgått som förmåner. Värdena för de olika apoteken återfinnas i tabell 1.

Tabell 1. Översikt av materialet

	Antal personer	Antal verifikationer	Totalkostnad	Totalkostnad per person	Förmåner	Förmåner i % av totalkostnad	Kostnadsfria läkemedel	Kostnadsfria läkemedel i % av förmånerna
	st	st	kr	kr	kr	%	kr	%
Hässleholm....	1 197	4 358	56 211	46,96	22 292	39,7	4 151	18,6
S:t Sigfrid, Växjö	1 584	5 738	73 239	46,24	31 814	43,4	12 281	38,6
Fagersta.....	905	3 164	36 880	40,75	14 741	40,0	3 188	21,6
Malmberget ...	647	1 872	27 019	41,76	11 003	40,7	2 705	24,6
Summa	4 333	15 132	193 349	44,62	79 850	41,3	22 325	28,0

Materialet fördelat efter individernas årskostnader

Materialet från varje apotek har ordnats i klasser efter storleken av de enskilda personernas årskostnader, varvid för varje klass beräknats antalet personer och verifikationer samt summorna av såväl totalkostnader som förmåner. Härjämte har som ett mått på förmånerna angivits dels medianen, dels lägsta och högsta förmånen för individ och år inom varje klass. Tabellerna 2—5 återge materialet från de olika apoteken ordnat på detta sätt.

[1] Med totalkostnad avses de bruttopriser, som av apoteken åsatts läkemedlen. Förmåner omfatta dels värdet av erhållna prisnedsättningar, dels de priser, varmed de kostnadsfritt utlämnade läkemedlen debiterats riksförsäkringsanstalten.

Tabell 2. Materialet från apoteket i Hässleholm ordnat efter personernas årskostnader

Totalkostnad per person och år kr	Antal personer st	Antal verifikationer st	Summa totalkostnader kr	Förmåner			
				Summa kr	per person kronor		
					lägsta	median	högsta
— 10	327	355	2 014	428	0,03	1,05	9,20
10— 20	266	406	3 875	1 145	0,45	4,10	16,70
20— 30	147	365	3 632	1 173	2,08	7,73	21,00
30— 40	96	290	3 270	1 089	3,00	10,80	37,20
40— 50	63	248	2 810	953	7,52	14,84	44,88
50— 60	48	222	2 637	1 054	10,67	19,31	58,95
60— 70	35	199	2 277	851	16,81	21,65	63,00
70— 80	34	194	2 531	887	13,08	25,93	45,13
80— 90	20	116	1 706	657	25,10	32,50	45,04
90— 100	21	141	1 989	719	28,38	33,18	47,41
100— 110	15	129	1 555	531	22,16	36,79	46,50
110— 120	14	131	1 604	677	23,43	41,54	93,20
120— 130	18	169	2 250	1 009	34,50	45,60	128,00
130— 140	5	42	668	220	36,74	45,45	52,65
140— 150	7	89	1 017	383	36,79	50,70	97,38
150— 160	7	78	1 095	641	42,38	79,93	152,20
160— 170	6	60	992	489	55,28	68,94	124,80
170— 180	4	54	702	269	57,94	62,48	86,00
180— 190	8	88	1 475	725	48,34	78,02	164,80
190— 200	8	98	1 578	614	63,75	73,78	95,50
200— 220	12	182	2 554	1 283	60,14	83,45	200,00
220— 240	2	17	457	296	104,65	—	190,71
240— 260	2	25	493	273	103,77	—	168,95
260— 280	5	89	1 323	484	87,73	91,92	107,96
280— 300	5	118	1 438	754	98,57	123,33	266,13
300— 350	7	156	2 175	898	81,12	115,34	166,05
350— 400	1	6	379	173		172,93	
400— 450	5	110	2 112	960	151,74	177,91	258,82
450— 500	3	64	1 429	683	181,96	232,40	269,41
500— 600	4	85	2 154	955	218,91	240,24	255,25
800— 900	1	16	859	401		401,17	
1 100—1 200	1	16	1 161	618		617,90	
Summa	1 197	4 358	56 211	22 292			

Tabell 3. Materialet från apoteket S:t Sigfrid i Växjö ordnat efter personernas årskostnader

Totalkostnad per person och år kr	Antal personer st	Antal verifikationer st	Summa totalkostnader kr	Förmåner			
				Summa kr	per person kronor		
					lägsta	median	högsta
— 10	428	464	2 653	588	0,03	1,10	9,80
10— 20	350	564	5 030	1 464	0,86	3,75	19,60
20— 30	204	501	4 947	1 610	2,20	7,39	24,10
30— 40	118	344	4 126	1 427	4,30	11,46	39,45
40— 50	89	348	3 939	1 308	6,13	13,99	44,95
50— 60	63	291	3 466	1 299	7,56	19,14	54,35
60— 70	62	363	4 002	1 465	11,09	21,05	66,05
70— 80	33	175	2 485	1 012	13,86	26,68	78,65
80— 90	28	202	2 392	862	14,35	26,99	89,95
90— 100	31	253	2 925	1 109	20,65	32,52	86,35
100— 110	22	208	2 313	1 028	24,16	36,09	108,35
110— 120	17	154	1 947	654	28,26	37,83	52,17
120— 130	12	109	1 504	592	13,06	46,39	124,15
130— 140	11	119	1 480	471	33,17	41,64	56,14
140— 150	13	160	1 891	648	31,95	48,88	87,94
150— 160	10	149	1 548	698	38,58	60,29	129,45
160— 170	13	150	2 136	801	44,87	57,38	94,41
170— 180	8	105	1 399	661	58,33	72,71	156,63
180— 190	4	41	753	341	66,92	75,27	124,14
190— 200	7	90	1 368	491	62,82	70,85	77,60
200— 220	7	80	1 477	881	50,19	99,85	218,60
220— 240	10	100	2 271	1 438	91,09	107,91	233,00
240— 260	6	56	1 512	722	87,84	98,36	239,78
260— 280	6	124	1 637	779	86,09	95,25	239,64
280— 300	2	42	579	340	112,85	—	227,05
300— 350	10	137	3 138	1 927	89,78	150,16	344,45
350— 400	4	75	1 513	1 086	117,42	301,38	366,29
400— 450	4	85	1 681	1 217	167,23	305,78	438,75
450— 500	3	48	1 412	1 185	259,98	433,01	492,40
500— 600	4	99	2 062	1 240	184,04	286,31	483,08
600— 700	2	58	1 208	486	215,03	—	270,60
700— 800	1	8	707	341		341,46	
800— 900	1	22	836	806		805,84	
900—1 000	1	14	902	837		836,72	
Summa	1 584	5 738	73 239	31 814			

Tabell 4. Materialet från apoteket i Fagersta ordnat efter personernas årskostnader

Totalkostnad per person och år kr	Antal personer st	Antal verifikationer st	Summa totalkostnader kr	Förmåner			
				Summa kr	per person kronor		
					lägsta	median	högsta
— 10	286	318	1 754	360	0,03	1,12	9,70
10— 20	203	311	2 974	927	0,26	4,30	16,20
20— 30	103	247	2 539	840	3,32	8,51	18,28
30— 40	80	235	2 766	936	3,49	11,88	33,70
40— 50	51	179	2 267	824	8,90	15,67	40,75
50— 60	33	145	1 812	642	8,80	20,02	23,98
60— 70	18	98	1 175	417	13,68	23,57	28,65
70— 80	17	119	1 290	524	20,54	29,21	77,35
80— 90	13	92	1 112	401	24,42	30,68	35,76
90—100	10	73	965	406	26,81	35,11	91,50
100—110	13	103	1 352	553	28,27	37,82	81,67
110—120	5	42	572	213	37,67	43,86	46,70
120—130	10	105	1 260	518	35,62	44,32	125,30
130—140	8	101	1 079	372	32,74	50,14	53,13
140—150	4	53	568	202	47,65	49,15	54,88
150—160	5	55	777	391	49,17	58,32	146,19
160—170	6	91	992	350	43,50	58,49	75,08
170—180	3	43	523	195	59,53	62,70	72,95
180—190	4	69	744	311	61,22	71,25	107,34
190—200	2	38	392	136	64,50	—	71,78
200—220	4	70	849	325	64,65	84,85	91,14
220—240	4	84	928	338	66,62	86,05	98,88
240—260	3	33	772	352	111,77	114,62	126,00
260—280	3	56	817	595	97,03	222,58	275,08
280—300	3	58	880	680	177,46	220,86	281,75
300—350	8	182	2 531	1 340	106,82	118,14	312,00
350—400	1	25	378	149		148,65	
400—450	—	—	—	—	—	—	—
450—500	2	61	941	453	206,46	—	246,96
500—600	1	19	577	247		246,57	
600—700	2	59	1 294	744	281,41		462,50
Summa	905	3 164	36 880	14 741			

Tabell 5. Materialet från apoteket i Malmberget ordnat efter personernas årskostnader

