

Yttrande över betänkandet Framtidens högkostnadsskydd i vården (SOU 2012:2)

Socialdemokraterna föreslår landstingsstyrelsen besluta

att avge yttrande till Socialdepartementet enligt vad som anförs i denna skrivelse.

Utredningen menar att det på längre sikt vore principiellt tilltalande med ett gemensamt högkostnadsskydd, i första hand för de båda statligt reglerade skydden för läkemedel respektive öppenvård (och möjligen också för sjukresor). Utredningen föreslår dock att gällande separata högkostnadsskydd för öppenvård respektive läkemedel tills vidare behålls.

SLL tillstyrker förslaget om att tillsvidare behålla de separata högkostnadsskydden. Konsekvenserna av ett införande av ett gemensamt högkostnadstak för läkarbesök, mediciner och sjukresor behöver belysas ytterligare. Förlorare på förslaget kan exempelvis vara de patienter som besöker läkare ofta men som inte behöver medicin. För stora grupper kommer det att kosta mer innan skyddet tar vid.

Som utredningen anför går det i dagsläget inte att följa upp och utvärdera effekterna av hur nuvarande separata högkostnadsskydd sammantaget påverkar olika grupper av patienter. Utredningen föreslår att det så snart som möjligt påbörjas en utveckling/uppbyggnad av ett register och hanteringssystem för öppenvården, motsvarande det som finns för läkemedel. SLL tillstyrker detta förslag.

För att i framtiden säkra avgifternas realvärde föreslår utredningen att avgiftstaken i högkostnadsskydden indexregleras genom koppling till prisbasbeloppet. Ett nytt avgiftstak ska beräknas inför varje årsskifte. SLL avstyrker tills vidare detta förslag.

SLL vill beträffande detta anföra att när det gäller förslaget om att nivåerna på högkostnadsskydden ska kopplas till prisutvecklingen, så finns det skäl som talar såväl för som emot. För en knytning talar framför allt att samhället på så sätt undviker kraftiga enstaka höjningar samt att inflationsanpassning görs med viss automatik. Mot en knytning talar att många andra ekonomiska trygghetssystem inte värdesäkras efter prisutvecklingen, det gäller exempelvis pensioner, barnbidrag, underhållsstöd m.fl. Principiellt kan det framhållas att högkostnadsskydden heller aldrig har haft som primär avsikt att täcka en viss andel eller procent av samhällskostnaden, utan tillkommit som ett styrmedel inom hälso- och sjukvården. SLL menar därför att frågan

2012-03-27

LS 1112-1683

om indexreglering, i likhet med förslaget om gemensamt högkostnadsskydd, bör anså och utredas ytterligare. Det är en fördel att dessa två förslag utreds tillsammans när utvecklade register och hanteringssystem för öppenvården finns på plats.

Utredningen föreslår även att avgiften för slutenvård höjs från 80 till 100 kronor per vård dag. Slutenvårdsavgiften fastställdes 1998 till maximalt 80 kronor per vård dag. Avgiften för vård på sjukhus har således varit oförändrad under lång tid. Det är därför inte orimligt att som en engångsuppräkning höja avgiften såsom utredningen föreslår.

SLL vill för övrigt fästa uppmärksamheten vid ett antal frågor där praxis för närvarande skiljer sig åt mellan olika landsting inom öppenvården. Ett sådant exempel är vårdavgifter som betalas via faktura. I vissa landsting registreras dessa avgifter i högkostnadskortet i direkt samband med besöket, d.v.s. innan avgiften betalats av patienten. I andra landsting registreras avgiften först efter att patienten uppvisat kvitto på betald faktura. Frågan om vad som berättigar till registrering i högkostnadsskyddet bör därför klargöras. Om enbart erlagda patientavgifter berättigar till registrering i högkostnadskortet, bör detta beaktas vid utvecklingen av ett hanteringssystem för högkostnadsskyddet inom öppenvården.

En annan fråga där praxis skiljer sig åt mellan olika landsting är vilket högkostnadsbelopp som ska gälla när en patient söker vård i ett annat landsting än där patienten är folkbokförd. I vissa landsting utfärdas frikort enligt de grunder som gäller för vårdlandstingets medlemmar. I andra landsting är praxis att frikort utfärdas enligt den beloppsgräns som gäller i patientens hem landsting. Det bör därför klargöras hur landstingen gentemot patienten ska förhålla sig till förekommande olikheter i nivån på högkostnadsskyddet inom öppenvården. Detta måste också kunna hanteras i det föreslagna hanteringssystemet för högkostnadsskyddet.

SLL anser vidare att, utifrån två tidigare utredningar vid hälso- och sjukvårdsförvaltningen, det är av största vikt att det utvecklingsarbete som krävs för att åstadkomma ett system för datoriserad hantering av högkostnadsskyddet för patientavgifter i öppenvården kommer till stånd. Nuvarande hantering är otidsenlig, dyr att administrera och drabbar särskilt utsatta patientgrupper som på grund av sjukdom eller medicinska handikapp har svårt att ta vara på sig själva. Många patienter har svårt att hålla reda på sitt högkostnadskort med följd att de tvingas betala betydligt mer än högkostnadsskyddet under ett år. Ett automatiserat högkostnadsskydd underlättar även för anhöriga och socialtjänsten som ofta hjälper patienten vid vårdbesöket. Även Patientnämnden i Stockholms läns landsting har i ett presidieärende till hälso- och sjukvårdsnämnden framhållit behovet av ett elektroniskt högkostnadsskydd för resurs-svaga grupper i länet.

Ett annat problem som uppmärksammats i SLL är att nuvarande hantering ökar möjligheterna till fusk och manipulation. Nuvarande hantering av frikort är också tveksam ur revisionell synpunkt.

2012-03-27

LS 1112-1683

SLL anser att utredning inte i tillräcklig omfattning har analyserat bristerna i nuvarande hantering och förutsättningarna för ett automatiserat högkostnadsskydd. En plan för automatisering av högkostnadsskyddet bör omedelbart initieras. Planen måste bygga på att samtliga vårdgivare direktrapporterar öppenvårdsbesök till en samlad databas där såväl patienter som vårdgivare kan ta del av aktuella inbetalningar och kvarvarande belopp för att uppnå högkostnadsskyddet. I detta sammanhang bör personer med skyddad identitet särskilt uppmärksammas.

Det är viktigt att detta utvecklingsarbete samordnas på nationell nivå eftersom högkostnadsskydden gäller på riksnivå. Den långsiktiga målsättningen för detta arbete måste vara att alla kostnader samlas i ett högkostnadsskydd som omfattar; patientavgifter, läkemedel, sjukresor och hjälpmedel.

SLL förutsätter att de förslag som staten lägger sker i enlighet med finansieringsprincipen.