



Socialdepartementet

Enheten för folkhälsa och sjukvård

Ds 2015:59 Särskilda satsningar på unga och äldres hälsa

Remissinstanser:

1. Riksdagens ombudsmän (JO)
2. Diskrimineringsombudsmannen (DO)
3. E-hälsomyndigheten
4. Ekonomistyrningsverket (ESV)
5. Folkhälsomyndigheten
6. Försäkringskassan
7. Inspektionen för vård och omsorg
8. Läkemedelsverket
9. Migrationsverket
10. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
11. Socialstyrelsen
12. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)
13. Statens medicinsk etiska råd (SMER)
14. Statskontoret
15. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)
16. Vetenskapsrådet
17. Karolinska Institutet
18. Uppsala universitet, juridiska fakulteten
19. Stockholms läns landsting
20. Uppsala läns landsting
21. Södermanlands läns landsting
22. Östergötlands läns landsting
23. Jönköpings läns landsting
24. Kronobergs läns landsting
25. Kalmar läns landsting
26. Blekinge läns landsting
27. Skåne läns landsting
28. Hallands läns landsting

29. Västra Götalands läns landsting
30. Värmlands läns landsting
31. Örebro läns landsting
32. Västmanlands läns landsting
33. Dalarnas läns landsting
34. Gävleborgs läns landsting
35. Västernorrlands läns landsting
36. Jämtlands läns landsting
37. Västerbottens läns landsting
38. Norrbottens läns landsting
39. Askersunds kommun
40. Bergs kommun
41. Botkyrka kommun
42. Falu kommun
43. Finspångs kommun
44. Forshaga kommun
45. Gagnefs kommun
46. Gotlands kommun
47. Göteborgs stad
48. Karlstads kommun
49. Krokoms kommun
50. Kumla kommun
51. Kävlinge kommun
52. Linköpings kommun
53. Lomma kommun
54. Malmö stad
55. Mullsjö kommun
56. Mörbylånga kommun
57. Robertsfors kommun
58. Sorsele kommun
59. Sotenäs kommun
60. Staffanstorps kommun
61. Stockholms kommun
62. Sundbybergs kommun
63. Sunne kommun
64. Uddevalla kommun
65. Umeå kommun
66. Vänersborgs kommun
67. Värnamo kommun
68. Örnsköldsviks kommun
69. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
70. City Dental
71. Distrikt tandvården
72. Föreningen svensk dentalhandel

73. Institutionen för odontologi vid Göteborgs universitet
74. Institutionen för odontologi vid Karolinska institutet
75. Institutionen för odontologi vid Umeå universitet
76. Kommunal
77. Kvinnliga Läkares Förening
78. Lika Unika
79. Odontologiska fakulteteten, Malmö högskola
80. Odontologiska Institutionen vid Region Jönköping
81. Pensionärernas riksorganisation (PRO)
82. Praktikertjänst
83. Privattandläkarna
84. Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU)
85. Riksföreningen för skolsköterskor
86. Riksföreningen för Åldrandeforskning
87. Sektionen för hälsa och samhälle, Högskolan Kristianstad
88. Smile Tandvård
89. SPF Seniorerna
90. Svensk Förening för Bettfysiologi
91. Svensk Förening för Cariologi
92. Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi
93. Svensk förening för odontologisk radiologi
94. Svensk förening för oral protetik
95. Svensk förening för Orofacial Medicin
96. Svensk käkkirurgisk förening
97. Svensk samhällsodontologisk förening
98. Svensk sjuksköterskeförening
99. Sveriges akademikers centralorganisation (SACO)
100. Svenska Barnmorskeförbundet
101. Svenska endodontiföreningen
102. Svenska Läkarsällskapet
103. Svenska Ortodontiföreningen
104. Svenska Parodontologiföreningen
105. Svenska Tandsköterskeförbundet
106. Sveriges Folktandvårdsförening
107. Sveriges Kvinnolobby
108. Sveriges Läkarförbund
109. Sveriges Privata Specialisttandläkare
110. Sveriges Tandhygienistförening
111. Sveriges Tandläkarförbund
112. Sveriges Tandteknikerförbund
113. Tandläkare – Egen verksamhet (TEV)
114. Tandvård mot Tobak
115. Tjänstemännens Centralorganisation (TCO)
116. Tjänstetandläkarna

117. Vårdförbundet
118. Vårdföretagarna

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet senast den 15 mars 2016. Vi vill att ni endast skickar dem i elektronisk form och då både i wordformat och pdf-format. Remissvaren ska skickas till följande e-postadresser:

s.registrator@regeringskansliet.se och s.fs@regeringskansliet.se.

I remissvaret ska Socialdepartementets diarienummer S2015/07820/FS anges.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet. Om remissen är begränsad till en viss del av betänkandet, anges detta inom parantes efter remissinstansens namn i remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

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-hur och varför (SB PM 2003:2). Den kan laddas ner från Regeringskansliets hemsida: www.regeringen.se.

Promemorian innehåller förslag som innebär att öppenvård inom högkostnadsskyddet blir avgiftsfri för personer som är 85 år och äldre, att tandvård ska erbjudas avgiftsfritt för unga t.o.m. det år de fyller 21 respektive 23 år samt att preventivmedel inom läkemedelsförmånerna blir kostnadsfria för unga under 21 år.

Frågor under remisstiden besvaras av Anna Weinholt, Socialdepartementet, Enheten för folkhälsa och sjukvård, 072- 585 88 61, eller anna.weinholt@regeringskansliet.se

Torkel Nyman
Departementsråd

Kopia till
Wolters Kluwers kundservice, 106 47 Stockholm

Särskilda satsningar på ungas & äldres hälsa



REGERINGSKANSLIET

Socialdepartementet

SOU och Ds kan köpas från Wolters Kluwers kundservice.
Beställningsadress: Wolters Kluwers kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@wolterskluwer.se
Webbplats: wolterskluwer.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Wolters Kluwer Sverige AB
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Svara på remiss – hur och varför.

Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02)

En kort handledning för dem som ska svara på remiss. Häftet är gratis och kan laddas ner
som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Omslag: Regeringskansliets standard.
Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2015.

ISBN 978-91-38-24394-7

ISSN 0284-6012

Innehåll

1	Promemorians huvudsakliga innehåll	5
2	Författningsförslag.....	7
2.1	Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).....	7
2.2	Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)	9
2.3	Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)	10
2.4	Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453).....	11
2.5	Förslag till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.	12
2.6	Förslag till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.....	13
2.7	Förslag till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.....	14
3	Inledning och bakgrund	15
3.1	Finansiering av hälso- och sjukvård.....	15
3.1.1	Avgifter inom vården	16
3.1.2	En åldrande befolkning ställer höga krav på sjukvården	16
3.1.3	Insatser sätts in sent	17
3.2	Finansieringen av tandvården.....	18
3.2.1	Tandhälsan bland unga.....	19
3.3	Läkemedelsförmåner och preventivmedel.....	20

3.3.1	SKL rekommenderar subventionering av preventivmedel	21
3.3.2	Unga och antalet oönskade graviditeter	22
4	Gällande rätt	25
4.1	Hälso- och sjukvården.....	25
4.1.1	Särskilda bestämmelser om asylsökande m.fl. och tillståndslösa utlänningar	27
4.1.2	Vårdavgifter och förbehållsbelopp	28
4.2	Tandvården	29
4.3	Läkemedelsförmånerna	30
5	Överväganden och förslag	33
5.1	Avgiftsfri öppenvård för personer som är 85 år och äldre	33
5.2	Målgruppen för reformen	34
5.3	Kommunerna ska inte sänka minimibeloppet	35
5.4	Avgiftsfri tandvård för barn och unga.....	35
5.5	Kostnadsfria preventivmedel för personer under 21 år.....	37
5.6	Ikraftträdande och övergångsbestämmelser	39
6	Konsekvenser	41
6.1	Avgiftsfri öppenvård för 85 år och äldre	41
6.1.1	Den kommunala självstyrelsen berörs	41
6.1.2	Ekonomiska konsekvenser	42
6.1.3	En mer jämlik och jämställd hälsa.....	43
6.2	Avgiftsfri tandvård för barn och unga.....	44
6.2.1	Den kommunala självstyrelsen berörs	44
6.2.2	Ekonomiska konsekvenser	45
6.2.3	En mer jämlik tandhälsa.....	46
6.3	Kostnadsfria preventivmedel för unga under 21 år	46
6.3.1	Den kommunala självstyrelsen berörs	46
6.3.2	Ekonomiska konsekvenser	47

6.3.3	Konsekvenser för myndigheter	47
6.3.4	Företagen	48
6.3.5	Miljön	48
6.3.6	Jämlikhet och jämställdhet.....	48
7	Författningskommentarer	49
7.1	Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).....	49
7.2	Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125).....	50
7.3	Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125).....	50
7.4	Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453).....	50
7.5	Förslaget till lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.	51
7.6	Förslaget till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.....	51
7.7	Förslaget till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.....	52



1 Promemorians huvudsakliga innehåll

I denna promemoria föreslås att:

1. öppenvård inom högkostnadsskyddet blir avgiftsfri för personer som är 85 år och äldre fr.o.m. den 1 januari 2017,
2. tandvård blir avgiftsfri för unga t.o.m. det år de fyller 21 fr.o.m. den 1 januari 2017 och t.o.m. det år de fyller 23 år fr.o.m. den 1 januari 2018, och
3. preventivmedel inom läkemedelsförmånerna blir kostnadsfria för unga under 21 år fr.o.m. den 1 januari 2017.

En avgiftsfri öppenvård inom högkostnadsskyddet för personer som är 85 år och äldre syftar till att förbättra hälsan hos äldre personer som har ett omfattande behov av hälso- och sjukvård. För att uppnå god tandhälsa i vuxen ålder är det viktigt att ungdomar etablerar ett stabilt besöksmönster hos tandvården, vilket främjas av en förlängd period av avgiftsfri tandvård för unga vuxna. Forskning har visat att subventionering av preventivmedel leder till en minskning av antalet oönskade graviditeter. Förslaget om kostnadsfria preventivmedel inom läkemedelsförmånerna för unga under 21 år syftar således bland annat till att minska antalet oönskade graviditeter bland unga.

Samtliga reformer ingår i den budgetöverenskommelse som regeringen har slutit med Vänsterpartiet och de aviserades i budgetpropositionen för 2016 (prop. 2015/16:1).



2 Författningsförslag

2.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs att 26 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)¹ ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

26 §²

Av patienter får vårdavgifter och avgifter med anledning av att patienter uteblir från avtalade besök tas ut enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. Patienter som är bosatta inom landstinget respektive kommunen, liksom patienter som avses i 3 c §, ska behandlas lika. Landstinget får dock för sluten vård fastställa avgiftsnivåer i olika inkomstintervall och besluta om vilka regler om nedsättning av avgiften som ska gälla. Avgiften för sluten vård får för varje vård dag uppgå till högst 0,0023 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste tiotal kronor.

Landstinget får inte ta ut vårdavgifter enligt denna lag för sådan öppen hälso- och sjukvård som omfattas av avgiftsbefrielse enligt 26 a § första stycket för patienter som är 85 år och äldre.

¹ Lagen omtryckt 1992:567.

² Senaste lydelse 2012:926.

Avgiften tas ut av patientens förmyndare om patienten är under 18 år när

1. vården ges, eller
2. han eller hon uteblir från ett avtalat besök.

Om det finns flera förmyndare svarar de solidariskt för avgiften.

Om det finns särskilda skäl får avgiften tas ut av den underårige.

