

Socialdepartementet

Sveriges Kommuner och Landsting

Ny behovsmodell för läkemedel?

2012 02 27

Innehåll

Sammanfattning.....	3
Bakgrund.....	4
Nuvarande behovsmodell	4
Olika modeller för att fördela ersättningen för läkemedelsförmåner efter behov	6
Utfall i statsbidrag för 2011 med olika modeller.....	6
Modellernas träffsäkerhet mot faktisk kostnad	9
Arbetsgruppens förslag.....	12
Behovsmodell	12
Solidarisk finansiering	12
Dubbelutjämning i dagens system	12
Effekter av dubbelutjämningen	13
Införanderegler	15
Fördelning av ersättning för läkemedelskostnaderna m.m. på längre sikt	16
Uppdrag till Statskontoret.....	17
Bilaga 1	18
Beskrivning av nuvarande behovsmodell för läkemedel	18
Bilaga 2	20
Beskrivning av utjämningskommitténs förslag till behovsmodell för hälso- och sjukvård.....	20

Sammanfattning

Arbetsgruppen har haft i uppdrag att se över nuvarande behovsmodell som ligger till grund vid fördelning av statsbidrag mellan landstingen för läkemedelsförmånerna. Gruppen har vidare haft i uppdrag att beskriva hur modellen skulle kunna utformas inom ramen för systemet för kommunalekonomisk utjämning. Arbetsgruppen har analyserat flera alternativa utformningar av behovsmodell. Resultaten visar att de olika alternativen av behovsmodell ger förhållandevis små omfördelningseffekter mellan landstingen (resultaten redovisas i tabell 2). Mot denna bakgrund förordar arbetsgruppen en modell baserad på data från Skåne läns landsting och apotekens utförsäljningspris (AUP). Denna modell är mest lik den modell som används inom ramen för den kommunalekonomiska utjämningen vilket också gör det enklare att - vid behov - utveckla modellen i framtiden. Arbetsgruppen bedömer vidare att den föreslagna behovsmodellen, tillsammans med nuvarande solidariska finansieringsmodell, kan föras över till kostnadsutjämningen i den kommunalekonomiska utjämningen tidigast från och med år 2013. Arbetsgruppen har inte analyserat den nuvarande solidariska finansieringen och föreslår därför ingen förändring av den solidariska finansieringen i detta skede. Arbetsgruppen avser att under våren återkomma vad gäller den solidariska finansieringen.

Den föreslagna behovsmodellen, i kombination med arbetsgruppens förslag att det endast är läkemedelskostnaderna i förmånen som ska utjämnas inom kostnadsutjämningen, innebär vissa ekonomiska effekter för de enskilda landstingen. Arbetsgruppens analys visar att Stockholms Uppsala, Jönköpings och Kronobergs läns landsting kommer att förlora medan de övriga landstingen kommer att vinna på förändringen. Dessa effekter kan vid behov t.ex. hanteras inom ramen för det införandebidrag som föreslås av Utjämningskommittén.⁰⁸ (SOU 2011:39). Enligt kommitténs förslag ska inget landsting förlora mer än 250 kronor per invånare och år. I tabell 9 redovisas för respektive landsting de sammanlagda bidragsförändringarna dvs. bidragsförändringar av utjämningskommitténs förslag tillsammans med en ändrad behovsmodell för läkemedelsförmånerna.

Arbetsgruppen anser vidare att det är önskvärt att på lite längre sikt finna en modell som behandlar läkemedel lika oberoende av om de förskrivs på recept eller rekvireras. Det är också önskvärt att utjämningen för sjukvård och läkemedelsförmånen utformas så att eventuella negativa incitament vid avväganden mellan läkemedelsbehandling och andra behandlingsformer undanröjs. Mot denna bakgrund föreslår arbetsgruppen att Statskontoret, som har i uppdrag att löpande följa upp det kommunalekonomiska utjämnningssystemet, så snart som möjligt får i uppdrag av regeringen att utreda och föreslå en ny modell som avser den totala hälso- och sjukvårdskostnaden.

Bakgrund

I överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om statens ersättning till landstingen för kostnader för läkemedelsförmånerna m.m. för 2011 framgår att parterna är överens om att inleda diskussioner om förutsättningarna för att föra över medlen på anslag 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna under utgiftsområde 9 till anslag 1.1 Kommunalekonomisk utjämning, under utgiftsområde 25 på statsbudgeten. Parterna var också överens om att tillsätta en gemensam arbetsgrupp. Arbetsgruppen formerades och startade sitt arbete i augusti. Gruppen har haft i uppdrag att genomföra en översyn av den nuvarande behovsmodellen, inklusive den solidariska finansieringen, samt hur denna skulle kunna utformas inom ramen för systemet för kommunalekonomisk utjämning.

I denna promemoria beskriver arbetsgruppen de behov som finns av förändringar i nuvarande behovsmodell och hur en behovsmodell för läkemedelskostnader m.m. skulle kunna införlivas i kostnadsutjämningen i systemet för kommunalekonomisk utjämning tidigast från år 2013. För 2012 har arbetsgruppen inte funnit någon anledning till att föreslå förändringar jämfört med dagens utformning.

