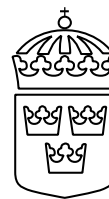


Regeringens proposition

2024/25:144



Uppdaterat högkostnadsskydd för läkemedel

Prop.
2024/25:144

Regeringen överlämnar denna proposition till riksdagen.

Stockholm den 13 mars 2025

Ulf Kristersson

Acko Ankarberg Johansson
(Socialdepartementet)

Propositionens huvudsakliga innehåll

Propositionen innehåller förslag för att uppdatera högkostnadsskyddet på läkemedelsområdet. Förslaget innebär att patienterna ska betala en högre egenavgift inom högkostnadsskyddet. Syftet med denna justering är att förbättra möjligheterna till en hållbar finansiering av läkemedelskostnaderna. Justeringen innebär att kostnadstaket för högkostnadsskyddet för läkemedel höjs, från 2 900 kronor till 3 800 kronor. Beloppen inom den s.k. högkostnadstrappan höjs också i varje steg. Dessutom ändras det första trappsteget så att patienten betalar 75 procent, i stället för 50 procent, av kostnaden i intervallet. Sammantaget beräknas avgifterna som den enskilde som mest kan behöva betala öka med 900 kronor under en tolv månadersperiod.

Med redovisade höjningar och utformning av skydd mot höga kostnader beräknas samtliga patienters egenavgifter för läkemedel öka med cirka 540 miljoner kronor för 2025, 2 160 miljoner kronor för 2026 och 2 700 miljoner kronor för 2027.

Lagändringen föreslås träda i kraft den 1 juli 2025.

1	Förslag till riksdagsbeslut	3
2	Förslag till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.....	4
3	Ärendet och dess beredning	6
4	Bakgrund.....	6
5	Uppdaterat högkostnadsskydd för läkemedel	9
6	Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser.....	15
7	Konsekvenser.....	16
7.1	Konsekvenser för patienter.....	16
7.2	Konsekvenser för kommuner och regioner	19
8	Författningskommentar.....	20
Bilaga 1	Sammanfattning av promemorian Uppdaterat högkostnadsskydd för läkemedel (S2024/02135).....	22
Bilaga 2	Promemorians lagförslag.....	23
Bilaga 3	Förteckning över remissinstanserna	25
	Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 13 mars 2025	26

1 Förslag till riksdagsbeslut

Prop. 2024/25:144

Regeringens förslag:

Riksdagen antar regeringens förslag till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

Förslag till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

Härigenom föreskrivs att 5 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

5 §¹

Med läkemedelsförmåner enligt denna lag avses ett skydd mot höga kostnader vid inköp av sådana förmånsberättigade varor som avses i 15–18 §§. Förmånerna innebär en reducering av den enskildes kostnader för sådana varor.

Kostnadsreduceringen beräknas på den sammanlagda kostnaden för varor som den förmånsberättigade köper under ett år räknat från det första inköpstillfället. Reduceringen lämnas vid varje inköpstillfälle på grundval av den sammanlagda kostnaden för de dittills och vid tillfället inköpta varorna.

Den förmånsberättigade ska under ettårsperioden sammanlagt inte betala mer än ett belopp som motsvarar 0,05 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor (kostnadstaket).

Så länge den sammanlagda kostnaden för varor enligt andra stycket inte överstiger ett belopp som motsvarar 0,5 gånger kostnadstaket lämnas ingen kostnadsreducering. När den sammanlagda kostnaden överstiger detta belopp, utgör kostnadsreduceringen

1. 50 procent av den del som överstiger 0,5 gånger men inte 0,954 gånger kostnadstaket,

2. 75 procent av den del som överstiger 0,954 gånger men inte 1,773 gånger kostnadstaket, och

3. 90 procent av den del som överstiger 1,773 gånger men inte 2,454 gånger kostnadstaket.

När den sammanlagda kostnaden överstiger ett belopp som motsvarar 2,454 gånger kostnadstaket

Den förmånsberättigade ska under ettårsperioden sammanlagt inte betala mer än ett belopp som motsvarar 0,06463 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor (kostnadstaket).

Så länge den sammanlagda kostnaden för varor enligt andra stycket inte överstiger ett belopp som motsvarar 0,52632 gånger kostnadstaket lämnas ingen kostnadsreducering. När den sammanlagda kostnaden överstiger detta belopp, utgör kostnadsreduceringen

1. 25 procent av den del som överstiger 0,52632 gånger men inte 0,94383 gånger kostnadstaket,

2. 75 procent av den del som överstiger 0,94383 gånger men inte 1,39482 gånger kostnadstaket, och

3. 90 procent av den del som överstiger 1,39482 gånger men inte 1,87282 gånger kostnadstaket.

När den sammanlagda kostnaden överstiger ett belopp som motsvarar 1,87282 gånger kostnads-

är den förmånsberättigade befriad från att betala ytterligare kostnader under den resterande delen av ettårsperioden.

taket är den förmånsberättigade befriad från att betala ytterligare kostnader under den resterande delen av ettårsperioden.

Prop. 2024/25:144

Andra–femte styckena gäller inte varor som är kostnadsfria enligt 19 §.

1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2025.
2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för inköp av förmånsberättigade varor, om det första inköpstillfället inträffat före den 1 juli 2025.

3 Ärendet och dess beredning

En promemoria har tagits fram inom Socialdepartementet, Uppdaterat högkostnadsskydd för läkemedel. En sammanfattning av promemorian finns i *bilaga 1*. Promemorians lagförslag finns i *bilaga 2*. Promemorian har remissbehandlats. En förteckning över remissinstanserna finns i *bilaga 3*. Remissvaren finns tillgängliga på regeringens webbplats (regeringen.se) och i Socialdepartementet (S2024/02135). I propositionen behandlas promemorians förslag.

Lagrådet

Förslaget är författningstekniskt och även i övrigt av sådan beskaffenhet att Lagrådets hörande skulle sakna betydelse. Regeringen har därför inte inhämtat Lagrådets yttrande över förslaget.

4 Bakgrund

Högekostnadsskyddet för läkemedel och vissa förbrukningsartiklar är en viktig del av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet och syftar till att begränsa den ekonomiska bördan för patienter när det gäller kostnader för receptbelagda läkemedel och vissa förbrukningsartiklar.

Det är regionerna som har kostnadsansvaret för läkemedelsförmånerna enligt lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m., men staten har sedan länge täckt dessa kostnader genom årliga överenskommelser.

De senaste decennierna har inneburit stora framsteg i den medicinska utvecklingen av nya behandlingsmetoder inom hälso- och sjukvården. Fler sjukdomar och tidigare obotliga eller svårbehandlade tillstånd kan behandlas i dag. Detta har bidragit till ett längre och friskare liv hos befolkningen. Den demografiska utvecklingen med en åldrande befolkning, ökningen av kroniska sjukdomar och de ökade möjligheterna till behandling har emellertid lett till att statens utgifter för läkemedel som ingår i högkostnadsskyddet har ökat kraftigt och prognoser visar på fortsatt snabbt ökande kostnader.

År 2013 infördes en löpande indexreglering av högkostnadsskyddet för läkemedel och för vissa förbrukningsartiklar och sedan dess har beloppen för högkostnadsskyddet följt prisbasbeloppet. Nivåerna för andelarna av prisbasbeloppet har varit oförändrade sedan 2012.

Statens kostnader för läkemedel har dock ökat mer än den kostnad som patienterna själva betalar genom s.k. egenavgifter. Det innebär att staten nu täcker en allt större del av läkemedelskostnaderna. I budgetpropositionen för 2025 (prop. 2024/25:1, utg.omr. 9 avsnitt 3.5) anger regeringen att den vill verka för ett system med långsiktigt hållbara kostnader, där effektiva läkemedel är tillgängliga för patienter med såväl vanliga som ovanliga hälsotillstånd efter behov. I budgetpropositionen aviserar regeringen även en justering av högkostnadsskyddet för läkemedel. Denna proposition innehåller denna aviserade justering.

