

Socialdepartementet
Sveriges Kommuner och landsting

Överenskommelse om statens ersättning till landstingen för kostnader för läkemedelsförmånerna m.m. för år 2011

Landstingen har för åren 1998 till och med år 2010, genom flera på varandra följande överenskommelser mellan staten och Landstingsförbundet/Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), ersatts för kostnaderna för läkemedelsförmånerna genom ett särskilt statsbidrag.

Staten och SKL har träffat följande överenskommelse kring formerna för statens ersättning till landstingen avseende kostnaderna för läkemedelsförmånerna för år 2011.

Staten och SKL är överens om att genom denna överenskommelse slå vakt om ett gemensamt ansvar för läkemedelsförmånerna. Kostnaderna för läkemedel ska finnas med i landstingens samlade prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Besluten om förmånssystemet fattas även fortsättningsvis av regering och riksdag. Parterna åtar sig att även fortsättningsvis arbeta för att uppnå en kostnadseffektiv och rationell läkemedelsanvändning.

1. Finansiering av läkemedelsförmånerna

Sedan 1998 har ersättningen till landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånerna utbetalats i form av ett specialdestinerat statsbidrag. Inledningsvis var ersättningen en kompensation för läkemedelsförmånernas kostnader. Utvecklingen inom läkemedelsområdet framför allt vad gäller gränsdragningen mellan öppenvård, slutenvård och specialiserad öppenvård har under åren förändrats. Överenskommelsen om ersättning har också kommit att inkludera allt fler kostnadsposter som inte ingår i läkemedelsförmånerna som t.ex. smittskyddsläkemedel och beaktande av kostnadsutvecklingen inom slutenvården.

Statens ersättning till landstingen för läkemedelsförmånerna är idag ett specialdestinerat statsbidrag. Ersättningen kan också ske via anslaget Kommunalekonomisk utjämning. Parterna är överens om att inleda diskussioner om förutsättningarna för att föra över ersättningen till anslaget för Kommunalekonomisk utjämning (UO25).

Parterna är vidare överens om att tillsätta en gemensam arbetsgrupp som ska genomföra en översyn av:

1. fördelningsmodellen och den solidariska finansieringen samt
2. hur utjämningen skulle kunna utformas inom ramen för den kommunalekonomiska utjämningen, exempelvis när det gäller definitionen av de kostnader som utjämningen ska omfatta, samt storleken på ett eventuellt växlingsbelopp.

I gruppen ska ingå företrädare för staten, Sveriges Kommuner och Landsting och landstingen. Sveriges Kommuner och Landsting är sammankallande samt utser gruppens ordförande efter överenskommelse med Socialdepartementet. Gruppen ska senast den första oktober 2011 redovisa sitt uppdrag till Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting.

2. Finansiella ramar

2.1. Ersättningsnivåer

För år 2011 erhåller landstingen 22,9 miljarder kronor som ersättning för landstingens kostnader för läkemedelsförmånerna m.m.

2.2. Reglering av utfallet av avtalet för åren 2009 och 2010

Ersättningen för år 2011 avräknas med 417 miljoner kronor i enlighet med vinst- och förlustdelningsmodellen i överenskommelsen för åren 2009 och 2010.

2.3. Dosdispensering

I ovan angiven ersättning ingår ersättning för dosdispensering motsvarande 322 miljoner kronor per år.

2.4. Smittskyddsläkemedel

I den ersättning som parterna kommer överens om ingår skälig ersättning för smittskyddsläkemedel förskrivna vid HIV eller Hepatit-C och som inte ingår i läkemedelsförmånerna. I samband med att den nya smittskyddslagen började gälla den 1 juli 2004 blev en konsekvens att läkemedel som förskrivs vid HIV och Hepatit-C och som reducerar smittorisken skulle förskrivas enligt smittskyddslagen. Läkemedel som förskrivs enligt smittskyddslagen är avgiftsfria för patienten och ingår inte i läkemedelsförmånerna. Socialdepartementet ska se över relationen mellan smittskyddslagen och lagen om läkemedelsförmåner m.m.

