

----- Vidarebefordrat meddelande -----

**Från:** S SL Delning [s.sl.delning@regeringskansliet.se]

**Skickat:** 2024-12-06 14:05

**Till:** [info@pso.a.se](mailto:info@pso.a.se); [kommunledningskontoret@uppsala.se](mailto:kommunledningskontoret@uppsala.se);  
[chaim@tjanstetandlakarna.se](mailto:chaim@tjanstetandlakarna.se); [regionen@regionorebrolan.se](mailto:regionen@regionorebrolan.se); [kontakt@linkoping.se](mailto:kontakt@linkoping.se);  
[servicecenter@orebro.se](mailto:servicecenter@orebro.se); [kommun@jokkmokk.se](mailto:kommun@jokkmokk.se); [bergs.kommun@berg.se](mailto:bergs.kommun@berg.se);  
[karlstadskommun@karlstad.se](mailto:karlstadskommun@karlstad.se); [orsa.kommun@orsa.se](mailto:orsa.kommun@orsa.se);  
[region.dalarna@regiondalarna.se](mailto:region.dalarna@regiondalarna.se); [regionstockholm@sll.se](mailto:regionstockholm@sll.se);  
[info@sverigesapoteksforening.se](mailto:info@sverigesapoteksforening.se); [registrator@skr.se](mailto:registrator@skr.se);  
[socialstyrelsen@socialstyrelsen.se](mailto:socialstyrelsen@socialstyrelsen.se); [registrator@sbu.se](mailto:registrator@sbu.se);  
[kontaktcenter@stockholm.se](mailto:kontaktcenter@stockholm.se); [rpgkansli@rpg.org.se](mailto:rpgkansli@rpg.org.se); [info@swenurse.se](mailto:info@swenurse.se);  
[regionen@rjl.se](mailto:regionen@rjl.se); [praktikerservice@ptj.se](mailto:praktikerservice@ptj.se); [post@regionsormland.se](mailto:post@regionsormland.se);  
[region.vasternorrland@rvn.se](mailto:region.vasternorrland@rvn.se); [kundservice@rb.se](mailto:kundservice@rb.se); [region@regionostergotland.se](mailto:region@regionostergotland.se);  
[kommun@stromsund.se](mailto:kommun@stromsund.se); [info@nepi.net](mailto:info@nepi.net); [info@hjärt-lung.se](mailto:info@hjärt-lung.se);  
[info@astmaoallergiforbundet.se](mailto:info@astmaoallergiforbundet.se); [registrator@msb.se](mailto:registrator@msb.se); [info@hjärnfonden.se](mailto:info@hjärnfonden.se);  
[nfo@cancerfonden.se](mailto:nfo@cancerfonden.se); [forsakringskassanhuvudkontoret@forsakringskassan.se](mailto:forsakringskassanhuvudkontoret@forsakringskassan.se);  
[kommun@malung-salen.se](mailto:kommun@malung-salen.se); [stadsledningskontoret@stadshuset.goteborg.se](mailto:stadsledningskontoret@stadshuset.goteborg.se);  
[info@sverigeskonsumenter.se](mailto:info@sverigeskonsumenter.se); [registrator@kronoberg.se](mailto:registrator@kronoberg.se);  
[konsumenterverket@konsumenterverket.se](mailto:konsumenterverket@konsumenterverket.se); [info@spfseniorena.se](mailto:info@spfseniorena.se); [registrator@tlv.se](mailto:registrator@tlv.se);  
[info@apotekarsocieteten.se](mailto:info@apotekarsocieteten.se); [kontaktcenter@trollhattan.se](mailto:kontaktcenter@trollhattan.se); [vinnova@vinnova.se](mailto:vinnova@vinnova.se);  
[info@pro.se](mailto:info@pro.se); [info@ptl.se](mailto:info@ptl.se); [registrator@regionkalmar.se](mailto:registrator@regionkalmar.se);  
[kansli@tandlarforbundet.se](mailto:kansli@tandlarforbundet.se); [dsfstockholm@gmail.com](mailto:dsfstockholm@gmail.com);  
