

Till socialutskottet

Socialutskottet har den 24 september 1996 berett bl.a. socialförsäkringsutskottet tillfälle att yttra sig över proposition 1996/97:27 Läkemedelsförmåner och läkemedelsförsörjning m.m. jämte de motioner som har samband med socialförsäkringsutskottets beredningsområde.

Socialförsäkringsutskottet begränsar sitt yttrande till att avse regeringens förslag att överföra kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen från staten till landstingen och kommunerna. Utskottet yttrar sig också över motionerna 1996/97:So6 yrkande 1, 1996/97:So7 yrkande 1 och 1996/97:So9 yrkande 1 vari yrkas avslag på propositionen.

Samhällets finansiering av läkemedel

Nuvarande ordning

Staten svarar genom den allmänna försäkringen för finansieringen av läkemedelsförmånen. Förmånen omfattar prisnedsatta och vissa kostnadsfria läkemedel, kostnadsfria förbrukningsartiklar vid vissa sjukdomar samt vissa prisnedsatta livsmedel vid vissa sjukdomar för barn under 16 år. Den enskilde konsumenten betalar vid inköp av ett förskrivet prisnedsatt läkemedel en avgift på högst 170 kr med ett tillägg på högst 70 kr för varje ytterligare samtidigt förskrivet läkemedel. Den som köpt prisnedsatta läkemedel eller erlagt patientavgift för läkarvård eller annan sjukvårdande behandling med sammanlagt minst 2 200 kr erhåller kostnadsbefrielse under den tid som återstår av ett år räknat från den första betalningen (högkostnadsskydd). Om ett landsting har beslutat om att för sin del tillämpa ett lägsta belopp som understiger 2 200 kr skall dock det beloppet gälla. För närvarande gäller att 21 av 26 landsting har en högkostnadsgräns på 1 800 kr. Statens kostnader för läkemedelsförmånen uppgick år 1995 till 12 409 miljoner kronor. För år 1996 beräknas kostnaden till 13 625 miljoner kronor. Konsumenternas andel av de totala kostnaderna för prisnedsatta och kostnadsfria läkemedel utgör år 1996 ca 20 %.

De läkemedel som används inom den slutna vården betalas helt av sjukvårdshuvudmännen och finansieras liksom hälso- och sjukvården i övrigt främst via landstingsskatten.

I propositionen anføres att ett nytt system måste utformas så att de samlade resurserna för hälso- och sjukvården används så effektivt som möjligt i ett längre perspektiv. Den snabba kostnadsutvecklingen vad avser läkemedel måste bromsas såväl kortsiktigt som i ett längre perspektiv. Att samla resurserna för hälso- och sjukvård och läkemedel gör det enligt regeringen möjligt för hälso- och sjukvården att samordna och avväga olika former av terapier, att rikta kostnaderna för allt dyrare vård och behandlingsmetoder till dem som har de största behoven och att göra en bättre samordning mellan den öppna och slutna vården. Enligt regeringen måste läkemedelsförmånen sålunda mer aktivt än för närvarande medverka till ett rationellt utnyttjande av de samlade resurserna och till hög kvalitet i verksamheten.

I propositionen föreslås att kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen skall överföras till sjukvårdshuvudmännen fr.o.m. år 1998. Staten och landstingsförbundet är emellertid ense om att överskridande av beräknade kostnader är ett gemensamt ansvar även för år 1997 och att det åligger såväl staten som landstingen att söka motverka en sådan avvikelse och att kostnaderna för läkemedelsförmånen skall fördelas enligt en vinst- och förlustdelningsmodell. När landstingen övertar kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen skall den statliga ersättningen lämnas i form av ett särskilt statsbidrag. Storleken på detta skall, enligt en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet, fastställas med senast kända utfall som grund, varefter hänsyn tas till förväntad inflation samt volym- och sortimentsförändringar avseende läkemedel som beräknas under tiden t.o.m. år 1998. En vinst- och förlustdelningsmodell skall finnas även för år 1998. En liknande modell för ersättning skall även gälla för åren 1999–2000. Vidare anges i överenskommelsen att parterna är ense om att under år 2000 träffa överenskommelse om ny modell för statens ersättning till landstingen för läkemedelsförmånens kostnader.