Arbetsgruppen har i sitt arbete tagit hänsyn till den översyn som nyligen har gjorts av systemet för kommunalekonomisk utjämning av Utjämningskommittén.⁰⁸ Kommittén lämnade sitt betänkande *Likvärdiga förutsättningar – Översyn av den kommunala utjämningen* (SOU 2011:39) till regeringen i april 2011. I betänkandet föreslås bl.a. förändringar från 2013 inom de delar som rör landstingen. Betänkandet har varit ute på remiss och bereds för närvarande inom Finansdepartementet.

I arbetsgruppen har följande personer deltagit; Derk de Beer, Jessica Bylund och Bo Claesson från Sveriges Kommuner och Landsting; Ann Einerth och Pontus Johansson från Socialdepartementet och Malin Ekelund från Finansdepartementet.

Nuvarande behovsmodell

I nuvarande behovsmodell baseras fördelningen av statsbidraget på skillnader i befolkningsstruktur och socioekonomi. Fördelningen baseras på förbrukningen av läkemedel i olika åldrar och kön, dessutom tas hänsyn till att behovet skiljer sig åt med hänsyn till socioekonomiska förhållanden som inkomst, boende, sysselsättning och civilstånd. Vidare finansieras läkemedelsbehandlingen för vissa sjukdomar, där behoven är ojämnt fördelade mellan landstingen, solidariskt av landstingen. Kostnaderna för den solidariska finansieringen ryms inom ramen för statsbidraget. Landstingen får antingen ett avdrag eller ett tillägg av statsbidraget i denna delmodell. För att ett läkemedel som ingår i

läkemedelsförmånerna ska omfattas av den solidariska finansieringen måste följande kriterier vara uppfyllda:

- att det föreligger en mycket ojämn fördelning av patienter mellan landstingen med en viss sjukdom som kräver läkemedelsbehandling
- att läkemedelsbehandlingen är kostsam och medför en betydande kostnad för ett enskilt landsting jämfört med andra landsting
- att läkemedlet är dokumenterat effektivt

Tabell 1. Fördelning av statsbidrag 2010 med nuvarande behovsmodell, kronor per invånare

Statsbidrag år 2010 Landsting	Statsbidrag enl behovs- modell kr/inv	Solidariska läkemedel, kr/inv	Statsbidrag kr/inv
Stockholm	2 324	44	2 368
Uppsala	2 323	-17	2 307
Sörmland	2 554	-17	2 537
Östergötland	2 461	-12	2 449
Jönköping	2 427	-9	2 418
Kronoberg	2 422	-17	2 406
Kalmar	2 588	-17	2 572
Gotland	2 527	-17	2 510
Blekinge	2 552	-17	2 535
Skåne	2 432	-16	2 416
Halland	2 435	-17	2 418
VGR	2 413	-17	2 397
Värmland	2 563	27	2 590
Örebro	2 497	-17	2 480
Västmanland	2 537	-17	2 520
Dalarna	2 559	-17	2 543
Gävleborg	2 576	-17	2 560
Västernorrland	2 590	-17	2 573
Jämtland	2 523	-17	2 507
Västerbotten	2 420	0	2 420
Norrbottn	2 557	31	2 587
Totalt	2 437	0	2 437

Av tabellen ovan framgår det att Stockholms, Värmlands och Norrbottens läns landsting får ett tillägg med mellan 27 och 44 kronor per invånare genom den solidariska finansieringen. Övriga landsting får generellt sett ett avdrag på cirka 17 kronor per invånare. De landsting som omfattas av den solidariska finansieringen får aldrig full ersättning för sina kostnader för dessa läkemedel.

Olika modeller för att fördela ersättningen för läkemedelsförmånerna efter behov

Den befintliga behovsmodellen för fördelning av ersättning för läkemedelsförmånerna beaktar ålder, kön och socioekonomiska variabler baserat på data från Skåne läns landsting. Modellen baseras främst på åldersstruktur och indirekta samband mellan läkarbesök och behov av läkemedel för att beakta skillnader i socioekonomi. Behovsmodellen har använts sedan 2002. Vid framtagandet av befintlig modell fanns inte tillgång till individdata inom läkemedelsområdet. Idag finns det tillgång till individdata för läkemedel förskrivna inom läkemedelsförmånerna hos Socialstyrelsen. Uppgifterna från Östergötlands läns landsting innehåller dessutom information om kostnader för rekvisitionsläkemedel per person. Med denna nya statistik går det att ta fram en modell baserad på faktiska kostnader för läkemedel m.m. inom förmånen och med data från Östergötlands läns landsting även för rekvisitionsläkemedel. Det går därmed att direkt koppla skillnader i konsumtion av läkemedel m.m. till demografiska och olika socioekonomiska variabler. Dataunderlaget baseras på 2008 års uppgifter avseende konsumtion och socioekonomi.