[info@blodcancerforbundet.se](mailto:info@blodcancerforbundet.se); [registrator@riksrevisionen.se](mailto:registrator@riksrevisionen.se); [registrator@esv.se](mailto:registrator@esv.se);  
[registrator@ehalsomyndigheten.se](mailto:registrator@ehalsomyndigheten.se); [kundcenter@ostersund.se](mailto:kundcenter@ostersund.se); [info@reumatiker.se](mailto:info@reumatiker.se);  
[registrator@pensionsmyndigheten.se](mailto:registrator@pensionsmyndigheten.se); [regionen@regionvasterbotten.se](mailto:regionen@regionvasterbotten.se);  
[kommun@kiruna.se](mailto:kommun@kiruna.se); [info@stadsmissionen.se](mailto:info@stadsmissionen.se); [region@regionjh.se](mailto:region@regionjh.se);  
[region@skane.se](mailto:region@skane.se); [bracke@bracke.se](mailto:bracke@bracke.se); [regionnorrbottn@norrbottn.se](mailto:regionnorrbottn@norrbottn.se);  
[info@sallsyntadiagnoser.se](mailto:info@sallsyntadiagnoser.se); [post@vgregion.se](mailto:post@vgregion.se); [info@mfd.se](mailto:info@mfd.se);  
[registrator@lakemedelsverket.se](mailto:registrator@lakemedelsverket.se); [info@funktionsratt.se](mailto:info@funktionsratt.se);  
[stockholms.region@diabetes.se](mailto:stockholms.region@diabetes.se); [kontaktcenter@vasteras.se](mailto:kontaktcenter@vasteras.se); [info@slf.se](mailto:info@slf.se);  
[post@sverigesfarmaceuter.se](mailto:post@sverigesfarmaceuter.se); [region.uppsala@regionuppsala.se](mailto:region.uppsala@regionuppsala.se);  
[kansliet@attention.se](mailto:kansliet@attention.se); [andreas.rosenlund@lakemedelshandlarna.se](mailto:andreas.rosenlund@lakemedelshandlarna.se);  
[info@regionvarmland.se](mailto:info@regionvarmland.se); [nfo@skpf.se](mailto:nfo@skpf.se); [registrator@vardanalys.se](mailto:registrator@vardanalys.se);  
[kommun@lycksele.se](mailto:kommun@lycksele.se); [regiongotland@gotland.se](mailto:regiongotland@gotland.se);  
[kenneth.nyblom@generikaforeningen.se](mailto:kenneth.nyblom@generikaforeningen.se); [info@lif.se](mailto:info@lif.se); [sls@sls.se](mailto:sls@sls.se);  
[info@folkhalsomyndigheten.se](mailto:info@folkhalsomyndigheten.se); [kontaktcenter@helsingborg.se](mailto:kontaktcenter@helsingborg.se); [kommun@pajala.se](mailto:kommun@pajala.se);  
[info@vardforbundet.se](mailto:info@vardforbundet.se); [kommun@arjeplog.se](mailto:kommun@arjeplog.se); [lulea.kommun@lulea.se](mailto:lulea.kommun@lulea.se);  
[sundsvalls.kommun@sundsvall.se](mailto:sundsvalls.kommun@sundsvall.se); [region@regionblekinge.se](mailto:region@regionblekinge.se);  
[kommunen@bjurholm.se](mailto:kommunen@bjurholm.se); [rg@regiongavleborg.se](mailto:rg@regiongavleborg.se); [umea.kommun@umea.se](mailto:umea.kommun@umea.se);  
[region@regionvastmanland.se](mailto:region@regionvastmanland.se); [info@barnombudsmannen.se](mailto:info@barnombudsmannen.se); [registrator@ivo.se](mailto:registrator@ivo.se);  
[regionen@regionhalland.se](mailto:regionen@regionhalland.se); [direkt@halmstad.se](mailto:direkt@halmstad.se); [kommun@kalmar.se](mailto:kommun@kalmar.se);  
[kommun@borlange.se](mailto:kommun@borlange.se); [info@eskilstuna.se](mailto:info@eskilstuna.se); [info@vardforetagarna.se](mailto:info@vardforetagarna.se)