Enligt nu gällande bestämmelser tillhandahålls förbrukningsartiklar vid inkontinens kostnadsfritt den som på grund av sjukdom eller efter behandling av sådan sjukdom är i fortlöpande behov därav. I propositionen föreslås att ansvaret för tillhandahållande av sådana artiklar överförs fr.o.m. den 1 januari 1997 från staten till landstingen vad avser brukare med eget boende och till kommunerna vad avser brukare i särskilt boende. Däremot skall kostnadsansvaret för dessa artiklar åvila staten för år 1997 för att därefter föras över till landstingen och kommunerna fr.o.m. år 1998. Ansvaret regleras i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Motionerna

I motion So6 yrkande 1 av Gullan Lindblad m.fl. (m) yrkas avslag på propositionen. Beträffande överförandet av kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen från staten till landstingen anför motionärerna bl.a. följande. Den svenska sjukvårdspolitik har under de senaste 25 åren kännetecknats av att det finansiella ansvaret för sjukvården successivt överförts från nationell nivå till landstingsnivå. Motiveringarna bakom överföringarna har varit att landstingens dominerande roll som producent av vård borde sammanföras med det

finansiella ansvaret. I praktiken har en rad olikheter mellan landstingen både vad gäller skattekraft, befolkningsstruktur och urbanisering inneburit att betydande skillnader har behövt utjämnas genom statliga ingripanden och åtgärder i form av skatteutjämningsbidrag etc. Denna politik har enligt motionärerna varit behäftad med betydande brister sett ur det offentliga synvinkel dels ur finansiell synpunkt, dels ur sjukvårdssynpunkt. Dessutom innebär landstingens finansieringsansvar mycket stora nackdelar sett ur den enskildes perspektiv. Detta hänger samman med bl.a. att den enskilde inte kan klara den finansiella planeringen för sin sjukvård över livscykel. Kostnaderna kan vara svåra att överblicka och riskerna mycket ojämnt fördelade. Finansieringen av vården borde därför ske antingen genom försäkringslösningar eller genom en statlig sjukvårdsförsäkring och/eller genom utfästelser att det offentliga står för vården och att vården löpande bekostas via skattekollektivet. Motionärerna framhåller som exempel på nackdelarna med en kommunal finansiering att det inom vården av de äldre finns exempel på hur finansieringen på primärkommunal nivå kan leda till att den enskilde i praktiken åläggs flyttningsförbud. Den som blir sjuk och vårdkrävande kan endast få vård och service där han eller hon varit mantalsskriven innan sjukdomstillstånd inträdde. I viss mån finns enligt motionärerna redan samma inlåsnings effekter på landstingsnivå och dessa kan förstärkas vid växande finansiella och demografiska problem. Med hänsyn till de redovisade synpunkterna bör enligt motionärerna läkemedelsförmånen inte ges en landstingskommunal finansiering. Det är i stället de landstingskommunala och de primärkommunala finansieringssystemen av sjuk- och äldreomsorg som på nytt bör ifrågasättas.

Enligt motionärerna har de ökningar av statens läkemedelskostnader som skett under senare år till stor del orsakats av politiska beslut som förskjutit betalningen från t.ex. primärkommunal nivå till staten, från landstingsnivå till staten och till konsumentnivå. Exempel på sådana politiska beslut är ÅDEL-reformen och frikostiga frikortsregler som på ett icke avsett sätt kraftigt höjt statens kostnader. Motionärerna ifrågasätter vidare landstingens möjlighet att styra läkemedelsanvändningen mer kostnadseffektivt. Argumenteringen i propositionen att om landstingen har kostnadsansvaret kommer de på ett mera aktivt sätt att påverka läkarnas förskrivningsvanor är enligt motionärerna inte hållbar.

I motionen framhålls slutligen att läkemedelsindustrin med rätta fruktar att landstingens totala kostnadsansvar för sjukvården kommer att leda till en uttunning och minskad satsning på den kvalificerade sjukvården. Detta kan äventyra läkemedelsindustrins lokalisering framför allt av sina forskningsavdelningar till Sverige. I förlängningen innebär detta enligt motionärerna att också de producerande enheterna i ökad utsträckning kommer att få en lokalisering utanför Sverige.