Alternativa socioekonomiska variabler eller definitioner av dessa variabler har inte kunnat utvärderas inom ramen för detta arbete. I ett sådant arbete skulle hela riket eller landsting från olika delar av landet, kunnat användas som underlag för att utveckla modellen. Det utvecklingsarbete som har gjorts inom ramen för detta uppdrag har avgränsats till att uppdatera nuvarande modell med faktiska kostnader från Skåne läns landsting och Östergötlands läns landsting.¹

Utgångspunkten för de jämförelser som redovisas framöver är kostnader mätt som total AUP inklusive moms. Genom att utgå från AUP är fokus patienternas totala konsumtion eller behov av läkemedel, oavsett om de betalas av patient eller landsting. Till detta adderas kostnader för rekvisitionsläkemedel baserat på analyser av data från Östergötlands läns landsting. En modell som inkluderar rekvisitionsläkemedel ser på patientens hela behov av läkemedel oavsett om ordinationen sker på recept eller inom slutenvården. En sådan modell är neutral för skillnader i gränssnitt mellan öppen och sluten vård.

Utfall i statsbidrag för 2011 med olika modeller

Huvudalternativen till nuvarande modell (se bilaga 1) som utvärderats baseras på:

- total AUP från Skåne läns landsting
- total AUP från Skåne läns landsting och Östergötlands läns landsting

¹ Läkemedelsdata har hämtats från Socialstyrelsens Läkemedelsregister och data om socioekonomi från Statistiska Centralbyrån.

- total AUP och rekvisitionsläkemedel från Östergötlands läns landsting

Skillnader mellan de olika modellerna illustreras genom att fördela statsbidraget för 2011 i enlighet med de alternativa modellerna i jämförelse med nuvarande modell.

Tabell 2. Statsbidrag 2011 med nuvarande modell och alternativa modeller. Kronor per invånare.

Landsting	Nuv. behovs- modell	AUP Skåne	AUP Skåne & Östergötland	AUP o rekv Östergötland
Stockholm	2 324	2 257	2 261	2 291
Uppsala	2 323	2 307	2 309	2 311
Sörmland	2 553	2 576	2 573	2 563
Östergötland	2 461	2 488	2 487	2 489
Jönköping	2 427	2 424	2 417	2 385
Kronoberg	2 422	2 410	2 407	2 381
Kalmar	2 588	2 629	2 625	2 603
Gotland	2 527	2 571	2 570	2 545
Blekinge	2 551	2 602	2 601	2 588
Skåne	2 431	2 439	2 442	2 451
Halland	2 435	2 440	2 435	2 402
Västra Götaland	2 413	2 423	2 423	2 421
Värmland	2 563	2 600	2 599	2 587
Örebro	2 496	2 532	2 530	2 523
Västmanland	2 536	2 564	2 561	2 558
Dalarna	2 559	2 578	2 575	2 551
Gävleborg	2 576	2 635	2 632	2 618
Västernorrland	2 590	2 621	2 616	2 597
Jämtland	2 523	2 551	2 549	2 530
Västerbotten	2 420	2 439	2 436	2 424
Norrbotten	2 557	2 616	2 611	2 590
Totalt	2 437	2 437	2 437	2 437

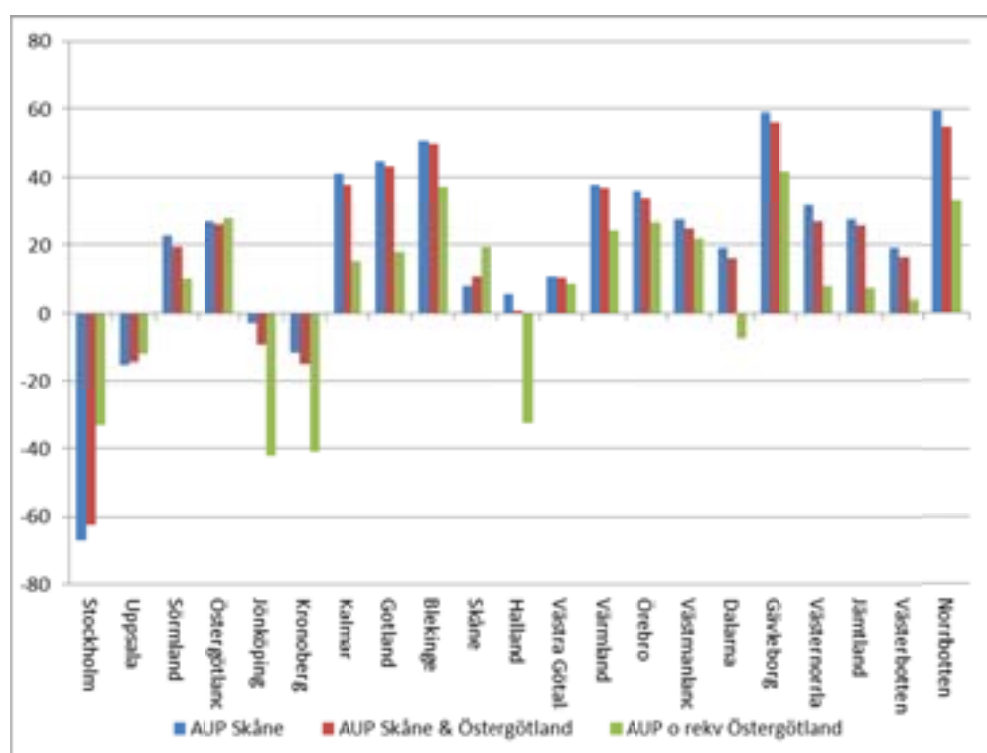
I tabellen ovan visas hur statsbidraget skulle fördelats 2011 exklusive solidariska läkemedel med de alternativa modellerna. I tabell 3 visas skillnaderna för de alternativa modellerna jämfört med nuvarande statsbidrag för att förtydliga effektern.

