

Kostnadsansvar för läkemedel i Region Skåne

2024-04-12

Region Skånes läkemedelskostnad är summan av läkemedelsförmånskostnad och kostnader för läkemedel som beställs på rekvisition till vårdenheterna samt kostnader för läkemedel förskrivna enligt smittskyddslagen.

Läkemedelsförmånen är benämningen på subventionssystemet för läkemedel och förbrukningsartiklar som förskrivs på recept eller dos. Den 1 januari 2024 höjdes taket i högkostnadsskyddet för läkemedel från 2 600 kronor till 2 850 kronor, vilket är den högsta summa som patienten betalar själv per tolv månadersperiod medan övrig kostnad betalas av Region Skåne.

Kostnadsansvaret för förmånsläkemedlen har sedan 1998 förts över från staten till regionerna och sedan 2002 utgår ett särskilt statsbidrag som ersättning för läkemedelsförmånen. I regionerna har detta medfört ett utvecklingsarbete av budget- och incitamentsmodeller. I Region Skåne har kostnadsansvaret sedan 2004 delvis varit decentraliserat. Till och med år 2008 delades förmånskostnaden upp mellan decentraliserad kostnad med ett utlagt lokalt budgetansvar i offentlig vård respektive regionalt finansierade läkemedel (HSN). Gränsdragning gjordes vid en kostnad på 3 000 kronor per uttag, så att dyrare läkemedel automatiskt fick regional finansiering. Under denna tid utmärktes Skåne av en hög förmånskostnad per invånare jämfört med andra landsting.

Med anledning av Hälsovalsstarten infördes en ny budgetmodell från 2009 (se Figur 1), med förutsättningarna att vara producentneutral mellan privata och offentliga hälsovalsenheter samt att minska andelen regionalt finansierade läkemedel, dvs läkemedelskostnad som belastar Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) inom förmånen (se Figur 2).

Kostnadsansvaret för läkemedel i förmånen är sedan 2009 uppdelat utifrån en befolkningsbaserad princip inom primärvård och utifrån den förskrivarbaserade principen för sjukhus och offentlig psykiatri. Region Skåne klassificerar förmånsläkemedel i två huvudsakliga grupper: basläkemedel samt klinikläkemedel. Se excel-fil ”Klassificering av bas respektive klinik-läkemedel” [Läkemedel - uppföljning - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](#). Kostnadsansvaret för basläkemedel i Region Skåne är befolkningsbaserat och åligger hälsovalsenheterna som har ansvar för sin listade befolkning. Ansvaret är dock för närvarande delat mellan hälsovalsenheterna (80 %) och uppdragsgivare (20 %). Kostnadsansvar för klinikläkemedel är förskrivarbaserat och åligger styrelser när det gäller klinikläkemedel som förskrivs inom den egna verksamheten (100 %). Sjukhusstyrelser och offentlig psykiatri har alltså ett skarpt kostnadsansvar

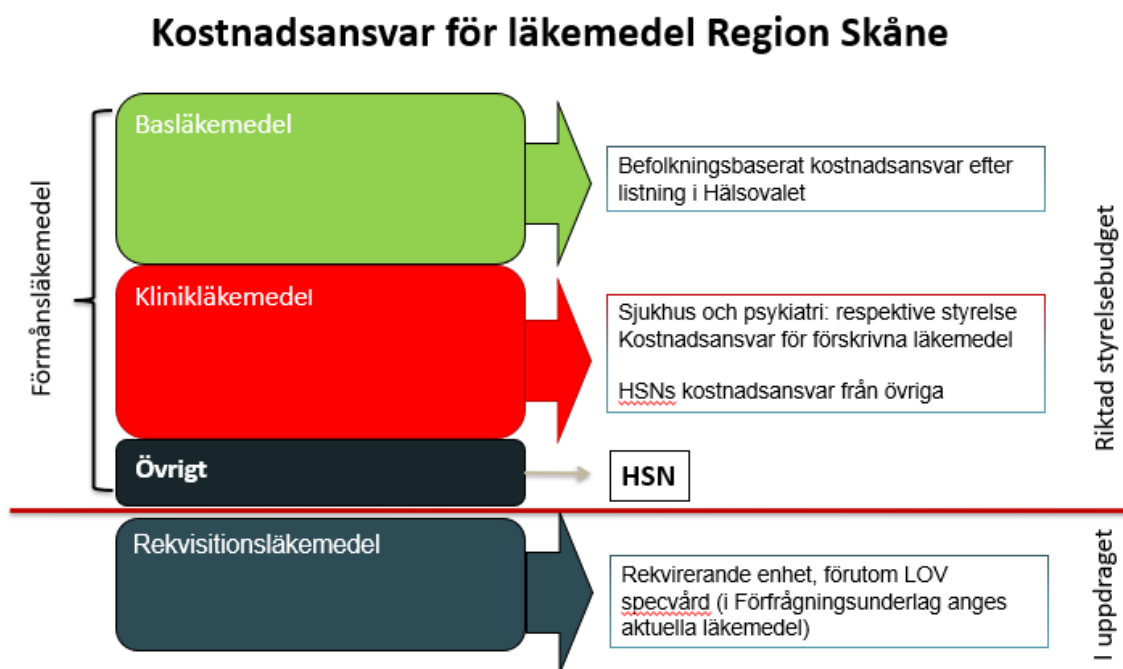
för såväl sina rekvisitionsläkemedel som för sina förskrivna klinikläkemedel. Klinikläkemedel som förskrivs i hälsovalet eller från privata vårdgivare utanför hälsovalet belastar HSN.