I motionerna So7 yrkande 1 av Chatrine Pålsson m.fl. (kd) och So9 yrkande 1 av Thomas Julin m.fl. (mp) yrkas avslag på propositionen med i huvudsak den motiveringen att förslaget drabbar dem som är i bäst behov av skydd.

Som framgått ovan har utgiftsutvecklingen för läkemedelsförmånen under senare tid varit betydande. Orsakerna härtill är enligt utskottets uppfattning flera. Som exempel kan nämnas en fortsatt ökning av volymen förskrivna läkemedel samt att nya, dyrare och mer effektiva läkemedel förskrivs. Enligt utskottets mening är också högkostnadsskyddets konstruktion i sig kostnadsdrivande. Under senare år har egenavgifterna i förmånen kraftigt höjts vilket lett till en kraftig ökning av antalet frikort och därmed fler avgiftsbefriade läkemedelsinköp med utgiftsökningar som följd.

I propositionen anförts att läkemedelsförmånen schematiskt sett fungerar enligt ett trepartsförhållande där ansvaret för kostnaderna och en fortlöpande kostnadseffektivitetsutveckling åvilar staten men där staten i stort sett saknar möjlighet att påverka de två andra parternas agerande, nämligen förskrivarna och läkemedelsanvändarna. Det råder också stor skillnad i kunskap och information om läkemedel som terapi mellan de tre aktörerna. Staten som via Riksförsäkringsverket svarar för finansieringen saknar såväl reella förutsättningar som information för att bedöma lämpligheten av olika förskrivningar. De redovisade förhållandena är enligt regeringens uppfattning en viktig förklaring till att kostnaden för läkemedelsförmånen har ökat med i genomsnitt 10 % per år under den senaste tioårsperioden fram t.o.m. år 1994. Det finns dock ytterligare förklaringar till kostnadsökningen; ett exempel är ÅDEL-reformen.

Mot bakgrund av bl.a. det anförda är det enligt regeringens uppfattning inte längre relevant att särbehandla de offentliga utgifterna för läkemedel i förhållande till övriga hälso- och sjukvårdsutgifter. Genom att flytta kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen ges det i framtiden bättre möjligheter för dessa att styra resursanvändningen och genomföra prioriteringar som innebär en effektivare resursanvändning och därmed bättre vård för befolkningen.

Enligt utskottets mening innebär det nuvarande förmånssystemets finansiering svaga incitament för kostnadskontroll och kostnadseffektivitet. Åtgärder som vidtagits under senare år för att bromsa kostnadsutvecklingen har endast haft marginell effekt. Således saknar staten enligt utskottets uppfattning i praktiken kontroll över kostnadsutvecklingen på området. Ett överförande av kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen från staten till landstingen innebär enligt utskottets uppfattning att det skapas bättre förutsättningar för kostnadskontroll och kostnadseffektivitet. Detta fastmer som sjukvårdshuvudmännen genom olika förslag i propositionen får en reell möjlighet att påverka prissättningen på läkemedel och genom att det skapas bättre informationssystem som gör det möjligt att följa upp läkemedelsförskrivningen ekonomiskt och medicinskt. Utskottet förutsätter att effekterna av förslaget noga följs upp.

Mot bakgrund av det anförda tillstyrker utskottet regeringens förslag att överföra kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen från staten till sjukvårdshuvudmännen. Utskottet avstyrker bifall till motionerna So6 yrkande 1 samt So7 yrkande 1 och So9 yrkande 1 i detta avseende.

På socialförsäkringsutskottets vägnar

Börje Nilsson

I beslutet har deltagit: Börje Nilsson (s), Gullan Lindblad (m), Margareta Israelsson (s), Maud Björnemalm (s), Margit Gennser (m), Lennart Klockare (s), Ingrid Skeppstedt (c), Sven-Åke Nygårds (s), Gustaf von Essen (m), Ronny Olander (s), Mona Berglund Nilsson (s), Ragnhild Pohanka (mp), Rose-Marie Frebran (kd), Siw Wittgren-Ahl (s), Åke Sundqvist (m), Marie Engström (v) och Karl-Göran Biörsmark (fp).