Tabell 3. Avvikelser i statsbidrag med alternativa modeller jämfört med nuvarande modell för statsbidraget 2011. Kronor per invånare

Landsting	Nuv modell	AUP Skåne	AUP Skåne & Östergötland	AUP o rekv Östergötlan
Stockholm	2 324	-67	-62	-33
Uppsala	2 323	-15	-14	-12
Sörmland	2 553	23	19	10
Östergötland	2 461	27	26	28
Jönköping	2 427	-3	-9	-42
Kronoberg	2 422	-12	-15	-41
Kalmar	2 588	41	38	15
Gotland	2 527	45	43	18
Blekinge	2 551	51	50	37
Skåne	2 431	8	11	19
Halland	2 435	5	1	-32
Västra Götaland	2 413	10	10	8
Värmland	2 563	38	37	24
Örebro	2 496	36	34	27
Västmanland	2 536	28	25	22
Dalarna	2 559	19	16	-8
Gävleborg	2 576	59	56	42
Västernorrland	2 590	32	27	8
Jämtland	2 523	28	26	7
Västerbotten	2 420	19	16	4
Norrbottn	2 557	60	55	33
Totalt	2 437	0	0	0

Tabellens innehåll illustreras även av diagrammet nedan där noll-strecket motsvarar det statsbidrag som erhålls med nuvarande modell.

Diagram 1. Avvikelser i statsbidrag med alternativa modeller jämfört med nuvarande modell för statsbidraget 2011. Kronor per invånare.



Genomgående får Stockholms, Uppsala, Jönköpings och Kronobergs läns landsting lägre statsbidrag med de alternativa modellerna än med nuvarande modell. I modellen som baseras på data från Östergötlands läns landsting och som inkluderar rekvisitionsläkemedel får även Hallands och Dalarnas läns landsting lägre statsbidrag.

Tabell 4. Standardavvikelse och max- och minavvikelse från nuvarande statsbidrag. Kronor per invånare.

	AUP Skåne	AUP Skåne & Östergötland	AUP o rekv Östergötland
Min	-67	-62	-42
Std avv	28	27	25
Max	60	56	42

Arbetsgruppen kan konstatera att de alternativa utformningarna av modellen ger förhållandevis små omfördelningseffekter. Av tabellerna 3 och 4, framgår det att avvikelserna från nuvarande modell är likartade i de alternativa modellerna. Arbetsgruppens slutsats är därför att den befintliga behovsmodellen i sin nuvarande utformning ger ett tillfredsställande resultat i så måtto att omfördelningseffekterna är små i jämförelse med redovisade alternativa modeller.

Modellernas träffsäkerhet mot faktisk kostnad

I avsnittet ovan redovisas skillnader för de alternativa modellerna mot det statsbidrag som betalas ut under 2011. I en utvärdering av de

alternativa behovsmodellerna är även deras träffsäkerhet gentemot faktiska kostnader intressant att utvärdera då detta är en viktig variabel för att beskriva behoven. Syftet med att analysera modellernas träffsäkerhet mot faktiskt kostnad är dock inte att de exakt ska återspegla de faktiska kostnaderna. Det finns även andra faktorer som kan förklara skillnader i utfallet som t.ex. effektivitet och ambitionsnivå mellan landstingen. Modellerna kan även sakna relevanta förklaringsvariabler. Andra skäl till avvikelser kan vara skillnader i gränssnitt mellan öppen vård och slutenvård eller hur förbrukningsartiklar hanteras.

De kostnader som modellernas utfall jämförs med nedan är totala kostnader mätt som Apotekens utförsäljningspris (AUP) 2008. I denna kostnad ingår såväl patienternas avgifter som landstingens förmånskostnader. Kostnader mätt som AUP omfattar inte kostnader för läkemedel som används inom slutenvården. Att vissa landsting avviker från snittet kan därför förklaras av att de har olika gränssnitt mellan öppen och slutenvård, som antingen ökar eller minskar den kostnad som fångas upp av AUP. Landsting som t.ex. valt att upphandla vissa av de förbrukningsartiklar som ingår i läkemedelsförmånerna kan se ut att ha lägre kostnader mätt som AUP jämfört med övriga landsting. Det är inte möjligt att ta hänsyn till kostnaderna i slutenvården eftersom det inte går att följa läkemedelsanvändningen på individnivå inom den slutna vården.