Endast kommunen får ta ut vårdavgifter för långtidssjukvård som den har betalningsansvar för enligt 2 § lagen (1990:1404) om kommuners betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.

Avgifter för vård enligt 18 §, för förbrukningsartiklar enligt 18 c § eller för långtidssjukvård som en kommun har betalningsansvar för enligt 2 § lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård får, tillsammans med avgifter för hemtjänst och dagverksamhet enligt 8 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453), per månad uppgå till högst en tolfedel av 0,48 gånger prisbasbeloppet. Avgifterna får dock inte uppgå till så stort belopp att den enskilde inte förbehålls tillräckliga medel av sitt avgiftsunderlag för sina personliga behov och andra normala levnadskostnader (förbehållsbelopp). När avgifterna fastställs ska kommunen dessutom försäkra sig om att vårdtagarens make eller sambo inte drabbas av en oskäligt försämrad ekonomisk situation.

Avgiftsunderlaget och förbehållsbeloppet enligt *sjätte* stycket ska beräknas med tillämpning av 8 kap. 3-8 §§ socialtjänstlagen.

Avgiftsunderlaget och förbehållsbeloppet enligt *sjunde* stycket ska beräknas med tillämpning av 8 kap. 3-8 §§ socialtjänstlagen.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2017.

2.2 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

Härigenom föreskrivs att 7 § tandvårdslagen (1985:125) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

	7 § ³	
Folktandvården <i>skall</i> svara för		Folktandvården <i>ska</i> svara för
1. regelbunden och fullständig tandvård för barn och <i>ungdomar</i> till och med det år då de fyller <i>nitton</i> år,		1. regelbunden och fullständig tandvård för barn och <i>unga</i> till och med det år då de fyller <i>21</i> år,
2. specialisttandvård för vuxna,		
3. övrig tandvård för vuxna i den omfattning som landstinget bedömer lämplig.		

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2017.

³ Senaste lydelse 1994:743.

2.3 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

Härigenom föreskrivs att 7 § tandvårdslagen (1985:125) ska ha följande lydelse.

Lydelse enligt 2.2

Föreslagen lydelse

7 §⁴

Folktandvården ska svara för

- | | |
|---|---|
| 1. regelbunden och fullständig tandvård för barn och unga till och med det år då de fyller 21 år, | 1. regelbunden och fullständig tandvård för barn och unga till och med det år då de fyller 23 år, |
| 2. specialisttandvård för vuxna, | |
| 3. övrig tandvård för vuxna i den omfattning som landstinget bedömer lämplig. | |

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2018.

⁴ Senaste lydelse 2016:000.

2.4 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

Härigenom föreskrivs att 8 kap. 8 § socialtjänstlagen (2001:453) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

8 kap. 8 §⁵

Kommunen *skall* höja minimibeloppet i skälig omfattning om den enskilde på grund av särskilda omständigheter varaktigt har behov av ett inte oväsentligt högre belopp än det som anges i 7 § andra stycket.

Kommunen får minska minimibeloppet i skälig omfattning om den enskilde inte har en kostnad för en sådan post som anges i 7 § tredje stycket därför att

1. kostnaden ingår i avgiften för hemtjänst och dagverksamhet,
2. kostnaden ingår i avgiften eller hyran för bostad i särskilt boende, eller
3. posten tillhandahålls kostnadsfritt.

Kommunen *ska* höja minimibeloppet i skälig omfattning om den enskilde på grund av särskilda omständigheter varaktigt har behov av ett inte oväsentligt högre belopp än det som anges i 7 § andra stycket.

Kommunen får dock inte minska minimibeloppet med anledning av sådan avgiftsfri vård som avses i 26 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2017.

⁵ Senaste lydelse 2001:847.

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

Härigenom föreskrivs att 19 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. ska ha följande lydelse.

*Lydelse enligt prop. 2015/16:1 Föreslagen lydelse
utg. omr. 9*

19 §⁶

Förmånsberättigade varor som avses i 15-18 §§ ska vara kostnadsfria för en förmånsberättigad person som vid inköpstillfället inte har fyllt 18 år.

Varor som avses i 18 § 1 ska även vara kostnadsfria för en förmånsberättigad person som vid inköpstillfället inte har fyllt 21 år.

Varor som avses i 18 § 3 ska även vara kostnadsfria för en förmånsberättigad person som vid inköpstillfället har fyllt 18 år.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2017.

⁶ Senaste lydelse 2015:000.

2.6 Förslag till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd

Härigenom föreskrivs att 1 kap. 4 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 kap.

4 §

Statligt tandvårdsstöd får lämnas för tandvårdsåtgärder som slutförs från och med det år då patienten fyller 20 år. Bestämmelser om avgiftsfri tandvård för barn och *ungdomar* till och med det år då de fyller 19 år finns i 7 § 1 och 15 a § första stycket tandvårdslagen (1985:125).

Statligt tandvårdsstöd får lämnas för tandvårdsåtgärder som slutförs från och med det år då patienten fyller 22 år. Bestämmelser om avgiftsfri tandvård för barn och *unga* till och med det år då de fyller 21 år finns i 7 § 1 och 15 a § första stycket tandvårdslagen (1985:125).

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2017.

2.7 Förslag till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd

Härigenom föreskrivs att 1 kap. 4 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd ska ha följande lydelse.

Lydelse enligt 2.6

Föreslagen lydelse

1 kap.

4 §⁷

Statligt tandvårdsstöd får lämnas för tandvårdsåtgärder som slutförs från och med det år då patienten fyller 22 år. Bestämmelser om avgiftsfri tandvård för barn och unga till och med det år då de fyller 21 år finns i 7 § 1 och 15 a § första stycket tandvårdslagen (1985:125).

Statligt tandvårdsstöd får lämnas för tandvårdsåtgärder som slutförs från och med det år då patienten fyller 24 år. Bestämmelser om avgiftsfri tandvård för barn och unga till och med det år då de fyller 23 år finns i 7 § 1 och 15 a § första stycket tandvårdslagen (1985:125).

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2018.

⁷ Senaste lydelse 2017:000.

3 Inledning och bakgrund

Målet för hälso- och sjukvårdspolitiken är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad, tillgänglig och effektiv vård av god kvalitet. En av de utmaningar som finns inom hälso- och sjukvården är att minska de ojämlikheter som finns. Det handlar t.ex. om omotiverade skillnader mellan socioekonomiska grupper, geografiska områden samt mellan kvinnor och män respektive flickor och pojkar.

Regeringen har i budgetpropositionen för 2016 (prop. 2015/16:1 utgiftsområde 9) aviserat att ett flertal reformer ska genomföras på området. Denna promemoria behandlar tre av dem. De tre reformerna ingår i den budgetöverenskommelse som regeringen har slutit med Vänsterpartiet. Den första reformen innebär avgiftsfrihet för personer som är 85 år och äldre inom öppen hälso- och sjukvård som ingår i högkostnadsskyddet. Den andra reformen innebär att tandvård ska erbjudas avgiftsfritt för unga vuxna, först t.o.m. det år då de fyller 21 år och i ett andra steg t.o.m. det år då de fyller 23 år. Den tredje reformen medför att preventivmedel som ingår i läkemedelsförmånerna blir kostnadsfria för personer under 21 år. Samtliga reformer föreslås gälla fr.o.m. den 1 januari 2017.⁸

3.1 Finansiering av hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvården finansieras huvudsakligen via offentliga medel, främst genom landstingsskatten (70 procent), men också via generella och specialdestinerade statsbidrag till landstingen

⁸ Reformen om avgiftsfri tandvård för unga vuxna sker i två steg, där den första delen börjar gälla fr.o.m. 1 januari 2017 medan den andra delen börjar gälla fr.o.m. 1 januari 2018.

(20 procent). Taxor och avgifter står för cirka fyra procent av landstingens intäkter. Landstingen bestämmer i stor utsträckning vilka avgifter som ska tas ut vid läkarbesök och andra tjänster inom vården.

3.1.1 Avgifter inom vården

Vårdavgifterna varierar i viss utsträckning mellan landstingen. Inom primärvården är vårdavgiften för ett läkarbesök för närvarande mellan 100 kronor och 200 kronor. Inom specialistvården ligger motsvarande vårdavgift utan remiss på mellan 150 kronor och 350 kronor, medan avgiften för ett första specialistbesök efter remiss är mellan 0 kronor och 350 kronor. Se tabellen nedan. Tre landsting har infört avgiftsfrihet för personer över 85 år. Dessa är landstingen i Örebro, Kalmar och Västmanlands län.

Det finns ett tak för hur mycket en person behöver betala i vårdavgifter för bl.a. läkarbesök inom den öppna vården. Det så kallade högkostnadsskyddet innebär att en patient inte betalar mer än 1 100 kronor under en tolv månadersperiod. När kostnaden uppgår till den summan får patienten ett frikort som gäller under den tid som är kvar av tolv månadersperioden.

Inom den slutna vården får landstingen ta ut en vårdavgift på högst 100 kronor per vård dag.

Tabell 3.1 Avgifter i den öppna vården 2015

	Primärvård- husläkare	Specialisläkare utan remiss	Specialistläkare efter remiss
Max	200 kronor	350 kronor	350 kronor
Min	100 kronor	150 kronor	0 kronor
Medel	150 kronor	250 kronor	175 kronor

Källa: SKL

3.1.2 En åldrande befolkning ställer höga krav på sjukvården

Framsteg inom hälso- och sjukvården gör att allt fler lever längre och att äldre personer med kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar kan leva längre med god livskvalitet.

Under den andra halvan av 1900-talet är det främst den minskade dödligheten i hjärt-och kärlsjukdomar som bidragit till en ökad medellivslängd. Sedan 1990-talet har medellivslängden i Sverige ökat för både kvinnor och män. År 2014 var medellivslängden för kvinnor drygt 84 år, och för män drygt 80 år. Enligt Statistiska centralbyråns befolkningsprognos är många personer friska i hög ålder. Många personer över 65 år fortsätter att arbeta och de flesta är fram till 80-årsåldern oberoende och klarar sig på egen hand. År 2014 var det totala antalet kvinnor och män i åldersgruppen 85 år och äldre 256 484 personer, varav 87 777 var män och 168 707 var kvinnor. Förutsättningarna för ett gott åldrande ser dock olika ut bland äldre personer. Förutom ålder beror skillnaderna även på om personen har en funktionsnedsättning eller inte. Sjukdomar och skador kan medföra funktionsnedsättningar som till exempel rörelsehinder och nedsatt kognitiv förmåga och kondition. Äldre personer har en ökad risk att drabbas av kroniska sjukdomar och flera samtidiga sjukdomar eller skador. Vanliga sjukdomar bland äldre är t.ex. cancer, hjärt- och kärlsjukdomar, demens, stroke och psykisk ohälsa. Den ökande andelen äldre medför ett ökat behov av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder. Ett framgångsrikt preventivt arbete bidrar till att fler år med god hälsa läggs till livet och att mer omfattande behov av vård och omsorg senareläggs.

3.1.3 Insatser sätts in sent

Genom att arbeta proaktivt och med förebyggande insatser kan äldre leva ett friskare liv samtidigt som hälso- och sjukvården kan bedrivas mer effektivt. Det kan t.ex. innebära färre dyra akutinläggningar och mindre tid inom slutenvården.

En studie av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) som omfattar intervjuer med cirka 300 personer som är 75 år och äldre visar att personerna i genomsnitt gjorde fyra läkarbesök inom primärvården under den studerade perioden på 18 månader.⁹ På samma tid var de föremål för lika många sjukhusinläggningar.