De grundläggande bestämmelserna om högkostnadsskyddet finns i lagen om läkemedelsförmåner m.m. Bestämmelserna i lagen kompletteras av vissa bestämmelser i förordningen (2002:687) om läkemedelsförmåner m.m.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) fattar beslut om vilka receptbelagda läkemedel och förbrukningsartiklar som ska ingå i högkostnadsskyddet. I den fortsatta framställningen omfattar begreppet högkostnadsskydd för läkemedel även förbrukningsartiklar.

Det bör nämnas att läkemedel och andra varor som ingår i högkostnadsskyddet är kostnadsfria för barn under 18 år och preventivmedel är gratis för personer under 21 år. I högkostnadsskyddet ingår även att livsmedel till barn under 16 år kostar 120 kronor per uttag. Förslagen i denna framställning innebär ingen ändring i dessa delar och dessa delar av högkostnadsskyddet berörs därför inte mer i denna proposition.

Beloppen inom högkostnadsskyddet ändras årligen utifrån prisbasbeloppet. För 2025 innebär det i korthet att den enskilde under en tolv månadsperiod betalar hela priset för läkemedel upp till 1 450 kronor. Därefter träder högkostnadsskyddet in och den enskilde kommer som mest att betala 2 900 kronor för sina läkemedel under en tolv månadersperiod (det s.k. kostnadstaket).

Subventionssystemet bygger på att den enskilda patienten får sin totala läkemedelskostnad under en tolv månadersperiod stegvis reducerad enligt en trappstegsmodell, den s.k. högkostnadstrappan, beroende på hur stor kostnaden är. Detta innebär enligt de beloppsgränser som gäller för 2025 att den enskilde betalar

- 50 procent av den del av läkemedelskostnaden som överstiger 1 450 kronor men inte överstiger 2 768 kronor (s.k. första trappsteget),
- 25 procent av den del som överstiger 2 768 kronor men inte överstiger 5 142 kronor (s.k. andra trappsteget),
- 10 procent av den del som överstiger 5 142 kronor men inte överstiger 7 117 kronor (s.k. tredje trappsteget), samt
- inget av den del som överstiger 7 117 kronor.

När den sammanlagda kostnaden för läkemedel och förbrukningsartiklar uppgår till 7 117 kronor eller mer så har den enskilda patienten betalat 2 900 kronor i egenavgift. Patienten får då ett frikort för resten av den innevarande tolv månadersperioden.

Den senaste större justeringen av beloppen i högkostnadsskyddet trädde i kraft den 1 januari 2012. Då höjdes gränsen för en patients sammanlagda läkemedelskostnader under en tolv månadersperiod från 1 800 kronor till 2 200 kronor. Sedan den 1 januari 2013 har beloppsgränserna indexerats och följer därmed prisbasbeloppet. Från och med den 1 januari 2025 är kostnadstaket, dvs. det högsta beloppet en enskild ska betala under en tolv månadersperiod, 2 900 kronor.

Som nämns ovan omfattar högkostnadsskyddet de läkemedel och förbrukningsartiklar som TLV har fattat beslut om. De allra flesta läkemedel ingår i högkostnadsskyddet. De läkemedel som inte omfattas av högkostnadsskyddet och läkemedel med merkostnad inom det generiska utbytes-systemet kan dock göra att läkemedelskostnaderna för en enskild patient

Prop. 2024/25:144 överstiger 2 900 kronor under en tolv månaders period. Läkemedel som används inom den slutna vården betalas inte av den enskilde utan av sjukvårdshuvudmännen. Med slutna vård avses enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) sådan vård som kräver intagning på sjukhus.

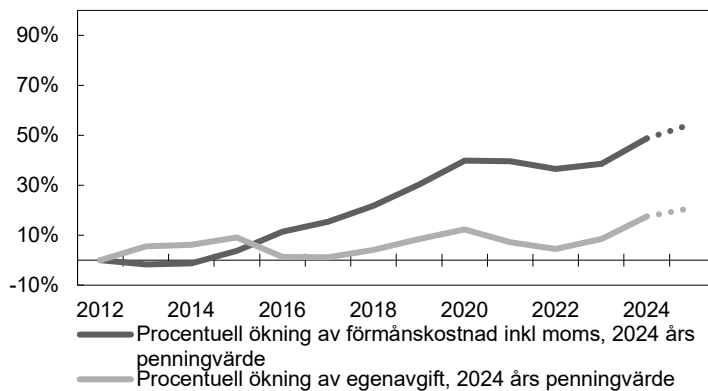
Avgiftsutveckling för läkemedel

Dagens system för högkostnadsskyddet består av tre delar:

- läkemedel på recept
- förbrukningsartiklar på recept, och
- livsmedel till barn.

Kostnaden för de läkemedel och de förbrukningsartiklar som ingår i högkostnadsskyddet täcks till största del av staten genom subventioner, medan patienten betalar sin egenavgift. I figuren presenteras utvecklingen av statens kostnader för läkemedelsförmånen, i jämförelse med förändringen av patientens egenavgift. Jämförelsen avser perioden från och med 2012 till och med 2025. För perioden 2012–2024 används faktiskt utfall av kostnaderna. För 2025 är beloppen baserade på Socialstyrelsens läkemedelsprognos från oktober 2024 (Socialstyrelsen, Uppdaterad prognos av läkemedelsförsäljningen i Sverige 2024–2027) och TLV:s prognos av de återbäringsavtal som tecknas inom ramen för TLV:s ärendehandläggning av vissa läkemedel från november 2024 (TLV, Uppdaterad återbäringsprognos 2024–2027).

Figur **Statens kostnader för läkemedelsförmånen, i jämförelse med patientens egenavgift**



Som framgår av figuren har statens kostnader för läkemedelsförmånen ökat med 49 procent åren 2012–2024 medan egenavgifterna enbart ökat med 17 procent under samma tidsperiod. Det innebär att andelen av kostnaderna som bekostas av patienten har minskat från 21 procent 2012 till 17 procent 2024. Beräkningarna baseras på 2024 års penningvärde.

Läkemedelskostnaderna är ojämnt fördelade mellan dem som använder läkemedel. Tabell 1 visar beloppsgränserna och fördelningen av patienter inom varje trappsteg under tidsperioden från den 1 november 2023 till den 31 oktober 2024. Hälften av patienterna hade lägre läkemedelskostnader än 1 426 kronor, och kom därmed inte att omfattas av högekostnadsskyddet. Trots detta framgår det av tabell 1 att denna grupp stod för 4 procent av de totala förmånskostnaderna. Detta är en följd av att vissa patienter haft en påbörjad tolv månadsperiod från föregående år. En femtedel av patienterna hade läkemedelskostnader som uppgick till mer än 6 993 kronor och hade därmed frikort. Denna grupp stod för fyra femtedelar av de totala förmånskostnaderna. Med nuvarande trappkonstruktion betalar patienten maximalt 2 900 kronor för läkemedel innan han eller hon får frikort. Läkemedelskostnaden subventioneras i större omfattning ju mer man har betalat för läkemedel. Syftet med denna utformning är att förskjuta tidpunkten för när patienten får frikort och att minska tiden under vilken patienter har frikort.

Tabell 1 Fördelning av högekostnadsskyddet under perioden den 1 november 2023–den 31 oktober 2024

Kostnadsintervall	Maximal patientkostnad		Andel av		Patientens egenavgift
	kronor	procent	total kostnad	antal patienter	
0–1 425	1 425 kr	100 %	4 %	51 %	100 %
1 426–2 720	2 072 kr	50 %	4 %	13 %	86,0 %
2 721–5 054	2 656 kr	25 %	5 %	10 %	62,4 %
5 055–6 993	2 850 kr	10 %	4 %	5 %	46,0 %
6 994–	2 850 kr	0 %	83 %	21 %	10,1 %
Summa	-	-	100 %	100 %	20,6 %

Källa: Socialstyrelsen.