2.5. Kompensation för vissa rekvisitionsläkemedel och förbrukningsartiklar

Landstingen ansvarar för finansieringen av läkemedel och förbrukningsartiklar som rekvireras till sjukhus och till öppenvårdsmottagningar. I vissa fall har landstingen incitament att upphandla läkemedel och förbrukningsartiklar som normalt förskrivs på recept/hjälpmedelskort för öppenvårdsbehandling. Kostnaderna bokförs i dessa fall inte inom läkemedelsförmånerna. Skälig ersättning för dessa produkter ingår i angiven ersättning.

2.6. Vinst- och förlustdelningsmodell

Om utfallet för de verkliga kostnaderna för år 2011 för förmåns- och slutenvårdsläkemedel visar sig överskrida prognosen enligt bilaga 1 med mer än 3 procent förbinder sig staten att finansiera 50 procent av överskridandet. På motsvarande sätt ska en återbetalning till staten ske för det fall de verkliga kostnaderna skulle bli mer än 3 procent lägre än prognosen enligt bilaga 1.

2.7. Ökade kostnader för Apotekens Service AB

Från ovan angiven ersättning för år 2011 har avräknats kostnaden för insatser hos Apotekens Service AB med anledning av förslagen om krypterad individdata till landstingen samt ytterligare uppgifter i läkemedelsförteckningen i propositionen Ökad kvalitet vid läkemedelsförskrivning (prop. 2009/10:13).

2.8. Finansiering av tjänster utförda av Apotekens Service AB

Landstingen har behov av att en lösning med enhetlig hantering av fakturerings- och statistikfiler gällande landstingens betalning för läkemedel som inte ingår i läkemedelsförmånerna utvecklas av Apotekens Service AB. Landstingens betalning för denna och andra tjänster utförda av Apotekens Service AB enligt önskemål från landstingen hanteras i särskild ordning gemensamt av landstingen. Detta sker genom ett konto hos SKL, där SKL ges förfogande- och beslutsrätt vid köp av tjänster från Apotekens Service AB:s i dessa fall. För detta ändamål kommer 4 miljoner kronor för år 2011 att avräknas från angiven ersättning och istället utbetalas till SKL. SKL kan använda medlen att ersätta Apotekens Service AB för vidtagna åtgärder. Eventuellt överskott fördelas mellan landstingen utifrån fördelningsmodell med utbetalningen för december månad

3. Fördelning av statsbidraget mellan landstingen

3.1. Översyn av fördelningsmodell

Tillgången till data vad gäller läkemedelskonsumtionen har förbättrats sedan framtagandet av den nu använda behovsmodellen. I syfte att säkerställa att fördelningen av ersättningen av läkemedelsförmånerna sker så långt det är möjligt efter behov är parterna överens om att den gemensamma arbetsgrupp som tillsätts ska analysera behovet av om den nuvarande fördelningsmodellen behöver förändras. Om ett sådant behov bedöms föreligga ska gruppen föreslå hur en ny fördelningsmodell ska utformas. Arbetsgruppen ska också bedöma behovet av särskilda införanderegler till en ny fördelningsmodell.

3.2. Särsläkemedel

Parterna är överens om att det föreligger ett behov av att följa upp användningen av läkemedel som uppfyller kraven i Rådets förordning (EG) nr 141/2000 (särsläkemedel). SKL ska kartlägga användningen av de läkemedel som uppfyller förordningen. SKL ska senast den 15 december 2011 redovisa kartläggningen. Kartläggningen ska ske landstingsvis.

3.3. Solidarisk finansiering

Läkemedelsbehandling för vissa sjukdomar är mycket kostsam och behoven ojämnt fördelade mellan landstingen. Parterna är eniga om att mycket kostsam läkemedelsbehandling för vissa sjukdomar som är ojämnt fördelade mellan landstingen och har en hög belastning på det enskilda landstinget budget ska finansieras solidarisk mellan landstingen i enlighet med nuvarande modell för solidarisk finansiering (se bilaga 2).

Parterna är överens om att den gemensamma arbetsgrupp som tillsätts ska utarbeta en ny modell för den solidariska finansieringen för att stimulera en rationell och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning. Under förutsättning att parterna är överens om de nya kriterier för den solidariska finansieringen gäller dessa från det datum parterna beslutar och därmed upphävs bilaga 2. Eventuellt nya kriterier kan då börja gälla från och med år 2012.