⁹ Sveriges Kommuner och Landsting- Bättre liv för sjuka äldre, en kvalitativ uppföljning. 2012.

Kostnaden för varje sjukhusinläggning motsvarar 56 läkarbesök inom primärvården eller 106 besök av distriktsköterska. Fyra sjukhusinläggningar under 18 månader motsvarar då 224 läkarbesök (drygt ett läkarbesök var tredje dag) inom primärvården eller 424 hembesök av distriktsköterska. Studien visar alltså att gruppen var inlagd på sjukhus lika många gånger som de besökte läkare på vårdcentralen. Andra studier visar även att en stor del av multisjuka äldres vårdkonsumtion utgörs av akuta återinläggningar, det vill säga oplanerade sjukhusinläggningar som inträffar efter en tidigare inläggning. Dessa resultat visar att vårdinsatser för äldre sätts in sent vilket kan innebära stora kostnader för landstingen och negativa konsekvenser för de äldres hälsa.

3.2 Finansieringen av tandvården

Barn och ungdomar (till och med det år de fyller 19 år) har avgiftsfri tandvård. Landstingen är ansvariga för finansiering av denna tandvård. För personer över 19 år finns statligt stöd för tandvård i form av ett allmänt tandvårdsbidrag, ett högkostnadsskydd samt ett särskilt tandvårdsbidrag. Det allmänna tandvårdsbidragets storlek bestäms av patientens ålder och är:

- 300 kr/år för personer mellan 20-29 år,
- 150 kr/år för personer mellan 30-74 år,
- 300 kr/år från och med det år man fyller 75 år.

Högkostnadsskyddet innebär att patienten vid omfattande behandlingar inte behöver betala hela avgiften själv:

- patienten får ersättning med 50 procent av avgifter mellan 3 000 och 15 000 kronor,
- de avgifter som överstiger 15 000 kronor ersätts av staten med 85 procent.

Det särskilda tandvårdsbidraget ska ge stöd till förebyggande vård till patienter som på grund av vissa sjukdomar eller funktionshinder löper ökad risk att få problem med munhälsan. Vissa patientgrupper kan också få tandvård till hälso- och sjukvårds-

avgift. Detta gäller för patienter med sjukdomar och funktionshinder som är så allvarliga för munhälsan att det inte räcker med förebyggande vård. Landstingen beslutar om denna typ av tandvård och ansvarar för att finansiera den.

3.2.1 Tandhälsan bland unga

Utvecklingen av tandhälsan hos barn och ungdomar i Sverige är generellt god. I en internationell jämförelse har Sverige en hög andel kariesfria barn. Uppgifter för 2013 visar att karies bland barn och unga fortsätter att minska i samtliga undersökta åldersgrupper med undantag för 6-åringar, där förekomsten ökar något. Det är angeläget att särskilt följa utvecklingen när det gäller förekomst av karies och tidigare kariesskador hos 19-åringar, eftersom denna åldersgrupp för närvarande representerar slutet på den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården. Socialstyrelsens uppföljningar visar att ca 75 procent av de fyllningar som utförs i vuxentandvården görs på tidigare lagade tänder. Andelen kariesfria 19-åringar är därför en viktig indikator på framtida vårdbehov. Andelen kariesfria 19-åringar har sedan 1985 kontinuerligt ökat från 36 procent till dagens nivå på 67 procent (2013). Nya kostvanor bland barn och ungdomar, t.ex. ett ökat intag av läsk och juice som riskerar att leda till ökade frätskador, kan i framtiden generera ett ökat tandvårdsbehov. Medan karies har minskat de senaste årtiondena finns tecken på att erosionsskador blir allt vanligare bland unga.

Besöksbenägenheten i tandvården påverkas av fler faktorer än den odontologiska riskbilden. Den påverkas också av om personen får en kallelse, var i landet personen bor, den disponibla inkomsten, utbildningsnivå, prioriteringar, traditioner i familjen, kostnaden för tandvården, priskänslighet etc. Risken bland barn och unga för att få karies ökar även tydligt om föräldrarna är invandrare från länder utanför Norden och Västeuropa, är biståndstagare, har högst grundskoleutbildning samt är unga och själva har dålig tandhälsa. När det gäller barns uteblivande från besök ökar risken om man lever med en ensamstående förälder, en ung förälder, om familjen mottar ekonomiskt bistånd eller om föräldrarna har låg utbildning. Könsskillnaderna i det genomsnittliga antalet kariesskadade tänder

är marginella.¹⁰ Om patienten är ansluten till abonnemangstandvård kan också påverka hur ofta patienten besöker tandvården. Det är vanligast att personer mellan 20 och 29 år tecknar avtal om abonnemangstandvård och denna grupp står för ca 40 procent av avtalen. Hur täta besöken blir för varje patient påverkas följaktligen av flera faktorer, där det individuella tandvårdsbehovet kan utgöra en av många. Mätt över en tvåårsperiod (2013-2014) har 72,3 procent av befolkningen besökt tandvården minst en gång och mätt över en treårsperiod (2012-2014) har 77,4 procent besökt tandvården minst en gång. Utvecklingen har dock varit olika för olika åldersgrupper. De yngsta åldersgrupperna (20-29 år) har den lägsta besöksfrekvensen. På befolkningsnivå är tandstatus en mycket viktigt förklaringsfaktor för skillnader i besöksfrekvens mellan olika grupper. Tandhälsan är bättre bland yngre än äldre och besöksfrekvensen korrelerar starkt med ålder som i sin tur samvarierar med tandstatus. Detta innebär att skillnaderna i besöksfrekvens mellan olika åldersgrupper i stor utsträckning är naturliga och kan förklaras av skillnader i tandstatus.

Den höga andelen unga vuxna som är kariesfria och som inte fått någon tand lagad minskar därmed behovet av omgörningar på sikt. För de yngre åldersgrupperna minskar detta troligen behovet av täta besök i tandvården och en minskad besöksfrekvens kan förväntas framöver.

3.3 Läkemedelsförmåner och preventivmedel

De flesta läkemedel som förskrivs på recept, vissa preventivmedel, stomiartiklar och vissa förbrukningsartiklar är subventionerade. Patienten betalar endast en s.k. egenavgift när läkemedel hämtas ut på recept. För den enskilde innebär det att patienten får sin totala läkemedelskostnad reducerad enligt en trappstegsmodell, beroende på hur stor kostnaden är. Den sammanlagda läkemedelskostnaden reduceras endast om den överstiger 1 100 kronor. Efter att den summan är uppnådd sker reduceringen gradvis med 50, 75 och 90 procent av kostnaden. Sammantaget innebär det att den enskilde som mest behöver betala 2 200 kronor för läkemedel över en

¹⁰ Socialstyrelsen- Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga. 2013.

tolvmånadersperiod. För att ett läkemedel ska ingå i läkemedelsförmånerna måste beslut tas av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV).

Den totala kostnaden för läkemedelsförmånerna uppgår till cirka 25 miljarder kronor per år, varav patienter betalar cirka 5 miljarder kronor i egenavgifter. I budgetpropositionen för 2016 finns förslag om att läkemedel som ingår i läkemedelsförmånerna ska vara helt kostnadsfria för barn och unga under 18 år från och med den 1 januari 2016.

I läkemedelsförmånslagen anges att läkemedelsförmånerna ska, när beslut fattats av TLV, omfatta varor som förskrivs i födelsekontrollerande syfte av läkare eller barnmorskor. De senaste tio åren har kostnaderna för läkemedel förskrivna på recept utanför läkemedelsförmånerna ökat från cirka 500 miljoner till mer än 2 miljarder kronor. Nya preventivmedel är en sådan läkemedelsgrupp som har haft stor förskrivning utanför förmånerna. Det har lett till kritik gentemot TLV:s prövning av vilka läkemedel som ska vara subventionerade och ingå i förmånerna. Konsekvenserna av att nyare preventivmedel inte ingår i förmånerna kan innebära att det huvudsakligen är personer med den mest gynnsamma ekonomin som tar del av dessa preventivmedel. Mot bakgrund av detta gav regeringen TLV ett uppdrag 2014 där myndigheten skulle analysera konsekvenserna av att vissa receptbelagda läkemedel inte ingår i läkemedelsförmånerna. Resultatet av TLV:s arbete har medfört att de flesta nyare preventivmedel nu ingår i läkemedelsförmånerna.

3.3.1 SKL rekommenderar subventionering av preventivmedel

Diskussioner om att patienter inte får tillgång till preventivmedel på lika villkor över hela landet har förts under en tid. Sedan juni 2013 rekommenderar Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) sina medlemmar att införa en gemensam modell för subventionering av preventivmedel. Modellen innebär i korthet att kvinnor upp till 25 år får sina preventivmedel subventionerade i särskild ordning av landstingen. Den enskildes kostnad ska inte överstiga 100 kronor vid köp av preventivmedel. De preventivmedel som kan vara aktuella för subvention måste dock ingå i läkemedelsförmånerna. Några landsting har valt en generösare

inställning när det gäller vilka preventivmedel som kan förskrivas inom ramen för de 100 kronorna och subventionerar även preventivmedel som inte ingår i läkemedelsförmånerna.

3.3.2 Unga och antalet oönskade graviditeter

Globalt sett uppskattas mer än två tredjedelar av alla graviditeter bland unga kvinnor vara oplanerade.¹¹ Oplanerade graviditeter har ofta visat sig vara förknippade med sämre socioekonomiska utfall och svagare hälsa hos såväl mödrar som barn.¹² Forskning visar att det bästa sättet att minska antalet oönskade graviditeter bland unga kvinnor är att subventionera preventivmedel.¹³ Trots åtgärder för att minska oönskade graviditeter hos tonåringar har Sverige den högsta abortfrekvensen för ungdomar bland de nordiska länderna. Antalet aborter bland tonåringar har minskat i alla nordiska länder under de senaste åren. Abortstatistiken i Sverige för 2014 visar en markant minskning bland tonårsaborterna. Socialstyrelsen uppmanar dock till stark försiktighet i tolkningen av uppgifterna då myndigheten använder en ny datainsamlingsmetod. Det går därmed inte med säkerhet att avgöra om de lägre aborttalen 2014 visar en verklig minskning.

Även om tonårsaborterna i Sverige har minskat under de senaste åren tenderar andelen som gör upprepade aborter att öka bland unga. Finländska studier visar att faktorer som ung ålder, att ha barn, rökning, svag socioekonomisk situation och tillgång till preventivmedel har samband med upprepade aborter.¹⁴ En svensk och en dansk studie visar liknande resultat samt ett samband mellan upprepade aborter och att vara utlandsfödd.¹⁵

¹¹ Institute of Medicine (1995), "The best intentions: Unintended Pregnancies and the Well-Being of Families", S. Brown and L. Eisenberg, eds., The National Academies Press, Washington DC.

¹² Maynard, R. (1996), *Kids Having Kids: Economic Costs and Social Consequences of Teen Pregnancy*, Washington D.C., Urban Institute Press.

¹³ RFSU:s Sverigebarometer 2013.

¹⁴ Heikinheimo O, Gissler M, Suhonen S. Age, parity, history of abortion and contraceptive choices affect the risk of repeat abortion. *Contraception*. 2008;78:149-54.

¹⁵ Helström L, Odland V, Zätterström C, et al. Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden. *Scand J Public Health*. 2003;31:405-10. och Rasch V, Gammeltoft T, Knudsen LB, et al. Induced abortion in Denmark: effect of socio-economic situation and country of birth. *Eur J Public Health*. 2008;18:144-9.