Inkluderar patienter som var minst 18 år den 1 november 2023 och gjorde minst ett uttag inom förmånerna under perioden 1 november 2023–31 oktober 2024. Kostnadsfria uttag inom läkemedelsförmånerna, t.ex. insulinläkemedel, har exkluderats.

Den genomsnittliga egenavgiften för läkemedel i riket var 20,6 procent under perioden den 1 november 2023 till den 31 oktober 2024.

5 Uppdaterat högekostnadsskydd för läkemedel

Regeringens förslag: Kostnadstaket för högekostnadsskyddet för läkemedel höjs. Utifrån 2025 års prisbasbelopp höjs taket från 2 900 kronor till 3 800 kronor. Beloppen inom den s.k. högekostnadstrappan höjs

också i varje steg. Det första trappsteget ändras så att patienten betalar 75 procent, i stället för 50 procent, av kostnaden i intervallet.
--

Promemorians förslag överensstämmer i sak med regeringens. I förhållande till promemorians lagförslag har några andelar av kostnadstaket korrigerats.

Remissinstanserna: *Läkemedelsindustriföreningen (Lif)* tillstyrker förslaget men föreslår att regeringen utreder behovet av en annan grund för indexjusteringen.

Flera remissinstanser, bl.a. *Region Örebro län* och *Region Väster-norrland* pekar på att ökade egenavgifter för läkemedel innebär ökade möjligheter för staten att hantera framtida läkemedelskostnader vilket är angeläget eftersom det ökar möjligheterna att erbjuda moderna läkemedelsbehandlingar som ofta är kostsamma. Samtidigt lyfter dessa remissinstanser att förändringarna kommer att innebära nackdelar för de patienter som har minst ekonomiska möjligheter att betala för sina läkemedel och att ändringen kan innebära en risk för hamstring av läkemedel.

I övrigt är majoriteten av remissinstanserna negativa till förslaget om ett uppdaterat högkostnadsskydd för läkemedel och vissa remissinstanser avstyrker det, däribland *Myndigheten för delaktighet*, *Region Kalmar län*, *Karlstads kommun*, *Astma- och Allergiförbundet*, *Funktionsrätt Sverige*, *Reumatikerförbundet*, *Sveriges läkarförbund* och *Riksföreningen Sveriges Stadsmissioner*.

Flera remissinstanser, bl.a. *Region Gävleborg*, *Region Dalarna*, *Karlstads kommun*, *Cancerfonden*, *Funktionsrätt Sverige*, *Sveriges Stadsmissioner* och *Vårdförbundet* varnar för att det uppdaterade högkostnadsskyddet kan få negativa samhällsekonomiska konsekvenser, särskilt för ekonomiskt sårbara grupper, vilket riskerar att öka ojämlikheten i vården. Många remissinstanser, bl.a. *Region Västerbotten*, *Västra Götalandsregionen*, *Halmstads kommun*, *Pensionärernas Riksorganisation* och *Sveriges Farmaceuter* pekar på att dessa grupper saknar ekonomiska marginaler för att hantera kostnadsökningar och några av remissinstanserna pekar på att dessa kostnadsökningar har skett brett samtidigt som inkomsterna endast ökat marginellt. *Myndigheten för delaktighet*, *Region Kalmar län*, *Region Skåne*, *SKPF Pensionärerna*, *Pensionärernas Riksorganisation*, *Funktionsrätt Sverige*, *Praktikertjänst* och *Distriktsköterskeföreningen* framför att särskilt oroande är effekterna för äldre, kroniskt sjuka och personer med funktionsnedsättning, som riskerar att drabbas hårt av höjningen av kostnadstaket och den kraftiga ökningen av patientens andel innan rabatterna träder in. En möjlig konsekvens av förslaget som lyfts av ett flertal remissinstanser, däribland *Folkhälso-myndigheten*, *Region Jämtland Härjedalen*, *Region Västerbotten*, *Region Skåne*, *Sundsvalls kommun*, *Sveriges läkarförbund*, *Funktionsrätt Sverige*, *Pensionärernas Riksorganisation*, *Svenska Diabetesförbundet*, *Apotekarsocieteten* och *Vårdförbundet* är att patienter avstår från att hämta ut och använda sina ordinerade läkemedel, vilket kan leda till försämrad folkhälsa och i förlängningen ökade kostnader för både primär- och slutenvården och skapa breda samhällsekonomiska konsekvenser. Enligt *Svenska Diabetesförbundet*, *Sveriges Apoteksörening* och *Svensk sjuksköterskeförening* finns det redan i dag personer som avstår från att hämta ut läkemedel på grund av dålig privatekonomi.

Flera remissinstanser, bl.a. *Region Östergötland*, *Region Kalmar län*, *Region Jämtland Härjedalen*, *Sveriges Apoteksförening* framför en oro för att höjda egenavgifter kan leda till hamstring av läkemedel, skapa logistiska problem och bristsituationer samt öka vårdbelastningen.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys pekar på att egenavgiften bara är en av många faktorer som påverkar läkemedelskostnaden. Myndigheten anser att det är viktigt att regeringen tar ett samlat grepp om läkemedelsområdet och ser behov av en läkemedelsutredning som har ett brett perspektiv på prissättning, finansiering, subvention, införande och uppföljning av läkemedel. En sådan utredning bör, enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, omfatta en djupare konsekvensanalys av hur en uppjustering av egenavgiften i högkostnadsskyddet skulle påverka olika patientgrupper. Liknande synpunkter framför Apotekarsocieteten. Svensk sjuksköterskeförening och Vårdförbundet föreslår att högkostnadsskyddet baseras på inkomst. *Region Uppsala* menar att de ökade läkemedelskostnaderna bör lösas genom ett system som bygger på solidariska principer.

En uppföljning av höjningens effekt efterfrågas av bl.a. *Sveriges Kommuner och Regioner*, *Region Östergötland* och *Västra Götalandsregionen* medan andra remissinstanser, såsom *Region Kalmar län*, *Region Västernorrland*, *Region Skåne* och Apotekarsocieteten lyfter behovet av informationsinsatser för att säkerställa att allmänheten förstår förändringens konsekvenser.

Ett flertal enskilda framför kritik mot förslaget och framför liknande synpunkter som anförs ovan.

Skälen för regeringens förslag

Behovet av ett uppdaterat högkostnadsskydd för läkemedel

Högkostnadsskyddet är av yttersta vikt för att läkemedel och förbrukningsartiklar ska vara tillgängliga för alla som behöver det. Samtidigt måste systemet för högkostnadsskyddet bidra till en hållbar finansiering av dessa varor. Som anges i avsnitt 4 har statens kostnader för läkemedelsförmånen ökat med 49 procent från 2012 till och med 2024, utifrån 2024 års penningvärde, medan motsvarande ökning för patientens egenavgift har varit 17 procent under samma period. Det innebär att statens andel av den totala kostnaden för läkemedel m.m. ökat under aktuell tidsperiod och att staten därmed täcker en större andel av kostnaderna än tidigare. Prognoser visar på fortsatt kraftigt ökade läkemedelskostnader framöver.

