

# Roller och ansvar i styrningen av läkemedelsförmånen

Ett diskussionsunderlag inför långsiktiga beslut kring  
principer för styrning av läkemedelsförmånen

Beställ hos: Riksförsäkringsverkets Kundtjänst Tfn 08-795 23 55  
Fax 08-760 58 95 E-post: [order@special.lagerhus.se](mailto:order@special.lagerhus.se) eller på  
Internet [www.rfv.se](http://www.rfv.se)  
Tryck: Novum Grafiska, 2000

## Innehåll

<b>Förord</b> .....	5
<b>Sammanfattning</b> .....	7
<b>Beskrivning av projektet</b> .....	12
Nuvarande modell för styrning av kostnaderna för läkemedelsförmånen .....	12
Problemformulering .....	15
Tillvägagångssätt .....	17
Referensram .....	20
<b>Dokumentanalys</b> .....	20
Målen i läkemedelsförsörjningen .....	20
<b>Intervjuer</b> .....	23
<b>Allmänna trender</b> .....	24
Globala trender .....	24
Läkemedelsförsörjningen i Sverige .....	26
<b>Ramverk för identifiering och beskrivning av scenarier</b> ...	30
Principer för styrning .....	31
<b>Beskrivning av olika scenarier</b> .....	35
Applicering av principer för styrning på respektive scenario .....	36
<b>Utvecklingsmönsters påverkan på respektive scenario</b> .....	40
<b>Scenariernas uppfyllande av målen</b> .....	49
<b>Bilaga</b> .....	55
Intervjulistå .....	55



# Förord

I Sverige finns cirka 900 apotek. De drivs av Apoteket AB som har ensamrätt på försäljning av läkemedel – ett internationellt sett unikt system. Apoteket har därför också skyldighet att tillhandahålla alla läkemedel – både receptbelagda och receptfria – som är godkända för försäljning.

Apoteket omsatte 26,1 miljarder kronor under 1999. Totalt expedierades 61,5 miljoner recepttrader.

Sedan 1998 har landstingen betalningsansvar för läkemedelsförmånen. Via ett statsbidrag svarar staten för finansieringen med inriktningen att landstingen ska ha fullt kostnadsansvar för läkemedelsförmånen från och med 2001. Läkemedelsförmånen kostade 14,9 miljarder kronor 1999 vartill patientavgifterna var 4,4 miljarder. Patienten betalade därmed omkring 23% av hela kostnaden.

Hur mycket varje läkemedel ska kosta är en förhandlingsfråga mellan Riksförsäkringsverket (RFV) och läkemedelsföretaget. Hur mycket kunden ska betala, den så kallade egenavgiften, bestämmer riksdagen när reglerna för högkostnadsskyddet beslutas. Reglerna gäller lika i hela landet liksom de priser som RFV beslutat om. Apotekets pålägg på produkternas pris bestäms också av RFV efter överläggningar med Apoteket AB.

RFV och Apoteket arbetar sedan en tid med att definiera vad apotekstjänsten inom läkemedelsförmånen ska innehålla och vilken ersättning som Apoteket ska få för denna. Arbetet omfattar också en analys av behovet av en förändrad modell för beräkning av apotekersättningen. Under detta arbete har vi funnit att det finns många intressenter runt apoteksverksamheten och läkemedelsförmånen och att roller och ansvar är otydliga. Mot denna bakgrund uppdrog RFV och Apoteket AB gemensamt till Ernst & Young och Institutet för hälso- och sjukvårds-

ekonomi att närmare klarlägga roller och ansvar samt analysera förhållandena med hänsyn till behov av styrning mot gällande mål.

Föreliggande rapport är resultatet av detta uppdrag. Konsulterna står själva för de bedömningar och slutsatser som redovisas i rapporten.

Från RFV:s och Apoteket AB:s sida hoppas vi att denna rapport på ett konstruktivt sätt ska bidra till diskussionerna om utveckling av apoteksverksamheten och läkemedelsförmånen.

Stefan Carlsson  
Verkställande direktör  
Apoteket AB

Ingrid Petersson  
Överdirektör  
Riksförsäkringsverket

# Sammanfattning

Föreliggande rapport har framtagits för att utgöra ett diskussionsunderlag inför långsiktiga beslut kring principer för styrning av Apotekets verksamhet i samband med läkemedelsförmånen. Vid tidigare diskussioner mellan RFV och Apoteket har stått klart att denna fråga inte kan avgöras isolerat utan måste relateras till de förändringar som pågår i Sverige och internationellt. De problem som idag föreligger i styrningen av läkemedelsförmånen respektive apotekstjänster kan delas in i två delar:

- Komplicerad avvägning mellan kostnader för läkemedelsförmånen respektive Apotekets servicenivå och den nytta som förmånen/servicen skapar
- Mångfacetterad intressentbild

Dessutom tillkommer en tredje faktor, som är aktuell just nu:

- Landstingens övertagande av kostnadsansvaret

De huvudsakliga resultat som presenteras i denna rapport utgörs av två delar:

- Beskrivning av tänkbara scenarier för den framtida utvecklingen av roller och ansvar kring styrningen av läkemedelsförmånen.
- Analys av respektive scenarios förmåga att leva upp till de mål som ställts upp för läkemedelsförsörjningen.

Rapporten presenterar resultatet från analysen av utgivna utredningsdirektiv, utredningar, propositioner, lagar och avtal etc. (s.k. dokumentanalys). Resultaten visar att det finns inget samlat heltäckande måldokument för läkemedelsförsörjningen utan målen får definieras genom material från flera källor. De grundläggande målen för läkemedels-

försörjningen som kan härledas ur hälso- och sjukvårdslagen, exempelvis en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen, geografisk tillgänglighet, enhetliga priser i hela landet, samråd, information samt utrymmen för synpunkter från patienter. Utöver dessa mål anges två målområden med specifika mål för läkemedelsförsörjningen; en rationell läkemedelsförsörjning och en rationell läkemedelsanvändning. Sjukvårdslagens intentioner innebär t ex att patientens synpunkter ska väga tungt vid avgörande av vad som kan betraktas som rationell läkemedelsanvändning.

Rapporten beskriver resultatet från 27 intervjuer med beslutsfattare på olika nivåer och olika positioner på sjukvårds-/läkemedelsmarknaden. Respondenterna upplever flertalet trender inom läkemedelsförsörjningen. En grundläggande trend är en fortsatt internationalisering av läkemedelssektorn med ett ökat inflytande från Europeiska Unionen (EU). Detta kommer enligt respondenterna att leda till att nationell läkemedelspolitik kommer att följa internationella lagar, riktlinjer och förordningar i större utsträckning. Det skulle innebära mindre frihet inom vissa områden vid utformningen av nationella läkemedelssystem, framförallt regelverk kopplat till godkännande av läkemedel, patientskydd, prissättning, parallellhandel och andra industrifrågor samt konsumentskydd. Respondenterna ser vidare en ökad tillgång av information från exempelvis media och internet samt ett ökat intresse och mottaglighet för denna information från individer. Respondenterna tror vidare att läkemedelsindustrin kommer att flytta sin fokuserade marknadsföring från enskilda förskrivare och satsa mer på individer och läkemedelskommittéer. Då framstår Apotekens roll som leverantör av producentobunden information bli än viktigare.

Rapporten beskriver ramverket för utformning och analys av scenarier. Ramverket består av följande tre delar som har analyserats i rapporten:

- *Principer för styrning: Förmånsansvar* – Vem ska avgöra vilka produkter och bastjänster av information och service som ska ingå i förmånssystemet? *Målsättningsansvar i ersättningsmodellen* – Vem ska prissätta AIP (Apotekets inköpspris)? Vem ska ansvara för prissättning av bastjänster (grundtjänster av information och expedition som Apoteket tillhandahåller för att hantera läkemedelsförmånen)?



Vem ska ansvara för prissättningen av tilläggstjänster (tjänster som Apoteket tillhandahåller men som inte ingår i läkemedelsförmånen)? *Kostnadsansvar* – Vem har kostnadsansvar? Vem har kostnadsansvar för komponenterna (AIP, bas- och tilläggstjänster)? *Finansieringsansvar* – Hur ska förmånssystemet finansieras? Vem ska ansvara för prissättningen av AUP (Apotekets utförsäljningspris)?

- *Utvecklingsmönster som baseras på de allmänna trenderna:* De allmänna trenderna från intervjuerna analyserades vidare och ett antal utvecklingsmönster sammanställdes. Vilka följder kommer en ökad internationalisering få på den svenska läkemedelshanteringen? Hur kommer utveckling av läkemedel att se ut? Hur kommer läkemedelsproducenternas påverkan på läkemedelshanteringen att utvecklas? Finns andra lämpliga finansieringsformer? Vilken effekt får ”de nya patientgenerationerna”?
- *Statens uppställda målområden för läkemedelsförsörjningen:* – Vilket är synen på målet rationell läkemedelsanvändning såsom främja utnyttjande av läkemedelsutvecklingen, obunden information? Vilken är synen på målet rationell läkemedelsförsörjning såsom lika pris och servicenivå i hela landet?

Utifrån principerna för styrning och genom att utgå från kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen identifierades fyra huvudscenarier:

- Scenario A: Landstingen har fullt kostnadsansvar
- Scenario B1: Staten har kostnadsansvar för bastjänsterna och landstingen ansvar för resten
- Scenario B2: Staten och landstingen bestämmer gemensamt vilka produkter och tjänster som ska ingå i förmånen
- Scenario C: Staten har fullt kostnadsansvar

Nedanstående bild illustrerar hur ansvaret fördelar sig mellan staten och landstingen vid styrningen av läkemedelsförmånen vad gäller;

- Produkter – ansvaret för vilka produkter som ska ingå i läkemedelsförmånen.
- Bastjänster – ansvaret för grundtjänster av t ex information och expedition som Apoteket ska tillhandahålla för att hantera läkemedelsförmånen.
- Tilläggstjänster – ansvaret för de tjänster som inte ingår i läkemedelsförmånen men som olika landsting och andra intressenter kan efterfråga.

	Scenario A		Scenario B1		Scenario B2		Scenario C	
	Staten	LT	Staten	LT	Staten	LT	Staten	LT
Produkter								
Bastjänster								
Tillägg								

Bild 1: Ifyllda rutor visar Landstingen och statens ansvar i respektive scenario för styrningen av läkemedelsförmånen

Ansvaret för respektive komponent (Produkter, Bastjänster och Tillägg) omfattar både VAD som ska ingå, HUR MYCKET det får kosta och RISKTAGANDE för kostnadsutfallet.

Identifierade utvecklingsmönster (baserade på de allmänna trenderna) applicerades därefter på scenarierna för att undersöka hur de kan påverkas i ett mer långsiktigt perspektiv.

Rapporten avslutas med att de fyra huvudscenarier återkopplades till målen för att analysera hur väl varje scenario kommer att kunna leva upp till de fastställda målen för läkemedelsförmånen. I denna analys har utgångspunkten varit i värderingar kring balanseringen mellan de mål som visas i bilden på nästa sida.

Pilarna bör tolkas enligt följande:



	Scenario A	Scenario B1	Scenario B2	Scenario C
Lika pris för konsumenten	↘	↘	↗	↑
Lika service	↘	↑	↗	↑
Lika tillgänglighet	↘	↑	↗	↑
Obunden information	↘	↑	↗	↑
Kostnadseffektivt utnyttjande av läkemedelsresultaten	↗	↗	↗	↘

Bild 2: Scenariernas uppfyllande av de grundläggande målen för läkemedelsförsörjningen. Källa: E&Ys analys

Bilden visar svårigheten att till fullo uppnå de av staten uppställda målen. Bör diskussionen stället beröra hur man kan finna en för alla parter acceptabel balans mellan målen? Staten har tidigare haft kontroll på båda sidor i balanseringen mellan olika mål för Apoteket, som visas i bilden nedan. Den viktiga frågan för framtiden är hur balanseringen av nationella service- och regelverkskrav kan förenas med att kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen överförs till Landstingen. Detta leder i sin tur in på nästa viktiga fråga om hur staten bör utforma sin styrning och hur mycket staten kan tillåta vad gäller regional styrning.