Preventivmedelsrådgivning är en avgiftsfri och etablerad verksamhet i Sverige. Trots god tillgång till rådgivning och ett brett urval av preventivmedel har ungefär fyrtio procent av abortsökande kvinnor mellan 20-24 år gjort abort tidigare och en av tre har inte använt något preventivmedel.¹⁶ Många kvinnor är dock motiverade att använda ett effektivt preventivmedel efter en abort.¹⁷ En annan aspekt som är viktig att lyfta i sammanhanget är männens roll. Det är av stor betydelse att nå och involvera män i förebyggandet av oönskade graviditeter då kvinnor och män har ett lika stort ansvar för den sexuella och reproduktiva hälsan.

Under 2014 rapporterades drygt 36 600 aborter till Socialstyrelsen. Allra flest aborter relaterat till befolkningen görs bland kvinnor i åldersgruppen 20–24 år.

Se tabell nedan för aborttalen bland tonåringar och kvinnor mellan 20 och 24 år mellan åren 2007 och 2014.

Tabell 3.2 Antalet aborter per 1000 kvinnor

År	19 år eller yngre	20-24 år
2007	24,8	34,2
2008	24,4	34,7
2009	22,5	33,4
2010	20,9	33,3
2011	19,8	33,1
2012	18,8	32,6
2013	-	-
2014	15,1	29,6

Källa: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har beräknat att landstingen kan spara ca 2,8 miljoner kronor för varje procents minskning av antalet aborter genom att satsa på subventionerade preventivmedel.¹⁸

¹⁶ National Institute of Health and Welfare. Induced abortions in the Nordic countries 2009. Official statistics. Helsinki: Stakes; 2011.

¹⁷ Gemzell-Danielsson K, Thunell L, Lindeberg M, et al. Comprehensive counseling about combined hormonal contraceptives changes the choice of contraceptive methods: results of the CHOICE program in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011;90:869-77.

¹⁸ Socialstyrelsen. Skillnader i kostnader mellan olika typer av preventivmedel. Problem och åtgärdsförslag inom oförändrad kostnadsram. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.

Generösa subventioner har varit lyckosamma

Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU) har i en studie undersökt hur införandet av subventionerade p-piller för tonåringar har påverkat barnafödande, aborter, och kvinnors socioekonomiska utfall. Sett från ett policyperspektiv visar resultaten att subventioner kan vara ett effektivt sätt att både minska antalet oönskade graviditeter samt reducera risken för tidigt barnafödande, speciellt för kvinnor från familjer med sämre socioekonomisk ställning. Subventionering av p-piller leder, enligt artikeln, till 8 procent färre aborter samt kraftigt minskad risk för tidigt barnafödande.¹⁹

Norrbottnens läns landsting har tidigare haft en stor andel aborter sett till befolkningens storlek. Inom landstinget framkom indikationer att många unga kvinnor inte hade möjlighet att betala för en p-stav eller en hormonspiral. För tre år sedan beslutade landstinget att även långtidsverkande preventivmetoder skulle vara kostnadsfria vilket ledde till att allt fler kvinnor började använda dessa metoder. Sedan dess har antalet aborter i landstinget halverats. När kvinnorna inte längre behövde välja det billigaste alternativet av preventivmedel ökade andelen som använde långverkande hormonella preventivmedel från 11,6 procent till 18,3 procent under samma tidsperiod

Även på Gotland har antalet aborter sjunkit bland 20-25 åringar som en följd av sänkta priser för preventivmedel. Fyra av 21 landsting subventionerar preventivmedel fullt ut upp till 25 år, dock skiljer det sig åt vilka preparat som subventioneras.²⁰

¹⁹ IFAU- Effekter av att subventionera p-piller för tonåringar 2009.

²⁰ RFSU:s Sverigebarometer 2015.

4 Gällande rätt

Kärnan i den svenska hälso- och sjukvården, tandvården m.m., som det allmänna bekostar, består av åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.

Nedan följer en genomgång av gällande regleringar av relevans i förhållande till de tre reformer som promemorian behandlar; avgiftsfri öppen hälso- och sjukvård för personer som är 85 år och äldre, avgiftsfri tandvård upp till 21 respektive 23 år och kostnadsfria preventivmedel inom läkemedelsförmånen för personer under 21 år.

4.1 Hälso- och sjukvården

Den rättsliga grunden för landsting och kommuner att ta ut avgifter inom hälso- och sjukvården finns i kommunallagen (1991:900) och i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL.

I 8 kap. 3 b § kommunallagen anges att landsting och kommuner får ta ut avgifter för tjänster och nyttigheter som de tillhandahåller. I andra stycket anges att för tjänster eller nyttigheter som landsting eller kommuner är skyldiga att tillhandahålla, får de ta ut avgifter bara om det är särskilt föreskrivet.

Landsting är bl.a. skyldiga att tillhandahålla en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget eller kommunen enligt 3 § HSL och åt dem som omfattas av 3 c § HSL. De som omfattas av 3 c § har, utan att vara bosatta i Sverige, rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt förordningen (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen. Detsamma ska gälla för personkretsen som avses i 5 kap. 7 § första stycket socialförsäkringsbalken och som omfattas av nämnda förordning. Vården ska i dessa fall

erbjudas av det landsting inom vars område personen är förvärvsverksam eller, när det gäller en person som är arbetslös, det landsting inom vars område denne är registrerad som arbetssökande. I den utsträckning familjemedlemmar till dessa personer har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av den nämnda förordningen, ska familjemedlemmarna erbjudas vård av samma landsting. Om familjemedlemmarna är bosatta i Sverige, gäller dock 3 §.

Landstinget ska även, enligt 4 § HSL, erbjuda den som vistas i ett landsting utan att vara bosatt omedelbar hälso- och sjukvård. Ett landsting får också i andra fall erbjuda hälso- och sjukvård åt den som är bosatt i ett annat landsting, om landstingen kommer överens om det.

Av vad som angetts ovan framgår att för att landstinget och kommunen ska ha rätt att ta ut avgifter för tjänster som t.ex. hälso- och sjukvård måste detta anges särskilt i författning. En sådan är bestämmelsen i 26 § HSL, där det stadgas att vårdavgifter och avgifter med anledning av att patienter uteblir från avtalade besök får tas ut av patienter enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. Med det senare uttrycket åsyftas bl.a. sådana författningsbestämmelser som innebär att viss vård ska vara kostnadsfri för den enskilde.²¹ Vidare anges i bestämmelsen att patienter som är bosatta inom landstinget respektive kommunen, liksom patienter som avses i 3 c §, ska behandlas lika.

Inom hälso- och sjukvården finns olika bestämmelser som reglerar hur höga avgifter ett landsting eller en kommun får ta ut av den enskilde patienten. Det finns inga rättsliga hinder för kommuner och landsting att besluta om lägre avgifter än vad som anges i dessa bestämmelser. För den slutna vården regleras detta i 26 § HSL. Bestämmelsen innebär att landstingen får ta ut vårdavgift med högst 100 kronor per vård dag (enligt 2015 års prisbasbelopp).

För den öppna hälso- och sjukvården m.m. finns ett högkostnadsskydd i 26 a § HSL. Högkostnadsskyddet innebär att den enskilde under en period på tolv månader sammanlagt behöver betala högst 1 100 kronor i vårdavgifter inom öppenvården, avgifter

²¹ Prop. 1981/82:97 s. 134.

för vissa förbrukningsartiklar och avgifter för viss tandvård (enligt 2015 års prisbasbelopp).

4.1.1 Särskilda bestämmelser om asylsökande m.fl. och tillståndslösa utlänningar

För det fallet att utlänningar, som är 85 år och äldre, vistas i Sverige som t.ex. asylsökande eller utan nödvändiga tillstånd gäller särskilda bestämmelser om vilken vård som lanstingen är skyldiga att erbjuda och vilka avgifter som får tas ut. De lagar som blir aktuella, utöver HSL, är lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. och lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

Enligt dessa båda regelverk ska landstinget bl.a. erbjuda de utlänningar som omfattas av lagarna och som har fyllt 18 år vård som inte kan anstå. Vård som inte kan anstå är enligt förarbetena ett vidare begrepp än omedelbar vård som regleras i 4 § HSL och som ett landsting alltid är skyldigt att erbjuda alla som vistas inom landstinget. Begreppet vård som inte kan anstå innefattar vård och behandling av sjukdomar och skador i de fall där även en måttlig fördröjning bedöms kunna medföra allvarliga följder för patienten. Även följdinsatser till sådan vård innefattas. Även psykiatrisk vård omfattas. Vid en bedömning av om behandling kan anstå eller inte måste hänsyn tas till att det är ovisst om utlänningen kommer att få stanna i Sverige. Ett erbjudande om behandlingsinsatser eller hjälpmedel ska således stå i proportion till att utlänningens vistelse i Sverige är att anse som tillfällig. Vilken vård som inte kan anstå för en patient får avgöras i det enskilda fallet av den behandlande läkaren.²²

Enligt förordningen (1994:362) om vårdavgifter m.m. för vissa utlänningar ska asylsökande m.fl. betala vårdavgift med 50 kronor för besök hos läkare inom den offentliga primärvården och för läkarvård som ges efter remiss till sådana läkare. Dessa personer ska betala vårdavgift med 25 kronor för annan sjukvårdande behandling än läkarvård om den ges av en vårdgivare efter remiss av en läkare inom den offentliga vården.

²² Prop. 2007/08:105 s. 29 f och prop. 2012/13:109 s.18 f.

Av förordningen (2013:412) om vårdavgifter m.m. för utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd följer bl.a. att de utlänningar som omfattas av bestämmelserna ska betala vårdavgift med 50 kronor för läkarbesök hos landstingets vårdgivare m.fl. samt för läkarvård som ges efter remiss av sådana läkare. Vidare ska dessa utlänningar betala vårdavgift med 25 kronor för annan sjukvårdande behandling än läkarvård om den ges av en vårdgivare efter remiss av en läkare inom landstinget och vissa andra läkare. Sådana vårdavgifter som redogjorts för ska betalas endast i den utsträckning som motsvarande avgift ska betalas av andra vårdtagare.

De avgifter som avses i ovan nämnda regleringar ska således betalas endast om motsvarande avgift ska betalas av andra vårdtagare, dvs. i den mån sådan vård är avgiftsfri ska detta gälla även för denna grupp.

4.1.2 Vårdavgifter och förbehållsbelopp

För äldre personer som nyttjar hemtjänst, dagverksamhet och kommunal hälso- och sjukvård respektive bor i ett särskilt boende aktualiseras vissa bestämmelser om avgiftstak och förbehållsbelopp i 8 kap. socialtjänstlagen (2001:453).

Förbehållsbeloppet är det belopp som den äldre har rätt att behålla av sin inkomst per månad innan kommunen tar ut en avgift för den kommunala omsorgen. Förbehållsbeloppet beräknas enligt 8 kap. 7 § socialtjänstlagen för varje individ dels med ett minimibelopp för normala levnadskostnader, dels med de faktiska utgifterna för bostaden. Minimibeloppet utgörs av en schablon bestående av olika kostnadsposter där t.ex. öppen hälso- och sjukvård ingår. Enligt förarbetena²³ till bestämmelsen har posten för öppen hälso- och sjukvård beräknats som en tolfedel av årskostnaden för personer som betalar upp till nivån för högkostnadsskyddet. De flesta övriga kostnadsposter, så som t.ex. livsmedel, kläder, skor, hygien, dagstidning, beräknas med ledning av uppgifter från Konsumentverkets hushållsbudget avseende hushållskostnader för ensamboende och sammanboende personer

²³ Prop. 2000/01:149 s. 39.

som är 61 år och äldre. Minimibeloppet är, precis som den högsta tillåtna kommunala avgiften, kopplat till prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken.