För att säkerställa att läkemedelsförmånen kan upprätthållas på ett långsiktigt hållbart sätt krävs en justering av högkostnadsskyddet. Den medicinska utvecklingen har lett till att fler patienter kan behandlas effektivt, vilket är en positiv utveckling som har resulterat i förbättrad livskvalitet och ökade överlevnadsmöjligheter. Innovationer inom läkemedelsområdet har gjort det möjligt att behandla tidigare obotliga sjukdomar, minska sjukvårdsbehovet och förbättra folkhälsan. Samtidigt har denna utveckling medfört ökade läkemedelskostnader. Nya mer avancerade behandlingar ställer ökade krav på finansieringen av läkemedelsförmånen för att säkerställa en jämlik och tillgänglig användning för dem som behöver det. Om systemet inte anpassas kommer statens kostnader att fortsätta öka och det är inte hållbart över tid utan riskerar i stället att minska tillgången till nya högkvalitativa läkemedel eller tränga undan andra insatser i välfärden.

De satsningar som regeringen genomför inom hälso- och sjukvårdens område syftar till att skapa förutsättningar för en god och långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård som tar sin utgångspunkt i patientens behov. Den demografiska utvecklingen, med en åldrande befolkning och en ökning av kroniska sjukdomar, medför att fler människor kommer att behöva läkemedel under längre perioder framöver. Syftet med ändringarna i högkostnadsskyddet är att förbättra möjligheterna till en hållbar finansiering av läkemedelskostnaderna. Regeringen vill därmed förhindra att satsningar inom vården begränsas av statens ökade kostnader för läkemedel. Det måste i stället säkerställas att resurser kan fördelas till andra delar av vården utan att patienterna drabbas av orimliga kostnader. Genom anpassningar av högkostnadsskyddet för läkemedel kan framtida vårdbehov och fortsatt ökade läkemedelskostnader bättre hanteras så att vården förblir tillgänglig, hållbar och jämlik för invånarna. Med ett uppdaterat högkostnadsskydd blir systemet även robustare och kan bättre klara framtida introduktioner av till exempel nya läkemedel till breda patientgrupper. Sådana introduktioner kan innebära betydligt ökade kostnaderna än vad de nuvarande prognoserna visar.

Majoriteten av remissinstanserna är negativa till promemorians förslag att höja beloppen för högkostnadsskyddet för läkemedel. De flesta remissinstanserna lyfter en oro för hur förändringen kommer att påverka ekonomiskt utsatta grupper, äldre, kroniskt sjuka och personer med funktionsnedsättning. Enligt regeringen är det centralt att patienter fortfarande får kostnadsfri tillgång till läkemedel vid samma nivå av läkemedelskostnader som i dag, dvs. när det sammanlagda värdet av läkemedelskostnaderna överstiger 7 117 kronor under en tolv månadersperiod. Därmed säkerställs att patienterna med de största läkemedelsbehoven även fortsättningsvis får skydd mot höga kostnader. Förslaget innebär att patientens andel ökar mer i de lägre kostnadsintervallen.

Under de senaste åren har inkomstnivåerna för flera grupper med svagare ekonomi höjts. Det är en följd av att bl.a. garantipensionen, äldreförsörjningsstöd, sjuk- och aktivitetsersättning och försörjningsstöd räknas upp med prisutvecklingen. Därutöver har ett antal reformer genomförts för att ge äldre och pensionärer med låg inkomst och små tillgångar en ökad ekonomisk trygghet. Både garantipensionen och bostadstillägget till pensionärer har höjts 2020 och 2022. Regeringen har dessutom sänkt skatten för äldre genom förstärkningar av det förhöjda grundavdraget och förhöjda jobbskatteavdraget samt infört mer flexibla uttagsregler för tjänstepension, för att ytterligare stärka deras ekonomiska situation. För ekonomiskt utsatta personer ges ekonomiskt bistånd för läkemedelskostnader i enlighet med socialtjänstlagen (2001:453) vid behov. Enligt regeringen ska ingen behöva avstå från läkemedel av ekonomiska skäl och därför arbetar regeringen kontinuerligt på att stärka skyddet för dem som behöver det mest. Samtidigt har läkemedelskostnaderna ökat betydligt mer än egenavgifterna trots att egenavgifterna sedan 2013 är indexreglerade i linje med prisbasbeloppet. Att inte justera högkostnadsskyddet riskerar som nämns ovan att leda till en obalans i finansieringen av läkemedelsförmånerna. För att undvika detta krävs en hållbar fördelning av kostnaderna mellan staten och patienterna, där de som har de största behoven av läkemedel fortsatt skyddas mot alltför höga läkemedelskostnader. Med tanke på de ekonomiska satsningar som regeringen gjort bedömer regeringen att det finns

utrymme för enskilda att ta större del av finansieringen av läkemedelskostnader. Regeringen kommer emellertid noggrant att följa utvecklingen av det uppdaterade högkostnadsskyddet.

Ett flertal remissinstanser, däribland *Folkhälsomyndigheten*, *Sundsvalls kommun*, *Sveriges läkarförbund*, *Funktionsrätt Sverige* och *Pensionärernas Riksorganisation*, pekar på att höjningen av egenavgiften kan leda till att patienter avstår från att hämta ut och använda sina ordinerade läkemedel och att detta kan leda till försämrad folkhälsa och i förlängningen ökade vårdbehov och kostnader för både primär- och slutenvården och skapa breda samhällsekonomiska konsekvenser. Några remissinstanser, såsom *Svenska Diabetesförbundet*, *Sveriges Apoteksförening* och *Svensk sjuksköterskeförening*, anger att det redan i dag finns personer som avstår från att hämta ut läkemedel på grund av dålig privatekonomi.

För regeringen är det av yttersta vikt att patienter både på kort och lång sikt får tillgång till nödvändiga, ändamålsenliga och effektiva läkemedel. Det är regeringens avsikt att i likhet med vad *Sveriges Kommuner och Regioner*, *Region Östergötland*, *Västra Götalandsregionen* har efterfrågat, genomföra en uppföljning av höjningens effekt för att noga kunna följa eventuella förändringar så att dessa inte leder till oönskade effekter för patienten och på sikt för hälso- och sjukvården.

Enligt flera remissinstanser, bl.a. *Region Östergötland*, *Region Kalmar län*, *Region Jämtland Härjedalen*, *Sveriges Apoteksförening* finns det en risk för att höjda egenavgifter kan leda till hamstring av läkemedel, skapa logistiska problem, bristsituationer och öka vårdbelastningen. Regeringen konstaterar att det finns befintliga begränsningar inom högkostnadsskyddet för att motverka s.k. hamstring. Bland annat finns den s.k. 90-dagarsregeln som innebär att patienter kan hämta ut läkemedel för maximalt 90 dagars förbrukning per uttag. Dessutom tillämpas även den s.k. två tredjedelsregeln, som innebär att nästa uttag kan göras först när två tredjedelar av den tidigare uttagna mängden har förbrukats. Dessa regler syftar till att säkerställa en rättvis och jämlik tillgång till läkemedel för alla patienter. Därtill kan nämnas att det uppdaterade högkostnadsskyddet börjar gälla för enskilda allteftersom en pågående tolv månadsperiod tar slut (se avsnitt 6). Det innebär att övergången till det uppdaterade högkostnadsskyddet sker successivt och att risken för bristsituationer med anledning av hamstring bör minska. Regeringen kommer att noggrant följa hur eventuella förändringar påverkar tillgången till läkemedel och bedömer att risk för eventuell hamstring kan förväntas avta med tiden.