Totalkostnad per person och år kr	Antal personer st	Antal verifikationer st	Summa totalkostnader kr	Förmåner			
				Summa kr	per person kronor		
					lägsta	median	högsta
— 10	175	189	1 116	219	0,03	1,23	4,10
10— 20	124	171	1 777	499	0,36	3,67	7,95
20— 30	86	172	2 123	657	2,01	7,60	13,48
30— 40	69	174	2 358	824	4,61	11,53	30,00
40— 50	53	168	2 368	844	9,94	15,99	41,25
50— 60	31	110	1 694	627	11,11	19,49	41,53
60— 70	23	84	1 480	538	17,50	22,83	38,74
70— 80	13	59	979	408	19,72	26,04	72,45
80— 90	9	58	757	264	25,06	29,04	35,93
90— 100	13	91	1 233	426	25,66	33,62	41,19
100— 110	4	38	421	159	33,84	37,98	48,75
110— 120	7	56	805	371	40,24	41,62	117,35
120— 130	2	25	250	239	109,65	—	129,20
130— 140	1	6	131	51	—	50,76	—
140— 150	5	31	710	273	39,17	54,27	65,93
150— 160	2	11	308	208	70,45	—	138,11
160— 170	5	52	828	346	63,56	67,33	76,56
170— 180	4	37	703	365	61,45	64,70	173,70
180— 190	4	42	730	501	70,11	125,45	180,00
190— 200	2	47	388	206	53,09	—	152,56
200— 220	4	41	826	311	66,47	81,16	82,26
220— 240	—	—	—	—	—	—	—
240— 260	—	—	—	—	—	—	—
260— 280	3	47	809	366	96,36	118,48	150,90
280— 300	1	11	284	102		101,77	
300— 350	1	27	305	115		115,19	
350— 400	2	33	758	290	141,88	—	148,21
400— 450	1	21	429	375		374,68	
450— 500	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—
700— 800	2	41	1 533	977	365,99	—	610,90
900—1 000	1	30	916	442		441,96	
Summa	647	1 872	27 019	11 003			

I samtliga tabeller framträda betydande variationer av förmånerna vid likstora totalkostnader. Detta förhållande bearbetas särskilt och behandlas i ett följande avsnitt. I det följande presenteras övriga data i materialet i form av översikter. Tabellerna 6—8 visa för vart och ett av apoteken hur antalet personer samt totalkostnader och förmåner fördela sig på olika kostnadsklasser.

Tabell 6. Antalet personer fördelat efter totalkostnad för person och år

Totalkostnad för person och år kr	Hässleholm %	S:t Sigfrid, Växjö %	Fagersta %	Malmberget %
— 50	75,0	75,0	79,9	78,3
50—100	13,2	13,7	10,1	13,8
100—150	4,9	4,7	4,4	2,9
150—200	2,8	2,7	2,2	2,6
200—300	2,2	2,0	1,9	1,2
300—400	0,7	0,9	1,0	0,5
400—500	0,7	0,4	0,2	0,2
500 och däröver	0,5	0,6	0,3	0,5
	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabell 7. Totalkostnadernas fördelning på kostnadsklasser

Totalkostnad för person och år kr	Hässleholm %	S:t Sigfrid, Växjö %	Fagersta %	Malmberget %
— 50	27,9	28,4	33,3	36,1
50—100	19,8	20,8	17,2	22,7
100—150	12,6	12,5	13,1	8,6
150—200	10,4	9,8	9,3	10,9
200—300	11,1	10,2	11,5	7,1
300—400	4,5	6,3	7,9	3,9
400—500	6,3	4,2	2,6	1,6
500 och däröver	7,4	7,8	5,1	9,1
	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabell 8. Förmånernas fördelning på kostnadsklasser

Totalkostnad för person och år kr	Hässleholm %	S:t Sigfrid, Växjö %	Fagersta %	Malmberget %
— 50	21,4	20,0	26,4	27,6
50—100	18,6	18,0	16,2	20,6
100—150	12,7	10,7	12,6	9,9
150—200	12,3	9,4	9,4	14,8
200—300	13,9	13,1	15,5	7,1
300—400	4,8	9,5	10,1	3,7
400—500	7,4	7,6	3,1	3,4
500 och däröver	8,9	11,7	6,7	12,9
	100,0	100,0	100,0	100,0

Som tidigare framhållits måste man räkna med att de verifikationssamlingar, som ingå i materialet i viss utsträckning äro ofullständiga, då de representerade personerna kunna ha företagit inköp på andra apotek än de undersökta. I den mån detta varit fallet blir antingen storleken av totalkostnader och förmåner för låg inom vissa kostnadsklasser eller, om merkostnaden skulle medföra en över-

gång till en annan klass, fördelningen mellan klasserna felaktig. En fullständig undersökning skulle säkerligen resultera i ändringar i båda dessa avseenden, innebärande en förskjutning mot högre kostnadsklasser. Erfarenheterna från de kompletteringar, som gjorts, synas dock tyda på att denna förskjutning sannolikt icke kan förväntas mera avsevärt inverka på tendensen i stort även om de erhållna värdena icke ge en exakt bild av de verkliga förhållandena.[1]

Mellan resultaten från de olika apoteken föreligga siffermässiga skillnader, som äro förhållandevis små ifråga om personernas spridning på kostnadsklasser, men som framträda tydligare vid fördelningen av totalkostnader och förmåner. Trots att urvalet inrymmer orter av skild karaktär och belägenhet föreligger emellertid å andra sidan en strukturell överensstämmelse, som antyder att materialet i stora drag avspeglar mera allmänt förekommande tendenser. I det följande lämnas en kortfattad redogörelse för dessa, varvid de lägsta och högsta relationstalen i tabellerna 6—8 angivas som approximativa mått.

Det övervägande antalet personer ha haft jämförelsevis låga kostnader och 75—80 % ha icke nått en årskostnad om 50 kronor. För 10—15 % av personerna ha kostnaderna utgjort mellan 50 och 100 kronor och kostnader om 100 kronor och däröver föreligga i 8—12 % av fallen. I hela materialet återfinnes ett mindre antal personer med kostnader, som överstigit 500 kronor. Som exempel på de kostnadsnivåer som här uppnåtts må anföras de högsta kostnader som anträffats på vart och ett av apoteken:

Hässleholm	1 161 kronor
S:t Sigfrid	902 »
Fagersta	673 »
Malmberget	916 »

Av tabellerna 7 och 8 framgår, att de stora persongrupperna med relativt låga årskostnader visserligen svara för en betydande andel av totalkostnader och förmåner, men att den övervägande delen av dessa fördelar sig på den minoritet som haft större årskostnader. Jämföres frekvensen av årskostnader under och över 50 kronor med fördelningen av totalkostnader och förmåner erhålles följande lägsta och högsta värden:

[1] Ett visst mått på de sannolika förändringarna vid en fullständigare undersökning erbjuder materialet från Hässleholm. Inom ett avstånd av ca 1,5 mil från staden finnes fyra mindre apoteksinrättningar i olika väderstreck, nämligen filialapoteken i Bjärnum (N), Tyringe (V), Sösdala (S), och Vinslöv (Ö). I materialet från de tre förstnämnda — signaturavskrifterna i Vinslöv saknade födelsedata — återfanns 90 (7,5 %) av de 1 197 personerna i urvalet från Hässleholm, varvid det ursprungliga materialet tillfördes något mera än 400 verifikationer motsvarande en totalkostnad om ca 5 700 kronor och förmåner till ett värde av ca 2 300 kronor. En jämförelse mellan fördelningen på kostnadsklasserna före och efter kompletteringen visar en relativt liten förskjutning:

Årsinköp per person kr	Antal personer		Totalkostnad		Förmåner	
	före %	efter %	före %	efter %	före %	efter %
3— 50	78,3	75,0	31,4	27,9	24,6	21,4
50—100	12,0	13,2	20,1	19,8	19,5	18,6
100—150	4,2	4,9	11,7	12,6	12,2	12,7
150—200	2,2	2,8	9,0	10,4	11,2	12,3
200 och däröver	3,3	4,1	27,8	29,3	32,5	35,0
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Kostnad för person och år	Frekvens	Andel av totalkostnader	förmåner
kr	%	%	%
—50	75—80	28—36	20—28
50—	25—20	72—64	80—72

Förmånernas storlek vid årskostnader om 100 kronor och däröver

I det föregående har antytts, att personer med lika stora årskostnader erhållit olika stora förmåner. I syfte att studera de förhållanden, som här föreligga, har utredningen bearbetat den del av materialet, som avser årskostnader om 100 kronor och däröver. Härvid ha uppgifterna från de olika apoteken sammanförts till ett enda material.

Den första frågan, som uppställts, är i vad mån personerna i denna del av materialet varit hänvisade till kostnadsfria eller prisnedsatta läkemedel. Härvid äro i princip tre olika alternativ möjliga, varvid den enskilde kan ha erhållit antingen enbart prisnedsatta respektive enbart kostnadsfria läkemedel eller bådadera i kombination med varandra. Frekvensen av dessa alternativ i olika kostnadsklasser framgår av tabell 9.

Tabell 9. Jämförelse mellan antalet personer, som erhållit olika förmåner

Totalkostnad för person och år	Antal personer, vilka erhållit			Summa personer
	enbart prisnedsatta läkemedel	enbart kostnadsfria läkemedel	både kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel	
100—150	161	6	26	193
150—200	79	3	30	112
200—300	48	3	31	82
300—400	19	3	12	34
400—500	7	2	9	18
500 och däröver	11	—	10	21
Summa personer	325	17	118	460

Den grupp, som endast erhållit prisnedsatta läkemedel, utgör något mera än $^2/_3$ av antalet personer. Gruppen är starkast representerad i kostnadsklasserna under 200 kronor, där den klart dominerar över de grupper, vilka helt eller delvis täckt sitt läkemedelsbehov med kostnadsfria läkemedel. Även i de högre kostnadsklasserna är den väl företrädd och svarar här för omkring hälften av fallen. De personer, som erhållit samtliga läkemedel kostnadsfritt, utgöra endast några få procent. I det följande sammanföras dessa personer med dem som erhållit både kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel under den gemensamma benämningen personer med kostnadsfria läkemedel.

Det förhållandet att personerna med kostnadsfria läkemedel även använt prisnedsatta medför att förmånerna för hela gruppen endast uppgå till 70 % av totalkostnaderna. Motsvarande värde för dem, som endast använt prisnedsatta läkemedel utgör 37 %. Detta framgår av tabell 10.