Den stora läkemedelskostnadsskillnaden per invånare i Skåne respektive Riket började tydligt avta år 2009 dvs samtidigt som ny modell för läkemedelsbudget infördes. Se Figur 3. Regionala enheten för läkemedel gör årligen en omfattande prognos för utvecklingen av läkemedelskostnader under det kommande året, se [Läkemedel - uppföljning - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](http://Läkemedel-uppföljning-Vårdgivare_Skåne.skane.se) Regelbunden samverkan med SKR, Socialstyrelsen och andra regioner är en del av det skånska arbetet. Resultatet av den skånska prognosen ingår i underlaget inför beslut om Region Skånes budget nästkommande år. Prognosresultatet utgör också ett detaljerat underlag för beräkning av budget för läkemedelsförmånen till styrelserna samt för basläkemedelskostnader i det skånska hälsovalet för vårdcentraler. Som ett stöd till förvaltningarna gör läkemedelscontroller vid Koncernstab inköp och ekonomistyrning (KSIEK) ett detaljerat fördelningsunderlag ner på nivå förskrivande enhet. Kostnader för läkemedelsförmånen är en del av hälso- och sjukvårdsnämndens internbudget. Det särskilda statsbidraget för läkemedelsförmånen grundas på den nationella prognos för kostnadsutveckling som görs av Socialstyrelsen. Regionerna har tillfälle att medverka i arbetet med den nationella prognosen.

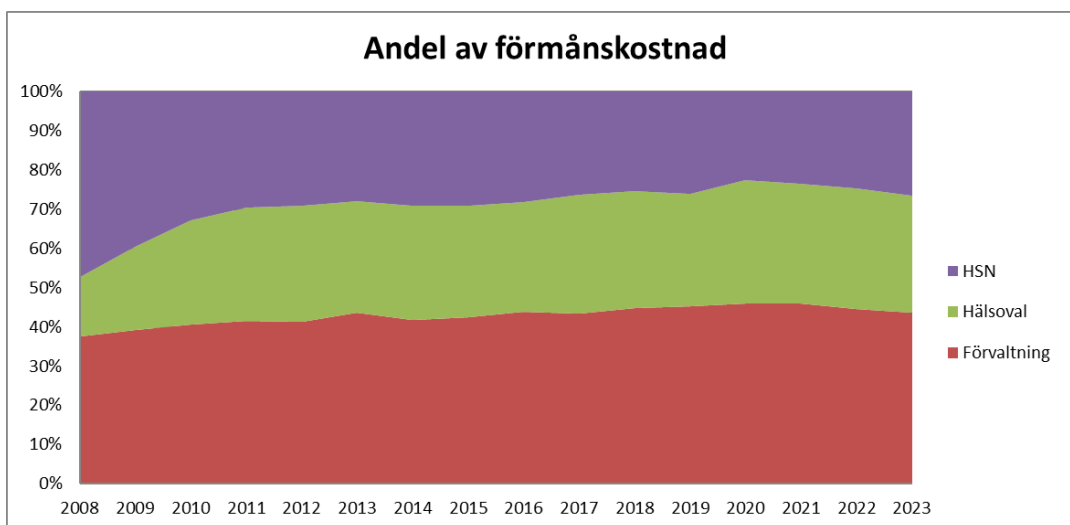
Regionerna har via den samverkansmodell för läkemedel som etablerades vid årsskiftet 2015/2016 stärkt samarbetet på läkemedelsområdet och arbetar tillsammans med TLV (Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket) i så kallade trepartsöverläggningar med läkemedelsindustrin för att få till stånd sidoöverenskommelser kring vissa läkemedel. Överenskommelserna innebär oftast sekretessbelagda rabatter som återbetalas i efterhand. Försäljningsdata i bruttopriser ger därför en falskt för hög bild av läkemedelskostnaderna. Trepartsöverenskommelser omfattar läkemedel inom läkemedelsförmånen inklusive hepatit C-läkemedel. Nationellt framförhandlade och sekretessbelagda rabattöverenskommelser mellan region och läkemedelsindustri finns även för rekvisitionsläkemedel, dessa avtal rubriceras som tvåpartsöverenskommelser. Skillnaden mellan bruttokostnad och nettokostnad är för vissa läkemedelsgrupper synnerligen stor.