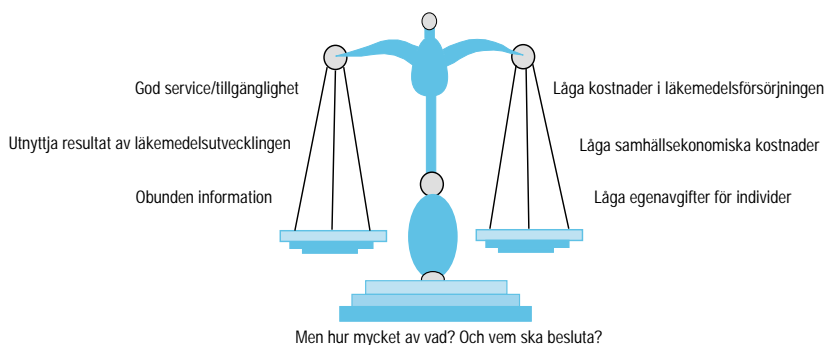


Bild 3: Styrningen av läkemedelsförmånen innebär en balans mellan kostnader och servicenivå.

# Beskrivning av projektet

Denna rapport är resultatet av ett uppdrag som utförts av Ernst & Young Management Consulting (E&Y) och Institutet för Hälso och sjukvårds-ekonomi (IHE) för Riksförsäkringsverkets (RFV) och Apoteket ABs (Apoteket) räkning. IHE har ansvarat för en tidigare sammanställning och analys av utredningar och målen i läkemedelsförsörjningen, vilken sammanfattas i denna rapport. E&Y ansvarar för denna rapportens innehåll och skrivningar. IHE har medverkat i arbetet med rapporten genom att ta fram underlag och bidra med synpunkter och kommentarer. Syftet med rapporten är att den ska utgöra ett diskussionsunderlag inför långsiktiga beslut kring principer för styrning av Apotekets verksamhet i samband med läkemedelsförmånen.

## Nuvarande modell för styrning av kostnaderna för läkemedelsförmånen

För att ett läkemedel ska omfattas av läkemedelsförmånen ska RFV fastställa priset på läkemedlet. Läkemedlet ska vara godkänt av Läkemedelsverket eller EMEA (EUs godkännande myndighet). Det pris RFV fastställer är apotekens utförsäljningspris (AUP). Regeringen har dock möjlighet att besluta att ett visst läkemedel eller grupp av läkemedel inte ska omfattas av läkemedelsförmånen.

Läkemedelsanvändningen inom såväl sluten som öppen vård karaktäriseras av att valet mellan läkemedelsbehandling och andra sjukvårdsinsatser görs inte av den egentlige konsumenten (den enskilde patienten) utan i huvudsak på grundval av läkarens bedömning av patientens sjuklighet. Detta sker dock i allt ökande grad av samråd med patienten. Också valet mellan olika alternativa mediciner görs i princip av läkaren. Den enskilde läkaren grundar sin läkemedelsförskrivning på sina egna kunskaper och tidigare erfarenheter. Till hjälp har läkarna rekommendationer m m från läkemedelskommittéer mfl. Läkaren måste även ta hänsyn

till patientens önskemål då deras inflytande ökar allt mer. Det finns inte några begränsningar i läkarens förskrivningsrätt.

Läkemedel och andra produkter för den *slutna vården* betalas helt av sjukvårdshuvudmännen och finansieras främst via landstingsskatten. Kostnaderna ingår normalt i varje kliniks budget vilket innebär att läkarna här har incitament att vara kostnadsmedvetna vid sin läkemedelsanvändning. I den *öppna vården* används såväl receptbelagda som receptfria läkemedel liksom andra läkemedelsnära produkter. Finansieringen inom den öppna vården är fördelad mellan det allmänna och den enskilde patienten. Samhället svarar för finansieringen av den inom öppen vård gällande läkemedelsförmånen. Såsom angetts ovan ingår i läkemedelsförmånen de flesta receptbelagda, i viss mån receptfria läkemedel, vissa varor förskrivna i födelsekontrollerade syfte, vissa förbrukningsartiklar och s.k. speciallivsmedel. Här ingår också sådana av Apotekets beredda läkemedel som inte finns att tillgå på den öppna marknaden (s k extempore och licenser) under förutsättning att de förskrivs på recept.

Högekostnadsskyddet innebär att patienten betalar hela kostnaden för förskrivna läkemedel och stomiprodukter upp till 900 kronor varefter inköpen rabatteras på visst sätt så att patienten betalar sammanlagt högst 1800 kronor per tolv månaders period (gällande från 1 juni 1999). Speciallivsmedel inom förmånen tillhandahålls med viss prissättning medan de läkemedelsnära förbrukningsartiklarna tillhandahålls kostnadsfritt.

I tidigare diskussioner mellan RFV och Apoteket har det stått klart att frågan om styrning av kostnaderna för läkemedelsförmånen respektive Apotekets tjänster inte kan avgöras isolerat, utan måste relateras till de förändringar som pågår i Sverige och internationellt. Av stor betydelse är tex hur landstingens kostnadsansvar för receptläkemedel ska utformas. Denna fråga hänger i sin tur samman med framtida modeller för prissättning på läkemedel och apotekstjänster men även hur subventioneringen av läkemedel ska utformas.

Sedan 1998 har landstingen och staten (genom RFV) haft ett delat kostnadsansvar för den s k läkemedelsförmånen, dvs för receptläkemedel,

vissa förbrukningsartiklar och speciallivsmedel. Tidigare hade staten fullt kostnadsansvar för läkemedelsförmånen. Denna förändring grundas i sin tur på ett Riksdagsbeslut om att landstingen helt ska överta kostnadsansvaret från och med 2001 (Prop. 1996/97:27). Syftet med att föra över kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen är att dämpa kostnadsutvecklingen och skapa bättre avvägningar mellan läkemedelsbehandling och andra sjukvårdande insatser. Landstingen har följande variabler att påverka för att dämpa kostnaderna för läkemedelsförmånen:

- Volym av läkemedel som förskrivarna skriver ut.
- Förskrivarnas val mellan dyra och billigare läkemedel.
- Generell prisutveckling.

För att täcka kostnaderna för läkemedelsförmånen får landstingen ett särskilt statsbidrag. Detta statsbidrag fastställs i årliga förhandlingar mellan staten och landstingen baserade på föregående års faktiska läkemedelskostnad. Eventuella över- respektive underskott delas mellan stat och landsting enligt särskild formel. För 1998 skulle landstingen enligt överenskommelse täcka 10 procent av eventuella överskjutande kostnader, dock högst 50 miljoner. Om kostnaderna blev lägre än bidraget skulle landstingen få behålla 50 procent av skillnaden.

För 1998 fick landstingen 12,7 miljarder i särskilt statsbidrag för att täcka kostnaderna för receptläkemedel; de faktiska kostnaderna hamnade på 13,4 miljarder. De 50 miljoner som landstingen fick betala till staten för den överskridna budgeten delades solidariskt mellan landstingen. Det innebär att ett landsting som klarat sin budget fick betala lika mycket per invånare som ett landsting som överskridit sin budget. En motsvarande vinst- och förlustdelningsmodell gäller för 1999, men landstingens risk har ökat till 20 procent eller högst 100 miljoner. För 1999 fick landstingen 13,6 miljarder kronor i statligt bidrag, vilket överskridits med över 1 miljard kronor.

Statsbidraget har hittills fördelats mellan landstingen efter den faktiska läkemedelskostnaden i varje landsting. För år 2000 är det tänkt att bidraget till viss del ska fördelas efter befolkningen, men förhandlingarna om

bidragsnivå och fördelning är ännu inte avslutade. Parallellt pågår utredningar om utformningen av subventioner på läkemedel. Utfallet av denna diskussion kommer att få stor inverkan på principer för Apotekets ersättning.

## Problemformulering

Syftet med rapporten är, som tidigare nämnts, att den ska utgöra ett diskussionsunderlag inför långsiktiga beslut kring principer för styrning av Apotekets verksamhet i samband med läkemedelsförmånen. De problem som idag föreligger i styrningen av läkemedelsförmånen respektive apotekstjänster kan delas in i två delar:

- Komplicerad avvägning mellan kostnader för läkemedelsförmånen respektive Apotekets servicenivå och den nytta som förmånen/servicen skapar.
- Mångfacetterad intressentbild.

Dessutom tillkommer en tredje faktor, som är aktuell just nu:

- Landstinget övertagande av kostnadsansvaret.

## *Avvägning mellan kostnad och nytta*

Avvägningen mellan kostnad och service måste göras på många nivåer, allt från den enskilde förskrivaren som måste väga läkemedelsterapi mot andra typer av terapier, till en avvägning av den samhällsekonomiska nyttan av en större läkemedelskonsumtion och dess effekter på t ex sjuk-skrivningar och andra socialförsäkringskostnader. Patientens synpunkter ska även väga tungt vid avgörande av vad som kan betraktas som rationell läkemedelsanvändning. Detta leder till att styrningen av läkemedelsförmånen måste göras med hänsynstagande till många faktorer.

## Mångfacetterad intressentbild

Den mångfacetterade intressentbilden utgör en komplikation i och med att kraven och riktlinjerna på Apotekets verksamhet kommer från många intressenter och att kraven inte alltid är synkroniserade. Detta leder till att det blir svårt att göra de avvägningar som krävs samt att det inte alltid är tydligt för Apoteket hur de ska uppfylla de angivna kraven och riktlinjerna.

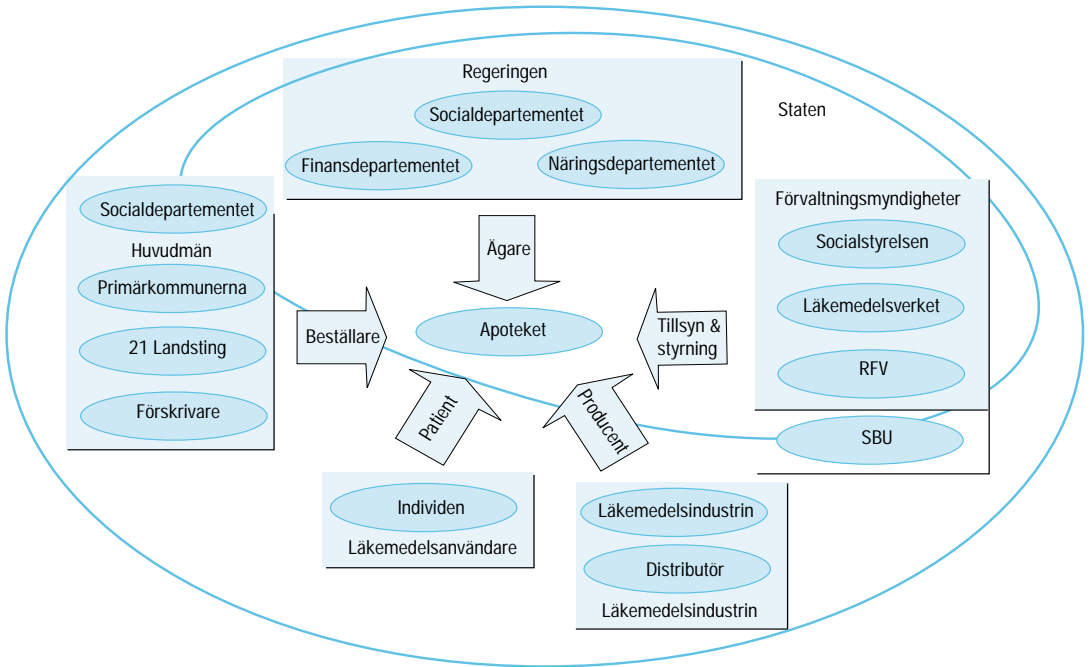


Bild 4: Intressenterna i styrningen av Apotekets verksamhet i samband med läkemedelsförmånen



## Landstingens övertagande av kostnadsansvaret

Styrningen av läkemedelsförmånen är en komplicerad process och innehåller många olika faktorer såsom att avgöra:

- Vad som ingår i förmånen – *förmånsansvar*.
- Mål för olika delar av läkemedelsförmånen t ex Apotekets service och sluta avtal rörande läkemedelsförmånen – *uppdragsgivare*.
- Hur mycket de olika delarna i förmånen får kosta – *prissättningsansvar*.
- Vem som står för risken vid ett eventuellt över- eller underskott mellan budget och utfall – *kostnadsansvar*.
- Hur finansieringen av förmånen ska se ut – *finansieringskonstruktion*. Dessa delar är starkt kopplade till varandra och varierar man den ena faktorn får det konsekvenser för de andra. I och med en eventuell förändring av kostnadsansvaret bör man därför ge akt på hur detta påverkar de andra faktorerna.