Den andra frågan, som uppställts, är i vilken utsträckning förmånerna varierat vid lika stora årskostnader inom vardera av de båda grupperna. Att sådana variationer föreligga beträffande personer med kostnadsfria läkemedel är en direkt följd av att inslaget av kostnadsfria läkemedel kan vara olika stort. Vidare är att förutse att karensbeloppet kan påverka förmånerna vid prisnedsatta läkeme-

Tabell 10. Totalkostnader och förmåner för personer med årskostnader om 100 kronor och däröver

	Antal personer	Summa totalkostnader kr	Summa förmåner kr	Förmåner i % av totalkostnaderna
Personer med enbart prisnedsatta läkemedel	325	61 094	22 504	36,8
Personer med kostnadsfria läkemedel	135	35 010	24 663	70,4
Summa	460	96 104	47 167	49,1

del på ett sätt som medför variationer både när dessa läkemedel användas enbart och när de kombineras med kostnadsfria. Förhållandena ha studerats i tabellerna 11 och 12, som behandla kostnadsklasserna mellan 100 och 300 kronor.

Tabell 11. Antal personer med enbart prisnedsatta läkemedel ordnade efter storleken av totalkostnader och erhållna förmåner

Förmåner i % av totalkostnaden	Totalkostnad för person och år kr					Summa
	100—140	140—180	180—220	220—260	260—300	
0—10,0						
10,1—20,0	1					1
20,1—30,0	32	13	5	1		51
30,1—40,0	93	47	28	6	7	181
40,1—50,0	11	13	15	8	8	55
50,1—60,0						
60,1—70,0						
70,1—80,0						
80,1—90,0						
90,1—100,0						
Summa	137	73	48	15	15	288

Tabell 12. Antal personer med kostnadsfria läkemedel ordnade efter storleken av totalkostnader och erhållna förmåner

Förmåner i % av totalkostnaden	Totalkostnad för person och år kr					Summa
	100—140	140—180	180—220	220—260	260—300	
0— 10,0						
10,1— 20,0						
20,1— 30,0	1		1			2
30,1— 40,0	2	5	1	1	2	11
40,1— 50,0	4	7	2	3		16
50,1— 60,0	2	3	1	1	2	9
60,1— 70,0	3	5	3	1	2	14
70,1— 80,0	3	3	2	1	2	11
80,1— 90,0	6	2	2	1	2	13
90,1—100,0	6	4	6	4	3	23
Summa	27	29	18	12	13	99

Tabell 13. Kostnader för vissa personer, i vilkas förbrukning kostnadsfria läkemedel ingått

Värde av erhållna läkemedel kr	Andel, som betalats av patienten kr	Värde av erhållna läkemedel kr	Andel, som betalats av patienten kr
304	0	429	55
305	190	439	0
305	43	456	196
307	4	463	30
308	142	465	196
309	54	466	260
310	105	475	228
312	151	492	0
312	0	517	34
319	166	519	264
342	183	523	151
344	0	527	308
362	22	673	210
385	19	747	136
399	136	836	30
401	94	902	65
405	100	916	474
411	152	1 161	543

I de fall inköpen enbart avsett prisnedsatta läkemedel framträder en tendens till koncentrering av förmånen till intervallet mellan 30 och 40 % av totalkostnaderna. Detta torde få sättas i samband med det i och för sig naturliga förhållandet, att de skillnader i prisnedsättningens storlek, som karensbeloppet medför, genomsnittligt utjämnas, när inköpen omfatta kombinationer av olika läkemedel. Trots denna tendens kvarstår en betydande spridning.

I fråga om de fall, där kostnadsfria läkemedel ingått i förbrukningen, återfinnes i tabell 12 ingen tendens till koncentrering. Endast i 12 av de 99 fall, som behandlas i tabellen, har full kostnadsfrihet åtnjutits, medan de övriga äro relativt jämnt fördelade på olika rabattsatser ned till 30 % av totalkostnaderna. Den bild, som här framträder, kompletteras av tabell 13, som visar de andelar, som patienterna haft att betala i de 36 fall med kostnadsfria läkemedel, där värdet av läkemedlen överstigit 300 kronor.

Resultaten visa, att kostnadsfriheten varit av mycket varierande värde för de sjuka. I en del fall ha även mycket höga kostnader helt eller delvis avlyfts. I andra fall åter ha de sjukas utgifter blivit betydande trots att de erhållit vissa läkemedel kostnadsfritt.

Studier av självrisksystemets inverkan

I orienterande syfte har studerats hur självrisksystemet, tillämpat på materialet och utformat med olika stora självriskbelopp och procentandelar, skulle ha inverkat på

a) antalet förmånstagare
b) antalet verifikationer
c) kostnaderna.

Med användning av de sammanställningar, som framlagts i tabellerna 2—5 har beräknats hur stor andel av det totala antalet personer och verifikationer

resp. värde av erhållna förmåner som skulle inrymmas i självrisksystemet vid olika självriskbelopp och procentandelar. Resultaten föreligga i form av diagram A—D, där värdena från varje apotek redovisas separat.

Antalet personer, som skulle komma i åtnjutande av förmån beror enbart på storleken av självriskbeloppet. Av diagram A framgår, att detta antal redan vid ett så lågt belopp som 30 kronor på samtliga apotek skulle ha reducerats till 35—40 % av nuvarande antal, vid 50 kronor till 20—25 % samt vid 80 kronor och högre belopp understiga 15 %.

Antalet verifikationer (diagram B) har i detta sammanhang använts som ett ungefärligt uttryck för omfattningen av det administrativa arbetet. Detta är givetvis icke helt adekvat men ett visst samband torde förefinnas. Även i detta fall betingas omfattningen enbart av självriskbeloppets storlek. Beroende på att antalet verifikationer per person genomsnittligt stiger med ökade årsinköp bli förändringarna här mindre än i fråga om antalet personer. Ett självriskbelopp om 30 kronor skulle ha minskat antalet med ungefär 1/4 och vid 80 kronor skulle detta ha nedgått till mindre än hälften.

Kostnaderna ha studerats i diagram C och D. I dessa ha två alternativa utformningar av procentandelen kombinerats med olika stora självriskbelopp, varvid kostnadernas storlek angivits i procent av samtliga förmåner, som utgått enligt gällande system. I diagram C utgör procentandelen 10 % av det belopp, som överskjuter självriskbeloppet (alternativ 1). Skillnaderna mellan de olika apoteken bliva här framträdande och uppgå till 15 à 20 procentenheter mellan högsta och lägsta. Självriskbelopp om 30 kronor skulle emellertid i samtliga fall ha resulterat i ökade kostnader. Vid 50 kronors självrisk ha erhållits värden, som ligga mellan 84 och 104 % av nuvarande förmåner och vid 80 kronor återfinnas resultaten inom intervallet 60—75 %. I diagram D utgör procentandelen 25 % av kostnaderna över självriskbeloppet intill ett årsinköp av 250 kronor samt 0 av inköp över detta belopp (alternativ 2). Resultatet har blivit en förskjutning nedåt jämfört med diagram C med omkring 15 enheter vid de lägsta självriskbeloppen och omkring 5 vid de högsta. Vid självriskbelopp om 50 kronor återfinnas samtliga värden inom intervallet 75—92 %.

För bedömningen av resultaten får framhållas, att de brister i materialet, som beskrivits i det föregående, givetvis även påverka de här framlagda värdena. Detta innebär, att vid en fullständigare rekonstruktion av de representerade personernas läkemedelsinköp kurvorna i diagrammen skulle förskjutas uppåt.

De redovisade beräkningarna avse förhållandena vid självrisksystem, där vårdnadshavares och minderårigas kostnader icke sammanförts. I syfte att undersöka skillnaden i kostnader för denna utformning och för den i betänkandet föreslagna ordningen har utredningen studerat receptmaterial från apoteken i Fränsta och Säffle. Härvid uttogos och sammanställdes på sätt, som tidigare beskrivits, recept för personer födda den 5, 15 och 25 i månaden. Sedan utredningen genom medverkan av länsstyrelserna i de län, där apoteken äro belägna, erhållit uppgifter om familjeförhållandena för omkring 80 % av de uttagna personerna, uttogs ur hela årsmaterialet från de båda apoteken de recept, som avsågo personer med vårdnadssamband med i stickproven ingående personer. För vart och ett av apoteken beräknades kostnaderna dels på det ursprungligen uttagna materialet dels på det material, som erhölls sedan receptsamlingarna i detta ökats med de recept som tillkommit på grund av vårdnadssamband. Härvid erhölls följande kostnader i förhållande till nuvarande förmåner när de båda ovan beskrivna alternativa procentandelarna kombinerades med självriskbelopp om 50 kronor:

	Fränsta		Säffle	
	Alt. 1	Alt. 2	Alt. 1	Alt. 2
ursprungligt material....	78 %	68 %	83 %	70 %
kompletterat »	80 %	70 %	90 %	77 %

Merkostnaderna för ett system, där de minderåriga sammanförts med vårdnadshavarna utgjorde således 2 enheter i det ena materialet och 7 i det andra.