Minimibeloppet ska enligt 8 kap. 8 § socialtjänstlagen höjas i skälig omfattning om den enskilde p.g.a. särskilda omständigheter varaktigt har behov av ett inte oväsentligt högre belopp än det som anges i 7 § andra stycket. Kommunen får även minska minimibeloppet i skälig omfattning om den enskilde inte har en kostnad för en sådan post som anges i 7 § tredje stycket därför att kostnaden t.ex. tillhandahålls kostnadsfritt. Kommunen måste vid sådana förhållanden beakta likställighetsprincipen i 2 kap. 2 § kommunallagen.

4.2 Tandvården

Målet för tandvården är enligt tandvårdslagen (1985:125) en god tandhälsa och tandvård på lika villkor för alla. Folktandvården, dvs. den tandvårdsverksamhet som bedrivs av landstingen, har enligt 5 § tandvårdslagen ansvar för att erbjuda en god tandvård åt dem som är bosatta i landstinget eller som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom landstinget. Folktandvården har dessutom samma skyldighet för de som omfattas av 5 a § tandvårdslagen. Härmed avses personer som inte är bosatta i Sverige men som har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004. Detsamma ska gälla för de studerande som avses i 5 kap. 7 § första stycket socialförsäkringsbalken och som omfattas av nämnda förordning. Tandvården ska i dessa fall erbjudas av det landsting inom vars område personen är förvärvsverksam eller, när det gäller en person som är arbetslös, det landsting inom vars område denne är registrerad som arbetssökande. I den utsträckning familjemedlemmar till dessa personer har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom, enligt vad som följer av den nämnda förordningen, ska familjemedlemmarna erbjudas tandvård av samma landsting. Om familjemedlemmarna är bosatta i Sverige gäller dock 5 §.

Enligt 7 § tandvårdslagen ska folktandvården svara för regelbunden och fullständig tandvård för barn och ungdomar till

och med det år då de fyller 19 år. Sådan tandvård ska enligt 15 a § tandvårdslagen vara avgiftsfri för patienten. Avgifter med anledning av att patienten uteblivit från avtalat tandvårdsbesök får tas ut av patienten enligt grunder som landstinget bestämmer.

Enligt lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd får statligt tandvårdsstöd lämnas i anslutning till att den avgiftsfria tandvården upphör, dvs. för tandvårdsåtgärder som slutförs från och med det år då patienten fyller 20 år.

4.3 Läkemedelsförmånerna

De grundläggande bestämmelserna om läkemedelsförmåner finns i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. Den innehåller bl.a. bestämmelser om vem som har rätt till förmånerna och förmånernas omfattning. Med läkemedelsförmåner avses ett skydd mot höga kostnader vid köp av förmånsberättigade läkemedel och andra varor. Förmånerna innebär en reducering av den enskildes kostnader för sådana läkemedel och andra varor.

Förmånerna omfattar både receptbelagda och receptfria läkemedel, vissa preventivmedel, förbrukningsartiklar som behövs vid stomi och förbrukningsartiklar som behövs för att tillföra kroppen ett läkemedel eller för egenkontroll av medicinering och anges i 15-18 §§ lagen om läkemedelsförmåner m.m. Det är Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket som beslutar om ett läkemedel eller en vara ska ingå i läkemedelsförmånerna.

Rätt till läkemedelsförmåner har den som är bosatt i Sverige, den som inte är bosatt i Sverige men som har rätt till vårdförmåner i Sverige enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 och den som studerar utomlands eller i Sverige i enlighet med vad som anges i 5 kap. 7 § socialförsäkringsbalken och som omfattas av nämnda förordning samt den som utan att vara bosatt i Sverige har anställning här.

Förmånerna innebär som ovan redogjorts för en reducering av den enskildes kostnader för sådana läkemedel och andra varor. Enligt 5 § lagen om läkemedelsförmåner m.m. beräknas kostnadsreduceringen på den sammanlagda kostnaden för de läkemedel och andra varor som den förmånsberättigade köper under ett år räknat från det första inköpstillfället. Den enskilde betalar då som mest

2 200 kronor för de läkemedel och andra varor som omfattas av läkemedelsförmånerna under en tolv månadersperiod.

I 19 § lagen om läkemedelsförmåner m.m. finns särskilda bestämmelser om kostnadsfrihet för vissa varor inom läkemedelsförmånerna. I 19 § första stycket anges att förmånsberättigade varor som avses i 15-18 §§, vilket bl.a. är preventivmedel, ska vara kostnadsfria för en förmånsberättigad person som vid inköpstillfället inte har fyllt 18 år.



5 Överväganden och förslag

5.1 Avgiftsfri öppenvård för personer som är 85 år och äldre

Förslag: Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska ändras. Ändringen innebär att landstingen inte får ta ut vårdavgifter för öppen hälso- och sjukvård som ingår i högkostnadsskyddet och som avser patienter som är 85 år eller äldre.

Socialtjänstlagen (2001:453) ska ändras. Ändringen innebär att kommuner inte får minska minimibeloppet med anledning av sådan lagstadgad avgiftsfrihet för öppen hälso- och sjukvård som ingår i högkostnadsskyddet och som avser patienter som är 85 år och äldre.

Skälen för promemorians förslag: Många äldre har ett omfattande behov av hälso- och sjukvård. För dessa kan kostnaderna för upprepade besök i vården bli kännbara trots högkostnadsskyddet. För att förbättra hälsan hos äldre personer föreslås därför att personer som är 85 år och äldre inte ska behöva betala sådana vårdavgifter som avser öppen hälso- och sjukvård enligt HSL och som ingår i högkostnadsskyddet.

Att ta bort vårdavgifterna för den öppna vården för dessa äldre personer kan innebära att de får ett ökat ekonomiskt utrymme för bland annat läkemedel inom högkostnadsskyddet och andra utgifter för behandling som ligger utanför högkostnadsskyddet. Genom att ta bort avgifterna styrs dessa äldre till den öppna vården och det skulle kunna innebära färre dyra akutinläggningar inom den slutna vården. Om det går att förebygga en del av dessa dyra akutinläggningar är det värdefullt både för de berörda individerna och för samhället.

En studie av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) som omfattar intervjuer med cirka 300 personer som är 75 år och äldre visade att personerna i genomsnitt hade lika många läkarbesök inom primärvården som sjukhusinläggningar inom slutenvården. Kostnaden för varje sjukhusinläggning motsvarar 56 läkarbesök inom primärvården. Att de äldre hade lika många sjukhusinläggningar som besök hos läkare på vårdcentral väcker frågor om vården levereras på den mest effektiva nivån i rätt tid. Insatserna för de sjuka äldre ges i form av ett reaktivt snarare än proaktivt mönster. Insatser sätts in sent istället för att tidiga och förebyggande insatser görs. Tidiga insatser kan levereras till väsentligt lägre kostnad och med hög effektivitet om de utformas på ett bra sätt.

5.2 Målgruppen för reformen

Förslaget innebär att landstingen inte får ta ut avgifter för öppen-vård för personer som är 85 år och äldre och som enligt 3 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL är bosatta i landstinget eller som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom landstinget. Landstinget har dessutom samma skyldighet för dem som omfattas av 3 c § i HSL. Härmed omfattas personer som inte är bosatta i Sverige men som har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen och de som avses i 5 kap. 7 § första stycket socialförsäkringsbalken och som omfattas av nämnda förordning. Vården ska i dessa fall erbjudas av det landsting inom vars område personen är förvärvsverksam eller, när det gäller en person som är arbetslös, det landsting inom vars område denne är registrerad som arbetssökande. I den utsträckning familjemedlemmar till dessa personer har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av den nämnda förordningen, ska familjemedlemmarna erbjudas vård av samma landsting. Om familjemedlemmarna är bosatta i Sverige, gäller dock 3 §.

Även personer som är 85 år och äldre som är asylsökande m.m. eller som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd omfattas av

reformen i den mån det rör sig om vård som inte kan anstå och som dessutom utgör sådan vård för vilken avgiften ska motsvara den avgift som andra vårdtagare betalar.

5.3 Kommunerna ska inte sänka minimibeloppet

För äldre som nyttjar hemtjänst, dagverksamhet och kommunal hälso- och sjukvård eller bor i särskilt boende finns bestämmelser om det minsta belopp som den äldre har rätt att behålla av sin inkomst innan kommunen får ta ut en avgift för tjänsten. I det schabloniserade minimibeloppet ingår bl.a. en kostnadspost för sådan öppen hälso- och sjukvård som ingår i högkostnadsskyddet. Genom den föreslagna ändringen i socialtjänstlagen (2001:453) får inte kommuner minska minimibeloppet med anledning av att sådan lagstadgad öppen hälso- och sjukvård som ingår i högkostnadsskyddet erbjuds kostnadsfritt till personer som är 85 år och äldre. Anledningen till att ändringen föreslås är att äldre personer som omfattas av reformen inte ska riskera att drabbas av att avgiften till kommunen ökar. En sådan avgiftshöjning skulle kraftigt motverka syftet med reformen.

5.4 Avgiftsfri tandvård för barn och unga

Förslag: Tandvårdslagen (1985:125) ska ändras i två steg. Ändringarna innebär att folktandvården ska svara för regelbunden och fullständig tandvård för barn och unga till och med det år då de fyller 21 år respektive till och med det år då de fyller 23 år.

Lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd ska ändras i två steg. Ändringarna innebär att statligt tandvårdsstöd får lämnas för tandvårdsåtgärder som slutförs från och med det år då patienten fyller 22 år respektive 24 år.

Skälen för promemorians förslag: I dag har alla barn och ungdomar som omfattas av tandvårdslagen (1985:125) rätt till avgiftsfri tandvård till och med det år då de fyller 19 år. Vården

omfattar all tandvård, även specialisttandvård såsom tandreglering om detta bedöms nödvändigt. Den föreslagna reformen innebär att den avgiftsfria tandvården för unga från och med den 1 januari 2017 utökas till och med det år en person fyller 21 år i ett första steg och från och med den 1 januari 2018 till och med det år en person fyller 23 år i ett andra steg samt att det statliga tandvårdsstödet börjar lämnas i anslutning till att den avgiftsfria tandvården upphör.

Målet för tandvården är en god tandhälsa och tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Mätt över en tvåårsperiod (2013-2014) har 72,3 procent av befolkningen besökt tandvården minst en gång och mätt över en treårsperiod (2012-2014) har 77,4 procent besökt tandvården minst en gång. Utvecklingen har dock varit olika för olika åldersgrupper. På befolkningsnivå är tandstatus en mycket viktigt förklaringsfaktor för skillnader i besöksfrekvens mellan olika grupper. Tandhälsan är bättre bland yngre än bland äldre och besöksfrekvensen korrelerar starkt med ålder som i sin tur samvarierar med tandstatus. Detta innebär att skillnaderna i besöksfrekvens mellan olika åldersgrupper i stor utsträckning är naturliga och kan förklaras av skillnader i tandstatus.