Alla dessa tre faktorer tillsammans aktualiserar och betonar vikten av frågeställningen om vilka roller och ansvar som ska finnas i styrningen av läkemedelsförmånen.

## Tillvägagångssätt

Projektet inleddes med en analys av tidigare utgivna dokument såsom utredningsdirektiv, utredningar, propositioner, lagar och avtal (s k dokumentanalys). Syftet var att ta fram en bild över läkemedelsförsörjningens nuvarande mål och dess bakgrund med inriktning på mål kopplade till Apoteket.

Parallellt med dokumentanalysen har motsvarande målanalyser genomförts genom intervjuer med 27 beslutsfattare på olika nivåer och i olika positioner på sjukvårds-/läkemedelsmarknaden. Respondenter valdes ut

av styrgruppen bestående av representanter för Riksförsäkringsverket och Apoteket. Intervjuerna var mer framtidsrelaterade och behandlade bl a områden som synen på den framtida intressentbildningen kring Apoteket och läkemedelsförmånen, trenderna inom läkemedelssektorn samt synen på statens uppsatta socialpolitiska-/välfärds mål.

Intervjuerna analyserades och de beskrivna trenderna sammanfattades för att få en helhetsbild av synen på den framtida läkemedelssektorn och läkemedelsförmånen. Därefter definierades frågeställningar med tillhörande svarsalternativ. Det är genom att laborera med dessa svar som olika scenarier har konstruerats. Frågeställningar delades in i följande kategorier:

- Statens uppställda mål för läkemedelsförsörjningen.
- Principer för styrning som beskriver hur styrningen av läkemedelsförmånen borde se ut för att uppnå full styreffekt givet mål.
- Utvecklingsmönster som baseras på de allmänna trenderna och som påverkar både möjligheterna att nå målen och principerna för styrning.

Tillvägagångssättet för att identifiera tänkbara scenarier för roller och ansvar i styrning av läkemedelsförmånen har varit att variera parametrarna i principerna för styrning. Övergripande mål har antagits vara konstanta. Detta ledde fram till att fem framtida scenarier kunde definieras utifrån möjliga kombinationer av huvudmannaskap. Därefter utvecklades varje huvudscenario genom att frågeställningarna under principer för styrning besvarades. Syftet med detta är att optimera styreffekten för respektive scenario.

Som nästa steg applicerades de tidigare identifierade utvecklingsmönstren på respektive scenario och deras påverkan på möjligheterna att styra verksamheten och uppnå styreffekt analyserades. Slutligen återkopplades samtliga scenarier till målen för att undersöka huruvida scenarierna uppfyllde de av staten uppsatta målen.

Nedanstående bild sammanfattar tillvägagångssättet och även den struktur som kommer att följas i denna rapport.

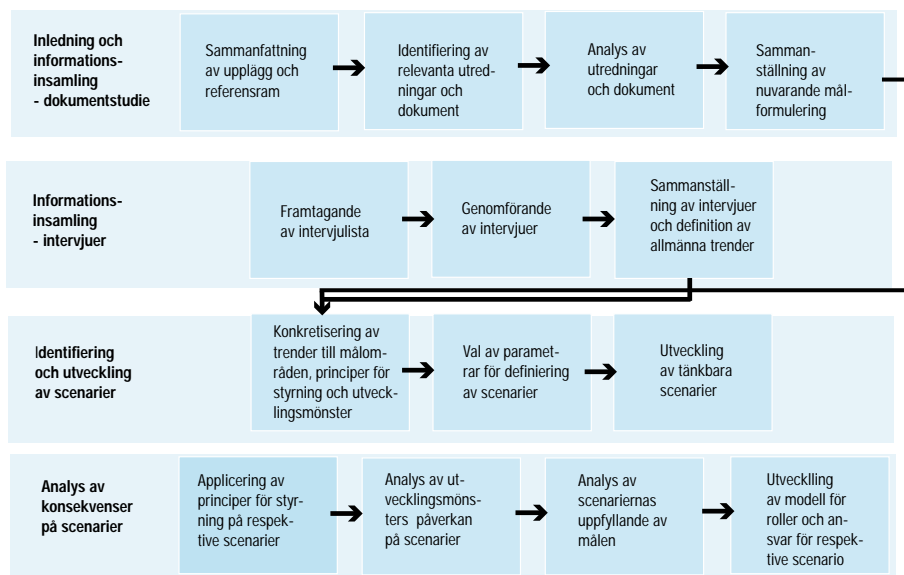


Bild 5: Tillvägagångssätt för den studie som ligger till grund för denna rapport

## Referensram

Vid analysen av tidigare skrivna dokument respektive insamlat intervju-material har utgångspunkten varit att skilja mellan mål och medel i läkemedelsförsörjningen. Frågor om konkurrensförhållanden, regelverk etc. är typiska medel som utgör verktyg för att uppnå viss effekt av styrningen för apoteksverksamheten. Referensramen inför denna rapport har varit att utgå från att ansvars- och rollfördelningen bör avgöras utifrån de explicit uppställda målen för läkemedelsförmånen.

Det bör även nämnas att angreppssättet för denna rapport har varit att visa hur roller och ansvar för styrningen av läkemedelsförmånen borde se ut för att ge full styreffekt, snarare än att diskutera det befintliga systemet.

# Dokumentanalys

Syftet med dokumentanalysen var att ta fram en bild över läkemedelsförsörjningens nuvarande mål och bakgrund med fokus på mål kopplade till Apoteket.

Arbetet inleddes med att identifiera relevanta utredningar, utredningsdirektiv, propositioner, lagar och avtal som sedermera analyserades och sammanställdes i målformuleringar. En fullständig rapport över dokumentanalysen finns bifogad till denna rapport. Nedan görs en kort sammanfattning av resultaten för att få en bakgrund till de av staten uppställda målen i läkemedelsförsörjningen.

## Målen i läkemedelsförsörjningen

Som konstateras i den senaste utredningen av läkemedelsförsörjningen, SOU, 1998:28 (Läkemedel i vård och handel), finns inget samlat, systematiskt och heltäckande måldokument för läkemedelsförsörjningen. Målen får snarast definieras genom att material från flera olika källor ställs samman.

De viktigaste dokumenten i vår analys är Hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763 (HSL), LU 83 (SOU 1987:20), propositionerna 1991/92:107 (Ny läkemedelslag mm) och 1996/97:27 (Läkemedelsförmåner och läkemedelsförsörjning m m), DS 1995:82 (Departementsutredning om Apoteksbolagets framtida roll, SOU 1998:28 (Läkemedel i vård och handel) samt avtalet mellan staten och Apoteket.

Enligt ovanstående dokument återfinns de grundläggande målen för läkemedelsförsörjningen i hälso- och sjukvårdslagen. Detta konstateras t ex SOU 1998:28, bl a med hänvisning till propositionerna 1991/92:107 samt 1996/97:27.

Mål eller krav inom läkemedelsområdet som kan anses kopplade till ***hälso- och sjukvårdslagens övergripande mål*** är:

- enhetliga priser i hela landet och geografisk tillgänglighet (baserat på portalparagrafen i HSL om en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen)
- samråd med, information till och utrymme för synpunkter från patienten (baserat på lagen om patientens rätt till information om behandlingsalternativ och inflytande vid val av behandling).

Utöver de mål för läkemedelsförsörjningen som direkt kan härledas ur hälso- och sjukvårdslagen har ovan nämnda dokument/utredningar också angett specifika mål för läkemedelsförsörjningen. Dessa mål kan indelas i två områden:

- rationell läkemedelsförsörjning
- rationell läkemedelsanvändning.

Det första målet – ***en rationell läkemedelsförsörjning*** – är i sin tur kopplat till två olika delmål:

- tillhandahållande av säkra, effektiva, ändamålsenliga läkemedel
- kostnadseffektiv distribution av dessa läkemedel.

Det första delmålet handlar om att främja en positiv läkemedelsutveckling och att ha en godkännandeprocess som ställer krav på säkerhet och kvalitet på de läkemedel som finns tillgängliga. Det andra delmålet handlar om att distribuera dessa läkemedel på ett samhällsekonomiskt effektivt sätt. Vad som är samhällsekonomiskt effektivt avgörs i hög grad av de grundläggande mål som kan härledas ur hälso- och sjukvårdslagen. Med hänsyn till kraven på enhetliga priser och service i hela landet har hittills ett rikstäckande system för distribution av läkemedel tillämpats för att nå målen. I Apotekets avtal med staten nämns att distributionskostnaderna ska vara så låga som möjligt samt att ett fortlöpande effektiviseringsarbete ska ske.

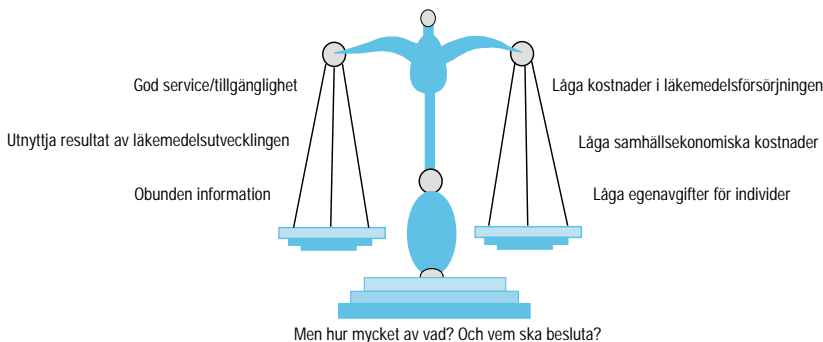
Det andra målet – ***en rationell läkemedelsanvändning*** – har enligt vår dokumentanalys ökat i betydelse över åren, allt i takt med att läkemedel

blivit en allt mer betydelsefull insatsfaktor i hälso- och sjukvården och att förmånskostnaderna ökat. Flera delmål kan kopplas till målet:

- utnyttja resultaten av läkemedelsutvecklingen för att främja hälsan hos befolkningen och/eller minska de samhällsekonomiska kostnaderna för vård och omsorg
- motverka såväl över- som underförskrivning av läkemedel
- verka för producentobunden information till patienter och sjukvården.

Även dessa mål påverkas av de grundläggande mål som kan härledas ur hälso- och sjukvårdslagen. Sjukvårdslagens intentioner innebär t ex att patientens synpunkter ska väga tungt vid avgörande av vad som kan betraktas som rationell läkemedelsanvändning. Patientens behov av oberoende information blir därmed ett viktigt mål att uppfylla. Det ska också nämnas att läkemedelsreformen innebär förändrade ansvarsförhållanden som ändrar förutsättningarna för att uppfylla målet om rationell läkemedelsanvändning. Tidigare har staten haft det primära kostnadsansvaret. Apoteket har tillsammans med andra myndigheter (t ex Läkemedelsverket) varit viktiga verktyg för att uppnå målen.

Staten har tidigare haft kontroll på båda sidor i balanseringen mellan olika mål som visas i bilden nedan. Den viktiga frågan för framtiden är hur balanseringen av nationella service- och regelverkskrav kan förenas med att kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen överförs till landstingen. Detta leder in på nästa viktiga fråga om hur staten bör utforma sin styrning och hur mycket staten kan tillåta vad gäller regionalstyrning.



*Bild 6: Styrningen av läkemedelsförmånen innebär en balans mellan kostnader och servicenivå*

# Intervjuer

IHE och E&Y utsåg ett 30-tal personer som ansågs vara intressanta respondenter för utförandet av denna analys. Urvalet godkändes därefter av styrgruppen. Av identifierade respondenter har totalt 27 personer medverkat i intervjuer. Intervjuerna genomfördes under perioden november till februari 1999/2000 och längden på intervjuerna varierade mellan trettio minuter och tre timmar beroende på respondenternas tidsutrymme. Ett omfattande frågeformulär utgjorde underlag inför varje intervju men tyngdpunkten på frågorna varierade med respondentens bakgrund. Det allmänna intrycket från intervjuerna var att det existerar ett stort intresse för frågor kring styrning av läkemedelsförmånen. I övrigt kan sägas att det fanns likheter i respondenternas svar beroende på grupptillhörighet.