Diagram A. Antal förmånstagare vid olika självriskbelopp i % av hela antalet personer i stickproven

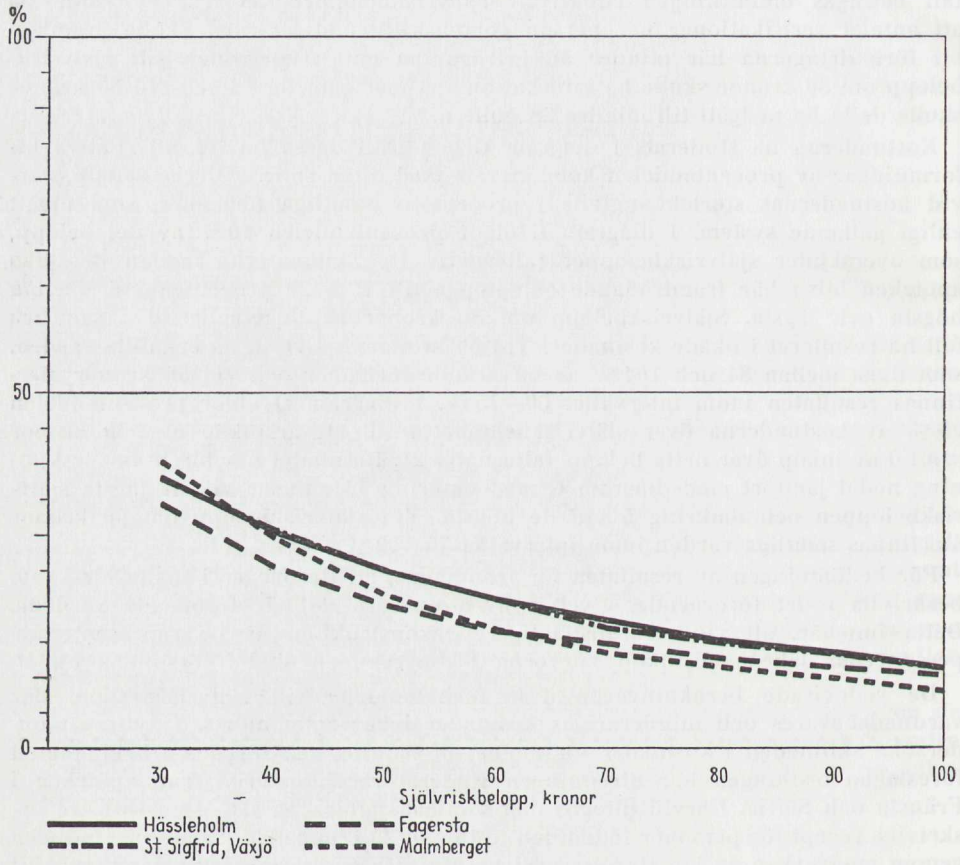


Diagram B. Antal verifikationer vid olika självriskbelopp i % av hela antalet verifikationer i stickproven

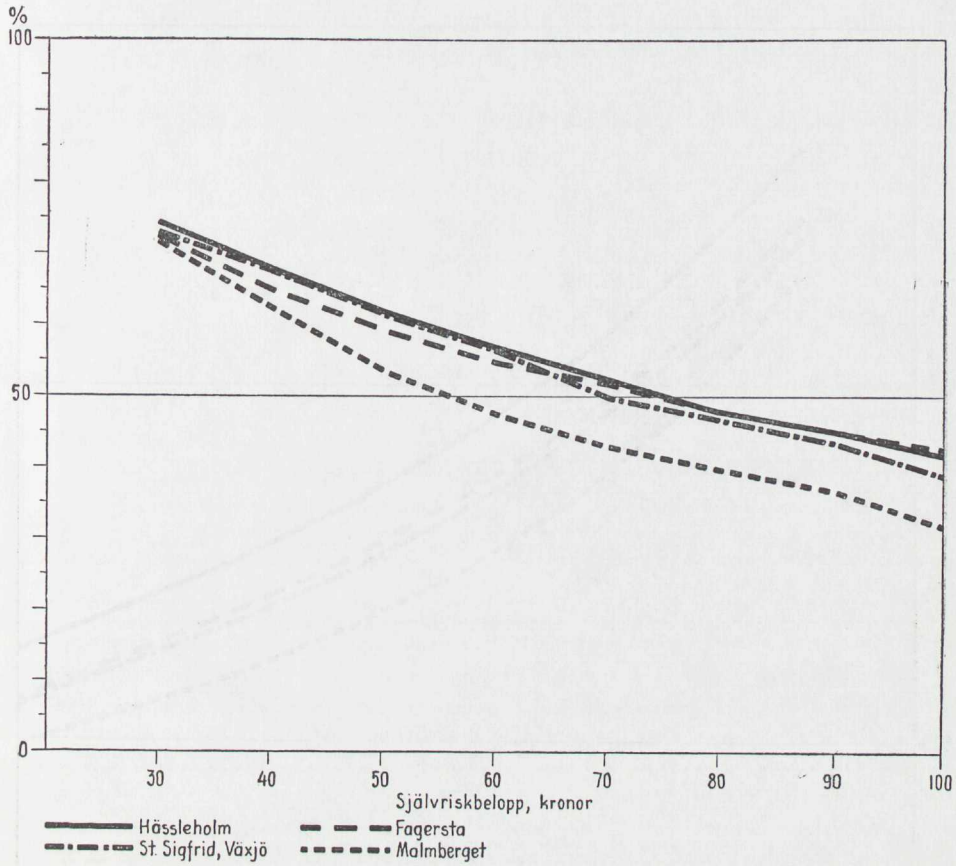


Diagram C. Kostnader vid olika självriskbelopp i % av nuvarande förmåner. Procentandel 10 %

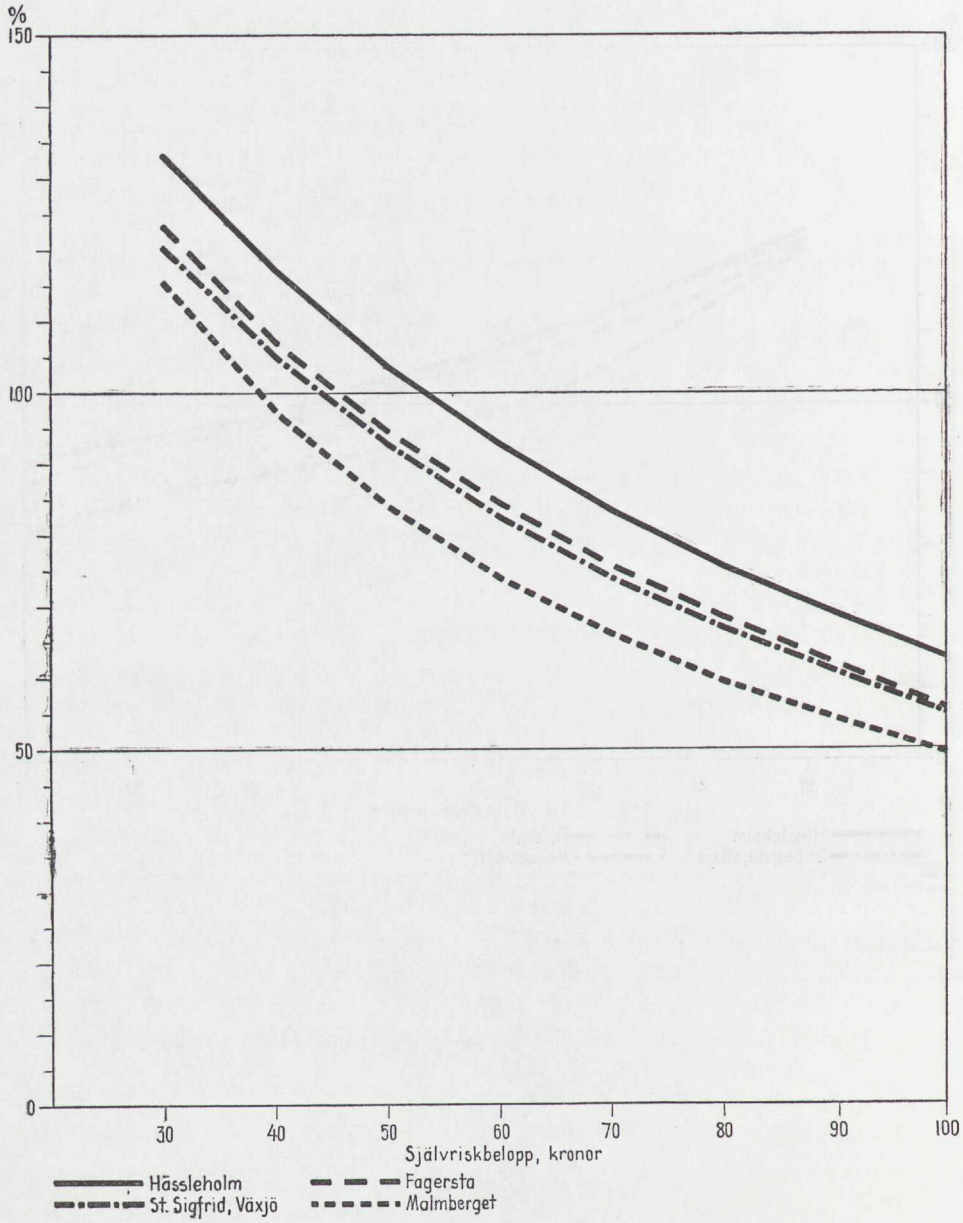
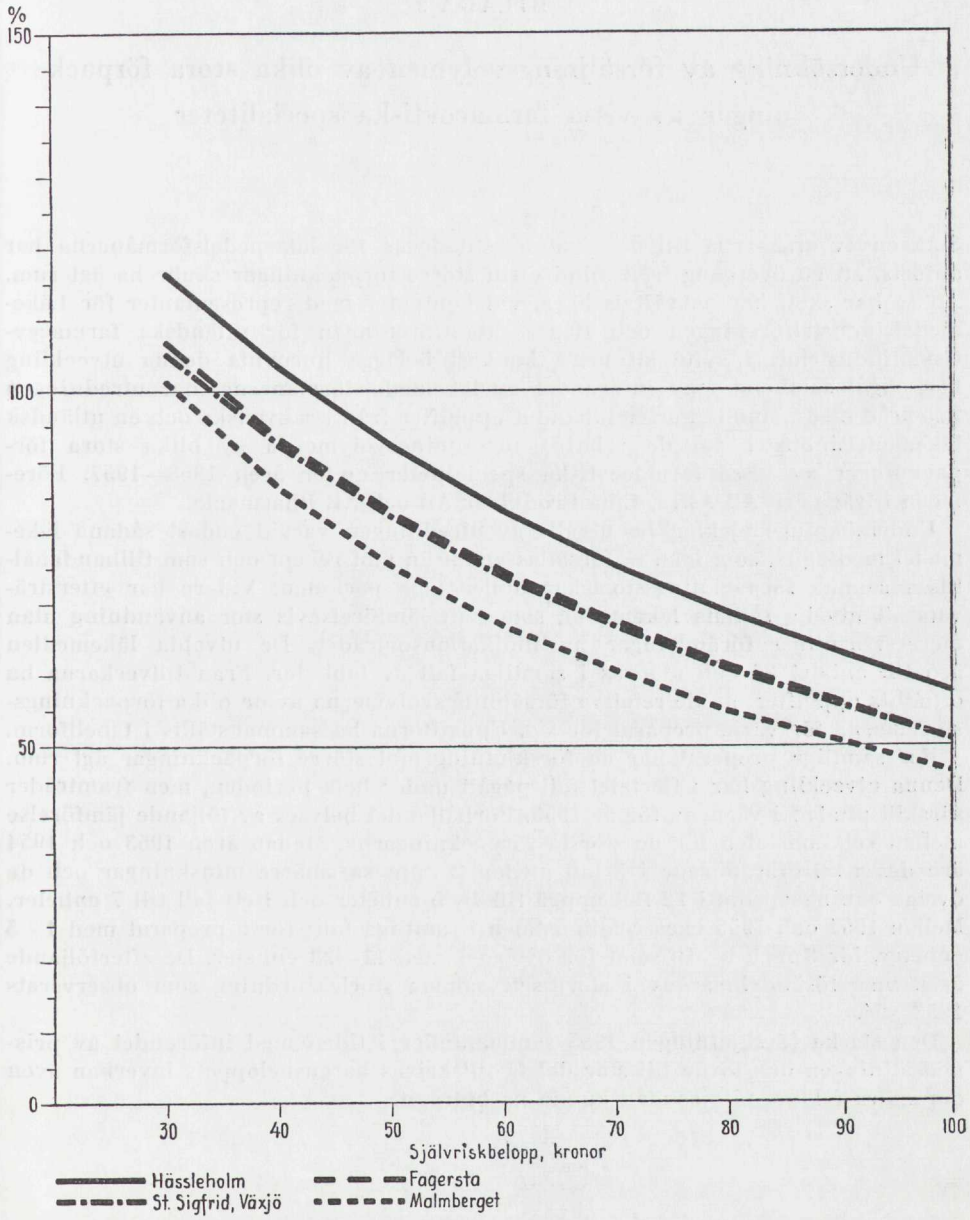