Internationellt sett har svenska ungdomar en mycket god tandhälsa. Cirka en tredjedel av alla 19-åringar är helt kariesfria. Den höga andelen unga vuxna som är kariesfria och som inte fått någon tand lagad minskar därmed behovet av omgörningar på sikt. Detta till trots har en förhållandevis stor grupp av 19-åringarna karies och är i behov av såväl förebyggande som reparativ vård. De unga som är kariesfria behöver stimuleras att bibehålla en god munhälsa genom regelbundna besök hos tandvården. De yngsta åldersgrupperna (20-29 år) har också den lägsta besöksfrekvensen.

Många unga studerar idag längre upp i åldrarna och kan därmed ha svårt att ekonomiskt prioritera tandvård. Många unga är också arbetssökande och lever i en ekonomiskt utsatt situation vilket kan innebära att de tvingas välja bort tandvård. Det är vanligt att ungdomar som lämnar den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården inte söker tandvård i förebyggande syfte, utan först vid besvär. Genom att grundlägga en god tandhälsa i unga år hos fler än idag kan skillnaderna i tandhälsa på sikt minskas, och därmed hälsoklyftorna i befolkningen. För att uppnå god tandhälsa i vuxen ålder är det viktigt att ungdomar etablerar ett stabilt

besöksmönster hos tandvården, vilket kan främjas av en förlängd period av avgiftsfri tandvård till unga vuxna.

Målgruppen för reformen

Förslaget innebär att den tandvård som folktandvården erbjuder ska vara avgiftsfri för barn och unga som omfattas av tandvårdslagen till och med det år då de fyller 21 år respektive till och med det år då de fyller 23 år.

Folktandvårdens ansvar omfattar de som enligt 5 § tandvårdslagen är bosatta i landstinget eller som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen och stadigvarande vistas inom landstinget. Folktandvården har dessutom samma skyldighet för de som omfattas av 5 a § tandvårdslagen. Härmed avses personer som inte är bosatta i Sverige men som har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004. Detsamma ska gälla för de studerande som avses i 5 kap. 7 § första stycket socialförsäkringsbalken och som omfattas av nämnda förordning. Tandvården ska i dessa fall erbjudas av det landsting inom vars område personen är förvärvsverksam eller, när det gäller en person som är arbetslös, det landsting inom vars område denne är registrerad som arbetssökande. I den utsträckning familjemedlemmar till dessa personer har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom, enligt vad som följer av den nämnda förordningen, ska familjemedlemmarna erbjudas tandvård av samma landsting. Om familjemedlemmarna är bosatta i Sverige gäller dock 5 §.

5.5 Kostnadsfria preventivmedel för personer under 21 år

Förslag: Lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. ska ändras. Ändringen innebär att varor som ingår i läkemedelsförmånen och förskrivs enbart i födelsekontrollerande syfte av läkare eller barnmorskor ska vara kostnadsfria för en förmånsberättigad person som vid inköpstillfället inte har fyllt 21 år.

Skälen för promemorians förslag: Tillgången till preventivmedel för unga runt om i landet ser olika ut beroende på vilket landsting personen tillhör. För att värna unga kvinnors rätt till sexuell hälsa utan oönskade graviditeter föreslås därför att preventivmedel inom läkemedelsförmånerna ska vara kostnadsfria för unga under 21 år.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) rekommenderar samtliga sina medlemmar att subventionera preventivmedel inom läkemedelsförmånerna så att kostnaden inte överstiger 100 kronor per år för kvinnor upp till 25 år. De allra flesta landstingen följer SKL:s rekommendation. Vissa landsting har en än mer generös inställning till subventionering. Det finns således skillnader mellan landstingen. Det är viktigt att påpeka att förslaget i denna promemoria bl.a. syftar till att minska antalet oönskade graviditeter och inte till att sänka landstingens nuvarande nivåer.

Det bakomliggande motivet till att reformen innefattar preventivmedel som omfattas av läkemedelsförmånerna är att om även preventivmedel utanför förmånerna skulle ingå skulle detta medföra att priskontrollen för preventivmedel släpps. Innebörden av det är att företagen som producerar preventivmedel inte längre har incitament att ansöka till Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) om att få ingå i läkemedelsförmånen. Företagen skulle dessutom ha möjlighet att höja priserna okontrollerat. Incitament att göra hälsoekonomiska värderingar skulle även saknas. De allra flesta nyare preventivmedel ingår dessutom idag i läkemedelsförmånerna. Sammantaget har detta lett till bedömningen att enbart preventivmedel som ryms inom förmånerna ska omfattas av förslaget.

Förslaget inrymmer personer som är under 21 år. Anledningen till denna satta åldersgräns är att oplanerade graviditeter kan påverka yngre personer mer negativt än i övriga åldrar. Det handlar dels om hälsorisker i samband med tonårsgraviditeter samt de sociala konsekvenser som en oönskad graviditet kan få för unga kvinnor.

Forskning visar att en av de viktigaste faktorerna för att minska antalet oönskade graviditeter bland unga är att subventionera preventivmedel. Mer än två tredjedelar av alla graviditeter bland unga kvinnor uppskattas vara oplanerade. Oplanerade graviditeter är dessutom vanligare bland personer med svagare socioekonomisk status och svagare hälsa bland såväl mödrar som barn. I landsting

där generösa subventioner har införts har man kunnat se tydliga trender i antalet aborter. Norrbottens läns landsting, som tidigare hade många aborter i förhållande till befolkningens storlek, införde 2012 kostnadsfria preventivmedel för kvinnor under 26 år, vilket har lett till att antalet aborter har halverats.

I jämförelse med de nordiska länderna har Sverige den högsta abortfrekvensen bland ungdomar. Även om tonårsaborter i Sverige har minskat tenderar andelen som gör upprepade aborter att öka bland unga. Studier visar bland annat att tillgången till preventivmedel har ett samband med upprepade aborter.

Avsikten med promemorians förslag är att minska antalet önskade graviditeter bland unga.

Vilka omfattas av förslaget?

De som omfattas av reformen är personer som ännu inte har fyllt 21 år och som enligt 4 § lagen om läkemedelsförmåner m.m. antingen är bosatta i Sverige eller som inte är bosatta i Sverige men som har rätt till vårdförmåner i Sverige med stöd Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004. Vidare omfattas de studerande som avses i 5 kap. 7 § socialförsäkringsbalken och som omfattas av nämnda förordning samt de som, utan att vara bosatta i Sverige, har anställning här.

5.6 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Förslag: Lagändringarna ska träda i kraft den 1 januari 2017 respektive den 1 januari 2018.

Skälen för promemorians förslag: Enligt vad som tidigare aviserats i budgetpropositionen för 2016 (prop. 2015/16:1) är utgångspunkten att avgiftsfri öppenvård inom högkostnadsskyddet för personer som är 85 år och äldre samt kostnadsfria preventivmedel för personer under 21 år och ska träda i kraft den 1 januari 2017. Förslaget om avgiftsfri tandvård för unga sker i två steg där tandvård ska vara avgiftsfri för personer t.o.m. 21 år fr.o.m.

den 1 januari 2017 och för personer t.o.m. 23 år fr.o.m. den 1 januari 2018.

Några övergångsbestämmelser med anledning av förslagen bedöms inte vara nödvändiga.

6 Konsekvenser

6.1 Avgiftsfri öppenvård för 85 år och äldre

Bedömning: Förslaget bedöms få begränsade konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.

Förslaget bedöms få ekonomiska konsekvenser för statsbudgeten.

Förslaget bedöms få ekonomiska konsekvenser för landstingen.

Förslaget bedöms inte få ekonomiska konsekvenser för kommunerna.

Förslaget bedöms få positiva konsekvenser för de individer som berörs av förslaget.

Förslaget bedöms få positiva konsekvenser för en mer jämlik och jämställd hälsa.

6.1.1 Den kommunala självstyrelsen berörs

När nya skyldigheter införs för kommuner och landsting ska konsekvenserna av dessa analyseras. I denna skrivelse finns förslag som innebär att landstingen inte får ta ut vårdavgifter inom öppenvården för personer som är 85 år och äldre.

Förslaget får anses innebära en utvidgning av landstingens åtagande och därmed en viss inskränkning av den kommunala självstyrelsen. Denna inskränkning måste vägas mot förslaget syfte, att förbättra hälsan hos personer som är 85 år och äldre.

Landstingen har redan i dag en skyldighet att erbjuda dem som är bosatta inom landstinget eller som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) en god vård. Förändringen innebär främst en förändring i hur en befintlig verksamhet finansieras och

inverkar inte i övrigt på landstingens möjligheter att själva organisera och styra sin verksamhet.

Ett för den kommunala självstyrelsen mindre ingripande alternativ är att staten skulle lämna bidrag direkt till den äldre. Detta skulle emellertid inte få den styreffekt mot den öppna vården som avgiftsfriheten kan få. Dessutom skulle det innebära att den äldre får ett högre avgiftsutrymme och därmed får betala högre avgift för t.ex. hemtjänst. Det skulle också innebära ett nytt administrativt system för bidragen samt bli en ny uppgift för en myndighet.

Den inskränkning som ändringen i socialtjänstlagen (2001:453) innebär för kommunerna, d.v.s. att de inte får sänka minimibeloppet har till syfte att skydda de äldre mot att drabbas av ökad avgift för t.ex. hemtjänst med anledning av förslaget. Kommuner har enligt socialtjänstlagen rätt att sänka minimibeloppet (höja avgiften) om den enskilde t.ex. inte längre har kostnader för öppenvård (för att denna vård t.ex. tillhandahålls kostnadsfritt). Utan den föreslagna ändringen i socialtjänstlagen skulle kommunerna kunna höja avgifterna med samma belopp som avgiftsfriheten för öppenvård innebär för den enskilde. Kommunerna skulle därmed få intäktsökningar samtidigt som de enskilda inte får del av reformen så som det är tänkt. Förslaget bedöms inte ge några ekonomiska konsekvenser för kommunerna.

Mot denna bakgrund är det med hänsyn till syftet med förslaget nödvändigt att göra ett begränsat ingrepp i landstingens och kommunernas självstyrelse.

6.1.2 Ekonomiska konsekvenser

Kostnadsberäkningarna har utgått från kostnaderna i de landsting som redan infört avgiftsfrihet inom öppenvården för personer som är 85 år och äldre. Genom att använda deras kostnadsberäkningar och antal invånare över 85 år i respektive landsting har en per capita kostnad beräknats som sedan använts för att bedöma vad det skulle kosta att göra samma sak i hela landet. Sammantaget beräknas kostnaden för att införa kostnadsfri öppenvård för personer som är 85 år och äldre till 200 miljoner kronor per år. Förslaget innebär en ny skyldighet för landstingen, vilket aktualiserar den kommunala

finansieringsprincipen. Om en uppgift som tidigare varit frivillig görs obligatorisk ska utgångspunkten vara att ersättningen till landstingen bör avse hela kostnaden, även den del av verksamheten som tidigare tillhandahållits av landstingen på frivillig basis. Landstingen bör därför kompenseras genom att 200 miljoner kronor per år fr.o.m. 2017 tillförs anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* under utgiftsområde 25 *Allmänna bidrag till kommuner*.

Genom att avgifterna tas bort kan besöken inom öppenvården komma att öka. Den ökning som avgiftsfriheten innebär för öppenvården kan i sin tur leda till en minskning av akuta inläggningar inom slutenvården, vilka är betydligt mer kostsamma för landstingen.