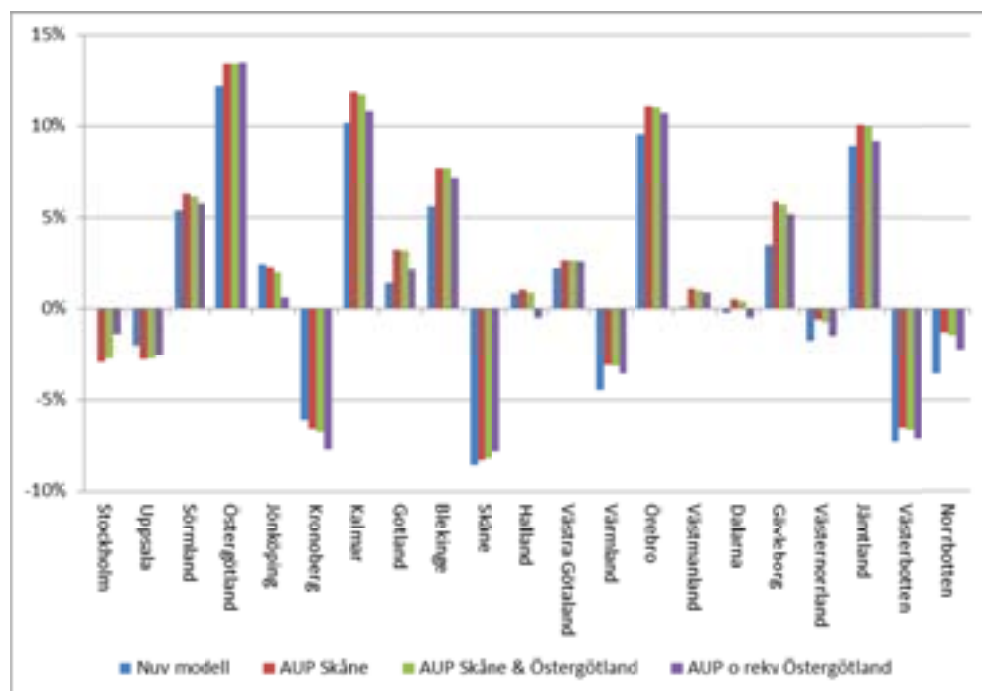
I tabell 5 visas avvikelse i kronor per invånare mellan de olika modellernas utfall jämfört mot faktisk kostnad.

Tabell 5. Avvikelse från faktisk AUP för nuvarande och alternativa modeller. Kronor per invånare, 2008.

	AUP faktisk	Nuv modell	AUP Skåne	AUP Skåne & Östergötland	AUP o rekv Östergötland
Stockholm	2 621	0	-76	-71	-38
Uppsala	2 675	-55	-73	-72	-69
Sörmland	2 733	147	172	168	158
Östergötland	2 473	302	332	331	333
Jönköping	2 673	64	60	53	16
Kronoberg	2 909	-178	-191	-195	-224
Kalmar	2 649	269	315	311	286
Gotland	2 809	40	90	88	60
Blekinge	2 724	153	209	208	194
Skåne	2 998	-256	-248	-244	-234
Halland	2 723	22	28	23	-14
Västra Götaland	2 662	59	70	70	68
Värmland	3 025	-135	-93	-94	-108
Örebro	2 570	245	285	283	275
Västmanland	2 859	1	32	29	25
Dalarna	2 893	-7	14	11	-16
Gävleborg	2 807	98	164	161	144
Västernorrland	2 974	-54	-18	-24	-45
Jämtland	2 613	232	263	261	240
Västerbotten	2 942	-213	-192	-195	-209
Norrbotten	2 989	-106	-39	-44	-68
Hela riket	2 749	0	0	0	0

Nedan framgår motsvarande skillnader mätt som procentuell avvikelse mot faktiska kostnader.

Diagram 2. Avvikelse från faktisk AUP för nuvarande och alternativa modeller. Procentuell avvikelse, 2008.



Det förekommer avvikelser på mellan 8 och 13 procent från faktisk AUP per invånare i modellerna. Utan att ha analyserat skillnader i gränssnitt mellan sluten och öppen vård m.m. är det svårt att dra några tydliga

slutsatser om orsaker till avvikelser. Modellerna ger dock relativt likartade utfall. Avvikelseerna går generellt sett i samma riktning om än i något varierande grad.

Tabell 6. Standardavvikelse och max- och minavvikelse från faktisk AUP, kronor per invånare, 2008.

	Nuv modell	AUP Skåne	AUP Skåne & Östergöt- land	AUP o rekv Östergötland
Min	-8,5%	-8,3%	-8,2%	-7,8%
Std avv	5,7%	6,1%	6,1%	6,0%
Max	12,2%	13,4%	13,4%	13,5%

Den nuvarande modellen förefaller fungera relativt väl och alla modeller har en likartad träffsäkerhet relativt total AUP.