**Kopia:** [s.registrator@regeringskansliet.se](mailto:s.registrator@regeringskansliet.se); [henrik.moberg@regeringskansliet.se](mailto:henrik.moberg@regeringskansliet.se);  
[mimmi.lovbom@regeringskansliet.se](mailto:mimmi.lovbom@regeringskansliet.se)

**Ämne:** Remissutskick av Promemoria Uppdaterat högkostnadsskydd för läkemedel

Hej!

Skickar härmed ut remiss av Promemoria Uppdaterat högkostnadsskydd för läkemedel.

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 17 februari 2025**. Svaren bör lämnas per e-post till [s.remissvar@regeringskansliet.se](mailto:s.remissvar@regeringskansliet.se), [s.sl@regeringskansliet.se](mailto:s.sl@regeringskansliet.se) och med kopia till [mimmi.lovbom@regeringskansliet.se](mailto:mimmi.lovbom@regeringskansliet.se). Ange diarienummer **S2024/02135** och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Svaret bör lämnas i två versioner: den ena i ett bearbetningsbart format (t.ex. Word), den andra i ett format (t.ex. pdf) som följer tillgänglighetskraven enligt lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service. Remissinstansens namn ska anges i namnet på respektive dokument.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i promemorian.

**Myndigheter under regeringen** är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria [Svara på remiss \(SB PM 2021:1\)](#). Den kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats [www.regeringen.se](http://www.regeringen.se).

Cecilia Halle

Departementsråd

Vänliga hälsningar  
**Helen Rudberg**  
Enhetsassistent

Socialdepartementet  
Enheten för sjukvård och läkemedelsfrågor  
Enheten för hälsa och civilsamhälle  
103 33 Stockholm

Tfn 08-405 34 22  
Mobil 070-648 23 63  
[helen.rudberg@regeringskansliet.se](mailto:helen.rudberg@regeringskansliet.se)  
[www.regeringen.se](http://www.regeringen.se)

ref:!00D1r02zf47.!500TX0D5Lii:ref



**Socialdepartementet**

Enheten för sjukvård och läkemedelsfrågor,  
Läkemedel, apotek och beredskap

## Promemoria: Uppdaterat högkostnadsskydd för läkemedel

### Remissinstanser

1. Apotekarsocieteten
2. Arjeplog kommun
3. Astma- och Allergiförbundet
4. Barnombudsmannen
5. Berg kommun
6. Bjurholm kommun
7. Blodcancerförbundet
8. Borlänge kommun
9. Bräcke kommun
10. Cancerfonden
11. Diabetesförbundet
12. Distriktssköterskeföreningen
13. E-hälsomyndigheten
14. Ekonomistyrningsverket
15. Eskilstuna kommun
16. Folkhälsomyndigheten
17. Funktionsrätt Sverige
18. Föreningen för generiska läkemedel och biosimilarer
19. Försäkringskassan
20. Gotlands kommun

21. Göteborgs kommun
22. Halmstad kommun
23. Helsingborg kommun
24. Hjärnfonden
25. Inspektionen för vård och omsorg
26. Jokkmokk kommun
27. Kalmar kommun
28. Karlstad kommun
29. Kiruna kommun
30. Konsumentverket
31. Linköpings kommun
32. Luleå kommun
33. Lycksele kommun
34. Läkemedelshandlarna
35. Läkemedelsindustriföreningen
36. Läkemedelsverket
37. Malung kommun
38. Myndigheten för delaktighet
39. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap
40. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
41. Orsa kommun
42. Pajala kommun
43. Pensionsmyndigheten
44. Pensionärernas riksorganisation
45. Praktikertjänst
46. Privattandläkarna
47. Psoriasisförbundet
48. Region Blekinge
49. Region Dalarna
50. Region Gotland

51. Region Gävleborg
52. Region Halland
53. Region Jämtland Härjedalen
54. Region Jönköpings län
55. Region Kalmar län
56. Region Kronoberg
57. Region Norrbotten
58. Region Skåne
59. Region Stockholm
60. Region Sörmland
61. Region Uppsala
62. Region Värmland
63. Region Västerbotten
64. Region Västernorrland
65. Region Västmanland
66. Region Örebro län
67. Region Östergötland
68. Reumatikerförbundet
69. Riksförbundet Attention
70. Riksförbundet HjärtLung
71. Riksförbundet Sällsynta diagnoser
72. Riksförbundet Pensionärsgemenskap (RPG)
73. Riksrevisionen
74. Rädda Barnen
75. SKPF Pensionärerna
76. Socialstyrelsen
77. SPF Seniorerna
78. Statens beredning för medicinsk utvärdering
79. Stadsmissionen
80. Stiftelsen Nätverk för läkemedelsepidemiologi