Diagram D. Kostnader vid olika självriskbelopp i % av nuvarande förmåner. Procentandel 25 % av belopp intill 250 kronor



BILAGA 2

Undersökning av försäljningsvolymen av olika stora förpackningar av vissa farmacevtiska specialiteter

Som en av orsakerna till de ökade kostnaderna för läkemedelsförmånerna har anförts, att en övergång från mindre till större förpackningar skulle ha ägt rum. Att så har skett har bekräftats bl. a. vid kontakter med representanter för Läkemedelsindustriföreningen och Representantföreningen för utländska farmacevtiska industrier. I syfte att mera konkret belägga huruvida denna utveckling har något samband med införandet av läkemedelsförmånerna, har utredningen i samråd med nämnda parter inhämtat uppgifter från två svenska och en utländsk läkemedelsindustri om de relativa försäljningsvolymerna av olika stora förpackningar av vissa farmacevtiska specialiteter under åren 1953—1957. Företagen i fråga äro AB Astra, Ciba Produkter AB och AB Pharmacia.

Undersökningsobjekten ha utvalts av utredningen varvid endast sådana läkemedel medtagits, som icke få försäljas annat än mot recept och som tillhandahållits i samma förpackningsstorlekar under hela perioden. Vidare har eftersträvats att utvälja sådana läkemedel, som haft jämförelsevis stor användning utan mera väsentliga förändringar av indikationsområdet. De utvalda läkemedlen äro till antalet 20 och utgöras i samtliga fall av tabletter. Från tillverkarna ha erhållits uppgifter om de relativa försäljningsvolymerna av de olika förpackningsstorlekarna för varje preparat för sig. Uppgifterna ha sammanställts i tabellform.

För samtliga preparat har en förskjutning mot större förpackningar ägt rum. Denna utveckling har i flertalet fall pågått under hela perioden, men framträder särskilt uttalad i värdena för år 1955. Förhållandet belyses av följande jämförelse mellan relationstalen för de största förpackningarna. Mellan åren 1953 och 1954 äro dessa tal oförändrade i 5 fall medan 2 uppvisa smärre minskningar och de övriga ökningar, som i 12 fall uppgå till 1—5 enheter och i ett fall till 7 enheter. Mellan 1954 och 1955 ökas relationstalen i samtliga fall; för 5 preparat med 1—5 enheter, för 8 med 6—10 samt för övriga 7 med 11—23 enheter. De efterföljande åren visa förändringar av i stort sett samma storleksordning som observerats 1953—54.

Den starka förskjutningen 1955 sammanfaller i tiden med införandet av prisnedsättningen och torde till stor del få tillskrivas karensbeloppets inverkan även om andra faktorer i viss mån kunna ha bidragit.

Relativ försäljningsvolym av olika stora förpackningar av vissa farmaceutiska specialiteter 1953—57.

Samtliga preparat utgöras av tablettberedningar

Förpackning (antal tabletter)	1953	1954	1955	1956	1957
Astrapreparat nr 1 10	68	66	57	52	46
50	25	26	29	32	37
100	7	8	14	16	17
» » 2 10	78	75	66	59	54
50	17	20	26	31	34
100	5	5	8	10	12
» » 3 25	10	9	4	3	1
50	24	22	15	11	11
100	66	69	81	85	87
» » 4 25	12	12	8	4	4
50	25	23	16	13	12
100	63	65	75	83	84
» » 5 25	9	8	4	3	1
50	28	27	15	11	12
100	63	65	81	86	87
» » 6 20	78	77	68	67	66
50	20	21	28	30	31
100	2	2	4	3	3
» » 7 50	12	11	8	5	5
100	79	79	74	71	67
250	9	10	18	24	27
» » 8 50	13	13	9	7	6
100	76	77	73	68	66
250	10	10	18	25	28
» » 9 50	36	32	23	21	17
100	64	68	77	79	83
» » 10 50	8	7	5	5	5
100	92	93	95	95	95
Pharmaciapreparat nr 1 10	37	32	26	23	24
50	37	37	33	31	27
100	26	31	41	46	49
» » 2 10	20	18	12	9	9
50	40	39	30	25	23
100	40	43	58	66	68
» » 3 50	17	20	13	10	11
100	81	79	83	84	82
250	2	1	4	6	7
» » 4 50	10	9	6	4	5
100	84	85	81	82	81
250	6	6	13	14	14
» » 5 100	97	96	91	89	88
250	3	4	9	11	12
» » 6 100	81	84	61	59	60
250	19	16	39	41	40
» » 7 100	98	98	90	80	73
250	2	2	10	20	27
Cibapreparat nr 1 20	51	48	34	35	30
50	49	52	66	65	70
» » 2 30	63	56	40	35	39
100	37	44	60	65	61
» » 3 30	80	77	64	64	65
150	20	23	36	36	35

BILAGA 3

Läkemedelsförmånernas utformning i vissa främmande länder

Utredningen har genom medverkan av bl. a. utrikesdepartementet låtit införskaffa ett relativt omfattande material rörande dels de läkemedelsförmåner — i form av kostnadsfrihet eller nedsättning under marknadspriset, ordnad av staten eller på dess föranstaltande inom eller utom ramen för en allmän sjukförsäkring — som förekomma i ett tiotal västeuropeiska länder, dels det system, som sedan år 1955 tillämpats i Amerikas Förenta stater för frivillig försäkring mot bl. a. utgifter för av legitimerad läkare förskrivna läkemedel.

I det följande lämnas en kort översikt över några av de i detta material redovisade utformningarna.

Enligt den *danska* folkeforsikringslovens 18 § skola de erkända sjukkassorna vid sjukdom ersätta sina medlemmar med 3/4 av kostnaderna för insulin vid sockersjuka och leverpreparat vid s. k. farlig blodsjukdom, under förutsättning att läkaren förklarat, att det varit nödvändigt att använda dessa preparat. Jämväl vid andra liknande, i särskild ordning fastställda och förtecknade, s. k. *livsviktiga preparat* utgår ersättning med 3/4 av kostnaderna. Förteckningen häröver motsvarar både till uppläggning och omfattning i stort sett den hos oss nu gällande förteckningen över kostnadsfria läkemedel.

I den angivna 18 § av folkeforsikringsloven stadgas vidare, att sjukkassorna vid sjukdom skola ersätta 3/4 av kostnaderna för s. k. *særlig betydningsfuld medicin*, som läkaren ordinerar. Hit hänföres läkemedel som införts i en i särskild ordning fastställd lista, upptagande mellan 500 och 600 olika preparat. Ersättningen betingas ytterligare av att vissa villkor uppfyllts i avseende på läkemedlens beredningsformer och beståndsdelar. Sålunda stadgas bl. a. att de i förteckningen införda ämnena och preparaten icke såsom beståndsdel få innehålla ett läkemedel, som ej upptagits i förteckningen.