Regeringen håller med *Region Kalmar län*, *Region Västernorrland*, *Region Skåne* och *Apotekarsocieteten* i deras synpunkter om behovet av att tillhandahålla informationsinsatser för att säkerställa att allmänheten förstår förändringens konsekvenser. Sådan information om hur högkostnadsskyddet fungerar, vilka grupper som påverkas och vilka stödinsatser som finns att tillgå är av stor vikt, inte minst eftersom det kommer att finnas dubbla system under en övergångsperiod. Regeringen ser apoteken och vården som centrala aktörer i genomförandet av förändringar i högkostnadsskyddet, särskilt när det gäller att informera allmänheten. Precis som vid den årliga indexeringen av högkostnadsskyddet har apoteken ett viktigt uppdrag att säkerställa att patienter får tydlig information om förändringar i egenavgifter och subventionerade läkemedel.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Region Uppsala, Apotekar-societeten, Lif, Svensk sjuksköterskeförening och Vårdförbundet efterlyser andra sätt för att finansiera läkemedelskostnaderna. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ser behov av en läkemedelsutredning som har ett brett perspektiv på prissättning, finansiering, subvention, införande och uppföljning av läkemedel. En sådan utredning bör, enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, omfatta en djupare konsekvensanalys av hur en uppjustering av egenavgiften i högkostnadsskyddet skulle påverka olika patientgrupper.

I regeringens budgetproposition för 2025 framgår att regeringen vill skapa ett system med långsiktigt hållbara kostnader, där effektiva läkemedel är tillgängliga för patienter med både vanliga och ovanliga hälsotillstånd efter behov. Som ett led i detta aviserade regeringen att en utredning ska tillsättas för att säkerställa ett hållbart system för läkemedelsanvändning och finansiering. Finansiering av läkemedel är komplext och kräver ett samordnat arbete på bred front för att säkerställa att effektiva läkemedel är tillgängliga till långsiktigt hållbara kostnader. Utöver den utredning som planeras lyfter Svensk sjuksköterskeförening och Vårdförbundet även behovet av inkomstbaserade avgifter som ett sätt att fördela kostnaderna mer rättvist. Regeringen bedömer att det, utöver att en utredning kommer att tillsättas, i dagsläget även behövs en höjning av högkostnadsskyddet. Regeringen utesluter dock inte att genomföra andra möjliga åtgärder på sikt.

Förslag till uppdaterat högkostnadsskydd för läkemedel

Kostnadstaket, dvs. det högsta belopp en patient betalar under en tolv-månadersperiod för de läkemedel och förbrukningsartiklar som ingår i högkostnadsskyddet, föreslås ändras från 0,05 gånger prisbasbeloppet till 0,06463 gånger prisbasbeloppet. Beloppet ska fortfarande avrundas nedåt till närmaste femtiotal kronor. Enligt 2025 års prisbasbelopp innebär det att kostnadstaket höjs från 2 900 kronor till 3 800 kronor.

Beloppsgränserna före och inom högkostnadstrappan föreslås också ändras. Den enskilde föreslås få betala hela beloppet för läkemedel så länge beloppet inte överstiger 0,52632 gånger kostnadstaket jämfört med i dag då denna gräns går vid 0,5 gånger kostnadstaket. Enligt 2025 års prisbasbelopp och det kostnadstak som det ger innebär det att patienten betalar hela beloppet för läkemedelskostnader upp till 2 000 kronor, att jämföra med i dag då patienten betalar 1 450 kronor.

Det första trappsteget föreslås ändras. Enligt förslaget ska den enskilde betala 75 procent av kostnaderna mellan 0,52632 gånger och 0,94383 gånger kostnadstaket, i stället för 50 procent av kostnaderna mellan 0,5 och 0,954 gånger kostnadstaket som gäller i dag. I promemorian föreslogs den övre andelen uppgå till 0,94372 gånger kostnadstaket, i stället för 0,94383 gånger kostnadstaket som föreslås i denna proposition. Genom denna korrigerings kommer beloppen att motsvara de som angavs i promemorian.

I andra och tredje trappstegen ska den enskilde alltså betala 25 respektive 10 procent av kostnaderna men utifrån en något lägre del av kostnadstaket. Till följd av höjningen av kostnadstaket innebär det att beloppen ändå höjs. I dessa trappsteg föreslås den enskilde betala 25 procent av

kostnaderna mellan 0,94383 gånger och 1,39482 gånger kostnadstaket (nuvarande andelar är 0,954 och 1,773 gånger kostnadstaket) och 10 procent av kostnaderna mellan 1,39482 gånger men inte 1,87282 gånger kostnadstaket (nuvarande andelar är 1,773 gånger och 2,454 gånger kostnadstaket). Några andelar av kostnadstaken är korrigerade i förhållande till de andelar som föreslogs i promemorian. Genom dessa korrigeringar kommer beloppen att motsvara de som angavs i promemorian.

Ändringarna innebär att frikort börjar gälla vid samma läkemedelskostnad som i dag, dvs. när patienten hämtat ut läkemedel till ett värde av sammanlagt 7 117 kronor.

Varje höst beslutar regeringen om efterföljande års prisbasbelopp. Beroende på storleken på prisbasbeloppshöjningen ändras de belopp som den enskilde ska betala för läkemedel i motsvarande mån.

6 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Regeringens förslag: Lagändringen ska träda i kraft den 1 juli 2025. För den som har hunnit påbörja en högkostnadsperiod före ikraftträdandet ska nuvarande bestämmelser gälla under resten av perioden.

Promemorians förslag överensstämmer med regeringens.

Remissinstanserna: *E-hälsomyndigheten* anger att den korta tidsramen för genomförandet medför tekniska utmaningar. Myndigheten anför att konsekvensen av att inte genomföra förändringen vid helårskiftet är att E-hälsomyndigheten behöver utveckla stöd för att ha två prismodeller aktiva samtidigt, vilket inte är möjligt med den nuvarande tekniska lösningen. Ett ikraftträdande den 1 juli 2025 medför en kort tidsram för det utvecklingsarbete och de förberedelser som behöver genomföras inom E-hälsomyndigheten för att säkerställa ett genomförande av hög kvalitet.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) anger att det kan vara lämpligt att överväga om förslaget kan genomföras stegvis, i syfte att mildra de ekonomiska konsekvenserna för den enskilde och därmed minska den potentiella negativa påverkan. Liknande synpunkter framför *Läkemedelsindustriföreningen (Lif)*. Även *Region Västerbotten* lyfter att förslaget bör införas gradvis under en längre tid för att vara socialt accepterat.

Skälen för regeringens förslag: Regeringen arbetar för att säkerställa ett strukturerat genomförande av förslaget. En viktig del i det är att ha en nära dialog med berörda myndigheter och aktörer, såsom E-hälsomyndigheten, apoteken och värden. Samtidigt är det viktigt att förslaget genomförs så snart som möjligt för att säkerställa en hållbar finansiering av läkemedelssystemet.

Vid en avvägning mellan de intressen som talar för ett senare eller stegvis införande, som *E-hälsomyndigheten*, *MSB*, *Region Västerbotten* och *Lif* lyfter, och behovet av en hållbar finansiering av läkemedelsförmånen,

Prop. 2024/25:144 anser regeringen att skäl som hänför sig till en hållbar finansiering väger tyngre.

Lagförslagen bör därför träda i kraft så snart som möjligt, vilket bedöms vara den 1 juli 2025.

Äldre föreskrifter bör fortfarande gälla för inköp av förmånsberättigade varor om det första inköpstillfället inträffat före lagens ikraftträdande. Det innebär att om den enskilde genom att köpa t.ex. ett förmånsberättigat läkemedel påbörjat en högkostnadsperiod före den 1 juli 2025 tillämpas nu gällande bestämmelser om kostnadsreducering under den resterande delen av tolv månadersperioden. Det bör därför införas en övergångsbestämmelse med den innebörden.

7 Konsekvenser

Konsekvenserna av propositionens förslag leder övergripande till att statens andel av kostnaden för läkemedel m.m. inom högkostnadsskyddet minskar medan patientens andel, egenavgiften, ökar.

7.1 Konsekvenser för patienter

I tabell 2 framgår skillnaderna mellan det nuvarande högkostnadsskyddet och det föreslagna justerade högkostnadsskyddet för läkemedel.