Avvikande meningar

1. Samhällets finansiering av läkemedel

Gullan Lindblad, Margit Gennser, Gustaf von Essen och Åke Sundqvist (alla m) anser att den del av utskottets yttrande som börjar med "Som framgått" och slutar med "i detta avseende." bort ha följande lydelse:

Den svenska sjukvårdspolitiken har under de senaste 25 åren kännetecknats av att bl.a. det finansiella ansvaret för sjukvården successivt överförts från nationell nivå till landstingsnivå. Motiveringarna bakom överföringarna har varit att landstingens dominerande roll som producent av vård borde sammanföras med det finansiella ansvaret. I princip skulle landstingsskatterna helt finansiera sjukvården. På så sätt skulle hela ansvaret för vården, produktion och finansiering ligga på samma beslutsinstans. I praktiken har en rad olikheter mellan landstingen både vad gäller skattekraft, befolkningsstruktur och urbanisering inneburit att betydande skillnader behöver utjämnas genom statliga ingripanden och åtgärder i form av skatteutjämningsbidrag etc. Att få fram en rättvisande jämförelse mellan olika landstings ekonomiska förhållanden och de kostnader och krav som ställs på sjukvården är svårt, om inte omöjligt. I detta sammanhang kan man inte heller bortse ifrån att sjukvården i vissa landsting är bättre administrerad och effektivare än i andra. Detta innebär att de kostnader som utgör underlaget för vissa statliga transfereringar till landstingen utgörs av för landstingen både påverkbara och icke påverkbara faktorer. Att urskilja dessa ifrån varandra är med den redovisning och redovisningspraxis som landstingen tillämpar näst intill omöjligt.

Den politik som således nu förts under de senaste decennierna, att lägga det finansiella ansvaret på landstingen, har varit behäftad med betydande brister sett ur det offentliga synvinkel. På grund av statens finansiella problem har det dock ofta varit politiskt taktiskt att dela upp finansieringen av utgifter, som av den politiska majoriteten ansetts oundvikliga, på flera skatteinivåer.

Att lägga finansieringsansvaret på landstingen innebär mycket stora nackdelar från den enskildes perspektiv. För den enskilde är det uppenbart att sjukvårdsfinansieringen har många drag som motsvarar dem som vi möter i

de offentliga pensionssystemen. Här betalar den enskilde genom sina skatter kollektivt för att täcka ett visst års kostnader för sjukvård. Den utlovade och underförstådda motprestationen är att han/hon skall komma i åtnjutande av sjukvård, när ett sådant behov uppstår längre fram. Sjukvårdsfinansieringen bygger på ett fördelningssystem på samma sätt som ATP-systemet. Pensionssystemen har reglerats av en nationell lagstiftning, vilket har gett systemen mer stadga och ett fastare regelsystem, medan sjukvårdsförmånerna har fått en lösligare juridisk form. Hälso- och sjukvårdslagen är när det gäller den enskildes juridiska rättigheter allmänt hållen. Den är i huvudsak formulerad som en ramlag, där praxis och myndigheter närmare preciserar reglerna. Detta innebär att den enskilde som betalar en avgift/skatt som är avsedd att täcka ett sjukvårdsbehov, som kanske uppträder först 40 år senare, får ett svagt skydd, t.ex. om landets ekonomi försämras, vid helt ändrade demografiska och regionalekonomiska förhållanden samt om den enskilde önskar ändra bosättningsförhållanden efter det att problem med hälsan inträtt. Om sjukvården skall finansieras genom skatter, är således ett grundläggande krav att uttaget sker på nationell nivå, och därför bör trenden att skjuta över finansieringen till lägre skattenivåer inte få fortsätta. I motion 1996/97:So207 av Gullan Lindblad m.fl. (m) krävs också att sjukvården skall finansieras genom en nationell specialdestinerad sjukvårdsförsäkring. Läkemedelsförmånen är den sista sjukvårdsförmån som finansieras nationellt. Med hänsyn till vad som ovan anförts bör inte den förmån som fortfarande finansieras nationellt ges en landstingskommunal finansiering. Det är i stället de landstings- och numera också primärkommunala finansieringssystemen av sjuk- och äldre-vård som på nytt bör övervägas för att få ett fastare och lämpligare utformat finansieringssystem för sjuk- och hälsovård.

I propositionen framhålls att kostnaderna för läkemedelsförmånen ökat mycket snabbt. De öknings av statens läkemedelskostnader som redovisats under senare år har till stor del orsakats av politiska beslut, som förskjutit betalningen från en nivå till en annan, t.ex. från primärkommunal nivå (från tidigare landstingen) till staten, från landstingsnivå till statlig nivå och till konsumentnivå för att sedan genom liberala frikortsbestämmelser återigen leda till en icke avsedd kostnadsövertäring på staten.