4. Nationella läkemedelsstrategin

Parterna är överens om att inrätta en gemensam nationell läkemedelsstrategi i syfte att uppnå visionen *Rätt läkemedelsanvändning till nytta för patient och samhälle*. Utgångspunkten för strategin ska vara den förstudie som presenterades i juni 2010. Parterna har för detta arbete bildat en högnivågrupp och en projektgrupp tillsammans med andra berörda aktörer. Förutom stat och landsting ingår i grupperna även

representanter från berörda myndigheter, läkemedelsindustrin, apoteksbranschen och läkarprofessionen.

4.1. Ordnat införande i hälso- och sjukvården av nya effektiva läkemedel

Det finns skillnader i läkemedelsförskrivningen mellan och inom landsting som inte kan förklaras av underliggande skillnader i sjukdomsförekomst. Skillnaderna förklaras delvis av socioekonomi och genus. Nya effektiva läkemedel måste komma patienterna till del samtidigt som mindre effektiva läkemedel fasas ut.

Parterna är överens om att tillsammans med berörda myndigheter och läkemedelsindustri under 2011 verka för ett ordnat införande och uppföljning av nya effektiva läkemedel i klinisk vardag.

4.2. Hälsoekonomiska bedömningar av rekvisitionsläkemedel

SKL åtar sig att samordna landstingens ansökningar till TLV angående hälsoekonomiska bedömningar av rekvisitionsläkemedel. Vägledande för vilka läkemedel som ska bedömas av TLV bör vara läkemedel som:

- är svåra att värdera
- har stor ekonomisk påverkan för huvudmännen och
- förevisar eller förväntas få stora praxisvariationer.

5. IT-frågor

5.1. Elektroniskt expeditionsstöd (EES)

Parterna är överens om att patientsäkerheten måste förbättras vid läkemedelsförskrivning. SFINX är för närvarande det mest använda systemet för interaktionskontroll som används inom hälso- och sjukvården. Apotekens Service AB:s elektroniska expeditionsstöd (EES) är ett system som initialt utvecklades som ett expeditionsstöd för apotek men har under hösten 2010 även prövats som förskrivarstöd i projektform på fyra akutavdelningar.

Läkemedelsverket har fått regeringens uppdrag, att under våren 2011, analysera och utvärdera interaktionsmodulerna i EES och SFINX för att belysa deras för- och nackdelar i olika perspektiv. Läkemedelsverket ska även undersöka om och på vilket sätt dessa system skulle kunna fungera integrerat, enskilt eller som komplement till varandra inom hälso- och sjukvård. Parterna är överens om att därefter utarbeta gemensamma informations- och implementeringsinsatser gentemot förskrivare i syfte att öka patientsäkerheten

5.2. Långsiktig ambition för förskrivarstödet

Parterna är överens om att den långsiktiga ambitionen är att landstingens journalsystem ska ge förskrivaren en möjlighet att ta ställning till

patientens hela läkemedelsanvändning vid förskrivningstillfället. Socialdepartementet anser att innan en sådan reform kan genomföras måste en genomlysning göras av relevant lagstiftning på området. Socialdepartementet har för avsikt att utreda frågan vidare under 2011.

5.3. Läkemedelsförteckningen

En korrekt och komplett bild över patientens läkemedelsanvändning är en förutsättning för att en läkare ska kunna bedöma patientens tillstånd, behandlingseffekter, risker, interaktioner och biverkningar. Genom att förskrivaren har en fullständig bild av patientens uthämtade läkemedel minskar bl.a. risken för över- och underförskrivning samt andra former av felaktig förskrivning.

I propositionen Ökad kvalitet vid läkemedelsförskrivning (prop. 2009/10:138) föreslås att läkemedelsförteckningen ska kompletteras med uppgifter om förskrivare, namn, specialitet och arbetsplats. Att komplettera läkemedelsförteckningen med dessa uppgifter är en åtgärd som ökar förutsättningarna för förbättrad läkemedelsförskrivning och läkemedelsanvändning.