6.1.3 En mer jämlik och jämställd hälsa

Alla oavsett kön, könsidentitet, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder, ska utifrån sina behov behandlas likvärdigt när det gäller resurser och insatser inom vården. Äldre personer, ofta över 85 år, har ett omfattande vårdbehov. Kvinnor lever i genomsnitt längre än män. Majoriteten av dem som kommer att ta del av reformen är därmed kvinnor. Kvinnor har i genomsnitt lägre pensioner än män bl.a. på grund av att fler kvinnor än män jobbar deltid, stannar hemma längre med barn och har lägre löner. Eftersom vårdavgifterna kan göra att vissa avstår från den vård de har behov av främjar reformen grupper som har en svagare ekonomi. Reformen bedöms därmed kunna leda till en mer jämlik och jämställd vård.

6.2 Avgiftsfri tandvård för barn och unga

Bedömning: Förslaget bedöms få begränsade konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.

Förslaget bedöms få ekonomiska konsekvenser för statsbudgeten.

Förslaget bedöms få ekonomiska konsekvenser för landstingen.

Förslaget bedöms få positiva konsekvenser för de individer som berörs av förslaget.

Förslaget bedöms få positiva effekter för jämlikheten.

6.2.1 Den kommunala självstyrelsen berörs

När nya skyldigheter införs för kommuner och landsting ska konsekvenserna av dessa analyseras. Förslaget innebär ett utvidgat åtagande för landstingen och på så vis en viss inskränkning av den kommunala självstyrelsen. Denna inskränkning måste vägas mot förslagets syfte, att öka besöksfrekvensen hos unga vuxna för att uppnå en långsiktigt förbättrad tandhälsa. Det utvidgade åtagandet innebär en skyldighet för landstingen att fr.o.m. den 1 januari 2017 erbjuda kostnadsfri tandvård för unga vuxna upp till och med det år de fyller 21 år, och fr.o.m. den 1 januari 2018 upp till och med det år de fyller 23. Eftersom alla landsting redan idag ansvarar för regelbunden och fullständig tandvård för barn och unga till och med det år de fyller 19 år bedöms förslaget medföra endast en mindre inskränkning av den kommunala självstyrelsen. Ett alternativt förfarande skulle vara om staten ersätter tandvård för den utvidgade åldersgruppen direkt via Försäkringskassan. Detta skulle dock medföra ytterligare kostnader för uppbyggnad av nya ersättningsystem hos myndigheten, utöver kostnaderna för utförd tandvård.

Vikten av att stödja och stimulera unga vuxna till regelbundna tandvårdsbesök för att uppnå en långsiktigt god munhälsa bedöms väga över den marginella inskränkning förslaget innebär och det bedöms därför vara godtagbart.

6.2.2 Ekonomiska konsekvenser

Kostnadsberäkningarna har utgått från antagandet att antalet besök till tandvård kommer att öka. Både genom fler individer men även fler besök per individ. Antaganden om att den tandvård som konsumeras kommer att vara dyrare, i och med att unga väljer åtgärder som kostar mer jämfört med om den unge själv står för kostnaden har också gjorts. Dessa antaganden bygger på erfarenheter från Västra Götalandsregionen där en höjning av åldersgränsen infördes redan 2008. Antalet tandvårdsbesök ökade då med 46 procent. Givet detta har kostnadsberäkningarna utgått från antagandena att antal besök kommer öka med 50 procent och att tandvårdskostnaderna kommer att öka med 20 procent.

I det första steget, 2017, när tandvård blir avgiftsfri för 20- och 21 åringar innebär reformen ökade kostnader för landstingen med 276 miljoner kronor. Förslaget innebär en ny skyldighet för landstinget, vilket innebär att de bör kompenseras i enlighet med den kommunala finansieringsprincipen. Regleringen bör ske genom att anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* under utgiftsområde 25 *Allmänna bidrag till kommuner* ökas med 276 miljoner kronor. Samtidigt innebär det en kostnadsminskning inom utgiftsområdet 9, *Hälsovård, sjukvård och social omsorg*, med 43 miljoner gällande minskade kostnader för det allmänna tandvårdsbidraget. Nettokostnaden för staten 2017 blir därmed en ökning av kostnaderna med 233 miljoner kronor. I det andra steget, 2018, blir motsvarande kostnadsökning 576 miljoner kronor inom utgiftsområdet 25 och kostnadsminskning med 113 miljoner kronor inom utgiftsområdet 9. Nettokostnadsökningen beräknas till 463 miljoner kronor. Förslaget att införa avgiftsfri tandvård för barn och unga upp t.o.m. 21 respektive 23 år innebär ökade utgifter för landstingen.

Landstingen kompenseras genom att medel tillförs anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* under utgiftsområde 25 *Allmänna bidrag till kommuner*. Förslaget innebär också en minskning av kostnaderna för utgiftsområde 9 *Hälsovård, sjukvård och social omsorg* för det allmänna tandvårdsbidraget.

6.2.3 En mer jämlik tandhälsa

Ett antal faktorer har visat sig påverka besöksbenägenheten i tandvården, bl.a. den disponibla inkomsten och utbildningsnivån. Risken för uteblivna tandläkarbesök bland barn och unga ökar dessutom om familjen tar emot ekonomiskt bistånd och om barnet lever med en ensamstående förälder, av vilka långt fler är kvinnor än män. Föreslagen reform skulle därmed få positiva effekter för en jämlik tandhälsa.

6.3 Kostnadsfria preventivmedel för unga under 21 år

Bedömning: Förslaget bedöms få begränsade konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.

Förslaget bedöms få ekonomiska konsekvenser för statsbudgeten.

Förslaget bedöms få ekonomiska konsekvenser för landstingen.

Förslaget bedöms få positiva konsekvenser för de individer som berörs av förslaget.

Förslaget bedöms få positiva konsekvenser för jämlikheten och jämställdheten.

Förslaget bedöms få konsekvenser för E-hälsomyndigheten.

Förslaget bedöms få positiva effekter för vissa företag.

Förslaget bedöms få begränsade effekter på miljön.

6.3.1 Den kommunala självstyrelsen berörs

När nya skyldigheter införs för kommuner och landsting ska konsekvenserna av detta analyseras. I denna promemoria finns förslag som innebär ett utvidgat åtagande för landstingen och därmed en viss inskränkning av den kommunala självstyrelsen. Det utvidgade åtagandet innebär en skyldighet för landstingen att finansiera egenavgifterna för preventivmedel som ingår i läkemedelsförmånerna till personer som är under 21 år.

Eftersom alla landsting redan idag kraftigt subventionerar preventivmedel till unga bedöms förslaget medföra endast en mindre inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Ett mindre ingripande i den kommunala självstyrelsen skulle vara om staten ersätter apoteken direkt för uteblivna egenavgifter, detta skulle dock kräva dubbla ersättningssystem.

Vikten av att tillförsäkra unga personer under 21 år tillgång till kostnadsfria preventivmedel bedöms väga över den marginella inskränkning som förslaget innebär och det bedöms därför vara proportionerligt och godtagbart.

6.3.2 Ekonomiska konsekvenser

Kostnaderna för läkemedel och andra varor inom läkemedelsförmånerna betalas till största delen av landstingen, som i sin tur ersätts för denna kostnad av staten genom statsbidraget för läkemedelsförmånerna (utgiftsområde 9 *Hälsovård, sjukvård och social omsorg*, anslag 1:5 *Bidrag för läkemedelsförmånerna*). År 2014 uppgick bidraget till ca 21,5 miljarder kronor.

Reformen berör de cirka 160 000 kvinnorna mellan 18-20 år. Kostnaden för reformen är beräknad utifrån aktuella data på inbetalda egenavgifter för preventivmedel till personer i åldersgruppen. Viss hänsyn har tagits till att reformen antas leda till en ökad användning och till att vissa personer kanske byter till ett preventivmedel som omfattas av reformen. Givet detta beräknas kostnaderna för reformen bli 27 miljoner kronor per år. Staten bör kompensera landstingen för detta via det specialdestinerade bidraget för läkemedelsförmånerna.

6.3.3 Konsekvenser för myndigheter

E-hälsomyndigheten kommer att beröras av promemorians förslag. En teknisk lösning för att identifiera preventivmedel vid försäljningstillfället behöver utvecklas. En sådan ny teknisk lösning kräver förändringar av system, både hos myndigheten och hos apoteksaktörerna. Den lösning som togs fram i samband med reformen för kostnadsfria läkemedel för barn och unga kan inte återanvändas för kostnadsfria preventivmedel för unga upp till 21,

eftersom den lösningen enbart känner av en patients ålder. Ett uppdrag kommer därför att ges till E-hälsomyndigheten där myndigheten ska se över och utveckla en sådan lösning som följer av promemorians förslag.

6.3.4 Företagen

De företag som tillverkar preventivmedel vilka omfattas läkemedelsförmånerna kan få en positiv försäljningseffekt av förslaget. Reformen kan förväntas leda till en ökad användning av preventivmedel och vissa personer kanske byter till ett preventivmedel som omfattas av läkemedelsförmånerna.

6.3.5 Miljön

Reformen skulle kunna leda till att fler unga hämtar ut preventivmedel utan att använda dem för att sedan slänga dem. Oanvända läkemedel som exempelvis spolats ned i toaletten är inte bra för miljön. Bedömningen är dock att detta kommer ske i en begränsad omfattning. Då det krävs recept från läkare eller barnmorska för att få tillgång till preventivmedel som omfattas av reformen antas syftet med detta vara att förbruka läkemedlet.

6.3.6 Jämlikhet och jämställdhet

Reformen som innebär kostnadsfria preventivmedel för unga under 21 år är ur ett könsperspektiv neutral i sin utformning. För närvarande finns det dock inga preventivmedel för män inom läkemedelsförmånerna, vilket innebär att förslaget enbart avser kvinnliga preventivmedel. Reformen kommer därmed enbart få direkt betydelse för kvinnor. Ett av syftena med reformen är att värna unga kvinnors rätt till sexuell hälsa. Som ovan nämnts förekommer oplanerade graviditeter i högre utsträckning bland personer med sämre socioekonomiska utfall. Genom att förebygga negativa följdverkningar av oönskade graviditeter och upprepade aborter kan förslaget ha en positiv effekt på jämlikhet och jämställdhet mellan kvinnor och män.

7 Författningskommentarer

7.1 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

26 §

Ett nytt *andra stycke* införs som innebär att landstingen inte får ta ut vårdavgifter för öppen hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, för patienter som är 85 år och äldre. Avgiftsfriheten inträder således den dag patienten fyller 85 år. Den vård som avses är sådan öppen vård som omfattas av bestämmelsen om avgiftsbefrielse i 26 a §. Öppen vård definieras i 5 § som annan vård än sådan som ges under intagning i vårdinrättning. I samma paragraf anges att primärvården ska ses som en del av den öppna vården. Bestämmelsen avser inte avgifter med anledning av att patienter uteblir från avtalade besök. Den omfattar inte heller vårdavgifter för sådan hälso- och sjukvård som det är kommunernas ansvar att tillhandahålla.

Paragrafens *åttonde stycke* motsvarar det tidigare sjunde stycket. Genom ändringen hänvisas till det sjunde stycket i stället för till det sjätte stycket.

Övervägandena finns i avsnitt 5.1.

Ikraftträdandebestämmelse

Lagen träder i kraft den 1 januari 2017.

7.2 Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

7 §

Genom ändringen i *punkten 1* utvidgas folktandvårdens ansvar för regelbunden och fullständig tandvård för barn och unga till och med det år då de fyller 21 år. Punkten 1 ska läsas tillsammans med 15 a § där det bl.a. anges att sådan tandvård ska vara avgiftsfri för patienten. I övrigt görs vissa redaktionella ändringar.

Övervägandena finns i avsnitt 5.4.

Ikraftträdandebestämmelse

Lagen träder i kraft den 1 januari 2017.