Tabell 2 Konsekvensanalys av nuvarande och föreslaget högkostnadsskydd för läkemedel 2025

	Nuvarande högkostnadsskydd			Förslag till justerat högkostnadsskydd		
	Läke- medels- kost- nader	Andel som patienten betalar	Patient- ens egen- avgift	Läke- medels- kost- nader	Andel som patient betalar	Patient- ens egen- avgift
Kostnadstak			2 900 kr			3 800 kr
Gräns 1	1 450 kr	100 %	1 450 kr	2 000 kr	100 %	2 000 kr
Gräns 2	2 767 kr	50 %	2 109 kr	3 586 kr	75 %	3 190 kr
Gräns 3	5 142 kr	25 %	2 703 kr	5 300 kr	25 %	3 618 kr
Gräns 4	7 117 kr	10 %	2 900 kr	7 117 kr	10 %	3 800 kr

Kostnadstaket är det högsta beloppet en patient betalar under en tolv månadersperiod för läkemedel och förbrukningsartiklar som ingår i högkostnadsskyddet. Från nuvarande högkostnadsskydd till föreslagen justering höjs taket från 2 900 kronor till 3 800 kronor, vilket innebär en ökning på 900 kronor.

Upp till gräns 1 (golvet)

- I det nuvarande systemet betalar patienten hela beloppen för läkemedelskostnader upp till 1 450 kronor, alltså 100 procent av kostnaderna.
- Även i det justerade förslaget betalar patienten hela beloppet för läkemedelskostnader upp till gräns 1, men beloppet höjs till 2 000 kronor.

Från gräns 1 och upp till gräns 2 (det första trappsteget)

- I det nuvarande systemet betalar patienten 50 procent av de läkemedelskostnader som överstiger beloppet för gräns 1, upp till beloppet för gräns 2. Det innebär att patienten betalar maximalt 2 109 kronor upp till gräns 2
- I det justerade förslaget betalar patienten 75 procent av de läkemedelskostnader som överstiger beloppet för gräns 1, upp till beloppet för gräns 2. Det innebär att patienten betalar maximalt 3 190 kronor upp till gräns 2.

Från gräns 2 och upp till gräns 3 (det andra trappsteget)

- I det nuvarande systemet betalar patienten 25 procent av de läkemedelskostnader som överstiger beloppet för gräns 2 och upp till beloppet i gräns 3. Det innebär att patienten betalar maximalt 2 703 kronor upp till gräns 3.
- I det justerade förslaget bibehålls samma procentsats som patienten ska betala av kostnaden, dvs. 25 procent, men patientens kostnad stiger till maximalt 3 618 kronor upp till gräns 3.

Från gräns 3 och upp till gräns 4 (det tredje trappsteget)

- I det nuvarande systemet betalar patienten 10 procent av de läkemedelskostnader som överstiger beloppet för gräns 3 och upp till beloppet för gräns 4. Det innebär att patienten betalar maximalt 2 900 kronor upp till gräns 4.
- I det justerade förslaget förblir procentsatsen oförändrad, dvs. 10 procent, men patientens maximala kostnad ökar till 3 800 kronor.

Över gräns 4

- I det nuvarande systemet träder frikortet in när patienten hämtat ut läkemedel till ett värde av 7 117 kronor. Patientens totala kostnad motsvarar då 2 900 kronor.
- I det justerade förslaget träder frikortet in vid samma nivå, det vill säga när patienten hämtat ut läkemedel till ett värde av 7 117 kronor. Patientens totala kostnad ökar emellertid till 3 800 kronor.

Det föreslagna justerade högkostnadsskyddet innebär således ökade kostnader för patienterna vid varje gräns. Särskilt påverkar det patienter mellan gräns 1 och gräns 2, där patientens andel av läkemedelskostnaderna höjs från 50 procent till 75 procent. Dessutom höjs beloppet för när patienten betalar hela sin läkemedelskostnad, dvs. innan rabattsystemet träder in. Det beloppet höjs från 1 450 till 2 000 kronor. I det föreslagna systemet förblir gränsen för frikortet oförändrad, även om patienten kommer betala

Prop. 2024/25:144 en högre kostnad upp till frikortet. Det innebär att patienter som i dag når gränsen för frikortet även kommer att göra det i det justerade systemet (se tabell 2). Detta är en viktig åtgärd för att undvika en alltför stor ekonomisk börda för de patienter som har omfattande läkemedelsbehov. Totalt kommer den patient som når frikortet i det justerade förslaget betala 900 kronor mer än den hade gjort i det nuvarande systemet. Genom att inte höja beloppsgränsen för när frikortet börjar gälla, dvs. värdet av uthämtade läkemedel (7 117 kronor), säkerställs att de mest utsatta patienterna fortsatt får kostnadsfri tillgång till läkemedel när de väl nått den maximala betalningsnivån, precis som i dag. Förslaget innebär att det grundläggande skyddet mot alltför höga läkemedelskostnader bibehålls, även om kostnaderna ökar i de lägre gränserna.

Tabell 3 Nuvarande och uppdaterad trappa för skydd mot höga läkemedelskostnader, prognos 2027

	2027 nuvarande högkostnadsskydd		2027 uppdaterat högkostnadsskydd	
	Antal	Andel av populationen	Antal	Andel av populationen
Över golv	3 283 000	28 %	2 842 300	24 %
Frikort	1 186 300	10 %	1 204 300	10 %

I tabell 3 finns en prognos över hur stor andel av befolkningen som förväntas uppnå den nivå där kostnadsreduceringen börjar träda i kraft och hur många som når gränsen för frikort. Jämförelsen görs mellan hur det nuvarande högkostnadsskyddet skulle se ut 2027 och det föreslagna högkostnadsskyddet för samma år. Anledningen till att prognosen fokuserar på 2027 är att detta är tidpunkten då effekterna av den föreslagna justeringen förväntas få fullt genomslag.

Flera remissinstanser, däribland *Socialstyrelsen*, *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*, *Region Stockholm*, *Kalmar kommun*, *Apotekarsocieteten* och *Psoriasisförbundet* efterlyser en mer fördjupad konsekvensanalys av vad höjningen kan innebära för patienter, speciellt de som lever med knappa ekonomiska marginaler. Därutöver är det flera remissinstanser, såsom *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)*, *Barnombudsmannen*, *Sveriges Kommuner och Regioner*, *Region Gävleborg* och *Funktionsrätt Sverige* som efterfrågar en mer djupgående konsekvensanalys som beaktar individuella effekter på folkhälsan och livskvaliteten. Regeringen har gjort en samlad bedömning av reformens effekter och anser att åtgärden är nödvändig för att säkerställa en hållbar finansiering av läkemedelssystemet som tar höjd för pågående och framtida utveckling av nya, effektiva läkemedel. En stabil och långsiktig finansiering är avgörande för att patienter ska få tillgång till de behandlingar de behöver, både på kort och lång sikt. Regeringen anser att en löpande uppföljning är det mest effektiva sättet att identifiera och hantera eventuella konsekvenser för patienter och folkhälsan och kommer därför att följa utvecklingen noggrant.

Barnombudsmannen efterlyser en barnrättslig analys av förslaget. Regeringen vill betona att reformen inte omfattar barn under 18 år. Barn och unga har fortsatt kostnadsfri tillgång till läkemedel inom förmånen, och deras rätt till subventionerade läkemedel påverkas därför inte av förändringen. Barn kan dock komma att påverkas av att deras föräldrars eller vårdnadshavares högkostnadsskydd förändras. Regeringen bedömer att även denna aspekt ska ingå i den löpande uppföljningen av det uppdaterade högkostnadsskyddet. Detta gäller även den synpunkt som *Myndigheten för samhällsskydd och beredskap* framför, där myndigheten förordar en analys av hur förslaget påverkar individens egenberedskap och i vilken utsträckning vissa patientgrupper drabbas mer än andra.