Parterna är överens om att det är viktigt att använda läkemedelsförteckningen bland annat vid förskrivning av läkemedel. SKL ska senast den 31 december 2012 redovisa i vilken utsträckning läkemedelsförteckningen används vid läkemedelsförskrivning. Redovisningen ska ske landstingsvis.

5.4. Svensk Informationsdatabas för Läkemedel (SIL)

I avtalet för åren 2009 och 2010 var parterna överens om att SIL skulle vara integrerat i samtliga landstings datasystem senast den 31 december 2009. Per den sista december 2009 hade sex landsting driftsatt SIL fullt ut, fem landsting har driftsatt delvis medan övriga inte hade påbörjat driftsättningen. Parterna är överens om att arbetet med att integrera SIL (varuregister, landstingens kompletta rekommendationsinformation och TLV:s förmånsbegränsningar) måste fortsätta och att SIL ska var integrerat i samtliga landstings relevanta journalsystem inom primärvården och slutenvården senast den sista december 2011. I syfte att öka incitamentet för att detta ska ske kommer 4 kronor per invånare att avräknas ersättningen för år 2011 för de landstingen som inte hade integrerat SIL per den 31 mars 2010.

De ytterligare landsting som har implementerat SIL i sina relevanta journalsystem i primärvården och i slutenvården per den sista december 2011 får återbetalning av avräknat belopp. Ersättningen kommer att utbetalas i samband med utbetalningen i mars månad 2012.

Sveriges Kommuner och Landsting ska kvartalsvis under 2011 till socialdepartementet redovisa status för integreringen av SIL för respektive landsting.

6. Övriga frågor

6.1. Receptförskrivna läkemedel utanför läkemedelsförmånerna

Parterna är överens om att landstingen ska kunna subventionera läkemedel som inte ingår i läkemedelsförmånerna för patienter som har synnerligen angelägna medicinska behov av dessa och som saknar behandlingsalternativ. Detta gäller enbart om användningen är kostnadseffektiv.

6.2. Ökade momskostnader

Skatteverket har beslutat att landstingen inte längre får lyfta av moms inom läkemedelsförmånerna. Parterna är överens om att landstingen inte ska kompenseras för dessa kostnader.

6.3. Recept utan korrekt personnummer

Läkemedel förskrivna på recept och som ingår i läkemedelsförmånerna debiteras det landsting där patienten är folkbokförd. För att detta ska kunna ske måste receptet ha ett fullständigt och korrekt personnummer. För de recept där det inte finns ett fullständigt och/eller korrekt personnummer har landstingen debiterats med lika kronor per invånare. Recept utan korrekt och/eller fullständigt personnummer ska debiteras det landsting i vilket arbetsplatskoden är hemmahörande. I och med ett sådant debiteringssystem ökar incitamentet för landstingen att säkerställa att receptet har korrekta och fullständigt personnummer.

Om recept utan fullständigt och/eller korrekt personnummer ska debiteras det landsting där arbetsplatskoden är hemmahörande måste Apotekens Service AB vidta åtgärder. Apotekens Service AB:s ökade kostnader för att kunna vidta dessa åtgärder finansieras av SKL/landstingen.

6.4. Fakturerings- och betalningsordning

Parterna är överens om att den fakturerings- och betalningsordning som hittills gällt ska tillämpas under avtalsperioden.

6.5. Överenskommelsen

Överenskommelsen har upprättats i två exemplar varav parterna tagit varsitt. Denna överenskommelse gäller under förbehåll av att den godkänns av regeringen och av styrelsen för Sveriges Kommuner och Landsting.