7.3 Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

7 §

Ändringen i *punkten 1* innebär att folktandvårdens ansvar för regelbunden och fullständig tandvård för barn och unga ska gälla till och med det år då de fyller 23 år. Bestämmelsen korresponderar med 15 a § där det bl.a. anges att sådan tandvård ska vara avgiftsfri för patienten.

Övervägandena finns i avsnitt 5.4.

Ikraftträdandebestämmelse

Lagen träder i kraft den 1 januari 2018.

7.4 Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

8 kap. 8 §

I paragrafens *första stycke* görs endast en redaktionell ändring.

Andra stycket är oförändrat.

Ett nytt *tredje stycke* införs som innebär en viss begränsning av kommunens möjlighet att minska minimibeloppet på grund av att posten tillhandahålls kostnadsfritt. Enligt den nya bestämmelsen får kommunen när den bestämmer minimibeloppets storlek inte beakta sådan avgiftsfri öppen hälso- och sjukvård som regleras i 26 § andra stycket HSL och som avser patienter som är 85 år eller äldre.

Övervägandena finns i avsnitt 5.1.

Ikraftträdandebestämmelse

Lagen träder i kraft den 1 januari 2017.

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

19 §

Paragrafens *första stycke* är oförändrat.

Ett nytt *andra stycke* införs som innebär att varor på vilka 3 § läkemedelslagen (1992:859) är tillämplig och som förskrivs enbart i födelsekontrollerande syfte av läkare eller barnmorskor ska vara kostnadsfria för en förmånsberättigad person som vid inköpstillfället inte har fyllt 21 år.

Tredje stycket motsvarar det tidigare andra stycket.

Övervägandena finns i avsnitt 5.5.

Ikraftträdandebestämmelse

Lagen träder i kraft den 1 januari 2017.

7.6 Förslaget till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd

1 kap. 4 §

I paragrafens första mening, som rör när statligt tandvårdsstöd får lämnas för tandvårdsåtgärder, ändras åldern från 20 år till 22 år.

Ändringen är en konsekvens av en ändring i 7 § 1 tandvårdslagen (1985:125). Paragrafen ändras även genom att åldern i hänvisningen till 7 § 1 och 15 a § tandvårdslagen höjs från 19 år till 21 år. I övrigt görs vissa redaktionella ändringar.

Övervägandena finns i avsnitt 5.4.

Ikraftträdandebestämmelse

Lagen träder i kraft den 1 januari 2017.

7.7 Förslaget till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd

1 kap. 4 §

I paragrafens första mening ändras åldern från 22 år till 24 år. Ändringen korresponderar med en ändring i 7 § 1 tandvårdslagen som rör folktandvårdens ansvar för tandvård för barn och unga. I paragrafens andra mening ändras i hänvisningen till 7 § 1 och 15 a § tandvårdslagen genom att åldern höjs från 21 år till 23 år.

Övervägandena finns i avsnitt 5.4.

Ikraftträdandebestämmelse

Lagen träder i kraft den 1 januari 2018.

Departementsserien 2015

Kronologisk förteckning

1. Gälldenärens möjligheter att överklaga utmättningsbeslut. Ju.
2. Värdepapperscentraler och kontoföring av finansiella instrument. Fi.
3. Trossamfundens sociala insatser. En preliminär undersökning. S.
4. Brottmålsprocessen – en konsekvensanalys. Ju.
5. Uppbörd av böter. Ju.
6. En jämnare och mer aktuell utveckling av inkomstpensionerna. S.
7. Rätten till försvarare, m.m. Ju.
8. Ytterligare en månad inom föräldrapenningen reserveras för vardera föräldern. S.
9. Ett reformerat bilstöd. S.
10. Återlämnande av olagligt utförda kulturföremål. Ku.
11. Res lätt med biljett. N.
12. Missbruk av svenska pass. Omfattning och åtgärdsförslag. Ju.
13. Ändringar i lagen om kontroll av skyddade beteckningar på jordbruksprodukter och livsmedel. N.
14. Statliga utställningsgarantier. En översyn. Ku.
15. Sanktionsavgifter för andra aktörer på fiskets område än yrkesfiskare. N.
16. Avlägsnande av vrak. Ju.
17. Avskaffande av den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen. S.
18. Patientrörlighet inom EES – vissa kompletterande förslag. S.
19. Det kommunala vårdnadsbidraget avskaffas. S.
20. Kostnadsansvar för smittskyddsläkemedel. S.
21. Offentliggörande av uppgifter om ekologiska aktörer. N.
22. Barnombudsmannens anmälningskyldighet. S.
23. Höjt avgiftstak för avgift enligt socialtjänstlagen (2001:453) 8 kap. 5 §. S.
24. Ett effektivare förbud vid bristande kreditprövning. Ju.
25. Ett ändamålsenligt minoritetsskydd. Ju.
26. Avskaffande av systemet med etableringslotsar. A.
27. Gränsöverskridande informationsutbyte om trafiksäkerhetsrelaterade brott. Genomförande av det nya CBE-direktivet. Ju.
28. Bidrag för glasögon till barn och unga. S.
29. Skärpta åtgärder mot missbruk av tidsbegränsade anställningar. A.
30. Genomförande av EU:s direktiv om penningförfalskning. Ju.
31. Framtidens filmpolitik. Ku.
32. Anknytningskravet i skuldsaneringslagen. Ju.
33. Ett gemensamt ansvar för mottagande av nyanlända. A.
34. Nya regler för AP-fonderna. Fi.
35. Investeringsstöd för anordnande av hyresbostäder och bostäder för studerande. N.
36. Genomförande av EU:s direktiv om fri rörlighet för arbetstagare. A.
37. Genomförande av det omarbetade asylprocedurdirektivet. Ju.
38. Statligt stöd till civila samhället – en översyn av fyra bidragsförordningar samt stödet till Exit. Ku.
39. Samförståndsavtal med Nato om värdlandsstöd. Fö.
40. Falska polisbilar. Ju.
41. En stärkt yrkeshögskola – ett lyft för kunskap. U.
42. Ett särskilt tortyrbrott? Ju.
43. Sveriges företagande och konkurrenskraft. Internationell jämförelse. N.

44. Passdatalag. Ju.
45. Stärkta sanktionsmöjligheter för Konsumentombudsmannen. Fi.
46. Tydligare tillståndsgivning i lotterilagen. Fi.
47. Europeiska politiska partier. Ju.
48. Förebyggande och behandling av spelmissbruk. S.
49. Översyn av straffbestämmelsen om kontakt med barn i sexuellt syfte. Ju.
50. Konkurrensskadelag. N.
51. Avgiftsfrihet för viss screening inom hälso- och sjukvården. S.
52. Patientrörlighet inom EES – kompletterande förslag för tandvården. S.
53. Regionalt utvecklingsansvar i Uppsala, Västmanlands, Västernorrlands och Norrbottens län. Fi.
54. En samlad torvprövning. M.
55. Slopad jämställdhetsbonus. S.
56. Ökad tillgänglighet till sprututbytesverksamheter i Sverige. S.
57. En europeisk utredningsorder. Ju.
58. Reformerade stöd till barn och vuxna med funktionsnedsättning. S.
59. Särskilda satsningar på ungas & äldres hälsa. S.

Departementsserien 2015

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

- Avskaffande av systemet med etableringslotsar. [26]
- Skärpta åtgärder mot missbruk av tidsbegränsade anställningar. [29]
- Ett gemensamt ansvar för mottagande av nyanlända. [33]
- Genomförande av EU:s direktiv om fri rörlighet för arbetstagare. [36]

Finansdepartementet

- Värdepapperscentraler och kontoföring av finansiella instrument. [2]
- Nya regler för AP-fonderna. [34]
- Stärkta sanktionsmöjligheter för Konsumentombudsmannen. [45]
- Tydligare tillståndsgivning i lotterilagen. [46]
- Regionalt utvecklingsansvar i Uppsala, Västmanlands, Västernorrlands och Norrbottens län. [53]

Försvarsdepartementet

- Samförståndsavtal med Nato om värdlandsstöd. [39]

Justitiedepartementet

- Gäldenärens möjligheter att överklaga utmättningsbeslut. [1]
- Brottmålsprocessen – en konsekvensanalys. [4]
- Uppbörd av böter. [5]
- Rätten till försvarare, m.m. [7]
- Missbruk av svenska pass. Omfattning och åtgärdsförslag. [12]
- Avlägsnande av vrak. [16]
- Ett effektivare förbud vid bristande kreditprövning. [24]
- Ett ändamålsenligt minoritetsskydd. [25]

- Gränsöverskridande informationsutbyte om trafiksäkerhetsrelaterade brott. Genomförande av det nya CBE-direktivet. [27]
- Genomförande av EU:s direktiv om penningförfalskning. [30]
- Anknytningskravet i skuldsaneringslagen. [32]
- Genomförande av det omarbetade asylprocedurdirektivet. [37]
- Falska polisbilar. [40]
- Ett särskilt tortyrbrott? [42]
- Passdatalag. [44]
- Europeiska politiska partier. [47]
- Översyn av straffbestämmelsen om kontakt med barn i sexuellt syfte. [49]
- En europeisk utredningsorder. [57]

Kulturdepartementet

- Återlämnande av olagligt utförda kulturföremål. [10]
- Statliga utställningsgarantier. En översyn. [14]
- Framtidens filmpolitik. [31]
- Statligt stöd till civila samhället – en översyn av fyra bidragsförordningar samt stödet till Exit. [38]

Näringsdepartementet

- Res lätt med biljett. [11]
- Ändringar i lagen om kontroll av skyddade beteckningar på jordbruksprodukter och livsmedel. [13]
- Sanktionsavgifter för andra aktörer på fiskets område än yrkesfiskare. [15]
- Offentliggörande av uppgifter om ekologiska aktörer. [21]
- Investeringsstöd för anordnande av hyresbostäder och bostäder för studerande. [35]

Sveriges företagande och konkurrenskraft
Internationell jämförelse. [43]
Konkurrensskadslag. [50]

Miljö- och energidepartementet

En samlad torvprövning. [54]

Socialdepartementet

Trossamfundens sociala insatser.
En preliminär undersökning. [3]
En jämnare och mer aktuell utveckling av
inkomstpensionerna. [6]
Ytterligare en månad inom
föräldrapenningen reserveras
för vardera föräldern. [8]
Ett reformerat bilstöd. [9]
Avskaffande av den bortre tidsgränsen i
sjukförsäkringen. [17]
Patientrörlighet inom EES – vissa
kompletterande förslag. [18]
Det kommunala vårdnadsbidraget
avskaffas. [19]
Kostnadsansvar för
smittskyddsläkemedel. [20]
Barnombudsmannens anmälnings-
skyldighet. [22]
Höjt avgiftstak för avgift enligt social-
tjänstlagen (2001:453) 8 kap. 5 §. [23]
Bidrag för glasögon till barn och unga. [28]
Förebyggande och behandling av spelmiss-
bruk. [48]
Avgiftsfrihet för viss screening inom
hälso- och sjukvården. [51]
Patientrörlighet inom EES – komplet-
terande förslag för tandvården. [52]
Slopad jämställdhetsbonus. [55]
Ökad tillgänglighet till sprututbytesverk-
samtigheter i Sverige. [56]
Reformerade stöd till barn och vuxna med
funktionsnedsättning. [58]
Särskilda satsningar på ungas
& äldres hälsa. [59]

Utbildningsdepartementet

En stärkt yrkeshögskola – ett lyft för
kunskap [41]