Vid sidan av dessa obligatoriska förmåner, *kunna* sjukkassorna (enligt 22 § folkeforsikringsloven) vid *långvarig och allvarlig sjukdom* — exemplifierad med kronisk och smärtsam ledgångsreumatism, lungtuberkulos, maligna tumörer samt långvariga och allvarliga hud- och slemhinneåkommor — ersätta 3/4 av utgifterna för: 1. sömnmedel (hypnotica), 2. lugnande medel (sedativa), 3. feber- och smärtstillande medel (analgetica, antipyretica och antirheumatica), 4. expectorerande och hoststillande medel, 5. syrabindande medel (antacida) samt 6. medel för lokalbehandling av hud- och slemhinnor; allt såvida sjukdomen enligt läkares förmenande fordrar en stadigvarande och långvarig behandling med medel av angiven art. Det tillkommer sjukkassorna själva att bestämma huruvida ersättning skall utgå i dessa fall. Beslut härom skall intagas i vederbörande kassas reglemente och får icke innebära att kassan ersätter en mindre eller större del av kostnaderna än 3/4.

I andra fall och för andra läkemedel än de nu angivna få sjukkassorna icke — även om läkemedlet är ordinerat av läkare — lämna någon ersättning. Viss möj-

lighet finnes dock att efter läkares ordination och efter anvisning av sjukkassebyrån ersätta bandage, arm- och benproteser, förband och glasögon.

Sjukkassornas utgifter på grund av utlämnade ersättningar för de s. k. livsviktiga preparaten täckas helt av statsbidrag. I övrigt utgå vissa bidrag till förbilligande av läkemedel från den s. k. apotekarfonden, vartill medel anskaffas genom de avgifter, som apotekarna årligen erlägga på grundval av omsättningen; genom dessa bidrag kan för övrigt den enskilde sjukkassemedlemmens kostnadsandel i vissa fall komma att understiga eljest normala 1/4.

Sjukkassorna utöva enskilt eller via sitt förbundsorgan ett visst tryck på läkarna för att få dem att taga hänsyn till kostnaderna och att föreskriva apoteksframställda preparat i stället för de dyrare specialiteterna. Samtliga sjukkasseläkare ha sålunda tillställts en broschyr, vari jämförelse gjorts mellan priserna på specialiteter och dem motsvarande apotekspreparat.

De allmänna läkemedelsförmåner som förekomma i *Norge* äro i förhållande till de svenska mycket begränsade. Bestämmelserna härom, vilka äro under revidering, innehållas i vissa av det norska socialdepartementet den 16 juli 1954 fastställda »Regler og takster for bidrag till livsviktige legemidler». Enligt dessa kan ersättning i princip endast ifrågakomma vid vissa (f. n. 36) i en särskild lista angivna sjukdomar och då endast för sådana läkemedel, som upptagits i listan vid varje ifrågakommande sjukdom. Läkemedelsurvalet enligt listan är härtill icke särskilt brett.

Även inom det förmånsberättigade området gälla olika begränsningar. För det första ifrågakommer ingen ersättning för de första 50 kronorna. Denna självrisk är dessutom anknuten, icke till kostnaderna över lag för förtecknade läkemedel, utan till »legemidlets kostende for hver enkelt sykdom». För det andra utgår ersättning i allmänhet endast för tre månaders förbrukning åt gången. Undantag härifrån medgives dock då det är uppenbart att läkemedlet kommer att behövas under längre tid och att det blir billigare vid inköp i större kvantiteter. Förbrukningstiden får dock aldrig överstiga ett år.

Ersättningen utbetalas av sjukkassorna och utgör 75 procent av vad läkemedlet kostar. För läkemedel som förskrivits för vissa former av cancer, vissa binjurebarksjukdomar, myasthenia gravis samt för tuberkulos lämnas full ersättning.

Vid sidan av dessa av sjukkassorna förmedlade förmåner förekommer i Norge viss prisnedsättning på grund av direkta statsbidrag till läkemedel, för innevarande år 1 225 000 kronor. Av detta belopp, som täckes av apotekaravgifter, belöpa sig 550 000 kronor på insulin, 700 000 kronor på vissa medel som användas vid sjukhusbehandling av tuberkulos och 5 000 kronor på hjälp till obemedlade sjuka för inköp av särskilt dyrbara läkemedel. Priset på insulin subventioneras genom statsbidraget med 30 procent vid apotekens inköp och prisnedsättningen kommer därför alla förbrukare av insulin till godo. Härutöver förekomma vissa kommunala bidrag till läkemedel.

Ersättning för läkemedel lämnas i *Frankrike* inom ramen för de speciella socialförsäkringsförmånerna där. Enligt tidigare föreskrifter ersattes utgifter för läkemedel i regel med 80 %. Nuvarande bestämmelser — vilka gälla från den 1 januari 1959 — innebära att envar enligt socialförsäkringslagen sjukförsäkrad person själv bör svara för en utgift om 3 000 francs i halvåret. I regel åtnjuter endast familjefadern själv försäkringsskydd, vilket innebär att hustru och barn täckas av hans försäkring och att familjefadern erhåller ersättning så snart summan av familjemedlemmarnas utgifter för läkemedel överstiger 3 000 francs per halvår. I de fall, då också hustrun är sjukförsäkrad, räknas hon som eget försäkringssubjekt under det att barnen täckas av familjefaderns försäkring.

Sedan summan för självrisken överskridits lämnas ersättning för olika slags läkemedel med 90, 80 och 70 procent i enlighet med särskilt gällande tabeller. Den högsta ersättningen, 90 %, lämnas för sammanlagt 400 viktigare och såsom oundgängligen nödvändiga betraktade läkemedel och preparat såsom antibiotica, cortison, A.C.T.H., heparin, insulin etc.; 80 procents ersättning lämnas å kostnader för läkemedel, som enligt läkarordination tillhandahålles å apotek eller tillblandas där. 70 procents ersättning lämnas slutligen för sammanlagt 17 000 uppräknade medikamenter, farmacevtiska preparat samt för analysprov, tillbehör och förbandsartiklar. Ersättning utgår ej å kostnader för optisk utrustning och hörinstrument.

Liksom tidigare återstår det ett antal läkemedel och andra medicinska preparat, för vilka någon ersättning ej lämnas.

I detta sammanhang må också nämnas att vissa tidigare gällande bestämmelser om ersättning för farmacevtiska specialiteter, den s. k. Solignac-lagen, tills vidare upphävts.

Synnerligen vidsträckta läkemedelsförmåner finnas i *Storbritannien*. Inom den där sedan år 1948 förekommande National Health Service är var och en som är ansluten härtill berättigad till alla behövliga läkemedel och diverse särskilt angivna sjukvårdsartiklar. Förmånen var ursprungligen helt kostnadsfri; på grund av de alltmera ökande totalkostnaderna infördes i juni 1952 en särskild avgift om en shilling på varje av läkare utfärdat recept som expedieras på apotek. Härutöver uttagas vissa avgifter (5 eller 10 shillings) vid förskrivning av vissa elastiska förbandsartiklar.

Den brittiska utformningen av läkemedelsförmånerna är såtillvida värd särskild uppmärksamhet som den klart belyser de svårigheter som uppkomma vid mera omfattande förmånssystem. Mycket arbete har i Storbritannien lagts ned framför allt på att söka begränsa totalkostnaderna. I det följande skall något beröras härvid redovisade överväganden och åtgärder. Innan så sker torde emellertid ytterligare några ord erfordras rörande systemet i stort.

Den allmänna läkarvården inom N. H. S. (National Health Service) ombesörjes av egentligen privatpraktiserande men till N. H. S. i särskild ordning kontraktsbundna läkare. Genom kontrakten ha dessa läkare åtagit sig att svara för den medicinska omvårdnaden i olika hänseenden av de patienter, som efter vederbörande läkares godkännande upptagits på hans särskilda patientlista. Dessa patienter kunna vända sig till sin s. a. s. officielle familjeläkare och erhålla förutom »all tillbörlig och behövlig vård» bland annat även recept på de läkemedel och sjukvårdsartiklar, de kunna behöva. Vissa på landsbygden praktiserande läkare kunna härutöver tillhandahålla läkemedel och sjukvårdsartiklar direkt till patienterna. Den allmänna läkarvården är, bortsett från de ovan nämnda särskilda expeditionsavgifterna för läkemedel och sjukvårdsartiklar, helt kostnadsfri och tillgänglig för alla såväl brittiska som utländska medborgare, som befinna sig i riket. Patienterna kunna fritt välja och byta läkare; läkarna ha å sin sida samma frihet visavi patienterna.

I England och Wales[1] funnos år 1956 19 000 läkare under kontrakt med N. H. S. På deras patientlistor funnos mer än 42 miljoner patienter; i genomsnitt voro alltså något mer än 2 200 patienter upptagna på varje läkares lista.

Av läkarna utfärdade recept expedieras (mot den mindre avgiften) av de apotekare eller särskilt auktoriserade läkemedelshandlare, som ha kontrakt med N. H. S. Ersättningen från N. H. S. till apotekarna och läkemedelshandlarna

[1] Från Skottland bortses i detta och följande sammanhang. Uppgifterna rörande N.H.S. i Skottland bruka som regel, på grund av delvis annan centralorganisation, redovisas för sig.

(gemensamt benämnda »chemists») beräknas efter olika taxor per varje expedierad förskrivning. Nästan alla »chemists» i England och Wales — år 1952 funnos ca 15 800 — äro anslutna till N. H. S.