# Allmänna trender

Vid intervju tillfället har respondenterna fått möjlighet att uttrycka sig fritt om upplevda allmänna trender som de ser kan förändra läkemedelssektorn. Respondenternas beskrivningar har använts fritt och ligger till grund för nedanstående sammanställning och analys av globala trender som därefter härletts till den svenska läkemedelsförsörjningen.

Observera att innehållet i detta kapitel är en sammanställning och tolkning av de svar som intervjupersonerna gav. Innehållet återges i ett kondensat.

## Globala trender

Grundläggande är att flertalet respondenter ser en fortsatt internationalisering av läkemedelssektorn med ett ökat inflytande från Europeiska Unionen (EU). Detta kommer enligt respondenterna att leda till att nationell läkemedelspolitik allt mer kommer att följa internationella lagar, riktlinjer och förordningar. Sker detta innebär det även mindre frihet inom vissa områden vid utformningen av nationella läkemedelssystem, framförallt regelverk kopplat till godkännande, konsumentskydd, prisättning, parallellhandel och andra industrifrågor samt patientskydd. Den ökade internationaliseringen med ökat inflytandet från EU gör även att EUs godkännande av nya läkemedel genom EMEA blir normgivande och i allt högre grad kommer att styra de nationella organisationerna för godkännande av läkemedel.

Bland de läkemedelsproducenter som har genomgått en ökad globalisering finns enligt respondenterna en tydlig trend att dessa företag kommer att genomföra större och mer omfattande investeringar i forskning och utveckling (FOU). Detta kommer fortsättningsvis att leda till att kunskapen om läkemedel och sjukdomar eskalerar och möjliggör fram-



ställande av nya mer effektiva läkemedel. Dessa nya mer effektiva läkemedel har oftast en lång och kostsam klinisk forskning och prövning bakom sig, vilket gör att prisnivån på dessa läkemedel är högre. Respondenterna tror därför att vi kommer att få en markant ökad prisnivå på dessa nya ”moderna” läkemedel.

På individnivå finns det tecken på att de nya patientgenerationerna blir mer rörliga geografiskt till följd av internationaliseringen. De nya ”moderna” läkemedlen samt mer effektiva behandlingsformer kommer bli att leda till en längre genomsnittlig livslängd och att andelen äldre ökar. De nya patientgenerationerna kommer att inneha mer kunskap om olika behandlingsformer till följd av nya distributionsvägar för kunskap och information såsom exempelvis media och internet. De nya patientgenerationerna kommer därför ställa högre krav på information och delaktighet vid beslut om behandling. Respondenterna ser även en allt större hälsomedvetenhet hos individer och en ökande efterfrågan av alternativa behandlingsformer såsom naturläkemedel. Vidare anses att det sker en ökande acceptans inom sjukvården för just alternativa behandlingsformer och därför ett ökat godkännande och användande av alternativa behandlingsformer.

Den ökade tillgången av information via exempelvis media och internet samt individernas ökade intresse och mottaglighet för information anses leda till att läkemedelsindustrin kommer att genomföra mer omfattande marknadsföringsinvesteringar. Detta leder enligt respondenterna till ökade marknadsföringsansatser mot individer och då även för läkemedel på recept. Respondenterna tror vidare att läkemedelsindustrin kommer att flytta sitt fokus från enskilda förskrivare och satsa mer på individer, läkemedelskommittéer och de som utger behandlingsrekommendationer.

En ökad internationalisering kommer enligt vissa respondenter även att leda till en europeisk konvergens av inköpspris på läkemedel. Vissa respondenter uttrycker också möjligheten att det i framtiden eventuellt kan komma internationellt gemensamma behandlingsrekommendationer och snarligt utformade förmånssystem.

## Läkemedelsförsörjningen i Sverige

Vissa respondenter beskriver att den ökade internationaliseringen och EMEAs godkännande av läkemedel kommer att leda till att det blir fler läkemedel på den svenska marknaden och i läkemedelsförmånen. Idag kan läkemedelsproducenterna välja om de vill förhandla om priset med RFV. Kommer parterna överens hamnar läkemedelsprodukten automatiskt i läkemedelsförmånen. Undantag beslutas av regeringen. Det finns således enligt vissa respondenter en risk att även läkemedel med sämre kvalitet och effektivitet hamnar i förmånen. Nedanstående bild visar grafiskt den ökade internationaliseringens konsekvenser på den svenska läkemedelsförsörjningen.

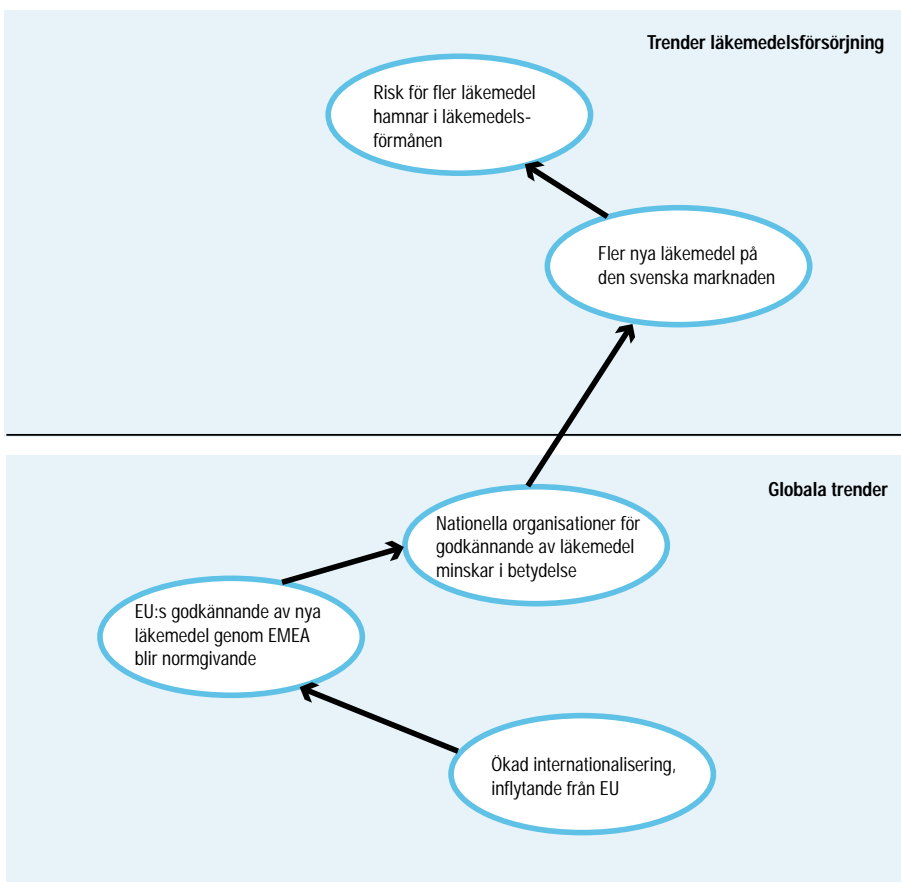


Bild 7: Det ökade inflytandet från EU och dess påverkan på läkemedelsförsörjningen

Källa: Respondenternas beskrivning/E&Ys analys

Läkemedelsindustrins ökande satsningar på FOU leder till nya läkemedelsinnovationer. En del av dessa kan innebära kostnadsbesparingar inom vården medan andra innovationer leder till ökade vårdkostnader samtidigt som fördelarna tillfaller individer, arbetsgivare och/eller socialförsäkringssystemet genom tex minskad sjukfrånvaro.

Den ökade tillgången till information, tex via media och internet, bidrar till individernas kunskap om läkemedel ökar. Såsom tidigare nämnt kommer den ökade kunskapsnivån att leda till ökade krav om specifika behandlingsformer på förskrivarna och då även en ökad efterfrågan på alternativa behandlingsformer såsom naturläkemedel. Individernas ökade krav på förskrivarna gör att föreskrivningsmönstren kommer att förändras. Respondenterna ser en ökad förskrivning av de ”moderna” och dyrare läkemedlen som i sin tur innebär att kostnaderna för läkemedel kommer fortsätta öka markant. Respondenterna ser därför ett ökat behov av producentobunden information som balanserar läkemedelsindustrins ökande informations- och marknadsföringssatsningar mot individer. Nedanstående bild visar grafiskt den ökande internationaliseringen av läkemedelsproducenter och dess konsekvenser på den svenska läkemedelsförsörjningen.

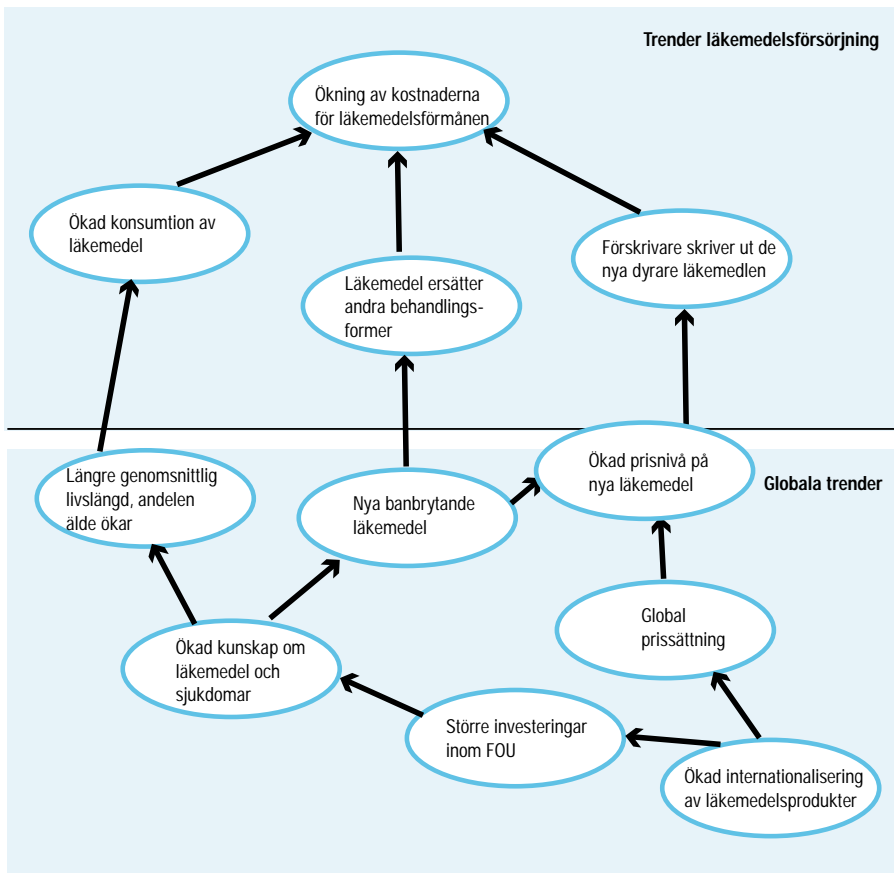


Bild 8: Den ökade internationaliseringen av läkemedelsproducenterna och dess påverkan på läkemedelsförsörjningen

Källa: Respondenternas beskrivning/E&Ys analys

Respondenterna ser en trend mot nya distributionsvägar för information och kunskap tex. via internet. Här ser respondenterna att Apoteket skulle kunna få en nya uppgift med att hantera producentobunden information via internet. Flertalet respondenter tror allmänt att Apoteket borde få en större roll med att selektera information till individer och förskrivare för att balansera läkemedelsindustrins alltmer starka position som informationsspridare. Respondenterna ser vidare nya möjligheter för Apoteket genom att låta förskrivarna skicka recept på internet direkt till de enskilda Apoteken för att sedan leverera läkemedel till individer med post alternativt bud.