Arbetsgruppens förslag

Behovsmodell

Arbetsgruppen förordar, utifrån ovanstående, en behovsmodell baserad på data från Skåne läns landsting och total AUP, i enlighet med bilaga 1, uppdaterad med kostnadsvikter från 2008. Alla de redovisade modellerna ger ungefär samma utfall men den föreslagna modellen är mest lik den som används inom ramen för den kommunalekonomiska utjämningen. Vid behov är det därför enklare att utveckla modellen antingen som en fortsatt egen modell eller i en mer samlad modell tillsammans med hälso- och sjukvårdsmodellen i kostnadsutjämningen. Arbetsgruppen anser också att det är rimligt att basera den uppdaterade behovsmodellen på faktiska läkemedelskostnader och inte de indirekta samband som gäller för den nuvarande modellen.

Solidarisk finansiering

Arbetsgruppen har även haft i uppdrag att se över den solidariska finansieringen. Denna del av uppdraget har emellertid arbetsgruppen inte hunnit påbörja, eftersom som fokus lagts på översynen av den nuvarande behovsmodellen. Arbetsgruppen har för avsikt att fortsätta sitt arbete med en översyn av den solidariska finansieringen och komma med eventuella förslag till förändringar. Detta arbete beräknas vara klart senast den 1 juni 2012.

Dubbelutjämning i dagens system

Landstingens statsbidrag för läkemedelsförmånerna m.m. uppgick år 2011 till 22,9 miljarder kronor. Kostnaderna för läkemedelsförmånerna uppgick 2011 till drygt 20,9 miljarder kronor. Kostnaderna för läkemedelsförmånerna är därmed cirka 2,0 miljarder lägre än

statsbidraget för året 2011. Detta förklaras av att landstingen även ersätts för deras kostnader för dosdispensering, smittskyddsläkemedel och överföringar från öppen- till slutenvård av läkemedel och förbrukningsartiklar.

I den nuvarande behovsmodellen fördelas hela statsbidraget, dvs. 22,9 miljarder kronor för 2011, efter behovsmodellen. I delmodellen för hälso- och sjukvård i kostnadsutjämningen i systemet för kommunalekonomisk utjämning utjämnas det för alla sjukvårdskostnader exklusive kostnader för bl.a. läkemedelsförmånerna, dvs. 20,9 miljarder kronor.

Detta innebär att 2,0 miljarder kronor omfördelas efter behov både i behovsmodellen för läkemedelsförmånerna och i hälso- och sjukvårdsmodellen i kostnadsutjämningen. I samband med att nuvarande behovsmodell började tillämpas var statsbidrag och förmånskostnad desamma. Denna utökning av ersättningens omfattning har tilltagit över tid.

Som underlag för utjämningen av läkemedelskostnaden i kostnadsutjämningen bör emellertid enbart landstingens kostnader för förmånerna ingå. dvs. 20,9 miljarder kronor för år 2011. Resterande 2,0 miljarder kronor omfördelas redan utifrån behov inom ramen för kostnadsutjämningen för hälso- och sjukvård.

Vid en överföring till den kommunalekonomiska utjämningen försvinner problematiken med den dubbla utjämningen. Det är då enbart förmånskostnaden på 20,9 miljarder som ligger till grund för kostnadsutjämningen för läkemedelsförmånerna. De övriga 2,0 miljarderna omfördelas redan i den existerande hälso- och sjukvårdsmodellen. Notera att detta förfarande inte innebär en minskning av statsbidraget med 2,0 miljarder kronor utan är en rent teknisk hantering av statsbidraget i så måtto att det endast är kostnaderna för läkemedelsförmånerna som omfördelas med den föreslagna behovsmodellen. Nivån på statsbidraget hanteras i särskild ordning och är inte en del av denna PM.

Effekter av dubbelutjämningen

Om fördelning år 2011 enbart skulle baseras på förmånskostnaderna, dvs. 20,9 miljarder kronor, skulle beloppet att fördela sjunka med 212 kronor, från 2 437 till 2 225 kronor per invånare, med ett tillägg eller avdrag för solidarisk finansiering. Resterande del av statsbidraget, dvs. 2,0 miljarder kronor, skulle gå ut till respektive landsting med lika belopp i kronor per invånare, dvs. 212 kronor. Tabellen nedan visar effekten av denna justering.

Tabell 7. Effekt av att justera för dubbelutjämning i nuvarande modell och i föreslagen modell, tillägg eller avdrag, kronor per invånare.

	Nuvarande modell			Föreslagen modell		
	Ej justerad	Justerad	Diff	Ej justerad	Justerad	Diff
Stockholm	-113	-103	10	-180	-164	16
Uppsala	-114	-104	10	-130	-118	11
Sörmland	116	106	-10	139	127	-12
Östergötland	24	22	-2	51	46	-4
Jönköping	-10	-9	1	-13	-12	1
Kronoberg	-15	-14	1	-27	-24	2
Kalmar	151	138	-13	192	175	-17
Gotland	90	82	-8	134	123	-12
Blekinge	114	104	-10	165	151	-14
Skåne	-6	-5	0	2	2	0
Halland	-2	-2	0	3	2	0
Västra Götaland	-24	-22	2	-14	-12	1
Värmland	126	115	-11	163	149	-14
Örebro	59	54	-5	95	87	-8
Västmanland	99	91	-9	127	116	-11
Dalarna	122	111	-11	141	129	-12
Gävleborg	139	127	-12	198	181	-17
Västernorrland	153	139	-13	184	168	-16
Jämtland	86	78	-7	114	104	-10
Västerbotten	-17	-15	1	2	2	0
Norrbottn	120	109	-10	179	163	-16
Hela riket	0	0	0	0	0	0

Omfördelningseffekterna av en sådan justering med den föreslagna modellen innebär att Stockholms läns landstings avdrag skulle minska med 16 kronor per invånare medan tilläggen för Kalmar och Gävleborgs läns landsting minskar med 17 kronor per invånare.