År 1953 funnos 2,8 miljoner patienter vilka i större eller mindre utsträckning erhöllo läkemedel och sjukvårdsartiklar direkt från sina läkare. Läkare med sådana »dispensing patients» ersättas av N. H. S. antingen på samma sätt som de vanliga »chemists» eller i särskild ordning.

Totalkostnaderna för läkemedelsförmånerna i Storbritannien ha alltsedan införandet av N. H. S. stigit år från år; redan i december 1954 voro de i förhållande till tillkomståret fördubblade.

I maj 1953 uppdrogs åt en av brittiska hälsoministeriet tillsatt utredning att närmare undersöka alla med N. H. S. sammanhängande kostnadsfrågor; i uppdraget ingick bl. a. att granska de dåvarande och väntade utgifterna och att föreslå de åtgärder, som kunde företagas för att — trots bibehållande i stort av omfattningen av förmånerna — hejda kostnadsutvecklingen. Utredningen fullgjorde sitt uppdrag genom att i januari 1956 framlägga ett digert betänkande.[1]

Orsakerna till kostnadsutvecklingen inom läkemedelsförmånerna säges i betänkandet bero på i första hand en ökad användning av nya och dyrbara preparat (särskilt antibiotica), i andra hand en ökad förskrivning av större kvantiteter läkemedel per gång.

Kostnadsutvecklingens förlopp redovisas av utredningen i bl. a. följande tabell, avseende receptförskrivningen i England och Wales åren 1948—54:

År	Antal förskrivningar	Total kostnad	Medelkostnad per förskrivning
		£	$
1948[1]	83 727 810	11 209 300	32,42
1949	202 011 412	30 331 303	36,04
1950	217 144 505	34 804 535	38,47
1951[2]	227 693 920	41 662 354	43,91
1952[3 4]	215 999 629	43 768 599	48,63
1953[3]	219 756 904	44 700 965	48,82
1954	218 712 815	45 969 621	50,44

[1] Juli—december.
[2] Influensaepidemi i januari 1951.
[3] Svår dimma och influensa i december 1952 och januari 1953.
[4] Expeditionsavgiften om 1 shilling per recept infördes i juni 1952.

Utredningen diskuterar ingående ett flertal olika åtgärder mot kostnadsstegringen.

Härvid avvisar den till en början tanken på att anknyta förmånerna till en på ett eller annat sätt begränsad läkemedelsförteckning. Detta motiveras för det första med att en i olika hänseenden tillfredsställande förteckning måste bliva ytterligt svår inte bara att konstruera utan även att hålla aktuell. För det andra vore det — efter vissa erfarenheter i Australien att döma — att befara, att efter frågan på de enligt förteckningen förmånsberättigade läkemedlen skulle öka i alltför hög grad. Vid sidan av vissa andra avigsidor skulle ett förteckningssystem enligt utredningens mening härutöver komma att inverka betungande för läkarna; det måste komma att ogillas inte bara av läkarna utan även av deras patienter.

Utredningen uttalar sig över huvud mot begränsningar i förmånernas omfattning. Såsom medel mot kostnadsstegring rekommenderas i stället åtgärder

[1] »Report of the Committee of Enquiry into the Cost of the National Health Service.»

på ett annat plan. Ansträngningarna böra sålunda enligt utredningens mening inriktas på att göra läkarna mera kostnadsmedvetna vid förskrivning av läkemedel och att få dem att, där så behövs, ändra på sina förskrivningsvanor. I detta syfte fordras att de hållas informerade både om de enskilda läkemedlens priser och totalutgifterna för förmånerna samt att de stimuleras till att noggrant överväga sina förskrivningar, framför allt då det gäller dyrare preparat och större kvantiteter.

Beträffande förverkligandet av dessa allmänna rekommendationer uttalar sig utredningen för en intensifiering av de olika åtgärder, som redan tidigare företagits eller planerats inom ramen för den gällande ordningen. Av dessa åtgärder må nämnas följande:

1. Fr. o. m. mars 1950 finnes vid Ministry of Health en särskild avdelning inrättad för granskning av receptförskrivningen inom förmånssystemet. Denna avdelning granskar förment »slösaktiga» läkares förskrivningar, låter departementets medicinska experter taga kontakt med vederbörande läkare för diskussion av fallen (vanligen med god effekt) samt överlämnar — om bättring icke åstadkommes — till lokala kommittéer att närmare undersöka omständigheterna i de påträffade fallen. Dessa kommittéer ha, på grund av särskilda bestämmelser, möjlighet att ingripa mot konstaterat »slösaktiga» läkare på så sätt, att dessa eljest tillkommande ersättningar från N. H. S. i viss utsträckning kunna innehållas; i ett antal fall har också förekommit att belopp mellan 25 och 400 pund innehållits.

2. Läkarna uppmuntras, bl. a. genom medverkan av läkarnas och apotekarnas centralorganisationer, till att — där så kan ske — hellre förskriva standardläkemedel än specialpreparat. Detta sker genom meddelanden och publikationer av olika slag. Härutöver hållas läkarna via prislistor o. dyl., orienterade om kostnadsförhållandena mellan olika läkemedel. Det brittiska hälsoministeriet söker härtill på olika sätt samverkan med läkemedelsfabrikanterna i syfte att åstadkomma en för N. H. S. så fördelaktig prissättning av läkemedlen som möjligt.

3. En centralt inrättad »Committee on Prescribing» har utarbetat och tillställt läkarna listor över olika kategorier av specialpreparat vilka icke alls eller endast under vissa förutsättningar böra förskrivas såsom förmånsberättigade.

4. Från tid till annan ha olika åtgärder vidtagits för att göra det möjligt för läkarna i ett visst område att jämföra förskrivningsvanor, medelvärden per förskrivning o. dyl.

5. Såsom tidigare nämnts infördes under 1952 den särskilda expeditionsavgiften om 1 shilling per recept. Syftet härmed var dock icke enbart att skära ned kostnaderna för läkemedelsförmånerna; indirekt åsyftades också — genom att antalet besök hos läkare för att få ut recept, framför allt av mindre behövliga läkemedel, antoges komma att minska — en begränsning av totalkostnaderna för N. H. S. i stort. Under de sex första månaderna efter införandet av avgiften minskade antalet receptförskrivningar märkbart. Genom inverkan framför allt av svåra dimförhållanden och influensaepidemier ökades antalet emellertid snart åter och det totala antalet expedierade förskrivningar var, såsom framgår av den tidigare redovisade tabellen, icke mycket mindre under 1952 och 1953 än under 1951. Enligt utredningens i betänkandet redovisade mening har syftet med avgiften till en del kommit att motverkas genom en tendens hos läkarna att sammanföra flera förskrivningar på samma receptblankett än tidigare. Utredningen anser sig också ha anledning förmoda att vissa läkare efter tillkomsten av avgiften börjat förskriva större kvantiteter läkemedel än förut.

Totalkostnaderna för de brittiska läkemedelsförmånerna inom N. H. S. ha under

de senare åren icke minskat; tvärtom har det brittiska hälsoministeriet i juni 1957 funnit sig föranlåtet att tillsätta en ny kommitté, denna gång för särskild utredning av läkemedelskostnaderna. Utredningens uppdrag angives i direktiven sålunda:

»having regard to the increase in the cost of prescriptions issued under the National Health Service, to investigate the factors contributing to this cost and to make recommendations».

Redan vid tillsättandet av kommittén förutskickades att utredningsarbetet skulle komma att taga avsevärd tid. Kommittén har emellertid i maj 1958 framlagt ett principbetänkande[1] vari vissa allmänna riktlinjer angivas för de förslag, som de sakkunniga ämna avgiva.

De av kommittén föreslagna åtgärderna taga — liksom i tidigare behandlade betänkandet — främst sikte på läkarens roll i systemet. Det säges dock vara en orättvisa att göra läkarna ensamma ansvariga för den ekonomiska utvecklingen. Allmänheten har genom förekomsten av de allmänna sjukförmånerna inom N. H. S. och dess föregångare blivit alltmera läkar- och läkemedelsmedvetna. Arbetet för läkarna har blivit alltmera omfattande; på grund av bristfälligheter i den informerande verksamheten — varigenom läkarna skulle göras mera kostnadsmedvetna och bättre rustade att träffa ur alla synpunkter riktiga läkemedelsval — ha de härtill i alltför ringa utsträckning tillgång till de hjälpmedel, som erfordras för att en begränsning i stort av kostnaderna skall kunna åstadkommas.

Kommitténs rekommendationer gå därför huvudsakligen ut på att informationsverksamheten bland läkarna bör förbättras och intensifieras. I detta syfte föreslår den vissa åtgärder redan på det medicinska skolplanet, införandet av en jämförande handbok för läkemedelsförskrivning, fastare grepp om läkemedelsannonseringen, intensifierad upplysning via tidskrifter och periodiska publikationer av olika slag, förbättrad statistisk bearbetning av förskrivningen m. m.

Avslutningsvis må nämnas att betänkandet innehåller en antydan om att särskilda åtgärder kunna komma att föreslås gentemot den i allt högre grad konstaterade tendensen att förskriva större kvantiteter läkemedel på varje receptblankett. Kommittén hänvisar till vissa goda erfarenheter på Nya Zeeland av ett system vari läkaren i en förskrivning icke får innefatta större mängd läkemedel än som erfordras för förbrukning under 15 dagar. Utredningen säger sig ha övervägt något liknande för det brittiska systemet; på grund av administrativa svårigheter har den dock valt att lämna den närmare redovisningen härav i sitt slutbetänkande.