Utredningen Reform på recept (SOU 1995:122), på vilken propositionen grundar mycket av sina diskussioner, har framför allt granskat statens kostnadsökningar för läkemedel. Detta är ett irrelevant betraktelsesätt. Vad som är av intresse är *den totala kostnadsökningen samt den totala kostnadsökningen för det offentliga* oberoende av vilken nivå som drabbas.

De statliga kostnaderna har bl.a. påverkats av följande politiska beslut och åtföljande åtgärder som vidtagits på olika sjukvårdsnivåer. Ädelreformen har, på ett icke avsett sätt, kraftigt höjt statens kostnader. När landstingen var huvudmän för sjukhemmen, som nu benämns särskilt boende, betraktades vården som slutenvård och betalades av landstingen. När primärkommunerna övertog vården blev samma vårdformer öppen vård, vilket inneburit att den statliga läkemedelsförmånen har fått bära läkemedelskostnader och kostnader för inkontinensmedel, som tidigare betalades av landstingen. Det har således skett en kostnadsförskjutning som på årsbasis ligger mellan 500 miljoner kronor och 1 miljard kronor från primärkommunerna.

I och med att de läkemedel som förskrivits till tidigare sjukhemspatienter numera förskrivs till patienter i särskilt eller eget boende, har också en förskjutning skett i strukturen på Apoteksbolagets försäljning. Läkemedel som säljs till landstingen har haft betydligt lägre påslag. Apoteksbolagets marginaler för läkemedel (allt annat lika) har således också ökat kostnaderna för staten med ca 100 miljoner kronor och givit Apoteksbolaget en ökad vinst på motsvarande belopp.

Politiska beslut om frikortsregler har drivit fram en kostnadsövertvåltring från landsting till statlig nivå. Antalet frikort som utfärdades i januari 1996 var således 60 % fler än året tidigare. Frikorten gäller både för läkemedelsinköp och läkarbesök m.m. Många landsting har inte höjt gränsen för högstkostnadsskyddet. Samtidigt har vissa läkartaxor, framför allt specialisttaxan höjts. Riksdagen har dessutom höjt egenavgifterna för läkemedel till 170 kr för det första läkemedlet och till 70 kr för varje ytterligare förskrivet läkemedel med en angiven besparingseffekt på 185 miljoner kronor. Denna besparing blev endast 35 miljoner kronor beräknad på årsbasis.

Läkemedelsverkets rekommendationer höjer i vissa fall kostnaderna. År 1995 rekommenderade t.ex. Läkemedelsverket ökad användning av SSRI-preparat (moderna antidepressiva medel). Kostnaden för dessa preparat utgjorde ca 200 miljoner kronor. Behandlingsrekommendationen ledde till en fördubbling av kostnaderna för antidepressiva medel. Nu har kostnaderna enligt senare siffror ökat till över 600 miljoner kronor och utvecklingen beräknas höja omsättningen till 1 200 miljoner kronor.

Nya produkter och terapier ökar kostnaderna för läkemedelsförmånen, denna ökning svarar för ca 200 miljoner kronor år 1995. Motsvarande siffra för år 1997 beräknas till 380 miljoner kronor. Nya produkter leder dock till kostnadsminskningar av minst samma omfattning inom slutenvården, sjukförsäkringen, förtidspensioneringen etc. Kostnaderna för sjukförsäkring och förtidspensioneringar finns redan på statlig nivå. De minskade kostnaderna inom sjukvården/primärkommunala vården bör helt eller delvis komma staten till godo. Förslaget i propositionen att lägga kostnadsansvaret på landstingen ger inte en enklare och korrektare lösning, utan den ökar den administrativa komplexiteten.

Apoteksbolagets marginaler driver upp kostnaderna för nya produkter. Marginalens konstruktion innebär nämligen att nya, dyrare läkemedel ger Apoteksbolaget högre marginal i kronor räknat. Denna kostnadsökning kan år 1995 uppskattas till ett par hundra miljoner kronor, vilket drabbar läkemedelsförmånen med minst 75 % av fördyringen. Med tanke på den ökning av nya produkter som kan förväntas år 1997, skulle oförändrad prissättningsmetodik hos Apoteksbolaget leda till en nästan fördubblad fördyring.