81. Stockholms kommun
82. Strömsund kommun
83. Sundsvalls kommun
84. Svensk Sjuksköterskeförening
85. Svenska Läkaresällskapet
86. Sveriges Apoteksförening
87. Sveriges Farmaceuter
88. Sveriges Kommuner och Regioner
89. Sveriges Konsumenter
90. Sveriges läkarförbund
91. Sveriges tandläkarförbund
92. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
93. Tjänstetandläkarna
94. Trollhättan kommun
95. Umeå kommun
96. Uppsala kommun
97. Verket för innovationssystem
98. Vårdförbundet
99. Vårdföretagarna
100. Västerås kommun
101. Västra Götalandsregionen
102. Örebro kommun
103. Östersund kommun

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 17 februari 2025**. Svaren bör lämnas per e-post till [s.remissvar@regeringskansliet.se](mailto:s.remissvar@regeringskansliet.se), [s.sl@regeringskansliet.se](mailto:s.sl@regeringskansliet.se) och med kopia till [mimmi.lovbom@regeringskansliet.se](mailto:mimmi.lovbom@regeringskansliet.se). Ange diarienummer S2024/02135 och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Svaret bör lämnas i två versioner: den ena i ett bearbetningsbart format (t.ex. Word), den andra i ett format (t.ex. pdf) som följer tillgänglighetskraven

enligt lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service. Remissinstansens namn ska anges i namnet på respektive dokument.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i promemorian.

**Myndigheter under regeringen** är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

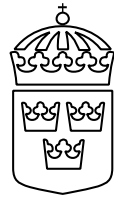
För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria [Svara på remiss \(SB PM 2021:1\)](#). Den kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats [www.regeringen.se](http://www.regeringen.se).

Cecilia Halle  
Departementsråd



# Promemoria



## Uppdaterat högkostnadsskydd för läkemedel

Socialdepartementet  
S2024/02135

## Innehållsförteckning

1	Sammanfattning .....	3
2	Förslag till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.....	4
3	Bakgrund.....	6
4	Uppdaterat högkostnadsskydd för läkemedel .....	9
5	Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser .....	11
6	Konsekvenser .....	11
6.1	Konsekvenser för patienter.....	11
6.2	Konsekvenser för kommuner och regioner .....	13
7	Författningskommentar.....	14

# 1 Sammanfattning

Prop.

Promemorian 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 utifrån 2025 års prisbasbelopp. 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 det 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 patients egenavgifter för läkemedel öka med cirka 540 miljoner kronor för 2025, 2 160 miljoner kronor för 2026 och 2 700 miljoner kronor från och med 2027.

Lagändringen föreslås träda i kraft den 1 juli 2025.

## 2 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 §<sup>1</sup>

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 0,94372 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-

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

### 3 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.

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 högekostnadsskyddet har ökat kraftigt och prognoser visar på fortsatt snabbt ökande kostnader.

År 2013 infördes en löpande indexreglering av högekostnadsskyddet för läkemedel och för vissa förbrukningsartiklar och sedan dess har beloppen för högekostnadsskyddet 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. På sikt påverkar detta systemets hållbarhet och kan leda till att resurserna blir otillräckliga för att möta behoven. Målet är ett system med långsiktigt hållbar finansiering, där effektiva behandlingar görs tillgängliga efter behov och utifrån ett system som säkerställer en kostnadseffektiv och jämlik tillgång till läkemedel.

#### *Förmånssystemet för läkemedel*

De grundläggande bestämmelserna om högekostnadsskyddet finns i lagen (2002:160) 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 högekostnadsskyddet. I den fortsatta framställningen omfattar begreppet högekostnadsskydd för läkemedel även förbrukningsartiklar.

Det bör nämnas att läkemedel och andra varor som ingår i läkemedelsförmånen är kostnadsfria för barn under 18 år och preventivmedel är gratis för personer under 21 år. I högekostnadsskyddet 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 högekostnadsskyddet berörs därför inte mer i denna promemoria.

Beloppen inom högekostnadsskyddet ändras årligen utifrån prisbasbeloppet. För 2024 innebär det i korthet att den enskilde under en tolv månadsperiod betalar hela priset för läkemedel upp till 1 425 kronor. Därefter träder högekostnadsskyddet in och den enskilde kommer som mest att betala 2 850 kronor för sina läkemedel under en tolv månadersperiod (det s.k. kostnadstaket).