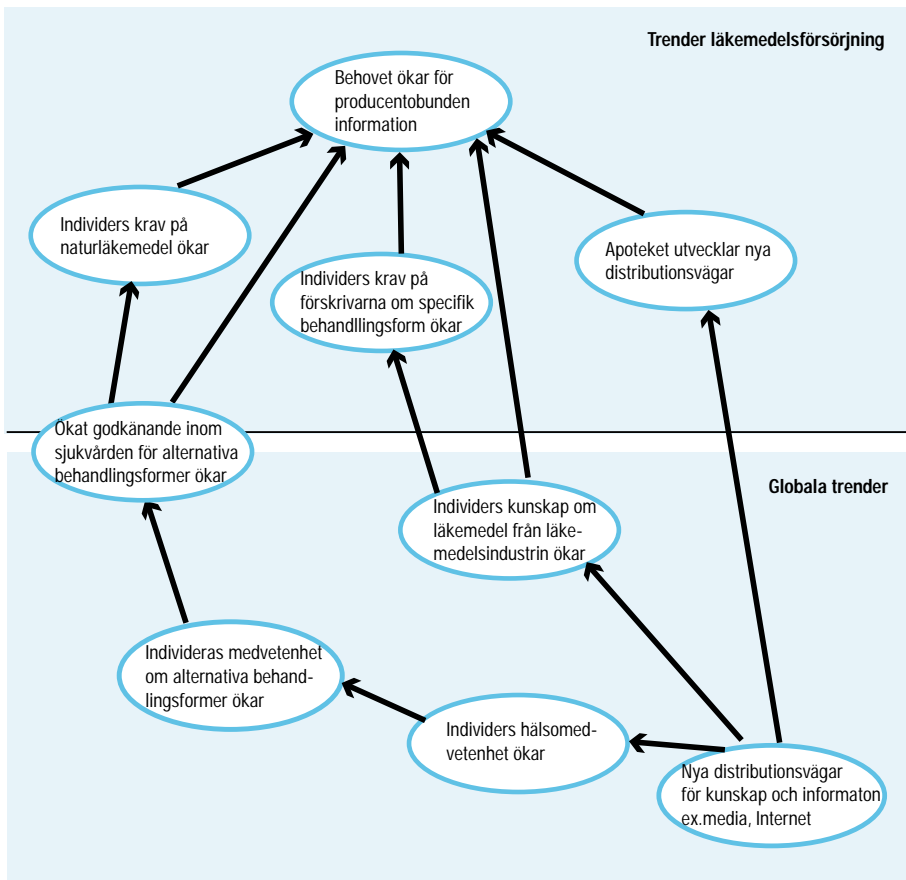


Bild 9: Nya distributionsvägar för information och dess påverkan på läkemedelsförsörjningen

Källa: Respondenternas beskrivning/E&Ys analys

Respondenterna ser även ett ökat intresse för mer individanpassade doser av läkemedel och mindre förpackningar etc vilket kan leda till att kassation av läkemedel minskar. Nedanstående bild visar grafiskt nya distributionsvägar för information och dess konsekvenser på den svenska läkemedelsförsörjningen.

# Ramverk för identifiering och beskrivning av scenarier

Ett ramverk utvecklades för identifiering och beskrivning av scenarier för framtida roller och ansvar i styrningen av läkemedelsförmånen. Ramverket bygger på följande tre komponenter:

- **Principer för styrning.** Dessa principer beskriver vilka komponenter som ingår i styrningen och hur styrningen av läkemedelsförmånen borde se ut för att uppnå full styreffekt. Principerna identifierade genom analyser av intressentbilden och de faktorer som används i styrningen av läkemedelsförmånen. Från denna analys utkristalliserades fyra ”principer för styrning”. En av dessa principer är principen om kostnadsansvar. Denna princip användes för att identifiera de fyra huvudscenarierna.
- **Utvecklingsmönster.** För att få en mer långsiktig bild av respektive scenario analyserades de allmänna trenderna från intervjuerna vidare. Detta ledde till att utvecklingsmönster med tillhörande svarsalternativ kunde definieras.
- **Mål för läkemedelsförsörjningen** För att kunna utvärdera de olika scenarierna användes de av staten uppställda målområdena för läkemedelsförsörjningen.

Mål, principer för styrning och utvecklingsmönster enligt ovan utgör ramverket i arbetet att identifiera och analysera scenarier (se bild på nästa sida). Som bilden visar har kategoriseringen gjorts utifrån referensramen om att ansvars- och rollfördelningen bör avgöras utifrån de explicit uppställda målen för läkemedelssektorn.

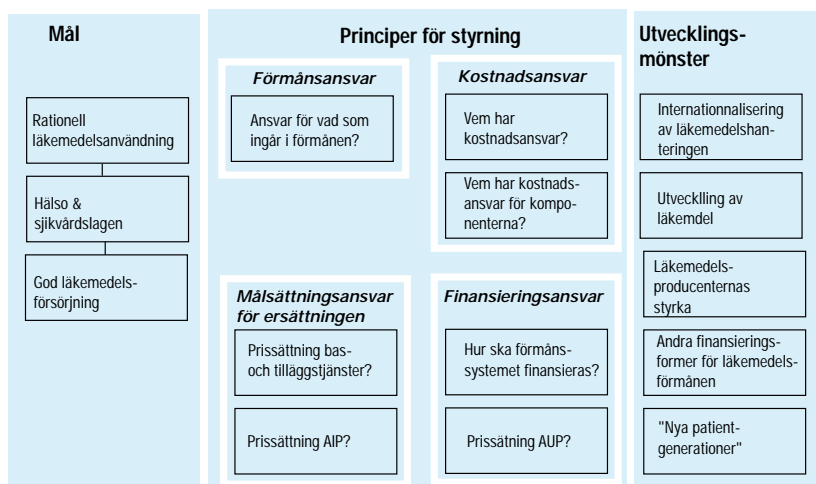


Bild 10: Principer för styrning och utvecklingsmönster som används för att beskriva framtida scenarier

## Principer för styrning

Nedan beskrivs fyra typer av ansvar som har identifierats. En viktig princip är att dessa samverkar i styrningen av läkemedelsförmånen. Respektive ansvar kan vara ålagt staten alternativt sjukvårdshuvudmännen (landstingen). De fyra ansvarerna är följande

- **Förmånsansvar:** Vem ska avgöra vad som ingår i förmånen och därmed skapa ersättningsmodellen? Detta gäller både att avgöra vilka läkemedel/produkter som ska ingå och vilka tjänster (nedan kallat bastjänster) som ska ingå.
- **Målsättningsansvar:** Vem ska avgöra hur mycket de produkter och tjänster som ingår i förmånen ska få kosta den kommande perioden? I detta ingår bl a att fastsätta kvalitetsmål, volymmål och kostnads mål för de komponenter som fastställts i ersättningsmodellen.
- **Kostnadsansvar:** Vem ska stå risken för ett eventuellt över- respektive underskott som kan uppstå när verkligt utfall avviker från mål? Detta ansvar kan antingen fullt läggas på en part (landstingen eller

staten) eller delas mellan parterna. Man kan också ta ansvar för olika delar av den totala kostnadsmassan, uppdelat på ansvar för produktkostnader (Apotekets inköpspris AIP), bastjänster (sådana tjänster och åtaganden som ska betalas genom läkemedelsförmånen) samt tilläggstjänster (tjänster som inte ingår i läkemedelsförmånen men som landstingen ändå vill att Apoteket ska utföra på uppdrag av dem).

- **Finansieringsansvar:** Vem avgör hur kostnaden för läkemedelsförmånen ska finansieras? I denna studie har de två faktorer som varit av intresse utgjorts av modellen för att reglera patienternas egenavgifter samt utförsäljningspriset på produkterna (Apotekets utförsäljningspris AUP).

Nedanstående beskrivning illustrerar de alternativ som finns för varje ansvar:

#### ***Förmånsansvar (skapa ersättningsmodell)***

1. Vem ska avgöra vad som ska ingå i förmånssystemet?
  - a. Avgöra vilka produkter som ska ingå i läkemedelsförmånen
    - i. Staten
    - ii. Landstingen
  - b. Besluta vilka bastjänster av information och service som ska ingå i läkemedelsförmånen samt hur mycket
    - i. Staten
    - ii. Landstingen

#### ***Målsättningsansvar i ersättningsmodellen (avgöra nivå på kvalitet, volym och kostnad för det som ingår i förmånen)***

2. Vem ska prissätta Apotekets inköpspris för läkemedel (AIP)?
  - a. Staten
  - b. Landstingen
3. Vem ska ansvara för prissättning av bastjänster? Bastjänster innebär t ex de grundtjänster av information och expedition som Apote-



ket ska tillhandahålla för att hantera läkemedelsförmånen. En relaterad frågeställning kan vara hur många Apotek som ska finnas.

- a. Staten
  - b. Landstingen
4. Vem ska ansvara för prissättningen av tilläggstjänster, alltså de tjänster som inte ingår i läkemedelsförmånen men som olika landsting kan efterfråga?
- a. Staten
  - b. Landstingen

***Kostnadsansvar:***

5. Vem har kostnadsansvar för läkemedelsförmånen?
- a. Fullt kostnadsansvar
    - i. Staten har fullt ansvar för kostnaderna för läkemedelsförmånen
    - ii. Landstingen övertar fullt kostnadsansvar för läkemedelsförmånen
  - b. Delat totalansvar
    - i. Landstingen har kostnadsansvar men staten ger viss garanti för överkostnader för läkemedelsförmånen
6. Vem har kostnadsansvar för komponenterna; AIP, bas- samt tilläggstjänster?
- a. AIP – Apotekets inköpspris för läkemedel
    - i. Staten
    - ii. Landstingen
  - b. Bas – De bastjänster av service och information som Apoteket utför och som ingår i förmånen
    - i. Staten
    - ii. Landstingen
  - c. Tillägg – Tilläggstjänster som Apoteket utför men inte ingår i förmånen
    - i. Landstingen

***Finansieringsansvar***

7. Hur kommer förmånssystemets konstruktion av finansieringen att påverka scenarierna?
  - a. Egenavgifternas konstruktion
    - i. Lika egenavgifter i hela landet
    - ii. Differentierade egenavgifter
  
8. Vem ska ansvara för prissättningen av Apotekets utförsäljningspris (AUP)?
  - a. Staten
  - b. Landstingen

# Beskrivning av olika scenarier

Som nästa steg för att identifiera tänkbara scenarier genomfördes en analys av principerna för styrning för att finna den mest avgörande parametern. Då vem som ska ha kostnadsansvaret är en högst aktuell fråga valdes denna som utgångspunkt.

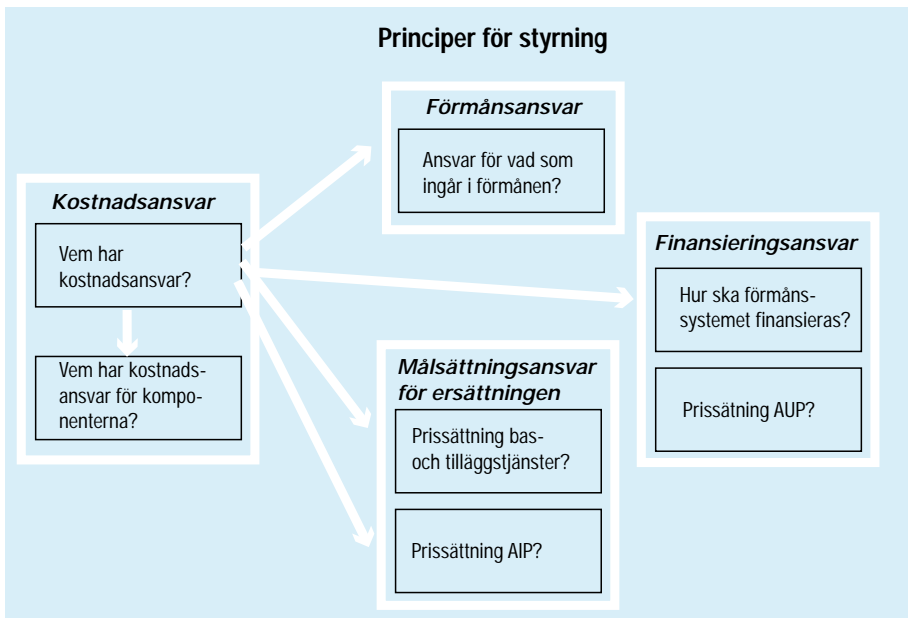


Bild 11: Kostnadsansvaret har använts som utgångspunkt för identifiering av huvudscenarier

En grundtes är att den som ska ha kostnadsansvaret bör kunna påverka de parametrar som kan styra kostnadernas storlek. Därför bör kostnadsansvaret styra de övriga principerna för styrning för att erhålla full styreffekt. Scenarierna skulle bli ungefär de samma om man hade utgått

från någon av de andra principerna, tex förmånsansvar. Utifrån denna slutsats kunde nedanstående scenarier identifieras som visar möjliga kombinationer av huvudmannaskap för läkemedelsförmånen.