7.2 Konsekvenser för kommuner och regioner

Av Socialstyrelsens allmänna råd (2013:1) om ekonomiskt bistånd framgår att ekonomiskt bidrag bör omfatta skäliga kostnader för sådana läkemedel som täcks av lagen om läkemedelsförmåner. Beräkningar av de konsekvenser som det ändrade kostnadsskyddet kan ge upphov till har gjorts med Statistikmyndigheten SCB:s mikrosimuleringsmodell (FASIT). Beräkningen gjordes med ett urval på cirka två miljoner individer och visar att cirka 60 procent av de hushåll som får ekonomiskt bistånd även har utgifter för läkemedel. För dessa hushåll beräknas läkemedelskostnaderna öka med i genomsnitt 500 kronor per år som en följd av förslaget. Det innebär en total kostnadsökning på cirka 60 miljoner kronor för dessa hushåll tillsammans år 2027. Dessa ökade kostnader för ekonomiskt bistånd kommer att belasta kommunernas socialtjänst i enlighet med socialtjänstlagen (2001:453). Kommunerna kommer således att behöva hantera en ekonomisk påverkan som en direkt följd av förslaget. Regionerna antas inte påverkas av denna förändring annat än att det statsbidrag som regionerna erhåller från staten för kostnader för läkemedelsförmånerna minskar när patienterna väntas stå för en större andel.

Flera regioner och kommuner gör samma bedömning som den beräkning som SCB gjort, dvs. att ändringen av högkostnadsskyddet kan leda till ökade kostnader för socialtjänsten och ekonomiskt bistånd. *Region Skåne* varnar för att fler personer kan få svårt att betala för sina läkemedel, vilket kan resultera i fler ansökningar om ekonomiskt bistånd och ökat behov av sociala insatser. Bland kommunerna påpekar *Halmstads, Göteborgs, Linköpings, Kalmar* och *Helsingborgs kommuner* att förändringen kan innebära ökade utgifter för kommunerna, då fler invånare kan behöva stöd. Göteborgs kommun lyfter särskilt fram att kostnadsökningen inte omfattas av finansieringsprincipen, vilket innebär att kommunerna inte får kompensation från staten för den prognostiserade ökade kostnaden. Kommunen påpekar också att förändringen kan påverka avgiftsuttaget inom socialtjänsten och leda till minskade intäkter. Kalmar kommun framhåller att en nationell privatekonomisk analys saknas, medan Helsingborgs kommun anser att promemorian borde ha inkluderat en analys av påverkan på biståndshushåll. Även *Riksförbundet Pensionärs gemenskap* instämmer i att kommunernas socialtjänstbudget kommer att belastas direkt och *Funk-*

Prop. 2024/25:144 *tionsrätt Sverige* efterlyser en mer djupgående konsekvensanalys som beaktar långsiktiga effekter för kommuner och regioner.

Regeringen har utgått från en helhetsbedömning där både kortsiktiga och långsiktiga ekonomiska faktorer har vägts in. En hållbar finansiering av läkemedelsförmånerna är avgörande för att säkerställa jämlik tillgång till effektiva behandlingar. Förändringar i statliga förmånssystem kan indirekt få konsekvenser för det kommunala biståndet till enskilda. Eftersom förändringen inte direkt avser kommunal verksamhet och inga ändringar görs i kommuners och regioners befintliga åligganden är finansieringsprincipen emellertid inte tillämplig. Regeringen kommer noggrant att följa utvecklingen och är medveten om de synpunkter som regioner och kommuner lyfter gällande risken för ökade kostnader inom socialtjänsten och det ekonomiska biståndet. Förändringen är dock nödvändig för att säkerställa en stabil och hållbar finansiering av läkemedelssystemet över tid. Regeringen ser vikten av att följa upp den privatekonomiska påverkan. En nära dialog med kommuner, regioner och civilsamhället är avgörande i det arbetet.

8 Författningskommentar

Förslaget till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

5 §

Med läkemedelsförmåner enligt denna lag avses ett skydd mot höga kostnader vid inköp av sådana förmånsberättigade varor som avses i 15–18 §§. Förmånerna innebär en reducering av den enskildes kostnader för sådana varor.

Kostnadsreduceringen beräknas på den sammanlagda kostnaden för varor som den förmånsberättigade köper under ett år räknat från det första inköpstillfället. Reduceringen lämnas vid varje inköpstillfälle på grundval av den sammanlagda kostnaden för de dittills och vid tillfället inköpta varorna.

Den förmånsberättigade ska under ettårsperioden sammanlagt inte betala mer än ett belopp som motsvarar 0,06463 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor (kostnadstaket).

Så länge den sammanlagda kostnaden för varor enligt andra stycket inte överstiger ett belopp som motsvarar 0,52632 gånger kostnadstaket lämnas ingen kostnadsreducering. När den sammanlagda kostnaden överstiger detta belopp, utgör kostnadsreduceringen

1. 25 procent av den del som överstiger 0,52632 gånger men inte 0,94383 gånger kostnadstaket,
2. 75 procent av den del som överstiger 0,94383 gånger men inte 1,39482 gånger kostnadstaket, och
3. 90 procent av den del som överstiger 1,39482 gånger men inte 1,87282 gånger kostnadstaket.

När den sammanlagda kostnaden överstiger ett belopp som motsvarar 1,87282 gånger kostnadstaket är den förmånsberättigade befriad från att betala ytterligare kostnader under den resterande delen av ettårsperioden.

Andra–femte styckena gäller inte varor som är kostnadsfria enligt 19 §.

Paragrafen behandlas i avsnitt 5.

I *tredje stycket* ändras det belopp som den enskilde ska betala för läkemedel och förbrukningsvaror som omfattas av läkemedelsförmånerna under den ettårsperiod som avses i andra stycket. Detta belopp kallas kostnadstak. Kostnadstaket ändras till 0,06463 gånger det prisbasbelopp som avses i 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor. Ändringen innebär att det belopp som den enskilde själv ska betala innan någon kostnadsreducering kan bli aktuell ändras från 1 450 kronor till 2 000 kronor utifrån 2025 års prisbasbelopp.

Genom ändringarna i *fyärde* och *femte styckena* höjs beloppsgränserna för högkostnadsskyddet för förmånsberättigade varor. Ändringarna innebär bl.a. att den enskilde kommer att betala 3 800 kronor innan han eller hon befrias från att betala ytterligare kostnader för förmånsberättigade varor.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2025.
2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för inköp av förmånsberättigade varor, om det första inköpstillfället inträffat före den 1 juli 2025.

Lagen träder enligt *punkt 1* i kraft den 1 juli 2025.

Enligt *punkt 2* gäller äldre föreskrifter fortfarande för inköp av förmånsberättigade varor om det första inköpstillfället inträffat före lagens ikraftträdande. Om den enskilde genom att köpa t.ex. ett förmånsberättigat läkemedel påbörjat en högkostnadsperiod före den 1 juli 2025 tillämpas således nu gällande bestämmelser om kostnadsreducering under den resterande delen av tolv månadersperioden.

Sammanfattning av promemorian Uppdaterat högkostnadsskydd för läkemedel (S2024/02135)

I promemorian lämnas förslag för att uppdatera högkostnadsskyddet på läkemedelsområdet. Enligt förslaget ska patienterna betala en högre egenavgift inom högkostnadsskyddet. Syftet med den föreslagna justeringen är att förbättra möjligheterna till en hållbar finansiering av läkemedelskostnaderna. Förslaget innebär att kostnadstaket för högkostnadsskyddet för läkemedel höjs, från 2 900 kronor till 3 800 kronor utifrån 2025 års prisbasbelopp. Beloppen inom den s.k. högkostnadstrappan föreslås också höjas i varje steg. Dessutom föreslår det första trappsteget ändras så att patienten betalar 75 procent, i stället för 50 procent, av kostnaden i det intervallet. Förslaget innebär att avgifterna som den enskilde som mest kan behöva betala ökar med 900 kronor under en tolv månadersperiod.