Inkluderas effekterna av att kostnadsvolymen minskar med effekterna av att uppdatera läkemedelsmodellen baserat på total AUP från Skåne läns landsting, se tabell 8, minskar omfördelningseffekten något.

Tabell 8. Omfördelningseffekter, AUP Skåne inklusive sänkt kostnadsvolym

Landsting	Bidrag/ Avgift Nuv modell	Bidrag/Avgift Föreslagen modell*	Differens
Stockholm	-113	-164	-51
Uppsala	-114	-119	-5
Sörmland	116	127	11
Östergötland	24	46	22
Jönköping	-10	-12	-2
Kronoberg	-15	-25	-10
Kalmar	151	175	24
Gotland	90	122	32
Blekinge	114	151	37
Skåne	-6	2	8
Halland	-2	3	5
Västra Götaland	-24	-13	11
Värmland	126	149	23
Örebro	59	87	28
Västmanland	99	116	17
Dalarna	122	129	7
Gävleborg	139	181	42
Västernorrland	153	168	15
Jämtland	86	104	18
Västerbotten	-17	2	19
Norrbottn	120	163	43
Totalt	0	0	0

* Inklusive effekter av att 212 kronor fördelas lika per invånare

I enlighet med tabell 8 ovan kommer Stockholms läns landsting att med arbetsgruppens förslag förlora 51 kronor per invånare och Norrbottens läns landsting att vinna 43 kronor per invånare. Detta blir effekten även inklusive den solidariska finansieringen eftersom arbetsgruppen inom ramen för detta arbete inte har lämnat något förslag om förändring av denna modell.

Införanderegler

Omfördelningseffekterna som uppstår av arbetsgruppens förslag är relativt begränsade men skulle vid behov kunna hanteras antingen genom att modellen fasas in över en två års period alternativt inom ramen för Utjämningskommittén.08:s förslag (SOU2011:39) om införanderegler. I tabell 9 nedan redovisas de sammanlagda effekterna av arbetsgruppens förslag tillsammans med Utjämningskommittén.08:s förslag. I enlighet med detta förslag ska inget landsting förlora mer än 250 kronor per invånare och år.

Tabell 9. Bidragsförändring till följd av arbetsgruppens förslag på ny läkemedelsmodell och av utjämningskommitténs förslag samt total bidragsförändring.

Landsting	Bidrags- förändring kr/inv vid ny läkemedelsmodell	Bidrags- förändring, kr/inv SOU 2011:39	Bidrags- Förändring totalt, kr/inv, <i>exklusive införandebidrag</i>
Stockholm	-51	29	-22
Uppsala	-5	-8	-13
Sörmland	11	950	961
Östergötland	22	265	287
Jönköping	-2	-747	-749
Kronoberg	-10	331	321
Kalmar	24	-62	-38
Gotland	32	751	783
Blekinge	37	1 118	1 155
Skåne	8	20	28
Halland	5	-499	-494
Västra Götaland	11	-466	-455
Värmland	23	712	735
Örebro	28	98	126
Västmanland	17	343	360
Dalarna	7	737	744
Gävleborg	42	701	743
Västernorrland	15	214	229
Jämtland	18	560	578
Västerbotten	19	-1 236	-1 217
Norrbottn	43	-353	-310

Fördelning av ersättning för läkemedelskostnaderna m.m. på längre sikt

Arbetsgruppen anser att utjämningen för hälso- och sjukvård och läkemedelsförmånerna bör utformas så att eventuella negativa incitament vid avväganden mellan läkemedelsbehandling och andra behandlingsformer kan undanröjas. Det vore även önskvärt att finna en modell som behandlar läkemedel lika oberoende av om de ordineras på recept eller rekvireras.

Framöver bör man utvärdera om läkemedelsmodellen och den hälso- och sjukvårdsmodell som Utjämningskommittén.⁰⁸ (SOU 2011:39) föreslagit, ska integreras i en gemensam ny modell eller om sjukvårdsmodellen ska göras om helt och hållet från grunden.

Det är inte självklart att behovet av läkemedel följer samma mönster som sjukvården i övrigt. Om man vill fånga upp olika sjukdomar där behovet av läkemedel är särskilt stort kan det också vara en fördel med en separat

delmodell för läkemedel. Läkemedelsregistret är heltäckande på individnivå avseende förskrivning på recept men det saknas individdata för rekvisitionsläkemedel. Eftersom gränssnittet mellan öppen och sluten vård kontinuerligt ändras kan det vara problematiskt att basera en utjämningsmodell på enbart öppenvårdsläkemedel.