Rabattsystemet bygger på att den enskilde patienten får sin totala läkemedelskostnad under en tolv månadersperiod stegvis reducerad enligt en trappstegsmodell, den s.k. högstkostnadstrappan, beroende på hur stor kostnaden är. Detta innebär enligt de beloppsgränser som gäller för 2024 att den enskilde betalar

- 50 procent av den del av läkemedelskostnaden som överstiger 1 425 kronor men inte 2 720 kronor (s.k. första trappsteget),
- 75 procent av den del som överstiger 2 720 kronor men inte 5 054 kronor (s.k. andra trappsteget),
- 90 procent av den del som överstiger 5 054 kronor men inte 6 993 kronor (s.k. tredje trappsteget), samt
- hela den del som överstiger 6 993 kronor.

När den sammanlagda kostnaden för läkemedel och förbrukningsartiklar uppgår till 6 994 kronor så har den enskilde patienten betalat 2 850 kronor i egenavgift. Patienten får då ett frikort för resten av den innevarande tolv månadersperioden.

Den senaste större justeringen av beloppen i högstkostnadsskyddet 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 kommer kostnadstaket, dvs. det högsta beloppet en enskild ska betala under en tolv månadersperiod, att vara 2 900 kronor.

Som nämns ovan omfattar högstkostnadsskyddet de läkemedel och förbrukningsartiklar som TLV har fattat beslut om. De allra flesta läkemedel ingår i högstkostnadsskyddet. De läkemedel som inte omfattas av högstkostnadsskyddet och läkemedel med merkostnad inom det generiska utbytes-systemet kan dock göra att läkemedelskostnaderna för en enskild patient överstiger 2 850 kronor under en tolv månadersperiod. 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*

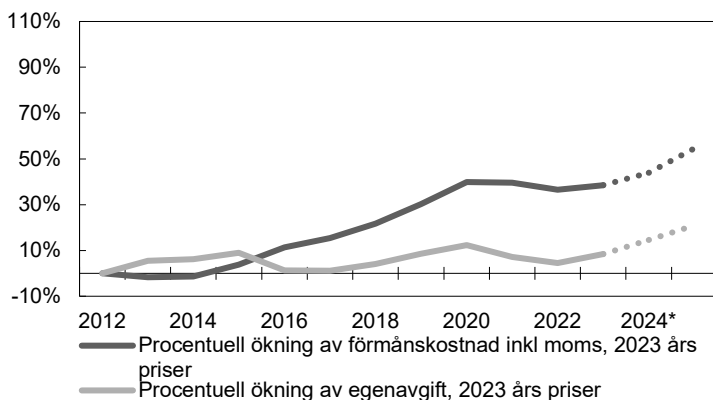
Dagens system för högstkostnadsskyddet består av tre delar

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

Som nämns i inledningen av detta avsnitt täcks kostnaden för de läkemedel och de förbrukningsartiklar som ingår i högstkostnadsskyddet 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 2012–2023 används faktiskt utfall av kostnaderna. För 2024 och 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 55 procent åren 2012–2024 medan patientavgifterna enbart ökat med 21 procent under samma tidsperiod. Det innebär att andelen av kostnaderna som bekostas av patienten fallit med från 21 procent 2012 till 17 procent 2025. Beräkningarna baseras på 2023 års priser.

### *Högekostnadstrappan*

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 samtidigt som deras andel av de totala förmånskostnaderna enbart är cirka 4 procent. En femtedel av patienterna har läkemedelskostnader som uppgår till mer än 6 993 kronor och har därmed frikort. Denna grupp står för fyra femtedelar av de totala förmånskostnaderna. Med nuvarande trappkonstruktion betalar patienten maximalt 2 850 kronor för läkemedel innan han eller hon får frikort. Läkemedelskostnaden subventioneras i större omfattning ju mer man har betalat för läkemedel. Tanken bakom denna utformning är att förskjuta tidpunkten när patienten får frikort och att minska tiden under vilken patienter har frikort. Det finns en risk att patienternas beteende kan påverkas av att läkemedelsuttagen blir kostnadsfria för patienten.