För läkemedel som rekvireras till vården har rekvirerande enhet normalt kostnadsansvar. Någon särskild läkemedelsbudget för detta finns inte från centralt håll i Skåne. Förvaltningarna arbetar lokalt med verksamhetsbudgetar även för rekvirerade läkemedel. Det prognosarbete

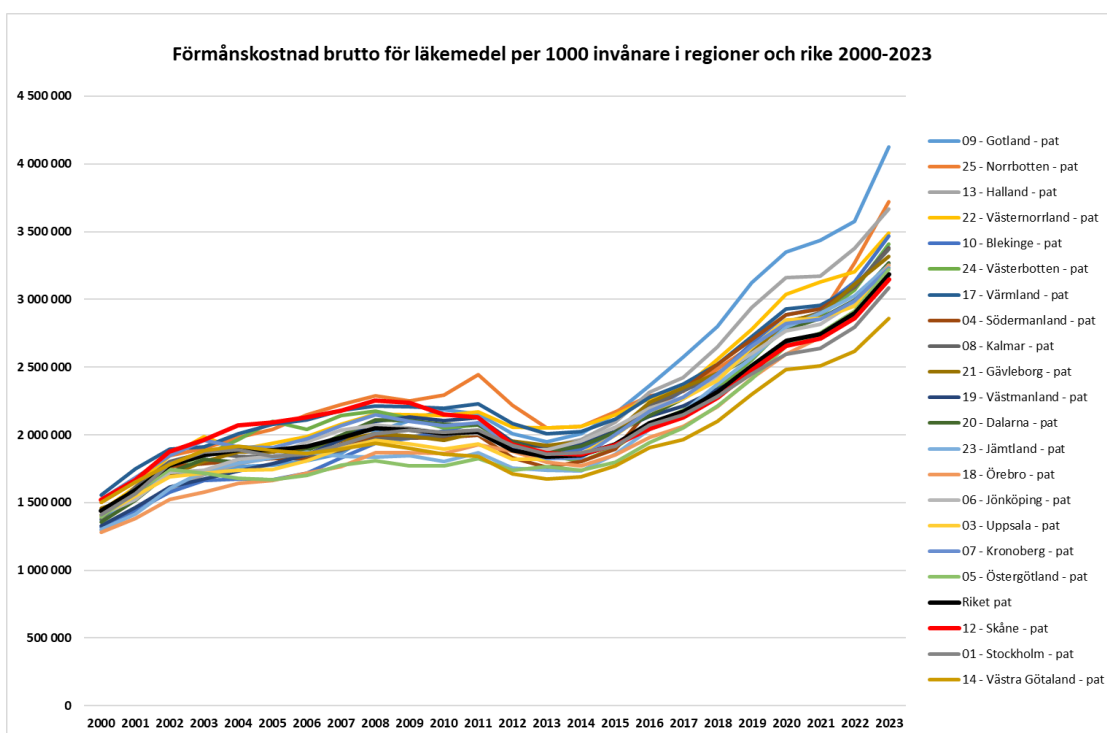
som görs från Regionala enheten för läkemedel omfattar även rekvirerade läkemedel. Som ett stöd till förvaltningarna gör läkemedelscontroller vid KSIEK ett detaljerat underlag utifrån prognosresultaten även för rekvirerade läkemedel.



Figur 1 Modell för kostnadsansvar läkemedel i Region Skåne



Figur 2 Relativ belastning av förmånskostnad i brutto 2008–2023 Region Skåne



Figur 3 Förmånskostnad läkemedel i brutto per 1000 invånare i regioner och rike 2000–2023