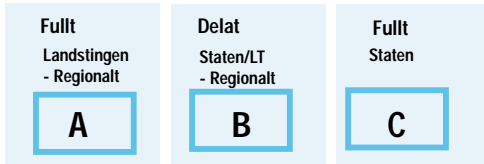


Bild 12: Tre huvudscenarier

Scenario A beskriver en modell där landstingen regionalt har fullt kostnadsansvar. I scenario B har staten delat kostnadsansvar med Landstingen regionalt. Scenario C beskriver att staten har fullt kostnadsansvar för läkemedelsförmånen.

Det har även framkommit vid intervjuer att det även kan finnas ett möjligt scenario där landstingen har fullt kostnadsansvar på central nivå. I denna rapport har detta scenario ej analyserats vidare. Skälet till detta är att Landstingsförbundet lagligt sett inte är en beslutsfattande organ vilket omöjliggör en central styrning. Efterforskningar visar att utifrån ett ansvarsperspektiv finns det ingen juridisk möjlighet att praktiskt genomföra detta scenario. På lite längre sikt kanske de juridiska restriktionerna försvinner och då kan scenariot vara intressant att diskutera.

## Applicering av principer för styrning på respektive scenario

I nästa steg utvecklades varje huvudscenario genom att frågeställningarna under avsnittet principer för styrning besvarades. Syftet med denna analys var att undersöka hur de olika kombinationerna av kostnadsansvar bör styra övriga parametrarna för att optimera styreffekten för respektive scenario (se tabell nedan). När varje huvudscenario utvecklades identifierades att scenario B kan omfatta flera kombinationer av delat ansvar. Två sådana kombinationer av scenario B identifierades. I scenario B1 har staten ensamt ansvar för bastjänsterna och i B2 bestämmer staten och landstingen gemensamt vilka produkter och tjänster som ska ingå i förmånen.

PRINCIPER FÖR STYRNING	SCENARIER			
	A (Lands- tingen)	B1 (Staten bestämmer bastjänsterna i förmånen)	B2 (Staten/ Landstingen styr innehållet i förmånen, generellt statsbidrag)	C(Staten)
<b>FÖRMÅNSANSVAR (skapa ersättningsmodell)</b>				
1. Avgöra vad ingår i förmånssystemet Produkter: – Staten – Landstingen regionalt Bastjänster av information och service: – Staten – Landstingen regionalt				
	x	x	x	x
		x	x	x
	x		x	
<b>MÅLSÄTTNINGANSVAR I ERSÄTTNINGSMODELLEN</b>				
2. AIP – Staten – Landstingen regionalt				
	x	x	x	x
3. bastjänster – Staten – Landstingen regionalt				
	x	x	x	x
4. Tilläggstjänster/produkter (ingår inte i förmånen) – Landstingen regionalt				
	x	x	x	x
<b>KOSTNADSANSVAR</b>				
5. Kostnadsansvar Fullt kostnadsansvar – Staten fullt kostnadsansvar – Landstingen fullt regionalt kostnadsansvar				
	x			x
Delat kostnadsansvar – Staten/Landstingen regionalt ansvar (staten garanti)				
		x	x	
6. Kostnadsansvar för komponenterna AIP – Staten – Landstingen regionalt				
	x	x	x	x
Bastjänster av service och information – Staten – Landstingen regionalt				
	x	x	x	x
Tilläggstjänster/produkter (ingår inte i förmånen) – Landstingen regionalt				
	x	x	x	x
<b>FINANSIERINGSANSVAR</b>				
7. Förmånssystemets finansiering – Lika egenavgifter i hela landet – Differentierade egenavgifter i landet				
	(x)	(x)	(x)	x
	(x)	(x)	(x)	
8. Prissättning av AUP – Staten – Landstingen regionalt ansvar				
		(x)	(x)	x
	x	(x)	(x)	

Tabell 1: Definition av varje scenario. Tabellen visar vem som bör ha ansvaret för varje del av styrningen i respektive scenario

Tabellen bör tolkas enligt följande:

x=Visar vem som bör ha ansvaret

(x)=Neutralt

Slutsatsen från denna analys var att den part (staten eller landstingen) som har fullt kostnadsansvar också bör få ansvaret för övriga parametrar som styr läkemedelsförmånen. Endast om kostnadsansvarig även får ansvar för övriga parametrar kan optimal styreffekt uppnås (se scenario A och C). Dock bör landstingen ha kostnadsansvar för komponenten tilläggstjänster i båda scenarier då landstingen själva bäst avgör vilka behov de har av sådana tilläggstjänster.

Den viktigaste slutsatsen från denna analys var att om landstingen ska få fullt kostnadsansvar bör staten minska sin styrning och ge mer utrymme till den som har kostnadsansvaret. Nackdelen med detta är att en minskad statlig styrning kommer att få konsekvenser på de av staten uppställda målen för läkemedelsförsörjningen. Om staten har fullt kostnadsansvar enligt scenario C finns förutsättningar för att statens uppställda mål optimeras. Däremot kan en kostnadsstyrning bli svårt att uppnå i detta scenario då staten ej i samma utsträckning som landstingen kan påverka förskrivarna. I scenario A där landstingen har fullt kostnadsansvar kommer kostnadsstyrningen däremot att fokuseras. Dock kommer det att leda till olikheter i de olika landstingen, vilket innebär att statens uppställda mål om lika service och pris kan bli svåra att upprätthålla. Frågan är vilket staten ser som viktigast, kostnadsansvaret eller övriga mål för läkemedelsförmånen? Scenario B är ett mellanting där både kostnadsmålen och de övriga målen i någon mån uppfylls.

Om staten har delat huvudmannaskap med landstingen regionalt (scenario B) borde huvuddelen av parametrarna för ansvar styras av landstingen regionalt. Det har identifierats två kombinationer av scenario B. I scenario B1 ligger ansvaret för vilka bastjänster som ska ingå i läkemedelsförmånen, servicenivå för dessa samt prissättningen av dessa hos staten. Logiken med detta är att säkra enhetlig service och obunden information till patienter i hela landet på lika villkor. I scenario B2 bestämmer däremot staten och landstingen gemensamt vilka produkter och bastjänster som ska ingå i läkemedelsförmånen. Läkemedelsförmånen finansieras här av ett generellt statsbidrag. I detta scenario görs prissättningen av AIP, bas- och tilläggstjänsterna av landstingen regionalt. Logiken med detta är att landstingen här får inflytande på viktiga parametrar (förskrivningsvolym och val mellan olika läkemedel), via förskrivarna som styr kostnadsnivån för läkemedelsförmånen. Samtidigt

kan staten bibehålla viss kontroll över vilka produkter och tjänster som ska ingå i förmånen och utöva press på de landsting som inte uppfyller statens krav genom t ex påverkan på deras statsbidrag.

I analysen framkom även att förmånssystemet delvis kan finansieras med differentierade egenavgifter vid en decentraliserad styrning av huvudmannaskap, alltså regional styrning av landstingen för att optimal styrning ska uppnås. Detta blir dock ett krångligt system och frågan är om och hur de olika landstingen kan och vill hantera uppföljningen och styrningen av ett sådant system när individer blir allt mer rörliga geografiskt och kommer att köpa läkemedel i olika landsting. Dessutom kommer det att leda till att individer betalar olika stor andel av läkemedlets pris och då uppfylls inte statens mål om lika pris i hela landet. Slutligen kan sägas att det finns en risk att patienterna inte förstå hur de olika systemen fungerar vilket innebär att välfärdssystemet för läkemedel inte är transparent. Ett förmånssystem med lika avgifter i hela landet fungerar dock i samtliga scenarier.

# Utvecklingsmönsters påverkan på respektive scenario

Nästa steg var att utifrån ovanstående analys undersöka hur scenarierna förändras i ett mer långsiktigt perspektiv. Därför inkluderades även utvecklingsmönsterna i analysen för att identifiera hur dessa kan komma att påverka respektive scenario. Utvecklingsmönsterna var följande:

- Vilka konsekvenser kommer en ökad internationalisering att få på den svenska läkemedelshanteringen?
  - Godkännandet av nya läkemedel sker efter internationella riktlinjer i större utsträckning?
  - Internationell informationsspridning till läkemedelsanvändarna från läkemedelsindustrin?
  - Konvergens av läkemedelspriserna?
  - Konvergens av behandlingsrekommendationer?
  - Konvergens av förmånssystem?
  - Internationella tillsynsmyndigheter?
  - Internationell distribution av läkemedel?
  
- Hur kommer utveckling av läkemedel att se ut?
  - Nya läkemedel med ny kostnadsstruktur?
  
- Hur kommer läkemedelsproducenternas påverkan på läkemedelshanteringen att utvecklas?
  - Kommer inte att öka – läkemedelskommittéernas och Apotekets gemensamma ansats med producentobunden läkemedelsinformation till konsumenter kommer att balansera informationen från läkemedelsproducenterna?
  - Kommer att öka – pga läkemedelsindustrins ökade marknadsföringssatsningar till konsument?
  
- Finns andra tänkbara finansieringsformer?
  - Andra former av skattefinansiering (landstingsskatt istället för statligt bidrag)?



- Offentliga obligatoriska försäkringar?
- Privata kollektiva försäkringar?
- Helt privata försäkringar?
- Vilka krav ställs från nya patientgenerationer?
  - Individer har mer kunskap om olika läkemedel och kräver de mest effektiva läkemedlen?
  - Individerna kräver ökade öppettider på Apoteken?
  - Individer kräver nya distributionsmöjligheter som att kunna köpa vissa läkemedel på andra platser än på Apoteken tex. matvaruaffärer, bensinstationer etc, alternativt vill få läkemedel levererad via post eller bud?

### *Ökad internationalisering av läkemedelshanteringen*

Om det sker en ytterligare internationalisering av läkemedelssektorn såtillvida att nationell läkemedelspolitik i allt högre utsträckning kommer att följa internationella riktlinjer, kommer Sverige få mindre frihet i vissa delar vid utformningen av sitt läkemedelssystem. Detta gäller framförallt regelverket kopplat till godkännande, prissättning, parallellhandel och andra industrifrågor samt konsumentskydd.

Även om EUs harmoniseringssträvanden ursprungligen inte omfattade social- och folkhälsopolitiken kan konstateras att de regler, policies och beslut som fattas inom EU och av dess högsta domstol ändå fått konsekvenser för hälso- och sjukvården i respektive land. Det gäller i synnerhet på läkemedelsområdet. Läkemedel betraktas nämligen inom EU som handelsvara, vilket innebär att EU ser positivt på ett fritt flöde av läkemedel mellan medlemsländerna i form av t ex parallellhandel (SOU 1997:165). Godkännande, marknadsföring, partihandel, upphandling och säker läkemedelsanvändning är vidare reglerade genom av EU utfärdade förordningar och direktiv. EU reglerar också prisbildningen på produkter inom nationella förmånssystem genom det s k transparensdirektivet. Detta föranledde en förändring i den svenska prissättningen år 1993 (Prop. 1991/92:107).