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

Kostnadsintervall	Maximal patientkostnad		Andel av		Patientavgift
	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 %
<b>Summa</b>	-	-	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>20,6 %</b>

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

## 4 Uppdaterat högkostnadsskydd för läkemedel

**Förslag:** Kostnadstaket för högkostnadsskyddet för läkemedel höjs. Utifrån 2025 års prisbasbelopp höjs taket från 2 900 kronor till 3 800 kronor. Beloppen inom den s.k. högkostnadstrappan höjs också i varje steg. Det första trappsteget ändras så att patienten betalar 75 procent, i stället för 50 procent, av kostnaden i intervallet.

### Skälen för förslaget

#### *Behovet av ändrade belopp i högkostnadsskyddet för läkemedel*

Högkostnadsskyddet är av yttersta vikt för att läkemedel och förbrukningsartiklar ska vara tillgängliga för alla som behöver det. Samtidigt måste systemet med högkostnadsskyddet bidra till en hållbar finansiering av dessa varor. Som anges i avsnitt 3 har statens kostnader för läkemedelsförmånen ökat med 55 procent, utifrån 2023 års priser, 2012–2024, medan motsvarande ökning för patientens egenavgift endast har ökat med 21 procent under samma period. Det innebär att statens andel av den totala kostnaden för läkemedel m.m. ökat under aktuell tidsperiod. Prognoser visar dessutom på fortsatt kraftigt ökade kostnader framöver. Vid introduktion av nya läkemedel till breda patientgrupper kan kostnaderna dessutom öka betydligt mer än vad de nuvarande prognoserna visar.

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. Syftet med ändringarna i förmånssystemet är att bidra till en mer balanserad fördelning av kostnaderna mellan staten och patienterna. Det säkerställer att resurser kan fördelas till andra delar av vården utan att patienterna drabbas av orimliga kostnader. På så sätt kan systemet anpassas för att hantera framtida vårdbehov och ökade läkemedelskostnader, samtidigt som vården förblir tillgänglig, hållbar och jämlik för invånarna.

#### *Reviderat 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. Enligt förslaget föreslås den enskilde 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 1 425 kronor.

Det första trappsteget föreslås ändras. Enligt förslaget ska den enskilde betala 75 procent av kostnaderna mellan 0,52632 gånger och 0,94372 gånger kostnadstaket, i stället för 50 procent av kostnaderna mellan 0,5 och 0,954 gånger kostnadstaket som gäller i dag.

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 0,94372 gånger och 1,39479 gånger kostnadstaket (nuvarande andelar är 0,954 och 1,773 gånger kostnadstaket) och 10 procent av kostnaderna mellan 1,39479 gånger men inte 1,87279 gånger kostnadstaket (nuvarande andelar är 1,773 gånger och 2,454 gånger kostnadstaket).

Ändringarna innebär att frikort börjar gälla vid samma läkemedelskostnad som i dag, det vill säga 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.

## 5 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

**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.

**Skälen för förslaget:** Lagförslagen ska 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.

## 6 Konsekvenser

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

### 6.1 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- avgift	Läke- medels- kost- nader	Andel som patient betalar	Patient- avgift
Kostnadstak			2 900 kr			3 800 kr
Gräns 1	1 450 kr	100 %	1450 kr	2 000 kr	100 %	2 000 kr
Gräns 2	2 767 kr	50 %	2 108 kr	3 586 kr	75 %	3 190 kr
Gräns 3	5 142 kr	25 %	2 702 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-månadsperiod för läkemedel och förbrukningsartiklar som ingår i högkost-

nadsskyddet. 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 systemet 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 2 108 kr 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 2 702 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 systemet 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 systemet 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 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	2 413 300	21 %	2 129 600	18 %
Frikort	817 500	7 %	817 300	7 %

Tabell 3 presenterar 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 justerade skyddet 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.

## 6.2 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 Statiska centralbyråns mikrosimuleringsmodell vid namn FASIT. Beräkningen gjordes med ett urval på cirka 2 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 ungefär 500 kronor per år som en följd av förslaget. Det innebär en total kostnadsökning på cirka 60 miljoner kronor för alla kommuner tillsammans år 2027. Dessa ökade kostnader kommer att belasta kommunernas socialtjänstbudget 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.

## 7 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 0,94372 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 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 4.

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 inne-

bär bland annat 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 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.