Utformningen i *Västtyskland* påminner i sina grunddrag om det brittiska systemet. Enligt den där förekommande allmänna sjukförsäkringen — vilken enligt uppskattning omfattar 75 % av invånarna i förbundsrepubliken — har försäkringsberättigad nämligen enbart att erlägga en receptavgift på DM 0,50 för av honom förelagt av sjukkassa utfärdat recept; övriga kostnader för läkemedlen bäras helt av försäkringen. Härvid rör det sig dock icke om en äkta prisförmån, enär den försäkringsberättigade genom arbetsgivare- och arbetstagareavgifterna för försäkringen — vardera parten erlägger 50 % av försäkringspremiens belopp — erhåller ett anspråk på prestation samt kostnaderna för läkemedlen, förutom receptavgiften, bestridas ur försäkringen.

I *Amerikas Förenta Stater* har självriskprincipen under det sista decenniet kommit att dominera den frivilliga sjukförsäkringen där. Tidigare förekommande sjukförsäkringssystem begränsades över lag till vård (eller ersättning för vård) inom sjukhus. Genom tillskapandet av »major medical» eller »comprehensive

[1] Interim Report of the Committee on Cost of Prescribing, Ministry of Health, London maj 1958.

insurance» har försäkringsbolagen sökt åstadkomma en försäkringsform, som bättre än tidigare gör försäkringstagaren rustad att möta de ofta mycket betungande och av olika poster sammansatta kostnader, som uppkomma i anledning av allvarliga och långvariga sjukdomar.

Den första försäkringen av typ »major medical» etablerades år 1949 för och på initiativ av en grupp chefstjänstemän vid General Electric Company. Sedan dess har antalet försäkringar av detta slag vuxit i en omfattning som beträffande andra försäkringsformer helt saknar motstycke. The Life Insurance Association of America redovisade före år 1956 2,6 miljoner försäkringstagare (med likaledes försäkrade anhöriga var totalsiffran 4,6 miljoner); den 31 december 1956 uppskattades totalantalet — exklusive dock vissa större försäkringsgivare av särskild karaktär (Blue Cross—Blue Shield) — till 9 miljoner personer. Utvecklingen förutspås komma att fortsätta i ungefärligen samma takt.

Försäkringarna täcka nästan alla skäliga och nödvändiga kostnader som uppkomma vid sjukdom. Naturligtvis finnas olika former av försäkringar; i tre hänseenden äro dock nästan samtliga nu förekommande typer överensstämmande: 1. inga ersättningar lämnas innan kostnaderna överstigit ett visst *självriskbelopp;* 2. av kostnaderna utöver självriskbeloppet får försäkringstagaren själv svara för en viss *procentandel;* 3. ersättningen begränsas till vissa (höga) *maximibelopp,* anknutna antingen till varje särskild sjukdom, till en viss tidsperiod eller till livstid. Kombinationen självriskbelopp—procentandel anses nödvändig dels för att maximibeloppen skola kunna göras tillräckligt höga och dels för att premierna skola bliva överkomliga. Den anses härutöver i sig innesluta vissa bestämda fördelar, i det att den enskilde försäkringstagaren själv får svara för en del av kostnaderna. För det första motverkas härigenom missbruk och överbruk; för det andra förbilligas både administrationen och premierna genom att de många små ersättningsanspråken utmönstrats. (Det har uppgivits,[1] att det skulle kosta försäkringsbolaget 2,25 dollar att handlägga ett ersättningsärende om 5 dollar.)

Beträffande huvuddragen i denna försäkringsform må i övrigt endast nämnas följande.

Av en under år 1957 företagen analys av 94 utvalda typer av denna försäkring[1] framgår att självrisken i ett stort antal fall användes såsom en »korridor» mellan vissa grundförmåner och ersättningar av annat slag. Detta beror på att försäkringen i dessa fall som regel konstruerats som komplement till en tidigare tecknad försäkring av äldre typ. I de fall — i analysen 13 stycken — där försäkringarna varit mera renodlat »comprehensive» och därigenom bättre ägnade till jämförelse med det tänkta svenska systemet, förekommer ingen »korridor». Självriskbeloppets storlek varierar avsevärt — främst beroende på större eller mindre premiebelopp — och utgjorde i des nyssnämnda 13 fallen: 25 dollar (i 1 fall); 25 dollar om inkomsten var 6 000 dollar eller mindre, annars 50 dollar (1); 1 procent av årsinkomsten, dock minst 25 dollar (1); 50 dollar (4); 100 dollar (3); 300 eller 500 dollar valfritt (1); samt 500 dollar (i 2 fall). I 93 av de undersökta 94 fallen var självrisken anknuten till varje individ var för sig. Trots att detta medför ganska betydande sammanlagd självrisk för de stora barnfamiljerna förekom endast i 2 fall något hänsynstagande härtill. Viss möjlighet fanns i dessa fall till sammanförande av flera familjemedlemmars kostnader under samma självriskbelopp (i det ena fallet två, i det andra fem personer). I tidshänseende förekom anknytningar av självrisken till ett eller flera kalenderår, till »rullande» år (d. v. s. en sammanlagd period om 365 dagar med början när som helst under

[1] Thomas P. Weil och Ugo F. Caruso: Health Insurance i Journal of the American Pharmaceutical Association, Vol. 18, No. 11, November, 1957.

[1] Publicerad i Industrial Relations Memos, nummer 134, oktober 1957.

kalenderåret) till ett år med viss övergångsperiod till nästa år o. s. v. samt till tiden för varje särskild sjukdom el. dyl. Beträffande förekommande procentandelar har procentsatsen i det övervägande antalet fall satts till 25 och eljest till 20. Endast i ett fall har 10 % tillämpats.

Normalt ingår ersättning för läkemedelskostnader som en del i det »heltäckande» sjukförsäkringsskyddet. Såsom enda villkor, bortsett från självrisk o. dyl., för att sådan ersättning skall utgå gäller härvid att läkemedlet skall ha ordinerats av legitimerad läkare. Försäkringstagaren har fritt val både i vad gäller läkare och apotek. Han betalar fullt pris på apoteket för sitt läkemedel och får sedan vända sig till försäkringsbolaget med sitt ersättningsanspråk; såsom stöd för detta får han härvid förete ett av apotekaren bestyrkt kvitto på beloppet.

KUNGL. BIBL.
- 5 JAN 1960
STOCKHOLM

Statens offentliga utredningar 1959

Systematisk förteckning

(Siffrorna inom klammer beteckna utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen.)

Allmän lagstiftning. Rättsskipning. Fångvård

Fångvårdsanstalters optimala storlek. [6]
Fångvårdsstyrelsen. [15]
Domarbanan. [17]
Fånges arbetsersättning. [18]
Det rättspsykiatriska undersökningsväsendets organisation. [20]
Förslag till lag om straff för varusmuggling m. m. [24]
Omreglering av hovrätternas domkretsar. [27]
Atomansvarighet I. [34]
Ungdomsbrottslighet. [37]
Beredskap mot atomenergiolyckor. [38]
Avveckling av fideikommissen. [40]

Statsförfattning. Allmän statsförvaltning

Kompetensfördelningen av administrativa besvärsmål mellan Kungl. Maj:t i statsrådet och regeringsrätten. [4]
Lokala skyddstjänstemän samt arbetarskyddsstyrelsens organisation. [9]
Författningsutredningen IV. Opinionsbildningen vid folkomröstningen 1957. [10]
Riksdagens budgetarbete. [16]
Sveriges meteorologiska och hydrologiska instituts arbetsuppgifter och organisation. [21]
Den statliga centrala rationaliserings- och revisionsverksamhetens organisation. [22]
Donationsfonder och övriga diverse medel inom statsförvaltningen. [29]
Lantmäteriväsendets och kartverkets organisation. [30]
Organisatoriska riktlinjer för svensk statistik. [33]

Kommunalförvaltning

Statens och kommunernas finansväsen

Familjebeskattningen. [13]
Statsbidragen till städernas vägar och gator m. m. [19]
Besparingar inom statsverksamheten. [28]

Politi

Nationalekonomi och socialpolitik

Preliminär nationalbudget för år 1959. [3]
Tilläggspensioneringens administration. [12]
Reviderad nationalbudget för år 1959. [14]
Förbättrade familjeförmåner från folkpensioneringen m. m. [32]

Hälso- och sjukvård

Läkemedelsförsörjningens organisation. [5]
Gemensam nordisk arbetsmarknad för läkare. [39]
Läkemedelsrabatteringen. [43]

Allmänt näringsväsen

Fast egendom. Jordbruk med binäringar

Statligt stöd till jordbrukets inre rationalisering. [1]
Myrslogar i Dalarna. [31]

Vattenväsen. Skogsbruk. Bergsbruk

Industri

Konkurrens under samverkan. [42]

Handel och sjöfart

Kommunikationsväsen

Bank-, kredit- och penningväsen

Statligt kreditstöd till hantverk och småindustri m. m. [7]

Försäkringsväsen

Kyrkoväsen. Undervisningsväsen. Andlig odling i övrigt

Filmstöd och biografnöjesskatt. [2]
Utbildning av lärare i yrkesämnen för industri och hantverk samt handel. [8]
Verksamheten vid ungdomsvårdsskolorna. [25]
Flyttning, kvarsittning och utkuggning. [35]
Mätningsteknisk och kartteknisk utbildning. [36]
Ordförklaringar och sakupplysningar till 1917 års bibel. [41]

Försvarsväsen

Förutsättningarna för civil varvsdrift vid Karlskrona örlogsvarv. [11]
Arméns befäl. [23]
Arbetstiden för viss militär och civilmilitär personal. [26]

Utrikes ärenden. Internationell rätt

IDUNS TRYCKERIAKTIEBOLAG ESSELTE AB
STOCKHOLM 1959