Promemorians förslag innebär att samtliga patienters egenavgifter för läkemedel beräknas öka med cirka 540 miljoner kronor för 2025, 2 160 miljoner kronor för 2026 och 2 700 miljoner kronor från och med 2027.

I promemorian föreslår att lagändringen ska träda i kraft den 1 juli 2025.

Förslag till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

Härigenom föreskrivs att 5 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

5 §¹

Med läkemedelsförmåner enligt denna lag avses ett skydd mot höga kostnader vid inköp av sådana förmånsberättigade varor som avses i 15–18 §§. Förmånerna innebär en reduktion av den enskildes kostnader för sådana varor.

Kostnadsreduceringen beräknas på den sammanlagda kostnaden för varor som den förmånsberättigade köper under ett år räknat från det första inköpstillfället. Reduceringen lämnas vid varje inköpstillfälle på grundval av den sammanlagda kostnaden för de dittills och vid tillfället inköpta varorna.

Den förmånsberättigade ska under ettårsperioden sammanlagt inte betala mer än ett belopp som motsvarar 0,05 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor (kostnadstaket).

Så länge den sammanlagda kostnaden för varor enligt andra stycket inte överstiger ett belopp som motsvarar 0,5 gånger kostnadstaket lämnas ingen kostnadsreducering. När den sammanlagda kostnaden överstiger detta belopp, utgör kostnadsreduceringen

1. 50 procent av den del som överstiger 0,5 gånger men inte 0,954 gånger kostnadstaket,

2. 75 procent av den del som överstiger 0,954 gånger men inte 1,773 gånger kostnadstaket, och

3. 90 procent av den del som överstiger 1,773 gånger men inte 2,454 gånger kostnadstaket.

När den sammanlagda kostnaden överstiger ett belopp som motsvarar 2,454 gånger kostnadstaket

Den förmånsberättigade ska under ettårsperioden sammanlagt inte betala mer än ett belopp som motsvarar 0,06463 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor (kostnadstaket).

Så länge den sammanlagda kostnaden för varor enligt andra stycket inte överstiger ett belopp som motsvarar 0,52632 gånger kostnadstaket lämnas ingen kostnadsreducering. När den sammanlagda kostnaden överstiger detta belopp, utgör kostnadsreduceringen

1. 25 procent av den del som överstiger 0,52632 gånger men inte 0,94372 gånger kostnadstaket,

2. 75 procent av den del som överstiger 0,94372 gånger men inte 1,39479 gånger kostnadstaket, och

3. 90 procent av den del som överstiger 1,39479 gånger men inte 1,87279 gånger kostnadstaket.

När den sammanlagda kostnaden överstiger ett belopp som motsvarar 1,87279 gånger kostnads-

¹ Senaste lydelse 2015:968.

Prop. 2024/25:144
Bilaga 2

är den förmånsberättigade befriad från att betala ytterligare kostnader under den resterande delen av ettårsperioden. taket är den förmånsberättigade befriad från att betala ytterligare kostnader under den resterande delen av ettårsperioden.

Andra–femte styckena gäller inte varor som är kostnadsfria enligt 19 §.

1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2025.
2. Äldre föreskrifter gäller fortfarande för inköp av förmånsberättigade varor, om det första inköpstillfället inträffat före den 1 juli 2025.

Efter remiss har yttranden kommit in från Astma- och Allergiförbundet, Barnombudsmannen, Blodcancerförbundet, Cancerfonden, Distriktsköterskeföreningen, E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Funktionsrätt Sverige, Försäkringskassan, Göteborgs kommun, Halmstads kommun, Helsingborgs kommun, Inspektionen för vård och omsorg, Kalmar kommun, Karlstads kommun, Konsumentverket, Linköpings kommun, Luleå kommun, Lycksele kommun, Läkemedelsindustri-föreningen (Lif), Läkemedelsverket, Myndigheten för delaktighet, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Orsa kommun, Pensionsmyndigheten, Pensionärernas Riksorganisation, Praktikertjänst, Psoriasisförbundet, Region Blekinge, Region Dalarna, Region Gotland, Region Gävleborg, Region Halland, Region Jämtland Härjedalen, Region Jönköping, Region Kalmar, Region Kronoberg, Region Norrbotten, Region Skåne, Region Stockholm, Region Sörmland, Region Uppsala, Region Värmland, Region Västerbotten, Region Västernorrland, Region Örebro, Region Östergötland, Reumatikerförbundet, Riksförbundet HjärtLung, Riksförbundet Pensionärs-gemenskap (RPG), SKPF Pensionärerna, Socialstyrelsen, SPF Seniorerna, Sundsvalls kommun, Svensk sjuksköterskeförening, Svenska Diabetes-förbundet, Svenska Läkaresällskapet, Sveriges Apoteksförening, Sveriges Farmaceuter, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Sveriges läkar-förbund, Sveriges Stadsmissioner, Tandvårds- och läkemedelsförmåns-verket TLV, Trollhättans kommun, Umeå kommun, Uppsala kommun, Vinnova, Vårdförbundet och Västra Götalandsregionen.

Följande remissinstanser har inte svarat eller angett att de avstår från att lämna synpunkter: Arjeplogs kommun, Bergs kommun, Bjurholms kom-mun, Borlänge kommun, Bräcke kommun, Eskilstuna kommun, Ekonomi-styrningsverket, Föreningen för generiska läkemedel och biosimilarer, Gotlands kommun, Hjärnfonden, Jokkmokks kommun, Kiruna kommun, Läkemedelshandlarna, Läkemedelsverket, Malungs kommun, Pajala kom-mun, Privattandläkarna, Region Jönköpings län, Region Västmanland, Riksförbundet Attention, Riksförbundet Sällsynta diagnoser, Riksrevis-ionen, Rädda Barnen, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Stiftelsen Nätverk för läkemedelsepidemiologi, Stockholms kommun, Strömsunds kommun, Sveriges Konsumenter, Sveriges tandläkarförbund, Tjänstetandläkarna, Umeå kommun, Vårdföretagarna, Västerås kommun, Örebro kommun och Östersunds kommun.

Därutöver har yttrande kommit in från Service- och kommunikations-facket (SEKO), Riksförbundet för barn, unga och vuxna med utvecklings-störning (FUB), Förbundet Blödarsjuka i Sverige, Neuroförbundet, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH), Sköldkörtelförbundet, Personskadeförbundet (RTP), Bröstcancerförbundet, Njurförbundet, Kvinnofronten, Schizofreniförbundet, Nätverket mot cancer, Sveriges förenade studenter (SFS), Mag-och tarmförbundet, Tarm-uro-och stomi-förbundet (ILCO), Ung Cancer, Synskadades Riksförbund, Primär immunbristorganisationen (PIO), Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar (RBU), Patientföreningen Lymf-Lipödemföreningen.

Därutöver har cirka 300 enskilde personer inkommit med yttranden.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 13 mars 2025

Närvarande: statsminister Kristersson, ordförande, och statsråden Svantesson, Ankarberg Johansson, Edholm, J Pehrson, Waltersson Grönvall, Jonson, Strömmer, Forssmed, Tenje, Forssell, Slottnér, M Persson, Wykman, Malmer Stenergard, Kullgren, Liljestrand, Bohlin, Carlson, Pourmokhtari, Rosencrantz, Dousa

Föredragande: statsrådet Ankarberg Johansson

Regeringen beslutar proposition Uppdaterat högkostnadsskydd för läkemedel