

Regeringskansliet
(Socialdepartementet)
103 33 Stockholm

Remiss: Tydligare ansvar och regler för läkemedel (SOU 2018:89)

Juridiska fakultetsnämnden som anmodats att yttra sig över rubricerat betänkande – vilket utgör Läkemedelsutredningens slutbetänkande – anför följande.

Läkemedelsutredningen har gjort en översyn av finansieringsansvaret för förmånläkemedel i Sverige, vilket omfattar reglerna för prissättning och subventionering av läkemedel. En viktig utgångspunkt har varit att *värna patienternas* ”förutsättningar att både nu och i framtiden få del av alla de möjligheter som utvecklingen inom hälso- och sjukvården ger till bot och lindring vid sjukdom och ohälsa”. Utredningen anför samtidigt att det inte går att bortse från dels att vården måste vara *kostnadseffektiv*, dels att det finns ”*andra samhällsområden* än sjukvård som är angelägna att finansiera solidariskt och gemensamt. Det eftersträvas att systemet ska bli mer ”*långsiktigt hållbart, effektivt, tydligt och mer förutsägbart*” samtidigt som *kostnaderna inte får öka jämfört med idag* (s. 19).

Redan denna inledning indikerar att det är fråga om många faktorer att beakta och att dessa inte är alldeles enkla att förena. Utredningen uttalar följande som sin åsikt (s. 111):

”Man kan tycka att utredningen har fått väl många, stundtals motsägelsefulla, mål att förhålla sig till.”

Fakultetsnämndens uppdrag, som ska ha en rättslig inriktning, försvåras av dessa motsägelsefulla mål. Det är också vanskligt att göra rättsliga bedömningar när så stor del av förslaget mestadels grundas på *politiska överväganden* och innefattar *tekniskt-matematiska frågor och ekonomiska kalkyler* (se figurer, tabeller och prognoser enligt diverse modeller på t.ex. s. 126, s. 128 s. 133 och s. 161). I så måtto blir det juridiska värdet av ett remissvar begränsat.

En reform av det slag som övervägs innefattar *mycket svåra balanseringar* där olika grupper av behövande, såväl inom sjukvården som inom välfärden i stort, kommer att ställas emot varandra. Till syvende och sist blir det en fråga om ekonomi och ekonomiska prioriteringar. Den bild som utredningen ger ifråga om tillgången till personal, ett helt

Juridiska fakultetsnämnden

avgörande moment i ”god sjukvård”, talar sitt tydliga språk vad avser problematikens vidd (s. 114 f):

”(F)ör att *behålla den nuvarande nivån i välfärdssystemen behöver kommuner och landsting varje år fram till 2025 anställa i princip hela det tillkommande arbetskraftsutbudet*. Det skulle naturligtvis vara förödande för samhällsekonomin, men det finns inget som tyder på att de så dramatiskt skulle kunna öka de cirka 25 procent av det tillkommande arbetskraftsutbudet de i genomsnitt anställt de senaste 10 åren. Slutsatsen av detta är att välfärden måste *effektiviseras*, det vill säga producera mer välfärd med samma eller mindre resurser om vi ska kunna behålla den nuvarande nivån. Och ännu mer naturligtvis om vi ska kunna öka nivån. Alternativet är att *prioritera hårdare*.”

Lösningen för att i möjligaste mån bibehålla nuvarande nivå inom sjukvården, inklusive läkemedelsförmånen, kan alltså sammanfattas i orden ”effektiviseringar” och ”prioriteringar”. Utredningen ställer sitt hopp till att detta ska uppnås genom att den statliga finansieringen ändrar inriktning och begränsas (får det antas även om det är svårt) och att ett större ansvar läggs på landstingen.

Idag delas ansvaret för *finansiering av läkemedelsförmånen mellan staten och landstingen* på ett tämligen komplicerat och svåröverskådligt sätt, varför ambitionen att *förtydliga systemet är vällovlig*. Kostnadsansvaret för läkemedelsförmånerna förflyttades till landstingen från staten år 1998, men landstingen har fortsatt att få *ett särskilt statsbidrag för kostnaderna* för läkemedelsförmånerna (läkemedelsbidraget) enligt en *s.k. behovsmodell*. Denna modell baseras på *olika gruppers förväntade användning av läkemedel och andelen av dessa grupper i enskilda landsting* (se bilaga 3). Nuvarande system innebär, konstaterar utredningen, att förskrivningsläkemedel och förbrukningsartiklar som ingår i läkemedelsförmånerna *i praktiken finansieras av staten*. På så sätt finns det, förklarar utredningen, en försvagad styrning av hälso- och sjukvården och otillräckliga drivkrafter att effektivisera. Systemet uppges inte ge landstingen *”tillräckliga drivkrafter att gemensamt arbeta för en mer kostnadseffektiv läkemedelsanvändning”* (s. 20).

Staten ska visserligen inte upphöra med att finansiera läkemedel, men *huvudmännen ska tvingas att utveckla och effektivisera sina verksamheter*. Fakultetsnämnden anmärker, att det inte är lätt att förstå *hur* detta ska genomföras rent konkret, särskilt inte med en bibehållen god sjukvård och tillgång på läkemedel som är subventionerade. Utredningen pekar emellertid på *landstingens hittillsvarande bristande förmåga* att ”använda de läkemedel som har bäst villkor leder till onödiga kostnader”; exempel visar hur *”årskostnaden för en enda enskild produkt hade varit en kvarts miljard lägre om alla landsting hade varit lika effektiva som det bästa landstinget”* (s. 115). Fråga uppkommer om landstingen verkligen kan antas förbättra sig i önskad riktning genom den föreslagna reformen.