Kostnadsövertvåltringen från slutet till öppen vård inom landstingen har av RFV beräknats till ca 200 miljoner kronor för år 1995. Denna övertvåltring tycks öka beroende på nya läkemedelsterapier, nya operationsmetoder etc. Svårt sjuka cancerpatienter vårdas t.ex. i ökad utsträckning i öppenvård. Samma gäller dialyspatienter och ögonkirurgi. Det är fråga om rena rationaliseringseffekter.

Prisökningarna har totalt varit begränsade, 1,7 %, trots valutaförhållandena. Volymökningarna brukar ligga på 34 % av kostnadsökningen. Avgö-

rande för denna faktor är demografiska faktorer, dvs. icke påverkbara faktorer.

Sammanfattningsvis kan huvuddelen av kostnadsökningarna år 1995 och tidigare för den statliga läkemedelsförmånen härledas till politiska beslut, som lett till förskjutningar i kostnadsansvaret mellan olika nivåer, men inte till totalt ökade kostnader. Det som brister är inte att staten har kostnadsansvaret. Svårigheterna att följa kostnadsutvecklingen hänger snarare samman med alltför frekventa organisationsförändringar inom vården, ofta initierade av regering och riksdag samt dåligt analyserade effekter av de föreslagna och beslutade förändringarna.

Argumenteringen i propositionen att om landstingen har ansvaret, kommer de att på ett mera aktivt sätt påverka läkarnas förskrivningsvanor håller inte. Som visats ovan är det bl.a. Läkemedelsverkets rekommendationer som framför allt lett och kommer att leda till kraftiga kostnadsökningar t.ex. för antidepressiva medel. Stora svårigheter, inte minst av etisk natur, skulle uppkomma, om det politiskt styrda landstinget skall försöka påverka en mycket känslig professionell medicinsk verksamhet i vad som är "vetenskap och beprövad erfarenhet" och som sammanfaller med Läkemedelsverkets rekommendationer. Frågan blir än allvarligare med tanke på att i stort sett alla läkare i landet är beroende av landstingen för sin yrkesutövning. Landstingen är snart den enda arbetsgivaren för läkarna och har numera också makt att avgöra vilka privatpraktiker som skall få ersättning av skattemedel genom ett vårdavtal med läkaren i fråga.

Mot bakgrund av det anförda bör socialutskottet tillstyrka bifall till motion So6 yrkande 1.

2. Samhällets finansiering av läkemedel

Ragnhild Pohanka (mp) och Rose-Marie Frebran (kd) anser att den del av utskottets yttrande som börjar med "Som framgått" och slutar med "i detta avseende." bort ha följande lydelse:

Förutom att kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen skall överföras från staten till landstingen innehåller propositionen ett antal förslag i andra avseenden. Således föreslås ett helt nytt subventioneringssystem för köp av läkemedel och patientbesök inom den öppna hälso- och sjukvården. Förslaget innebär att läkemedelsförmånen separeras från andra förmåner i samband med behov av hälso- och sjukvård och att förmånen skyddas mot sammanlagda kostnader för läkemedel i stället för att som för närvarande subventionera alla enstaka läkemedelsinköp över en viss summa. Förmånen föreslås begränsa patientens samlade läkemedelsutgifter under en tolv månadersperiod till 1 300 kr. Vidare föreslås att den s.k. fria listan slopas. Den öppna hälso- och sjukvården föreslås få ett eget högkostnadsskydd med ett egenkostnadstak på högst 900 kr för en tolv månadersperiod. Vidare återfinns i propositionen förslag om receptregister m.m.

Enligt vår uppfattning innebär regeringens förslag att de som kommer att drabbas är de som har sämst ekonomiska förutsättningar och är i störst behov av läkemedel. Ett sådant förslag kan inte accepteras. Regeringen bör därför återkomma till riksdagen med ett nytt förslag som präglas av solidaritet med

dem som har stora behov av läkemedel och sjukvårdande behandling. Mot
bakgrund av det anförda bör socialutskottet tillstyrka bifall till motionerna
So7 yrkande 1 och So9 yrkande 1.

1996/97:SfU2y