Av flera skäl är det tänkbart att strävanden, policies och regler inom EU på sikt också får konsekvenser för hur medlemsländerna utformar sina förmånssystem i stort; inte minst på läkemedelsområdet. Ett skäl är att en öppen marknad på sikt gör det besvärligt för ett enskilt land att avvika vad gäller skatteregler och skattesatser, vilket även kan bidra till en harmonisering av vad skatterna ska användas till, däribland nationella förmånssystem. Andra skäl är ambitioner inom EU att verka för ökat konsumentskydd och en önskan från inte minst den nyligen tillsatta kommissionen att EU ska upplevas som något positivt för den enskilde medborgaren. Högsta domstolen inom EU har också i några uppmärksammade fall visat att nationella regelverk kopplat till förmånssystem inte tillåts hindra dessa ambitioner. Det är tänkbart att sådana strävanden *på sikt* innebär att EU fastställer vissa minimikrav vad gäller t ex hälso- och sjukvårds- och läkemedelsförmåner för EU medborgarna. En parallell utveckling som skulle kunna ge ytterligare stöd för en sådan ambition är ett pågående och ökat internationellt samarbete vad gäller framtagande av behandlingsrekommendationer, inte minst för nya läkemedel. Om det finns en internationell samsyn av hur nya läkemedel ska användas, ligger det nära till hands att denna samsyn också ger utgångspunkt för att definiera vissa minimikrav för behandling med ambitionen att stärka konsumentskyddet. Det ska också noteras att transparensdirektivet från 1990 inte enbart reglerar prissättningen på (human-) läkemedel inom nationella förmånssystem. Begränsningar i sortimentet av de läkemedel som omfattas av nationella förmånssystem måste också stå i överensstämmelse med de krav direktivet ställer upp (SOU 1997:165).

EUs ambitioner leder också indirekt till nya förutsättningar för den svenska läkemedelsförmånen genom nya ageranden från läkemedelsföretagen. Ökad parallellhandel med läkemedel i Europa leder på sikt till att läkemedelspriserna från företagen harmonieras. Det innebär i så fall att både staten och landstingen kommer att få svårare att förhandla fram ett pris som radikalt skiljer sig från de priser som tillämpas ute i övriga EU-länder. En sådan konvergens i läkemedelspriserna har redan noterats, även om det fortfarande finns skillnader mellan länderna (och därmed utrymme för parallellhandel). Eftersom läkemedelsföretagens strategier vad gäller framförallt prissättning men även tex marknadsföring till enskilda individer blir allt mer internationella kan det också tän-

kas att enskilda medlemsländer vill föra upp frågor om t ex obunden information på EU-nivån.

EU har alltså redan fått konsekvenser för medlemsländernas hälso- och sjukvårdssystem, inte minst på läkemedelsområdet. De nationella systemen har påverkats både direkt (genom regler, direktiv) och indirekt (läkemedelsföretagens ageranden). Det finns tecken på att påverkan på de nationella förmånssystemen kommer att öka framöver. Samtidigt ska påpekas att det är svårt att överblicka framtida tänkbara konsekvenser av de parallella processer som pågår inom EU. Den påverkan som skisserats ovan beror i grunden kanske inte heller så mycket på Sveriges medlemskap i EU utan mer på en allmänt pågående internationalisering som är särskilt markerad på läkemedelsområdet.

Konsekvensen av en ökad internationalisering är att individer kommer att vara mer rörliga geografiskt vilket innebär att det i framtiden kommer att krävas ett svenskt förmånssystem som klarar att hantera detta. Utifrån våra scenarier kan det i en decentraliserad styrning som i scenario A och B bli svårt att hantera redovisningen av differentierade egenavgifter och kostnader för läkemedel inköpta i ett annat landsting. Om priserna på läkemedel, produkter i förmånen och nivån på egenavgifter kommer att variera mellan olika landsting kan det innebära att individerna kommer att införskaffa läkemedel i de mer förmånliga landstingen. Man kan även tänka sig att landstingens ekonomi kommer att begränsa landstingens utbud av läkemedel och sålunda styra förskrivningen.

En ökad internationalisering kan vidare leda till en ökad internationell distribution vilket i sin tur kan leda till att individer kan köpa läkemedel på tex. internet. Detta kommer att innebära att det bli svårt att kontrollera säkerheten på dessa läkemedel samt att förändringar i regelverk och lagar krävs för att skydda individerna. Under dessa omständigheter är det mer fördelaktigt med ett statsstyrt scenario (B och C) som har kraft och befogenhet att instifta lagar som stödjer individernas säkerhet. Det bör även nämnas att om det sker en ökad internationell distribution av läkemedel så kan det komma att påverka Apotekets verksamhet. Hur det påverkar Apotekets roll kommer inte att behandlas i denna rapport och det beror på att Apotekets roll inte är att påverka styrningen av läke-

medelsförmånen, utan att vara ett av statens medel att uppfylla målen. Genom det s.k. Franzén målet står också klart att det statliga apoteksmonopolet även kan behållas som medlem av EU (SOU 1998:28).

Sammanfattas ovanstående resonemang om hur en ökad internationalisering på sikt kan påverka scenarierna framgår att viktiga parametrar som huvudmännen delvis kan styra för att påverka kostnadsnivån allt mer kommer att påverkas av internationaliseringen. Görs en utvärdering av scenario B och C så bör ett scenario med delad styrning mellan staten och landstingen (B) vara mer effektivt än ett fullt statsstyrt scenario (C) då landstingen kan påverka sina egna förskrivare bättre än vad staten självständigt kan göra för att kontrollera kostnaderna för förmånen. Dock talar en ökad individuell geografisk frihet och rörlighet för scenario C. I scenario B1 där staten bestämmer bastjänsterna för förmånen, ges dock staten en möjlighet att bibehålla solidariskt ansvar för läkemedelsförmånens kostnader. Det finns vissa praktiska svårigheter med scenario A där landstingen har fullt regionalt kostnadsansvar. Om tex läkemedelsförmånens innehåll eller egenavgifter skiljer sig mellan olika landsting finns det en stor risk att patienterna får svårt att förstå hur den praktiskt fungerar vilket innebär att välfärdssystemet inte är transparent. Det finns även i scenario A en stor risk med att landstingen få svårt att uppskatta sina kostnader om patienterna rör sig mellan de olika landstingen samt att landstingen säkerligen är mindre villiga att betala varandras kostnader för läkemedelsförmånen. Staten har dessutom infört solidariskt kostnadsansvar med gemensam finansiering för vissa typer av sjukdomar vars behandling med läkemedel är mycket kostnadskrävande. Detta visar på svårigheten och talar mot att lägga över fullt kostnadsansvar på landstingen.

### *Utvecklingen av nya läkemedel*

Nya mer effektiva läkemedel har ofta en lång och kostsam klinisk forskning och prövning bakom sig vilket gör att prisnivån på dessa läkemedel är högre. Effekter av nya läkemedel är att de t ex kan:

- Ersätta existerande behandling (tex operation men även annan läkemedelsterapi).

- Erbjudna behandling där sådan inte tidigare funnits (tex för många kroniska tillstånd, såsom MS).
- Utgöra ett komplement till existerande behandling (hantera biverkningar, öka effekt av annan läkemedelsterapi inom tex cancervården).
- Ge ytterligare behandlingsmöjligheter inom områden där sådana finns (utan att konkurrera ut dessa).
- Ge mer eller mindre marginell förbättring (tex mindre biverkningar, bättre effekt, lägre pris) jämfört med existerande likvärdiga läkemedel.

Läkemedelsindustrin väntas söka godkännande för många nya läkemedel som pga omfattande forskning kommer att ha en hög prisnivå på marknaden. Godkänns dessa läkemedel kommer kostnaderna för läkemedelsförmånen sannolikt att öka vilket kan leda till svåra prioriteringar i landstingen. Det finns dock en möjlighet att dessa nya läkemedel kan leda till kostnadsbesparingar inom vården genom att de i vissa fall kan ersätta operationer och framförallt reducera omvårdsbehov vid sjukhem. Under dessa omständigheter är en decentraliserad styrning med ett regionalt huvudmannaskap (scenario A eller B) att föredra då landstingens kostnader för vården kan vägas mot kostnader för läkemedel. Det finns dock en nackdel med dessa scenarier och det är att landstingens inköp av läkemedel begränsas till vad de kan finansiera utifrån sin samlade budget för vård och läkemedel, vilket kan leda till ett mindre utbud av läkemedel för individerna. Dessutom har landstingen inga direkta incitament att väga ökade kostnader för vård och läkemedel mot kostnadsbesparingar för samhället i övrigt. Dyra läkemedel kan vara lönsamt för staten genom att de kan leda till kostnadsbesparingar i socialförsäkrings-systemet i stort (kort- och långtidsfrånvaro exempelvis pga sjukdom). En ökad helhetssyn över hela sjukvården skulle dock även kunna fås i scenario B2 med delad styrning mellan staten och landstingen. Staten borde alltså kunna utöva stark styrning över landstingen i detta scenario (B2) genom att använda finansieringskonstruktionen av statsbidraget som en styrande parameter för att påverka landstingens incitament och agerande.

## *Starkare läkemedelsproducenter*

Om läkemedelsproducenter får en ökad dominans genom ytterligare sammanslagningar av läkemedelsbolag kan det leda till att de uppnår en starkare position vid prispförhandling av apotekets inköpspris, AIP. Det krävs då precis som ovan en stark förhandlingspart mot dessa läkemedelsproducenter vilket kan vara svårt att uppnå för vissa regionala landsting. Samtidigt är det landstingen som i viss mån kan påverka förskrivarna.

Om läkemedelsproducenterna får ökad dominans kommer de även att innebära en ökad kraft att utöva påtryck och inflytande över individer och förskrivare. Troligtvis kommer de öka sina marknadsföringskampanjer mot individer och satsa på bättre och fler utbildningstillfällen för förskrivarna för att förmedla producentinformation. Det kommer då att krävas mer producentobunden information till individer och förskrivare samt en ökad närhet till förskrivarna för att balansera läkemedelsproducenternas ökade styrka. Ett landstingsstyrt scenario (A och B) är troligtvis mest lämpligt för att kunna motverka läkemedelsproducenternas kraft på förskrivarna då landstingen bör kunna påverka och styra sina förskrivare bättre i ett decentraliserat scenario. Dock under förutsättning att landstingen hittar mekanismer och verkningsfulla instrument att lyckas med denna styrning.

Vad gäller en ökad satsning på producentobunden information är det möjligt att de scenarier där staten bestämmer mängden samt kvaliteten på den information som ska ingå i förmånen (B2 och C) kan vara att föredra då det garanterar att informationsspridningen blir lika bra och omfattande i hela landet. Det kan annars finnas en risk att nivån och mängden information kommer att variera mellan landstingen då det kommer att styras utifrån respektive landstingsbudget.

## *Andra finansieringsformer*

Läkemedelsförmånen finansieras idag med statliga skattemedel. En annan lösning kunde vara att finansiera läkemedelsförmånen med andra finansieringsformer såsom skatteutväxling till landstingskommunal skatt, offentliga obligatoriska försäkringar eller privata försäkringar. En skatteutväxling mellan staten och landstingen förutsätter en full landstings-

styrning enligt scenario A medan offentliga obligatoriska försäkringar hanteras bäst i scenario C. För att ett system med privata försäkringar ska fungera ställs högre krav på uppföljning mot försäkringsbolagen. Det finns också stor risk att det leder till olika försäkringsskydd i olika landsting.

### *Nya krävande patientgenerationer*

Om individer bli en starkare motpart mot staten och landstingen genom att de söker fördjupad kunskap om läkemedel via exempelvis internet kommer individerna ställa större krav på förskrivare att skriva ut de mest effektiva läkemedlen för specifik sjukdom. I detta fall kommer ett landstingsstyrt scenario (A och B) med sin närhet till förskrivarna att kunna balansera individernas ökade krav på förskrivarna. Scenario C som är statsstyrt ger individerna en större möjlighet att erhålla önskad behandling då staten inte har samma närhet och möjlighet som landstingen att påverka förskrivarna. Staten behöver dock inte begränsa sitt utbud av läkemedel i samma utsträckning som landstingen men detta får troligen andra konsekvenser som skattehöjningar etc.

De nya patientgenerationerna kommer dessutom troligen ställa krav på en ökad tillgänglighet av läkemedel. Det kan vara i form av längre öppettider på Apoteken eller nya distributionsmöjligheter genom att individer kan köpa vissa läkemedel på andra platser än Apoteken tex matvaruaffärer och bensinstationer. Det kan även tänkas att de nya patientgenerationerna tycker att det är ett onödigt mellansteg att vara tvungen att hämta flertalet läkemedel på Apoteken och i stället skulle föredra att få läkemedlen levererade med post/bud direkt till hemmet eller direkt av läkaren.