Utgångspunkten för en framtida modells utformning är dock att den ska fånga upp relevanta strukturella faktorer som förklarar skillnader i behov mellan landstingen, vare sig detta sker i en integrerad modell eller i separata delmodeller.

Uppdrag till Statskontoret

Arbetsgruppen föreslår att Statskontoret, som har i uppdrag att löpande följa upp det kommunalekonomiska utjämnningssystemet, så snart som möjligt får i uppdrag av regeringen att utreda och föreslå en ny modell som avser den totala hälso- och sjukvårdskostnaden med utgångspunkt från resonemangen ovan.

Bilaga 1

Beskrivning av nuvarande behovsmodell för läkemedel

Statsbidraget för läkemedel fördelas till landstingen enligt en behovsmodell som är baserad på befolkningsstruktur och socioekonomi. Vidare finansieras läkemedelsbehandlingen för vissa sjukdomar, där behoven är ojämnt fördelade mellan landstingen, solidariskt av landstingen.

Behovsmodellen baseras på förbrukningen av läkemedel i olika åldrar givet kön, men dessutom tas hänsyn till att behovet skiljer sig åt med hänsyn till socioekonomiska förhållanden som inkomst, boende, sysselsättning och civilstånd. Sammantaget rör det sig om 864 grupper/kombinationer per landsting.

- Ålder: 00–04, 05–14, 15–24, 25–44, 45–64, 65–74, 75–84 samt 85+
- Kön: män samt kvinnor
- Inkomst: 0, under median samt över median
- Boende: småhus och jordbruksfastighet samt övrigt
- Sysselsättning: sysselsatta + barn 0–15 år samt ej sysselsatta (uppdelat på med och utan kontroll
- uppgift)
- Civilstånd: barn 0–17 år + gifta vuxna, tidigare gifta, samt ogifta.

Gruppens andel av befolkningen mäts i respektive landsting som ett treårsgenomsnitt och multipliceras med den genomsnittliga läkemedelskonsumtionen för respektive grupp. Skillnader i utfall förklaras i sin helhet av skillnader i befolkningsstruktur då samma ”prislappar” används för samtliga landsting. Varje landsting erhåller genom denna beräkning en modellkostnad. Denna modellkostnad justeras sedan så att genomsnittet för samtliga landsting sammanfaller med det av staten avsatta statsbidraget.

Kostnaderna för den solidariska finansieringen ryms inom ramen för det särskilda statsbidraget för kostnaderna för läkemedelsförmånerna. De solidariskt finansierade läkemedlen följer en principiell bedömningsgrund som bygger på ett antal kriterier som måste uppfyllas för varje enskilt läkemedel att det föreligger en mycket ojämn fördelning av patienter mellan landstingen med en viss sjukdom som kräver läkemedelsbehandling:

- att det föreligger en mycket ojämn fördelning av patienter mellan landstingen med en viss sjukdom som kräver läkemedelsbehandling

- att läkemedelsbehandlingen är kostsam och medför en betydande kostnad för ett enskilt landsting jämfört med andra landsting
- att läkemedlet är dokumenterat effektivt

De landsting som omfattas av den solidariska finansieringen kommer dessutom vid förskrivning, stå för en definierad del av kostnaderna själv. Den solidariska finansieringen sker enligt en trappstegsmodell där ökad kostnad för förskrivningen av ett läkemedel i ett landsting också ger ökade kostnader. Ersättningen ökar successivt men blir aldrig fullständig.

Bilaga 2

Beskrivning av utjämningskommitténs förslag till behovsmodell för hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvårdsmodellen föreslås av Utjämningskommittén att från och med 2013 utgå från en matrismodell istället för de tidigare för vårdtunga grupper och för övriga grupper. Modellen baseras på kostnaderna för hälso- och sjukvård exklusive förmånsläkemedel i Regions Skåne för olika åldrar givet kön och socioekonomiska förhållanden som inkomst, boende, sysselsättning och civilstånd. Sammantaget rör det sig om 864 grupper/kombinationer per landsting.

- Ålder: 00-04, 05-09, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-74 samt 75+
- Kön: män samt kvinnor
- Inkomst: 0, under median samt över median
- Boende: småhus och jordbruksfastighet samt övrigt
- Sysselsättning: sysselsatta + barn 0-15 år samt ej sysselsatta (uppdelat på med och utan kontroll
- uppgift)
- Civilstånd: barn 0-17 år + gifta vuxna, tidigare gifta, samt ogifta

Gruppens andel av befolkningen mäts i respektive landsting som ett treårsgenomsnitt och multipliceras med den genomsnittliga kostnadsvikten för respektive grupp. Skillnader i utfall förklaras i sin helhet av skillnader i befolkningsstruktur då samma "prislappar" används för samtliga landsting. Varje landsting erhåller genom denna beräkning en modellkostnad. Denna modellkostnad justeras sedan så att genomsnittet för samtliga landsting sammanfaller med kostnaden för riket.