Fakultetsnämnden understryker att *frågan i sig om finansiering av läkemedel är av största vikt*, varför en reform måste övervägas noga. Det gäller bl.a. den centrala frågan om vilka nya och effektiva läkemedel vi som patienter kan tänkas få tillgång till. Det är axiomatiskt att *tillgången till en god sjukvård inkluderar läkemedel*. Detta menar utredningen att de flesta patienter redan har, men olika studier visar på att svensk sjukvård är *alltför ojämlig*.

Vissa läkemedel lanseras inte alls i Sverige eller får ett mycket snävt användningsområde för att priserna är så höga att samhället måste avstå från att använda dem. Jämlikheten uppges till allra största del bero av styrning. Målet måste vara, förklarar utredningen, att det inte ska ligga på patienterna och deras anhöriga att ”driva sjukvården framför sig för att få tillgång till rätt behandling”. Samtidigt klargörs, att alla patienter inte kan få alla behandlingar utan att prioriteringar är ”i en ökande grad helt nödvändigt.” Utredningen befarar att vi ska få en växande klyfta mellan vilka läkemedel som globalt forskas fram och de läkemedel den enskilda patienten i Sverige kan få, vilket emellertid – tillägger utredningen – gäller ”nästan alla andra länder”. Det kan t.ex. gälla cancerläkemedel och läkemedel mot sällsynta tillstånd som ”i olika mån och till stigande kostnader kan förlänga livet på svårt sjuka patienter” (s. 113).

Fakultetsnämnden konstaterar att alla *system med delat ansvar* torde innefatta problem av olika slag, inte minst om kostnaderna tenderar att öka och en mer effektiv styrning framstår som önskvärd. I så måtto kan det tyckas vara en bra lösning att sjukvården och dess huvudmän ges mandat till ett större bestämmande på olika plan och att den statliga finansieringen tydligare kopplas till det som kan anses utgöra ”ett statligt eller nationellt ansvar”; vilket nämnden uppfattar som att det i första hand avser ”nya och effektiva läkemedel”, för vilka ett nytt och särskilt stöd ska införas (s. 159). Ett frågetecken måste sättas vid utredningens utgångspunkter. Ambitionen är att göra ”ansvarsfördelningen tydligare och att läkemedel ska vara en integrerad del av sjukvården”. Som särskilt viktiga skäl anges ”jämlikheten, förutsättningarna för legitima prioriteringar samt behovet att effektivisera” (s. 21 f). Systemet ska ”effektiviseras” och bli mer ”jämligt” genom att statens ansvar för finansiering stramas åt och de *olika landstingen ges större befogenhet att bestämma och på egen hand finansiera verksamheten*. I dag är det alltså staten som i hög grad reglerar prissättningen medan landstingen styr användningen av läkemedel, samtidigt som staten ger ett fullt bidrag baserat på en prognosticerad användning (s. 146).

Fakultetsnämnden menar för sin del att det knappast kan uteslutas att jämlikheten – sett över landet – tvärtom kan minska när de olika landstingens ekonomiska förutsättningar och skilda synpunkter vad gäller t.ex. läkemedel på detta sätt ges ett större genomslag. I förslaget ingår ju att det idag riktade statsbidraget ska övergå till ett generellt sådant, vilket innebär att det – liksom skatteintäkter – blir föremål för politiska prioriteringar i respektive landsting. Bilden kompliceras ytterligare av att reformen innefattar ändringar i systemet med kommunalekonomisk utjämning, ett ämne där Kostnadsutjämningsutredningen har presenterat ett förslag (s. 134 och s. 143).

I denna del menar fakultetsnämnden att en fördjupad analys framstår som önskvärd, med tanke på betydelsen av en lika och jämlik tillgång på läkemedel. Utredningen påtalar visserligen att det finns en ”potentiell risk” med att föra över statens bidrag till det generella bidraget såtillvida att det kan påverka hur snabbt landstingen introducerar nya effektiva läkemedel och låter patienter få tillgång till dessa, men tillägger, att det inte har kunnat påvisas något ”tydligt statistiskt samband mellan enskilda landstings ekonomiska situation och deras användning av nya läkemedel” (s. 153). Fast det bör tilläggas, att ett nya, effektiva läkemedel – som ovan angetts - ska få ett särskilt stöd från statens sida, varvid det lokala genomslaget får antas minska.

De prognoser som utredningen gör beträffande reformens finansiella effekter, bl.a. om att reformen ska leda till sänkta kostnader för vissa typer av läkemedel, tycks lovvärda men

det är svårt att avgöra vad som är en realistiskt. Statens kostnader uppges minska i vissa delar och öka i andra, vilket är detsamma vad gäller landstingen. Så t.ex. föreslås att insulin inte längre ska omfattas av läkemedelsförmånerna varvid landstingens kostnader minskar, medan de ökar då preventivmedel ska vara kostnadsfria för personer som är under 26 år. Fakultetsnämnden avstår från att kommentera de prioriteringar som sålunda görs men menar att många olika synpunkter kan anföras på förslaget utformning, dock inte av rättslig karaktär (s. 495 f.).