Om individernas krav eller önskemål ska tillgodoses ställs allt större krav på nya sätt att sprida producentobunden information till individerna. I detta fall kan tänkas att förskrivarna får en allt viktigare roll vad gäller att informera patienten. Då bör ett landstingsstyrt scenario (A eller B) vara mest lämpligt genom sin närhet till förskrivarna. Det finns dock vissa problemställningar som måste hanteras om andra distributionskanaler ska tillåtas, dels vikten av att varje patient ges tillräckligt med

tid hos förskrivaren för att få fullständig information om läkemedlet, dels vikten av att förskrivaren känner till individens totala konsumtion av läkemedel.

Det kommer dessutom ställas större krav på staten att anpassa lagar och förordningar till att stödja och garantera individernas säkerhet samt på en tillsynsapparat som ser till att dessa nya lagar och förordningar efterföljs. Blir det en läkemedelsdistribution via olika nya distributionskanaler och en mer kontrollerad sådan är ett statsstyrt scenario enligt C att föredra då staten bestämmer styrningen av läkemedelsförmånen och då kan ställa samma krav på landstingen att upprätthålla samma servicegrad. Ett delat ansvar mellan staten och landstingen där det bestäms gemensamt vad som ska ingå i förmånen (B2) kan också vara lämpligt då man kan uppnå både en närhet till förskrivarna men även att staten bibehåller sin kontroll.



# Scenariernas uppfyllande av målen

Slutligen undersöks huruvida ovanstående scenarier uppfyller de av staten uppsatta centrala målen för läkemedelsförsörjningen. Dessa mål är i sin tur kopplade till hälso- och sjukvårdens övergripande mål om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

**Rationell läkemedelsanvändning** (främja utnyttjande av läkemedelsutvecklingen, obunden information): Utifrån ett kostnadsperspektiv så är scenario A och B fördelaktigare då landstingen kan ansvara för samt jämföra kostnader inom vården mot läkemedelskostnader. Dock finns nackdelen att landstingens inköp av läkemedel begränsas av landstingens budget och då ställs inte dessa kostnader mot andra kostnadsbesparingar för samhället. Utifrån ett samhällsekonomisk perspektiv är scenario C att föredra då det kan vara lönsamt för staten att ta dyrare kostnader för läkemedel som kan leda till kostnadsbesparingar i hela socialsystemet i stort (kort- och långtidsfrånvaro pga sjukdom). Samtidigt saknar staten möjligheter att följa och påverka läkemedelsanvändningen på samma sätt som landstingen, vilket är en förutsättning för att agera samhällsekonomiskt. Dock borde staten kunna främja ett samhällsekonomiskt tänkande även om landstingen tar över kostnadsansvaret.

Scenario C uppfyller målet om obunden information genom att de garanterar kvalitet och likheter vad gäller utbudet och spridningen av patientinformation i hela landet. Denna producentobundna information blir än viktigare om läkemedelsproducenterna blir starkare och för ut sitt budskap till patienterna. Samtidigt bör landstingen regionalt i scenario A och B i större utsträckning få större motivation att påverka förskrivarna och då styra kostnaderna för läkemedelsförmånen.

**Rationell läkemedelsförsörjning** (lika pris och servicenivå i hela landet samt rationell distribution): Detta mål uppfylls bäst i scenario C där staten har fullt kostnadsansvar. Läggs kostnadsansvar över på landstingen

regionalt som i scenario A och B kan detta leda till olikheter vad gäller servicenivån mellan landstingen då de inte har samma ekonomiska möjligheter och förutsättningar. Det skulle innebära att sjukvårdslagen om lika villkor för individer inte kommer att uppfyllas. Detta borde kunna motverkas genom omfördelningar mellan landstingen eller statsbidraget (scenario B2).

Nedan görs en sammanställning över hur väl målen uppfylls i respektive scenario, med utgångspunkt i de faktorer som påverkar individen/Patienten.

Som tabell 2 härintill beskriver kommer målen om enhetliga priser och service i hela landet att uppfyllas bäst i ett statsstyrt scenario (C) medan det finns risk för överutnyttjande då läkemedel inte vägs mot andra insatser i vården. I scenario där landstingen har fullt kostnadsansvar (A) så kommer troligen inte de grundläggande målen om enhetliga priser och service i hela landet att uppfyllas på sikt. Scenario B1 där staten ansvarar för bastjänsterna kommer att uppfylla målet om lika nivå på obunden information och service i hela landet men kan leda till att avkall på målet om lika priser i hela landet. Dock kan den ökade internationaliseringen och EUs harmonisering av priser leda till att skillnaden inte blir så stor i alla fall. I scenario B2 där staten och landstingen har gemensamt ansvar över vilka produkter och tjänster som ska ingå i förmånen bör målet om lika service och tillgänglighet att uppfyllas. Det kan dock tänkas att landstingen kommer att ha olika förutsättningar att finansiera och utföra den bestämda nivån vilket kan få konsekvensen att servicenivån ändå kan variera mellan landstingen. Målet om lika pris i hela landet kommer troligen inte heller att uppfyllas i detta scenario.

Nationellt/ Statligt uppställda mål	SCENARIER			
	A (Landstingen)	B1 (Staten bestämmer bästjänsterna i förmånen)	B2 (Staten/ Landstingen styr inne- hållet i för- månen, generellt statsbidrag)	C (Staten)
Lika pris för konsumenten	Risk att det ej uppfylls om respektive landsting ska ansvara för prissättningen.	Risk att det ej uppfylls då landstingen kommer att styra prissättningen.	Målet bör kunna uppfyllas. Dock kommer olika landsting att ha olika förutsättningar att förhandla AIP.	Uppfyller detta mål.
Lika service	Risk att det ej uppfylls om respektive landsting ska ansvara för vilka bas-tjänster som skall ingå i förmånen.	Bör uppfyllas då staten bestämmer och betalar för bas-tjänster i förmånen.	Bör uppfyllas då staten och landstingen gemensamt bestämmer bas-tjänsterna. Dock kommer det på sikt att kunna bli stora variationer i olika landstings finansiella möjligheter att ge lika service.	Bör uppfylla detta mål.
Lika tillgänglighet	Risk att det ej uppfylls om landstingen ska ansvara för detta.	Bör uppfyllas då statens bestämmer och betalar för bas-tjänster i förmånen.	Bör uppfyllas då staten och landstingen gemensamt bestämmer bas-tjänsterna. Kräver omfördelning mellan landstingen.	Statlig styrning bör uppfylla detta mål.
Obunden information	Risk att det ej uppfylls fullt ut om landstingen ska ansvara för detta. Kommer variera mellan landstingen.	Bör uppfyllas då staten bestämmer och betalar för bas-tjänster i förmånen.	Bör uppfyllas då staten och landstingen gemensamt bestämmer bas-tjänsterna.	Statlig styrning bör uppfylla detta mål.
Kostnads-effektivt utnyttja läkemedels-resultaten	Bör kunna uppfyllas relativt väl.	Risk för underutnyttjande om landstingen inte beaktar samhälls-effekter av läkemedel.	Risk för underutnyttjande om landstingen inte beaktar samhälls-effekter av läkemedel.	Risk för överutnyttjande då läkemedel inte vägs mot andra insatser i sjukvården.

Tabell 2: Respektive scenarios möjlighet att uppfylla målen ur ett individ/patientperspektiv

Nästa bild sammanfattar analysen ovan och visar hur väl målen uppfylls i respektive scenario. I denna analys har utgångspunkten varit i värderingar kring balanseringen mellan de mål som visas i bilden nedan. Pilarna bör tolkas enligt följande:

Pilarna bör tolkas enligt följande:



uppfyller målen väl



uppfyller målen mindre väl



uppfyller målen relativt väl



uppfyller inte målen



neutralt

	Scenario A	Scenario B1	Scenario B2	Scenario C
Lika pris för konsumenten				
Lika service				
Lika tillgänglighet				
Obunden information				
Kostnadseffektivt utnyttjande av läkemedelsresultaten				

Bild 13: Scenariernas uppfyllande av de grundläggande målen för läkemedelsförsörjningen. Källa: E&Ys analys

Slutligen kan sägas att den grundläggande problematiken är hur staten ska gå tillväga för att till fullo uppfylla målet god läkemedelsförsörjning (lika pris och servicenivå i hela landet), med sin ambition att lägga över fullt kostnadsansvar på landstingen för att få samma beslutsfattare för både hälso- och sjukvården som läkemedel. Precis som bilden ovan visar finns det svårigheter att uppnå både att målen uppfylls till fullo och att kostnadsansvaret flyttas över på landstingen. Om båda inte går att uppfylla, vilket ansvar anser staten väger tyngst, kostnadsansvar eller övriga mål för läkemedelsförmånen? Bör diskussionen då beröra hur man kan finna en för alla parter acceptabel balans mellan målen? Detta

leder oundvikligen in på nästa viktiga fråga, hur bör staten utforma sin styrning och hur mycket olikheter kan staten tillåta vad gäller regional styrning?

Avslutningsvis ska göras en återknytning till det grundläggande motiven för läkemedelsförmånens tillkomst, att samtliga individer i hela landet ska erbjudas samma förutsättningar att få tillgång till säkra och effektiva läkemedel oberoende av deras sociala och finansiella ställning i samhället. Patienter, nuvarande likväl som potentiella, måste kunna lita på att välfärdssystemet ger dem rätt till den behandling som krävs och på det sätt som är mest lämpligt (enligt de hälso- och sjukvårdspolitiska målen).

Mot bakgrund av denna plattform kan man då resonera kring frågan om hur styrningen av läkemedelsförmånen bör utformas:

- Kommer individen att få tillgång till de läkemedel som krävs om landstingen tar över kostnadsansvaret, eller säkerställs detta bättre om staten har kostnadsansvaret?
- Får individen tillgång till bättre läkemedel om staten styr eller om landstingen tar över?
- Vem gynnas av de olika scenarierna (staten/landstingen/patienterna)?

Det är kring dessa frågor som rapporten är tänkt att utgöra ett underlag för fortsatt diskussion.



## Intervjulist

Område	Organisation	Respondent
Sjukvårdshuvudmännen (Landstingsråd, tjänstemän)	Utredningsledare – Ekonomiavdelningen HSN, Stockholm	Bengt Blomberg
	Landstingsråd Stockholms läns landsting Projektledare läkemedelsprojektet	Ralf Ledel Kenneth Sjökvist  Leif Svensson
	Avdelningschef hälso & sjukvårdsavdelningen, planeringsdirektör, Östergötland	Roger Hammarström
	Läkemedelsråd i Skåne, Kanslichef	Bodil Eriksson
	Landstingsråd i Halland	Anne-Marie Nilsson- Bodén
	Landstingsdirektör Halland	Sune Samson
	Värmlands landsting	Berit Högman
Landstings-/ kommunförbund	Projektledare läkemedels- projekt, Landstingsförbundet	Marianne Boivie
	Vice ordf. Landstingsför- bundet, Regionråd i region Skåne	Henrik Hammar
Läkemedels- industrin	VD, Läkemedels-industri- föreningen, LIF	Ulf Edstedt
	Anbudschef, Astra- Zeneca AB	David Andersson
	VD, Novo Nordisk AB	Peter Gerardsson

Område	Organisation	Respondent
Apoteket AB	VD, Apoteket AB	Stefan Carlsson
	Direktör, Apoteket AB	Dag Johanneson
	Apoteksdirektör	Monica Hagman
	Apoteksdirektör	Jörgen Dolby
Staten	Överdirektör, Riksförsäkringsverket	Ingrid Petersson
	Produktionschef, Läkemedelsverket	Thomas Lönngren
	Överdirektör. Socialstyrelsen	Nina Rehnqvist
	Departementsråd, hälso- & sjukvården, Social- departementet	Håkan Ceder
	Jurist, hälso- & sjukvårds- enheten Socialdepartementet	Lennart Östblom
Övriga	Professor, Universitets- sjukhuset i Lund	Ragnar Norrby
	Ordförande, Vårdförbundet	Eva Fernvall
	Tidigare ordf. Svenska Diabetesförbundet	Anders Ericsson
	Särskild utredare, utredning om översyn av läkemedels- förmånen	Olle Edhag

Tabell 3: Lista över personer som intervjuades i samband med informationsinsamlingen till denna studie.