Stockholm den 14 juni 2011

För staten

För Sveriges Kommuner och
Landsting

Karin Johansson

Håkan Sörman

	Utfall 2010	Prognos 2011	Utfall 2011	Gräns nedåt	Gräns uppåt
Statsbidrag	23 000	22 900			
Förmån	20 737	20 996	20 996	-3%	3%
- % utv prognos		1,25%			
Slutenvård*	6 875	7 356	7 356		
- % utv prognos		7,00%			
Totalt	27 613	28 352	28 352	27 502	29 203
				Vinst- delning	Förlust- delning
Underlag för V/F				0	0
V&F för landsting		50%		0	0

*Inklusive rekvisition inom både sluten och öppen vård, redovisad kostnad 2010 enl. redovisning i Concise, humanläkemedel exkl moms

Om utfallet för förmån samt slutenvård ligger inom intervallet 27 502 - 29 203 mnkr sker ingenting, vilket motsvarar en kostnadsförändring med +/-3 % jämfört med prognosen för avtalet.

För kostnader **under 27 502 mnkr** justeras kommande statsbidragsutbetalning ned med 50% (vinstdelning).

För kostnader **över 29 203 mnkr** kompenserar staten landstingen med 50 % av differensen (förlustdelning).



Modell för den solidariska finansieringen

Kriterier för modellen

Kostnaderna för den solidariska finansieringen ryms inom ramen för det särskilda statsbidraget för kostnaderna för läkemedelsförmåner.

Den principiella bedömningsgrunden är att alla punkter nedan måste vara uppfyllda för att läkemedelsbehandling för en enskild sjukdom skall kunna omfattas av den solidariska finansieringen. *Kriterierna* är följande:

- 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

Endast betydande kostnader för en sjukdom jämfört med andra landsting skall kunna omfattas av den solidariska finansieringen. Modellen innebär att landsting som inte har betydande kostnader för en sjukdom inte heller kommer att få ersättning inom ramen för den solidariska finansieringen. De landsting som omfattas av den solidariska finansieringen kommer dessutom vid förskrivning, stå en definierad del av kostnaderna själv enligt en trappstegsmodell. Ökar kostnaden för förskrivningen av ett läkemedel i ett landsting ökar också det enskilda landstingets kostnader. Minskar kostnaden för förskrivningen bör således också landstingets kostnader minska.

För landsting med betydande kostnader ökar ersättningen successivt i olika trappsteg. Ersättningen skall dock aldrig bli fullständig, det skall alltid kosta något att förskriva läkemedel.

För att systemet ska vara flexibelt i beräknas den solidariska ersättningen i förväg och betalas ut i samband med statsbidraget (med 1/12 per månad).

Modellkonstruktion och beräkning av statsbidrag

För att en sjukdom skall omfattas av den solidariska finansieringen måste alla tre ovanstående kriterier vara uppfyllda. Det måste föreligga en mycket ojämn fördelning av patienter mellan landstingen med en viss sjukdom som kräver läkemedelsbehandling och att behandlingen är kostsam och innebär betydande kostnader för det enskilda landstinget jämfört med andra landsting.

Sveriges Kommuner och Landstings styrelse beslutar utifrån Expertgruppens förslag om vilka sjukdomar som skall omfattas av den solidariska finansieringen

kommande år. Sveriges Kommuner och Landstings styrelse kan också besluta om de olika nivåerna i den solidariska finansieringsmodellen.

Ersättningstrappa

Den samlade kostnaden för de solidariska läkemedlen ligger till grund för beräkningen av ersättningen. En nedre gräns definieras för hur stor summan av läkemedelskostnaderna för de beslutade sjukdomarna måste vara för att ett landsting skall kunna ta del av den solidariska finansieringen. Över denna gräns utgår det ett relativt stort bidrag för landsting med höga kostnader. Den föreslagna trappan ser ut som följer:

- kostnader upp till medelvärdet ger inget bidrag
- kostnader mellan medelvärdet och andra ersättningsnivån ersätts till 85 procent
- kostnader över andra ersättningsnivån ersätts till 90 procent.

Andra ersättningsnivån beräknas genom att multiplicera medelvärdet med 1,92 vilken var den relation som fanns mellan första och andra trappstegsnivån när modellen beslutades.

De solidariskt finansierade läkemedlen blir således aldrig på marginalen gratis.

En anledning till de höga bidragsnivåerna för kostnader över genomsnittet är att förskrivningen av dessa läkemedel kan vara svåra att påverka. Skälet till att dela in trappan i tre nivåer är för att underlätta eventuella justeringar av bidragsnivåerna och beloppsgränserna framöver.